LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.





PARIS
AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX
RUE BONAPARTE, 13.

—

1861

TABLE DES MATIÈRES

DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES. — 1861.

A

B

C

O

P

Q

R

S

T

U

V

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1861.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

Y

PARIS. — TYPOGRAPHIE DE HENRI PLON, RUE GARANCIÈRE, 8.

N° 1er. — JEUDI 3 JANVIER 1861. (34e ANNÉE. N° 1er. — JEUDI 3 JANVIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Nos souscripteurs dont l'abonnement a fini le 31 décembre sont priés d'envoyer sans retard le prix de leur renouvellement. — Un mandat de poste au nom du directeur de la GAZETTE *est le mode de payement le plus sûr et le plus prompt.*

Nous les prions instamment de joindre à cet envoi une bande du Journal, après avoir rectifié les erreurs s'il y en avait.

Les abonnés de la Belgique voudront bien s'adresser, pour leur renouvellement comme pour les réclamations qu'ils auraient à faire, à M. DECQ, *libraire à Bruxelles, rue de la Madeleine,* 9 ;

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN frères, *libraires, à Genève ;*

Ceux des autres États, aux libraires ou aux directeurs des postes de leurs pays.

PARIS, LE 1er JANVIER 1861.

La date que porte ce numéro est pour plusieurs de nos confrères de la presse médicale l'occasion de renouveler à leurs lecteurs l'expression de leurs vœux et les protestations de leur dévouement et de leur zèle, pour le service des intérêts qui leur sont commis. Et comme en souvenir de l'usage qui a fait du premier jour de l'an la fête du pardon et de la conciliation, quelques-uns se croient obligés d'y joindre une sorte d'amende honorable envers ceux qui ont pu avoir à souffrir des blessures de leur critique ou des injures plus poignantes encore d'un volontaire oubli.

Pour nous, qui dans l'accomplissement de notre tâche quotidienne avons toujours cherché à nous inspirer du sentiment de respect que commandent les choses et les hommes de la science, et de cette bienveillante déférence dont on ne doit jamais se départir entre confrères, nous n'éprouvons pas le besoin de composer notre langage, et de parler aujourd'hui autrement que nous le faisons chaque jour. Après nous être mis en règle avec les prescriptions de l'usage, en adressant nos vœux à tous nos confrères, et en payant notre dette de regrets à ceux que la mort nous a enlevés dans le courant de l'année qui vient d'expirer, nous reprenons donc immédiatement le cours de notre œuvre, non sans le secret désir de multiplier nos efforts pour la rendre de plus en plus digne de la confiance de nos lecteurs.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

C'est pour nous une bonne fortune que d'avoir à inaugurer la nouvelle année en signalant la publication d'une œuvre qui sera accueillie, nous en sommes convaincu, à l'égal d'un événement dans notre petit monde médical. Nous voulons parler de la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, par M. Trousseau (1).

Nous n'apprendrons rien à personne, et aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* moins qu'à tous autres, en parlant de l'éclat et du retentissement qu'a l'enseignement clinique de M. Trousseau. Bien qu'un succès se constate plus aisément qu'il ne s'analyse, il nous a paru cependant qu'il ne serait pas sans intérêt, à l'occasion de cette nouvelle publication, qui en est en quelque sorte la consécration, d'en rechercher les principales causes.

Loin de nous la pensée de prétendre atténuer par une semblable recherche la part toute naturelle qui revient aux qualités même du professeur. Une vaste expérience servie par une vive intelligence de toutes les questions médicales, et par l'une des plus merveilleuses aptitudes d'assimilation des idées nouvelles de la science, un rare talent d'exposition et une élocution agréable, imagée, pittoresque et parfois entraînante, dans laquelle sont enchâssées des idées souvent originales, il n'en faudrait pas davantage sans doute pour assurer le succès. Et cependant il est encore d'autres conditions qui, bien que moins personnelles au professeur, n'en constituent pas moins encore un des caractères de la physionomie générale de son enseignement. C'est sur ces conditions que nous voulons nous arrêter un instant.

Lorsque M. Trousseau a pris l'enseignement de la Clinique, il y avait une école moins brillante que solide peut-être, qui a rendu d'incontestables et grands services à la science, en introduisant dans l'étude de la pathologie des habitudes de sévérité et de précision qui lui avaient plus d'une fois manqué jusque-là. On sait tout ce que le diagnostic organique des maladies a gagné à cette utile direction, et l'éclat qui en a rejailli aux yeux du monde savant tout entier sur l'école de Paris. Mais il faut bien le dire, nous ne faisons en ce moment de procès à personne, et d'ailleurs c'est déjà de l'histoire, plus l'attention s'appesantissait sur l'étude minutieuse des symptômes ou phénomènes extérieurs des maladies dans leurs rapports avec les lésions anatomiques ou les troubles fonctionnels dont on les faisait dépendre, plus on s'éloignait aussi en même temps des notions acquises par nos devanciers sur les maladies où l'anatomie pathologique n'a que peu ou point à faire et qui ne sont compréhensibles qu'à la lumière de certains principes de dynamique humain dont on faisait à cette époque un peu trop bon marché dans les études cliniques. D'ailleurs, en apprenant aux jeunes médecins à ne se fier qu'à leur seule observation, à ne croire qu'aux faits qu'ils avaient constatés par eux-mêmes, on rayait d'un trait de plume l'histoire de l'art et l'on restreignait la pathologie au cadre des affections exclusivement propres à notre pays. Enfin, la thérapeutique, réduite déjà par l'école physiologique qui l'avait précédée à un ensemble de moyens topiques, était encore plus annihilée si c'est possible, les sources d'indications étant presque exclusivement puisées dans l'élément anatomo-pathologique des maladies.

Élevé sous d'autres maîtres, pour qui l'anatomie ne donnait pas le dernier mot de la médecine, voyant avec eux dans les maladies organiquement identiques en apparence, des différences considérables qui impliquaient à ses yeux la nécessité d'admettre autant de causes ou d'éléments spécifiques ; porté d'ailleurs par la nature même de son esprit à élargir, à l'aide de l'induction et de l'analogie, le cadre un peu étroit dans lequel se renfermaient alors la plupart des pathologistes, M. Trousseau a abordé l'enseignement clinique avec des vues un peu différentes de celles de ses prédécesseurs. S'il n'arrivait pas devant son nouvel auditoire avec un point de vue doctrinal parfaitement arrêté, du moins y venait-il avec un certain faisceau d'idées physiologiques et médicales, tout juste assez bien liées ensemble pour constituer une sorte d'éclectisme, qui devait avoir au moins cet avantage de le dégager de toute solidarité avec les écoles passées ou présentes, et de mieux mettre en saillie sa propre originalité.

Grâce à cet esprit d'indépendance et à cette position mixte qu'il a su prendre dès le principe, M. Trousseau a pu, s'inspirant, suivant la nature des cas que le hasard venait à placer sous ses yeux, ici des acquisitions récentes de la science, faire ressortir toute la valeur des nouveaux procédés d'exploration, et lutter de précision et d'exactitude avec les plus habiles diagnosticiens ; là, des admirables descriptions que les auteurs des deux derniers siècles nous ont laissées sur les fièvres éruptives ou sur les affections paludéennes, rappeler dans ses leçons les belles pages des Baillou, des Sydenham et des Torti ; ailleurs enfin, des données fournies par la physiologie jeter çà et là quelque jour dans le dédale obscur des névroses et des diverses affections dépendantes du système nerveux.

De là cette fécondité et cette variété infinie dans les sujets de leçons où tous les faits pathologiques, toutes les expériences physiologiques, toutes les doctrines et jusqu'aux ressources les plus vulgaires de l'empirisme sont alternativement mis à contribution pour élargir le champ de l'enseignement. De là peut-être aussi, il faut le dire, ces contradictions, ces inconséquences fréquentes, souvent apparentes, quelquefois réelles, ces erreurs même et cette versatilité dans la pratique, qu'on a plus d'une fois reprochées à M. Trousseau, qui nous a paru en général ne s'en préoccuper que médiocrement, sachant très-bien que dans une science comme la médecine, où les problèmes sont si multiples et si variés, on ne manie pas les idées sans s'exposer parfois à les confondre.

Voilà quelles sont à nos yeux, avec les brillantes qualités professorales dont est doué M. Trousseau, les causes du succès et de l'éclat de son enseignement. Voilà aussi ce qui assurera le succès du livre que MM. Baillière ont eu l'heureuse idée de publier. On ne s'attend pas à ce que nous en fassions ici une analyse impossible. Nous signalerons seulement d'une manière toute particulière à l'attention de nos lecteurs l'introduction dont nous avons déjà publié un extrait et qui renferme, avec d'excellents conseils aux élèves qui s'initient aux études difficiles mais séduisantes de la clinique, un exposé des principes et des méthodes qui ont guidé l'auteur dans son enseignement et dans la rédaction de ces leçons.

Parmi les sujets traités dans ce premier volume, nous citerons nommément, comme offrant un très-grand intérêt, les leçons sur les fièvres éruptives (scarlatine, rougeole, variole, vaccine, etc.) ; la dothinentérie ; la diphthérie ; le croup et la trachéotomie ; l'érysipèle des nouveau-nés ; le muguet ; la coqueluche ; l'asthme ; la phthisie aiguë ; la thoracentèse ; etc. ; et enfin les belles leçons sur la contagion et la spécificité.

Nous ne devons pas omettre de mentionner la part importante qui revient dans la rédaction de cet ouvrage à M. le docteur Blondeau, ancien chef de clinique, et l'un des plus assidus et des plus fidèles élèves du maître.

Enfin, pour tout dire, en un mot, sans préjudice du droit de critique que nous nous serions réservé sur quelques points, s'il nous avait été possible de nous étendre plus longuement ici, la *Gazette des Hôpitaux*, si son budget lui permettait un pareil acte de munificence, croirait ne pouvoir faire de meilleures étrennes à ses lecteurs qu'en leur offrant ce volume. Elle se bornera, et pour cause, à les engager à se les octroyer eux-mêmes. — Dr Brochin.

(1) Tome 1er ; chez MM. J. B. Baillière et fils.

FEUILLETON.

Préparation des extraits. — Les grandes inventions. — La fécule de cacao. — Les plantes grasses en herbier. — Les mangeurs d'arsenic.

Avec la nouvelle année, nous reprenons une plume que des circonstances douloureuses nous ont contraint à déposer pendant quelques mois. Les regrets exprimés par plusieurs de nos confrères sur notre silence, nous prouvent que cette petite revue scientifique a sa raison d'être, et nous nous efforcerons de lui donner le développement qu'elle comporte.

Commençons aujourd'hui par céder la parole à un de nos confrères de l'Ouest, qui nous prie de taire son nom, tout en donnant de la publicité à son idée.

Il s'agit d'une méthode nouvelle ayant pour but la préparation des extraits de plantes médicinales, sans altérer par la trop grande chaleur leurs propriétés primitives, et avec une économie des six septièmes du combustible ordinaire.

Une chaudière en fonte de fer, à forme cylindrique, et munie d'un couvercle fermant hermétiquement, contient un long serpentin en cuivre à minces parois, qui remplit les trois quarts de la capacité de la chaudière. Celle-ci est en rapport avec une pompe aspirante et foulante, qui communique elle-même avec la cavité du serpentin. Le piston de cette pompe est mis en mouvement par une roue hydraulique.

On remplit la chaudière avec l'eau tenant en dissolution les principes solubles de la plante dont on veut avoir l'extrait, et l'on pousse le feu sous la chaudière, pour faire simplement entrer son eau en ébullition sous la pression atmosphérique normale (760mm).

Pendant cette ébullition, la pompe, mue par la roue hydraulique, prend la vapeur d'eau à 100°, engendrée dans la chaudière, et la force à entrer dans le serpentin. Celui-ci se remplit donc d'eau à 100°, provenant de la compression dans son intérieur de vapeur saturée à 100°, qui se condense par le fait même de la compression. La chaleur d'élasticité (chaleur latente) de la vapeur d'eau à 100°, qui passe sans cesse, par le jeu de la pompe, de la chaudière dans le serpentin suffit à échauffer le serpentin et l'eau qui l'entoure.

On sait, en effet, qu'un litre d'eau saturée à 100° et à un atmosphère peut, en se condensant, élever à + 100°, 538 litres d'eau à 0° ; ou, ce qui revient au même, que de la vapeur d'eau à 100° absorbe, en se vaporisant, et restitue, en se condensant à 0',638 unités de chaleur.

Dans le cas actuel, la vapeur d'eau à 100° qui arrive de la chaudière dans le serpentin, se condensant, par compression sur les parois du serpentin, en eau liquide à 100°, cède à ces parois les 538 unités de chaleur latente qu'elle contenait. Cette chaleur, restituée par la vapeur au serpentin et à l'eau de la chaudière, sert à remplacer celle qu'absorbe cette eau pour se vaporiser. Ainsi, l'eau de la chaudière arrive peu à peu à la consistance d'extrait, sans avoir entraîné d'autre dépense de combustible que celle nécessaire pour élever d'abord cette eau à 100°.

Cette méthode économise donc environ les 538mes du combustible ordinaire.

D'un autre côté les parois de la chaudière et les particules organiques qui la touchent, n'étant jamais à plus de 100° + 0°, l'extrait est aussi bon et aussi puissant que s'il était le résultat d'une évaporation dans le vide ou au soleil.

En outre, comme le travail ici dépensé ne consiste qu'à vaincre le frottement du piston, ce travail, à peu près nul, ne doit pas entraîner de dépense appréciable.

A vous, physiciens, d'apprécier ces recherches d'un praticien qui a dérobé peut-être quelques heures à son sommeil, si bien mérité par les labeurs du jour, pour étudier et développer une pensée utile.

— Tant qu'une invention reste à l'état spéculatif, elle ne nous émeut que faiblement. Nous voulons autre chose qu'une idée, et certes telle est notre pensée quand nous mettons entre les mains d'un enfant le nouvel ouvrage où notre confrère le docteur Figuier raconte les *grandes inventions*. Là, chaque page offre à l'œil, à côté d'une limpide exposition, des gravures dont l'exactitude ferait disparaître la dernière teinte d'obscurité que pourrait laisser une description. A cette heure, que d'enfants se délectent en savourant ces pages charmantes, où l'imprimerie, la gravure, l'horlogerie trouvent leur histoire à côté de la verrerie, de la poudre à canon et des conquêtes de l'optique !

— Mais, avec MM. Girardin et Bidard, soulevons un côté de ce voile souvent si épais que les commerçants jettent sur la falsification des substances alimentaires.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. Dolbeau.

Calculs de la vessie ; tentative de lithotritie ; taille membraneuse médiane ; guérison rapide.

R. B..., âgé de dix-neuf ans, coiffeur, né à Vire (Calvados), est entré le 2 octobre 1860 dans la salle Saint-Augustin, n° 21.

Ce malade a été adressé de la province à M. le docteur Civiale, pour être traité d'une affection ancienne des voies urinaires. Voici les quelques détails qui ont été fournis par ce jeune homme sur l'histoire de sa maladie : Il croit qu'il a toujours souffert de la vessie ; mais c'est surtout vers l'âge de quatre ans que des accidents plus graves ont nécessité l'intervention des médecins de son pays. A cette époque il fut pris de rétention d'urine ; il fut sondé ; et l'on pensa que l'obstacle au cours de l'urine consistait dans la présence d'une pierre. Depuis, ce pauvre garçon fut laissé sans traitement ; il souffrait beaucoup pour rendre ses urines ; la miction s'accomplissait au milieu des cris et des mouvements les plus désordonnés. Parfois la rétention d'urine se produisait, et alors seulement le médecin intervenait pour sonder le malade. Il y a une douzaine d'années, à l'occasion de violents efforts pour rendre quelques gouttes d'urine, le jeune homme rapporte qu'il rendit par l'urèthre un calcul assez volumineux. L'expulsion de cette pierre fut très-pénible ; elle détermina un soulagement notable, mais qui fut de courte durée. Depuis cette époque, B... a mené une existence des plus misérables, et dans les derniers temps il ne rendait plus ses urines qu'avec le secours de la sonde.

Le malade fut envoyé à Paris dans le courant de septembre. M. Civiale reconnut facilement la présence de la pierre ; mais le canal était très-sensible, la vessie ne tolérait plus l'urine ; on soumit le jeune homme au traitement préparatoire des opérations qui doivent être pratiquées sur les voies urinaires. Chaque jour on fit passer des bougies molles successivement plus volumineuses ; le malade prit des grands bains et des lavements émollients. La sensibilité notablement diminuée, M. Civiale, le 29 septembre, introduisit facilement dans la vessie un brise-pierre ; l'instrument rencontra aussitôt le corps étranger, qui fut saisi et broyé plusieurs fois. Cette séance fut simple, dura trois minutes, mais l'opérateur resta persuadé que la vessie contenait plusieurs calculs assez durs.

L'opération n'eut pas de suites, le malade n'éprouva pas la moindre fièvre.

Le 1er octobre, des douleurs vives se firent sentir, et on constata l'engagement des fragments calculeux dans le col de la vessie.

Le 2, les accidents persistant, la fièvre se déclara.

C'est alors que M. Civiale déclara, et cela d'après son immense expérience, que la taille seule pouvait sauver la vie à ce jeune homme, et qu'il fallait que cette opération fût pratiquée le plus tôt possible.

Le malade fut transporté dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, et le même jour, à 5 heures du soir, en présence de M. Civiale, de plusieurs médecins et des internes de l'hôpital, je procédai à l'opération de la taille.

Dans un article publié dans le *Moniteur des sciences*, sur le traitement des calculs de la vessie chez les enfants, j'ai fait remarquer que le col de la vessie chez les jeunes sujets était éminemment dilatable, circonstance qui favorisait l'engagement des calculs et des fragments calculeux dans la partie profonde de l'urèthre.

Cet accident, disais-je, est le plus fréquent et le plus redoutable de ceux qui accompagnent la lithotritie chez les jeunes sujets. Mais si l'extrême dilatabilité du col est un fait accepté, il faut mettre à profit cette circonstance dans les cas où l'on devra faire la taille. Cette opération devra consister à faire une plaie au périnée, permettant d'arriver jusqu'au col de la vessie ; alors, au lieu d'inciser ce col, soit à gauche, soit à droite, soit dans les deux sens, il faudra dilater avec le doigt ou un gorgeret, et procéder à l'extraction des calculs.

D'après ce qui précède, on comprendra que je n'hésitai pas, en présence du malade dont je rapporte l'histoire, à mettre en pratique les préceptes que j'avais formulés.

Le sujet étant soumis aux inhalations de chloroforme, je plaçai un cathéter dans l'urèthre ; celui-ci rencontra des fragments au col de la vessie, mais néanmoins il pénétra jusque dans la cavité vésicale. Un aide fut chargé de maintenir l'instrument immobile sur la ligne médiane en refoulant légèrement le périnée. Je fis alors une incision médiane qui commença sur le raphé, à 3 centimètres au-devant de l'anus, et vint se terminer à 5 millimètres de cet orifice. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané furent incisés. Le doigt indicateur de la main gauche fut placé en supination dans l'angle antérieur de la plaie, en ayant soin de refouler en avant la saillie du bulbe. A ce moment, le cathéter pouvait être bien senti ; j'en fis la ponction, et j'incisai l'urèthre, comme sur une sonde cannelée, jusqu'au col de la vessie. Le doigt introduit rencontra des calculs fragmentés. Je fis retirer le cathéter, et alors je pénétrai dans la vessie dont le col était notamment dilaté. La tenette, le bouton, furent successivement introduits, et ramenèrent des calculs ou des fragments calculeux. L'extraction fut plus longue que d'habitude, car il y avait beaucoup de fragments, et plusieurs étaient situés au-dessus du col de la vessie ; il fallait de plus, par instants, dilater l'orifice, qui tendait à se resserrer sur les instruments.

L'opération terminée, le malade fut lavé ; il n'y avait pas eu de vaisseaux ouverts ; et le peu de sang qui sortait par la plaie venait évidemment de la vessie. On plaça le malade au lit, sans pansement, sans sonde, les cuisses un peu élevées ; on lui fit donner du vin chaud et une potion calmante pour la nuit.

Le 3, le malade a dormi une partie de la nuit ; il ne souffre plus ; l'urine coule librement par la plaie ; pas de traces de sang ; pouls un peu fréquent ; légère dépression. — Repos ; soins de propreté ; 300 grammes de vin ; une portion.

Le 4, l'état général est très-bon ; le pouls est normal ; le ventre souple, non douloureux ; la plaie simple. — Alimentation facultative pour le malade ; un lavement émollient.

Le 5, toujours bon état général et local. L'urine coule abondamment par la plaie ; quelques gouttes ont suivi le canal et sont sorties par le méat.

Les jours suivants se passent très-bien, et la quantité d'urine rendue par la verge va toujours en augmentant.

Le 10, légère cautérisation de la plaie avec le nitrate d'argent.

Le 15, la plaie est diminuée ; la plus grande partie de l'urine passe par la verge.

Le 17, on cautérise la plaie tous les deux jours ; elle a 1 centimètre 1/2, et dans le fond il y a un petit pertuis qui laisse à peine passer quelques gouttes d'urine.

Le 21, il ne passe plus d'urine par la plaie.

Le 23, la cicatrisation est complète ; la santé générale est excellente. L'émission de l'urine se fait facilement, sans douleur, toutes les trois heures. L'urine dépose légèrement.

Calculs extraits par la taille. — Outre une grande quantité de poussière chassée par les injections, nous avons pu compter seize fragments dont le volume variait entre celui d'un gros pois et celui d'une grosse noisette.

Enfin, nous avons pu extraire :

1° Une pierre phosphatique de forme assez régulièrement cubique, dont les faces ont près de 2 centimètres ;

2° Une pierre ovoïde, dont l'un des segments a été broyé dans la séance de lithotritie, et qui a 3 centimètres dans son grand diamètre et 2 1/2 dans le petit.

Toutes ces pierres sont composées de couches concentriques qui sont alternativement constituées par le phosphate et l'oxalate de chaux.

Les conclusions à tirer de ce fait nous paraissent trop évidentes pour être formulées ; nous espérons bien que nos confrères n'hésiteront plus, en pareille circonstance, à pratiquer la taille médiane membraneuse. Dans le cas où l'extraction serait trop difficile, rien ne serait plus simple que de débrider le col vésical au moyen d'un bistouri boutonné.

DEUX CAS RARES DE SYPHILIS TERTIAIRE.

Remarques sur quelques points du traitement des maladies vénériennes.

Par M. le docteur Gouriet (de Niort).

Obs. I. — *Accidents cérébraux avec paralysie du nerf moteur oculaire externe.*

M. X..., âgé de vingt-huit ans, très-sanguin, d'une constitution sèche, mais vigoureuse, me consulte dans les premiers jours de mars 1858 pour une blennorrhagie et pour un chancre induré situé sur le frein de la verge. Cautérisations tous les deux jours ; applications de calomel ; tous les jours une pilule de 0 gr. 05 de proto-iodure de mercure ; injections de M. Ricord.

Au bout de quinze jours, il reste un léger écoulement, qui disparaît à son tour.

Satisfait du résultat, M. X... suspend son traitement, après avoir pris soixante-dix pilules ; en même temps il se livre à toutes sortes d'excès, principalement des excès alcooliques. L'année se passe sans que rien décèle la diathèse syphilitique.

En avril 1859, une seconde blennorrhagie est suivie d'une orchite ; guérison rapide par les moyens appropriés : pommade mercurielle belladonée, sangsues, etc.

A la même époque se montre à la face antérieure de l'avant-bras droit une tumeur grosse comme une aveline, dure, indolente, violacée, recouverte de temps à autre de larges squames, dont la chute montre l'orifice d'un petit conduit fistuleux. Le malade n'y attache point d'importance, et ne m'en parle qu'au mois de juin. Je reconnais une syphilide tuberculeuse. M. X... s'obstine à ne pas se traiter, et suit toujours le même genre de vie.

Le 25 juin se déclare une douleur fixe très-intense au-dessus du sourcil gauche ; vomissements bilieux ; point de fièvre ; le creux épigastrique n'est point douloureux, mais le devient à force de vomissements. La langue est chargée d'un enduit épais ; les garde-robes sont rares et fétides ; rien ne peut passer ; la tisane même est rejetée. Des lavements purgatifs amènent des selles abondantes.

Le troisième jour il se manifeste un symptôme bien remarquable : l'œil gauche se dévie directement en dedans d'une façon très-prononcée, et de cet œil le malade voit double, et souvent quadruple. A quoi pouvaient tenir ces deux ordres de phénomènes : d'une part, ce strabisme convergent ; d'autre part, cette douleur cérébrale et ces vomissements sympathiques ? Évidemment il n'était possible de s'en rendre compte que par une lésion intra-crânienne, portant à la fois sur le nerf moteur oculaire externe ou de la sixième paire, et sur la pulpe cérébrale. Or quelle nature assigner à cette lésion ? Les antécédents syphilitiques du sujet permettaient de croire à une périostose de la dure-mère ou à une tumeur gommeuse.

Dans cette perspective, je prescris l'iodure de potassium à haute dose (30 grammes pour 500 grammes d'eau distillée) ; d'abord deux, puis trois cuillerées à bouche par jour, et comme les voies digestives sont embarrassées par des mucosités, dont la présence peut contrarier l'absorption des médicaments, j'insiste sur les lavements purgatifs, et je fais prendre matin et soir un demi-verre d'eau de Vichy.

Le malade garde le lit ; trois semaines se passent en souffrances atroces ; quelques bouillons ont été à peine supportés ; l'amaigrissement et la faiblesse sont à leur comble. Au bout de ce temps les maux de tête ont diminué, les vomissements sont devenus plus rares ; une nourriture plus substantielle commence à être tolérée ; les forces reviennent peu à peu. La convalescence est longue.

M. X... mène une vie plus régulière, se donne de l'exercice, chasse, monte à cheval, etc., et continue à prendre de l'iodure de potassium. Le strabisme et la diplopie, tout en diminuant progressivement, ont survécu longtemps aux autres symptômes, et n'ont tout à fait disparu que dans le courant d'octobre.

J'ai pu observer nombre de fois que quand M. X... regardait très-obliquement à droite, de double qu'elle était, la vision redevenait simple. Je reviendrai sur ce point.

Une fois guéri, M. X... se livre à de nouveaux excès. Vers la fin de novembre apparaît à l'aile gauche du nez une pustule d'ecthyma, bientôt transformée en une ulcération taillée à pic, et à fond pultacé, qui s'approfondit sans s'élargir et est grande comme la surface de section d'un petit pois. Deux autres pustules plus petites se développent tout auprès.

L'iodure de potassium, naguère souverain chez ce malade, n'amène aucun résultat. Les pilules de proto-iodure et une pommade contenant le même agent sont vainement employées.

Le 15 janvier 1860, je prescris deux cuillerées à bouche par jour du sirop mixte de M. Ricord au bi-iodure de mercure et à l'iodure de potassium. A la fin du mois, la guérison est complète. Le tubercule de l'avant-bras, qui présentait le même aspect depuis l'époque de son apparition, c'est-à-dire depuis six mois, et qui n'avait point été modifié par le traitement dirigé contre les accidents cérébraux, l'a été par le sirop mixte, et n'a pas tardé à guérir, en laissant une cicatrice proéminente lisse et rayonnée.

M. X... continue à prendre beaucoup d'exercice et restreint ses excès.

En juillet, quelques douleurs réapparaissent du côté gauche de la tête, avec des troubles de la vision, mais sans strabisme ni diplopie ; l'iodure de potassium en triomphe rapidement.

La paralysie du nerf moteur oculaire externe est excessivement rare : la science n'en possède guère que quelques cas. Ici l'origine syphilitique était de toute évidence. Le diagnostic différentiel de cette paralysie avec celle du nerf pathétique et du moteur oculaire commun, ne saurait offrir de difficulté sérieuse pour peu que l'on se reporte aux fonctions de ces différents nerfs.

Le malade qui fait le sujet de cette première observation, n'y voyait plus double, ai-je dit, lorsqu'il regardait très-obliquement à droite : c'est que de cette manière il rétablissait le parallélisme des deux axes visuels. Ce fait que chacun connaît justifie la théorie généralement admise sur le mécanisme de la vue simple avec les deux yeux. Si je le rappelle, c'est pour constater que cette théorie, que tout le monde, et moi-même dans un article sur un cas de diplopie (*Gazette des Hôpitaux*, 9 août 1859), attribue aux contemporains, se trouve tout au long exposée dans Saint-Yves (*Traité des maladies des yeux*, Amsterdam, 1736, pages 119 et 120). Grande a été ma surprise de l'y rencontrer. La seule différence à noter, c'est que Saint-Yves, au lieu de faire de la rétine la membrane sensorielle, comme l'avaient admis Képler et Descartes, adopte l'opinion de Mariotte, qui chargeait la choroïde de ce rôle (*loco citato*, p. 27).

Obs. II. — *Accidents cérébraux avec paralysie du nerf facial.*

M. C..., âgé de vingt-quatre ans, lymphatique, très-débile, a eu en 1857 une blennorrhagie compliquée de cystite, qui lui a laissé longtemps un léger suintement uréthral.

En février 1858, il contracte un chancre induré à la partie moyenne de la rainure du gland. Cautérisations au nitrate d'argent ; applications de calomel ; sirop de salsepareille ; 120 pilules de proto-iodure de mercure.

Aujourd'hui certains chocolats sont devenus d'un bon marché surprenant : demandez au fabricant son secret. Nous vous le dirons plutôt nous-même, et vous allez apprendre à découvrir la fraude.

La graine de cacao contient normalement de la fécule, sa décoction dans l'eau bleuira donc par la teinture d'iode. Les grains de fécule sont irrégulièrement disposés dans la graine, et pour bien démontrer leur existence, MM. Girardin et Bidard on coupé l'amande en tranches très-minces, qu'ils ont traitées par quelques gouttes de teinture éthérée d'iode. Une dessiccation légère a permis de chasser l'excédant d'éther et d'iode. Placées alors dans le champ du microscope, ces tranches ont laissé voir les beaux granules bleus de l'amidon traité.

Fécule pour fécule, les fabricants ont préféré la fécule de pomme de terre ; de là l'explication du bon marché et la facilité de fraude. Ils avaient malheureusement compté sans le microscope et sans la teinture éthérée d'iode.

En effet, le microscope a commencé par démontrer que si la fécule de cacao était parfaitement sphérique, celle de la pomme de terre ne présentait pas cette forme, et bien plus que la seconde avait un diamètre *vingt* fois plus grand que la première.

Ces deux caractères sont assez tranchés pour ne plus permettre le doute. Mais comment les reconnaître dans cette masse informe que produit beurre de cacao insoluble dans l'eau ou l'alcool, et qui ne peut être assez finement divisée pour être soumise au microscope ? C'est à ce *desideratum* qu'ont répondu MM. Girardin et Bidard.

Deux cas se présentent : le chocolat n'est pas sucré ou il contient du sucre.

Dans la première hypothèse, il suffit d'additionner le chocolat de teinture éthérée d'iode. On obtient une masse homogène dont on peut étendre une couche très-mince sur une lame de verre. La dessiccation légère chasse l'excédant d'iode, et l'éther et les granules d'amidon s'accusent au microscope par leur belle couleur bleue.

Dans la seconde supposition, il faut supprimer le sucre par un lavage à l'eau ; après une dessiccation première, on traite par la teinture éthérée d'iode, et le microscope prononce.

Ce procédé l'emporte sans contredit sur ceux qu'on employait précédemment, et mérite toute confiance en expertises.

— Que de fois le botaniste n'a-t-il pas gémi en voyant la difficulté que présentait la dessiccation des plantes grasses ! Elles seules ne pouvaient compléter son herbier.

M. Victor Legrip propose un moyen que nous soumettons aux intéressés.

Il suffit, pense l'auteur, de changer la nature des sels contenus dans les plantes. Pour cela, on les plonge dans une eau acidulée avec de l'acide sulfurique ou oxalique ; la proportion d'acide se réglant sur le sujet à immerger : mais en général on peut dire qu'elle doit être entre 5 et 20 millièmes de l'eau du bain.

La plante étalée sur un plan résistant, on la touche au pinceau avec l'eau acidulée, puis on la plonge dans le bain. Il est sage de détacher les fleurs des tiges et de les dessécher à part.

Sortie du bain, la plante épongée peut être préparée comme une autre plante.

On le voit, le traitement présente peu de difficultés, et peu de botanistes le négligeront. Mais, monsieur Legrip, comment conserver les champignons ?

— On parle encore de ces mangeurs d'arsenic qui sont si nombreux en Styrie et dans le Tyrol.

Pris dans un liquide chaud et au volume d'une tête d'épingle, l'arsenic ne produit d'abord que peu de symptômes d'empoisonnement. La dose élevée jusqu'à la grosseur d'un pois devient bientôt sans inconvénient. Mais il faut diminuer graduellement les doses, une subite privation d'arsenic entraînant de graves accidents.

Du reste les mangeurs d'arsenic vivent longtemps et bien portants.

L'un d'eux, directeur d'une fabrique d'arsenic, raconte :

« A dix-sept ans j'étudiais les essais, et mon maître, M. Biensch, professeur de chimie et de minéralogie à Eisteben, m'engagea à prendre l'habitude de manger de l'arsenic. Si vous voulez, me dit-il, continuer à étudier les essais et devenir plus tard directeur d'une fabrique d'arsenic, il faut absolument vous habituer à manger de l'arsenic ; mais, arrivé à cinquante ans, diminuez la dose jusqu'à ce que vous soyez revenu à celle par laquelle vous avez commencé. »

Il avait commencé par 3 grains, il prenait 23 gr. d'arsenic blanc grossièrement pulvérisé ; lorsqu'ayant voulu cesser cette habitude, il eut une attaque d'apoplexie qui faillit l'enlever.

Dr E. Renaud.

Nouveau traité élémentaire d'anatomie descriptive, par M. A. Jamain, chirurgien des hôpitaux de Paris ; suivi d'un *Traité d'embryologie*, par M. A. Verneuil, professeur agrégé à la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux. 2e édition revue et augmentée, avec 200 figures intercalées dans le texte. Un volume grand in-18 de 946 pages. Prix : 12 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur Delabarre, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

Pendant quatre mois, aucun accident constitutionnel ne se présente. M. C... commet de grands écarts de régime.

En juillet survient une vaste ulcération de l'amygdale droite ; en même temps apparaissent des squames de psoriasis sur le tronc et des pellicules de pytiriasis psoriasiforme autour du nez, autour des sourcils et en dedans du conduit auditif. Il existe aussi quelques pustules d'ecthyma disséminées sur le tronc et les membres. Le malade accuse de violentes douleurs du côté gauche de la tête et est presque toujours assoupi. Je prescris l'iodure de potassium à haute dose : les douleurs de tête et l'ulcération pharyngienne disparaissent promptement. De nouvelles pilules mercurielles font aussi disparaître les squames de psoriasis ; mais il reste toujours du pytiriasis à la face.

En novembre 1859, nouvelle blennorrhagie, nouveaux excès.

En janvier 1860, de nouvelles éruptions ecthymateuses, mais cette fois [illegible] abondantes, se développent en divers points du corps, et en particulier sur la verge. [illegible] maigreur et de débilité excessives. C... Le malade est dans un état de [illegible] Paris, qui le voit alors, prescrit les toniques amers [illegible] de Blancard, traitement qui devait être suivi de nouvelles pilules mercurielles. Les irrégularités de régime et les excès font tout échouer.

Le 5 mars, sans autre prélude que de la stupeur et une apathie extrême, se déclare une hémiplégie faciale du côté gauche : la bouche est fortement tirée à droite, surtout pendant le rire ; l'œil gauche reste à demi ouvert, tandis que le droit peut se fermer tout à fait, etc. Chose curieuse que ne présente point d'habitude l'hémiplégie de la face, la *pupille du côté paralysé est dilatée*, la pupille du côté droit est normale ; l'une et l'autre sont contractiles. La vision existe également bien des deux côtés ; à peine y a-t-il une diminution à gauche. Point de paralysie du côté des membres.

Le malade déraisonne souvent et voudrait toujours dormir ; la mémoire est presque totalement perdue. Du reste, point de fièvre, céphalalgie modérée.

En raisonnant ici comme dans la première observation, à quoi pouvaient tenir ces deux ordres de symptômes, l'hémiplégie faciale et les troubles cérébraux ?

La lésion du nerf facial seul n'eût point amené d'accidents cérébraux et n'eût point été suivie de la dilatation de la pupille, puisque les nerfs de l'iris ne reçoivent aucune anastomose de la septième paire ; de plus, cette dilatation ne saurait être liée davantage à la lésion du moteur oculaire commun, car il y aurait eu un strabisme externe qui n'existait pas ici. On ne saurait également l'attribuer à une lésion des filets iriens du grand sympathique, car la paralysie de ces rameaux amènerait au contraire un rétrécissement de la pupille. D'une autre part, on sait (la méningite en fournit la preuve) que des lésions très-superficielles du cerveau peuvent amener des troubles intellectuels et une mydriase sans entraîner la paralysie des membres. Ces symptômes pouvaient donc parfaitement s'expliquer par une lésion intéressant à la fois une petite portion de la substance grise et le nerf de la septième paire, probablement comme dans le premier cas rapporté ci-dessus, une tumeur gommeuse ou une périostose.

Je prescris matin et soir une cuillerée à bouche de sirop de salsepareille ioduré (20 grammes d'iodure pour 500 grammes de sirop) ; un très-large vésicatoire dans le dos, un lavement de séné tous les jours à cause de l'enduit considérable de la langue ; une purgation tous les quatre jours avec le calomel, la limonade Rogé, le sel d'Epsom, employés alternativement ; dans les intervalles des purgations, matin et soir un demi-verre d'eau de Vichy. L'appétit est amplement satisfait. Les symptômes s'amendent avec rapidité : au bout de huit jours l'intelligence est à peu près revenue ; M. C... ne déraisonne que de loin en loin, lorsqu'on lui fait tenir une assez longue conversation ; l'hémiplégie n'a guère disparu que vers la mi-avril, et encore à cette époque s'en manifeste-t-il quelques vestiges lorsque M. C... rit un peu fort.

Il reste toujours des squames sur la face. Je prescris les mercuriaux, les toniques amers et les bains gélatineux. Tout va bien pendant quelque temps, mais des excès insensés commis par une sorte de manie et d'esprit de contradiction, viennent tout compromettre. Ce malheureux malade, livré à la débauche, indifférent à son état, riant même des tristes conséquences que je lui fais envisager, tombe dans un état de cachexie d'où il est bien à craindre que la médecine soit impuissante à le faire sortir.

Je termine par les considérations suivantes :

1° Toutes les fois qu'on a affaire à la paralysie d'un des nerfs crâniens, on doit, si on veut arriver à un diagnostic précis, tenir grand compte de l'état des fonctions cérébrales : c'est ainsi que dans les deux cas qui précèdent, l'absence de symptômes graves du côté du cerveau eût moins fait croire à une lésion intra-crânienne qu'à une lésion ayant son siége dans les canaux d'émergence des deux nerfs.

2° Une compression légère du cerveau peut amener des troubles intellectuels sans agir sur la motilité et sur la sensibilité des membres. Le premier des deux malades éprouvait une douleur aiguë au-dessus du sourcil gauche ; le second se plaignait d'une douleur sourde mais supportable dans tout l'hémisphère gauche. Il eût été intéressant de savoir en quel point portait la compression de la substance grise pour amener une dilatation de la pupille du même côté dans ce dernier cas.

3° Ces deux malades avaient pris dès le début, l'un 70, l'autre 120 pilules de proto-iodure de mercure. Ce dernier chiffre constitue ce qu'on appelle à tort un *traitement complet* : ils ont commis des excès..... ils ont présenté à plusieurs reprises des accidents constitutionnels malgré des traitements intermédiaires qui semblaient devoir les guérir d'une façon définitive. Que conclure de ces faits ? D'abord ce que chacun sait, qu'on n'est jamais sûr d'avoir extirpé les racines de la diathèse, et ensuite que ces restes de virus, destinés peut-être à s'éteindre d'eux-mêmes, ont puisé dans les écarts de régime une force toute nouvelle qui leur a permis d'exercer encore leurs ravages.

La ténacité des accidents syphilitiques, leur réapparition continuelle chez les gens qui exercent certaines professions, ne sembleraient-elles pas trouver leur cause dans les excès auxquels la plupart d'entre eux se livrent ? J'ai eu occasion de signaler des récidives de coliques de plomb à la suite d'excès, alors que la cause primitive ne pouvait plus exercer son action : un grand nombre d'intoxications doivent offrir le même résultat, soit que la cause morbide ou les excès aient profondément débilité l'économie, soit qu'un agent d'une certaine force (ici je fais allusion aux eaux de Baréges) remette en circulation le poison ou le virus.

4° L'état saburral des premières voies, si commun chez les fumeurs, s'opposant à l'absorption des médicaments, on devra le prendre en sérieuse considération et le combattre, ainsi qu'il a été fait dans les deux cas qui précèdent, par des purgations réitérées et par l'emploi journalier de l'eau de Vichy. On aura dans ces moyens un adjudant très-efficace contre la syphilis.

5° La division chronologique des accidents constitutionnels en secondaires et en tertiaires, quoique vraie dans la majorité des cas, n'est point d'une rigoureuse exactitude : les deux observations qui précèdent nous montrent des syphilides avant et après des lésions cérébrales dites tertiaires. On y voit aussi que le délai de six mois donné aux prétendus accidents secondaires pour se manifester au dehors est de beaucoup trop court.

6° S'il est devenu classique que l'iodure de potassium convient à tels accidents, et les mercuriaux en général à tels autres, on est bien moins fixé sur le choix à faire parmi les diverses préparations de mercure. Telle forme de ce médicament réussira chez un malade et échouera chez un autre malade atteint du [illegible] tution qu'[illegible] sans qu'*a priori* la nature du mal, la constitution [illegible] puissent en donner une raison suffisante. En pareil cas, [illegible] guide : une préparation ne réussit pas, on passe à une autre jusqu'à ce qu'on soit tombé sur la meilleure.

Disons à ce propos que depuis quelque temps on a peut-être eu tort de négliger le bi-chlorure ; j'ai vu des plaques muqueuses de la bouche guéries très-promptement par les pilules de Dupuytren, alors que l'emploi prolongé des autres mercuriaux n'avait absolument rien produit. Voilà un fait d'expérience ; il aura pour lui le secours de la théorie, si on admet avec M. Mialhe que les mercuriaux en contact avec les chlorures alcalins des humeurs, se transforment tous en bi-chlorure.

7° Enfin, je signalerai dans certains cas l'utilité d'un traitement *intermittent*. J'ai vu des syphilides rebelles à une médication continue, disparaître en peu de temps sous l'influence des mêmes agents suspendus quinze jours, repris les quinze jours suivants, suspendus encore et ainsi de suite. Est-ce que de cette façon l'économie s'habitue moins au remède ? Est-ce que les mercuriaux donnés contre la syphilis à de longs intervalles et par fractions, auraient à mieux agir cette aptitude que possède le calomel donné de la même manière dans d'autres circonstances ? C'est ce que je ne résoudrai point.

EMPLOI DU PERCHLORURE DE FER

dans le traitement de quelques affections cutanées.

Par M. L. Bouron des Clayes, à Creteil.

Obs. I. — M. S. A..., âgé de soixante-cinq ans, d'un tempérament sanguin, quoique grand et maigre, et jouissant d'une bonne santé habituelle, me fait appeler le 31 août 1860 pour une démangeaison insupportable occupant les bourses et s'étendant jusqu'à la marge de l'anus inclusivement. Depuis plusieurs jours il se garnissait avec des linges, de manière à éviter les désagréments d'une exsudation assez considérable.

Je reconnus un eczéma qui, d'après les questions que j'adressai au malade, datait de trois semaines à un mois environ. — Cataplasmes de fécule de pommes de terre ; puis onctions avec la pommade de goudron.

Le 4 septembre, le prurit est à peu près nul, mais l'exsudation persiste aussi abondante et l'affection a la même étendue.

Depuis ce jour jusqu'au 16 du même mois, je touchai régulièrement tous les deux jours avec l'huile de cade ; la nuit, cataplasmes de fécule de pommes de terre.

Le 16, il n'y avait aucune modification notable.

J'eus alors l'idée d'essayer de toucher légèrement toute la surface affectée avec un pinceau trempé dans le perchlorure de fer liquide à 32°, puis par-dessus j'appliquai une couche épaisse de collodion.

Le 17, la peau, un peu brunie, était presque complétement sèche dans toute l'étendue de l'eczéma. Je fis une nouvelle application de perchlorure de fer et de collodion.

Le 18, sauf la couleur de la peau, rien ne donnait à penser qu'elle pût avoir été atteinte d'une affection quelconque.

Je laissai le malade tranquille, lui faisant simplement boire en mangeant une infusion de houblon.

Le 19, rien de nouveau.

Le 20, le malade prend un purgatif un peu énergique.

Rien ne reparaît à la suite.

Depuis lors, je rencontre le malade presque tous les jours, et il n'y a jamais eu de récidive.

Obs. II. — G..., âgé de quarante-sept ans, homme très-puissant, à cou court, essentiellement sanguin, vient me trouver le 7 novembre. Il est atteint de la gale. Il a de plus, depuis assez longtemps, un *lichen agrius* à l'avant-bras.

Ma première expérience m'encouragea à en tenter une seconde. Je lui fis subir le traitement de l'hôpital Saint-Louis (de M. Hardy) ; seulement je remplaçai la pommade par celle-ci :

Perchlorure de fer à 32°. . .	3 grammes.
Bicarbonate de soude. . . .	4 —

Mêlez et ajoutez :

Axonge récente.	60 grammes.

F. S. A. une pommade.

Le malade m'est revenu hier. La gale a complétement disparu ; le lichen s'est complétement modifié, et est en voie bonne et rapide de guérison. Le prurit est presque nul ; je lui fais continuer les bains, et sur le lichen la même pommade, additionnée d'alcoolature d'aconit.

Somme toute, je crois qu'expérimenté sur une plus large échelle que je ne puis le faire dans la clientèle ordinaire, dans les hôpitaux *ad hoc*, par exemple, le perchlorure de fer peut rendre d'immenses services dans le traitement des affections cutanées, soit seul, soit accompagné du collodion, dans certaines circonstances, sans compter qu'il n'offre pas les inconvénients qui accompagnent souvent les préparations soufrées, comme ecthyma, etc., sans parler de l'odeur désagréable.

En outre, il m'a fait l'effet d'agir beaucoup plus sûrement et promptement (1).

(1) Voir à ce sujet les résultats des expériences de M. Devergie que nous avons exposés dans le numéro du 28 avril 1860.

NOTE SUR LES INQUIÉTUDES DES MEMBRES INFÉRIEURS,

Par M. le docteur Louis Monstardier (de Nîmes).

Il est un phénomène insignifiant en apparence, mais qui n'en a pas moins une importance réelle, soit comme symptôme, ou complication d'affections plus graves, soit comme capable, en se répétant, de déterminer des accidents sérieux ; je veux parler des inquiétudes dans les jambes. Cet état, à sa plus simple expression, consiste dans un besoin de remuer les membres inférieurs pendant que le corps garde la situation assise ou couchée. On dirait qu'ils s'ennuient d'une trop longue inaction et qu'ils protestent en changeant à chaque instant de position. Le meilleur moyen à opposer à ce besoin, c'est de se lever et de marcher.

A un degré plus avancé, cette sensation, devenue plus pénible, se trouve liée à l'apparition dans ces membres de troubles qui ont la plus grande analogie avec ceux produits par l'électricité. Ce sont des contractions musculaires, des soubresauts dans les tendons qui réveillent le patient en sursaut et chassent le sommeil de ses yeux.

Le moindre [illegible], le moindre picotement les déterminent par une action réflexe ; la crainte de les voir paraître, l'attention concentrée sur cette région les provoquent et les entretiennent. L'emploi à l'intérieur des solanées vireuses, principalement du datura stramonium et de la belladone, redouble leur énergie.

Cette sorte d'inquiétude s'observe comme symptôme dans la myélite chronique, dans la *paralysis agitans* des Allemands, et l'état nerveux si bien décrit par M. Bouchut. Enfin elle accompagne cet état d'anxiété et d'angoisse, qui éclate souvent dans le cours des affections longues et douloureuses.

Le traitement par excellence consiste dans l'administration interne des préparations opiacées à la dose ordinaire.

J'ai connu une personne très-nerveuse et atteinte de l'incommodité dont je parle, qui était forcée de sauter du lit, au moins sept ou huit fois par nuit, et qui faisait cesser subitement ces fâcheuses inquiétudes par l'emploi de 20 grammes de sirop d'opium. Que si par aventure l'ennemi tentait de rentrer dans la place, une courte promenade dans la chambre suffisait pour l'expulser.

Il est inutile d'ajouter que l'on devra opposer les moyens qui leur conviennent aux divers états morbides qui font naître cette affection.

DU TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

par l'acétate neutre de plomb,

Communication à la Société de médecine de Strasbourg, par M. le docteur Strohl, professeur agrégé.

Après avoir employé, à l'exemple de Ritscher et de Burkardt, le sucre de Saturne dans des pneumonies qui avaient résisté au tartre stibié, etc., M. Strohl est arrivé à prescrire ce sel de plomb dans les formes les plus diverses de pneumonie, et enfin à le prescrire exclusivement, qu'il s'agisse d'un enfant, d'un adulte ou d'un vieillard, et cela, dit-il, avec des résultats qui l'engagent de plus en plus à persévérer dans cette voie.

« Je suis sobre, dit M. Strohl, d'émissions sanguines générales. Quand il y a pléthore, forte congestion sanguine, je saigne une fois, rarement deux ; sinon, je me borne à faire appliquer quelques ventouses scarifiées ou quelques sangsues.

» Dès le début, je donne l'acétate de plomb ; je le donne à doses assez élevées, de 25 à 35 centigrammes, et je vais parfois jusqu'à 50 centigrammes.

» Le pouls ne tarde pas à baisser de 10 à 15 pulsations ; il tombe même quelquefois au-dessous du chiffre normal. Les symptômes locaux continuent d'abord à s'étendre ; le souffle persiste et augmente même ; les râles crépitants semblent gagner en force et en étendue. Mais bientôt le malade éprouve une sensation de bien-être ; c'est qu'alors commence à s'opérer la résolution de l'inflammation pulmonaire. Dès ce moment, dès que les symptômes locaux s'améliorent, je suspends l'administration du sucre de Saturne ; le travail de résolution achève de s'accomplir tout seul.

» La convalescence se déclare au bout de cinq, six, huit, quelquefois douze jours de traitement, mais une convalescence bien franche ; l'appétit se fait sentir avant que la résolution soit complète ; les forces reviennent promptement.

» Chez les enfants, même très-jeunes (de six à huit mois), et chez les vieillards, l'acétate de plomb fait obtenir des résultats tout aussi satisfaisants, même dans les cas les plus difficiles. Cet agent thérapeutique m'a encore parfaitement réussi dans quelques cas de pneumonies secondaires sur des sujets phthisiques, et de pneumonies venant à compliquer des fièvres typhoïdes. Toutefois, dans ce dernier cas, je n'ai pas par devers moi les résultats d'une expérimentation assez multipliée pour me permettre de me prononcer d'une manière absolue. »

M. Strohl trouve, en définitive, le traitement de la pneumonie par l'acétate de plomb plus avantageux que le traitement classique. Il est au moins aussi prompt. « Il ménage, dit l'auteur, les forces du malade ; il peut être toujours employé, même malgré la coïncidence de quelques autres états maladifs ; la convalescence ne se fait pas attendre, et jamais je n'ai vu d'accidents être la suite de l'administration de ce médicament. Ce n'est pas à dire que je n'aie pas subi des insuccès, mais ils ont été plus rares que ceux qu'enregistre le traitement classique. »

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

LUXATION DU CRISTALLIN PAR L'ÉTERNUMENT.

Les auteurs rapportent des exemples de ce déplacement dû soit à une chute sur les pieds ou sur la tête, soit à un coup violent reçu sur le globe oculaire ; mais l'éternument n'avait pas

encore été noté parmi les causes capables de produire un pareil accident. Aussi y a-t-il quelque lieu de supposer, et cela d'après les circonstances mêmes de l'observation, que l'œil de ce sujet y était déjà prédisposé.

Un homme de trente-six ans, myope, avait remarqué depuis deux mois que la vue de son œil gauche devenait extraordinairement perçante, qu'il voyait de ce côté les objets grossis, que la vue de son nez, par exemple, lui causait une sensation pénible tant il paraissait saillant. Le 18 avril, étant exposé au soleil et après un violent accès d'éternuement, il se sentit subitement comme aveuglé de ce côté.

M. Hogg, consulté, constata que le cristallin avait passé dans la chambre antérieure. Malgré l'emploi de l'atropine et le repos (que le malade ne garda d'ailleurs qu'incomplètement), une inflammation intense se déclara, accompagnée de douleurs excessives, que ni les sangsues, ni les narcotiques, ni le chloroforme, ne purent calmer.

Le 27, neuf jours après l'accident, M. Hogg fit l'extraction du cristallin. Le soulagement fut immédiat et complet. On trouva le cristallin parfaitement transparent et sans aucune altération, si ce n'est dans sa forme.

L'examen à l'ophthalmoscope fit reconnaître que la moitié du cristallin dans l'œil droit était opaque, ce qui en nécessiter— doute tôt ou tard l'extraction. (*The Lan— et Gaz. méd. de Lyon.*)

LAVEMENT CONTRE LES NÉVRALGIES LOMBO-ABDOMINALES.

Très-souvent éprouvé avec succès.

Eau.	200	grammes.
Poudre de valériane. . .	4	—
— de feuille d'oranger.	4	—

Garder ce lavement le plus longtemps possible.

(*Gaz. méd. de Lyon*).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 décembre 1860. — Présidence de M. Chasles.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à la nomination d'un membre dans la section d'anatomie et de zoologie. On en connaît le résultat. Voici quelle a été la distribution des voix :

Premier tour de scrutin. Nombre de votants, 58 ; majorité, 30.

M. Longet a obtenu.	28	suffrages.
M. Blanchard.	25	—
M. Robin.	5	—

Au second tour :

M. Longet a obtenu.	31	suffrages.
M. Blanchard.	27	—

Anthropologie. — M. A. Bourgarel lit un mémoire sur les races de l'Océanie française et sur celles de la Nouvelle-Calédonie en particulier. Suivant l'auteur, la Nouvelle-Calédonie n'est pas habitée par une race unique, mais bien par deux variétés distinctes, dont l'une a la peau presque noire, les cheveux courts et très-crépus, le crâne allongé, etc., et lui paraît représenter le véritable type nègre océanien. Il la désigne sous le nom de variété noire. L'autre a la peau jaune olivâtre, les cheveux plus longs et moins crépus, une stature plus élevée, le crâne moins allongé ; elle se rapproche des Polynésiens. Ce n'est peut-être, dans l'opinion de l'auteur, que le produit d'un croisement entre le type nègre océanien et le type polynésien, ou le type malais ; il lui donne le nom de variété jaune.

Après cette étude anatomique, l'auteur passe, dans son travail, à la description des caractères extérieurs des Néo-Calédoniens. La taille, la couleur de la peau, la chevelure, ont particulièrement fixé son attention. Il donne aussi quelques renseignements sur diverses coutumes du pays, sur les rapports de l'homme avec la femme, du chef avec le peuple ; sur le costume et les habitations de ces sauvages ; enfin il termine par quelques détails sur les maladies qu'il a été à même d'observer pendant son séjour dans l'île, et sur le mode de sépulture en usage dans les diverses tribus. (Commissaires, MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, J. Cloquet.)

Lithotripsie. — M. Heurteloup communique une addition à son mémoire sur le porte-à-faux.

« Ma communication du 26 novembre dernier a été, dit-il, pour M. Guillon l'occasion d'une réclamation insérée par extrait dans le *Compte rendu* du 10 de ce mois ; j'y répondrai brièvement en faisant remarquer :

» 1° Que si M. Guillon eût fait un instrument nouveau et n'eût pas imité mon instrument courbe, il ne trouverait pas d'analogie entre sa conception et les dérivés de cet instrument qui font l'objet de mes nouveaux travaux ;

» 2° Que le nom assigné à mon porte-à-faux à deux leviers lui donne un caractère trop tranché pour qu'il soit nécessaire de défendre e son origine et son but logique ;

» 3° Que la loi fondamentale de la dépression du bas-fond de la vessie, pour appeler les fragments de pierre, loi qui est l'âme de la lithotripsie, a été formulée par moi en 1846, il y a quatorze années, dans mon livre sur la lithotripsie sans fragments. »

— M. Martin fils adresse au concours pour le prix de statistique sa *Topographie physique et médicale de la ville de Narbonne*. (Renvoi à la commission.)

Pulvérisation des pierres dans la vessie. — M. Merci— à dis- sous ce titre une note dans laquelle il s'atta—eurteloup dans un mé- cuter la validité des asser— novembre dernier. Il termine la note en moire — ces termes :

En résumé, le problème de la lithrotritie est encore ce qu'il était avant la divulgation de l'instrument inédit de M. Heurteloup.

1° Quand la pierre s'accompagne de dysurie, on doit se servir du lithotribe à dents d'abord, puis de celui à cuillers, et, en dernier lieu, de ma sonde évacuatoire à double courant.

2° Quand, au contraire, l'urine s'écoule avec facilité, il suffit du lithotribe à dents, puis du pulvérisateur à mors plats : l'urine entraîne le détritus.

3° Quand la pierre est petite ou molle, comme le sont la plupart des phosphatiques, le brise-pierre à dents n'est même pas nécessaire.

(La note est renvoyée aux commissaires nommés pour l'examen du mémoire de M. Heurteloup : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

M. Pappenheim adresse une note ayant pour objet d'établir qu'il a le premier, dans son travail imprimé sur la digestion, exposé la manière de séparer la *pepsine* de la *salivine*. Quand, à une époque postérieure, d'autres personnes ont donné cette découverte comme nouvelle et ont prétendu se l'attribuer, M. Pappenheim n'avait pas à sa disposition les pièces nécessaires pour appuyer une réclamation de priorité ; aujourd'hui il envoie copie de deux pièces qu'il considère comme probantes et dont il prie l'Académie de vouloir bien prendre connaissance.

(Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

M. Billiard, de Corbigny, qui avait précédemment soumis au jugement de l'Académie un travail ayant pour titre : *Etablissement du phénomène de l'hématose*, adresse aujourd'hui un supplément à ce travail.

(Renvoi à l'examen des commissaires précédemment nommés : MM. Pelouze, Cl. Bernard.)

M. Delfraysse envoie une addition à ses précédentes notes sur certains dispositifs destinés à rendre possible l'usage de la plume ou du pinceau à des personnes privées de plusieurs doigts ou même de toute la main.

(Renvoi comme les notes précédentes à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

M. Poiseuille prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante, dans la section d'anatomie et de zoologie, par suite du décès de M. C. Duméril.

(Renvoi à la section d'anatomie et de zoologie.)

— M. C. G. Fickel, en adressant de Dresde, pour le même concours, un ouvrage écrit en allemand, y joint une indication, en français, du but qu'il s'est proposé et de la marche qu'il a suivie. (Renvoi à la même commission.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM.

Durand, né à Nantes ; *Du tétanos et principalement de son traitement.*

Mosquera, né à Vera-Cruz (Mexique) ; *Quelques réflexions à propos d'un cas de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. (Autopsie, triple bruit ; bruit anormal au second temps.)*

Brun, né à Vieux (Ain) ; *Du sulfate de cinchonine et de son emploi dans les fièvres intermittentes.*

Radou, né à Paris ; *Sur quelques accidents de la grossesse et de l'accouchement.*

Taverne, né à Bellegarde (Creuse) ; *Quelques mots sur les fluxions en général et sur les fluxions de poitrine en particulier.*

Brisson, né à Dompierre (Charente-Inférieure) ; *Des entozoaires du tube digestif.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Jeudi dernier, a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, sous la présidence de M. Husson, directeur général, la distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux de Paris. Voici les noms des lauréats :

Prix de l'interne— — division. — Médaille d'or : — année à l'hôpital des Enfants Malades. — M Re— d'argent : M. de Saint-Germain, interne de 4e année à l'Hôtel-Dieu. — 1re mention : *ex æquo*, MM. Guéniot, P. Tillaux et Simon (Edmond). — 2e mention : *ex æquo*, MM. Baudot, Dezanneaux et Simon (Jules).

Deuxième division. — Médaille d'argent : M. Jouon, interne de 2e année à l'Hôtel-Dieu ; accessit, M. Ferrand ; 1re mention, M. Touzi ; 2e mention, M. Martineau.

Prix de l'externat. — Prix, M. Lallement ; accessit, M. Caulet ; 1re mention, M. Gouraud ; 2e mention, M. Blot.

Par une disposition spéciale de son testament, feu M. Lenoir léguait ses instruments de chirurgie à l'élève qui serait reçu le premier interne l'année de sa mort. Conformément à la volonté du testateur, ces instruments ont été remis à M. Lallement.

— La Société médicale du Ier arrondissement, dans sa dernière séance, a procédé à l'élection de son bureau pour 1861.

Ont été nommés :

MM. Tessereau, président ; Gosselin, vice-président ; Bailly, secrétaire général ; Donadieu, secrétaire adjoint ; Vautier, trésorier.

— « On lit dans les annonces d'un journal piémontais, la *Gazetta de Popolo*, l'ouverture d'un concours pour la place de médecin cantonal dans la commune de Monastero d'Acqui ; émoluments, 400 fr. par an. »

Quelques lignes plus bas, le même journal annonce également un concours pour une place de garde-champêtre dans la commune de Castelunghetto, dont le traitement s'élève à 600 fr. par an, « en sus du logement et d'une indemnité pour l'habillement. »

Un médecin de nos amis qui nous communique ces deux annonces, y ajoute la réflexion suivante : « Savez-vous bien que l'alternative mérite de sérieuses réflexions, et que j'hésite avant d'opter pour l'une ou pour l'autre de ces deux places. Donnez-moi votre avis à cet égard. » (*Presse méd. belge.*)

— M. le docteur Courserant commencera son cours sur les maladies des yeux le lundi 7 janvier, à onze heures et demie précises, à son dispensaire, rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel, 19, et le continuera les mercredis, vendredis et dimanches suivants à la même heure.

La conférence du dimanche est consacrée à la chirurgie oculaire et à l'ophthalmoscopie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères. Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Études sur les inflammations des testicules, et principalement sur l'épididymite et l'orchite blennorrhagique, par le docteur Ch. Hardy, ex-interne de l'Hôpital des vénériens. Mémoire accompagné de deux planches. Prix : 2 fr. 50 c. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, par A. Trousseau, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. Tome Ier. Un volume in-8° de 824 pages. Prix : 10 fr. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Traité de pathologie générale, par M. Ed. Monneret, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker. (Tome IIIe : séméiologie, pronostic, étiologie, en trois parties. Prix : 12 fr. 1861. Chez Béchet jeune, libraire-éditeur, rue Monsieur-le-Prince, 22.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

A nos souscripteurs.

Conformément à notre usage, nous continuons l'envoi du journal à ceux de nos confrères dont l'abonnement est expiré, et quoiqu'ils n'aient pas encore envoyé leur renouvellement. Ceux qui ne voudraient pas continuer leur souscription sont priés de nous en donner avis, ou tout au moins de rendre les numéros au facteur en inscrivant sur la bande le mot : refusé.

Paris, le 4 janvier 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a repris mercredi dernier le cours de ses travaux scientifiques. Son nouveau président, M. Robinet, a ouvert la séance par une petite allocution de bon goût, et qui, sous le voile de la modestie, ne laisse pas que de nous faire pressentir cette fermeté unie à la courtoisie et à l'équité, qui constituent les bonnes traditions présidentielles.

Après ces préliminaires d'usage, M. Bouillaud est monté à la tribune pour la lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Sales-Girons, ayant pour titre : *De la diète respiratoire.* L'idée neuve et originale de notre savant collègue a trouvé dans l'honorable rapporteur un chaud défenseur. On trouvera dans le compte rendu de la séance un résumé substantiel de la méthode ingénieuse de diététique respiratoire, imaginée par M. Sales-Girons, et des sages appréciations qu'en a faites son rapporteur. Nous nous joindrons volontiers au vœu exprimé par M. Bouillaud, que l'auteur se mette en mesure d'appuyer ces idées sur des observations précises et suffisamment nombreuses pour justifier ses prévisions. Nous serions heureux alors de saisir cette occasion d'exposer cette nouvelle méthode avec tous les détails qu'elle comporte. — Dr Brochin.

STATISTIQUE MÉDICALE DES HOPITAUX.

Nous avons annoncé, il y a trois mois à peine, la formation d'une commission de statistique médicale des hôpitaux de Paris ; dans le numéro du 29 décembre on a pu lire les propositions formulées par la commission ; et, au moment où nous écrivons ces lignes, les mesures proposées et adoptées par l'administration sont déjà en voie d'exécution depuis quatre jours. Cet empressement dans l'accomplissement de la mission confiée à la commission, le concours actif qu'y a apporté chacun de ses membres, et l'unanimité qui a présidé à ses délibérations, montreraient assez, si elle n'était déjà évidente par elle-même, l'importance de la nouvelle institution dont l'honorable directeur de l'administration de l'Assistance publique a eu l'heureuse initiative.

On se rappelle les nombreuses et vives discussions qui ont été soulevées depuis une trentaine d'années dans les académies et dans la presse, au sujet de l'application de la statistique aux choses de la médecine ; on sait toutes les critiques et les défiances qu'a inspirées la méthode dite numérique, alors que réduite aux ressources individuelles, et appliquée par conséquent à des nombres forcément restreints, elle avait la prétention de se substituer aux méthodes logiques ; et tout récemment encore on se rappelle combien la discussion de l'Académie sur la statistique des causes de décès a soulevé de difficultés.

Ces difficultés, que la commission ne s'est point dissimulées, pas plus que n'a dû le faire M. Husson lui-même, à qui les travaux de ce genre sont d'ailleurs si familiers, n'étaient pas de nature cependant à faire reculer devant l'accomplissement d'un projet dont on peut légitimement attendre de si utiles résultats pour la science et pour l'humanité. La plupart des objections faites avec raison aux essais de statistique restreinte, cèdent d'ailleurs devant une statistique qui permettra désormais l'application plus sûre de la loi des grands nombres.

Mais nous ne saurions mieux caractériser l'œuvre nouvelle à laquelle le corps médical des hôpitaux de Paris est appelé à concourir, qu'en reproduisant ici quelques-uns des termes du rapport confié à la plume habile de M. Tardieu :

« Il fallait avant tout, et sous peine d'échouer complétement, dit le rapport, demander peu pour obtenir quelque chose et restreindre même l'utile pour s'en tenir au possible. De plus, il ne fallait pas perdre de vue qu'il s'agissait d'une statistique générale, dont les éléments devaient être simples et se prêter facilement aux déductions numériques, pour laquelle enfin l'exactitude des données acquises était plus à désirer que la multiplicité des résultats incertains. »

La commission ne s'en est pas tenue à la discussion et à l'adoption de ces principes généraux, elle n'a voulu négliger aucun détail et s'est préoccupée des moindres difficultés d'exécution que pourrait rencontrer la mise en pratique d'une statistique médicale. Le système de bulletin individuel qu'elle a adopté à cet effet, facilitera l'application des principes qui devront servir de base à la statistique.

La commission a pensé avec raison qu'en réduisant les éléments du calcul au simple rapprochement d'un certain nombre de données fixes et certaines, telles que celles du sexe, de l'âge, de la saison, des renseignements recueillis sur les conditions hygiéniques, professionnelles et sociales, et des maladies considérés dans leur nature, leurs complications, leur durée, leur terminaison, elle réunirait chaque année une masse considérable de matériaux utiles pour la science.

« Le rapprochement de ces seuls éléments statistiques, dit-elle, est de nature à éclairer l'histoire des causes et de la marche de bien des maladies, la valeur comparative d'un grand nombre d'opérations chirurgicales et les circonstances générales de la grossesse, de l'accouchement et de l'état puerpéral. Les grandes influences étiologiques du sexe, de l'âge, des saisons, l'hygiène professionnelle, la pathologie médicale et chirurgicale, la médecine opératoire, l'obstétrique, recevront donc, à n'en pas douter, de la statistique médicale des lumières inattendues. »

On aura sans doute remarqué que la thérapeutique ne figure pas dans les éléments de statistique proposés par la commission. Nous avons loué tout à l'heure la sage réserve qu'elle avait cru devoir apporter dans la détermination de ces éléments; bien que la thérapeutique soit de toutes les données médicales celle qui se plie le plus difficilement au calcul et qui justifie le mieux par ses difficultés les objections des antagonistes de la statistique médicale, nous n'acceptons pas cependant les scrupules de la commission jusqu'à ce point que les traitements, dans ce qu'ils ont du moins de plus simple et de plus essentiellement comparable, ne doivent point entrer dans le cadre des bulletins que les médecins auront à remplir.

Quitte à n'user qu'avec une extrême prudence des données que fournirait le relevé des moyens mis en usage, nous croyons qu'il est utile de les inscrire, et qu'on se priverait bénévolement, en agissant autrement, de renseignements dont l'avenir révélera peut-être plus qu'on ne pense l'utilité. M. Husson en a jugé ainsi, et il a très-sagement fait à notre avis, en comblant dans ses instructions cette lacune volontaire de la commission.

Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs le texte de la lettre-circulaire que M. le directeur de l'Assistance publique vient d'adresser aux médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices de Paris, sur l'organisation de cette statistique :

Paris, le 15 décembre 1860.

Monsieur le docteur,

Cent mille malades des deux sexes et de tout âge, atteints d'affections les plus variées, viennent chaque année dans les hôpitaux de Paris réclamer les secours de l'art, et les soulagements non moins précieux qu'une administration humaine et une charité éclairée savent prodiguer à ceux qui souffrent.

Nos hôpitaux, indépendamment de l'utile mission qu'ils remplissent avec succès au sein d'une immense population, grâce aux lumières et au dévouement du corps médical, offrent donc aux investigations de la science l'une des plus riches collections de faits qui existent au monde.

Ces faits cependant ne sont pas recueillis, car on ne saurait tenir compte des renseignements abrégés et souvent peu sûrs consignés aujourd'hui pour chaque individu tant au registre d'entrée de l'hôpital que sur la pancarte attachée au lit du malade.

En prenant la direction des services hospitaliers, j'ai été vivement frappé de l'existence de cette lacune, et il m'a semblé que l'intérêt de l'humanité, aussi bien que celui de la science, exigeait qu'elle fût comblée au plus tôt.

N'est-il pas regrettable, en effet, que l'administration, avec tous les moyens dont elle dispose, que les hommes les plus instruits du corps médical ne sachent pas d'une manière exacte et synoptiquement pour l'ensemble des services, le nombre et la nature des maladies qui sévissent plus particulièrement chaque année dans la population considérable qui alimente les hôpitaux, l'influence qu'exercent sur le développement des affections morbides les conditions d'habitation et de nourriture, le mode et la nature du travail, la conduite, la propreté, et en général les habitudes qui constituent l'hygiène physique et morale des individus ?

Sauf les indications sommaires que nous fournissent quelques relevés faits autrefois sous les yeux de Dupuytren, et depuis par des praticiens qui se sont occupés de certains points spéciaux, nous n'avons pas une connaissance plus complète de tout ce qui concerne les maladies chirurgicales ; le nombre, la nature, le siége des opérations, les cas où l'on a recours à l'anesthésie, les accidents et les complications, les résultats du traitement, etc., nous sont également inconnus.

Quelle que soit l'importance qu'individuellement l'on attache aux données numériques, il est certain pour tous les hommes éclairés qu'elles peuvent acquérir une grande valeur si elles sont bien recueillies, soumises à des classifications rationnelles, ingénieusement comparées et ramenées au double but que nous devons nous proposer, l'amélioration du sort des hommes et l'avancement de la science médicale.

Ceux d'entre vous, Monsieur le docteur, qui tiennent habilement la plume et qui nous ont donné ces ouvrages généraux ou ces monographies qui sont l'honneur de l'école des hôpitaux de Paris, n'ont-ils pas regretté souvent de n'avoir à leur disposition que des observations péniblement rassemblées sur un théâtre nécessairement restreint ? Quel parti n'auraient-ils pas su tirer de résultats nombreux et coordonnés que leur offrirait une statistique bien faite, embrassant l'ensemble de nos établissements hospitaliers ! Il faut bien le reconnaître, c'est à l'ordre positif que les esprits chercheurs et sérieux vont en général demander des lumières, à la faveur desquelles ils réalisent des progrès dans les diverses branches des connaissances humaines. Le génie peut sans nul doute, par la seule puissance de l'intuition, enrichir la science de découvertes inattendues que l'expérience vient plus tard vérifier ; mais l'observation attentive et rigoureuse des faits sera toujours la voie la plus sûre pour conduire aux théories et aux méthodes qui forment les matériaux usuels de l'édifice scientifique.

Constater ces faits et les réunir pour les mettre à la disposition de tous, est à coup sûr une œuvre essentiellement utile à la science et à l'économie sociale.

Tout conviait donc l'administration à tenter de jeter les fondements d'une véritable statistique médicale. Mais avant d'aborder cette entreprise, j'ai tenu à m'assurer du concours des hommes éminents qui composent le corps médical.

(M. le directeur rend compte ici de l'organisation de la commission chargée d'étudier la question et de fixer les bases de la statistique médicale ; et, après avoir rappelé les principes généraux qui l'ont guidée et constaté l'unanimité de tous ses membres tant sur le fond de la question que sur les moyens proposés, il énonce en ces termes le résultat de ses propositions) :

Après s'être arrêtée tout d'abord à l'idée d'un bulletin individuel pour chaque malade, elle a pensé que, pour faciliter le travail des chefs de service, et pour donner aux renseignements recueillis toute la précision possible, il était nécessaire de prescrire quatre espèces de bulletins, savoir :

Un pour les services de médecine;
Un pour les services de chirurgie;
Un pour les services d'accouchements ;
Un autre, enfin, qui serait spécial aux maladies vénériennes.

Ces bulletins, pour être plus facilement distingués, seraient imprimés sur papier de couleurs différentes.

L'inspection de ces formules qui sont annexées à mon arrêté d'organisation vous convaincra, Monsieur le docteur, que la commission s'est attachée à ne demander, pour les matériaux de la statistique, que les renseignements nécessaires à l'œuvre ; mais elle les a voulus assez complets pour qu'elle fût sérieuse, assez spéciaux pour qu'elle fût scientifique, assez simples enfin pour n'exiger que peu de temps et de travail.

Pouvais-je mieux faire que d'adopter, sans aucune modification, des propositions aussi sages et aussi bien conçues ?

La commission n'a pas cru devoir réserver, dans la formule du bulletin individuel, une place pour des indications, même sommaires, sur la thérapeutique ; elle s'est arrêtée sûrement devant la pensée de demander aux chefs de service un travail qui eût été peut-être à lui seul une difficulté, et dont l'utilité d'ailleurs n'eût pas été bien démontrée à tous. J'apprécie ce sentiment de réserve ; mais j'incline à croire que, quand la statistique aura fourni de premiers résultats et révélé elle-même tout le profit qu'on en peut tirer, on reconnaîtra la nécessité d'ajouter à la formule quelques renseignements brefs et simples à ce sujet. On ne saurait sans doute attribuer à de telles indications la portée d'une sorte d'enseignement ; mais en constatant la diversité même des méthodes de traitement, elles seraient comme un indice des procédés dominants et provoqueraient les praticiens instruits à la recherche et à l'étude des meilleures méthodes. Le temps dira s'il peut être utile d'ajouter à notre statistique des renseignements sur cette branche de la science médicale, et dans quelle mesure il conviendrait de le faire.

Je ne saurais trop, Monsieur le docteur, appeler votre attention sur l'importance que l'administration doit attacher à ce que personnellement vous veuillez bien donner les soins les plus attentifs à la tâche qui va vous incomber. Si j'en crois les impressions que je reçois de toutes parts, les chefs de service voudront, j'en suis sûr, l'accomplir eux-mêmes. Un de vos anciens collègues, qui porte un nom illustre et vénéré, en m'exprimant toute sa sympathie pour l'œuvre que nous entreprenons, m'assurait que, s'il eût été encore en service actif dans les hôpitaux, il n'aurait pas manqué d'y coopérer avec un intérêt réel et soutenu, et de rédiger avec exactitude les bulletins statistiques. Ce sentiment sera partagé certainement par la plupart d'entre vous. J'espère du moins que, lorsque les bulletins ne seront pas remplis par les chefs de service eux-mêmes, ils le seront par les élèves internes sous leur dictée ou sous leur étroite direction. Les lumières et le dévouement de ces jeunes gens me sont bien connus, et j'ai compté sur leur concours pour mener à bien une œuvre qui peut être pour eux la source d'une utile instruction. L'administration leur saura gré de leur zèle et de leurs efforts, dans une collaboration qui les rattachera mieux encore à elle.

Ai-je besoin d'ajouter que, selon le vœu de la Commission, vous obtiendrez les plus grandes facilités pour tirer personnellement de votre travail toute l'utilité possible : des formules vous seront remises, si vous le désirez, pour que vous puissiez non-seulement garder le double des bulletins qui auraient à vos yeux un intérêt particulier, mais encore y ajouter, sous forme d'observation développée, telles indications que vous jugeriez convenables. Vous aurez encore la faculté de consulter, dans les *Archives* de l'administration, tous les bul-

letins qui s'y trouveront méthodiquement réunis. Le mode de leur dépouillement, celui de leur classement, seront ultérieurement déterminés. J'ai l'intention de consulter à cet égard ceux de MM. les membres du corps médical qui viennent de me donner un concours si éclairé et si efficace.

Enfin, j'ai le dessein d'annexer chaque année au compte moral que je dois rendre, une série de tableaux qui reproduiront, sous les formes les plus propres à les rendre clairs et précis, les résultats obtenus. Ces tableaux, qui viendront s'ajouter aux documents pleins d'intérêt que nous publions déjà, seront tirés à part et distribués à tous les membres titulaires ou honoraires du corps médical des hôpitaux et hospices, ainsi qu'aux internes qui auront coopéré aux travaux de la statistique.

Nous allons, Monsieur le docteur, commencer ensemble une entreprise qui a sans doute ses difficultés, mais qui, à raison de son importance, doit exciter la sollicitude de tous ceux qui sont appelés à y prendre part.

Vos confrères de la Commission, dans un esprit de solidarité si vivace parmi vous, ont bien voulu me promettre le concours loyal et actif du Corps médical tout entier; j'y compte, et je serai satisfait de partager avec lui l'honneur qui doit revenir aux créateurs d'une œuvre qui portera dans l'avenir de si utiles fruits.

Notre exemple sera suivi, soyez en certain. Déjà M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, a spontanément félicité mon administration de l'initiative qu'elle vient de prendre. et, appréciant toute la portée des mesures qu'elle prépare, il m'a prié de lui en faire connaître l'économie, afin de les étendre bientôt à tous les hôpitaux de l'empire. Je puis ajouter que des témoignages sympathiques nous sont venus de l'étranger, où dans peu nous trouverons des imitateurs.

Si nous avons été, comme j'en ai l'espoir, assez heureux pour trouver le meilleur mode de constatation de tant de faits intéressants; si nous pouvons bientôt présenter au monde savant des résultats instructifs, nul doute que nous ne soyons suivis dans la voie que nous aurons ouverte, et qu'à Londres, à Bruxelles, à Berlin, à Vienne, et dans toutes les grandes villes, on ne sente, comme à Paris, la nécessité de tirer parti d'une richesse abandonnée ou incomplétement exploitée, en y faisant participer les praticiens de tous les pays.

Les nombres sur lesquels nous allons opérer sont grands; mais quelle ne serait pas leur puissance, s'ils venaient s'ajouter à des nombres bien plus considérables, recueillis à de longues distances, sous des climats divers, et cependant réunis comme les feuillets d'un même ouvrage, pour procurer aux hommes laborieux un vaste champ d'observations fécondes! Si mes prévisions se réalisent, le Corps médical de Paris possédera dans peu d'années, au chef-lieu de l'administration, la statistique des principaux hôpitaux de l'Europe, et les savants praticiens de l'étranger pourront, à leur tour, par un échange confraternel, consulter avec fruit les faits recueillis par nos soins et par les hommes qui nous suivront dans la voie où nous nous engageons avec confiance.

La perspective de pareils résultats est bien propre à faire cesser les hésitations de ceux qui doutent encore; elle doit encourager nos efforts et stimuler notre zèle.

Aussi je pense, Monsieur le docteur, que, quelle que soit la chaleur des convictions individuelles sur la portée scientifique des dépouillements statistiques qui vont être opérés, il n'y aura parmi les médecins et les chirurgiens des hôpitaux qu'une seule opinion, lorsqu'il s'agira de coopérer à une œuvre dont les hommes les plus instruits et les plus consciencieux proclament la haute utilité. Il est de l'honneur du corps médical, comme de l'administration, d'en assurer l'exécution la plus parfaite, et de prouver encore une fois que notre pays sait concevoir fortement et poursuivre avec persévérance les entreprises qui ont pour but l'avancement de la science et le bien de l'humanité.

Agréez, Monsieur le docteur, etc.

Le Directeur de l'administration générale de l'Assistance publique,
A. Husson.

HOPITAUX MILITAIRES DE GÊNES.

Par M. Renard, médecin en chef de l'hôpital de Batna.

Coup de feu à l'hypochondre droit; lésion du foie, du rein; fistule urinaire; abcès urineux communiquant avec les bronches à travers le diaphragme. Mort le quatre-vingt-dixième jour de la blessure.

Celse est le premier qui ait parlé de la lésion des reins: il la croyait mortelle. Ambroise Paré donne de cette lésion une description générale, mais ne cite aucun fait particulier à l'appui des symptômes qu'il lui assigne. Personne avant Forets n'avait rapporté un exemple de plaies des reins. Depuis lors plusieurs observations ont été recueillies par différents auteurs, et de nos jours M. Rayer a rassemblé sur ce point des matériaux importants.

L'observation que je vais rapporter, quoique incomplète sous le rapport de la symptomatologie et du diagnostic, me semble cependant digne de figurer à côté des faits semblables que possède déjà la science, et bien que l'issue ait été funeste, elle démontrera, je l'espère, que les plaies des reins ne sont point nécessairement mortelles comme le croyait Celse, et fera connaître en même temps les procédés qu'emploie la nature pour en opérer la guérison.

P... (Alexis-Mathurin), âgé de vingt-cinq ans, fourrier au 85e de ligne, reçut le 4 juin 1859, dans les vignes de Magenta, un coup de feu tiré obliquement de gauche à droite et de haut en bas, et qui après avoir fracturé le cartilage de la neuvième fausse côte du côté droit, pénétra dans la cavité abdominale et vint sortir à la partie postérieure du tronc, au niveau de la première vertèbre lombaire et à droite de la rangée des apophyses épineuses. Il fut renversé sur le coup, mais ne perdit point cependant connaissance.

Transporté le jour même à Novare, il raconte que pendant les quatre premiers jours ses urines contenaient du sang, et ne peut donner aucun autre détail. Malgré une blessure aussi grave, le malade allait assez bien; la plaie antérieure était déjà cicatrisée, lorsqu'à la fin de juin on l'évacua sur l'hôpital du Grand-Séminaire, à Gênes. Pendant cette première période de la maladie, on n'observa aucun symptôme qui pût faire soupçonner une lésion du foie, quoique d'après la position de l'ouverture d'entrée du projectile cet organe ait dû nécessairement être intéressé. L'ouverture de sortie du projectile donnait toujours écoulement à du pus sur la nature et la quantité duquel le malade ne nous donne que des renseignements tout à fait insuffisants.

Arrivé à Gênes en chemin de fer, ce voyage le fatigua beaucoup. Du reste, dit-il, à part la douleur que lui occasionnait sa blessure, ses fonctions s'exécutaient parfaitement; les urines étaient devenues naturelles, le sommeil et l'appétit étaient bons, les selles se faisaient régulièrement. A son entrée à l'hôpital du Grand-Séminaire, le 5 juillet, un mois par conséquent après l'accident, il mangeait déjà depuis longtemps la demi-portion avec des légumes. Ce régime fut continué jusqu'au 16, quoique depuis le 11 on ait déjà constaté de l'infiltration des pieds et des paupières. A cette époque aussi les urines furent analysées, et on n'y constata point la présence de l'albumine.

Du 11 au 16 juillet l'infiltration alla en augmentant; le blessé présentait alors tous les signes de l'anasarque. On diminua son régime et on le mit à l'usage de la tisane nitrée, du vin de quinquina et de la potion de scille et de digitale. Quelques injections émollientes dans le trajet fistuleux.

Le 16, le malade commença à se plaindre d'une douleur au côté droit de la poitrine et de gêne dans la respiration. — Soupe, tisane amère, scille et digitale. Un vésicatoire sur la région hépatique.

Le 20, le malade se plaint toujours de gêne dans le côté droit de la poitrine. — Application d'un nouveau vésicatoire sur la région hépatique.

Cet état continua jusqu'au 27. A cette époque il y avait un peu d'amélioration, car le malade fut mis au quart.

Dans les premiers jours du mois d'août je pris la direction du service des blessés, et voici l'état dans lequel je trouvai le malade :

Teint d'un jaune paille, légère infiltration du tissu cellulaire sous-palpébral; infiltration des pieds. Pas de fièvre, bon appétit, pas de diarrhée. Urine limpide, dont la quantité ne semble point diminuée et paraît en rapport avec l'augmentation des fonctions de la peau. En effet la température est très-élevée, et tous les blessés de la salle, sans en excepter P..., sont constamment couverts de sueur. Le malade est très-affaibli; il reste continuellement couché, le tronc soutenu par plusieurs oreillers; la respiration est gênée et fréquente; insomnie.

La plaie qui existe à l'hypochondre droit est parfaitement cicatrisée; la cicatrice est blanche, luisante, légèrement enfoncée. On ne peut constater si le cartilage de la neuvième fausse côte a été fracturé, mais le malade l'assure, ou bien si le projectile n'a point pénétré dans l'abdomen, en traversant directement l'espace intercostal. La respiration se fait bien dans toute l'étendue de la poitrine; elle est seulement un peu obscure à la base du poumon droit, où l'on entend quelques râles humides. La mensuration du foie n'indique aucune augmentation du volume de cet organe, qui ne déborde point les fausses côtes, et qui n'a point changé la configuration du thorax. La langue est parfaitement nette et n'a jamais rien accusé.

A la partie postérieure du tronc, à droite des apophyses épineuses et au niveau de la première vertèbre lombaire, existent deux petites ouvertures; l'une supérieure, étroite, irrégulière, d'un trajet un peu tortueux, et qui permet cependant, après quelques tentatives d'y faire pénétrer un stylet, en suivant dans la direction donnée au stylet le trajet probable du projectile; l'autre inférieure. Au-dessous est une autre ouverture qui a été pratiquée avec le bistouri, afin de faciliter l'écoulement du pus, qui s'accumulait sous la peau. Cette seconde ouverture a été mise en communication avec la première au moyen d'une mèche à séton.

Il s'écoule par ces deux ouvertures un pus séreux dont l'odeur me frappe, qui traverse les compresses et le bandage de corps. La position des ouvertures d'entrée et de sortie, la nature du pus, indépendamment du foie qui a pu être lésé vers son bord inférieur, me fait diagnostiquer comme lésion principale, une plaie du rein droit ou de l'uretère.

Les jours suivants, mon diagnostic fut pleinement confirmé par la sortie d'un liquide limpide, d'une odeur urineuse, sans aucun mélange de pus, et qui chaque jour traversait plusieurs bandages et draps d'alèze.

Du 1er au 15 août, la plaie ne livre presque plus issue à du pus, mais seulement à de l'urine. Le malade avait rendu en urinant un débri de tissu cellulaire mortifié, qu'il s'était empressé de me faire voir. Les urines étaient toujours limpides, en moindre quantité peut-être que de coutume: mais cette diminution pouvait aussi bien s'expliquer par l'exagération de la transpiration cutanée que par l'issue d'une partie de l'urine par la plaie fistuleuse. Le malade fut maintenu au quart. — Tisane nitrée; vin de quinquina; potion opiacée pour la nuit.

L'infiltration de la face avait disparu; les pieds seuls étaient encore légèrement infiltrés; je commençais à ne pas désespérer de mon malade. Depuis quelques jours j'avais remarqué à ma visite du soir que la peau, habituellement fraîche, était chaude, le pouls accéléré, les pommettes légèrement colorées.

Le 16 et le 17, même état. La peau est chaude, brûlante; la respiration est très-gênée; le malade ne peut plus rester couché sur le dos ou le côté droit; il est alors pris d'accès de toux très-violents, qui durent plusieurs heures de suite; grande anxiété avec expectoration d'un liquide séreux, limpide, d'un goût détestable, dit le malade, et qui lui cuit à la gorge. En même temps la plaie fistuleuse ne donne presque plus écoulement à l'urine. J'y introduis avec la plus grande difficulté une sonde de femme, espérant tomber dans quelque abcès urineux; mais cette tentative n'est suivie d'aucun succès. Éponge préparée pour dilater le trajet fistuleux. Le malade adopte la seule position dans laquelle il se trouve bien : c'est la position couché sur le côté gauche, la tête et les cuisses fléchies sur le tronc. « Chaque fois, dit-il, que je veux me coucher sur le côté droit, je sens le besoin de tousser, et je crains toujours de voir reparaître ces crachats qui ont un goût si détestable. » Je prescris un vésicatoire sur le côté droit, que le malade ne veut point se laisser appliquer ou qu'il enlève; des potions kermétisées pour calmer la toux qui revient à chaque instant; potion éthérée, qu'il refuse de prendre; diète.

Le 18, la fièvre est moins forte, la peau moins chaude; la toux a cessé, ainsi que les crachats; les linges sont un peu mouillés par l'urine, mais on a les plus grandes peines du monde à obtenir que le malade change de position.

Le 19 et le 20, la fièvre a entièrement disparu. Le malade va bien; il demande avec instance à manger (quart). La plaie fistuleuse laisse écouler très-peu de liquide. Le malade se refuse absolument à ce qu'on y introduise une sonde. — Potion de sulfate de quinine; vin de quinquina; tisane nitrée.

Le 21, dans l'après-midi, nouvel accès de toux avec expectoration de crachats d'un goût repoussant et d'une odeur extrêmement nauséabonde. Pouls petit et fréquent, peau chaude; grande anxiété. Je soupçonne une communication d'un abcès urineux avec les bronches. Cet accès se termine dans la soirée, et le malade repose un peu dans la nuit.

Le 22, le pouls a repris son calme habituel; l'infiltration du tissu cellulaire a augmenté; la face est bouffie, les pieds infiltrés; le malade reste couché dans la pronation et sur le côté gauche; il prétend que la toux reparaît lorsqu'il veut se retourner sur le côté droit. Grand affaiblissement; douleur sourde à la base et au côté droit de la poitrine; pas de changement dans la configuration de cette partie. — Potion de scille et de digitale; friction sur les pieds avec la teinture de digitale; vin de quinquina; potion de sulfate de quinine opiacée pour la nuit; cataplasme.

Le 23, pas de fièvre; les plaies postérieures ne donnent écoulement qu'à un peu de pus. Le malade reste immobile dans la position qu'il a adoptée, craignant de faire le moindre mouvement qui pût ramener la toux et l'expectoration. — Même pansement que la veille.

Le soir, à la contre-visite, le malade a de la fièvre. Vers huit heures, il est pris d'un accès de toux avec menace de suffocation. Il rend un crachoir plein d'un liquide trouble, grisâtre, d'une odeur infecte.

Du 24 au 31, ces accidents se calment, le malade est très-affaibli; il commence à se plaindre de douleurs dans le ventre, qui, quoique souple, est très-sensible à la pression. Ses yeux sont caves, enfoncés dans l'orbite, et malgré l'état du pouls, qui n'est point petit, serré, malgré l'absence du hoquet et de vomissements, je diagnostique une péritonite. — Cataplasmes; fomentations émollientes.

Du 1er au 6 septembre, ces accidents se continuèrent avec quelques intermittences de repos. Le ventre est toujours très-sensible à la pression, pas très-tendu; mais les intestins, réunis en un seul paquet, le font bomber à la région ombilicale. Peau chaude, sèche, avec pouls fréquent, non serré. Pas de vomissements, mais menace de suffocation au moindre mouvement. Les plaies ne donnent écoulement qu'à une quantité insignifiante de pus; je cherche encore à rétablir avec une sonde de femme la communication avec la cavité abdominale, mais l'irrégularité du trajet fistuleux ne me permet point d'arriver jusqu'au point où je soupçonne une poche urineuse. La physionomie du malade est de plus en plus contractée; l'écoulement des urines par la verge se fait toujours, mais les selles sont supprimées. Mort dans la nuit du 5 au 6 septembre 1859.

Autopsie cinq heures après la mort.

Le ventre est légèrement bombé à la partie moyenne; en le comprimant, on fait refluer par la bouche et les narines une grande quantité d'un liquide verdâtre, semblable à du jus d'herbes. La paroi abdominale ayant été incisée et relevée, on remarque que le paquet des intestins grêles est réuni en un seul globe par des fausses membranes d'un jaune clair, faciles à déchirer, contenant dans leurs mailles un liquide citrin qu'on rencontre également dans la cavité du péritoine, mais en quantité médiocre, et dans lequel nagent également quelques flocons membraneux.

Après avoir refoulé le paquet intestinal en bas et à gauche, je fais quelques tractions légères sur le foie pour examiner cet organe; je remarque alors que la face antérieure de son lobe droit est fortement maintenue, appliquée à la face interne des fausses côtes, par une bride cellulo-fibreuse résistante, et qui indique le point exact où le projectile, après avoir brisé le cartilage de la neuvième fausse côte, a pénétré dans le tissu de cet organe. Ce point se trouve à un pouce environ en dehors et à droite de la vésicule du fiel, et à peu près à la même distance de son bord tranchant.

Après avoir incisé cette bride avec le scalpel, le foie présente en cet endroit une cicatrice blanchâtre, légèrement enfoncée. En cherchant à l'isoler complétement du diaphragme, je le trouve tout à fait à droite fortement uni à la partie interne des côtes par des brides que j'incise, et qui me font tomber dans un foyer purulent actuellement presque entièrement vide, contenant un liquide d'un gris noirâtre, d'une odeur infecte. Ce foyer, placé entre le foie et les fausses côtes, est formé aux dépens des deux feuillets viscéral et pariétal du péritoine, qui est épaissi en cet endroit. La face interne de cette poche est grisâtre, tomenteuse et formée de tissus pseudo-membraneux. Le foie, comprimé par le pus qu'elle contenait, a cédé à cette pression, et présente à sa surface un enfoncement oblong de deux centimètres de profondeur, large comme les quatre doigts, et dont la direction générale est oblique de bas en haut, de dedans en dehors et d'avant en arrière. Ce pus, placé, comme on le voit, tout à fait en dehors du foie, ne trouvant point d'écoulement, et comprimé entre les côtes et les espaces intercostaux qui n'ont point cédé, et le foie qui, moins résistant, lui a cédé un peu, a part son contact prolongé avec le diaphragme disséqué, les fibres charnues de ce muscle, et par deux ou trois petites ouvertures, a pénétré dans la poitrine, où il a rencontré la base du poumon droit, où nous le suivrons plus tard.

Inférieurement, cette poche est en communication directe avec le rein droit par une ouverture fistuleuse sur laquelle nous reviendrons. A sa face inférieure, le foie est lié très-intimement au rein droit par une bride fibreuse très-épaisse et très-résistante qui indique exactement le trajet suivi par le projectile. Cette bride, formée de tissu cicatriciel, arrivée à l'extrémité supérieure du rein, a formé à cet organe, qu'elle recouvre complétement, une coque fibro-cartilagineuse d'autant plus épaisse et plus résistante qu'on l'examine plus supérieurement. Après avoir recouvert le rein, elle va aboutir à travers la masse des muscles sacro-lombaire et long dorsal à l'ouverture de sortie de la balle. Cette bride est respectée, et après avoir coupé avec des cisailles les apophyses transverses des vertèbres lombaires, incisé circulairement la masse du sacro-lombaire à un décimètre autour de l'ouverture de sortie, après avoir détruit les dernières attaches du foie au diaphragme, on l'enlève d'un seul bloc avec le rein droit, le sacro-lombaire et la peau qui le recouvre. Le tout est placé sur une table dans la position que chaque partie occupait dans le cadavre. On introduit alors une sonde cannelée par l'ouverture de sortie du projectile; cette sonde pénètre avec la plus grande facilité, s'engage dans la bride fibreuse que nous venons de décrire, et arrive ainsi jusqu'à la face inférieure du foie. On incise sur elle tous les tissus, et on observe alors au centre de cette bride un trajet fistuleux qui met le rein en communication, d'une part avec le foyer qui existait à la surface du foie, de l'autre avec l'ouverture de sortie du projectile. Cette communication avec le foyer purulent ne se fait point à travers le trajet du projectile dans le foie, trajet qui est entièrement cicatrisé, mais par une ramification de la bride fibreuse, ramification qui se porte à droite, passe sur le bord libre du foie, tout près de l'endroit blessé, et va aboutir par une petite ouverture au foyer purulent. Ce trajet fistuleux, grisâtre à son intérieur, avec des fongosités aplaties, est renflé à son centre et en communication directe avec l'intérieur du rein, dont l'extrémité supérieure a été enlevée par le projectile. On dégage avec précaution le rein de la coque dans laquelle il est enfermé, et on est frappé tout d'abord de son petit volume; il est, en effet, moitié moins gros que celui du côté opposé; sa forme ne paraît point changée cependant. En continuant la dissection à travers le tissu cicatriciel, on remarque que son extrémité supérieure est froncée comme le bord d'une bourse, et se trouve bien plus rapprochée de l'insertion des vaisseaux et de l'uretère que l'extrémité inférieure. Évidemment le rein n'est point complet. Effectivement M. Albespy, un des sous-aides requis les plus distingués des hôpitaux de Gênes, en poursuivant minutieusement la dissection, trouve dans le tissu fibreux l'extrémité supérieure du rein droit entièrement séparée du reste de l'organe, et trouve aussi la communication du trajet fistuleux avec le bassinet. Cette communication était déjà très-étroite, et nul doute que si le malade eût vécu plus longtemps, l'urine eût cessé de couler entièrement par la fistule. La gué-

rison aurait pu alors s'opérer, s'il n'eût existé aussi un abcès urineux à la surface du foie.

Le foie était parfaitement sain ; son tissu seulement était légèrement condensé à la partie correspondant au foyer urineux. Le rein était un peu plus pâle que celui du côté opposé. La vessie n'a point été ouverte ni les intestins.

Poitrine. — Le poumon droit est adhérent à la partie interne des côtes par des brides celluleuses. Son lobe inférieur est congestionné et intimement uni à la face supérieure du diaphragme. En incisant ce lobe, on trouve un petit foyer actuellement vide, du volume d'une noix, d'un gris noirâtre, communiquant avec le foyer principal à travers les fibres du diaphragme. Toutes les petites bronches qui en partent, et les principales divisions de la trachée, à droite, sont d'un rouge brun, qui indique que ces tuyaux ont été irrités pendant la vie par la présence répétée d'un liquide âcre, comme celui que le malade a rendu à plusieurs reprises. Le poumon gauche est sain. Le cœur ne présente rien de particulier. En examinant sur la poitrine la plaie extérieure, après avoir enlevé la peau, on constate une fracture du cartilage de la neuvième côte, près de son attache au sternum. Les deux fragments sont réunis entre eux au moyen de tissu fibreux, qui va de l'un à l'autre, de manière à leur permettre des glissements, et former ainsi une fausse articulation.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 janvier 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet un mémoire de M. Verdier sur les épidémies qui ont régné en 1858 et 1859 à Barre (Lozère). (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Gama, relative à l'organisation du service de santé de l'armée.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL offre en hommage à l'Académie, au nom de M. J. Cloquet, un volume complémentaire contenant l'explication des planches de son grand ouvrage d'anatomie.

Des remercîments sont adressés à M. J. Cloquet.

— M. LE PRÉSIDENT, en prenant place au fauteuil, adresse à ses collègues l'allocution suivante :

« Messieurs et chers collègues,

» Lorsque l'Académie, il y a trente-cinq ans, a bien voulu m'associer à ses travaux, mon nom s'est trouvé le 243e sur la liste des membres résidants.

» Aujourd'hui sur cette même liste, par ordre d'ancienneté, il est le 42e.

» Que de pertes douloureuses l'Académie a dû faire pour qu'il en soit ainsi, et pourquoi faut-il qu'une de ces pertes ait été pour beaucoup dans l'honneur que j'ai eu, Messieurs, de recueillir vos suffrages ?

» Sans aucun doute, ils se seraient portés sur mon digne et regrettable ami M. Soubeiran, si l'année dernière il avait été encore dans nos rangs.

» Je dois aussi cet honneur à la grande modestie de plusieurs de mes chers confrères, qui, quoique mes anciens, n'ont pas voulu devenir mes rivaux.

» Je le dois enfin et surtout, Messieurs, à votre extrême bienveillance et à votre estime ; je vous en remercie tous du fond du cœur.

» Je pourrais m'arrêter ici, Messieurs, car je sais qu'un des devoirs du président est d'écouter beaucoup et de parler le moins possible.

» Permettez-moi cependant d'ajouter quelques mots. Je succède à un honorable collègue, qui a montré comment on peut allier à la plus parfaite observation des convenances, la fermeté et la vigilance qui sont les devoirs du président.

» Je m'efforcerai de l'imiter, surtout, Messieurs, en n'oubliant jamais ce qui vous est dû d'égards et de respects.

» Je vous demanderai seulement la permission de rappeler de temps en temps, que le silence est la politesse des académiciens. » (Applaudissements).

M. le président rend compte ensuite des visites officielles faites par le bureau à l'occasion du jour de l'an.

Il annonce enfin qu'au commencement de chaque séance, il fera connaître l'ordre du jour.

RAPPORT.

Diète respiratoire. — M. BOUILLAUD lit un rapport sur un travail de M. le docteur Sales-Girons, ayant pour titre : *De la diète respiratoire dans les maladies de poitrine.*

M. Sales-Girons explique ainsi le titre de son étude. Sans doute, la respiration, synonyme de la vie, ne peut pas, comme la digestion, à laquelle s'est appliqué spécialement le mot *diète*, être soumise à une suspension complète de son *pabulum* pour un temps même très-court ; mais rien n'est plus facile que de la mettre à une diète relative, c'est-à-dire de lui faire, par certains moyens, plus ou moins grande la dose de ce pabulum. Voilà pour la quantité de l'air, et notamment de l'oxygène. Pour ce qui est des qualités de l'air atmosphérique, elles peuvent être modifiées dans l'action qu'elles exercent sur les bronches et l'hématose. C'est ce que M. Sales-Girons s'est proposé de démontrer dans son mémoire, avant d'aborder la question thérapeutique.

Cela posé, le grand argument de l'incurabilité des lésions pulmonaires, que l'on fondait, dit M. Sales-Girons, sur l'impossibilité de repos pour l'organe malade, se trouve sérieusement affaibli.

Selon M. Sales-Girons, l'oxygène joue dans l'état actuel de la science le rôle nuisible qu'on connaît sur les lésions à découvert. Or, dit-il, quelle lésion est plus à découvert qu'une hypertrophie folliculeuse du larynx, une inflammation des bronches, voire même la tuberculisation des poumons ? Le va-et-vient de la respiration incessante ne met-il pas les lésions dans des conditions pires que si elles étaient sur une surface externe du corps ? Ce renouvellement continuel de l'air ne doit-il pas faire l'effet d'un soufflet qui multiplie la quantité et l'activité de l'oxygène, cet agent nuisible dans les altérations organiques à ciel ouvert ?

Que l'oxygène soit, non la cause première des lésions, mais au moins la cause d'exaspération et d'entretien, l'expérience est faite à cet égard. Il est reconnu, depuis les temps les plus reculés de la science, que l'air vif et fréquemment renouvelé est funeste aux malades de la poitrine.

Il est reconnu également que l'air tiède et mou, calme et peu agité, comme on le rencontre dans les forêts de pins et les étables à vaches, est favorable pour ces mêmes malades. Or, dans les étables, la quantité de l'oxygène descend, d'après les observations faites, de 21 à 20 et même à 19 pour 100 dans l'atmosphère confinée.

Il ressort de là que dans les affections chroniques et même aiguës le premier précepte à observer serait de se prémunir contre cet agent, non pas en le supprimant, bien entendu, mais en atténuant sa quantité et ses qualités jusqu'à la dose convenable.

Telle est l'idée de la diète respiratoire, qui fait l'objet de ce mémoire.

Dès 1845, M. Sales-Girons, pénétré déjà de la conviction que l'oxygène est l'agent d'excitation et de progrès des maladies respiratoires, avait adopté les inhalations de goudron et les atmosphères résineuses comme séjour pour les malades de la poitrine. La découverte des propriétés du *coaltar* lui a fourni depuis l'occasion de savoir positivement quelle était l'influence du goudron végétal sur l'oxygène de l'atmosphère.

Ayant mis le goudron au fond d'un grand bocal et ayant pris dans une éprouvette de l'air contenu dans ce bocal, lorsqu'il fut saturé des émanations du goudron, il put constater que du phosphore, introduit dans l'éprouvette, n'absorbait plus l'oxygène, que la masse de l'air fut immuable durant trois jours ; en un mot, que la combinaison de ces deux corps à grande affinité ne s'opérait à aucun degré.

Le coaltar, essayé à la place du goudron végétal, produit le même phénomène entre l'oxygène de l'air et le phosphore.

Ainsi se trouvait expliquée, selon l'auteur, l'estime que l'expérience des âges avait fait accorder au goudron sous toutes les formes dans le traitement de la phthisie et des autres maladies de poitrine.

Il ne s'agissait plus que de la traduire en pratique usuelle. M. Sales-Girons a imaginé à cet effet de modifier l'air respiré au moment même de son introduction. L'appareil propre à cette opération n'est qu'un ingénieux perfectionnement du cache-nez-cravate, généralement adopté aujourd'hui.

Ce qui distingue le petit appareil de notre savant confrère de ceux qu'on a imaginés pour échauffer seulement l'air respiré, et que, pour cette raison, on a nommés *spirothermes*, c'est l'addition d'une petite pièce dans laquelle est disposé le goudron. Mais aussi c'est l'addition du médicament qui fait le caractère thérapeutique de l'appareil.

M. Bouillaud présente à l'Académie ce petit appareil, qu'un simple cordon retient derrière les oreilles, et qui se maintient sans gêne aucune bien adapté sur les lèvres et le bord des narines ; il se compose de deux feuilles d'un tissu de crin entre lesquelles s'étend la petite pièce qui contient le goudron.

On comprend ce qui a lieu : l'air inspiré passe d'abord au travers des deux tissus de crin sans la moindre résistance. L'application contre le visage échauffe le goudron, qui répand son exhalation, se mêle à l'air entre les deux tissus, lequel subit la modification voulue en atténuant l'action de l'oxygène sur les organes lésés.

Si l'on pense que l'appareil peut être porté la plus grande partie de la journée, et même durant le sommeil, on voit que l'effet se multiplie et prend les proportions d'une pratique équivalente à un séjour dans une atmosphère appropriée.

Ce n'est pas seulement le goudron ou le coaltar qu'on pourrait utiliser dans cet appareil, mais encore toutes les substances balsamiques et autres.

M. Bouillaud termine ainsi son savant rapport. « Après avoir fait l'éloge mérité du procédé thérapeutique imaginé par M. Sales-Girons, il nous reste à faire nos réserves de rapporteur. Sans doute l'idée s'annonce féconde, mais le travail nous laisse à regretter que son auteur ne l'ait pas édifié sur un plus grand nombre d'observations cliniques.

» En attendant le complément indispensable de toute bonne thérapeutique, nous devons reconnaître que, sous le double rapport de la science et de l'art, l'auteur, dans son mémoire, a bien mérité de l'Académie. En conséquence, Messieurs, nous vous proposons de lui adresser une lettre de remercîments, et d'envoyer son travail à notre comité de publication, en engageant l'auteur à multiplier ses observations pratiques. »

— Après la lecture du rapport de M. Bouillaud, M. CAVENTOU demande à présenter quelques observations. Il critique les expressions d'*air modifié*, d'*oxygène modifié*, employées par M. Sales-Girons dans le cours de son mémoire. Ces expressions lui paraissent peu d'accord avec la rigueur scientifique. L'air ni l'oxygène ne sont en rien changés par leur mélange avec le goudron ou le coaltar. S'il y a une modification chimique, ce sont ces dernières substances qui doivent l'éprouver. Quant à l'expérience de l'incombustibilité du phosphore dans l'oxygène prétendu modifié, elle n'a rien de nouveau ni d'étonnant. Tout le monde sait, en effet, que le phosphore ne brûle pas dans l'oxygène pur, et que sa combustion s'opère dès que cet oxygène est mélangé d'un peu d'azote.

M. BOUILLAUD croit qu'il y a une modification notable, sinon de l'oxygène, au moins de l'air qui a passé à travers l'appareil de M. Sales-Girons ; si ce n'est dans sa qualité, c'est dans sa quantité que l'oxygène est modifié, puisque sa proportion est notablement diminuée dans l'air respiré par les malades qui portent cet appareil.

M. GUIBOURT conteste, comme M. Caventou, que l'oxygène soit modifié dans l'appareil de M. Sales-Girons.

M. FONTAN pense, au contraire, qu'il est possible que M. Sales-Girons ait mis la main sur une découverte importante, et qu'il ait trouvé les moyens de faire respirer aux malades un oxygène en quelque sorte moins oxygéné que celui de l'atmosphère, une espèce de suboxygène moins irritant que l'oxygène normal, et beaucoup moins irritant que l'ozone. En un mot, étant donné l'oxygène ozoné, qui est électrisé positivement, l'oxygène normal, dont l'électricité est neutre et latente, le suboxygène serait, selon M. Fontan, électrisé négativement.

M. CHATIN craint qu'on ne se soit trop hâté de donner des éloges au nouvel appareil respiratoire de M. Sales-Girons. Il faudrait être sobre de louanges jusqu'à ce que de nombreuses expériences aient démontré les avantages de cet appareil. Peut-être, au lieu des perfections qu'on lui suppose, a-t-il un inconvénient grave ; car une certaine proportion de l'oxygène est enlevée par le goudron, et cet oxygène est remplacé par de l'acide carbonique, dont l'inhalation peut bien n'être pas sans danger pour le malade.

M. CAVENTOU, revenant sur l'absorption de l'oxygène dans l'appareil de M. Sales-Girons, compare cette absorption à celle qui se produit dans les appartements fraîchement décorés, où une proportion variable de ce gaz peut être absorbée tout à coup par l'action de l'essence de térébenthine sur l'atmosphère, ainsi que l'ont démontré les expériences de Théodore de Saussure. C'est même, ajoute M. Caventou, à cette circonstance que peuvent être attribués certains accidents survenant chez ceux qui habitent ces appartements ; car la disparition de l'oxygène est un fait bien plus réel que ne l'est la présence dans l'air des particules plombiques, beaucoup trop bien fixées dans la peinture pour s'en détacher.

— Les conclusions du rapport de M. Bouillaud sont mises aux voix et adoptées.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 décembre 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

RAPPORT.

M. GUERSANT lit un rapport sur les travaux adressés à la Société de chirurgie par M. le docteur Beaupoil, médecin à Ingrandes (Indre-et-Loire), au nom d'une commission composée de MM. Guersant, Laborie et Verneuil.

Messieurs,

Chargé de vous faire un rapport sur les travaux de M. le docteur Beaupoil, je dois dire d'abord que notre confrère nous a adressé deux observations purement chirurgicales, et ensuite un travail composé de plusieurs observations de diphthérie, qui sont plutôt du domaine de la médecine.

Sa première observation chirurgicale est un fait de luxation du coude avec décollement des épiphyses inférieures de l'humérus.

Le sujet de cette observation est un garçon de huit ans, habituellement d'une bonne santé, qui, voulant franchir une haie, tomba sur le coude. M. Beaupoil constata chez le blessé les symptômes d'une luxation du coude avec décollement des épiphyses inférieures de l'humérus. Rien que de très-ordinaire dans cette luxation, les symptômes sont ceux qu'on rencontre le plus ordinairement : la réduction est facile ; le traitement par l'eau froide, joint à l'immobilité, amène la guérison ; seulement nous reprochons à notre confrère de ne pas indiquer dans son observation la position qu'il a donnée au bras de son malade pendant le temps du traitement, position si importante si le bras venait à s'ankyloser, comme cela arrive assez souvent à la suite de ce genre d'accident. Notre confrère s'étonne de trouver encore de la gêne dans les mouvements au bout d'un mois, il demande si cela est particulier aux cas dans lesquels il y a luxation et décollement épiphysaires : cela s'observe presque constamment dans toutes les lésions traumatiques du coude, et j'ai constaté chez des enfants qu'il fallait souvent plusieurs mois avant que les mouvements fussent parfaitement et régulièrement rétablis.

Une seconde observation chirurgicale envoyée très-récemment par M. le docteur Beaupoil, est un cas de polype de l'urèthre chez la femme.

Le sujet de cette observation est une jeune femme mariée depuis quelques mois ; notre confrère, après une description exacte de cette petite tumeur, qu'il distingue parfaitement bien de la chute de la muqueuse du canal de l'urèthre, se décide à débarrasser sa malade par la ligature ; il se sert, pour passer le fil autour du pédicule, de deux longues aiguilles à passer de la laine ; il les garnit d'un fil de soie ciré et les introduit dans le canal, de manière à porter le fil en arrière du polype ; il en fait la ligature et arrête l'écoulement de sang qui avait eu lieu pendant la manœuvre à la surface du polype ; il applique des compresses imbibées d'eau froide, et le lendemain la tumeur paraissait flétrie et tomba au moment où on voulait serrer de nouveau le fil. M. Beaupoil cite ce fait comme étant un véritable cas de polype de l'urèthre ; le moyen qu'il a employé pour en faire la ligature est simple et ingénieux.

Il nous reste maintenant, Messieurs, à vous rendre compte de la deuxième partie de la communication adressée à la Société par M. le docteur Beaupoil.

Il s'agit ici de la diphthérie, qui intéresse tout à la fois la médecine et la chirurgie. Exerçant la médecine dans le département d'Indre-et-Loire, là où la diphthérie n'a pas cessé de sévir depuis l'époque à laquelle notre savant maître M. Bretonneau réunissait les premiers faits destinés à son admirable ouvrage, M. Beaupoil s'est trouvé mainte et mainte fois à même d'observer le croup et l'angine couenneuse ; mais placé dans des conditions toutes particulières, c'est surtout l'influence contagieuse, la durée de l'incubation de la diphthérie, que notre confrère a cherché à déterminer.

Dans un village, dans une habitation isolée, on peut suivre pas à pas les progrès d'une maladie contagieuse, alors que dans une grande ville, au contraire, les recherches de cette nature sont au moins d'une extrême difficulté.

Exposons rapidement les faits des huit observations, dont trois suivies de mort, que nous adresse M. Beaupoil.

La famille L... habitait en 1859 une maison isolée située sur le sommet d'un coteau dominant toute la vallée d'Ingrandes.

Le 19 juillet, la fille Clément L..., âgée de onze ans et demeurant à Rigny, village où régnait une épidémie de diphthérie, est ramenée chez ses parents.

Depuis la veille elle ressentait les premières atteintes du croup ; trois jours après, notre confrère, qui lui donnait des soins, contracte la diphthérie. A dater de ce jour jusqu'au 19 août, de tous ceux qui habitent cette maison, la mère échappe seule à la maladie.

Dans ces circonstances, Messieurs, la contagion est évidente ; Clémence L... quitte un village où règne épidémiquement la diphthérie ; elle arrive chez ses parents malade du croup, et quelques jours plus tard, à l'exception d'une seule personne, tous les membres de la famille et le médecin qui les soigne sont frappés de la maladie.

Pendant que ces faits se passaient au Pesné, où habitait la famille L..., aucun autre cas de croup ou d'angine couenneuse ne s'était déclaré et ne s'est déclaré dans les environs d'Ingrandes, sur la rive droite de la Loire.

Pour nous qui ne doutons pas du pouvoir contagieux de la diphthérie, ce sont des exemples de plus à ajouter à tous ceux que nous avons pu observer, et dont le souvenir cruel est toujours présent à nos esprits.

Nous avons maintenant à examiner une autre question.

Notre confrère reçoit sur le visage des détritus diphthériques, lancés par un violent effort de toux. Il en ressent l'impression dans les yeux et sur les lèvres ; le lendemain une fausse membrane existait sur le pilier droit du voile du palais ; y a-t-il eu là infection par contact direct ? Nous avons peine à admettre cette supposition. M. le docteur Beaupoil eut soin d'essuyer immédiatement le visage et les lèvres à l'aide de son mouchoir ; le contact des pseudo-membranes fut donc momentané, et enfin ce ne fut pas sur les lèvres, mais sur le pilier droit du voile du palais, que la diphthérie se manifesta. Si la diphthérie eût été le résultat de l'infection par contact direct, la maladie eût dû commencer par la bouche, par les lèvres, qui avaient été contaminées ; les expériences faites par M. Trousseau, celles faites par le docteur Peter sur lui-même, prouvent au moins la difficulté qu'on éprouve à inoculer la diphthérie.

Notre confrère, en donnant des soins à une malade atteinte de croup, se trouvait dans des conditions qui expliquent suffisamment la transmission de la maladie, sans qu'il soit besoin d'avoir recours à l'infection par contact direct.

Ajoutons enfin que le sujet de l'observation VIe, enfant de dix-sept mois, encore allaité par sa mère, fut atteint d'angine couenneuse avec croup, et succomba rapidement ; et cependant la mère, qui ne cessa de donner des soins à ses enfants, qui en outre, en

donnant le sein à son dernier né, se trouvait exposée à la contagion par contact direct de la bouche du malade sur son sein, échappa seule à l'influence épidémique.

Un autre point que notre confrère a cherché à élucider est la durée de l'incubation; malheureusement on ne peut arriver à un calcul bien exact; en effet, la maison habitée par la famille L..... ne se composant que de deux chambres contiguës, l'isolement de la malade atteinte la première fut complétement illusoire; on ne peut donc savoir si c'est dès le premier contact que se gagna la maladie, ou si ce fut quelques jours plus tard; disons seulement qu'ayant commencé à donner ses soins le 19 juillet, M. le docteur Beaupoil fut atteint de diphthérie le 22 de ce mois, c'est-à-dire trois jours après, et qu'une sœur aînée, la dernière atteinte, le fut le 19 août, c'est-à-dire un mois après le début de l'épidémie; l'incubation aurait donc oscillé entre trois et trente jours.

Si nous consultons la thèse de M. le docteur Peter, ancien interne distingué de l'hôpital des Enfants, nous trouvons que d'après ses recherches l'incubation dans la diphthérie varierait entre deux et quinze jours; elle serait le plus souvent de deux à huit jours : ces faits sont loin de concorder. Mais, nous le répétons, les communications entre les malades et ceux qui ne l'étaient pas encore ayant été continues, on ne peut savoir à quelle époque chaque personne a pu être infectée.

Un fait intéressant qui résulte des observations de M. le docteur Beaupoil, et qui a été signalé par MM. Blache, Roger et par nous-même, c'est la variété que présente la diphthérie dans une même épidémie; c'est ainsi que chez des malades placés dans les mêmes conditions de contagion, on observe, comme dans toutes les affections contagieuses, chez les uns une angine couenneuse grave avec plaques pseudo-membraneuses épaisses, chez d'autres, au contraire, dans la même épidémie, dans les mêmes circonstances, la diphthérie est des plus bénignes. Sur les huit observations de M. le docteur Beaupoil, deux des malades n'eurent qu'une angine couenneuse commune, tandis que chez les autres la diphthérie prit un caractère d'une excessive gravité. Dans l'observation IVe, une diphthérie maligne amena la mort en trois jours.

Notons enfin que, dans l'observation IIIe, les fausses membranes étaient d'un gris jaunâtre, d'aspect lardacé, résistantes, étendues. Ainsi, des huit malades atteints, deux succombèrent l'un à une angine maligne, l'autre à un croup.

M. le docteur Beaupoil signale aussi les accidents paralytiques qui furent la conséquence de l'angine couenneuse : sur huit malades, deux furent atteints de paralysie généralisée, un troisième de paralysie du voile du palais.

Ce sont de nouveaux faits à ajouter à ceux déjà si nombreux consignés dans le travail justement apprécié de M. le docteur Maingault; ils démontrent combien est fréquente la paralysie diphthérique, hier encore inconnue.

Nous regrettons vivement que notre confrère n'ait pas donné des détails plus exacts sur ces accidents consécutifs si singuliers, qu'il n'ait pas comparé les faits qu'il a observés à ceux déjà publiés.

Dans l'observation V^e seulement, on note qu'il y eut d'abord une paralysie du voile du palais, puis successivement des troubles de la vue et des fourmillements dans les extrémités; ces accidents suivirent donc la marche qui a été signalée comme appartenant presque spécialement à la paralysie diphthérique.

Dans l'observation Ire, comme le pense M. Beaupoil, la malade a succombé par une asphyxie causée par la pénétration des aliments dans le larynx; malheureusement il n'y a pas eu d'autopsie faite; quelques faits de ce genre ont été signalés par M. Tardieu et d'autres.

M. le docteur Beaupoil pense que la paralysie du voile du palais peut être le résultat de la cautérisation. Un certain nombre de cas consignés dans l'ouvrage de M. Maingault prouvent le contraire, c'est-à-dire qu'alors même qu'on n'a pas eu recours aux cautérisations, il y a eu des paralysies du voile du palais.

Quant au traitement, notre confrère, parmi les moyens locaux, ne trouve aucun avantage au nitrate d'argent; il préfère l'acide hydrochlorique dans les cas d'angines couenneuses graves; la glycérine et le tannin, et surtout les poudres de noir animal et de calomel, lui paraissent plus efficaces. Tous ces moyens locaux sont loin, suivant lui, d'empêcher les fausses membranes de reparaître.

Comme moyens généraux, le chlorate de potasse ne lui a paru avoir aucune valeur; les vomitifs lui ont été utiles, ainsi que le brome et le calomel; le tannin et les toniques lui paraissent nécessaires pour soutenir les forces du malade. Il faut dire que notre confrère a essayé successivement tous ces moyens sur tous ses malades, ce qui fait qu'il ne peut se prononcer sur un moyen ou sur un autre particulièrement.

M. le docteur Beaupoil termine son travail en concluant :

1° Que l'angine couenneuse et le croup ne sont qu'une seule maladie variant seulement par le siége. Depuis les travaux de M. Bretonneau, le doute n'existe plus sur la pharyngite et la laryngite pseudo-membraneuse; nous partageons entièrement l'opinion de notre confrère.

2° Il dit que les deux formes de diphthérie sont contagieuses; nous admettons aussi cette seconde conclusion.

3° Enfin l'une de ces diphthéries peut engendrer l'autre, et cela nous paraît évident depuis bien longtemps.

Conclusions. — Nous pensons que le travail de M. Beaupoil vient à l'appui de plusieurs opinions qui sont admises dans la science, et que son travail sera toujours utile à consulter.

Si maintenant nous lui tenons compte de plusieurs travaux antérieurs : 1° L'entéropathie métallique; 2° des indications du sulfate de quinine dans certaines maladies aiguës; 3° d'une note sur les épidémies après l'inondation de la Loire; tous ces travaux ayant une valeur pratique importante, nous reconnaîtrons que notre confrère est un homme instruit et laborieux, et nous proposerons :

1° De le remercier des intéressantes observations qu'il a adressées à la Société;

2° De conserver le manuscrit dans nos archives;

3° De porter M. le docteur Beaupoil sur la liste des membres correspondants que la Société aura prochainement à élire.

Les conclusions du rapport de M. Guersant sont adoptées.

— La Société procède au renouvellement de son bureau.

Présidence. Nombre de votants, 24.

M. Laborie obtient 19 voix.

M. Laborie est nommé président de la Société de chirurgie pour l'année 1861.

Secrétaires. Nombre de votants, 25.

1er secrétaire, M. Bauchet, 18 voix.

2e secrétaire, M. Béraud, 17 voix.

Secrétaire-archiviste : M. Verneuil est nommé par acclamation.

Trésorier. M. Houël est maintenu dans ses fonctions à l'unanimité.

Membres du comité de publication. MM. Follin, Morel, Jarjavay.

Commission des congés. MM. Legouest, Boinet, Bouvier.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr LEGOUEST.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite de la démission de M. Ricord, de la mort de M. Desprès et de la retraite de M. Guersant, les services de chirurgie des hôpitaux de Paris sont modifiés de la manière suivante :

M. Giraldès, chirurgien de l'hôpital des Enfants assistés, passe à l'hôpital des Enfants malades; MM. Follin, Depaul et Broca, chirurgiens du Bureau central, sont nommés : M. Follin, chirurgien de la Salpêtrière; M. Depaul, chirurgien des Enfants assistés; M. Broca, chirurgien de Bicêtre.

Nous avons déjà annoncé que M. Cusco, nommé à l'hôpital du Midi, avait laissé une place vacante à la Salpêtrière.

— Par décret du 29 décembre 1860, ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire :

Médecin principal de 1re classe. — M. Guiliano, dit Castano, médecin principal de 2e classe hors cadre au corps expéditionnaire de Chine.

Médecins principaux de 2e classe. — MM. Gerrier et Didiot, médecins principaux de 2e classe hors cadre au corps expéditionnaire de Chine; Villette, médecin-major de 1re classe.

— Par décrets des 26 et 29 décembre 1860, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officiers : MM. Poggiale, pharmacien inspecteur, membre du conseil de santé des armées; Tedeschi, médecin-major de 2e classe au 9e régiment de cuirassiers; Le Tersec, chirurgien principal de la marine; Petit, premier médecin en chef de la marine, chef du service de santé à la Réunion.

Chevaliers : MM. Carivenc, médecin-major de 2e classe au 16e régiment de ligne; Aubas, médecin-major de 2e classe au 2e régiment de hussards; Helye, médecin-major de 2e classe au 90e régiment de ligne; Bories, médecin-major de 2e classe au 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Louail, médecin a.-major au régiment des guides de la garde impériale; Jacquin, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de Constantine; Mutel, médecin-major de 2e classe au 101e régiment de ligne; Landreau, pharmacien-major de 2e classe; Chabassu, chirurgien principal de la marine; Bépércer, chirurgien de 1re classe de la marine; Latour (Félix), chirurgien-auxiliaire de 2e classe de la marine à la Nouvelle-Calédonie.

— M. le docteur Bedel, médecin à Lamballe (Côtes-du-Nord), vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Nous apprenons la perte douloureuse que vient de faire la Faculté de médecine de Paris en la personne de M. Lesueur, son chef des travaux chimiques.

— M. le Dr Bonnelat, médecin de l'hôpital de Saint-Amand (Cher), président de la Société médicale de ce département, vient de mourir à l'âge de 87 ans.

— A la suite d'un concours, M. Triadou vient d'être nommé interne de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier.

— Un concours pour trois places d'internes en chirurgie, à l'hôpital civil d'Alger, s'ouvrira le 15 janvier 1861.

Sont admis à se présenter, les étudiants en médecine qui justifieront de la possession régulière d'une inscription au moins d'École ou de Faculté.

La durée de l'internat est de trois ans. Un traitement annuel de 900 fr. est affecté à l'emploi. Les candidats devront se faire inscrire à la mairie d'Alger avant le 14 janvier 1861 au soir, en produisant leur acte de naissance et leur feuille d'inscription.

— Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à l'hospice des aliénés de Nantes. Les avantages attachés à cette place consistent dans le logement, la nourriture, le chauffage, l'éclairage et un traitement annuel de 600 fr.

— Un cours public de micrographie et de chimie appliquées aux études anatomiques et physiologiques, a été ouvert à l'École pratique de la Faculté de Montpellier, par M. Sainpierre, agrégé, et par M. Bertrand, prosecteur.

M. le docteur Donné, recteur de la Faculté, et l'un des créateurs de l'enseignement micrographique, a généreusement mis à leur disposition un nombreux matériel de microscopes.

— Un nouveau cas de mort à la suite de l'inhalation chloroformique vient d'avoir lieu près de Bordeaux. Voici dans quelles circonstances : un homme vigoureux, de quarante ans, avait eu la jambe broyée dans une chute de cheval; une syncope avait eu lieu au moment de l'accident. Six à huit heures après, le blessé étant dans un état d'ébranlement moral et de frayeur extrême, mais exigeant cependant qu'on l'endormît avant de l'amputer, les médecins résolurent de faire un simulacre de chloroformisation. Mais à peine le malade eut-il fait quatre inspirations de chloroforme tenu à une très-grande distance du nez et de la bouche, que la circulation et la respiration s'arrêtèrent subitement et irrévocablement, malgré tous les secours.

Reste à décider quelle part l'inhalation chloroformique a eue dans l'événement dont nous venons de rapporter les principales circonstances. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Dans sa séance du 28 décembre dernier, la Société médicale du 4e arrondissement vient de renouveler son bureau; il se trouve ainsi composé pour l'année 1861 :

Président, M. Girault; *vice-président*, M. Deville; *secrétaire-archiviste*, M. Vinchon; *secrétaire annuel*, M. Tissier; *trésorier*, M. Naudinat.

— Le bureau de la Société de médecine de Bordeaux est ainsi composé pour 1861 :

Président, Dr Bermond; *vice-président*, Dr Eugène Soulé; *secrétaire général*, Dr Dégranges; *trésorier*, Dr E. Lafargue; *deuxième secrétaire*, Dr Cuigneau; *troisième secrétaire*, Dr Boursier.

— La question de prix proposée pour 1860 par la Société de médecine de Bordeaux, de la tuberculose, a donné lieu à un concours des plus riches. Neuf mémoires, anglais, italiens, allemands, français, ont été envoyés à la Société, et la commission nommée pour l'examen approfondi de ces travaux a dû y consacrer de nombreuses réunions qui ont obligé à retarder d'un mois la séance publique annuelle dans laquelle sont proclamés les noms des lauréats.

— M. le docteur Becquerel a repris ses conférences cliniques à l'hôpital de la Pitié le vendredi 4 janvier. Il a commencé par une série de leçons sur les affections de l'utérus.

— M. le docteur Edmond Langlebert reprendra son cours sur la syphilis mardi prochain, 8 décembre, à sept heures du soir, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

A NOS ABONNÉS. — Les abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année qui vient de finir ou des années antérieures, sont priés de les réclamer sans retard. Nous pouvons fournir tous ceux de l'année 1860, moins le mois de janvier, qui est complétement épuisé. — Le prix de ces numéros est de 10 centimes. — Ceux de nos confrères qui ne font pas collection et qui retrouveraient des numéros de janvier 1860 sont priés de nous les renvoyer. Il leur en sera tenu compte à raison de 20 centimes.

Ceux qui désirent faire relier leur année peuvent envoyer les numéros au bureau. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité complet de l'art des accouchements, par MM. le baron P. A. Dubois et Ch. Pajot. Tome Ier, 2e livraison. Prix : 3 fr. 50 c. Chez Béchet jeune, libraire-éditeur, rue Monsieur-le-Prince, 22.

Recherches cliniques sur les maladies du cœur, d'après les leçons de M. le professeur Bouillaud, par M. le docteur Auburtin, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris à l'hôpital de la Charité. Un volume in-8° de plus de 400 pages. Prix : 3 fr. 50 c. franco. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine, 23.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 3. — MARDI 8 JANVIER 1861. (34e ANNÉE. N° 3. — MARDI 8 JANVIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL DES CLINIQUES (M. Pajot). Des rétrécissements du bassin considérés sous le rapport de l'aptitude au mariage. — Immobilité des mâchoires par formation inodulaire ; création d'une pseudarthrose. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 31 décembre. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE, séance du 8 novembre. — Nouvelles. — FEUILLETON. De l'unité des races humaines.

PARIS, LE 7 JANVIER 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

On aurait mauvaise grâce à se plaindre de la surabondance des démonstrations en physiologie. Nous partageons volontiers ce sentiment avec M. Flourens, qui se plaît à répéter les expériences de ses devanciers et les siennes propres jusqu'à ce que le fait qu'il veut établir soit d'une évidence telle qu'il n'y ait plus lieu de le remettre en question.

On se rappelle qu'au mois de juin dernier M. Flourens a présenté à l'Académie, — comme preuve nouvelle de la communication directe du sang de la mère avec celui du fœtus, — le squelette d'un fœtus de porc, dont tous les os étaient rougis par la garance, qui avait été mêlée au régime de la mère durant un certain temps de la gestation. Il a reproduit la même expérience, avec cette seule différence qu'elle a été prolongée cette fois pendant la gestation entière. Les résultats ont été les mêmes. C'est donc, non point un fait nouveau que M. Flourens a eu l'intention de produire dans cette séance, mais une confirmation du fait important que sa communication du mois de juin avait déjà mis en évidence.

L'Académie a reçu dans cette séance une intéressante communication de M. le docteur Armand, l'un des médecins attachés à l'expédition de Chine, sur une substance médico-hygiénique en grand usage dans ce pays. On trouvera cette note textuellement dans le compte rendu. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. PAJOT.

Des rétrécissements du bassin considérés sous le rapport de l'aptitude au mariage.

Les travaux d'obstétrique sont peu communs aujourd'hui ; les accoucheurs écrivent rarement. Heureusement pour la science, la chaire des cliniques d'accouchement possède un jeune et brillant professeur dont le talent appelle autour de lui de nombreux auditeurs. Nos lecteurs nous sauront gré de placer sous leurs yeux une de ses leçons, recueillie par M. Chaillou, du *Journal de Médecine pratique.*

Il y a des bassins viciés par étroitesse et qui conservent leurs formes ; d'autres sont étroits et déformés ; ce sont les plus communs et ceux qui doivent attirer particulièrement l'attention des praticiens. Ces rétrécissements avec déformation soulèvent, en effet, des questions délicates que le médecin est appelé à résoudre, et sur lesquelles il ne peut donner un avis sans engager fortement sa responsabilité.

Supposez, par exemple, une jeune fille plus ou moins contrefaite ; un parti convenable se présente pour elle, et la mère vous dit : « Nous sommes sur le point de marier notre enfant, mais sa conformation nous inspire des craintes ; peut-elle être mère sans danger ? » Il y a dans cette question de quoi vous embarrasser singulièrement, car si vous dites non, vous condamnez cette jeune fille au célibat ; si vous dites oui, il peut arriver plus tard telle difficulté dans l'accouchement qui vous attire de sanglants reproches. En pareil cas, la première chose à faire est de jeter un regard d'ensemble sur la jeune fille, et de juger par cet examen général de ce que peut être son bassin. Les femmes qui ont des rétrécissements pelviens sont ordinairement de petite taille ; elles offrent de plus dans la figure un caractère spécial que l'on sent plutôt qu'on ne le définit et qui est très-expressif. Puis, après avoir pris note des impressions résultant de ce premier coup d'œil, il faut faire marcher la jeune personne ; et alors vous apercevez dans sa désinvolture quelque chose qui vous frappe. Chez l'une c'est un balancement, chez l'autre une légère claudication ; d'autres fois un mouvement singulier des jambes qui soulève la robe en arrière. Certaines femmes sont très-excellées. Il y a d'ailleurs dans l'attitude des nuances infinies, et autant de détails que d'individus. Remarquez aussi que la tête est grosse et les doigts courts. Ces notions artistiques acquises, vous passez aux antécédents. Vous interrogez les particularités de l'enfance. Le plus souvent on vous dira que le sujet a été noué, ou bien qu'il lui est arrivé quelque accident : une fracture de la cuisse ou bien un déboitement simple ou double de la hanche. C'est vers trois ou quatre ans qu'une arthrite coxo-fémorale a amené la luxation spontanée. Avec ces renseignements vous êtes sur la voie ; vous dites : Il est probable qu'il y a un rétrécissement ; mais gardez-vous de l'affirmer, car on s'y trompe quelquefois.

M. Dubois raconte qu'un médecin de Paris, appelé pour assister, à l'occasion d'un premier accouchement, une dame qui portait une gibbosité énorme, conclut de cette difformité que le bassin était rétréci. La tête se présentant, il crut bien faire en essayant de pratiquer la version ; mais il n'y réussit pas, et ne pouvant ni refouler ni amener le fœtus, il s'empressa de perforer le crâne de ce dernier. Or, cette femme avait un bassin parfaitement normal, et si l'accoucheur se fût croisé les bras au lieu d'agir hâtivement sur une simple probabilité, elle eût accouché toute seule.

Il faut comparer la longueur proportionnelle des membres inférieurs ; les trois quarts de la solution du problème sont là : que la colonne vertébrale soit longue ou qu'elle ne le soit pas, qu'elle soit droite ou courbe, si les jambes sont plus ou moins tordues et courbes, si les fémurs sont excessivement courbes, si les jambes et les cuisses surtout sont courtes, très-courtes, comme celles des enfants noués, défiez-vous : il y a 95 à parier contre 100 que la femme a un bassin vicié. Au contraire, si les membres inférieurs, quel que soit l'état de la colonne vertébrale, sont longs par rapport au buste, et droits, la femme a probablement le bassin bien conformé.

Mais cette présomption n'est pas une certitude, et ce n'est pas avec une présomption qu'on peut empêcher une fille de se marier.

On a imaginé de nombreux instruments pour mesurer mathématiquement le bassin, mais cette mensuration est difficile. L'écueil de ces instruments est l'impossibilité de pouvoir s'en servir avec précision. Le pelvimètre de Baudelocque, qui a l'avantage de s'appliquer extérieurement, ne peut être employé que comme moyen de contrôle, et cela est aisé à comprendre.

Dans un bassin bien fait, on doit trouver 19 centimètres, qui se répartissent ainsi :

6 centimètres 1/2 pour l'épaisseur du sacrum ;

1 centimètre 1/2 pour l'épaisseur de la symphyse pubienne ;

Restent 11 centimètres qui mesurent le diamètre antéro-postérieur. C'est la mesure normale. Supposez que le bassin soit vicié et qu'on trouve, par exemple, 17 centimètres ; en défalquant 8 centimètres pour l'épaisseur combinée du sacrum et de la symphyse, il reste 9 centimètres, chiffre insuffisant. Mais il faut remarquer que ce calcul suppose constamment la même épaisseur du sacrum et de la symphyse. Or M. Pajot a rencontré, il y a six ans, un sacrum qui n'avait que la moitié de l'épaisseur normale, d'où il résulte que si l'épaisseur des os est variable, le pelvimètre de Baudelocque ne signifie rien. M. Van Huevel a senti cela, et après avoir mesuré extérieurement avec son pelvimètre la totalité du bassin, il mesure successivement et séparément l'épaisseur du sacrum et celle de la symphyse pubienne. Mais si en théorie cela est satisfaisant, il s'en faut beaucoup qu'il en soit de même en pratique. On trouve bien l'angle sacro-vertébral, mais peut-on y maintenir l'extrémité de la tige de l'instrument? Rien n'est moins certain.

Dans ces circonstances délicates, la conduite à tenir doit être celle-ci : Vous avez interrogé les antécédents de la jeune fille, apprécié son attitude et ses allures, examiné les membres et le bassin ; vous la faites coucher sur le dos, les mains pendantes, dans l'attitude requise pour l'exploration abdominale, vous appuyez bien le coude sur le lit, vous poussez avec une grande douceur jusqu'à la courbure du sacrum, vous remontez lentement jusqu'à la partie qui surplombe, et vous la trouvez d'autant plus facilement que le bassin est plus étroit (la femme, avant cette investigation, a dû prendre un lavement). Si avec le doigt vous n'atteignez pas l'angle sacro-vertébral, en allant jusqu'au fond, vous pouvez dire que le bassin est, non pas sans déformation, mais qu'il est peu rétréci. Etes-vous au contraire sur cet angle, vous portez l'autre index derrière le méat urinaire, au point où l'arcade des pubis coupe le premier doigt; vous faites avec l'ongle sur ce doigt une marque qui persiste dix minutes ; cela fait, vous retirez le premier doigt, vous le placez sur une règle graduée, et, déduisant 1 centimètre pour la différence que l'obliquité de la symphyse établit entre la mesure inférieure et la mesure supérieure, qui est la vraie, vous avez la longueur du diamètre antéro-postérieur.

Voilà, selon M. Pajot, la meilleure manière de résoudre le problème dont il s'agit. On objectera qu'en agissant ainsi on ne décide rien au sujet des déformations obliques et transversales. Celles-là sont, en effet, très-difficiles à reconnaître. Mais heureusement qu'il n'est pas nécessaire de les apprécier exactement. Le point capital, c'est d'avoir la mesure du diamètre antéro-postérieur. A l'aide du procédé que nous venons d'indiquer, on y parvient avec une précision presque mathématique.

De l'abus du forceps dans les accouchements laborieux.

Une femme arrive mourante à la Clinique. Deux fois déjà

DE L'UNITÉ DES RACES HUMAINES.

Nihil humani a me alienum puto.

La doctrine de l'inégalité des races inspire à beaucoup d'esprits une répulsion instinctive. Il est difficile, en effet, sinon impossible, de voir dans tous les hommes qui peuplent les diverses contrées du globe, autre chose que des membres de la même famille. L'isolement, la misère, la famine, la conquête, la migration ou l'ignorance, ont pu modifier les types, les rendre stationnaires, les faire rétrograder, dégénérer même ; mais les nations en apparence les moins favorisées ne sont-elles pas susceptibles, à un moment donné, de se relever de leur déchéance ? De très-nombreux exemples viennent déposer dans ce cas en faveur de l'influence des rapports sociaux, de l'éducation et des croisements.

Nous avons en ce moment sous les yeux un mémoire d'une étendue considérable sur cette question (1), et le plaisir infini que nous avons ressenti à sa lecture, nous a inspiré le désir de lui consacrer ici une succincte analyse. Nous plaçant avec l'auteur au point de vue de l'anthropologie, et reprenant quelques-uns de ses arguments scientifiques, nous tenterons la défense d'une grande et noble cause.

La théorie de l'unité du genre humain a été proclamée par Buffon, Cuvier, Blumenbach, de Humboldt et M. Flourens ; la voici vaillamment soutenue par M. Brierre de Boismont. Elle a été combattue par Linné, Geoffroy Saint-Hilaire, Richard Owen, et par d'autres auteurs dont les noms sont justement honorés et respectés dans le monde savant. La discussion est donc des plus sérieuses.

M. Georges Pouchet, l'auteur de la *Pluralité des races*, a eu la conviction d'avoir trouvé un argument décisif, parce qu'on avait rencontré dans les bazars du Caire ou de Damas le Circassien colossal, le Cophte à la taille plus petite, au nez arqué ; le Nubien couleur palissandre, mais avec la figure agréable, le nez droit et petit, les dents belles et bien rangées ; le Turc à peau blanche et transparente ; le Nègre aux cheveux crépus, au nez épaté, aux pommettes saillantes ; le Fellah au teint olivâtre ; le Bédouin, presque aussi noir que le Nubien, mais à la grande taille, au nez aquilin, au port de roi.

A cet argument séduisant en apparence, mais peu profond en réalité, M. Brierre de Boismont répond par une exhibition semblable des divers peuples de la race européenne. Qu'on examine, en effet, l'Allemand, le Russe, l'Espagnol, l'Italien, le Français, l'Anglais, et l'on sera frappé des différences de figures, de langages, de mœurs, que présente chacune de ces races. Il y a plus : le même pays offrira les oppositions les plus grandes entre ses diverses divisions, et, pour n'en citer qu'un exemple, le Piémontais ne saurait être confondu avec le Napolitain. Or, qui pourrait contester l'origine commune de toutes ces nations ?

La couleur n'est point un caractère fixe ; elle peut varier dans une seule et même race, dans une seule et même tribu. Dans ses longues pérégrinations à travers l'Afrique centrale, le docteur Livingstone a noté parmi les nègres la teinte noire d'ébène, le noir à reflet olivâtre, la teinte olive moins foncée, la teinte bronzée et la couleur café au lait. Prichard a fait remarquer qu'il existe en Afrique des tribus à peau brune, couleur chocolat ou simplement bazanée. Schreber a vu à Madagascar des nègres jaunes et des nègres rouges. D'après le général Daumas, les Touarègs, ces pirates du Sahara, sont blancs dans certaines contrées ; tandis que dans d'autres, selon Heeren, ils ont la peau jaune ou noire, sans avoir cependant les cheveux crépus ni les traits nègres.

Les Abyssins, qui conservent les caractères évidents de l'origine sémitique, sont noirs, bruns ou presque blancs.

Les juifs n'ont point gardé partout leur teint primitif. Dans les contrées septentrionales de l'Europe, ils sont blancs ; en Allemagne, beaucoup ont la barbe rousse ; en Portugal, ils sont basanés. Prichard dit qu'il y a à Mattachéri une colonie de juifs blancs, appelés dans l'Inde *juifs de Jérusalem.* Enfin, on rencontre des juifs noirs en Afrique, dans le royaume de Haoussa. Mais, chez ce peuple, la physionomie, les habitudes et les idées ne sont pas modifiées : sous la peau noire ou sous la peau blanche, dans le Soudan, dans le Sahara, dans les villes du littoral, partout les juifs ont les mêmes instincts et le double génie des langues et du commerce !

C'est surtout dans les caractères psychologiques que M. Brierre de Boismont a trouvé des arguments en faveur de l'unité du genre humain ; pour lui, l'inégalité des facultés n'est qu'apparente, et la classification d'hommes supérieurs et inférieurs est contraire à l'observation.

Dans le sud de l'Afrique, la nation des Boschimans mène une vie précaire et misérable ; mais il paraît qu'elle est loin d'être aussi privée d'intelligence qu'on l'a affirmé. Péron raconte que le gouverneur du Cap avait pris chez lui un jeune Boschiman qui parvint à apprendre avec la plus grande facilité le hollandais et même un peu l'anglais. Un auteur recommandable a rapporté que des enfants australiens recueillis à Port-Jackson avaient appris à lire, à écrire et à dessiner aussi bien que les enfants blancs du même âge.

Il est une race d'hommes qui a été surtout l'objet des plus vives attaques, et que des polygénistes ont déclarée incapable d'amélioration, c'est la race nègre. Cette opinion est erronée. Si l'on parcourt les documents présentés en 1829 au parlement anglais, on trouve des preuves très-nombreuses de la remarquable supériorité d'intelligence qu'ont les enfants nés des nègres affranchis dans la colonie de

(1) *Recherches sur l'unité du genre humain, au point de vue de l'éducation et des croisements pour l'amélioration des races*, par M. le docteur Brierre de Boismont. Paris, 1860.

cette malade a été accouchée à l'aide du forceps d'enfants mort-nés.

Il y avait lieu de supposer chez elle un rétrécissement du bassin, et en effet, un troisième accouchement est venu confirmer cette supposition par les difficultés encore plus grandes qu'il a présentées. Un médecin a vainement appliqué le forceps, et il a commis la faute d'insister trop longtemps sur l'application de l'instrument. Une fois convaincu de l'inutilité de ses efforts, ce premier médecin en a appelé un second, qui lui aussi s'est livré à de nouvelles tentatives, mais tout aussi infructueuses que les précédentes. Puis, les forces de la malade s'épuisant, un troisième et un quatrième médecin ont tâché de faire mieux sans faire autrement que leurs confrères. Si bien que, de compte fait, cette malheureuse femme a été victime de tentatives répétées sans résultat pendant toute une nuit.

A son arrivée le matin à la Clinique, elle était sans pouls. Les membres étaient froids, insensibles; les eaux écoulées, l'utérus fortement rétracté; la vessie à demi-remplie faisait en avant une saillie molle et fluctuante. M. Pajot ausculta, il n'entendit rien de semblable aux battements du cœur de l'enfant. Une sonde introduite dans l'urèthre ne put franchir le col vésical. Dans ces conditions malheureuses, qu'eût-il fallu faire et que restait-il à faire?

Il fallait tenter, a dit M. Pajot, une ou deux applications de forceps, et non quatre comme on l'a fait. La conduite tenue dans ce cas a été dangereuse et blâmable de tous points. Elle a eu pour conséquence la perte de la malade. En pareils cas, il faut savoir s'arrêter à temps; là est tout le secret des accouchements difficiles. La tête se présentant, on fait une application de forceps; on tire, rien ne vient, on retire le forceps. On ausculte; si le fœtus vit, on tente une seconde application de forceps pour sauver si l'on peut la mère et l'enfant. Mais après deux tentatives, il est bien difficile que l'enfant vive encore. Inutile donc de réappliquer le forceps. On ne peut continuer à concilier les deux existences; il faut savoir prendre un parti, et c'est pénible, car il va falloir introduire un perforateur dans le crâne de l'enfant. « Pour moi, dit M. Pajot, je n'hésiterais pas à prendre ce parti, l'enfant fût-il vivant; à plus forte raison le prendrais-je quand tout me fait présumer qu'il est mort. » Voici dans le cas qui nous occupe de quelle manière ce professeur s'est conduit :

Armé du perforateur de M. Blot, M. Pajot a placé deux doigts de la main gauche sur la tête du fœtus, qui était assez basse. Il a conduit l'instrument sur ses doigts, et par un hasard heureux il est tombé entre deux os. Le perforateur est entré tout seul; une fois là, l'accoucheur s'en est servi pour agrandir l'ouverture crânienne et dissocier la substance cérébrale, ce qui n'a exigé que quelques secondes. Cet instrument retiré, l'introduction du céphalotribe a été des plus simples. Le broiement a commencé; du sang mélangé de matière cérébrale s'est écoulé; la tête s'est écrasée. Arrivé à ce temps de l'opération, il faut, dit M. Pajot, fermer l'instrument jusqu'au bout du premier coup; de cette façon la prise est aussi solide que possible, et l'on ne court pas le risque de voir la tête se dérober après s'être vidée. Une fois les branches bien placées et l'instrument articulé, M. Pajot a communiqué à celui-ci un léger mouvement de rotation. En effet, le rétrécissement du bassin a lieu 98 fois sur 100 dans le sens antéro-postérieur. Si donc on broie directement sur les côtés du bassin, la tête se trouve élargie dans le sens que nous venons d'indiquer, c'est-à-dire dans le mauvais. En imprimant à l'instrument un mouvement de rotation, on convertit la verticale en diagonale, et à la faveur de cette petite évolution les difficultés sont vaincues. Ici quelques tractions combinées avec des mouvements de latéralité ont suffi pour amener la tête. Mais ce n'était pas tout. Le fœtus était volumineux. Il pesait 3,550 grammes sans le cerveau. L'extraction des épaules rencontrait des obstacles. M. Pajot a passé, comme il conseille de le faire en pareil cas, une serviette roulée en corde autour du cou, et, tirant sur ce lacs, il a accroché une épaule, puis l'autre, et l'accouchement s'est terminé. Des toniques, du rhum, ont été donnés à la malade; mais cette femme était dans un collapsus profond, et le soir, vingt-quatre heures après la première application du forceps, elle succombait.

A l'autopsie, on a trouvé une déchirure du vagin qui, vu l'état du caillot sanguin, remontait à plus de vingt heures.

Voici donc un fait malheureux, mais plein d'enseignements, qui démontre après bien d'autres que des tentatives d'extraction pratiquées à l'aide du forceps et répétées pendant trois ou quatre heures, exposent les malades à une déchirure du vagin. Or, bien qu'on ait vu cette lésion et même la déchirure de l'utérus être suivies de guérison, il faut savoir qu'elle est généralement funeste. Sur seize cas de cette nature, M. Pajot a compté seize morts!

« Ainsi donc, a dit ce professeur, quand dans un accouchement rendu laborieux par une étroitesse absolue ou relative du bassin, vous aurez à faire l'application du forceps, rappelez-vous qu'après des tentatives modérées et dirigées avec une extrême douceur, vous devrez renoncer à cet instrument. Faites une tentative, mettez la malade au bain. Au bout d'une heure réappliquez le forceps. Si vous ne réussissez pas, faites autre chose. En pratique cette règle n'est pas absolue, mais en la suivant, vous ferez moins de mal qu'en tenant la conduite opposée. Si l'enfant est mort, il n'y a pas à hésiter, perforez le crâne et appliquez le céphalotribe. » Dans quelques cas, pour l'acquit de sa conscience, M. Pajot a fait une troisième tentative, mais jamais il n'est allé plus loin, et en agissant ainsi il croit avoir mis les femmes à l'abri des dangers d'une déchirure vaginale et des accidents puerpéraux.

IMMOBILITÉ DES MACHOIRES PAR FORMATION INODULAIRE.

Création d'une pseudarthrose.

M. Verneuil ayant autrefois entretenu la Société de chirurgie des tentatives récemment faites pour guérir cette difformité, par la création d'une pseudarthrose dans la continuité de l'os maxillaire inférieur, communique de nouveaux documents relatifs à ce point important de chirurgie réparatrice.

Ils sont tirés d'un article récemment publié par un chirurgien italien très-distingué, M. le professeur Francesco Rizzoli, de Bologne (1), qui s'est occupé avec beaucoup de succès de la question.

L'auteur consacre une bonne partie de son travail à répondre à diverses questions et objections renfermées dans le travail que M. Verneuil a inséré dans les *Archives générales de médecine*, au commencement de cette année (2); il discute surtout la valeur comparée de la section simple sans perte de substance, et de la résection partielle recommandée par M. Esmarch, de Kiel. Il se prononce en faveur du premier procédé, qu'il trouve plus simple, moins dangereux et tout aussi efficace; conclusion vers laquelle tendait M. Verneuil lui-même.

Aux trois observations qu'il a déjà publiées, M. Rizzoli en ajoute une quatrième qui confirme ses opinions et montre encore une simplification dans le manuel opératoire.

Voici une analyse de ce fait :

Une petite fille de la Romagne, Maria M..., âgée de six ans, vint à la clinique de M. Rizzoli, en juillet 1860, pour être traitée d'un resserrement complet des mâchoires.

Cette enfant avait été atteinte, dans le courant de janvier 1859, d'une affection typhoïde qui avait guéri presque sans soins médicaux. Pendant la convalescence, toutefois, une stomatite se déclara et se termina sans doute par une gangrène circonscrite de l'intérieur de la bouche du côté droit. Dès le début, il y eut de la gêne dans la déglutition et dans l'action d'ouvrir la bouche, avec gonflement et rougeur de la joue droite, puis écoulement d'un fluide brunâtre d'odeur fétide. Au bout de quelques semaines, l'écartement des mâchoires était encore aussi pénible et aussi difficile, quoique la douleur et le gonflement de la région aient peu à peu disparu.

Au commencement de décembre, l'immobilité du maxillaire inférieur était complète. Depuis cette époque jusqu'en juillet 1860, l'alimentation avait été fort entravée, comme on le conçoit; par bonheur, l'absence de la dent canine supérieure gauche offrait encore une petite voie d'introduction aux liquides et aux aliments solides finement triturés; mais une dent pouvait repousser d'un moment à l'autre et boucher le précieux pertuis.

M. Rizzoli ayant examiné l'enfant, la trouva émaciée et débile, incapable d'ailleurs de proférer une parole en raison de son peu d'intelligence. La joue droite était encore dure et tuméfiée. Le gonflement s'étendait à la fois sur la paroi antérieure du maxillaire supérieur et sur la partie latérale droite du maxillaire inférieur.

Le doigt pénétrait facilement à gauche, entre la joue et les mâchoires, mais à droite, à quelques lignes seulement de la commissure, il était arrêté par un tissu fibreux, épais de près d'un [illegible] se prolongeant en haut et en bas, et soudant fortement la surface interne de la joue aux deux mâchoires.

Les incisives supérieures recouvraient complétement les inférieures. On ne pouvait imprimer aucun mouvement au maxillaire inférieur.

L'épaisseur, l'étendue, la dureté du tissu inodulaire, laissaient peu ou pas d'espoir de réussir par la section des adhérences et l'autoplastie consécutive, et le seul moyen efficace consistait dans la section ou la résection de l'os pratiquée au-devant des adhérences pour obtenir la formation d'une pseudarthrose. Avant d'en venir néanmoins à cet expédient suprême, M. Rizzoli voulut s'assurer exactement de l'état des surfaces correspondantes de la joue et des mâchoires. Il arracha donc la canine supérieure droite, qui était vacillante, ce qui lui permit d'introduire dans la bouche l'extrémité du petit doigt. Il constata que la deuxième petite molaire inférieure, luxée et nécrosée, proéminait dans l'intérieur de la bouche, et que la portion du rebord alvéolaire où devaient surgir plus tard les grosses molaires, était soudée avec le bord antérieur de l'apophyse montante et la région correspondante du maxillaire supérieur, par une masse épaisse et dure de tissu fibreux cicatriciel.

Cette disposition anatomo-pathologique démontrait la nécessité absolue d'établir une pseudarthrose. Il ne restait plus qu'à opter, comme moyen d'exécution, entre la section simple et la résection d'un segment osseux.

Ici M. Rizzoli expose les motifs qui lui ont fait préférer la section simple, qui fut exécutée de la manière suivante, en présence de MM. Atti, Biagi, Massarenti, médecins et chirurgiens *delle Spedale maggiore*, le 9 juillet 1860.

L'enfant fut assise sur une chaise, et un aide fut chargé de renverser en bas la lèvre inférieure.

Une incision de quelques lignes fut faite au voisinage de la commissure droite sur la muqueuse qui se réfléchit de la surface interne de la lèvre sur l'arcade alvéolaire inférieure. Cette incision siégeait au niveau de l'interstice de la canine et de la première petite molaire inférieure. Elle permit de contourner le rebord inférieur de la mâchoire avec la pointe de la lame mousse de l'ostéotome, et de perforer avec cette pointe la muqueuse du plancher inférieur de la bouche, en rasant la face interne du maxillaire; en appliquant alors la lame coupante de la cisaille contre la face extérieure de l'os, il fut facile de sectionner celui-ci complétement et d'un seul coup.

La longue portion du maxillaire dépourvue d'adhérences étant ainsi rendue libre, l'enfant put aussitôt ouvrir largement la bouche. Le doigt pénétrant facilement, M. Rizzoli enleva à l'aise la deuxième petite molaire déjà détachée, et put reconnaître exactement les adhérences dont il a été parlé plus haut.

L'écoulement sanguin fut minime; quelques boulettes de charpie furent placées entre les deux fragments, et l'enfant fut reportée dans son lit.

Dans les premiers jours qui suivirent l'opération, l'enfant présenta quelques symptômes d'affection vermineuse. La santonine amena l'expulsion de plusieurs lombrics. La joue droite s'étant un peu gonflée, fut recouverte de topiques émollients. L'irritation passée, on introduisit un coin de bois entre les mâchoires pour les tenir écartées; mais l'inintelligence et l'indocilité de l'enfant ne permirent pas de continuer longtemps ce moyen.

La guérison ne s'en effectua pas moins complétement.

Les mouvements exécutés par la mâchoire suffirent pour permettre le boire et le manger, pour empêcher la réunion de la portion libérée du maxillaire avec la partie restée fixe, et pour donner naissance dans le point sectionné à une nouvelle articulation. Celle-ci tarda toutefois un peu à s'achever, en raison de la chute tardive de la canine inférieure droite et d'une petite portion nécrosée du bord alvéolaire correspondant.

Tel est le récit du nouveau succès obtenu par le chirurgien de Bologne. On doit signaler ici la simplification du procédé. La section de la mâchoire a été pratiquée sans incisions extérieures; sans dissections préalables; il a suffi de renverser la lèvre et de ponctionner la muqueuse au fond du cul-de-sac labio-gingival pour introduire, placer convenablement et faire agir efficacement la pince ostéotome. Il est impossible, à coup sûr, d'obtenir un si grand résultat définitif à moins de frais. A la vérité, la mâchoire était peu développée, car l'enfant n'avait que six ans, et chez des adolescents ou des adultes l'exécution du procédé pourrait être un peu plus laborieuse, mais se faire encore par l'intérieur de la bouche, puisqu'on a pu réséquer une portion assez étendue du maxillaire inférieur sans intéresser les téguments des lèvres.

Il est bon de noter que dans le cas actuel la section de la mâchoire

(1) *Sul methodo della semplice incisione verticale sotto cutanea del corpo della mandibola inferiore per la cura del serramento delle mascelle.* Lettera del professore cavaliere Francesco Rizzoli diretta al chiarissimo dottore A. Verneuil. Bologna, 1860. Extrait *dal Bulletino delle scienze mediche di Bologna*, ser. 4a, vol. XIV, p. 109.

(2) *De la création d'une fausse articulation par section ou résection partielle de l'os maxillaire inférieur comme moyen de remédier à l'ankylose vraie ou fausse de la mâchoire inférieure.* Paris, 1860, in-8°, Labé.

Sierra-Leone, sur ceux des nègres encore esclaves, quoique habitant la même colonie.

Les mêmes conquêtes de la civilisation ont eu lieu en Amérique. Les Indiens avaient été proclamés des parias indisciplinables, et voici qu'une de leurs tribus, celle des Chérokées, s'est fixée dans le nord des États de Géorgie, d'Alabama et du Tennessée; qu'elle y a construit des maisons, labouré la terre, et que la prospérité de la colonie ne laisse presque rien à désirer.

Il y a un siècle à peine, la Nouvelle-Zélande était regardée comme une terre misérable et peuplée seulement de sauvages. En 1842, l'Angleterre a placé les indigènes sous la protection de la loi, et à partir de ce moment le niveau des races a été élevé; les préceptes du christianisme et le progres matériel n'ont point tardé à aboutir aux résultats les plus favorables.

Dans quelque degré d'infériorité marquée que soit l'homme vis-à-vis de nous, il est susceptible de se perfectionner. Nous partageons complétement cette opinion de M. Brierre de Boismont, et nous ne saurions trop nous élever contre ces économistes qui font table rase de certaines races condamnées, suivant eux, par leur infériorité immuable, à disparaître de la terre.

La race américaine doit son existence à la nation anglaise. Bien qu'elle en soit séparée par un siècle seulement, elle présente cependant avec cette dernière des différences tellement tranchées dans les rapports physiques, psychologiques et philologiques, que le docteur Knox s'est cru en droit de conclure que les Américains étaient une sorte de dégénérescence du type primitif. Quelle rapidité dans la transformation!

La dispersion de la famille humaine en une infinité de fragments, tribus, sociétés, produisit des mélanges et des croisements assez nombreux. Les Galls ou Celtes, par exemple, étaient des hommes bruns et petits, à tête ronde, à front large, à nez moyen, à visage arrondi, au corps velu. Les Gaulois Kimris ou Cimbres étaient, au contraire, grands et blonds, à tête longue, à front plus haut, à nez long, saillant, recourbé, à menton proéminent, au visage allongé, aux poils moins longs. Les Kimris occupaient le nord-est, les Celtes le sud, le centre et le nord-ouest. Eh bien, l'influence kimrique prédomine notablement entre la Seine et le Rhin; au sud de la Loire et dans la Bretagne, c'est au contraire l'influence celtique qui est prépondérante.

M. Broca, dans l'une des séances de la Société d'anthropologie, a démontré que les croisements ont eu là pour effet d'augmenter la taille moyenne des Celtes et de diminuer celle des Kimris; que les départements où la taille est moins élevée sont ceux où les Celtes ont subi le moins de croisements, et que ces croisements enfin n'ont exercé aucune action fâcheuse sur ces populations, car la force, la fécondité, la vigueur, la longévité et l'intelligence, sont restées les mêmes.

Faut-il admettre, se demande M. Brierre de Boismont, que les croisements entre races très-éloignées soient improductifs, ou ne puissent enfanter que des métis doués d'une fécondité restreinte? Il paraît, au contraire, que partout où des observations précises ont été recueillies, les métis se sont montrés supérieurs, à certains égards, à la race blanche elle-même. D'après M. Quatrefages, les métis sont très-nombreux aux Philippines, et ils forment une classe active, industrieuse, brave, qui a déjà arraché à la métropole de sérieuses et justes concessions. A peine est-il besoin de rappeler ce qu'étaient à Saint-Domingue ces hommes de couleur qui ont été si cruellement décimés par les discordes civiles. Au Brésil, grâce à sa valeur intellectuelle et morale, la race croisée de blanc et de noir a su vaincre en grande partie le préjugé du sang, et elle est surtout remarquable par ses aptitudes pour la culture des arts.

L'utilité des croisements pour l'amélioration des races n'a point échappé aux nations sauvages : les Goajires de la Nouvelle-Grenade sont admirablement beaux et ont des formes sculpturales; pour eux la véritable aristocratie est celle de la beauté. Aussi, lorsque le hasard des naufrages jette sur leur côte quelques matelots étrangers, ces derniers, s'ils sont grands et vigoureux, sont-ils prudemment retenus : on leur fait payer l'hospitalité dont ils sont l'objet, par quelques années de mariage forcé avec deux ou trois belles Goajires.

M. Brierre de Boismont rapporte d'après M. de Rochas, qu'à une époque encore peu éloignée, une émigration d'Ouvéa est venue aborder dans l'une des Loyalty (îles de la Nouvelle-Calédonie), dont elle soumit les habitants. La race nouvelle se mélangea avec l'ancienne, et il en est résulté une population beaucoup plus belle que celles qui l'avoisinent. Ces renseignements sont précieux en ce sens qu'ils montrent que la race caucasique n'est pas la seule qui puisse régénérer l'espèce.

L'auteur des *Recherches sur l'unité du genre humain* termine son intéressant et curieux travail en espérant que, par les faits tirés de l'organisation physique et de la physiologie qu'il a accumulés, il sera parvenu à prouver la légitimité du dogme de la famille humaine, dont la preuve existe dans la famille individuelle.

Nous pensons, quant à nous, que notre savant confrère a mis hors de doute le principe de l'égalité des races et de leur solidarité, et il ne nous reste plus qu'à formuler le désir de voir mis en œuvre tous les moyens propres à relever les races de leur déchéance. Le levier nécessaire à une pareille entreprise est indiqué dans ces trois mots : *Aperire viam gentibus.*

Dr LEGRAND DU SAULLE.

Manuel de médecine opératoire, par J. B. MALGAIGNE, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie impériale de médecine. Septième édition, entièrement refondue. Un fort volume grand in-18 de 820 pages. Prix : 7 fr. A la librairie Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

au-devant des adhérences était la seule opération qui offrît quelques chances de succès. En effet, l'examen direct de la lésion montra que les adhérences occupaient non-seulement le cul-de-sac géno-maxillaire tout entier, mais encore la commissure intermaxillaire et toute l'étendue des deux arcades alvéolaires répondant aux molaires de la deuxième dentition. Cet état pathologique ne paraît point curable par les incisions inodulaires, aidées même par les moyens mécaniques consécutifs. Il sera toutefois intéressant de savoir ce qu'il adviendra lors de l'éruption des grosses molaires.

M. Verneuil, en rapportant la première observation de M. Rizzoli, avait inséré dans son mémoire la phrase suivante : « Avant d'en venir à la section de la mâchoire inférieure, M. Rizzoli avait songé à divers expédients palliatifs destinés à agrandir la voie d'introduction des aliments ; mais il ne nous dit pas explicitement quels motifs l'ont poussé à adopter presque d'emblée une mesure opératoire qui pourrait passer pour extrême.

Dans sa publication récente, M. Rizzoli répond à ce paragraphe, et se défend d'avoir été conduit par le hasard ou la simple inspiration. Il s'est laissé guider, au contraire, par l'examen de ce qui se passe après les résections partielles du maxillaire inférieur, et surtout par une opération exécutée devant lui en 1832 par le célèbre Baroni (1).

Quelques mots sur ce fait :

Un homme de quarante ans reçut en 1832 un coup de feu à la joue droite. La balle lacéra toute la région, et les téguments furent largement mortifiés. La suppuration fut longue. Plusieurs esquilles se détachèrent à diverses époques. La cicatrisation extérieure s'effectua enfin, mais laissa après elle des difformités multiples : un ectropion, une balafre à la joue, et des adhérences fortes et étendues dans l'intérieur de la bouche. L'écartement des mâchoires ne permettait pas d'introduire le bout du doigt ; ce resserrement augmentait de jour en jour, malgré l'emploi de l'éponge préparée, et c'est pourquoi le malade était venu consulter Baroni, espérant qu'on pourrait diviser les adhérences de la joue à la mâchoire. Mais le chirurgien proposa autre chose. Supposant que les adhérences n'étaient pas la seule cause du mal, et que l'os maxillaire inférieur était altéré, il conçut le plan suivant : inciser les téguments de la joue depuis la commissure buccale jusqu'au masséter ; détruire ainsi avec facilité les adhérences géno-maxillaires, si étendues qu'elles fussent ; extraire les pièces d'os détachées ou malades, quoique adhérentes.

Le 9 octobre, le resserrement des mâchoires avait augmenté, et les dents supérieures recouvraient les inférieures. L'alimentation était réduite aux liquides et aux solides pulpeux. Le blessé se soumit à l'opération. Baroni ne sachant pas d'avance dans quel état il trouverait le maxillaire et quelle mutilation il devrait lui faire subir, s'était muni de tous les instruments à résection.

Une première incision s'étendit horizontalement de la commissure jusqu'au masséter ; une seconde incision verticale, partant également de la commissure, descendit au-dessous du bord inférieur du maxillaire ; dissection du lambeau ; destruction des adhérences qui remplissaient tout l'espace compris entre les deux mâchoires entre elles et la joue correspondante, dissection pénible en raison de la grande résistance du tissu cicatriciel.

La mâchoire inférieure était mise à découvert, et cependant, malgré la section de toutes les adhérences, elle ne pouvait s'abaisser encore. L'os était malade au niveau du bord antérieur du masséter. Baroni résolut d'enlever toute la partie altérée. Il dénuda donc un petit point de l'os sain, au-devant de la région malade, pour pouvoir appliquer la scie ; mais comme il songeait à reséquer plus ou moins largement l'angle de la mâchoire, il prolongea l'incision horizontale tégumentaire jusqu'au bord postérieur de la branche montante, et de ce point fit partir une troisième incision verticale et parvenant jusqu'à l'angle maxillaire.

La section de l'os fut faite au niveau de la première molaire. Elle fut assez facile, moins cependant que dans le cas où on peut abaisser la mâchoire. Dès qu'elle fut effectuée, toute la portion gauche du maxillaire put se mouvoir facilement. Il n'en fut pas de même du moignon qui restait à droite. L'os était augmenté de volume et formé de deux pièces.

Ignorant dans quelle étendue la branche montante était altérée, Baroni se décida à l'enlever tout entière. Il la sépara donc du masséter, du temporal, avec peine, puis des ptérygoïdiens et des ligaments ; enfin, il fit la désarticulation, après avoir encore incisé les téguments jusqu'à l'arcade zygomatique.

Le malade, épuisé d'un si long travail, fut reporté dans son lit et pansé plus tard. La plaie fut réunie par la suture entortillée.

Passons sous silence les suites de l'opération, qui furent assez sérieuses, et arrivons au résultat éloigné.

La difformité était naturellement notable, car on avait enlevé toute la branche verticale et une bonne portion de la branche horizontale de la mâchoire. Mais la barbe la dissimulait assez bien.

Mais outre la difformité, un autre inconvénient a persisté. La membrane interne de la joue a contracté des adhérences avec la partie latérale de la mandibule, ce qui met obstacle à l'écartement large des mâchoires. Toutefois la parole, l'introduction des aliments et la mastication ne sont point empêchées. L'érysipèle qui survint après l'opération fut cause qu'on ne fit rien pour prévenir cet inconvénient, car on n'osa pas introduire de corps étrangers dans l'intérieur de la bouche. L'excision de ces adhérences aurait sans doute des avantages, et procurerait plus de mobilité à la mandibule.

Abstraction faite de la difformité, qui, en somme, n'a fait qu'en remplacer une autre, le malade se montre satisfait de l'opération qu'il a subie, car il a gagné beaucoup dans les mouvements de la mâchoire ; il parle beaucoup mieux, introduit et mâche les aliments, ce qu'il ne pouvait faire auparavant sans de grandes difficultés ; enfin, il est délivré du suintement fétide continuel qui se faisait à l'intérieur de sa bouche.

Témoin oculaire de ce fait, M. Rizzoli en conclut que la résection pouvait, dans quelques cas exceptionnels d'immobilité de la mâchoire, rendre à la portion conservée de cet os des mouvements suffisants. D'autres faits confirmeront cette manière de voir ; mais cette opération étant redoutable et pouvant entraîner des conséquences sérieuses, il convenait de chercher un moyen plus simple, surtout dans ces cas d'immobilité maxillaire où l'os lui-même était exempt de toute lésion rendant la résection nécessaire. C'est ainsi que M. Rizzoli arriva à concevoir l'utilité et l'efficacité de la section verticale de la mâchoire inférieure pratiquée sans perte de substance et au-devant des adhérences. C'est ainsi qu'il se justifie du soupçon d'empirisme pur. Son procédé, basé sur l'induction, validé par l'expérience, remédie au mal et reste exempt de tous les inconvénients qu'entraîne après elle la déviation du moignon maxillaire après toute résection un peu étendue, déviation que notre collègue de Bologne connaît à fond et décrit avec exactitude.

Tout en accordant, ajoute M. Verneuil, que l'opération de Baroni a pu servir d'origine aux méditations de M. Rizzoli, on ne peut y voir autre chose qu'une résection ordinaire de la mâchoire pour maladie osseuse. Les fonctions de la mandibule ont été, il est vrai, récupérées d'une manière satisfaisante ; mais rien ne prouve que Baroni ait conçu, en agissant comme il l'a fait, l'idée de la création d'une pseudarthrose palliative ; son texte n'en dit pas un mot ; le résultat a été réalisé, il est vrai, mais sans être recherché. Je fais cette réflexion, parce que M. Rizzoli me paraît enclin à donner à son illustre maître une priorité qui ne lui appartient pas. En un mot, et pour bien me faire comprendre, je dirai qu'en 1832 Baroni a fait la résection *dans un cas où le resserrement de la mâchoire existait, mais non dans le but spécial de combattre ce resserrement.* Je l'ai déjà dit dans mon mémoire et je le répète, c'est la conception raisonnée d'un procédé et non son exécution fortuite suivie d'un résultat non prévu qui constitue la vraie priorité scientifique. Si l'on n'adoptait pas ses bases, la nature aurait d'abord, grâce à ses erreurs et à ses errements, la priorité de la plupart des méthodes, et les importantes conceptions grâce auxquelles nous pouvons aujourd'hui vaincre ou du moins éluder la grave difformité qui nous occupe, appartiendraient au premier opérateur qui a réséqué la mâchoire et fait disparaître ainsi l'immobilité, la gêne de la parole et de la mastication qui accompagnent la plupart des lésions organiques de cet os.

Je me crois donc autorisé jusqu'à nouvel ordre à maintenir les conclusions historiques de mon premier mémoire. Toutefois la connaissance du fait de Baroni me suggère une autre réflexion. Dans l'état actuel de la question, ne serait-il pas possible, un cas pareil étant donné, de le guérir à moins de frais, c'est-à-dire sans recourir à la longue et périlleuse opération qu'exécuta le chirurgien romain ? La section simple de la mâchoire au-devant des adhérences remédierait à l'immobilité de la mâchoire et rétablirait les fonctions buccales ; resterait à traiter l'altération du moignon osseux séparé du reste de l'os et resté immobile. La maladie, étant d'origine traumatique, appartiendrait sans doute à l'ostéite avec ses suites, carie ou nécrose. Or ne pourrait-on pas la traiter directement par les moyens appropriés, et par l'extérieur à l'aide même d'opérations diverses, évidement, rugination, extraction de séquestres, et par l'intérieur de la cavité buccale offrant désormais une voie accessible ? Et ce traitement temporisateur et prolongé ne serait-il pas préférable à la grande mutilation dont nous avons signalé les difficultés et les dangereuses péripéties ?

Les blessures par armes à feu des régions maxillaires et temporales ont plus d'une fois déjà donné lieu à des resserrements très-opiniâtres des mâchoires ; on peut donc d'avance songer à la cure de ces accidents, et c'est ce qui m'a engagé à grossir cette note des dernières réflexions qui la terminent ici.

(1) M. Rizzoli reproduit textuellement l'observation de Baroni, insérée dans le *Bulletino delle scienze mediche della Societa medico-chirurgica di Bologna*, 1833 ; vol. VIII, p. 200.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 décembre 1860. — Présidence de M. Chasles.

Coloration des os du fœtus par le régime de la mère. — M. FLOURENS donne lecture de la note suivante, ayant pour titre : *Nouvelles expériences sur la coloration des os du fœtus par le régime de la mère.*

J'ai présenté à l'Académie, dans la séance du 4 juin dernier, le squelette d'un fœtus de porc, dont tous les os étaient devenus rouges par l'action de la garance, mêlée au régime de la mère durant un certain temps de la gestation.

J'ai voulu répéter cette expérience.

La coche, qui m'avait donné les premiers fœtus à squelette rougi, n'avait été soumise au régime de la garance que pendant quarante-cinq jours. Celle qui vient de me donner les nouveaux fœtus, à squelette également rougi, y a été soumise pendant quatre-vingts jours, c'est-à-dire pendant, ou à fort peu près, toute la durée de la gestation.

Je ne répéterai pas ici ce que j'ai dit à propos des premiers fœtus. Tous les os des nouveaux fœtus sont rouges, comme ceux des premiers, et les os seuls le sont. Les dents sont rouges comme les os, parce que, au fond, les dents sont des os.

Quant à l'expérience considérée en elle-même, je n'ai rien de nouveau à dire ; je fais seulement remarquer qu'il s'agit ici d'une seconde expérience, laquelle confirme la première, et j'ajoute que les expériences de cet ordre ne sauraient trop être répétées.

Les deux grandes questions physiologiques de la vie fœtale, dans les animaux vivipares c'est-à-dire l'homme et les mammifères), sont celles de la respiration et de la nutrition du fœtus.

Dans les ovipares, rien de plus clair que la manière dont se font la respiration et la nutrition du fœtus. Le fœtus respire par l'air qui pénètre dans l'œuf à travers les pores de la coquille. Il se nourrit des matériaux contenus dans l'œuf, et qui constituent ce qu'on nomme le *jaune* ou le *vitellus*.

Mais le fœtus humain, mais le fœtus du mammifère, comment respire-t-il ? comment se nourrit-il ?

Et d'abord, comment respire-t-il ?

Vésale est le premier qui ait tenté sur cette difficile et importante question quelques expériences. Ayant ouvert le ventre d'une chienne pleine et à terme, il retira un des petits de la matrice, et le posa sur une table sans déchirer les enveloppes : il vit bientôt, à travers les enveloppes, le petit faire de vains efforts pour respirer, et enfin mourir comme suffoqué. *Et veluti suffocatus moritur*, dit Vésale. Un autre petit, dont il déchira les enveloppes à temps, respira efficacement dès qu'il eut la tête dégagée.

Le fœtus vivipare respire donc, conclut Vésale, dans la matrice par l'intermédiaire de sa mère et non par ses enveloppes, puisqu'au milieu même de l'air ces enveloppes ne permettent pas à l'air de passer et d'arriver au fœtus.

Les expériences de Legallois sont plus précises. Il les fit sur des lapins.

Il constata d'abord que le fœtus de lapin a la faculté de résister pendant vingt minutes à l'asphyxie, tandis que le lapin adulte ne peut y résister plus de deux minutes.

Ce point acquis, il soumit à ses expériences des lapines pleines parvenues au trentième jour, c'est-à-dire au terme de leur gestation. Il les asphyxiait en les plongeant dans l'eau. Or le petit, qui, tiré de la mère vivante, survivait vingt minutes à l'asphyxie, ne survivait plus que dix-huit minutes à l'asphyxie quand on le tirait de la mère asphyxiée. Donc l'asphyxie du fœtus avait commencé avec celle de la mère. Les deux minutes d'asphyxie de la mère et les dix-huit minutes de survie du fœtus, donnent vingt minutes, somme de pouvoir total qu'a le fœtus de résister à l'asphyxie.

J'ai répété les expériences de Legallois, et je les ai trouvées exactes.

La respiration du fœtus se fait donc par la mère.

Mais (question plus difficile) encore comment se fait sa nutrition ?

Il y a quelques années encore, les opinions étaient si peu fixées sur ce sujet, qu'on poussait l'ignorance ou plutôt l'absurdité jusqu'à supposer que le fœtus se nourrissait des eaux de l'amnios, c'est-à-dire jusqu'à supposer que le fœtus se nourrissait d'une sécrétion du fœtus.

Aujourd'hui, et par la fondamentale expérience dont je mets pour la seconde fois le résultat sous les yeux de l'Académie, tous les doutes sont dissipés, toutes les obscurités éclaircies.

Le fœtus se nourrit et respire par la mère, car le sang de la mère (ce sang oxygéné et revivifié) communique avec celui du fœtus, et à ce point que le principe colorant dont est chargé le sang de la mère pénètre jusqu'au fœtus et en rougit les os.

Gin-sen des Chinois. — M. LE Dr ARMAND communique la note suivante sur le gin-sen des Chinois :

En visitant les palais impériaux nous avons eu occasion de recueillir quelques échantillons de la fameuse racine de *gin-sen* ou *nin-sen* (*gin* ou *nin*, pomme, *sen*, santé, force, vigueur), substance médico-hygiénique par excellence en Chine, et qui se vend au poids de l'or. C'est la racine bifide d'une petite plante qu'on trouve dans la terre des herbes en Tartarie. Les feuilles qui manquent doivent être petites et basses, à en juger par l'étroitesse du collet, où on les coupe ras au moment de la récolte. Ce collet réunit adossées deux racines divergentes de la grosseur de deux petits radis longs. Desséchées, elles sont légèrement froncées, de couleur blanchâtre ou jaunâtre, semi-transparente, surtout aux extrémités, qui se bifurquent souvent en quelques radicelles.

La saveur est d'abord douceâtre, comme celle de la réglisse, et faiblement amère ensuite par la mastication. On peut affirmer avant toute analyse de cette substance, dont la cassure est d'aspect vitro-résineux et jaunâtre comme celle du sucre d'orge un peu trop cuit, qu'elle contient une notable proportion de matière sucrée. Elle n'a pas d'odeur, à l'état sec du moins, et a la légèreté de la racine d'iris.

On l'emploie en décoction, coupée en très-menus morceaux et dans la proportion, pour une tasse, de quelques grammes à une demi-once au plus, dose à laquelle on arrive progressivement. Il est bien recommandé de faire bouillir à vase clos, à l'étuvée et au bain-marie.

Ces deux conditions sont indispensables pour conserver tout à la fois et les vertus et l'arome de la potion. On doit la prendre à jeun, trois ou quatre matins de suite, rarement au delà de huit jours. Dans certains cas on la prend aussi le soir en se couchant. Le marc, comme celui du café ou du thé, peut servir une seconde fois.

On suit son régime habituel, mais on doit absolument s'abstenir de thé durant un mois au moins, à peine de perdre tout le bénéfice de l'emploi du gin-sen, dont l'action serait annihilée. Cette particularité porterait à croire que le gin-sen répare les estomacs fatigués par l'abus du thé, dont on fait en Chine un usage immodéré. Notons bien qu'on ne prescrit le gin-sen ni aux enfants ni aux vieillards. Ce n'est pourtant pas un agent trop actif, puisqu'une décoction concentrée à forte dose n'a d'autre inconvénient que d'être désagréable au goût, comme du thé qui serait trop fort. Ce n'est pas non plus un élixir de longue vie, puisqu'on ne le donne pas aux personnes âgées.

On le prescrit spécialement aux jeunes gens et aux adultes épuisés. Tout porte donc à admettre que c'est un analeptique, un puissant réconfortant, et surtout un aphrodisiaque.

On peut en faire des tablettes avec de la pulpe de *letchi* ou autre substance sucrée.

Il y a une autre espèce de gin-sen provenant de la Corée, et appelé pour son origine *cori-sen*. Elle est plus commune, moins chère, mais néanmoins très-estimée.

— M. INMAN (Thomas) annonce l'envoi d'un mémoire qu'il a fait paraître sous le titre de *Myalgia*, et sur lequel il désirerait obtenir le jugement de l'Académie.

M. J. Cloquet sera invité à prendre connaissance de ce mémoire, qui est écrit en anglais, et à en faire, s'il y a lieu, l'objet d'un rapport verbal.

— M. LE Dr MOURA-BOURILLON soumet au jugement de l'Académie une note ayant pour titre : *Des trois modes d'éclairage du larynx.* (Commissaires, MM. Velpeau, J. Cloquet.)

— M. DE LA TREMBLAIS adresse pour le concours du prix de statistique un mémoire intitulé *De la mortalité et de sa répartition suivant les lieux, dans les départements de l'Indre et du Cher.*

— M. H. ROGER présente pour le concours des prix de médecine et de chirurgie un mémoire imprimé ayant pour titre : *Recherches cliniques sur l'auscultation de la tête.*

— M. BENARD (d'Amiens) envoie pour le concours du prix des arts insalubres, un mémoire sur un épilatoire destiné à être substitué aux épilatoires communément employés, tels que le sulfure d'arsenic, et n'exposant pas aux mêmes dangers.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 8 novembre 1860. — Présidence de M. Duhamel, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Le docteur Bouchut adresse son travail sur *le nervosisme et l'état nerveux*, et demande le titre de membre titulaire. (Rapporteurs, MM. Legrand et Duhamel.)

— Le docteur Beaupoil, d'Ingrandes (Indre-et-Loire), adresse une observation d'*empoisonnement par l'opium*, et demande le titre de membre correspondant. (M. Terrier.)

— Le docteur Berthier, médecin de l'Asile d'aliénés de l'Ain, à Bourg, envoie un mémoire sur *l'aliénation mentale causée par le rhumatisme, la goutte, la syphilis, la scrofule, la dartre et le cancer*, et sollicite le titre de membre correspondant. (M. Ramon.)

— Le docteur Ancelet (de Vailly-sur-Aisne) envoie un travail manuscrit sur *la valeur de la coagulation dans les épanchements sanguins chez les nouveau-nés, au point de vue médico-légal* ; il joint à ce travail plusieurs travaux imprimés. Il demande le titre de membre correspondant. (M. Mattei.)

Mort de M. Fabre. — M. FOUCART, secrétaire général, fait part à la Société de la mort du docteur Adrien Fabre, ancien aide-major au 1er régiment d'artillerie, membre titulaire de la Société depuis 1853. M. Fabre avait à peine trente-deux ans.

Emploi de la feuille de frêne contre la gravelle. — M. MALLEZ communique à la Société les résultats remarquables qu'il a obtenus dans trois cas de gravelle urique de l'administration des feuilles de frêne (*fraxinus excelsior*), à la dose de 15 à 20 grammes en infusion.

Légèrement purgative, cette infusion, prise le matin à jeun, détermine une prompte et facile expulsion des graviers rénaux, et prévient ainsi les douleurs néphrétiques. Ce médicament avait été fort vanté, il y a quelques années, comme anti-goutteux et anti-rhumatismal ; mais il ne paraît pas qu'on s'en soit servi contre la gravelle.

M. CARON demande si la coïncidence fréquente de la goutte et de la gravelle ne suffirait pas à expliquer les bons effets de la feuille de

frène dans cette dernière affection. Aucun des trois malades cités par M. Mallez n'a présenté la moindre trace de goutte.

Oblitération incomplète de la vulve au moment de l'accouchement. — **M. MILON** a été mandé il y a quelques jours pour un accouchement où il a eu occasion d'observer une anomalie des organes génitaux, constituant un obstacle à l'accouchement, et digne d'ailleurs d'intéresser le médecin légiste. A l'orifice vulvaire et sur la ligne médiane existait un cordon résistant, parfaitement cylindrique, du volume de la moitié du petit doigt, et s'étendant du bourrelet saillant de l'orifice du vagin à la fourchette, de façon à diviser l'ouverture vulvaire en deux parties symétriques. Profitant d'une de ces douleurs concassantes qui surviennent lorsque la tête s'engage dans le vagin, M. Milon excisa en haut et en bas cet appendice fibro-vasculaire, dû à un développement anormal des organes génitaux, et qui avait toujours rendu douloureux les rapports sexuels.

Nævi materni guéris par la vaccination. — **M. A. LEGRAND** raconte à la Société qu'il a eu l'occasion d'observer avant-hier, chez un enfant de quatre mois, bien et fortement constitué, *non vacciné*, le résultat vraiment merveilleux obtenu à l'aide de la vaccination pour la destruction radicale de nombreux *nævi materni*, situés sur le dos de la main droite, et qui, en s'unissant et en s'agglomérant, avaient déjà constitué sur le poignet une tumeur érectile assez volumineuse.

M. le docteur Broca, qui a opéré cet enfant, et qui a autorisé notre collègue à faire cette intéressante communication, lui a fourni les renseignements suivants :

« J'ai lieu de croire, dit ce jeune et savant chirurgien, qu'on a bien rarement, peut-être jamais, pratiqué un aussi grand nombre de piqûres, car il y en a vingt-quatre. J'ai dû les faire très-rapprochées, pour obtenir une éruption confluente, parce que la tumeur érectile avait acquis à sa partie supérieure une épaisseur d'environ 1 centimètre, et qu'elle avait manifesté une tendance fâcheuse à s'accroître rapidement. Il y a trois mois seulement que l'affection a débuté sous la forme d'une toute petite tache, qui s'est propagée avec beaucoup d'activité. Il est survenu en haut une ulcération qui a fourni au moins deux hémorrhagies spontanées.

» Dans de semblables conditions, il est de toute évidence qu'il importait de ne laisser aucun point de la tumeur échapper à l'action du vaccin. Chaque piqûre, malgré l'écoulement de sang dont elle a été suivie, a donné lieu au développement normal et régulier d'une pustule vaccinale, et par suite à une tuméfaction considérable de tout le poignet et du dos de la main, avec une réaction assez vive pour troubler le sommeil de l'enfant, mais suivie de la chute d'une eschare assez considérable dans laquelle était compris tout le tissu érectile, qui a été ainsi éliminé sans qu'il se produisit de nouvelle hémorrhagie. » En effet, M. Legrand, qui a visité le petit malade aujourd'hui (8 novembre 1860) pour la seconde fois, n'a trouvé qu'une large plaie presque unie, s'étendant du poignet à l'origine des doigts, ayant l'aspect d'un tissu normal, et dont les cautérisations répétées avec le nitrate d'argent, que M. Broca se propose de pratiquer à des intervalles plus ou moins rapprochés, régulariseront et hâteront la cicatrisation. L'enfant, quoique un peu pâli, et du reste dans les meilleures conditions possibles, tette avec avidité, dort bien, est fort gai, et remplit parfaitement toutes ses fonctions.

Notre collègue tiendra du reste la Société au courant des suites ultimes de l'opération.

M. GAUCHER. L'emploi de la vaccination pour faire disparaître certaines tumeurs est un fait assez singulier. Quelques médecins sont disposés à admettre une action spécifique du vaccin. Pour moi, je crois qu'il se développe simplement dans ce cas une inflammation éliminatrice.

M. TERRIER a vu un cas de tumeur érectile volumineuse autour de laquelle ont été implantées des aiguilles chargées de vaccin. Le vaccin n'a pris que dans une certaine partie de la tumeur et l'a détruite.

M. LEGRAND. M. Gaucher a soulevé une question incidente. Je crois, comme lui, qu'il se fait un travail inflammatoire qui débarrasse le malade de sa tumeur. Mais je serais disposé à lui accorder quelques propriétés particulières; en effet, par d'autres procédés à peu près semblables on a eu des hémorrhagies, tandis qu'avec la vaccine cet accident ne se produit jamais.

M. GUERSANT. Je vois de vingt-cinq à trente tumeurs érectiles par an à peu près, soit sous forme de taches, soit sous forme de tumeurs. Je n'ai jamais employé la vaccine pour des affections un peu étendues; mais depuis douze ans, je m'en sers pour les taches érectiles. Dans ces cas, il se développe une inflammation qui amène très-fréquemment une guérison complète. Pour les tumeurs un peu volumineuses, j'ai employé les moyens qui ont le moins de chances de produire des érysipèles. Les ligatures, le séton, les caustiques, ont cet inconvénient. Je préfère, quand cela est possible, larder la tumeur avec des aiguilles rougies à blanc. Quant à la question posée par M. Gaucher, je crois aussi que la vaccine agit en développant une inflammation éliminatrice.

M. TERRIER. Il existe un nouveau caustique recommandé par un oculiste allemand pour l'ablation des tumeurs érectiles des paupières et des lèvres. C'est un mélange de collodion et de bichlorure de mercure que l'on étend par couches avec un pinceau.

M. COURSSERANT rappelle un caustique que l'on n'emploie pas assez souvent, et qui dans certains cas donne d'admirables résultats, c'est l'acide nitrique. La femme d'un acteur portait au bras un caustère couvert de fongosités énormes qui la tourmentaient beaucoup. Il eut l'idée d'appliquer un morceau d'amadou imbibé d'acide nitrique, et le lendemain il ne fut pas peu surpris de voir que les fongosités avaient disparu. Depuis, il s'est servi de l'acide nitrique contre les verrues, qu'il incise d'abord légèrement, puis il applique un morceau d'amadou imbibé d'acide, et trois jours après la verrue a disparu.

M. Rivallié détruisait ainsi par des applications successives des tumeurs considérables. M. Courserant pense que le moyen serait aussi bon pour la cure des tumeurs érectiles.

M. GUERSANT a fait usage de ce caustique pour des tumeurs de ce genre, et s'en est bien trouvé.

M. GAUCHER, à l'occasion du procédé employé par M. Courserant pour détruire les verrues, raconte le fait d'un infirmier qui avait la main criblée de verrues, contre lesquelles il avait essayé tous les moyens connus. M. Gaucher eut l'idée de lui faire tous les jours des applications de teinture concentrée de cantharides. En fort peu de temps toutes les verrues avaient disparu.

Cautérisation linéaire et destructive dans le traitement des enchondromes. — **M. LEGRAND** lit une note sur ce sujet.

Il rappelle d'abord que Muller a donné ce nom à des tumeurs qui se développent généralement dans le voisinage des articulations. Elles affectent, ainsi qu'il a toujours eu l'occasion de l'observer, une forme arrondie, et offrent, quand elles sont mises à nu, un aspect fibro-cartilagineux; elles résultent évidemment du développement anormal des tissus musculaires et fibro-cartilagineux; de là leur couleur rosée mêlée d'un jaune tendre. Aussi pourrait-on assez facilement, *à l'œil nu*, les confondre avec les tumeurs fibro-plastiques, dont *l'examen microscopique* peut seul les différencier.

M. Legrand a eu l'occasion de traiter plusieurs enchondromes, mais il désire ne communiquer cette fois que deux cas de ces tumeurs, développées toutes deux dans le voisinage de l'articulation fémoro-tibiale. Dans le premier, il a complétement échoué, beaucoup par la faute du malade, qui a manqué de persévérance, et un peu par la faute de l'opérateur, qui en était encore à faire son apprentissage pour l'ablation ou la destruction de ce genre de tumeurs. Dans le second cas le succès a été complet.

Après avoir divisé la peau à l'aide de la cautérisation appliquée en croix et avoir bien mis à nu la tumeur, elle a été directement attaquée à l'aide de la pâte de Canquoin, dont il a fallu faire six applications successives. Une fois la tumeur bien détruite, notre collègue a commencé à rapprocher les bords de la plaie à l'aide de bandelettes agglutinatives, procédé d'autant mieux applicable que ce qui caractérise surtout la méthode de la cautérisation linéaire, c'est qu'on ménage la peau, qui, une fois divisée, fuit pour ainsi dire devant le caustique, et qu'on peut ensuite la ramener sur les tissus sains que le caustique destructeur a lui-même à peine atteints s'il a été bien employé. Aussi, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, M. Legrand a-t-il obtenu une cicatrice presque linéaire, fort souple et laissant à cette importante articulation toute sa liberté.

Le traitement a duré trois mois, mais n'a exigé qu'une suspension de deux mois dans le travail du malade, qui est ouvrier charpentier. Il n'a jamais gardé le lit, mais seulement la chambre. Quant à la douleur, celle produite par le caustique au chlorure de zinc a souvent été assez vive pour accélérer le pouls (75 à 80 pulsations), mais n'a jamais complétement empêché le sommeil et n'a en définitive apporté aucun trouble notable dans la santé générale, qui était après le traitement plutôt meilleure qu'avant qu'il fût commencé. Le temps a confirmé cette cure, qui date aujourd'hui de trois ans révolus.

Le secrétaire annuel, Dr ELLEAUME.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Il existe aujourd'hui, tant dans les hôpitaux de Paris que dans les infirmeries des hospices, 7,877 lits affectés au traitement des malades, savoir :

Dans les hôpitaux. . . .	Médecine. . .	5,031	7,178
	Chirurgie. . .	2,147	
Dans les hospices.	Médecine. . .	546	699
	Chirurgie. . .	153	
		Total égal. . . .	7,877

Les lits des hôpitaux se subdivisent comme il suit :

Médecine proprement dite.	3,250
Chirurgie proprement dite.	1,706
Accouchements.	677
Maladies de la peau.	933
Maladies vénériennes.	612
	7,178

En 1859, on a traité dans les hôpitaux et dans les hospices 96,082 malades, savoir :

Dans les hôpitaux.	90,996
Dans les hospices.	5,086
Total égal. . .	96,082

— M. le docteur Clerc vient d'être nommé médecin de Saint-Lazare, en remplacement de M. le docteur de la Morlière, décédé.

— Le personnel des étudiants de l'Ecole de médecine d'Alger se décompose de la manière suivante pour le 1er trimestre de l'année scolaire 1860-1861 :

Première catégorie. — 2 étudiants de première année et 2 de deuxième année pour le doctorat en médecine; — 2 étudiants de première année, 2 étudiants de deuxième année, 2 étudiants de troisième année pour le titre d'officier de santé; — 2 étudiants de première année pour le titre de pharmacien de 2e classe.

Deuxième catégorie. — Elèves en cours d'inscriptions, non inscrits (pour motif d'ajournement ou abstention volontaire); 1 étudiant de première année pour le doctorat en médecine; 4 étudiants de première année pour le titre d'officier de santé; 3 étudiants de première année et 2 de deuxième année, pour le titre de pharmacien de deuxième classe.

Troisième catégorie. — Elèves pourvus de toutes leurs inscriptions. 1 étudiant pour le doctorat et 1 pour le titre d'officier de santé.

Total, 24 étudiants.

— Dans sa séance du 28 décembre dernier, la Société médicale du 3e arrondissement de Paris vient de renouveler son bureau; il est ainsi composé pour l'année 1861 :

Président, M. Gaide; *vice-président*, M. Fleury; *secrétaire général*, M. E. Géry fils; *secrétaire annuel*, M. Epron; *trésorier*, M. Bouley; *membres du conseil de famille*, MM. Pâtissier, Fleury, Escoffier, Duparcque.

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu demain mercredi 9 janvier, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du 5e arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour : 1° dépouillement de la correspondance et compte rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire général; 2° étude comparée des diverses méthodes d'électrisation, par le docteur Hiffelsheim; 3° de quelques espèces de conjonctivites très-fréquentes et pourtant mal étudiées jusqu'à ce jour, par M. Coursserant; 4° communications diverses.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES ORPHELINES LE PEYTRE.

MM. Mathieu, aide-major.	5 fr.
Vicomtesse de Lamardelle. . .	40
Billod (d'Augers).	15
Lunier (de Blois).	20
Patry (de Sainte-Maure). . .	40
Guichemerre.	5
Anonyme.	5
Anonyme.	20
Total.	150 fr.
Total des listes précédentes. .	264
Total général jusqu'à ce jour. .	414 fr.

Les souscriptions continuent à être reçues chez M. Brochin, rue Larrey, 1, chez M. Legrand du Saulle, boulevard de Sébastopol, 9 (rive gauche), et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par M. le docteur Félix Roubaud. 13e année, 1861. Prix : Paris, 4 fr.; *franco* par la poste, 5 fr.

Adresser à M. le docteur Félix Roubaud un mandat ou des timbres-poste au bureau, 13, rue de la Monnaie, à Paris.

Étude comparée des boutons d'Alep et de Biskra, par Henri Hamel, attaché au secrétariat du conseil de santé des armées. In-8° de 32 pages. Prix : 1 franc. Chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

Compendium d'électricité médicale, par M. le docteur Van Holsbeeck. 2e édition considérablement augmentée. Un fort volume in-18 avec figures dans le texte. Prix : 7 francs, *franco* par la poste. Chez F. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 4. — JEUDI 10 JANVIER 1861. (34e ANNÉE. N° 4. — JEUDI 10 JANVIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 JANVIER 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

On se rappelle que dans l'une des séances du mois de novembre, M. le docteur F. Hatin a donné lecture d'un travail très-intéressant sur l'opération césarienne après la mort. M. de Kergaradec, qui a eu l'occasion, il y a une quinzaine d'années, de traiter le même sujet, a saisi cette occasion de rappeler les idées qu'il a émises à cette époque, et les principes sur lesquels il appuya alors des conclusions semblables pour le fond à celles de M. Hatin. Les propositions de M. de Kergaradec seront discutées; nous aurons donc à y revenir.

Un petit incident s'est élevé à cette occasion, sur le point de savoir si la discussion sur le travail de M. de Kergaradec serait immédiatement ouverte, — après publication toutefois, — ou s'il ne conviendrait pas mieux d'attendre que la commission chargée d'examiner le mémoire de M. Hatin eût fait son rapport.

Le premier avis a prévalu.

Pour concilier toutes les opinions et donner satisfaction aux susceptibilités des membres qui étaient d'un avis contraire, par la crainte que la discussion ne rendît le rapport superflu, le rapporteur ne ferait-il pas sagement de profiter du délai nécessité par l'impression du mémoire de M. de Kergaradec pour faire son rapport, et se mettre en mesure de le lire dans la séance prochaine?

Cette communication a été suivie d'une lecture également intéressante de M. Ménière sur une forme particulière de surdité grave dépendant d'une lésion de l'oreille interne. Il existe, suivant ce judicieux observateur, une espèce de surdité non encore décrite, qui donne lieu à un ensemble d'accidents réputés cérébraux, tels que vertiges, étourdissements, marche incertaine, tournoiement et chute. L'observation réitérée des faits de ce genre, dans lesquels les accidents en question, loin de suivre la marche habituelle des affections cérébrales avec lesquelles on les avait confondus jusque-là, se dissipaient au bout d'un certain temps, pour laisser subsister une surdité incurable, avait déjà porté M. Ménière à rattacher cet ensemble de perturbations fonctionnelles à l'existence probable d'une lésion profonde de l'organe auditif; lorsque l'occasion se présenta pour lui de vérifier cette présomption, en lui faisant découvrir une lésion des canaux demi-circulaires chez une jeune femme qui avait succombé après avoir présenté la série des phénomènes que nous venons de rappeler.

Cette circonstance, rapprochée des résultats si curieux des expériences de M. Flourens sur les canaux demi-circulaires, que nous rappelions ici il y a quelques semaines à peine, jette un jour nouveau sur ce point particulièrement intéressant de pathologie.

La lecture d'une série de rapports sur des demandes d'application du décret relatif aux remèdes secrets et nouveaux a terminé cette séance, qui a été, comme on le voit, assez bien remplie. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Angine diphthérique.

(Observation recueillie par M. Ferd. MOREAU, externe du service.)

L'observation qu'on va lire prouve encore une fois de quelle importance est, au point de vue du diagnostic et surtout du pronostic, l'analyse des urines chez les malades atteints d'angine diphthérique. En effet, souvent les lésions diphthériques sont si peu de chose que la spécificité de l'affection peut passer inaperçue : quoi de plus facile que de prendre une angine diphthérique au début pour une angine herpétique? Mais du moment où l'albuminurie est constatée, toute incertitude doit disparaître; c'est bien à la diphthérie qu'on a affaire.

Le malade sujet de cette observation est resté pendant deux mois et demi dans les salles de M. Trousseau, et pendant tout ce temps on a constaté chaque matin la présence de l'albumine dans ses urines; depuis une quinzaine de jours seulement, la proportion d'albumine, qui jusque-là avait été énorme, a diminué, et n'a disparu complètement qu'il y a quelques jours.

Chez ce malade, les manifestations purement extérieures de la diphthérie ont été si minimes que rien n'eût été plus facile que de méconnaître la gravité de son état; mais ici, comme dans la plupart des cas de diphthérie qui ont été bien observés, l'événement est venu confirmer la manière de voir du chef de clinique, M. le docteur Eug. Moynier. Nous ne croyons pas qu'il puisse exister de meilleur commentaire à cette observation que le passage suivant, extrait du compte rendu des faits de diphthérie observés dans le service de M. le professeur Trousseau dans le premier semestre de 1859, par M. Moynier.

« On s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps de la valeur de l'albuminurie au point de vue du pronostic. MM. Wade, Sée, Empis, Bouchut, Blache, Boyer, Bergeron, l'ont étudiée avec soin, mais ils ne sont pas d'accord sur la valeur pronostique qu'on doit lui attribuer. Certains médecins ne lui en accordent même aucune. Je crois qu'il faut faire une distinction, et se placer à deux points de vue différents. S'il s'agit de juger si le malade mourra ou survivra, la présence de l'albumine dans les urines ne fournit aucune indication; mais s'il s'agit de savoir si la durée ou la gravité de la maladie sera plus grande, alors la quantité plus ou moins grande d'albumine dans les urines devient un élément précieux de pronostic : elle indique que l'économie a été profondément atteinte. Non-seulement nous l'avons vu persister dans les cas où la mort par la diphthérie restait longtemps menaçante, mais dans les cas où, la *diphthérie paraissant moins grave, les malades étaient plus tard atteints de paralysie.* »

L'observation suivante vient corroborer de la manière la plus formelle l'opinion de M. Moynier; en effet, chez notre malade, la diphthérie a été fort peu de chose, et néanmoins il est survenu de la paralysie coïncidant avec une albuminurie persistant alors même que toute trace de diphthérie avait déjà disparu.

A n° 4 de la salle Sainte-Agnès est couché le nommé B... (Joseph), ouvrier bijoutier, âgé de dix-neuf ans.

Habituellement d'une bonne santé, B... nous dit avoir été pris, huit jours avant son entrée à l'hôpital, d'un violent mal de gorge, qui a été en augmentant pendant trois ou quatre jours; la douleur était si vive qu'il ne pouvait pas avaler sa salive, et à plus forte raison aucune espèce d'aliments. Depuis trois jours le mal semble rester stationnaire; le malade avale un peu mieux, et la pression exercée sur la région sous-maxillaire lui cause moins de douleurs. Il ne tousse que depuis trois jours, mais avec une telle violence, qu'il ne peut dormir un instant; il dit avoir eu la fièvre seulement pendant une journée, avec frissons et sueurs. Il n'a pris, depuis le début de sa maladie, qu'un peu de tisane.

Aujourd'hui, 13 octobre, il n'a point de diarrhée; les selles sont seulement plus fréquentes, mais aussi moins copieuses qu'à l'état normal.

Le malade dit avoir rendu quelquefois, après la toux, des membranes grisâtres, légèrement sanguinolentes.

En examinant sa gorge, nous constatons un peu de rougeur diffuse, avec de larges plaques pseudo-membraneuses épaisses, blanches, sur le voile du palais, les amygdales, la paroi postérieure du pharynx; ces fausses membranes sont isolées, et il ne paraît pas y en avoir de nouvelle formation. Les ganglions sous-maxillaires sont légèrement engorgés. La voix est notablement affaiblie, rauque; la toux enrouée. Le pouls est fréquent, petit, faible. Les battements du cœur sont fréquents, sans bruit de souffle.

La figure est sensiblement œdématiée; il n'y a point d'enflure aux jambes. On constate des traces d'herpès sur les lèvres; point d'herpès préputial.

L'analyse des urines nous révèle une *quantité considérable d'albumine.* L'expectoration est purement salivaire, avec quelques petites fausses membranes déchiquetées et blanchâtres.

Le 14 octobre, on ne constate ni perte ni modification dans la sensibilité et les forces du malade. Au dynamomètre du docteur Burq, il accuse de la main droite 35 kilogr. et de la gauche 34 kilogr. La vue n'est point troublée. Il y a un peu moins de fièvre; le malade souffre moins pour avaler; pas de douleur laryngée. Comme hier, nous trouvons une énorme proportion d'albumine dans les urines.

Le 16, au dynamomètre, 28 kilogr. à gauche et 30 kilogr. à droite. Pas de modification dans la sensibilité; gorge moins douloureuse. Il n'y a plus de fièvre. Albumine dans les urines. — Insufflation de tannin et alun; julep avec perchlorure de fer, 1 gramme.

Le 17, au dynamomètre, 39 kilogr. à droite et 38 à gauche. L'examen de la gorge nous montre qu'il existe encore deux petites plaques pseudo-membraneuses à l'angle de la mâchoire et près du pilier postérieur gauche. La proportion d'albumine est toujours aussi considérable dans les urines. — Trois cuillerées à bouche de vin diurétique de l'Hôtel-Dieu.

Le 18, il n'y a plus de trace de fausses membranes, si ce n'est à la réunion des deux piliers gauches. Le malade se trouve mieux, quoique très-faible. Toujours de l'albumine dans les urines et en aussi grande quantité.

Le 20, le malade parle aujourd'hui beaucoup du nez. Il a eu hier plusieurs étourdissements. La déglutition est assez facile. Il se plaint d'une grande fatigue dans les bras et les mains. Il ne peut saisir un objet qu'en le voyant; les yeux fermés, il tâtonne. Il marque au dynamomètre 30 kilogr. à droite et 29 à gauche. La marche lui est difficile; il vacille en marchant, n'a pas la sensation du sol très-nette; il lui semble être dans un bateau; il a de violentes nausées. Albumine dans les urines. — Trois cuillerées à café de sirop de sulfate de strychnine.

Le 25, il marque 35 et 32 kilogr. au dynamomètre. Le malade se plaint des mêmes troubles que précédemment. Aujourd'hui, quand il mange, les aliments lui reviennent par le nez. Quand il baisse la tête, il a la vue troublée. Toujours autant d'albumine dans les urines. — Trois cuillerées à bouche de sirop de citrate de fer ammoniacal.

Le 26, il a avalé hier de travers et a eu un accès violent de suffocation à la suite de cet accident. — 30 et 32 kilogr. au dynamomètre. — Albumine dans les urines.

Le 31, la vue du malade est troublée; il ne voit les objets qu'à travers un brouillard assez épais, et encore lui semblent-ils danser; cependant, en lui présentant un livre, nous parvenons à le faire lire d'excessivement près. Albumine en même quantité.

Le 3 novembre, le malade se trouve un peu mieux, la vue est moins troublée, les objets lui paraissent plus clairs; il a toutefois des étourdissements. Albumine dans les urines.

Le 8, herpès labial. Le malade avale avec beaucoup de difficulté, quelquefois même de travers. Les liquides lui reviennent par le nez, et non les solides. Albumine dans les urines. Il se plaint d'une extrême faiblesse.

Depuis cette époque, rien de nouveau ne s'est présenté; le malade s'est plaint chaque matin des mêmes phénomènes nerveux, qui ont été néanmoins en déclinant insensiblement jusqu'au 29 décembre, époque de sa sortie de l'hôpital.

Il a conservé jusqu'au 10 décembre une aussi énorme proportion d'albumine dans les urines; ce n'est qu'à partir de ce moment que la quantité a été en diminuant jusqu'aux deux ou trois jours qui précèdent sa sortie de l'Hôtel-Dieu, époque où pour la première fois depuis deux mois et demi on n'a point trouvé d'albumine dans les urines.

Il est important de noter que le garçon sujet de cette observation était, avant le début de son affection, d'une force musculaire assez considérable; qu'à sa sortie de l'hôpital il ne pouvait de la main droite marquer plus de 35 kilogrammes au dynamomètre de M. Burq, tandis que la force moyenne est de 45 à 50 kilogrammes. On voit donc que les forces du malade ont été considérablement amoindries par l'empoisonnement diphthérique.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. MANDL.

Des névroses chroniques du larynx.

Les névroses chroniques du larynx sont dues aux troubles fonctionnels des nerfs laryngés, troubles qui portent soit sur la sensibilité, soit sur la motilité des muscles intrinsèques du larynx.

a. En ce qui concerne les premiers, c'est surtout *l'hyperesthésie* à des degrés différents que l'on a le plus souvent occasion d'observer. L'histoire de la maladie, l'analyse la plus scrupuleuse de tous les symptômes, enfin l'examen laryngoscopique lui-même, ne permettent d'établir l'existence d'aucune altération organique, et cependant les malades sont vivement préoccupés de l'état de leur larynx et se croient menacés d'une phthisie laryngée.

Je connais un jeune homme, dans toute la force de l'âge, d'une santé robuste, d'une intelligence parfaite, qui prétend éprouver des chatouillements dans la gorge, et qui, pour éviter une phthisie imaginaire, est allé passer une saison aux Eaux-Bonnes et l'hiver dans le Midi : mais il ne trouve pas encore ce climat assez doux pour l'état précaire de sa santé, et il vient de me consulter par lettre sur le choix d'une ville en Italie. Un traitement local consistant à appliquer des compresses froides sur le larynx ou bien quelques cautérisations avec une faible solution de nitrate d'argent (au 10e), auraient sans doute rapidement guéri cette hyperesthésie.

L'examen laryngoscopique se fait en général assez facilement dans ces cas, où il n'excite ni toux, ni sensibilité exagérée de l'arrière-gorge, qui parfois même est anesthésique. Cependant, je préfère toujours employer mon laryngoscope, c'est-à-dire le miroir

rond, mais tronqué dans sa portion supérieure, qui ne comprime point le voile du palais. A l'inspection, on trouvera le larynx dans un parfait état de santé; parfois seulement les membranes sont fort pâles, exsangues.

Dans d'autres cas, il n'y a ni hyperesthésie ni anesthésie, mais aberration de *sensation*. J'en ai déjà publié un exemple fort remarquable (*Gaz. des Hôp.*, n° 53, mai 1860). J'en pourrais citer ici un autre plus curieux, qui prouve jusqu'à quel point l'imagination du malade peut faire supposer des altérations profondes là où il ne s'agit en réalité que de sensations individuelles.

Le traitement de ces affections doit être surtout topique; j'ai peu de confiance dans les antispasmodiques, dans les calmants: on réussit beaucoup mieux avec les révulsifs, l'application de la glace, ou bien avec la cautérisation interne, dont nous parlerons plus en détail en nous occupant des inflammations chroniques.

b. Les mouvements altérés des muscles intrinsèques du larynx sont de nature spasmodique ou paralytique, etc. Les affections dues aux *troubles spasmodiques* sont la *toux nerveuse*, la *toux hystérique*, et à son plus haut degré, la *toux des aboyeurs*. Le résultat négatif des symptômes fournis par l'auscultation et la percussion des organes thoraciques, l'absence de toute expectoration, la forme nerveuse et parfois spasmodique de la toux, établiront facilement le diagnostic différentiel de ces affections, propres aux sujets nerveux, surtout aux femmes hystériques; elles peuvent, d'autres fois, être occasionnées par une forte émotion, par exemple la frayeur (*Gazette des Hôpitaux*, 17 janvier 1857); leur début est parfois lent, parfois brusque. Les accès, en général irréguliers, adoptent dans quelques cas une périodicité fort remarquable, qui devient un symptôme caractéristique. J'ai vu une jeune fille avoir un accès de toux, composé de deux ou trois courtes aspirations bruyantes, toutes les vingt secondes; au bout d'une heure, la périodicité changeait de caractère, et les accès se répétaient toutes les trente secondes, puis toutes les dix, et ainsi de suite. Ces accès, devenus convulsifs, constituent la toux des aboyeurs, une véritable *chorée laryngienne*, et font pousser au malade des aboiements saccadés, des cris de coq, ou même des mots entiers, articulés avec une grande véhémence pendant chaque expiration. Le sommeil met fin à ces spasmes choréiques, qui se rencontrent parfois avec une affection aiguë intercurrente des voies respiratoires. C'est ainsi que j'ai vu une jeune femme affectée simultanément d'une bronchite aiguë et de la chorée laryngée. Une toux qui ne présentait rien de caractéristique fut interrompue toutes les quatre ou cinq minutes par les aboiements, retentissant avec une violence extrême. Il ne faut pas confondre ces accès avec les sons rauques, saccadés, s'échappant difficilement du larynx contracté, et produisant une sorte d'aboiement, que l'on observe dans les accès hystériques ou épileptiformes, isolés ou épidémiques (*Gazette des Hôpitaux*, 17 janvier 1857), qui ne sont qu'un épiphénomène, un symptôme passager et nullement chronique. Dans cette dernière affection, poussée au plus haut degré, l'*épilepsie laryngée*, la trachéotomie, proposée par le docteur Hall (*Gazette des Hôpitaux*, 2 octobre 1856), peut amener une guérison radicale. Mais assurément personne ne songera à ce moyen dans les affections nerveuses dont nous nous occupons, et auxquelles on oppose habituellement les calmants, les narcotiques, les antispasmodiques. Le docteur Lae., de Bosredon (*Gazette des Hôpitaux*, mai 1857), raconte l'emploi heureux du valérianate acide d'atropine, à la dose d'un demi-milligramme, dissous dans 150 grammes de véhicule, et pris dans les vingt-quatre heures. On pourrait actuellement tenter l'injection sous-cutanée de ce médicament.

J'ai réussi à faire disparaître complétement les accès d'aboiements chez la seconde jeune femme dont il a été question précédemment, par le badigeonnage deux fois répété de l'arrière-gorge et de l'épiglotte avec une solution d'une partie d'iode dans 100 parties d'eau, additionnée de 10 grammes d'iodure de potassium et appliquée à l'aide d'une éponge fixée au bout d'une baleine recourbée. Ce même moyen m'a réussi dans quelques autres cas de toux nerveuse. Son application a été constamment refusée par la première malade, dont la toux offrait ce caractère remarquable de périodicité, et chez laquelle, entre autres moyens, le sulfate de quinine, l'électricité (faradisation) et les fumigations avaient complétement échoué. Le temps seul et un voyage de distraction ont pu amender et faire disparaître cette infirmité fort incommode.

L'examen laryngoscopique, quand l'hyperesthésie du voile du palais le permet, démontre l'état normal du larynx.

B. D'autres troubles fonctionnels des nerfs laryngés peuvent occasionner la paralysie plus ou moins complète des muscles intrinsèques du larynx, et amener conséquemment une altération plus ou moins profonde de la voix, qui peut aller jusqu'à l'aphonie, c'est-à-dire jusqu'à la perte complète du timbre de la voix, avec conservation de la parole, mais indépendante de toute altération organique du larynx. Nous distinguerons cette aphonie essentielle ou nerveuse de celle qui est symptomatique, dans une inflammation aiguë ou chronique du larynx, ou dans une lésion du cerveau (apoplexie, congestion), de l'embarras de la parole observé dans le *delirium tremens* ou dans la paralysie générale progressive, du mutisme des hystériques ou des individus mélancoliques ou affectés de folie (*alalia*), et enfin du mutisme congénital.

Les causes occasionnelles sont l'état nerveux général (hystérie), ou bien la compression exercée sur un des nerfs laryngés sans altération organique des cordes vocales. La lésion mécanique d'un des nerfs laryngés peut également amener l'aphonie. J'ai vu un jeune militaire aphone par suite d'un coup d'épée reçu dans la gorge. On cite encore la présence des vers, une affection des organes génitaux, et l'intoxication saturnine. Il est difficile, du reste, de trouver à ce sujet des renseignements exacts dans les auteurs, qui fréquemment ont confondu l'aphonie nerveuse avec l'aphonie symptomatique. Le début de l'aphonie est brusque, comme dans l'hystérie, par exemple, ou graduel lorsqu'elle est le résultat d'une compression. La marche de la maladie est capricieuse, quelquefois intermittente, se manifestant à certaines heures de la journée, à certaines époques de l'année; sa durée est indéterminée. Les malades ne peuvent parler qu'à voix basse et souvent en faisant de grands efforts pour se faire entendre; parfois il existe de la toux, de la dyspnée, de la douleur au larynx.

C'est dans le diagnostic de l'aphonie nerveuse que le laryngoscope peut souvent être d'une grande utilité. L'absence complète de toute trace inflammatoire éclairera immédiatement le praticien sur la non-existence d'une laryngite, et c'est le jeu particulier des cordes vocales inférieures qui fixera immédiatement son attention. Deux nerfs, en effet, régissent les muscles intrinsèques du larynx, le laryngé inférieur ou récurrent, et le laryngé supérieur, provenant tous les deux du pneumogastrique, mais auquel s'accole le spinal dans le laryngé supérieur. On sait que la section des nerfs laryngés inférieurs paralyse tous les muscles du larynx, excepté les crico-thyroïdiens, qui sont simplement des tuyaux des cordes vocales (Longet), et l'on sait, en outre, qu'après l'ablation des spinaux, aussi bien qu'après la section des récurrents, la voix est complétement abolie. Mais les expériences physiologiques ont prouvé:

1° Qu'après l'ablation des spinaux, l'aphonie coexiste avec une dilatation persistante de la glotte et avec impossibilité de rapprochement des cordes vocales;

2° Qu'au contraire, après la section des pneumogastriques ou des récurrents, l'aphonie coexiste avec une occlusion et une immobilité persistante de la glotte, avec impossibilité d'écartement des cordes vocales.

Dans le premier cas, l'animal ne peut plus tendre où rapprocher au contact ses cordes vocales flasques et séparées, et il ne produit qu'un souffle expiratoire très-bref; la respiration continue cependant à s'exercer dans toute sa plénitude.

Dans le second cas, les cordes vocales, comme des soupapes flottantes, s'accoleront mécaniquement dans l'inspiration sous la pression de l'air extérieur, et seront soulevées par l'air expiré. Il en résulte alors une gêne de la respiration analogue à celle que l'on observe dans l'œdème de la glotte. (Bernard, *Du nerf spinal*. Paris, 1851, p. 54.)

Conformément à ce que nous venons de dire, l'observateur peut constater dans l'aphonie indépendante de toute altération organique du larynx une gêne notable, mais bien entendu jamais absolue, dans le rapprochement ou dans l'écartement des cordes vocales...

aa. Dans l'*aphonie due à l'hystérie*, par exemple, il existe un *trouble fonctionnel du spinal*. En effet, on trouve la glotte largement ouverte; les cordes vocales exercent des mouvements fort restreints, elles ne peuvent se rapprocher complétement, et la formation du son devient par conséquent impossible. Mais la respiration est normale; il n'existe ni toux, ni dyspnée, ni douleur. J'ai pu constater cet état du larynx ces jours-ci chez deux jeunes filles, dont l'une est soignée par M. le docteur Lemaire et l'autre par M. le docteur Mac-Carthy; l'une présente des phénomènes généraux d'anesthésie, l'autre d'hyperesthésie. Cette dernière, affectée parfois d'une petite toux nerveuse sèche, faisait craindre à ses parents l'existence de tubercules, inquiétude que la consultation a fait disparaître complétement. J'ai rapporté précédemment (*Gazette des Hôpitaux*, 9 juin 1860) un cas analogue d'aphonie nerveuse chez un homme. Dans cette aphonie nerveuse le pronostic est favorable, et le traitement approprié à l'état général et à l'état local. Ainsi, lorsqu'on reconnaît que des vers, ou une affection des organes génitaux, ou l'intoxication saturnine, sont la cause réelle de l'aphonie, on appliquera un traitement approprié, sur lequel on trouve dans les auteurs des renseignements. Dans l'hystérie, surtout dans la forme analgésique, on obtiendra de meilleurs résultats de l'hydrothérapie sous forme de drap mouillé, que des antispasmodiques, des narcotiques. On n'emploie plus de nos jours les saignées répétées, et l'on s'abstiendra avec raison des vomitifs et des drastiques, dont l'efficacité est fort précaire. Je dois encore mentionner les émotions violentes, moyen populaire depuis le conte d'Hérodote sur le fils de Crésus, mais souvent dangereux et le plus souvent inutile.

Parmi les moyens topiques, les révulsifs (séton à la nuque) et les fumigations (d'ammoniaque, d'acide benzoïque, de baume de Tolu) sont peu efficaces. L'électricité, que j'ai vue plusieurs fois échouer dans les affections spasmodiques, compte quelques résultats heureux dans l'aphonie nerveuse; de même que la galvano-puncture. Bennati employait l'alun en gargarismes. Les moyens qui méritent le plus de confiance sont l'attouchement local de l'arrière-gorge ou du larynx avec une substance astringente ou cautérisante, le nitrate d'argent, l'iodure de potassium ioduré, l'acide chromique, etc. En même temps, on peut appliquer à l'extérieur des compresses glacées. Enfin je me propose, à la première occasion, de faire une injection sous-cutanée avec la strychnine.

bb. Lorsqu'on aperçoit, à l'aide du miroir laryngé, dans le larynx normalement constitué, un écartement fort restreint des cordes vocales, l'aphonie n'est plus due à un trouble fonctionnel du spinal, mais bien à une *paralysie plus ou moins prononcée de l'un des laryngés inférieurs*, qui régissent tous les muscles intrinsèques, à l'exception des crico-thyroïdiens. Cette aphonie est due presque constamment à la *compression du récurrent*, exercée par une tumeur, par des ganglions hypertrophiés, par un anévrysme; son début est graduel. L'inspiration devient souvent bruyante, ainsi que le prouvent au plus haut degré les chevaux affectés de cornage; il existe souvent de la toux, de la dyspnée, et même de la douleur au larynx. J'ai vu tous ces symptômes très-prononcés chez un confrère aphone depuis plusieurs mois; les cordes vocales s'écartaient à peine; l'inspiration était fort bruyante, l'expiration facile, la respiration pénible dans les grands mouvements. Ayant fait un voyage aux eaux, il y est mort rapidement, sans doute par la rupture d'un anévrysme. On comprend que le traitement ci-dessus indiqué ne peut avoir aucun résultat favorable dans l'espèce qui nous occupe, et que l'indication se borne à faire disparaître la compression. Lorsqu'il y a menace d'étouffements, on devra recourir à la trachéotomie.

Parmi les altérations de la voix dues à la compression du récurrent, je dois mentionner particulièrement celles que présentent les *phthisiques*, et qui déjà ont été attribuées par plusieurs pathologistes, en l'absence de toute altération organique du larynx, à l'influence nerveuse (voyez Andral, *Clinique médicale*, t. IV, 1834, p. 202). C'est le siége de cette « influence » nerveuse qui a été déterminé par nos recherches. Nous avons exposé brièvement ici (*Gazette des Hôpitaux*, 23 juin 1860) les raisons qui nous déterminent à reconnaître comme cause de ces altérations de la voix la compression exercée par les tubercules sur le récurrent, et nous ajouterons seulement les données statistiques suivantes comme preuves de la compression qui s'exerce plus facilement, en vertu de conditions anatomiques, à droite qu'à gauche, et qui, à cause de la structure du larynx, altère plus difficilement la voix chez les enfants et les femmes que chez les hommes adultes. En effet, sur 287 tuberculeux à la première ou deuxième période, 52 étaient exclusivement ou principalement affectés du côté droit, 30 du côté gauche; 50 des premiers présentaient une altération de la voix, et 2 seulement des derniers. Sur ces 287 malades, il y avait 159 hommes et 128 femmes; 37 hommes étaient affectés de la voix, c'est-à-dire à peu près le quart, et 15 femmes seulement, c'est-à-dire un peu moins d'un huitième.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Application clinique de l'élythroïde pour le traitement des maladies utérines (1).

Par M. le docteur E. Combes.

Nous avons dit dans l'article du 18 décembre que dans l'hôpital de Lourcine toutes les affections utérines locales étaient plus ou moins sous l'influence directe d'une diathèse syphilitique. Cette opinion, qui est personnelle à l'auteur de cet article, n'est point celle de M. Guérin. Nous tenions à le dégager de toute responsabilité à cet égard. Quoi qu'il en soit de ce point d'étiologie, nous allons relater succinctement quelques faits recueillis en ville et que nous avons eu l'honneur de communiquer avec plus de détails à l'Académie impériale de médecine.

Dans la Ire observation, il s'agissait d'une dame (26 ans) de la rue du Château-d'Eau, atteinte d'une vaginite chronique, guérie par l'application répétée, trois fois dans une semaine, d'un élythroïde astringent.

La IIe observation est relative à une dame (32 ans) de la rue Montorgueil, atteinte d'ulcération phagédénique au col avec pertes et symptômes généraux, dont le traitement, commencé par le nitrate d'argent, est mené à bonne fin par un appareil élythroïde avec godet au tannin.

La IIIe observation concerne une dame (28 ans), rue Beauregard, dont les larges ulcérations au col et le prolapsus utérin dataient de longues années, et qui est guérie par un traitement analogue au précédent.

La IVe observation relate l'histoire d'une dame (39 ans), rue des Gravilliers, dont la santé générale était fort compromise et semblait annoncer une fin prochaine, et qui présentait au col utérin une tumeur grosse comme un œuf de dinde et offrant l'aspect squirrheux. La tumeur a disparu par l'application d'un élythroïde répétée tous les jours pendant trois mois. A cette époque l'amélioration est si marquée et le retour à la santé si complet, que la malade cesse tout traitement, et je crus pouvoir annoncer sa guérison à l'Académie; mais il y a deux mois environ (septembre 1860), cette dame est revenue pour me dire qu'elle éprouvait de nouveaux symptômes généraux et locaux. Un nouvel examen m'a fait reconnaître le retour de la tumeur dure, bosselée, de la grosseur d'une châtaigne. J'ai fait appliquer un nouvel appareil, et la tumeur diminue graduellement et est sur le point de disparaître.

La Ve observation a rapport à une demoiselle de Belleville (26 à 28 ans), qui présentait un engorgement considérable du col utérin avec antéversion et leucorrhée abondante. Cette jeune personne avait eu, en outre, quelques éruptions herpétiques qui avaient disparu depuis quelques années. Un appareil astringent à godet d'iodure de soufre guérit en peu de temps sa multiple affection.

La VIe observation concernait une dame de la rue Saint-Sauveur (35 ans), atteinte d'un double prolapsus vaginal avec antéversion utérine. L'application d'un appareil simple a suffi, après un premier accouchement, pour remettre les parties dans l'état naturel.

Tels sont les faits dont j'ai eu l'honneur de donner connais-

(1) Voir le numéro du 18 décembre 1860.

sance à l'Académie de médecine, et que j'aurais pu multiplier bien davantage si je n'avais craint d'abuser des moments du lecteur.

Je désirerais prouver maintenant que l'instrument que j'emploie avec succès manquait à la pratique, et est appelé à lui rendre les plus incontestables services. C'est cette indication qu'avait voulu remplir le père de la médecine au moyen de ses nombreux pessaires médicamenteux, et, malgré que je n'eusse pas souvenir de cette circonstance que m'a rappelée M. Huguier, le savant rapporteur de la commission nommée par l'Académie de médecine pour rendre compte de l'appareil élythroïde, je n'ai pas la moindre intention de contester à Hippocrate la propriété, pas plus que la priorité de l'invention. Mais Hippocrate n'avait que des connaissances très-imparfaites sur les maladies de matrice, qu'il confondait entre elles, s'en rapportant pour le diagnostic à de très-ignorantes matrones ou à la malade elle-même.

A dater de cette époque reculée, deux sortes bien distinctes d'instruments ont été mises en usage pour combattre les affections de la matrice. Ces instruments, quoique tous introduits dans les cavités des organes générateurs, différaient essentiellement, comme le but qu'on voulait atteindre. Les uns étaient simplement contentifs; les autres n'étaient que médicateurs. Hippocrate, qui avait sans doute à traiter un grand nombre d'affections utérines, s'il faut en juger par la quantité de remèdes qu'il leur opposait, donne dans les livres *De naturâ muliebri*, *De morbis mulierum*, et *De his quæ utero non gerunt*, la formule de 3 ou 400 choses que le traducteur appelle des pessaires, et qui ne sont réellement que des suppositoires (*subdititium*, Joës). Mais ce qu'il faut remarquer, c'est que l'intention du père de la médecine était de traiter et non de pallier les maladies de la matrice, même les descentes. Pour cela, il confectionnait une foule de préparations de consistance molle, dont il enduisait une pelote de laine que la femme introduisait elle-même, non dans la matrice, comme il le dit, mais dans le fond du vagin. Ces corps étaient olivaires ou fusiformes. Depuis cette époque, l'étude et la curation des maladies utérines ont été si négligées, que beaucoup de personnes s'imaginent qu'elles sont d'origine moderne. Il faut bien avouer que jusqu'à notre siècle, malgré quelques tentatives timides d'applications médicamenteuses directes sur la matrice et son col ulcéré, la chirurgie s'était bornée à opposer une barrière mécanique aux déplacements de la matrice. C'était le pessaire (πεσσος, pierre) qui devait remplir l'office d'étui ou de bouchon.

Mais qu'est-ce qu'un pessaire? C'est toujours un corps inerte, qui, tout en la palliant peut-être quelquefois, augmente le plus souvent la maladie et la rend chaque jour plus incurable. Leur présence augmente l'extension et le relâchement des tissus vaginaux et péri-utérins, des cordons sus-pubiens ou utéro-sacrés qui fixent l'utérus dans sa position normale. Aussi Dugès dit-il que le traitement des prolapsus utérins est communément palliatif (*Dict.* en 15 vol., *Hystéroptose*), et se résout-il à les laisser toute la vie, malgré qu'ils tendent toujours à s'accroître. Quelle que soit la forme que l'on ait donnée aux pessaires, annulaire, ovoïde, arrondie (Levret), en bondon (Suret) ou en 8 de chiffre (Brun Inghausen), en gimblette ou en bilboquet (Récamier), en poire ou en capsule (Smellie), il suffit de la plus simple connaissance de la forme et de la position du vagin et de ses rapports avec l'utérus, ainsi que du mode d'insertion du col utérin, pour être convaincu qu'aucun d'eux ne peut s'y adapter convenablement et remplir le but que l'on attend d'eux. M. le professeur Cloquet lui seul a créé un instrument qui est élythroïde aussi, et que pour ce motif Dugès trouve plus applicable dans les cas d'hystéroptose. Ce pessaire est d'ailleurs purement contentif.

Au surplus, l'application de tout pessaire est contre-indiquée par l'état morbide de l'utérus ou de son prolongement cervical. Or, ce sont précisément ces états morbides qui conduisent le plus souvent à la nécessité de son emploi; car lorsqu'on a fait disparaître certains engorgements aigus ou chroniques, la matrice reprend sa position naturelle et n'a que faire d'être soutenue.

« De quelque pessaire que l'on se serve, dit Gerdy (*Traité des bandages*), il ne faut jamais l'employer que lorsqu'on s'est assuré qu'il n'y a ni gonflement inflammatoire ni sensibilité augmentée au col de l'utérus. Cette précaution est de la plus haute importance. On a vu des accidents graves et la dégénération carcinomateuse du col suivre l'usage d'un pessaire mal à propos employé dans ce cas.

» Les pessaires causent d'abord tous de la gêne, et ensuite un écoulement muqueux, une sorte de catarrhe chronique. Ils exercent, en général, sur la vessie et le rectum une pression qui détermine un tourment insupportable, de fréquentes envies d'uriner, de la douleur, de la tension dans le bas-ventre, et s'ils sont trop petits, ils s'échappent avec facilité, comme il arriva à une actrice en voyage qui laissa tomber le sien dans la salle à manger d'une table d'hôte, et en plein la propriété. »

Citerai-je l'opinion du plus illustre chirurgien de l'époque actuelle, du professeur Velpeau, qui condamne péremptoirement l'emploi des pessaires à demeure? « Nul doute, dit-il dans son *Traité de médecine opératoire*, (t. IV, p. 375), qu'ils n'occasionnent beaucoup de gêne, d'assez nombreux accidents; que beaucoup de femmes ne soient même dans l'impossibilité absolue de les supporter. La pression qu'ils exercent sur le rectum, sur la vessie, est déjà un obstacle aux fonctions de ces deux viscères. Le col utérin lui-même, irrité par le contact d'un pareil corps, s'engage, s'étrangle dans l'ouverture du pessaire, qui à son tour finit par excorier, perforer les parois du vagin, si ce n'est de l'intestin ou de la poche urinaire. Plusieurs exemples de cette espèce d'étranglement ont été publiés. Si on emploie le bilboquet, de quelque manière qu'on s'y prenne, il s'incline plus dans un sens que dans l'autre, et va, au bout d'un certain temps, déprimer le vagin plutôt ou en même temps que le museau de tanche. La gimblette elle-même se renverse à peu près toujours, soit en avant, soit en arrière, et soutient également fort mal le col de la matrice. Quant au pessaire en bondon, l'ouverture de ses deux extrémités, mince, presque tranchante, blesse aussi très-facilement les parties. Le pessaire élythroïde de M. Cloquet, moulé sur le vagin, remplissant avec une certaine exactitude ce canal, est moins sujet à se déplacer, maintient plus sûrement les parties, exige moins de précautions pour être convenablement contenu, et offre par cela même beaucoup moins d'inconvénients que tous les autres. Mais comme il forme une masse plus considérable et qu'il occupe la totalité de l'organe, beaucoup de femmes s'en trouvent, sous ce rapport, assez fortement incommodées, et il est difficile de le maintenir en place. Puisque ces instruments sont si loin d'être inoffensifs, pourquoi donc en continuer l'usage? Il est du moins certain qu'ils devraient être proscrits dans une foule de circonstances où on y a recours.

DE L'ACTION DES VAPEURS RÉSINEUSES CONTRE LA GOUTTE,

par M. le docteur BENOIT, de Die.

S'il n'existe pas jusqu'ici de remède spécifique contre la goutte, comme le dit le docteur Potton, dans le savant mémoire que vient de publier la *Gazette médicale* de Lyon, il existe un fait certain qu'une expérience de huit années est venue plus de cent fois confirmer, c'est que la goutte traitée par les vapeurs résineuses à haute température a été quelquefois guérie, très-souvent améliorée, et toujours sans répercussion grave à la suite de ce traitement.

En effet, en admettant ce qui, d'ailleurs, semble aujourd'hui établi par la chimie, que la goutte est le résultat d'un excès d'acide urique que le sang tient en suspension, et qui, se déposant sur les tissus fibreux, y produit des tophus, il est facile de comprendre que les sueurs énormes que provoquent les bains résineux peuvent entraîner cet excès d'acide urique. Combien doit être essentiellement éliminateur le moyen qui consiste à soustraire journellement à la masse du sang un demi-kilogramme d'eau!

Ces sueurs diffèrent des sueurs ordinaires, quand elles doivent produire d'heureux résultats : elles sont infiniment moins aqueuses, elles sont visqueuses, à odeur nauséabonde, *sui generis*.

Les urines, loin de diminuer, augmentent; elles contiennent une quantité plus ou moins notable de sédiment rouge analogue à la brique pilée, c'est de l'acide urique, cause première du mal qui est entraîné par elles; aussi, huit jours après de semblables effets, il m'a été permis de constater quelquefois la disparition de tophus, et toujours une diminution sensible.

Les vapeurs résineuses ont encore pour effet constant (à moins qu'on n'arrive à la saturation, ce qui n'est point rare) de régulariser et d'activer les fonctions de l'estomac et des intestins; non-seulement l'appétit augmente d'une manière notable, mais encore les digestions se font très-bien, et on est fort étonné de voir disparaître comme par enchantement tous les symptômes de dyspepsie, de gastralgie, d'entéralgie, inséparables de toute mauvaise digestion. Dans le fait, on remarque encore que la goutte est attaquée dans son essence même, puisque la production anormale de l'acide urique semble résulter du défaut ou mieux de l'imperfection de l'oxydation des substances alimentaires, de mauvaises assimilations de nourriture.

Nous n'avons pas observé une seule métastase de goutte à la suite du traitement que nous employons, et la présence d'un accès n'est cependant point pour nous une contre-indication à ce traitement. La raison en est dans la forme de la médication elle-même; nous ne contrarions point la maladie par des applications locales; nous ne la déplaçons point sur les intestins par ces préparations si vantées et si secrètes. Les vapeurs résineuses agissent sur toute l'économie, sur l'enveloppe cutanée tout entière, qu'elles congestionnent.

Les vapeurs résineuses, avons-nous dit, guérissent quelquefois de la goutte. Voici trois exemples des plus probants parmi ceux que je possède.

Un officier supérieur, M. de Ch..., vint en 1854, à l'établissement de Martouret, pour un rhumatisme goutteux qui occupe tantôt les genoux, tantôt les pieds, surtout le gauche, affecté d'un tophus du volume d'une amande. Les douleurs sont parfois si vives et la marche si difficile, que cet officier a renoncé depuis plusieurs années à suivre une carrière pour lui si brillante. Quatorze bains résineux pris en juin, dix autres pris en septembre, suffisent pour faire disparaître toute trace de goutte. Au dixième bain, la tumeur tophacée qui existait au gros orteil avait disparu; en 1856 M. de Ch... reprenait un service des plus actifs; en 1859, la guérison ne s'était point encore démentie un seul instant, quand, à Solferino, il fut tué à la tête de son régiment.

Un monsieur, de Saint-Vallier, âgé de cinquante-six ans environ, est atteint depuis 1840 de douleurs goutteuses qui apparaissent tous les trois mois aux pieds, avec une intensité telle qu'il ne peut quitter le lit pendant dix ou quinze jours; en 1854 il prend seize bains, et à dater de cette époque il n'a pas ressenti la moindre attaque de goutte. Je dois ajouter que tous les deux ans, uniquement par prudence, M. P... vint suivre une petite saison.

M. le marquis ... est âgé de trente ans à peine, et cependant il souffre depuis plus de six années de douleurs atroces dans les pieds, qui présentent aux articulations des gros orteils le gonflement particulier à la goutte chronique; il croit avoir contracté ces douleurs en chassant dans les prairies avec la rosée. Ajoutons à cela qu'il est éminemment sanguin, que son existence est des plus sédentaires, et qu'il observe fort peu le régime. En 1856, il prit vingt bains résineux, qui eurent pour premier effet de procurer d'excellentes digestions, des sueurs énormes caractéristiques, des urines abondantes et briquetées, et plus tard enfin, la disparition de l'engorgement des orteils et une guérison qui persiste aujourd'hui.

Inutile de citer d'autres faits : j'ai voulu prouver simplement que la goutte trouvait dans les vapeurs résineuses un excellent moyen de cure; que dans les cas les plus malheureux elles pouvaient encore apporter beaucoup de soulagement, et qu'enfin ce remède ne nous avait jamais offert le moindre danger.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

LE VER SOLITAIRE EXPULSÉ PAR LA GRAINE DE CITROUILLE.

Dans une série d'articles que M. le docteur Tarneau, médecin aide-major, a consacrés à l'étude du *tænia* en Algérie, et de son endémie dans la ville de Bone, nous remarquons surtout celui qui traite plus spécialement de la thérapeutique.

Dans la statistique qu'il dresse à ce propos, on trouve que sur 31 cas où l'on a employé l'écorce de la racine de grenadier, on compte 20 succès : 8 après la première dose, 6 après la deuxième, 3 après la troisième, 1 enfin après la huitième. Les insuccès s'élèvent à 11.

Le kousso a été administré dix fois, sur lesquelles il a réussi à expulser le tænia : après la première dose, dans 6 cas; après la deuxième, dans 2 cas; une fois seulement après la troisième. — Il n'accuse qu'un insuccès, et encore il fait observer que le mode de préparation n'a pas été suivi selon les préceptes de l'art.

Ce médecin, atteint lui-même du tænia, a dû recourir d'abord à l'écorce du grenadier; il en prend occasion de dire que cette décoction est la préparation pharmaceutique la plus détestable, et il signale les dégoûts et les symptômes fâcheux quelquefois qui en suivent l'emploi. La fréquence de cette affection en Afrique a fait demander souvent par les médecins de l'armée que le kousso fît partie du formulaire pharmaceutique dans tous les hôpitaux militaires : il y figure depuis le 1er janvier 1858. Le prix longtemps très-élevé de cette substance avait mis obstacle à son usage. Il a considérablement diminué aujourd'hui, et il est à la portée de toutes les bourses.

Il est un autre remède qui sous ce rapport l'emporte sur celui-ci, et qui réussit aussi très-souvent. C'est à Bordeaux, c'est à notre excellent confrère M. le docteur Brunet qu'on doit la résurrection de ce moyen, et depuis que ce médecin l'a vulgarisé on l'a presque partout essayé avec succès, et en ces derniers temps en Algérie sur la personne même de M. Tarneau.

Dans un *Appendice* à son mémoire, il nous apprend que « le » tænia, à la merci duquel il se trouve envers et contre tous » depuis bientôt deux ans, a donné de nouveaux signes de vie, » et manifesté sa présence dans les selles. » Sur le conseil du docteur Remy, M. Tarneau a eu recours alors aux semences de citrouille, dont il avait à peine parlé dans son travail, et ç'a été avec un grand succès.

Redisons donc pour nos confrères, surtout des campagnes, qu'avec 40 grammes de semences de citrouille mondées de leur follicule et pilées dans un mortier avec une suffisante quantité de sucre, et en ajoutant à la pâte qui en résulte la valeur d'une tasse de lait, on obtient un remède souvent efficace contre le tænia. Il faut seulement, la veille de son emploi, soumettre le malade à une diète assez sévère, lui administrer une petite dose d'huile de ricin, et deux heures après avoir fait avaler le magma de citrouille donner encore au malade 30 ou 30 grammes d'huile de ricin en émulsion.

Nous avons souvent expulsé le tænia de son siége par ce moyen aussi simple que peu dispendieux, et tout cela sans malaise ni coliques.

ANÉVRYSME PÉRIPHÉRIQUE DE L'ARTÈRE BASILAIRE;

Rupture, mort subite.

Un sergent, âgé de 28 ans, robuste et bien portant jusque-là, entra à l'hôpital de Gênes, le 19 février 1860. Fatigué, depuis deux jours, par des accès de céphalalgie revenant à deux heures de relevée et accompagnés de vomissements, il venait d'être frappé d'assoupissement profond, pâleur, mydriatés, trismus, prostration, difficulté de parler, pouls petit, fréquent, mais sans paralysie. Il sortit promptement de cet état, grâce aux sangsues, aux purgatifs et au sulfate de quinine. Mais le 30, il survint un léger strabisme avec diplopie.

A partir du jour de son entrée, la langue se recouvrit d'une couche blanchâtre et l'accès quotidien de céphalalgie persista, moins intense, mais compliqué, les premiers jours, de convulsions comme tétaniques des membres supérieurs et de la tête, qui était fortement rejetée en arrière, le malade sentant une vive douleur depuis la nuque jusqu'au milieu du dos.

Il y avait cinq jours que ces accès et la céphalalgie avaient presque disparu; le malade se levait, prenait de l'appétit et semblait convalescent, lorsque, le quinzième jour de son entrée à l'hôpital, à l'heure ordinaire de son accès, il tomba frappé de syncope et mourut.

Autopsie. — On trouva dans l'arachnoïde 60 grammes d'une sérosité rosée. L'incision du feuillet viscéral de cette membrane donna issue à une grande quantité de sang, soit liquide, soit en caillots, qui avait pénétré entre les anfractuosités.

En recherchant l'origine de cette hémorrhagie, on trouva l'artère basilaire atteinte d'un anévrysme périphérique fusiforme, qui en occupait la longueur depuis la réunion des vertébrales jusqu'à l'origine

des cérébrales postérieures. La vertébrale droite était dilatée, avec épaississement de ses parois, dans l'étendue de 2 centimètres.

Parmi les caillots, on en rencontra un seul du volume d'une amande, plus solide, dont la texture rappelait celle d'un corps fibreux. Il provenait sans doute d'une déchirure du vaisseau, laquelle s'était momentanément oblitérée, et d'où avait résulté la première attaque, jusqu'à ce qu'un nouveau raptus hémorrhagique eût déterminé l'épanchement mortel.

L'artère basilaire avait le volume d'une grosse plume d'oie : ses parois étaient épaissies, cartilagineuses, sans élasticité. Les ventricules latéraux, médian et cérébelleux distendus par un caillot sanguin moulé sur leur forme. Le liquide cérébro-spinal était mélangé de sang. Le cœur très-volumineux, les valvules mitrales et aortiques sont épaissies et cartilagineuses. (*La Liguria medica.*)

NOTE SUR UN CAUSTIQUE ODONTALGIQUE,

Par M. A. Guillot, pharmacien aide-major des hospices civils de Toulon.

On a jusqu'à ce jour vanté contre les douleurs occasionnées par les caries dentaires et les névralgies faciales qui en sont très-souvent la suite, beaucoup de médicaments dits spécifiques, et qui n'ont jamais répondu aux désirs de ceux qui les employaient. L'extirpation de la dent malade devait nécessairement suivre ces sortes de médications.

C'est après avoir recueilli un grand nombre d'observations tendant à prouver que le caustique odontalgique dont nous donnons la formule plus bas ne manque jamais de produire des effets prompts et sûrs, que nous le signalons à l'attention des lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*.

La formule de ce caustique, que nous devons à M. le docteur Calvy, 1er médecin en chef des hospices civils de Toulon, est la suivante :

Acide azotique hydraté.	4 grammes.
Acétate de morphine.	0,05

Pour guérir les maux de dents et autres névralgies qui en dépendent, il suffit de nettoyer les cavités des dents malades et de les cautériser à l'aide d'un tampon de coton imbibé dans la liqueur dont la formule vient d'être donnée. Dès que le caustique a pénétré dans la carie, la douleur disparaît et le malade est guéri.

L'observation a porté à faire suivre cette première opération d'une deuxième, qui consiste à boucher complétement la cavité de la dent avec un autre tampon de coton imbibé de laudanum liquide de Sydenham. Il est évident que le plombage de la dent serait préférable.

En agissant ainsi, on se propose de remplir plusieurs buts :

1° Le coton empêche soit l'introduction des matières alimentaires, soit le contact de l'air, soit enfin que le caustique agisse sur la gencive au lieu de se porter directement sur le nerf dentaire ;

2° Le laudanum arrête la douleur pouvant provenir d'une trop forte cautérisation qui serait le résultat d'une maladresse de l'opérateur, cette cautérisation n'occasionnant ordinairement qu'une douleur à peine sensible.

Nous ferons remarquer également que quelquefois après une seule cautérisation une carie naissante est complétement détruite, et qu'il n'est pas rare, lorsque la dent est tout à fait malade, de la voir se détacher peu à peu sans douleur après plusieurs cautérisations.

En général, une cautérisation suffit pour calmer la douleur pendant quinze, vingt jours, et souvent pendant des mois et des années entières.

AIGUILLE PASSÉE DE L'ESTOMAC DANS L'AINE.

Une jeune fille de quatorze ans souffrait depuis quelques semaines de désordres gastriques mal déterminés. Trois applications successives de sangsues avaient produit lentement une amélioration assez notable, lorsque tout d'un coup il se manifesta une fièvre intermittente à accès quotidiens réguliers. On essaya le sulfate de quinine, mais sans aucun succès. Cependant le diagnostic paraissait si incontestable que l'on préféra plutôt accuser l'impureté du sel, et on se borna à en élever la dose, ce qui néanmoins ne donna pas de meilleurs résultats.

Tout paraissait désespéré ; la malade maigrissait et s'affaiblissait de plus en plus, lorsque, un jour, sa mère, en l'examinant, découvrit la présence d'un corps dur sous la peau de l'aine gauche. Le médecin le retira au moyen d'une petite incision. C'était une aiguille longue de 5 à 6 centimètres. La malade se souvenait bien de l'avoir avalée par mégarde ; mais comme elle n'en avait, sur le moment, ressenti aucune incommodité, elle n'y songeait plus et n'en parlait point.

La cause des souffrances qu'elle éprouvait depuis trois mois étant enlevée, cette jeune malade se rétablit immédiatement.

(*La España medica.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 janvier 1861. — Présidence de M. Robinet.

Il n'y a point de correspondance officielle.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur Meugy le jeune (de Rethel), sur un cas de névrose extraordinaire (commissaires, MM. Beau et Jolly) :

2° Une observation de M. le docteur Chevalier-Dufau (de Mauriac), relative à une fracture de l'apophyse épineuse de la sixième vertèbre cervicale, déterminée par la contraction musculaire (commissaire, M. Malgaigne) ;

3° Une nouvelle note de M. Adrian, pharmacien, sur la solution officinale du perchlorure de fer (commission nommée) :

4° Une lettre de M. Husson, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, qui adresse à l'Académie le recueil des actes relatifs à l'organisation d'une statistique médicale des hôpitaux de Paris.

— M. Velpeau présente à l'Académie un exemplaire du *Traité de pathologie cellulaire* de M. Virchow, traduit par M. Picard.

— M. le Président annonce à l'Académie qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans son sein. D'après une délibération du conseil d'administration, il propose de nommer dans la prochaine séance une commission de onze membres, qui aura à déterminer à quelle section devra appartenir la prochaine nomination.

Après quelques observations présentées par plusieurs membres, cette proposition est mise aux voix et adoptée.

LECTURE.

Opération césarienne. — M. de Kergaradec lit un travail intitulé : *Du devoir de pratiquer l'opération césarienne après la mort de la mère.*

Après avoir examiné la question de l'opération césarienne *post obitum matris*, successivement dans ses rapports avec la loi civile, la science médicale, la loi religieuse et la morale universelle, l'auteur résume son travail en ces termes :

Des faits que nous avons cités et des principes auxquels nous les avons rapportés, nous nous croyons autorisé à déduire les propositions suivantes :

1° *Au point de vue légal*, le Code fixant au 180e jour de la grossesse le moment où commence la viabilité de l'enfant, toute femme enceinte parvenue à ce terme, si elle vient à mourir, doit être soumise à l'opération césarienne, lorsqu'il est impossible de terminer l'accouchement par les voies naturelles.

2° *Au point de vue médical*, l'obligation d'agir commence beaucoup plus tard, car les médecins légistes et les accoucheurs les plus autorisés n'osent pas nier absolument la possibilité qu'à cinq mois d'existence, et surtout dès le commencement du sixième, le fœtus ne puisse jouir exceptionnellement de la faculté de vivre.

3° *Au point de vue religieux*. Cette obligation s'étend à tous les cas de grossesse bien constatés, quel que soit le terme auquel elle est parvenue.

4° Tous les traités sur la matière recommandent de s'assurer avant tout de la réalité de la mort, et, aussi de procéder avec les mêmes précautions que si la femme était vivante; on ne conçoit donc pas la répugnance de quelques médecins à pratiquer l'opération césarienne *post mortem*. Leur refus ne saurait se justifier par aucune excuse légitime, car ils sont certains de n'opérer que sur un cadavre.

5° Les règlements de police sur les autopsies ne sont point applicables au cas présent. Tous les auteurs, en effet, proclament la nécessité d'agir dans le plus bref délai après la mort de la mère.

6° D'un autre côté, cependant, un intervalle de plusieurs heures, d'un jour, de deux jours au plus, la circonstance même de l'inhumation ne dispensent pas du devoir d'agir.

7° N'en dispensons pas non plus certaines causes de mort : maladies aiguës, violences corporelles, assassinat, strangulation, empoisonnement, etc.

8° Le prêtre qui, en vue du baptême, provoque l'ouverture d'une femme enceinte, ne fait pas un acte civil ; il remplit un devoir étroit de son ministère spirituel.

9° Par ce motif, il ne saurait être tenu de solliciter de l'autorité civile une permission qui pourrait lui être refusée.

10° Enfin, le pasteur qui, en l'absence ou sur le refus formel du médecin, fait procéder à l'opération par une personne étrangère à l'art de guérir, ou qui, dans un cas de nécessité absolue, la pratique lui-même, ne doit pas être inquiété pour ce fait. Le blâme, selon toute justice, en doit retomber sur l'auteur du refus qui a fait naître cette déplorable nécessité.

Plusieurs membres demandent la parole.

M. Devergie demande la parole pour une motion d'ordre. Il propose, vu l'importance du sujet traité par M. de Kergaradec, d'ajourner la discussion de son travail jusqu'à l'époque où le rapport sur le mémoire de M. Hatin, relatif au même sujet, aura été communiqué à l'Académie.

Cette proposition appuyée par MM. Londe, Tardieu, Adelon, et consentie par M. de Kergaradec lui-même, est combattue par MM. Bouillaud et Depaul, qui proposent d'ouvrir la discussion dès que le travail de M. de Kergaradec aura été imprimé. Cette dernière proposition paraissant avoir l'appui du plus grand nombre des membres, est mise aux voix et adoptée.

Surdité grave dépendant d'une lésion de l'oreille interne. — M. Menière lit un mémoire ayant pour titre : *Sur une forme de surdité grave dépendant d'une lésion de l'oreille interne.* (Voir le premier Paris.)

L'auteur résume ce travail en un certain nombre de propositions que voici :

1° Un appareil auditif, jusque-là parfaitement sain, peut devenir tout à coup le siége de troubles fonctionnels, consistant en bruits de nature variable, continus ou intermittents, et ces bruits s'accompagnent bientôt d'une diminution plus ou moins grande de l'audition.

2° Ces troubles fonctionnels ayant leur siége dans l'appareil auditif interne, peuvent donner lieu à des accidents réputés cérébraux, tels que vertiges, étourdissements, marche incertaine, tournoiements et chute, et de plus ils sont accompagnés de nausées, de vomissements, et d'un état syncopal.

3° Ces accidents, qui ont la forme intermittente, ne tardent pas à être suivis de surdité de plus en plus grave, et souvent l'ouïe est subitement et complétement abolie.

4° Tout porte à croire que la lésion matérielle qui est cause de ces troubles fonctionnels réside dans les canaux demi-circulaires. (Commissaires : MM. Cruveilhier, Baillarger et Barth.)

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. Robinet, cédant pour quelques instants la présidence à M. Bouillaud, lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

La séance est levée à cinq heures.

Nous recevons de M. le docteur Heurteloup la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur,

Vous publiez dans votre numéro du 3 janvier, sous la rubrique *Académie des sciences*, une note de M. Mercier qui n'était pas dans les Comptes rendus, et à laquelle je n'ai pu conséquemment répondre. Veuillez me permettre de le faire en peu de mots.

1° Un instrument que je viens de publier ne peut être appelé un instrument *inédit*. Si je le publie après un long usage, c'est une faute qui devrait être imitée.

2° Etant l'inventeur du percuteur à dents et du percuteur à cuillers, il est probable que j'en connais les ressources aussi bien que M. Mercier, et que je sais ce que ces instruments laissent à désirer.

3° La sonde à double courant étant née avant M. Mercier, ne peut être ornée de son pronom possessif. Cette sonde est d'ailleurs, en fait d'instruments pour faire évacuer des fragments, un *non-sens*; l'urèthre n'est déjà pas trop large pour le diminuer de moitié.

Recevez, etc. Baron Heurteloup.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Depuis quelques jours, il est grandement question dans le monde médical d'un arrêté pris récemment par M. le préfet de la Seine pour obvier à la triste nécessité où se trouve l'administration de l'Assistance publique d'envoyer dans les départements un très-grand nombre de malades frappés d'aliénation mentale. En effet, si nos renseignements sont exacts, 1,700 aliénés seraient annuellement traités dans des établissements de la province, la plupart éloignés de Paris. On comprend tout ce que cet exil a de cruel pour les malades et pour leurs familles.

Désireux de remédier promptement à cet état de choses, M. le préfet a institué une commission dans le but d'étudier les mesures à prendre pour l'amélioration et la *réforme* du service des aliénés du département de la Seine. Cette commission, sous la présidence de M. Haussmann, est composée comme il suit :

Membres de la commission départementale et du conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique : MM. Ferdinand Barrot, sénateur ; Hermau, sénateur ; Amédée Thayer, sénateur.

Membres de la commission départementale : MM. Chaix-d'Est-Ange, procureur général près la cour impériale ; docteur Véron, député de Sceaux ; Marchand, conseiller d'Etat ; baron Dubois, doyen de la Faculté de médecine ; Husson, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique.

Enfin, M. le docteur H. Girard de Cailleux, inspecteur général du service des aliénés de la Seine, remplit les fonctions de secrétaire de la commission.

En cas d'empêchement de la part de M. le préfet, la commission sera présidée par M. Ferdinand Barrot.

Nous n'irons pas au-devant des importantes décisions qui ne peuvent manquer d'intervenir, mais notre devoir est de mettre nos lecteurs au courant des projets soumis à cette commission. Il paraît qu'on aurait le dessein de construire dans le département de la Seine sept asiles pouvant renfermer chacun cinq cents malades. Les premiers bâtiments susceptibles d'être occupés le seraient d'abord par les aliénés actuellement soignés en province, et l'on ne s'occuperait que plus tard de la translation d'une partie de ceux qui emplissent outre mesure les salles cependant si vastes de Bicêtre et de la Salpêtrière.

La commission aurait à débattre la question de savoir s'il conviendrait mieux d'annexer à chaque asile un quartier de pensionnaires, comme dans certains établissements départementaux, à Quatre-Mares, à Auxerre, à Blois, à Toulouse, par exemple, où les bénéfices réalisés sur les prix de pension concourent puissamment à la prospérité des services généraux et au bien-être des malades indigents ; ou de fonder au contraire six asiles pour la classe pauvre et un pour la classe aisée, ce dernier rappelant à peu de chose près la maison impériale de Charenton, et doublant pour ainsi dire la Maison municipale de santé. Les avis seraient, dit-on, très-partagés.

Chacun de ces asiles serait administré par un directeur-médecin en chef, nommé directement par M. le ministre de l'intérieur. Il serait tenu à la résidence, et ne devrait en aucun cas avoir des intérêts dans l'exploitation d'un asile privé. Ses fonctions seraient assez largement rétribuées. Un médecin adjoint, un pharmacien et deux internes en médecine, compléteraient le personnel médical.

Si, comme on le croit, la commission élabore très-activement tous ces plans de réforme et d'organisation nouvelle, il ne serait pas impossible qu'un décret impérial convoquât extraordinairement au printemps prochain le conseil général de la Seine, et que les allocations nécessaires fussent à cette époque demandées par M. le préfet.

Nous souhaitons de grand cœur la prochaine réalisation de tous ces projets, et nous pouvons dire à l'avance que par cette réalisation M. le préfet de la Seine aura attaché son nom à l'une des fondations les plus importantes de notre époque.

— M. le docteur Joseph-Théophile Bailly, médecin aide-major de première classe au 97e de ligne, vient de mourir à Darney (Vosges), à l'âge de trente-quatre ans. M. Bailly était fils et frère de médecins.

A NOS ABONNÉS. — Les abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année qui vient de finir ou des années antérieures, sont priés de les réclamer sans retard. Nous pouvons fournir tous ceux de l'année 1860, moins le mois de janvier, qui est complétement épuisé. — Le prix de ces numéros est de 10 centimes. — Ceux de nos confrères qui ne font pas collection et qui retrouveraient des numéros de janvier 1860 sont priés de nous les renvoyer. Il leur en sera tenu compte à raison de 20 centimes.

Les abonnés qui désirent faire relier leur année peuvent envoyer les numéros au bureau. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 5. — SAMEDI 12 JANVIER 1861. (34e ANNÉE. N° 5. — SAMEDI 12 JANVIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 11 janvier 1861.

SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La Société de chirurgie a tenu sa séance annuelle mercredi dernier, 9 janvier, au milieu d'un grand concours de médecins et de chirurgiens des hôpitaux et de la ville.

Après un rapport de M. Legouest sur le prix Duval (voir au *Compte rendu*), M. Marjolin a rendu compte des travaux de l'année. Ce travail substantiel, écrit avec élégance, a été écouté avec le plus vif intérêt.

L'éloge de Bégin a été ensuite prononcé par M. Legouest. Les travaux et les services éminents de l'illustre membre honoraire de la Société ont été exposés avec le plus grand talent; aussi d'unanimes applaudissements ont-ils accueilli l'orateur. Enfin, M. Broca a prononcé l'éloge de Lenoir. On sait la vigueur de style du chirurgien de Bicêtre, et avec un sujet aussi beau que celui qu'il a eu à traiter, on ne sera pas surpris de son succès.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Constitution médicale. — Des apoplexies.

M. Beau a appelé dernièrement l'attention de ses élèves sur le grand nombre d'apoplexies qui se sont déclarées dans les six dernières semaines de l'année qui vient de finir ; et sous le nom d'apoplexies il comprend tout à la fois les hémorrhagies cérébrales et les ramollissements, qu'il est souvent impossible de distinguer pendant la vie. Il y en a eu sept cas dans son service ; dans un autre service de l'hôpital de la Charité, on a fait le même jour trois autopsies de sujets qui avaient succombé à cette maladie ; dans plusieurs autres hôpitaux, on en a observé également un grand nombre. Enfin, nous devons ajouter qu'en ville on a signalé plusieurs affections apoplectiques dans le même espace de temps ; c'est dans cette période que l'un de nos plus éminents médecins aliénistes et un de nos savants confrères, membre de l'Académie des sciences, ont été frappés.

D'après Hippocrate, Lancisi, Hoffmann, etc., l'apoplexie se développe sous l'influence du froid, et doit figurer au nombre des maladies de l'hiver. Les médecins qui ont suivi les services des hospices de vieillards, tels que Bicêtre et la Salpêtrière, savent parfaitement que les apoplexies s'y montrent beaucoup plus l'hiver que l'été. Sous ce rapport donc, les apoplexies qui viennent récemment d'être observées à Paris rentreraient dans la loi posée par les auteurs précités. Cependant, le froid seul ne suffit pas pour les expliquer entièrement; car l'hiver dernier, bien qu'il ait marqué aussi par des froids excessifs, n'en a pas donné un aussi grand nombre

Il y a ici, suivant M. Beau, comme circonstance accessoire ou adjuvante du froid, une condition inconnue, qui rentre dans cet *x* pathogénique, appelé *quid divinum*, à cause du profond mystère qui l'enveloppe.

Ce n'est pas la première fois, continue M. Beau, que l'apoplexie se montre sous forme épidémique.

Baglivi nous apprend qu'en 1694 et 1695 un très-grand nombre de personnes moururent d'apoplexie non-seulement à Rome, mais encore dans toute l'Italie. Il dit que la cause de cette *apoplexie épidémique* peut s'expliquer par l'état insolite de la température qui régnait alors. En 1694, après un été brûlant, l'hiver fut rigoureux; jamais on n'avait vu tant de neige en Italie. En 1695, l'été fut également brûlant, et il y eut des pluies continues et abondantes qui durèrent sans interruption depuis le mois d'octobre jusqu'en avril. C'est dans ces deux hivers, l'un froid, l'autre pluvieux, que les apoplexies sévirent sur la population italienne. Baglivi ajoute à ce désordre de la température, comme causes adjuvantes de l'épidémie apoplectique, les commotions morales inséparables de la guerre qui alors bouleversait toute l'Europe, et peut-être aussi les tremblements de terre (1).

Quelques années plus tard, en 1705 et 1706, on eut l'occasion d'observer également à Rome un grand nombre d'apoplexies, qui sévirent également pendant l'hiver. Lancisi reçut l'ordre du pape Clément XI d'étudier cette sorte d'épidémie, et de faire des ouvertures cadavériques pour éclairer les populations sur les causes probables de la maladie. C'est dans ce but qu'il composa son traité si important *Sur les morts subites*.

Lancisi place la cause de cette épidémie dans les inégalités de température qui la précédèrent et l'accompagnèrent. A un été brûlant et sec succéda un automne dans lequel régnèrent constamment la pluie et le vent du midi; puis survint un hiver marqué par les brusques alternatives de vents chauds et de vents froids. Il n'est pas étonnant, dit Lancisi, si les solides furent relâchés, et disposés dès lors à favoriser la mauvaise influence provenant de l'âcreté du sang (2), etc.

Quoi qu'il en soit de cette explication de Lancisi, on remarquera, comme l'indique M. Beau, dans l'année qui vient de s'écouler, une circonstance atmosphérique semblable à celle qui est signalée par Baglivi et Lancisi: c'est une longue série de jours pluvieux ayant précédé immédiatement l'hiver, qui nous donne un si grand nombre d'apoplexies.

N'est-il pas rationnel de rapporter cette quantité insolite d'apoplexies à une modification particulière dans la constitution qui fait nos maladies, quand on voit qu'en même temps des affections habituellement très-communes à Paris, comme la dothinentérie et la pneumonie, font presque entièrement défaut ou se font remarquer par leur extrême bénignité ?

(1) Baglivi, *Opera*, p. 683; Lugduni, 1714.

(2) Lancisi, *Opera*, t. I, p. 75; Romæ, 1745.

Affection douloureuse du plexus brachial avec adduction permanente du bras et flexion de l'avant-bras.

Nous avons publié il y a un an, presque jour pour jour, sous le titre de *Rétraction permanente des doigts*, l'observation d'un jeune garçon qui était pour la seconde fois dans le service de M. Nélaton, pour une affection singulière et des plus rebelles, consistant en une flexion forcée et permanente des phalanges des trois derniers doigts de la main gauche ; affection dont la cause et la nature sont restées indéterminées et qui a résisté à toutes les tentatives de la thérapeutique, y compris les injections hypodermiques de sulfate d'atropine sur le trajet du nerf cubital, que tout portait à faire considérer comme étant le siége principal ou le point d'émergence des accidents.

On peut voir en ce moment, dans les salles de femmes du même service, une petite fille qui présente un pendant parfait de cette affection. Il y a un an environ, c'est-à-dire à peu près à la même époque où venait de se passer le fait en question, cette petite fille est entrée dans le service, accusant des douleurs extrêmement vives dans l'épaule.

Une exploration attentive des parties fit bientôt reconnaître que ce n'était pas dans l'épaule même, mais dans un point voisin de cette articulation, à la partie antérieure du creux de l'aisselle, en un mot sur le trajet du plexus brachial, qu'était le siége principal de ces douleurs. Partant de ce point, elles s'irradiaient jusque vers l'extrémité du membre, c'est-à-dire dans toutes les ramifications de ce plexus. M. Nélaton mit successivement en usage une foule de liniments calmants, opiacés, morphinés, des emplâtres de belladone et de jusquiame, le chloroforme, le sulfate de quinine à haute dose, des bains prolongés et douches de vapeurs, injections sous-cutanées d'atropine, l'iodure de potassium, la térébenthine, la faradisation, etc., rien ne fit. Les douleurs n'en persistèrent pas moins avec la même intensité.

En désespoir de cause, M. Nélaton adressa cette petite malade à M. Trousseau. La même série de moyens fut de nouveau mise en usage. Au bout de quelque temps elle parut aller mieux ; on s'en applaudissait beaucoup, mais cette amélioration ne fut pas de longue durée : les douleurs ne tardèrent pas à re-

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, professées par M. le docteur Bazin à l'hôpital Saint-Louis (1).

Traité des maladies de la peau, par M. le docteur Rochard (2).

C'est une chose véritablement curieuse que de voir cette tendance de l'esprit humain à revenir au bout d'un certain temps aux idées qui avaient été abandonnées, cette nécessité où il est de se mouvoir toujours dans le même cercle; il est impossible à ceux qui suivent avec quelque attention le mouvement de la science de ne pas reconnaître la vérité de cet emblème adopté par les anciens pour symbole de l'éternité, un serpent qui se mord la queue, comme aussi la réalité de la prédiction du poëte latin : *Multa renascentur quæ jam cecidere...* Jamais la chose n'a été plus évidente que dans les revirements des doctrines médicales depuis soixante ans. Qu'on en juge.

Dans les premières années de ce siècle, Broussais bat en brèche les principes professés par Pinel et par son école, combat le dogme de l'essentialité des fièvres, et, prenant pour devise de son premier *Examen* la fameuse phrase de Bichat : *Qu'est l'observation si l'on ignore là où siége le mal?* s'efforce, aux applaudissements du monde médical presque entier, de démontrer qu'il n'est pas de lésion fonctionnelle sans lésion d'organe, et que l'on doit toujours chercher à localiser les maladies. Avant même que le grand réformateur ait disparu de la liste des vivants, une réaction violente se fait, et aujourd'hui, sans aucun respect pour ce grand génie qui lui a enseigné l'art d'observer, la génération qui lui succède lui prodigue l'injure et le sarcasme, et ne verrait volontiers dans la plupart des maladies que des essentialités abstraites, des lésions dynamiques impossibles à saisir, et dont il faut renoncer à préciser le siége et la nature.

Il y a trente ans à peine, une intelligence d'élite, frappée du désordre qui règne dans l'histoire de la syphilis, prend pour point de départ un fait entrevu par Hunter, et fécondant l'idée que n'avait pas su développer le chirurgien anglais, construit laborieusement, et à l'aide d'une immense expérience, un système aussi ingénieux que clair et satisfaisant pour la théorie comme pour la pratique ; et voilà qu'aujourd'hui une foule ardente, brisant ce qu'elle avait exalté d'abord, ne cesse de saper les fondements de l'édifice élevé avec tant de peine, se réjouit de rétablir un désordre pire encore que celui d'autrefois, et fait reculer la science de plus de cinquante ans.

Nous serions presque tenté de croire qu'il en est de même pour les maladies de la peau. Depuis un quart de siècle, des observateurs éminents, abandonnant les errements anciens, cherchent des voies nouvelles et tentent de déterminer, qui le siége exact des lésions diverses dans chacun des éléments de la peau, qui la nature de ces lésions, et voilà qu'aujourd'hui des hommes d'un grand mérite aussi, d'une vaste expérience, tentent de revenir aux anciennes doctrines, et font revivre les anciennes dénominations, les *dartres* principalement, ce mot que l'on avait lieu de croire à tout jamais banni de la nomenclature médicale.

Peut-être ici, nous devons l'avouer, faut-il être moins sévère contre ces *réactionnaires*, qu'on me passe l'expression, je ne l'emploie pas en mauvaise part. Il est un fait qui a frappé tout le monde, c'est que les progrès de la thérapeutique cutanée n'ont pas été en rapport avec ce que l'on devait attendre des nouvelles doctrines localisatrices. Dès lors, et, comme après tout la principale fin de la médecine c'est de guérir les maladies, rien d'étonnant à ce que l'on soit revenu aux anciennes méthodes d'interprétation, dans l'espoir de les faire servir à l'institution de nouvelles méthodes de traitement.

A ce point de vue, nous ne saurions désapprouver M. Bazin, qui, en dehors d'un petit nombre d'affections, les exanthèmes et les affections parasitaires principalement, regarde toutes les maladies cutanées comme l'expression de quatre maladies distinctes : la dartre, l'arthritis, la scrofule, la syphilis.

C'est par l'histoire des affections symptomatiques de la scrofule que M. Bazin a commencé son enseignement clinique en 1856; les deux années suivantes, il a exposé ses idées sur les syphilides et les maladies parasitaires. Nous avons à cette époque rendu compte de ces publications. Le volume que nous avons aujourd'hui sous les yeux comprend les affections de nature arthritique et dartreuse. Nous nous sommes tout à l'heure un peu étonné du retour de ce mot dans le langage médical, et comment pourrait-il en être autrement quand nous voyons M. Bazin lui-même le désapprouver formellement, tout en en faisant usage. « S'il fallait absolument, dit-il, donner la définition du mot *dartres*, qu'il est préférable de ne pas employer dans l'état actuel de la science, je dirais : les dartres sont des affections cutanées non contagieuses, pyrétiques ou apyrétiques, récidivant avec opiniâtreté, survenant sous l'influence de trois maladies constitutionnelles : l'arthritis, les dartres, la scrofule. »

Il faut bien avouer qu'il y a ici quelque peu de subtilité; mais comme, en définitive, ce ne sont que des questions de mots, nous sommes d'avis qu'il n'y aurait aucun avantage à prolonger une discussion sur ce point. Donc, en résumé, pour l'auteur, les dartres sont la traduction, sur la peau, de deux maladies générales, la dartre et l'arthritis, puisque les scrofules ont été l'objet d'une étude précédente. Voici en peu de mots le plan qu'a suivi l'auteur :

Un premier chapitre comprend, sous le titre de *Considérations générales*, des réflexions sur la diathèse, la maladie constitutionnelle, deux choses qui ont beaucoup de rapports l'une avec l'autre, mais qui diffèrent cependant par une circonstance essentielle, c'est que la pre-

(1) Un vol. in-8°. Chez Adrien Delahaye. — (2) Un vol. in-8°. Chez le même.

venir, s'accompagnant cette fois des phénomènes que nous allons exposer.

Voici dans quel état elle est revenue dernièrement dans les salles de la clinique :

Le bras est collé contre le thorax, l'avant-bras est fléchi sur le bras, et la main est dans l'extension. Dans cette attitude, les douleurs sont tolérables ; mais veut-on étendre le membre, les douleurs reviennent avec une extrême vivacité. Cette extension ne peut se faire qu'à une condition : la main, qui dans l'attitude habituelle du bras et de l'avant-bras est étendue, se fléchit; toutes les brisures des doigts se fléchissent également de manière à transformer la main en une sorte de griffe, et si l'on pousse l'extension du bras et de l'avant-bras jusqu'à leurs dernières limites, il s'y joint la flexion du poignet. On peut alors porter le bras et l'avant-bras dans l'extension et l'abduction, ce qui est tout à fait impossible tant que la main reste étendue.

Il est évident, d'après ce qui précède, que cette attitude n'est pas ici le résultat d'adhérences articulaires; elle n'est pas davantage le résultat de rétractions musculaires. De quoi dépend-elle donc? Sans aucun doute des tiraillements douloureux que produisent dans les nerfs affectés les mouvements d'extension des diverses brisures des membres.

En quoi consiste cette affection des nerfs? C'est ce qu'on ignore jusqu'à présent.

Nous avons dit que ce fait pouvait être rapproché de celui du jeune garçon dont nous avons rappelé brièvement l'histoire. Malheureusement ce rapprochement paraît devoir s'étendre jusqu'à l'incurabilité, qui constitue une analogie de plus entre ces deux faits.

Il y a là un sujet de recherches que nous signalons à l'attention de nos confrères.

Paralysie progressive de la langue et du voile du palais.

A l'occasion des faits de paralysie progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, que nous avons exposés dans les deux précédentes *Revues*, M. le docteur Copette (de Chauny) nous transmet la relation d'un fait semblable soumis depuis quelque temps à son observation, et qui nous paraît, ainsi qu'il le pense lui-même, devoir rentrer en effet dans le cadre de la nouvelle affection décrite dans l'intéressante monographie de M. Duchenne (de Boulogne).

« Depuis deux mois, nous écrit notre confrère, je donne des soins à une dame atteinte d'une paralysie dont les symptômes sont la fidèle reproduction de celle que vous désignez sous le nom de paralysie progressive de la langue, etc. J'allais vous adresser l'observation de cette forme de paralysie, à la fois curieuse et peu commune, je crois, dans le but d'appeler votre attention sur cette maladie pour moi si pleine d'obscurité, lorsque vos réflexions sont venues m'apporter la lumière que je cherchais. »

Voici l'histoire succincte de cette malade, et la relation des phénomènes observés par M. Copette :

Mme X... est aujourd'hui âgée de cinquante-trois ans. Réglée à seize ans sans difficulté, elle a cessé de l'être à quarante-huit ans sans trouble aucun. Mariée à quarante-six ans, à quarante-huit ans elle était veuve. La perte de son mari, beaucoup plus âgé qu'elle, lui a été douloureuse, sans cependant réagir d'une façon quelconque sur sa santé.

Jamais Mme X... n'a eu de maladies sérieuses, et surtout jamais d'angine.

A cinquante et un ans, c'est-à-dire il y a deux ans, elle commença à éprouver de la difficulté dans la prononciation. C'est le premier accident qu'elle et ses parents aient constaté. A cette difficulté de la prononciation est venue s'ajouter ensuite la difficulté de la déglutition, qui a toujours été en augmentant depuis.

Lorsque Mme X... vint me consulter, la déglutition des aliments était si difficile qu'elle ne pouvait plus prendre que des potages; encore ne les avalait-elle parfois qu'avec une très-grande peine; très-souvent leur ingurgitation produisait des accidents plus ou moins graves et toujours fort pénibles.

Jusqu'à présent les liquides n'ont pas encore reflué par les fosses nasales; mais il lui est arrivé plusieurs fois, en voulant se permettre des aliments solides, de ne pouvoir qu'avec une peine extrême se débarrasser du bol alimentaire introduit dans sa bouche. Une fois surtout, sa sœur est venue en toute hâte me chercher en me disant que la malade *étranglait*. Le calme était rétabli à mon arrivée.

Quant à la prononciation, voici ce qui a été constaté par notre confrère à sa première visite et depuis :

Mme X... ne pouvait déjà plus parvenir à prononcer isolément aucune des consonnes linguales, *d*, *l*, par exemple. Il lui était moins difficile de prononcer des mots entiers. Quelquefois cependant sa prononciation est arrêtée net, et, malgré des efforts inouïs, elle ne peut achever une phrase commencée. Il est du reste notoire qu'elle articule beaucoup moins mal ce qui vient de son inspiration propre que ce qu'on lui suggère.

La malade éprouve depuis quelque temps de la peine à ouvrir la bouche. Cette difficulté a porté notre confrère à penser qu'à l'heure qu'il est les muscles digastriques, mylo-hyoïdiens, géni-hyoïdiens, sont paralysés.

L'orbiculaire des lèvres ne lui a pas paru atteint. S'il l'est, c'est à un beaucoup plus faible degré que la langue et les muscles dont il vient d'être question. La malade du moins n'en présente aucun symptôme; elle conserve parfaitement sa salive dans la bouche.

Nous avons parlé plus haut de la difficulté de la déglutition et des accidents auxquels elle a quelquefois donné lieu. Il était évident que ces accidents devaient dépendre d'une paralysie du voile du palais. En effet, l'examen de la gorge a fait constater un prolapsus de la totalité de cet organe, qui semble reposer tout entier sur la langue.

Du reste, l'intelligence est nette, la mémoire conservée; la respiration n'est pas ou est peu troublée; l'appétit est bon, les digestions excellentes; il n'y a aucun symptôme de paralysie ni dans les muscles du tronc ni dans ceux des membres et du cou; tous les mouvements sont parfaitement libres. Le sommeil, sans être profond, est naturel; jamais Mme X... n'a éprouvé ni somnolence, ni étourdissement, ni éblouissement quelconque. Elle a toujours pu se baisser jusqu'à terre sans le moindre inconvénient.

Malgré cet état fâcheux, Mme X... ne paraît pas sensiblement affaiblie, ce qui tient sans doute à ce qu'elle a pu prendre jusqu'ici une quantité suffisante d'aliments sous forme de potages.

Voici maintenant quelques autres particularités propres à cette malade, sur lesquelles M. Copette appelle particulièrement notre attention :

Mme X... savait parfaitement lire. Il n'est pas besoin de dire qu'aujourd'hui la lecture à haute voix lui est impossible; mais, ce qui est singulier, c'est que la *lecture mentale* elle-même lui est interdite. Il lui est également impossible de compter la moindre somme, quel qu'en soit le chiffre.

Ainsi cette malade, qui a perdu la faculté d'articuler certains sons, certaines syllabes, a perdu en même temps la faculté même de la lecture mentale, qui semble cependant indépendante de toute espèce de prononciation; elle ne peut pas plus écrire ses pensées qu'elle ne peut lire mentalement.

Ce phénomène, fait remarquer notre confrère, autant psychologique que physiologique, semblerait prouver que la lecture muette elle-même n'est possible qu'autant que l'articulation intérieure des syllabes qui composent les mots peut s'effectuer, et que sans elle l'enchaînement des idées d'une phrase, d'un discours, ne peut être ni suivi ni compris.

Il ne paraît pas cependant que ce qui se passe chez Mme X... ait été observé chez les personnes atteintes de cette sorte de paralysie; c'est une question que l'expérience seule pourra résoudre.

Pour résumer cette observation, en la comparant à celle que nous avons publiée dans le numéro du 2 décembre, et aux symptômes décrits dans le travail de M. Duchenne (de Boulogne), voici très-succinctement les similitudes et les différences.

Les similitudes sont :

1° La paralysie de la langue et du voile du palais, paralysie progressive; d'où gêne de la prononciation d'abord, et ensuite dans la déglutition; par conséquent même ordre dans l'apparition des premiers phénomènes.

2° L'apyrexie, la régularité des fonctions digestives, l'intégrité des facultés intellectuelles (nous faisons une petite restriction ici par rapport aux phénomènes singuliers signalés par notre confrère), l'absence de paralysie des membres.

Les différences sont :

1° Le défaut d'accumulation de la salive dans la bouche et de son écoulement au dehors.

2° Troubles de la respiration nuls ou très-faiblement accusés.

3° Aucun reflux des liquides par les fosses nasales.

4° Marche moins rapide dans les progrès de la maladie.

Les différences, comme on le voit, ne tiennent qu'à un moindre degré d'intensité de la maladie et à l'absence de quelques symptômes; elles n'enlèvent rien à la valeur des similitudes.

Nous n'hésitons donc pas pour notre compte, et nous sommes à cet égard parfaitement d'accord avec notre confrère, pour considérer cette observation comme un exemple bien caractérisé de l'affection décrite par M. Duchenne (de Boulogne). Il serait du plus grand intérêt, et nous sommes d'ailleurs convaincu que M. Copette ne manquera pas à ce devoir, que la suite de l'histoire de cette malade ne fût pas perdue pour la science.

— Nous apprendrons, à cette occasion, à nos lecteurs que la malade dont nous les avons déjà entretenus, et qui était dans les salles de M. Trousseau, a succombé. Nous ferons prochainement connaître la fin de sa maladie et les résultats de l'autopsie. Tout ce que nous pouvons en dire en attendant, c'est qu'il n'a été constaté aucune lésion appréciable ni dans l'encéphale ni dans aucun des nerfs qui en émanent.

DE LA MOBILITÉ DE L'UTÉRUS

considérée comme état pathologique,

Par M. Clément Ollivier (d'Ingrandes).

M. Clément Ollivier nous adresse, au sujet de notre *Revue hebdomadaire* du 22 décembre, où il est traité de la mobilité de l'utérus, les réflexions suivantes, que nous soumettons à l'appréciation de nos lecteurs, qui jugeront entre les opinions de M. Beau et celles de notre honorable correspondant.

La mobilité utérine tient, dit M. Beau, au relâchement des ligaments, qui ont été tendus outre mesure par l'ampliation de l'utérus gravide. Cette cause est parfaitement exacte, surtout pour ce qui résulte d'un accouchement. Ce n'est qu'au bout de deux ou trois mois après l'accouchement que cessent ordinairement les douleurs qui accompagnent cette mobilité, parce qu'alors l'utérus a tout à la fois perdu une partie de son volume et du poids que lui avait donné la gravidité, et retrouve sa fixité première par la rétraction tonique de ses ligaments.

---

mière, la diathèse, est caractérisée par la formation d'un seul produit morbide, tandis que la seconde comporte un ensemble de produits morbides et d'affections très-variés.

Entrant ensuite dans le cœur de son sujet, M. Bazin le divise en deux parties principales. Dans la première, il envisage l'arthritis et la dartre comme unités pathologiques, et les étudie successivement au point de vue de la symptomatologie, de l'étiologie, du diagnostic et de la thérapeutique générale. Nous avons retrouvé dans quelques-unes des divisions de ces chapitres, des généralités dont une partie avait déjà été exposée dans le *Traité des scrofulides*, mais qu'on lira avec un intérêt aussi vif que la première fois, et dont l'utilité n'échappera à personne. Celui dont nous signalons avant tout l'intérêt pratique, est l'étude thérapeutique, dans laquelle l'auteur a réuni dans un résumé substantiel, mais suffisamment étendu, les principales indications fournies par les différentes circonstances de la maladie.

La seconde partie renferme l'histoire particulière des arthritides, c'est le nom qu'il donne aux manifestations cutanées de l'arthritis, et des herpétides, dénomination sous laquelle il décrit les affections symptomatiques de la dartre pure ou du vice dartreux.

Dans les premières viennent se ranger l'érythème noueux, l'urticaire, le pityriasis aigu, l'herpès phlycténoïde, le zona, le pemphigus aigu, l'intertrigo, la couperose, l'érythème, le prurigo, le pemphigus arthritiques, etc.

Dans les affections herpétiques sont compris, entre autres, la roséole, *l'eczema rubrum*, le psoriasis, le prurigo, le pityriasis, l'eczéma, le pemphigus, le lichen, le mélitagre herpétiques, etc.

Une troisième partie renferme un certain nombre d'observations données par l'auteur en quelque sorte comme des pièces justificatives.

On a reproché à M. Bazin, une fois établies d'après la nouvelle doctrine les grandes divisions des maladies cutanées, de ne pas avoir suivi pour les subdivisions de détail la classification de Willan, basée sur la connaissance des lésions élémentaires. Certes, dans des descriptions de ce genre nous n'aimons pas les noms nouveaux; nous trouvons qu'il y a déjà dans la science bien assez de trois ou quatre synonymes pour désigner chaque maladie, et dans la pathologie cutanée, entre autres, ce luxe de dénominations ne laisse rien à désirer. Mais nous ne pouvons partager le regret que nous venons de signaler. Avant tout, il faut être logique, et ce n'est pas nous qui blâmerons M. Bazin d'avoir été conséquent avec lui-même. Du moment qu'il envisage une partie de la science à un point de vue particulier, il faut qu'il fasse sa réforme complète. C'est la seule chance qu'il ait de la voir adoptée; pas plus en médecine qu'en toute autre circonstance, nous ne sommes partisan des demi-mesures. L'homme convaincu de la bonté de la cause doit la pousser à l'extrême. Si elle résiste à cette épreuve, c'est qu'elle sera bonne, et son triomphe sera complet.

— Le second volume dont nous avons à nous occuper est le *Traité des maladies de la peau* de M. le docteur Rochard. Commençons par dire que le titre est peut-être un peu ambitieux, et promet plus qu'il ne tient en réalité. Celui qui eût convenu à ce travail serait plutôt, à notre avis, le suivant : *Du traitement topique de certaines affections cutanées rebelles et principalement des applications de l'iodure de chlorure mercureux à leur thérapeutique*. En effet, on se tromperait fort si l'on cherchait ici un traité complet de dermatologie. L'auteur a cependant profité de l'occasion qui lui était offerte pour poser ses principes sur la production des affections cutanées, pour établir sa manière de voir sur les causes qui déterminent leur aggravation, et par suite sur le traitement qu'il convient de leur faire subir.

Il a voulu par la thérapeutique élucider la nature des dartres; chez lui aussi nous retrouvons cette dénomination; mais il est loin d'être d'accord avec l'auteur dont nous avons en commençant exposé les principales idées. Suivant M. Rochard, le point de départ de M. Bazin n'est pas exact, et il n'admet pas les diathèses comme l'origine des dartres. On conçoit dès lors l'immense différence qui sépare les deux thérapeutiques. Tandis que l'un agit ou cherche à agir sur l'organisme entier, l'autre agit sur le symptôme local. Sous ce rapport, il se rapproche un peu des études nouvelles des localisateurs, de ceux qui cherchent à préciser le siége de chaque lésion dans chacun des éléments de la peau. Aussi trouvons-nous en tête de son ouvrage une étude nouvelle de la structure de la peau dont il s'efforce de démontrer l'unité de formation.

L'impression qui nous est restée de la lecture de ces deux livres est que chacun des auteurs nous paraît un peu trop exclusif. Suivant nous, l'un accorde trop à la diathèse, à l'état général ; l'autre accorde trop peu, et de ces deux exagérations, le traitement doit nécessairement se ressentir. S'il nous était permis de citer, après des hommes aussi instruits, un fait de notre pratique personnelle, nous pourrions raconter, à l'encontre des théories de M. Bazin, un cas d'acné rosacea, qui a résisté pendant des mois entiers aux traitements généraux les plus rationnels institués par deux des plus habiles dermatologistes de Paris, et qui a cédé complétement en quelques semaines à un traitement purement topique, toute médication générale ayant été suspendue. Et d'autre part, nous avouerons cependant que, malgré les faits remarquables cités par M. Rochard à la fin de son livre, nous ne nous déciderions pas sans quelque crainte, dans certains cas graves du genre de ceux qu'il cite, à mettre *uniquement* en usage les topiques énergiques qu'il préconise, en s'appuyant, il faut en convenir, sur des succès authentiques.

Dr A. FOUCART.

De l'uréthrotomie interne, observations recueillies à la clinique de M. le professeur Sédillot, par le docteur G. Gaujot, répétiteur de clinique et de pathologie chirurgicales à l'École du service de santé militaire. Un volume in-8° de 140 pages avec planches. Prix : 3 fr. Chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

Cependant ce médecin ajoute : Il y a des femmes chez lesquelles les phénomènes douloureux dont nous venons de parler durent deux ou trois mois après l'accouchement ; mais il y en a d'autres chez lesquelles ils durent beaucoup plus longtemps, et quelquefois même toute la vie.

Ces douleurs persistent ainsi, parce que la mobilité de l'utérus, qui en est la condition organique, n'a pas cessé d'exister, les ligaments utérins étant très-relâchés, et l'utérus ayant conservé un poids et un volume insolites.

MM. Gariel et Nonat n'attribuant, ajoute-t-il, ces douleurs utérines qu'à la mobilité de cet organe, ne s'attachent qu'à remédier à ses inclinaisons, déviations ou flexions.

Or, je le demande à tout praticien, ces inclinaisons, déviations ou flexions sont-elles des affections essentielles ?... et si l'utérus ne restait pas malade après l'accouchement, resterait-il sensible ?...

Ceci posé, pense-t-on que les moyens mécaniques indiqués par MM. Gariel et Nonat, soient des moyens bien rationnels pour obvier à cette sensibilité utérine ?...

Dans la célèbre discussion académique de 1849 sur les affections utérines, M. Huguier établit par les faits les plus concluants que les déviations utérines ne pouvaient être attribuées qu'à des lésions de cet organe.

Levret aussi a prouvé que les déviations de l'utérus sont constamment précédées de l'engorgement de cet organe.

M. le professeur Moreau regarde l'hystérolosie comme sans importance dans le cas de vacuité de l'organe. J'ajouterai personnellement : et quand il n'existe aucun engorgement.

Vidal de Cassis, en reconnaissant que les obliquités de l'utérus constituent toujours un commencement de descente, ne leur attribue aucune importance dans le cas de vacuité.

Sauvage pensait que cette affection n'arrive guère que pendant la grossesse.

Ruysch a souvent trouvé hors l'état de grossesse que la matrice était penchée tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Les femmes, dit-il, se plaignent alors d'un sentiment de douleur dans l'hypogastre, elles ont des envies fréquentes d'uriner et un ténesme continuel (symptômes d'un état morbide de l'utérus).

La mobilité de l'utérus, hors le cas de grossesse ou d'engorgement, ne peut donc constituer un état pathologique, puisqu'elle passe inaperçue ; toutefois, elle peut être une cause de stérilité, tant à cause de l'inertie de cet organe, qui s'oppose à l'accomplissement de ses fonctions génératrices, qu'en raison de ses déviations inévitables dans cette circonstance.

La mobilité de l'utérus, en dehors de l'état pathologique de cet organe, doit-elle être regardée cependant comme exempte d'inconvénients ? A Dieu ne plaise que j'avance une telle assertion.

Puzos attribue au relâchement des ligaments utérins un phénomène pathologique qu'il désigne sous le titre d'inversion, et qui consiste en ce que, dans l'état de grossesse, le fond de la matrice passe par-dessus le pubis et tombe en forme de sac renversé sur les cuisses de la malade ; pour lors le fond de la matrice est en bas et son orifice en haut.

Levret cite plusieurs observations d'inversion de ce genre ; il cite un phénomène pathologique auquel peut donner lieu la mobilité de la matrice, et qu'il désigne sous le nom d'hystérobubonocèle.

En 1610, dit Sennert, une femme de Wittemberg, Sabatier dit de Nisse, reçut un violent coup de pied dans l'aine gauche. Quelque temps après elle devint grosse, et il lui vint une tumeur dans cette même partie. Cette tumeur était constituée par le corps de la matrice, sortie de l'abdomen et recouverte seulement du tissu cellulaire et de la peau. A mesure que l'enfant grossissait, la tumeur augmentait. A la fin de la grossesse la matrice pendait jusqu'à moitié des cuisses ; on y apercevait les mouvements de l'enfant. Sennert eut recours à l'opération césarienne. L'enfant vécut et la mère mourut.

Cette même observation est racontée par Michel Dovingius, par Fabrice de Hilden.

Chopart a trouvé sur le cadavre d'une femme de cinquante ans la matrice sortant presque en totalité, avec la trompe et l'ovaire, par l'anneau inguinal.

Lallement, de Paris, fit la même remarque sur une femme de soixante-douze ans, qui dès l'âge de cinquante ans s'était aperçue de son infirmité. Ce même auteur parle d'une hernie de matrice au-dessus des pubis.

Murat a observé une hernie utérine à travers l'arcade crurale.

Ruysch et Saxtorph parlent de cas analogues à celui observé par Sennert.

Tous ces faits, malgré leur extrême gravité, ne prouvent-ils pas de la manière la plus absolue que la mobilité de l'utérus, hors le cas de grossesse ou d'engorgement, ne peut constituer aucun état pathologique susceptible d'attirer l'attention de celle qui le subit, alors même qu'elle donne lieu aux plus graves désordres, puisque ces mêmes désordres ou restent inaperçus par la malade, ou ne l'obligent pas à s'en plaindre ?

Lors donc que l'utérus affecté de mobilité est en même temps douloureux, ce n'est pas en remédiant à cette mobilité qu'on le soulage, mais en traitant l'affection qui occasionne cette douleur, laquelle affection est facile à découvrir lorsqu'il s'agit d'une femme récemment accouchée, et sur laquelle les moyens mécaniques ne peuvent avoir que des effets négatifs, s'ils ne donnent pas lieu à des inconvénients beaucoup plus graves par leur contact.

EMPOISONNEMENT PAR L'OPIUM.

Par M. le Dr Beaufoil (d'Ingrandes).

Parmi les nombreux abus auxquels donne lieu l'exercice de la pharmacie, il faut placer en tête la déplorable habitude qu'ont un grand nombre de pharmaciens de délivrer sans ordonnance de médecin les médicaments qui leur sont demandés pour toutes sortes de maladies, et spécialement des préparations opiacées pour calmer les coliques des enfants nouveau-nés.

J'ai en ce moment sous les yeux un cas qui me fait vivement regretter que la police médicale ne soit pas mieux faite à cet égard.

Obs. — La femme S. B..., d'Ingrandes (Indre-et-Loire), est accouchée le 23 septembre 1860 d'une petite fille bien constituée et ayant bonne envie de vivre. Craignant que son lait ne suffise pas à cette enfant, elle a pris l'habitude de lui faire manger tous les soirs une panade, comme savent en faire nos campagnards, afin, dit-elle, de l'empêcher de crier pendant la nuit. Le moyen n'a pas été efficace, car la petite Marie S... crie d'une manière affreuse toutes les nuits. En pareille occurrence, les conseils ne manquent pas à la campagne ; une commère du voisinage a *reconnu* que l'enfant avait des *coliques*, et a conseillé de lui faire prendre du *calme* (c'est sous ce nom que l'on demande aux pharmaciens de nos environs les opiacés destinés à faire passer la colique aux enfants). En conséquence, une belle tête de pavot a été coupée en quatre ; on a jeté les graines au feu, et l'on a fait bouillir trois portions dans deux verrées d'eau jusqu'à réduction d'une bonne demi-verrée. Un certain nombre de gouttes de cette décoction ont été administrées à la petite fille le 22 octobre 1860, au soir. L'enfant a crié un peu moins que d'habitude pendant la nuit ; mais les cris ayant recommencé de plus belle vers trois ou quatre heures du matin, une dose beaucoup plus forte a été administrée dans de l'eau de riz. La petite Marie S... s'est endormie d'un profond sommeil, et la femme S. B... s'est mise à vaquer aux soins de son ménage, contente d'un aussi beau résultat. Au bout de quelques heures néanmoins, elle commença à trouver qu'il était temps de donner le sein à son enfant ; mais celle-ci dormait si bien, qu'il eût été dommage de la réveiller. Pourtant, les heures se passant et le sommeil durant toujours, la pauvre femme finit par s'inquiéter ; elle enleva la petite Marie de son berceau, et ne put la réveiller ; sa figure lui parut décomposée. Enfin elle prit peur, et accourut chez moi tout en pleurs, tenant son enfant sur les bras. Il était onze heures.

La pauvre petite était inerte, la tête pendante et les membres en résolution ; la mâchoire inférieure paraissait projetée en avant, et exécutait un tremblotement continuel combiné avec une sorte de suçotement exécuté par la langue à moitié sortie de la bouche ; un peu d'écume apparaissait aux commissures ; toute la face avait un aspect plombé, entrecoupé de lignes plus violettes ; les paupières, encore plus foncées que le reste de la face, étaient gonflées, surtout en bas, à moitié fermées, et laissaient voir dans leur entre-bâillement le globe oculaire fortement convulsé en haut. Les pupilles, extrêmement resserrées, auraient eu peine à laisser passer une aiguille fine. Pouls insensible ; respiration si faible qu'on a peine à l'entendre ; bruits du cœur faibles, lents ; chaleur presque normale au tronc, diminuée aux extrémités. Peau complétement insensible, même à une pression forte ou à la piqûre d'une aiguille. Le pli fait à la peau en la pinçant reste quelque temps avant de s'effacer. L'enfant n'a pas uriné et ne s'est pas salie. Le ventre est souple ; en le palpant, je fais sortir une assez grande quantité d'urine, et l'enfant ouvre les yeux en même temps, sans crier. Les globes oculaires s'abaissent alors, mais les axes visuels sont divergents (il n'existait point de strabisme antérieurement). Point de nausées ni de vomissements.

En présence de ces faits, il n'était pas possible de méconnaître un empoisonnement par l'opium. Je m'empressai de faire prendre une décoction très-concentrée de café sans sucre, donnée par petites cuillerées de cinq en cinq minutes ; des linges très-chauds furent placés autour des membres refroidis, et un lavement fut préparé avec 10 grammes de sulfate de soude fondus dans une verrée d'eau chaude.

L'enfant paraissait boire avec avidité et n'avait aucune difficulté pour avaler, malgré le tremblottement continuel de la mâchoire inférieure, la projection de la langue et une rougeur vive de toute la bouche et du pharynx.

Le lavement ne fut point rendu. Je renvoyai la femme S. B... chez elle, recommandant d'administrer un autre lavement pareil dans une heure et demie, et de continuer à faire boire très-fréquemment le café.

A midi, on accourt me chercher : l'enfant étouffe, me dit-on. La poitrine ne se contracte point ; une dépression profonde se creuse au niveau de l'épigastre à chaque mouvement respiratoire. Le pouls peut être senti ; il est toujours lent. La chaleur est revenue aux extrémités. L'enfant boit toujours très-facilement et avec avidité. Axes visuels toujours divergents ; pupilles imperceptibles et insensibles aux effets de la lumière ; sensibilité générale toujours abolie ; point de convulsions.

Le lavement n'a point encore été rendu ; le ventre est un peu tendu. L'enfant a beaucoup uriné.

Continuer le café, en alternant avec une décoction d'orge pour étancher la soif ; donner le second lavement *illico*, et un troisième dans deux heures.

A la suite de ce nouveau remède, l'enfant a évacué abondamment par en bas à plusieurs reprises, et une fois par en haut.

Je revois la petite malade à quatre heures. Le pouls a repris de la fréquence ; la respiration se fait tantôt naturellement, et tantôt sans le concours des côtes, qui semblent paralysées. Aucun bruit anormal à l'auscultation ni à la percussion. Les pupilles sont toujours très-resserrées, mais les axes visuels paraissent droits par moments, et les yeux restent mieux ouverts.

L'enfant n'a pas crié encore, mais elle commence à retirer sa main ou sa jambe quand je la pince, et la figure se colore momentanément. Urines et selles abondantes.

Alterner l'administration du café avec la potion suivante :

Eau distillée.	100,00 grammes.
Iodure de potassium.	0,25 —
Teinture d'iode.	5 gouttes.
Alcool camphré.	2 —

F. S. A.

A donner par demi-cuillerées à café, de dix en dix minutes.

Marie S... s'est mise à crier et à s'agiter aussitôt après avoir pris la première dose de cette potion ; le pouls s'est relevé progressivement et les pupilles ont commencé à s'élargir.

A huit heures je constate une amélioration très-sensible, et n'était le spasme respiratoire qui se reproduit encore de temps en temps, surtout quand l'enfant crie, on pourrait la regarder comme hors de tout danger. Les yeux sont ouverts et leurs axes parallèles ; les pupilles sont revenues à leur ouverture ordinaire ; elles se contractent quand j'approche la lumière ; la peau est chaude et légèrement halitueuse ; l'enfant crie aussitôt qu'on la pince. Le ventre est souple, les urines toujours faciles. Encore plusieurs selles depuis ma dernière visite. La soif paraît toujours assez vive, et l'enfant boit sans difficulté les différentes boissons qu'on lui présente.

Le spasme respiratoire lui-même a paru céder progressivement, au fur et à mesure de l'administration de la potion iodo-camphrée, et l'enfant s'est endormie naturellement vers minuit.

Le lendemain matin, 24 octobre, il ne restait plus qu'un peu d'hébétude, qui s'est dissipée peu à peu les jours suivants.

J'ai fait donner le sein, que l'enfant a pris avec plaisir, et j'ai engagé la femme S. B... à régulariser mieux qu'elle ne l'a fait jusqu'à ce jour l'alimentation de sa fille. J'ai recommandé de lui donner le sein à des heures régulières, toujours les mêmes, et de ne lui rien faire prendre autre chose que son lait, qui est abondant et m'a paru fort bon. Je lui ai conseillé, en outre, pour augmenter encore la sécrétion de son lait et pour le rendre calmant, de boire journellement une infusion de semences de fenouil. Ces moyens ont produit l'effet attendu, et aujourd'hui, 1er novembre 1860, la petite Marie S... paraît fort bien portante et n'a plus de coliques.

Les empoisonnements par l'opium ne sont malheureusement pas rares, et partant, ont pu être bien étudiés dans leurs moindres détails symptomatologiques ; je ne crois donc pas utile de revenir sur les symptômes, que j'ai notés au fur et à mesure de leur production. Mais je ne veux pas clore cette observation sans appeler l'attention de la Société de médecine pratique sur la rapidité d'action de la potion iodo-camphrée, pour rappeler la sensibilité chez ma petite malade. Sans doute l'infusion de café, préconisée par Orfila, et admirablement appropriée à la circonstance, avait déjà relevé le pouls, excité le système nerveux cérébro-spinal, et décomposé le poison par le tannin qu'elle renferme en abondance ; mais l'iodure ioduré de potassium et le camphre m'ont paru agir bien plus énergiquement encore, puisque aussitôt après l'injection de la première dose, la petite malade s'est mise à crier, ce qu'elle n'avait pas pu faire encore.

Est-ce à l'iode, est-ce au camphre qu'est due cette action rapide ?

Je pense que l'on doit rapporter une part d'action à chacun des médicaments qui entrent dans la composition de cette formule. L'iodure ioduré de potassium, préconisé dès 1829 par M. Donné, est promptement absorbé ; il décompose les sels de morphine et facilite leur élimination par les urines. Le camphre, de son côté, suivant Lassone et Hallé, s'oppose au narcotisme causé par l'opium, et possède, suivant les expériences d'Hahnemann, une action diamétralement opposée à celle de ce dernier. Il n'est pas jusqu'à l'alcool qui accompagne le camphre dans la formule de ma potion, qui ne pourrait réclamer sa part d'action, suivant les toxicologistes italiens.

Quoi qu'il en soit, l'effet produit par la réunion de ces différentes substances a été fort satisfaisant ; c'est tout ce que je pouvais souhaiter.

NOTE SUR UN MOYEN DE PRÉVENIR LES ACCIDENTS du chloroforme,

Par M. le docteur J. Guillet, de Cholet.

A l'occasion de l'accident que la chirurgie parisienne vient d'avoir à ajouter à l'histoire du chloroforme, je demanderai la permission d'indiquer aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* une précaution bien simple, qui aurait pu probablement éviter un événement fâcheux, dans le cas dont il s'agit.

L'autopsie de l'opéré de M. Fano n'a révélé, en fait de lésions préexistantes, que des adhérences pleurales.

L'influence de cette production pathologique se traduit, comme je crois l'avoir positivement établi, par une diminution de la dilatabilité des poumons, en même temps que par une tendance à la production de l'emphysème.

Tout ce qui gêne l'expansion des organes respiratoires, est une contre-indication formelle à l'emploi des anesthésiques par inhalation ; il est donc essentiel de vérifier préalablement jusqu'à quel point le jeu de ces organes est libre.

A cet effet, on recommande avec raison l'auscultation, et cette pratique est universellement usitée. Il y en a une autre qui pourrait l'être tout aussi facilement, sans plus d'inconvénients, et qui fournirait précisément le renseignement dont on a besoin dans ce cas (indépendamment du diagnostic de la lésion) ; *la quantité de l'air qui pénètre dans les poumons.*

C'est l'emploi du pneumètre à hélice, instrument de poche qui se trouve chez M. Charrière.

Voici ce que je disais à ce sujet dans ma thèse (11 février 1859, Paris) :

Dans les cas assez fréquents où le chirurgien trouve dans l'état général, et dans celui des poumons en particulier, quelques raisons d'hésiter à pratiquer une opération ou à faire respirer du chloroforme, je crois que le pneumètre pourrait lui fournir un renseignement qui ne serait pas sans influence sur sa décision.

Mes observations ultérieures ont confirmé cette opinion, et me permettent de la répéter d'une façon plus affirmative.

NOTICE NÉCROLOGIQUE SUR M. LE DOCTEUR GENDRON

(de Château-du-Loir). Quelques détails sur sa maladie.

M. le docteur Chauvin (du Lude) nous communique, sur la cruelle maladie qui a enlevé récemment notre si regrettable et si distingué confrère le docteur Gendron, quelques détails qu'on lira, nous en sommes convaincus, avec un sympathique intérêt.

Je ne sais si vous avez appris la nouvelle perte que vient de faire le corps médical dans la personne du docteur Gendron.

Le célèbre praticien est mort le mercredi 12 décembre 1860, à quatre heures du soir, à la suite d'une angine diphthérique contractée en pratiquant la trachéotomie sur une femme atteinte de la même maladie. C'est, je crois, le lundi 10 qu'il pratiqua l'opération; et pendant cinquante-quatre heures que vécut encore la malade, il continua à lui prodiguer ses soins.

Le dimanche 16, il faisait encore sa partie, le soir, avec quelques amis. Il commençait à éprouver un peu de douleur dans les mouvements de déglutition. Notre confrère M. le docteur Lemonnier, qui était présent, examina les parties, et ne reconnut qu'un peu de rougeur et de gonflement des amygdales. Le lendemain matin, à un nouvel examen, il aperçut sur l'amygdale gauche deux petits points blancs. M. Gendron le pria de cautériser immédiatement avec l'acide hydrochlorique pur. La cautérisation fut suivie instantanément d'une douleur excessivement vive et d'un gonflement assez considérable du tissu cellulaire péri-amygdalien et péri-parotidien. Le soir, les fausses membranes ayant pris de l'extension, une nouvelle cautérisation fut faite avec la solution de nitrate d'argent au cinquième; elle produisit encore une vive douleur, mais moindre que la précédente. A partir de la première cautérisation, il y eut une excrétion très-abondante qui fatigua beaucoup le malade et ne lui permit pas de se livrer au sommeil. Le mardi matin, les choses étant dans le même état, M. Gendron envoya chercher M. le docteur Leroy de Vaas, et m'écrivit en même temps de venir près de lui.

J'arrivai vers huit heures du soir, et trouvai près de notre pauvre malade nos deux confrères susnommés. Ils me dirent alors qu'un instant avant mon arrivée, M. Gendron ayant voulu prendre une tasse de chocolat, et que la déglutition s'étant trouvée impossible, ils avaient introduit une sonde naso-pharyngienne; mais que celle-ci s'étant trouvée obstruée, ils l'avaient retirée; et le malade avait pu sans son secours avaler la tasse de chocolat. J'examinai les parties malades, et je vis une fausse membrane d'un blanc grisâtre, déprimée, comme transparente, partant de la partie externe et inférieure de la face antérieure de l'amygdale, et s'étendant sur la muqueuse buccale, entre les arcades dentaires, dans une étendue de 3 ou 4 centimètres. L'amygdale et toutes les parties environnantes, non recouvertes de fausses membranes, étaient très-rouges; la luette était gonflée, et sa pointe se portait en avant. Le pharynx ne présentait aucune trace de fausses membranes; la muqueuse était seulement fortement hyperémiée. La voix n'était nullement croupale, mais seulement un peu nasonnée; la respiration était facile, l'excrétion continuait.

Le larynx n'était donc pas atteint, et nous considérâmes, mes confrères et moi, le mal comme localisé sur l'amygdale gauche et sur la muqueuse buccale, qui lui fait suite antérieurement. Comme les fausses membranes ne s'étaient pas étendues, M. Gendron ne voulut pas être cautérisé de nouveau, redoutant la douleur que lui avaient causée les premières cautérisations. Quelque temps après mon arrivée, il avala, mais avec un peu de difficulté, une tasse de bouillon. Il se coucha vers neuf heures, et se trouvait assez bien pour ne pas vouloir que l'un de nous restât près de lui; il ne garda que son domestique. Celui-ci vint nous éveiller vers trois heures. Nous trouvâmes M. Gendron fort oppressé, toussant et expectorant beaucoup. Il nous dit : Je suis bien malade; je suis oppressé, et j'ai des envies de vomir.

Nous examinâmes de nouveau la gorge, et nous vîmes que la fausse membrane avait dépassé un peu la partie inférieure de l'amygdale sans s'étendre plus loin. Nous envoyâmes chercher du tartre stibié, et nous proposâmes une cautérisation qui fut acceptée et fut faite avec l'azotate d'argent au 5e. Comme le larynx ne nous semblait toujours point atteint, nous crûmes devoir attribuer l'expectoration et l'oppression à une exacerbation d'un catarrhe chronique dont le malade était atteint. Cependant nous remarquions avec effroi la faiblesse augmenter, et, pendant les courts instants de sommeil, il arrivait parfois que la respiration s'arrêtait court pendant sept ou huit secondes; il paraissait oublier de respirer. Vers six heures, l'oppression était devenue extrême, des quintes de toux violentes se succédaient rapidement, et pendant l'une d'elles notre malheureux confrère expulsa une fausse membrane longue de 10 à 12 centimètres, sur 1 centimètre de large environ. Nous fûmes atterrés, évidemment elle venait des bronches.

M. Gendron la prenant dans ses doigts, nous dit en nous la montrant : Voyez, c'est fini, mes amis, il faut partir, tous vos efforts sont inutiles, les bronches sont envahies. Puis, comme nous essayions de lui rendre un peu d'espoir que nous n'avions plus, il nous dit encore, avec cette sérénité d'âme que donne une conscience pure : Non, non, je vois bien que c'est fini; je ne redoute pas la mort, je suis résigné; tout ce que je désire, c'est que ce ne soit pas long. Nous étions saisis d'admiration en voyant ce calme en face d'une mort imminente.

Tel dut être Socrate buvant la ciguë au milieu de ses disciples! Cet homme, qui ne redoutait pas la mort, craignait la douleur. C'est qu'il avait vu maintes fois cette terrible agonie du croup, la plus épouvantable de toutes, cette strangulation qui dure des heures.

Nous le décidâmes cependant à prendre quelques grains de tartre stibié qui furent longs à agir, mais finirent par provoquer quelques vomissements. Il rejeta encore une fausse membrane volumineuse et informe.

L'expectoration continuait très-abondante, et, dans les matières expectorées, nous remarquions des débris de fausses membranes. Peu à peu l'accès d'oppression qui avait été très-violent, nous avions craint un instant que ce fût le dernier, l'accès, dis-je, se calma, en sorte que vers onze heures du matin, le mercredi, un mieux considérable s'était produit. L'espoir commençait à nous revenir : on espère tant ce que l'on désire!

Nous attendions M. le docteur Charcelay (de Tours), que nous avions mandé par le télégraphe. Nous attendions aussi M. Gendron fils. Tous deux arrivèrent sur les deux heures; M. Gendron accompagné de M. le docteur Deguille (de la Flèche). Mais, hélas! ils arrivèrent pour être témoins de ses derniers moments. A partir de midi, la faiblesse augmenta ainsi que l'oppression, et à trois heures et demie seulement notre regretté confrère rendit le dernier soupir.

C'était la seconde fois que le docteur Gendron était atteint de cette terrible maladie, dont il avait fait le sujet d'une étude particulière. Il était âgé de soixante-six ans; il était membre de la Légion d'honneur, membre correspondant de l'Académie de médecine et membre du conseil général du département de la Sarthe. Savant praticien, d'un dévouement sans bornes, sa vie avait été celle d'un homme de bien, sa mort fut celle d'un sage.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance annuelle du 9 janvier 1861. — Présidence de M. MARJOLIN.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

M. LEGOUEST, secrétaire annuel, donne les conclusions du rapport de la commission chargée d'examiner les thèses envoyées pour le prix Duval.

Messieurs,

Le docteur Jacques-René Duval, membre de l'Académie de médecine, de l'ancien Collége et de l'ancienne Académie royale de chirurgie, a fait don par testament à la Société de chirurgie de Paris, dont il était membre honoraire, d'une somme destinée à fonder un prix annuel de 100 francs, donnés en livres à l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année.

Dépositaire des traditions scientifiques du grand concile chirurgical du siècle dernier, feu Duval a voulu les perpétuer parmi nous, et léguer à sa famille qui nous est chère à plus d'un titre et aux amis de l'art, celles des bienfaits envers la société et des encouragements aux jeunes travailleurs.

D'après la volonté du donataire, chacune des thèses ne doit traiter que d'un seul sujet : elles doivent s'appuyer sur des observations recueillies dans un service d'hôpital, et renfermer les indications bibliographiques les plus complètes et les plus précises.

Les docteurs en médecine ayant rempli les fonctions d'interne titulaire dans les hôpitaux civils français, ou des fonctions analogues dans les hôpitaux de l'armée de terre ou de la marine, sont seuls admis à prendre part au concours qui reste ouvert du 1er janvier au 31 décembre de l'année courante.

Les thèses qui vous ont été adressées cette année ne sont ni moins nombreuses ni moins remarquables que celles qui vous ont été envoyées dans le cours des années précédentes.

La commission qui vous en a rendu compte a vivement regretté que nos modiques ressources ne nous permissent pas de distribuer plus largement les distinctions méritées par les travaux qu'elle a eu à examiner; tout en signalant la valeur des thèses présentées au concours de l'année 1860, elle a dû se borner à vous demander de restreindre vos suffrages à deux d'entre elles :

En 1re ligne, celle de M. le docteur Cavasse, ancien interne des hôpitaux de Paris, intitulée : *Essai sur les fractures traumatiques des cartilages du larynx.*

En 2e ligne, celle de M. le docteur Dubarry, ancien interne des hôpitaux de Paris, intitulée : *Recherches sur la cataracte.*

En conséquence, M. le président annonce que le prix Duval est accordé à M. le docteur Cavasse, et une mention honorable à M. le docteur Dubarry.

M. LE PRÉSIDENT fait le compte rendu des travaux de l'année qui vient de s'écouler.

M. LEGOUEST, secrétaire annuel, lit l'Éloge historique de L. J. Bégin, membre honoraire de la Société.

M. BROCA, secrétaire général, lit l'Éloge de Lenoir, membre titulaire de la Société.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Lélut, médecin de la Salpêtrière, vient d'être élu vice-président de l'Académie des sciences morales et politiques.

— M. le docteur Eugène Moynier, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé chevalier de l'ordre de Léopold de Belgique.

— M. le professeur Piorry exposera dans ses trois prochaines leçons cliniques les faits thérapeutiques qui découlent de ses nombreux travaux.

— La Société botanique de France vient de composer de la manière suivante son bureau et son conseil pour l'année 1861 :

Président, M. Ad. Brongniart; *vice-présidents*, MM. Andry, Chatin, Lasègue et A. Passy; *secrétaires*, MM. Duchartre et de Schœnefeld; *vice-secrétaires*, Eug. Fournier et Gris; *trésorier*, Fr. Delessert; *archiviste*, de Bouis.

Les membres du conseil sont : MM. Brice, Bureau, Cosson, Decaisne, Fermond, J. Gay, Gide, A. Jamain, le comte Jaubert, Le Dien, le marquis de Noé et Prillieux.

Commissions pour 1861. — 1° Commission de comptabilité : MM. Brice, Gide et A. Jamain.

2° Commission des archives: MM. Lasègue, Le Maout et de Schœnefeld.

3° Commission du *Bulletin* : MM. Cosson, A. Jamain et Prillieux.

4° Commission des gravures : MM. Decaisne, J. Gay et Moquin-Tandon.

5° Commission de la session départementale : MM. Boisduval, Cosson, J. Gay, le comte Jaubert et de Schœnefeld.

— M. le docteur Auzoux commencera son cours d'anatomie humaine et comparée le dimanche 13 janvier à une heure. Ce cours sera continué les dimanches suivants.

De la Digitale et du meilleur mode d'emploi de cette plante, par LABÉLONYE, pharmacien de l'Ecole spéciale de Paris, ancien président de la Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine, etc. Paris, 1859, chez Labé, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 23. — M. Labélonye, qui s'est particulièrement occupé de l'étude de la digitale, démontre, dans cette brochure, que cette plante doit ses propriétés si diverses et qui en font à la fois un excellent sédatif et un puissant diurétique, non à un principe unique, mais à la réunion des divers principes qui entrent dans sa composition, et que l'alcool à 60° en est le meilleur dissolvant. — Il prépare, à l'aide de ce menstrue, dans le vide, à l'abri de toute altération, un extrait qui contient tous les principes auxquels on peut attribuer les propriétés de la digitale, et, pour en rendre l'emploi plus facile, il l'unit à un sirop dans la proportion de 5 centigrammes pour 31 grammes de sirop. — Les succès qu'obtiennent tous les jours les praticiens de l'emploi du Sirop de Labélonye (à la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19) dans les maladies organiques ou non organiques du cœur, dans les affections pulmonaires, bronchiques, et dans les hydropisies, prouvent, en effet, qu'il jouit de toutes les propriétés sédatives ou diurétiques de la digitale.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 6. — MARDI 15 JANVIER 1861. (34e ANNÉE. N° 6. — MARDI 15 JANVIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 14 janvier 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

La physiologie, la médecine, la chirurgie et l'hygiène publique, ont fourni chacune un large contingent à cette séance. Nous allons passer rapidement en revue ces nombreuses communications.

Nous signalerons d'abord la présentation d'un nouveau livre de M. Flourens, dont le titre : *De la raison, du génie et de la folie,* est fait assurément pour piquer la curiosité. L'auteur en a résumé lui-même l'objet en trois propositions aphoristiques qui inspirent le plus vif désir d'en connaître les développements.

On sait que la plupart des instruments d'optique propres à procurer la vision nette des objets distants, n'ont jamais été appliqués qu'à la vision avec un seul œil. Cette application constante d'un seul œil devant nécessairement être fatale à l'intégrité de la fonction, en troublant promptement l'accord fonctionnel des deux organes, M. Giraud-Teulon, justement préoccupé de ce danger, s'est proposé de préciser les conditions d'un usage rationnel et physiologique binoculaire de tous ces instruments.

Tel est l'objet du mémoire dont il a donné lecture à l'Académie. On trouvera dans le compte rendu l'exposé des ingénieuses combinaisons d'optique à l'aide desquelles notre savant confrère résout ce problème, qui n'a pas moins d'intérêt pour les médecins que pour les physiologistes et les physiciens.

Deux communications nous fournissent une transition naturelle de la physiologie à la médecine et à la chirurgie, car elles ne sont toutes deux que des applications de données physiologiques expérimentales, l'une au diagnostic et l'autre à la médecine opératoire; nous voulons parler des communications de M. Nonat et de M. Demarquay.

On se souvient que dans une des précédentes séances, à l'occasion d'une intéressante observation de M. Poelman relative à l'abolition du pouvoir de coordination des mouvements par suite d'une altération de la substance du cervelet et des pédoncules, M. Flourens rappelant les expériences à l'aide desquelles il a indiqué le rapport existant entre les phénomènes pathologiques et les fonctions des parties lésées de l'encéphale, a constaté qu'il était possible aujourd'hui, grâce à ces notions physiologiques, de diagnostiquer pendant la vie le siége des apoplexies en remontant des symptômes à l'organe lésé. Le cas rapporté par M. Poelman, et les réflexions qu'il a suggérées à M. Flourens, ont remis en mémoire à M. Nonat un fait analogue, mais d'une importance plus grande encore au point de vue de la physiologie et de la pathologie humaines, en ce qu'il a été observé chez l'homme lui-même. On lira avec intérêt dans le compte rendu cette observation, qui vient donner une confirmation si remarquable aux propositions de M. Flourens.

C'est encore d'une application des expériences physiologiques de M. le secrétaire perpétuel, si fécondes en déductions pratiques, qu'il s'agit dans le mémoire de M. Demarquay sur les résections sous-périostées. Nous avons assez souvent mentionné ici les expériences relatives à la reproduction des os par le périoste, pour qu'il nous soit permis de les supposer parfaitement connues de tous nos lecteurs. M. Demarquay, dans le mémoire dont nous publions un extrait dans le compte rendu, rapporte un nouvel exemple très-remarquable de restauration par le périoste d'un péroné qui avait été en grande partie réséqué.

Le morceau capital de la séance, au point de vue pratique, est le mémoire de M. Marcelin Duval sur les amputations. Ce travail considérable, dont l'honorable directeur du service de santé maritime de Toulon n'a pu lire que quelques courts extraits, a pour objet principal l'étude des conditions de la conservation des membres, et spécialement des membres inférieurs, à la suite des fractures comminutives déterminées par des coups de feu; et pour base les observations recueillies par l'auteur à l'hôpital principal de la marine de Toulon et à l'hôpital Saint-Mandrier, sur des militaires de l'armée d'Italie blessés à Magenta et à Solferino. Nous publierons prochainement un résumé de cet important mémoire.

Dans un ordre de travaux plus circonscrit, mais non moins utile, nous devons mentionner une nouvelle note de M. Heurteloup, complémentaire de la précédente communication sur son *porte-à-faux;* il s'agit de quelques détails relatifs à la dépression du bas-fond de la vessie, indiquée dans son mémoire comme étant une des conditions de l'usage du porte-à-faux, et dont l'omission dans ce travail aurait pu — c'était la crainte de l'auteur — donner lieu à une fausse interprétation.

Le même courrier a transmis à l'Académie de nouvelles remarques de M. Guillon à l'appui de la réclamation de priorité précédemment élevée à l'égard de M. Heurteloup à l'occasion de cette même communication.

L'hygiène publique, avons-nous dit, a fourni aussi son contingent à cette séance. Elle y est représentée par deux mémoires, l'un de M. le docteur Grimaud, de Caux, sur le meilleur mode de distribution des eaux publiques aux habitants des grandes villes, — travail essentiellement hygiénique par son but, mais trop technique dans son objet pour que nous ayons pu le reproduire ici; — le second de M. Bonnafont, sur quelques modifications à introduire dans les salles de spectacle, au point de vue de l'hygiène des artistes et de l'éclairage de la scène.

On trouvera dans le compte rendu un extrait de ce travail, qui joint à ses autres mérites celui d'un intérêt d'actualité pour la capitale.

L'Académie a procédé dans cette séance au renouvellement de son bureau, ce qui consiste uniquement dans l'élection d'un vice-président, le vice-président de l'année passant de droit président. M. Duhamel, de la section des sciences mathématiques, a été élu vice-président pour l'année 1861.

Conformément à l'usage de l'Académie, M. Chasles, président sortant, a fait connaître à ses collègues, avant de quitter le fauteuil, les changements survenus pendant le cours de l'année dans le personnel de la Compagnie. Voici quels sont ces changements pour les sections dont les travaux nous intéressent d'une manière plus particulière (médecine et chirurgie, anatomie et zoologie, botanique).

La section d'anatomie et zoologie a perdu cette année M. Duméril, remplacé par M. Longet.

La section de botanique a perdu M. Payer, non encore remplacé. Dans le comité secret de la séance même dont nous rendons compte, la section de botanique a proposé, par l'organe de son doyen, de déclarer qu'il y avait lieu d'élire à la place vacante par suite du décès de M. Payer.

Parmi les correspondants, l'Académie a perdu, dans la section d'anatomie et zoologie, M. Dujardin; elle a élu dans la même section M. Rathke. Il lui reste à élire pour cette même section un correspondant en remplacement de M. Dujardin. — Dr Brochin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Baillarger.

Acéphalocyste du cerveau; manie avec délire des grandeurs; transformation de la manie en délire aigu à l'époque des règles.

La nommée R..., âgée de trente-huit ans, cuisinière, a été amenée à la Salpêtrière, le 12 novembre 1857. J'apprends de sa belle-sœur qu'il n'y a pas d'aliénés dans la famille, mais qu'un des frères est mort jeune et qu'il avait une tendance très-forte aux congestions cérébrales.

La malade a toujours été bizarre et d'un caractère difficile. Depuis un an, elle se plaignait de très-grands maux de tête; elle avait en outre une affection nerveuse sur laquelle sa belle-sœur ne peut donner de détails précis. En même temps, il s'est produit du strabisme. Enfin, depuis six mois on avait remarqué un changement très-tranché dans le caractère de la malade. On ajoute qu'elle a pris des préparations mercurielles pour guérir une affection syphilitique.

C'est deux ou trois jours seulement avant son entrée que le délire a éclaté tout à coup. Il a revêtu dès le début, et de la manière la plus marquée, les caractères du délire ambitieux symptomatique de la paralysie générale. La malade est très-agitée, répète continuellement qu'elle est la *reine des cieux*. Elle a des couronnes de diamants, des millions; elle rêve le bonheur universel. Bientôt personne ne mourra plus. On ne doit plus manger que des dindes truffées arrosées des vins les plus exquis, etc. Elle vante sa beauté, son esprit, ses talents. Elle annonce qu'elle va sortir à cheval avec un magnifique costume d'amazone. Elle est d'ailleurs très-agitée, parle, chante continuellement, se déshabille.

Avec quelque soin qu'on examine la malade, il est impossible de constater aucun embarras dans la parole; la pupille droite est beaucoup plus dilatée que la gauche. L'appétit est bon; il y a chaque nuit quelques heures de sommeil.

Les 17 et 18 décembre, insomnie complète.

Le 19, les règles apparaissent et coulent jusqu'au 21.

Jusque-là la malade avait continué à bien manger, et nous n'avions vu chez elle que les symptômes d'une manie aiguë.

A partir du 21, l'agitation devient excessive. R... ne paraît plus faire aucune attention à ce qui se passe autour d'elle. Par moments, expression de fureur. Dès le 23, les lèvres et la langue se sèchent. Expectoration de crachats épais et grisâtres. Le pouls est à 110. Battements aortiques; soif vive; la figure s'altère; loquacité continuelle, incohérente. Au milieu du délire de la malade, on constate qu'il y a toujours prédominance des idées de grandeurs; point d'embarras de la prononciation.

Le 27 décembre, l'agitation a pris un caractère spécial et comme semi-convulsif. La malade remue continuellement la tête, les bras et le bassin. Elle parle moins, commence à s'affaisser. Les lèvres et la langue sont toujours sèches. Le pouls est très-fréquent.

Le 30 novembre, diarrhée; prostration. Les mouvements de la tête et des bras ont cessé. La figure est de plus en plus altérée.

Le 1er décembre, l'agitation convulsive de la tête et des bras a recommencé; la diarrhée, au contraire, a cessé. La langue est plus humide, le pouls un peu moins fréquent; insomnie presque complète.

La malade a succombé le 6 décembre.

Jusqu'au 4, l'agitation semi-convulsive avait continué. La malade, quoique parlant beaucoup moins, avait toujours de l'incohérence dans les idées. L'embarras de la prononciation n'a pas été noté, même dans ces derniers jours. Les dents étaient fuligineuses, le pouls très-fréquent et petit. La diarrhée n'avait pas reparu.

Le traitement avait consisté en applications de bains simples, glace sur la tête; vésicatoires aux cuisses; laxatifs; lait étendu pour boisson, additionné d'eau de laurier-cerise (10 à 25 gr.).

Autopsie. — Les deux hémisphères pèsent 1,050 grammes.

L'hémisphère gauche est plus lourd de 10 à 12 grammes.

Le cervelet pèse 158 grammes.

Il s'est écoulé 95 grammes de sang et de sérosité.

Le crâne enlevé, la dure-mère apparaît tendue et bleuâtre, principalement en arrière.

Le feuillet viscéral de l'arachnoïde est épaissi et opaque, surtout sur le trajet des gros vaisseaux. La pie-mère est très-injectée, infiltrée. Il y a en outre aux parties externes et inférieures, autour des scissures de Sylvius, des suffusions sanguines. Toutes ces altérations sont bien plus prononcées à gauche qu'à droite. A la base, on trouve un peu d'injection, mais point d'épaississement ni d'opacité. L'enlèvement des membranes se fait facilement, et il n'y a nulle part d'adhérences avec la couche corticale.

Le cerveau lavé après l'enlèvement des membranes, on constate que les circonvolutions ont leur volume et leur coloration normales. On trouve seulement à gauche, au bord de la scissure de Sylvius, au point où existait la suffusion sanguine, une circonvolution qui a une teinte rosée et qui est un peu ramollie à sa surface. En grattant la couche corticale dans divers points des circonvolutions, on constate qu'elle est plus molle que dans l'état normal, et que la couche sous-jacente à la couche externe est très-colorée. Cette coloration est plus générale dans l'hémisphère droit. La substance blanche est partout très-piquetée, et offre, surtout en arrière, une grande quantité de sang.

Au milieu du lobe postérieur, dans l'hémisphère droit, on trouve enchâssée dans la substance blanche une vésicule d'un pouce de long et de quatre lignes de large environ à sa partie moyenne. Cette vésicule est formée par une membrane lisse, transparente dans quelques points, surtout à son extrémité postérieure, qui était libre, et qui s'est séparée nettement de la substance cérébrale, en y laissant une cavité de même forme. Dans tout le reste de son étendue, la vésicule est adhérente à la substance cérébrale, dont on a pu cependant l'énucléer. Une couche très-mince de substance blanche reste adhérente à cette partie antérieure et la rend opaque, excepté dans deux points où elle a conservé sa transparence. On peut insuffler cette vésicule, qui se distend et reprend sa forme. Elle contenait de la sérosité, qui s'est écoulée au moment où la vésicule a été ouverte à sa partie antérieure, sans avoir d'abord été aperçue.

L'hémisphère gauche examiné avec soin, on n'y trouve aucune altération locale, mais seulement la coloration de la substance grise et l'injection de la substance blanche.

La substance grise du cervelet a un reflet légèrement rose. La substance blanche est injectée.

La moelle n'a pas été examinée.

Les autres viscères sont sains. Il y a seulement un peu d'emphysème dans les poumons.

I. Les cas de paralysie générale qu'on peut, comme ici, rapporter à une altération locale préexistante, sont rares. Dans une observation très-remarquable de manie ambitieuse, citée par Esquirol, on trouva entre autres altérations une tumeur grosse comme une noisette qui comprimait les circonvolutions. On rencontre quelquefois de petits kystes enchâssés dans la substance grise, et remplis de substance micacée ou crétacée : j'ai recueilli plusieurs cas de ce genre, et j'aurai occasion d'en citer plus tard quelques-uns. M. Parchappe en a rapporté plusieurs exemples : quant à des hydatides, l'observation que je rapporte ici est la seconde que j'ai vue chez des paralytiques. Dans l'autre cas, il s'agit d'un cysticerque.

II. Il y a eu dans la maladie de la femme R... deux périodes qu'il importe de bien distinguer : l'une qui s'étend du 9 au 21 novembre, l'autre depuis ce jour jusqu'à la mort.

Dans les onze premiers jours, la malade a été simplement maniaque. Cette manie, il est vrai, n'était pas une manie simple, et le pronostic était fâcheux, la paralysie générale étant très à redouter. La maladie pouvait se prolonger un an ou plus ; il y avait même un certain nombre de chances pour qu'elle se terminât heureusement. Cependant la mort a eu lieu moins d'un mois après l'invasion.

Cette issue a pu être prévue dès le 21 novembre, lorsque, les règles s'arrêtant après trois jours, on a vu l'insomnie devenir complète, le délire plus aigu, l'agitation prendre le caractère semi-convulsif, la langue se sécher, etc. ; la manie se transformait en délire aigu. Cette transformation avait lieu sous l'influence de la menstruation.

Il m'est arrivé assez souvent de voir dans la manie ou la mélancolie simple, dans la manie ou la mélancolie congestive, cette transformation se produire à l'époque de la première menstruation qui suit le début. C'est donc un moment difficile à traverser, surtout dans les manies aiguës.

J'ai dans ce moment dans mon service une femme dont je publierai plus tard l'observation, et qui offre aussi une manie ambitieuse sans signes de paralysie. Après huit jours, les symptômes de la manie jusque-là modérés ont pris tout à coup une acuité extrême ; l'insomnie a été complète, la langue a commencé à se sécher, la physionomie jusque-là gaie et épanouie a pris par moments une expression de fureur ; crachats gris, battements aortiques ; le troisième jour, les règles ont paru pendant quelques heures seulement ; mais ce commencement de délire aigu a cédé, et la manie est aujourd'hui rentrée dans les conditions du début.

III. Cette femme, outre le délire des grandeurs, offrait dès l'entrée une inégalité très-marquée dans les pupilles, et je crois devoir faire remarquer que c'est surtout dans les cas de ce genre que ce signe a une assez grande importance pour le diagnostic.

Cette importance vient de sa fréquence chez les malades atteints ou menacés de paralysie générale, et au contraire de sa rareté dans les folies simples. C'est ce que paraissent avoir oublié quelques auteurs, qui, ne s'en tenant qu'aux seuls paralytiques, ont semblé vouloir enlever à ce signe toute valeur en faisant remarquer qu'il n'est pas constant, et que loin de là il manque très-souvent. La question, en effet, n'est pas de savoir si l'inégalité des pupilles est constante chez les paralytiques, mais seulement si elle est très-fréquente, et au contraire très-rare dans les folies simples. D'où cette conséquence que ce symptôme, quand il existe, établit une présomption de paralysie générale. C'est tout ce que je prétends.

IV. A ne prendre que la première période de la maladie avant l'invasion du délire aigu, cette observation soulève une question de classification qui se représente souvent à l'occasion de faits semblables.

La femme R... n'avait aucun embarras de la prononciation ni aucune faiblesse dans les membres. Cependant elle offrait deux symptômes de paralysie générale, le délire des grandeurs et l'inégalité des pupilles. Fallait-il, se fondant sur ces deux symptômes, ranger dès le début la malade parmi les paralytiques? Devait-on, au contraire, laisser ce cas dans les manies simples jusqu'à l'apparition ultérieure de symptômes de paralysie, en se bornant à porter un pronostic fâcheux, et à déclarer que la malade était *menacée* de paralysie générale?

La première manière de voir est aujourd'hui celle de quelques médecins; la seconde est adoptée par le plus grand nombre. J'ai combattu ces deux opinions, mais j'avoue que si je devais adopter l'une d'elles, je serais avec la minorité.

Je comprends difficilement qu'on range également sous le titre de manie simple des maladies dont le pronostic est si différent que dans un cas on peut prédire comme très-probable l'incurabilité et une mort plus ou moins prochaine, tandis que dans l'autre on laisse entrevoir de grandes espérances de guérison. Cette différence de pronostic me paraît impliquer une différence de nature.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE SUR LA STRANGULATION.

Dans les affaires criminelles, le médecin est à chaque instant appelé à émettre un avis sur différents genres de mort violente, groupés à tort sous le nom générique d'asphyxie. Non-seulement il est très-regrettable, au point de vue de la science, que le public médical se serve indifféremment et comme de termes synonymes des mots *strangulation*, *suffocation* et *pendaison*, mais encore doit-on déplorer qu'une confusion de cette nature, donnant lieu à des assertions contradictoires de la part d'experts désignés, serve parfois de texte à la justice ou au barreau pour accuser d'insuffisance et de stérilité les investigations qui nous sont confiées au nom de la loi. Lorsqu'un médecin prête des armes à l'ignorance ambitieuse d'hommes incompétents, sa déposition court le risque d'essuyer des blessures dont le temps sera peut-être inhabile à dissimuler les cicatrices.

M. le docteur A. Tardieu semble vraiment avoir pris la tâche ingrate, mais glorieuse, de faire pénétrer la lumière de l'analyse et de l'observation dans le labyrinthe de la médecine légale; de projeter une clarté précieuse sur les enquêtes, d'y introduire des principes dirigeants, et de substituer la règle au hasard, la science au préjugé. C'est ainsi qu'après avoir constaté la fréquence de la strangulation, après en avoir étudié un très-grand nombre de cas, et avoir pu, comme expert, en apprécier l'importance et les sérieuses difficultés pratiques, il a résolu de chercher les moyens propres à prouver à la justice qu'un individu a été étranglé, et non pas pendu ou étouffé (1). Il l'a fait dans des termes aussi clairs que l'expriment dans le langage vulgaire les mots parfaitement distincts et intelligibles pour tous de strangulation, pendaison et suffocation. On conçoit que s'il a réussi dans cette œuvre, les tribunaux devront désormais n'avoir plus d'hésitation ni de doutes.

Après avoir tracé un aperçu historique, rappelé les travaux de l'honorable M. Devergie, cité les recherches si ingénieuses et si neuves de M. Faure sur l'asphyxie, et mentionné les principales observations déposées dans nos archives, M. Tardieu commence par exposer le fait suivant : il n'y a pas très-longtemps, dans un département du ressort de la cour de Paris, on découvre dans une mare cachée au fond des bois, le cadavre d'une jeune fille violée, et qui, après avoir été étranglée, avait été jetée à l'eau. Des poursuites sont commencées contre l'auteur présumé de ce double crime, mais il devient indispensable de savoir si la submersion a eu lieu réellement après la mort, ou si le corps a été précipité dans la mare avant que la jeune fille eût complétement perdu la vie. Cette question une fois résolue, on sait le lieu et le moment où ont été commis le viol et l'assassinat. Des experts, hommes d'ailleurs instruits et habiles, examinent avec attention et analysent les faits avec exactitude; mais ils hésitent dans leurs conclusions, et, malgré l'évidence, ils n'osent affirmer que la strangulation a été la véritable cause de la mort, et que la submersion n'a été que consécutive. L'hésitation des experts avait eu sa raison d'être : ils avaient trouvé de l'écume dans le larynx et la trachée, et aucun auteur n'indique que cette particularité peut se rencontrer aussi bien chez ceux qui meurent étranglés que chez les noyés et les pendus. Quelles déplorables conséquences une mission semblable ne peut-elle pas entraîner!

Il est d'autant plus important de rechercher le diagnostic différentiel des différents genres de mort dont nous allons parler, que voici ce qui peut se présenter : le cadavre d'un individu étranglé ou étouffé par des meurtriers est pendu ou noyé, et le crime peut faire place ainsi aux apparences d'un suicide.

Arrivons avec l'auteur à une définition des termes :

1° On doit réserver le nom de *suffocation* à tous les cas dans lesquels un obstacle mécanique, autre que la strangulation et la pendaison, est apporté violemment à l'entrée de l'air dans les organes respiratoires, tels que compression des parois de la poitrine, occlusion directe de la bouche et des narines, enfouissement, etc.

2° La *pendaison* (*suspensio per laqueum collo injectum*) est un genre de violences dans lequel le corps, retenu par un lien noué autour du cou et abandonné à son propre poids, exerce sur le lien suspenseur une traction assez forte pour interrompre l'entrée de l'air et le cours du sang.

3° Enfin, la *strangulation*, entendue dans le sens médico-légal, est *un acte de violence qui consiste en une constriction exercée directement soit autour, soit au-devant du cou, et ayant pour effet, en s'opposant au passage de l'air, de suspendre brusquement la respiration et la vie.*

Si la pendaison est dans l'immense majorité des cas, sinon toujours, le résultat d'un suicide, la strangulation, au contraire, est presque exclusivement le fait de manœuvres homicides. Elle s'ajoute souvent, du reste, à d'autres violences : les victimes présentent alors des traces de coups et de blessures. D'autres fois, elle est employée concurremment avec la suffocation ou vient compliquer l'attentat à la pudeur, le viol ou la pédérastie. Enfin, on l'observe en général sur des femmes ou des enfants nouveau-nés.

Il existe différents modes de strangulation. Tantôt la constriction s'opère à l'aide d'une corde, plus ou moins grosse, d'un mouchoir, d'une courroie, d'un ruban, d'un fragment de linge ou de vêtement, d'un lien quelconque; tantôt, et c'est le procédé le plus ordinaire, elle est directement exercée par les deux mains ou par une seule. Deux ou trois doigts suffisent même à l'infanticide par étranglement.

La strangulation est certainement l'un des genres de meurtre les plus prompts et les plus terribles, et il n'est besoin ni de beaucoup de force ni de beaucoup de temps, pour que l'accès de l'air dans les voies respiratoires soit intercepté et que mort s'ensuive. M. Tardieu rappelle à cette occasion les belles expériences de M. Faure, qui peignent avec tant d'exactitude l'ensemble des phénomènes constatés : angoisse, agitation, convulsion, perte de la sensibilité et du mouvement, écume sanguinolente, évacuations involontaires, émission du sperme, diminution rapide et bientôt définitive des battements du cœur. Mais si le tableau est fidèle pour les animaux sacrifiés par l'expérimentateur, il est certaines particularités essentielles à ajouter pour l'homme qu'étreint une main criminelle, et qui dépendent soit de la persistance et de l'action rapidement progressive de la constriction, soit de l'état de faiblesse de la victime, de la prolongation de l'agonie, ou de l'emploi du tourniquet ou *garrot*.

Il semble que la plupart des assassins, par un concert odieux, se rencontrent dans la même pensée : ils cherchent, par un premier coup porté sur la tête, à étourdir la victime, puis ils l'achèvent en l'étranglant. De là, de fréquentes contusions, blessures ou violences générales dont l'expert ne doit pas négliger l'examen.

La face des cadavres reste généralement tuméfiée, violacée et comme marbrée. M. Tardieu a remarqué que l'altération de la physionomie était d'autant moins marquée que la victime était moins forte : elle l'est, par exemple, au plus faible degré chez les nouveau-nés. La langue est habituellement proéminente, serrée entre les dents ou fixée derrière les arcades dentaires. Il n'est pas rare de voir un sang spumeux s'écouler par les narines. Mais le signe le plus constant, c'est la formation d'ecchymoses très-nombreuses et de très-petite dimension sur la face, sous la conjonctive, au-devant du cou et de la poitrine. Toutes ces parties présentent un pointillé rouge qui leur donne un aspect saisissant, mais non pas absolument caractéristique, car dans les cas de suffocation par compression des parois de la poitrine et du ventre, nous nous rappelons que le même médecin légiste en a déjà fait mention (1).

Lorsqu'un lien a été appliqué et serré autour du cou, il y laisse une empreinte en rapport avec sa forme, son épaisseur et la manière dont il était disposé et attaché. C'est le plus souvent un sillon transversal, peu profond, non parcheminé, et qui a à peine changé la coloration du tégument. La constriction du cou a été violente et courte à la fois; elle n'a pas persisté après la mort, tandis que dans la pendaison le poids du corps augmente d'instant en instant la pression qu'exerce le lien suspenseur et rend les marques plus profondes et plus durables. Comme signe différentiel encore, les ecchymoses autour du cou sont beaucoup plus nombreuses dans la strangulation.

Lorsque les mains ont été l'instrument du supplice, on trouve de chaque côté du larynx, sous la mâchoire et la base du cou, des ecchymoses et des excoriations dont le siége, la disposition et la forme laissent peu de doute, et reproduisent parfois sur le cou, de la manière la plus frappante, l'empreinte exacte de la main du meurtrier. Il importe d'examiner également avec une minutieuse attention la direction des petites excoriations curvilignes qu'ont formées les ongles enfoncés dans les chairs, car suivant que la concavité ou la convexité est tournée en haut ou en bas, on peut reconnaître quelle était la situation respective des deux acteurs.

L'état des parties profondes du cou chez les étranglés, n'est nullement indiqué par celui de la peau. Ainsi M. Tardieu a rencontré très-fréquemment des extravasations sanguines non-seulement dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais encore dans l'épaisseur des muscles des régions sus et sous-hyoïdiennes, et jusque sur la face extérieure du larynx et de la trachée. Il en a même observé sur le sternum et dans les muscles pectoraux.

Le larynx et la trachée sont rarement le siége de désordres graves. La fracture des cartilages thyroïde et cricoïde, la luxation ou la fracture de l'os hyoïde, sont tout à fait exceptionnelles. En revanche, la face interne du conduit aérien est le plus souvent congestionnée, d'un rouge uniforme, parfois violacé; on y trouve, d'une manière à peu près constante, une quantité plus ou moins abondante, souvent très-considérable, d'écume. Il est fort rare que celle-ci manque : elle est en général très-fine et pénètre quelquefois jusque dans les bronches. Tantôt blanche ou rosée, elle est le plus souvent sanguinolente.

L'état des poumons est très-variable : ils sont généralement peu engoués, d'une couleur rosée assez uniforme, parfois fortement congestionnés. Mais à part des différences d'aspect, ces organes sont fréquemment le siége de lésions plus caractéristiques : notons d'abord la déchirure des vésicules les plus superficielles donnant lieu à un emphysème plus ou moins étendu.

Ces ruptures des vésicules pulmonaires ne manquent presque jamais; elles sont multiples, tantôt isolées, tantôt réunies en groupes. Il semble que la surface des poumons soit parsemée de plaques pseudo-membraneuses, peu épaisses, très-blanches et de diverses dimensions; mais pour peu que l'on regarde de plus près, on reconnaît de très-petites bulles d'air retenues dans la plaie et qu'une simple piqûre affaisse subitement.

M. Tardieu n'a jamais rencontré, après la mort par étranglement, d'ecchymose ou d'extravasation sanguine sous le péricarde et sous l'endocarde. Le cœur est absolument vide dans quelques cas, et dans d'autres il renferme un peu de sang noir et fluide.

Le cerveau est ordinairement exempt d'altérations. Dans la pendaison, au contraire, l'engouement sanguin des vaisseaux encéphaliques est très-fréquent.

Lorsqu'il y a eu strangulation incomplète et que la tentative a été portée assez loin pour avoir laissé des traces, l'expert légiste se trouve en présence des signes suivants : face gonflée, violette, marbrée, piquetée de rouge, livide. L'écume sort des narines et de la bouche. Les yeux sont sanglants, et sous la conjonctive il existe une extravasation ecchymotique. Le cou est gonflé et douloureux; la voix est brisée, la déglutition très-pénible. Le gonflement s'étend à toute la région cervicale et à la partie inférieure de la mâchoire. L'empreinte des doigts est quelquefois très-visible. Les suites d'une tentative de strangulation sont toujours longues et peuvent devenir très-graves.

Les questions médico-légales relatives à la strangulation sont au nombre de dix, sauf telles circonstances imprévues qui peuvent surgir. M. Tardieu les a toutes examinées successivement, et nous pouvons dire qu'elles reproduisent exactement les conditions les plus générales des expertises en matière de meurtre ou de blessures par strangulation.

1° *Existe-t-il des traces de strangulation?* — Diverses blessures, excoriations, érosions ou autres, peuvent survenir accidentellement au-devant du cou par le fait de causes très-variées et qu'il est presque impossible d'énumérer et même de prévoir. L'action de certains topiques médicamenteux, sinapismes, emplâtres, eau sédative, appliqués sur le cou, peut laisser des marques qui, au premier examen que l'on fait d'un cadavre, éveillent les soupçons sur la cause de la mort. Il en serait de même de certaines écorchures ou de coupures légères, qui se rencontrent si fréquemment dans cette région. On évitera l'erreur en faisant une étude approfondie des lésions tant externes qu'internes.

En se pénétrant bien des signes qui ont été précédemment énumérés, on arrivera à différencier la strangulation de la pendaison. Du reste, si le corps d'un individu est trouvé gisant avec des traces de constriction du cou, on ne supposera pas qu'il a été préalablement pendu, mais on doit toujours se demander si le pendu n'a pas été d'abord étranglé, en se rappelant que pendaison signifie le plus souvent suicide, et strangulation violence homicide.

Les gens du monde et beaucoup de médecins croient encore aujourd'hui que l'évacuation d'urine et de matières fécales, et l'émission du sperme, sont des signes qui appartiennent spécialement à la pendaison. C'est là une erreur : ce phénomène se reproduit dans presque

(1) Voyez *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2e série, 21e numéro.

(1) *Mémoire sur la mort par suffocation*, par M. A. Tardieu, in *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1855.

ous les genres de mort violente, et les recherches récentes de M. Ernest Godard ont démontré qu'il s'observait même à la suite de la plupart des maladies, lorsque celles-ci n'avaient point amené un épuisement extrême.

2° *La strangulation a-t-elle eu lieu pendant la vie? Est-elle la cause de la mort?* — M. Tardieu déclare qu'il est facile de distinguer si la constriction du cou a été opérée après la mort. En effet, à part la présence d'un lien serré autour du cou, tous les autres signes extérieurs de la strangulation font défaut, et la trace même que laisse la corde sur le cadavre se réduit à un sillon plus ou moins marqué, pâle, parcheminé, sous lequel on ne trouve ni ces ecchymoses, ni ces infiltrations profondes de sang coagulé, qui manquent rarement dans la strangulation. Quant à la preuve que celle-ci est bien réellement la cause de la mort, elle se déduit des lésions caractéristiques que l'on rencontre dans les organes respiratoires et de l'absence de toute autre cause de mort appréciable.

3° *Comment la strangulation a-t-elle été opérée?* — Le caractère des diverses empreintes répond assez exactement au mode de strangulation qui a été employé. Le sillon indique non-seulement que l'étranglement a été opéré par un lien, mais encore de quelle espèce de lien s'est servi le meurtrier. Il est donc essentiel de décrire avec la plus minutieuse exactitude les moindres particularités que peut offrir le sillon.

En ce qui touche l'infanticide, lorsque l'enfant naît étranglé par le cordon, il n'y a pas respiration complète, ni surnatation des poumons, dans les épreuves docimasiques. Si donc l'on trouve la respiration complétement établie, la strangulation ne résulte pas de l'enroulement du cordon avant la naissance.

Quant aux traces de la strangulation par les mains, elles sont des plus expressives, puisque l'empreinte même des doigts et la marque des ongles se dessinent de chaque côté du larynx sous forme d'ecchymoses et d'excoriations.

4° *Le meurtrier était-il vigoureux? Y en avait-il plusieurs?* — Il est très-difficile, avoue M. Tardieu, de résoudre cette question d'après des principes fixes et absolus; elle dépend de trop de conditions diverses. Il faut d'abord éliminer les cas de strangulation à l'aide d'un lien, et ceux observés chez les femmes affaiblies par l'âge, chez les enfants et les nouveau-nés; car, d'une part, il faut plus d'adresse que de force, et de l'autre, une seule personne peu vigoureuse suffit amplement. Si la victime a résisté, que l'on reconnaisse les traces de la lutte, et que la strangulation ait été incomplète, on pourra certifier que l'assassin était d'une vigueur médiocre. S'il s'agit, au contraire, du meurtre par strangulation d'un homme robuste et présentant à la fois de nombreuses blessures et des traces multiples de lutte, il y aura lieu de supposer la participation de plusieurs individus, ou alors la vigueur peu commune d'un seul.

5° *L'état extérieur de la victime peut-il fournir quelques données sur l'identité du meurtrier?* — On peut tirer parti des souillures particulières qu'imprime sur le cou de la victime la main d'un individu exerçant un état dans lequel les mains offrent habituellement une coloration caractéristique. Ces souillures sont formées de matières solides, pulvérulentes, colorées, telles que celles qui adhèrent à la main des charbonniers, des mouleurs en cuivre, des meuniers, des boulangers, des maçons, des broyeurs de céruse, de minium; ou par des matières grasses, huileuses, comme chez les charcutiers, les bouchers, etc., ou par des matières colorantes peu fines, comme chez les peintres.

6° *Quelle était la position relative de la victime et du meurtrier?* — Le nombre, la disposition, la forme et la direction surtout des empreintes que porte la région cervicale, retracent parfois en caractères saisissants la scène de violences. Pour un expert, chaque chose a sa signification propre. Ce principe n'est nulle part plus frappant que dans certains cas de strangulation, quand le meurtre a été précédé de violences d'un autre genre, d'attentat à la pudeur, de viol ou de pédérastie. Pour savoir si l'assassin a saisi la victime par devant ou par derrière, il faudra donc compter et mesurer chacune des traces laissées par les doigts, puis étudier la direction des empreintes, la disposition des ongles, etc., etc.

7° *La mort par strangulation a-t-elle été rapide?* — La force de résistance plus ou moins grande de la victime a certainement une influence sur la rapidité de la mort; mais il est une difficulté résultant de la complexité des violences dont le cadavre d'un individu étranglé peut présenter les signes. Les coups, les blessures ont ordinairement précédé la strangulation: la durée possible de la lutte ne doit donc être calculée que d'après le nombre et la nature des blessures, et surtout d'après la *cause réelle de la mort*. La détermination de ce point important sert de base aux opinions à émettre sur la succession des blessures, la durée de la résistance, l'énergie et l'acharnement du meurtrier.

8° *Y a-t-il eu des violences autres que la strangulation?* — L'expert a souvent à constater des contusions et des plaies contuses du cuir chevelu, des fractures du crâne, et les lésions caractéristiques de la suffocation tentée par occlusion forcée de la bouche et des narines, ou par compression des parois de la poitrine et du ventre. Il ne doit jamais négliger de passer un sévère examen des organes génitaux et de l'anus.

9° *La strangulation est-elle le fait d'un suicide ou d'un homicide?* — On a nié que la strangulation pût être le résultat du suicide; ce fait n'est plus contesté aujourd'hui. Mais si ce moyen sert à la fois les desseins volontaires et les tentatives criminelles, il est, dans l'immense majorité des cas, l'œuvre du crime. La constatation de ce genre de mort est donc déjà une présomption d'homicide. Le phénomène capital, dans la distinction à établir, consiste dans la présence des désordres extérieurs et des lésions locales que l'on trouve au cou, et qui, presque nuls chez les suicidés, sont au contraire à peu près constants, et souvent très-apparents, très-étendus, très-profonds et tout à fait caractéristiques dans le cas de meurtre accompli ou tenté par strangulation.

10° *La strangulation est-elle simulée?* — On comprend facilement qu'une tentative de strangulation puisse être feinte de la part de personnes qui croiraient avoir quelque intérêt à se faire passer pour victimes de violences. Quelques écorchures superficielles faites au-devant du cou, une empreinte légère produite par une constriction peu profonde et de peu de durée, serviraient à tromper les yeux; tandis qu'un récit mensonger exagérerait les violences subies, les souffrances éprouvées et les accidents persistants qui en auraient été la suite. La connaissance approfondie de tous les signes susceptibles de projeter la plus vive lumière sur la question, ne doit pas tarder à mettre le médecin sur la voie de la fraude.

M. Tardieu a rencontré, il y a quelque temps déjà, un bien singulier exemple de simulation. En voici le résumé: Une jeune fille intelligente et distinguée, tenant à se rendre intéressante, veut se faire passer pour la victime d'une conspiration politique dont elle prétendait avoir surpris le secret. On la trouve un soir dans le plus grand trouble et dans l'état en apparence le plus alarmant, à la porte de son appartement. Elle ne parle pas, mais indique par ses gestes et ensuite par écrit qu'elle a été attaquée, en rentrant chez elle, par un homme qui a cherché à l'étrangler et lui a porté en pleine poitrine deux coups de poignard! Ceux-ci n'avaient, il est vrai, entamé que les vêtements; encore le corset n'était-il pas percé au même niveau que la robe. En ce qui touche la prétendue strangulation, cette jeune fille avait imaginé, comme effet bizarre et tout à fait nouveau, de garder un mutisme absolu. M. Tardieu arrive, déclare avec gravité que la perte de la parole ne pouvait pas se prolonger au delà du premier moment de l'agression, et notre savant confrère provoque ainsi l'aveu immédiat du stratagème.

Comme compléments utiles à la démonstration des principes médico-légaux dont l'analyse vient d'être ici tentée, M. le docteur A. Tardieu a fait suivre son important travail sur la strangulation de vingt-huit observations tirées de sa pratique. En parcourant la relation de tant d'infamies, où le débordement des passions humaines est poussé jusqu'à son paroxysme, on voudrait trouver encore au fond de son cœur un reste de pitié pour tant de criminels endurcis; mais, avec un peu d'attention, on s'aperçoit bientôt que ces êtres déchus n'ont point vu faillir leur volonté malgré eux, qu'ils sont restés libres dans la perpétration de leurs actes, qu'ils ont sciemment outragé la société et qu'ils échappent à la compassion des hommes.

D[r] Legrand du Saulle.

EAU MINÉRALE D'ALET.

Nouvelles observations pratiques.

Par M. le D[r] L. Rousseau.

Les observations recueillies dans le service de M. le docteur Beau, à l'hôpital de la Charité, et publiées dans les journaux de médecine (1), ont fixé avec raison l'attention du corps médical sur l'eau minérale d'Alet. Elles ont démontré qu'on pouvait sans hésitation se servir de cette eau dans la plupart des cas de *dyspepsie*, de *chlorose* et d'*état nerveux*. Notre propre expérience, et les observations faites par nos confrères dans la clinique de la ville, ont pleinement confirmé les résultats obtenus dans les hôpitaux.

Pour les *convalescences*, notre expérience se complète par la déclaration de notre confrère M. le docteur Duchenne-Duparc, affirmant que, après avoir bu pendant vingt jours de l'eau d'Alet, il avait vu disparaître une couche muqueuse épaisse, suite d'angine maligne, couvrant toute la surface linguale, et qui avait résisté à plusieurs bouteilles d'eau de Vichy.

La lettre adressée à la *Gazette des Hôpitaux* par M. le docteur Boppe, de Nancy (2), est venue encore corroborer les observations qui précèdent. M. Boppe assure que, atteint d'un embarras saburral et d'une dyspepsie très-prononcée qui avaient résisté à l'usage des eaux de Seltz et de Vichy et à des limonades purgatives, il s'était mis à l'usage de l'eau d'Alet, et avait vu de suite disparaître la couche muqueuse épaisse qui couvrait la surface de sa langue, de même que la mauvaise odeur que produit cet enduit saburral; que, en même temps, ses digestions ont été plus faciles; que la constipation opiniâtre dont il était atteint a cédé, et que les selles se sont régularisées.

Pour les *vomissements des femmes enceintes*, comme pour ceux qui sont dus à toute autre cause, l'application de l'eau d'Alet s'est généralisée depuis l'observation si concluante communiquée au corps médical par M. le docteur Bax, de Blaye, et la plupart de nos confrères ont pu, comme nous l'avons fait nous-même, s'assurer que cette eau a la puissance d'arrêter souvent les vomissements, même les vomissements incoercibles pendant la grossesse.

Enfin, d'après M. le docteur Belloc (d'Agen), il est incontestable qu'elle agit comme *hyposthénisant;* elle a une grande efficacité contre certaines *gastro-entérites* chroniques et diathésiques, et paraît particulièrement efficace dans les *dermatoses*. (M. Belloc a passé un mois aux bains d'Alet).

Nous pourrions citer bien d'autres praticiens encore et les opinions qu'ont exprimées sur l'eau d'Alet MM. les docteurs Moreau, Edouard Fournier, Chaillou, Pouget, Jamin, Dupuis, Portalier, Bossu; mais nous nous bornerons à dire qu'aujourd'hui, après les expériences faites et les observations recueillies, il ne peut exister aucun doute sur son efficacité dans le traitement 1° de la *dyspepsie*, 2° de la *chlorose*, 3° de l'*état nerveux*, 4° de la *convalescence*, 5° des *vomissements*.

La matière médicale s'est donc enrichie, on peut le dire, d'un nouvel agent thérapeutique très-précieux.

Nous avons souvent prescrit l'eau d'Alet, et nous signalerons à nos confrères quelques faits pris au hasard sur notre agenda.

1° Une dame de quarante-six ans, atteinte d'éphélides, de taches à la peau, sujette à d'insupportables accès de migraine se renouvelant chaque semaine, et qui tenaient évidemment à quelques désordres dans les opérations digestives, fut soumise à un régime très-régulier et très-doux; nous lui prescrivîmes l'eau d'Alet pour boisson. Au bout de trois mois, la santé de cette dame a été parfaite, et nous avons vu disparaître ses éphélides et ses migraines.

2° Un ancien militaire, tourmenté de gastralgies fréquentes, d'une constipation opiniâtre, avait épuisé toutes les prescriptions et fréquenté sans succès plusieurs établissements d'eaux minérales. Nous l'avons soumis à l'eau de cette source. En moins de six semaines, nous avons vu ses digestions se régulariser, les douleurs de l'estomac s'évanouir, les intestins reprendre leurs fonctions normales et la santé se rétablir complétement.

3° Une jeune fille de quatorze ans, aux pâles couleurs, ayant à chaque instant des battements de cœur et quelquefois des syncopes; triste sans sujet, pleurant sans raison, tourmentée de douleurs articulaires et dormant d'un sommeil lourd ou d'un sommeil agité, ne pouvait supporter, tant les organes étaient impressionnables, ni le fer, ni les boissons amères, ni les préparations fortifiantes que je lui prescrivais. Je la mis à l'usage de l'eau d'Alet, et en deux mois sa constitution s'étant raffermie, les organes ayant acquis quelque énergie, elle put supporter la médication que demandait cet état chlorotique. Cette eau est ainsi devenue le puissant auxiliaire des agents thérapeutiques qui ont produit la guérison. M. Beau a été plus loin: il a obtenu la guérison de la chlorose par l'administration seule de l'eau d'Alet, et sans avoir recours aux martiaux.

L'espace réservé à cet article ne nous a permis que d'analyser nos observations; mais nous pouvons dire que nos expériences ont été très-concluantes.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux* des 8 décembre 1859 et 21 février 1860.
(2) Voir *Gazette des Hôpitaux* du 11 octobre 1859.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 janvier 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

Renouvellement du bureau. — M. Milne-Edwards, vice-président pour 1860, passe président pour l'année 1861.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un vice-président qui, cette année, doit être pris parmi les membres des sections de sciences mathématiques.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 53:

M. Duhamel obtient.	37	suffrages.
M. Morin.	9	—
Voix perdues.	6	

M. Duhamel est élu vice-président.

Conformément au règlement, le président sortant fait connaître l'état des publications et les changements survenus parmi les membres et les correspondants de l'Académie pendant l'année 1860. (Voir le *Premier-Paris*.)

— M. Flourens fait hommage à l'Académie d'un exemplaire du livre qu'il vient de publier sous ce titre: *De la raison, du génie et de la folie*.

Dans la première partie de ce livre, dit M. Flourens, je donne une analyse toute nouvelle de la raison. La raison se compose de trois ordres de facultés: les facultés *instinctives*, les facultés *intellectuelles* et les facultés *rationnelles*.

Dans la seconde partie, j'étudie le génie et je le ramène à sa vraie nature, qui est d'appartenir à la raison, dont il marque le degré suprême, et non à la folie, comme quelques-uns le prétendent en ce moment.

Dans la troisième partie, j'éclaire et j'explique la folie par la raison, et non la raison par la folie, comme le fait la nouvelle école psychologique, ce qui est l'ordre renversé du bon sens et de la logique.

Résections sous-périostées. — M. Demarquay présente sous ce titre un mémoire dont voici un extrait:

Lorsque M. Flourens publia son travail sur le développement des os et les fonctions du périoste, Blandin en saisit parfaitement toute la portée, et, le premier en France, il chercha à en faire profiter la chirurgie. En effet, tandis qu'au lit des malades il appliquait son esprit à saisir les indications des résections sous-périostées, il m'invitait à recueillir dans les amphithéâtres tous les faits d'anatomie pathologique qui viendraient à l'appui de la théorie de Duhamel et de M. Flourens. Après avoir fait avec succès la résection de la partie moyenne et externe de la clavicule, affectée de carie et d'une destruction partielle du périoste, et la résection de la partie inférieure du péroné, il fut moins heureux dans les opérations du même genre qu'il fit sur la partie inférieure du cubitus et la partie moyenne du tibia. En 1849, il s'occupait de rédiger un mémoire sur les résections sous-périostées.

Les essais de Blandin eurent des imitateurs à l'étranger. M. Ollier, en répétant et en suivant les expériences de M. Flourens, ramena de nouveau l'attention sur ce sujet. Tout récemment, plusieurs chirurgiens distingués ont pratiqué un grand nombre d'opérations sur les os, en conservant le périoste. Mais les résultats de cette chirurgie nouvelle n'ayant point porté la conviction dans tous les esprits, j'ai l'honneur de communiquer deux faits à l'Académie des sciences, qui ne laisseront, je l'espère, aucun doute dans les intelligences non prévenues. Je comprends fort bien les doutes émis par M. le professeur Sédillot en ce qui concerne la reproduction des os, lorsque la résection a été faite dans une articulation malade. Je me suis en effet convaincu, l'année dernière, qu'au milieu de ce désordre articulaire, qui force le chirurgien à intervenir, il est bien difficile de découvrir le périoste, de l'isoler, quand il n'a point été détruit par le travail inflammatoire; et, en supposant qu'on y parvînt, ces débris de périoste malade finissent par tomber en gangrène. Toutefois quand un os seul est malade, comme l'extrémité inférieure du cubitus ou du péroné, ainsi que cela avait lieu dans les faits de Blandin, on comprend très-bien que le radius et le tibia servant d'attelle, et le périoste étant conservé, un os nouveau puisse renaître à la place d'une extrémité articulaire d'un os réséqué. Toutefois, pour prévenir tout mécompte, il est une chose qu'il importe de savoir: c'est que sur l'adulte il est très-difficile, pour ne pas dire impossible, de décoller le périoste, si l'os sous-jacent n'est pas malade; c'est ce dont je me suis encore convaincu il y a peu de jours, ce que savent d'ailleurs tous les anatomistes. Il y a deux circonstances graves qui chez l'adulte se prêtent merveilleusement à l'application de cette chirurgie nouvelle, c'est la carie et la nécrose; dans ces deux circonstances, le périoste qui recouvre ou avoisine la portion d'os malade, est plus ou moins enflammé, épaissi, et par conséquent plus facile à isoler. Cela explique les deux succès que j'ai obtenus l'année dernière dans mon service chirurgical de la Maison de santé.

M. Flourens, pour démontrer d'une manière non douteuse la régénération de l'os par le périoste, a réséqué la partie moyenne d'une vraie côte avec conservation intégrale du périoste. Si, en effet, cette membrane est la matrice de l'os, elle réunira par une matière osseuse nouvelle les deux extrémités de la côte que rien ne peut rapprocher, puisque les parties voisines s'y opposent. Les deux observations rapportées dans ma note sont une preuve certaine que la nature travaille chez l'homme, comme chez les animaux, à régénérer l'os enlevé, à l'aide du périoste, quand celui-ci est bien conservé. Ma première observation est relative à la résection médiane du maxillaire inférieur avec conservation de l'enveloppe fibreuse.

Dans la seconde observation, j'ai réséqué les deux bouts d'une fracture non consolidée du péroné, et j'ai conservé le périoste.

Ces deux faits reproduisent sur l'homme le même phénomène que M. Flourens a observé sur les animaux, puisque les deux extrémités osseuses réséquées ne peuvent pas se mouvoir et venir au contact, et que fatalement la matière osseuse formée l'a été aux dépens du périoste et des parties voisines. D'ailleurs, dans la résection de la portion médiane du maxillaire inférieur, nous avons vu le phénomène s'accomplir sous nos yeux. Il en est de même de notre observation de la résection du péroné dans sa continuité, dont le résultat a été montré par M. Flourens.

Il y a donc une série de faits dans lesquels la chirurgie devra recourir à la résection sous-périostée. Sans doute, des esprits enthousiastes ont peut-être un peu compromis le succès de ces opérations en publiant des faits mal observés, et M. Sédillot a eu raison de démontrer, dans son ouvrage sur l'évidement des os, le peu de foi qu'il fallait ajouter à quelques-uns de ces faits; mais le savant professeur de Strasbourg n'est-il pas allé trop loin lui-même en refusant tout avenir aux résections sous-périostées? L'évidement et les résections sous-périostées sont filles de la même idée; elles émanent des mêmes travaux. Certes, en présence des faits consignés dans le mémoire de M. Sédillot sur l'évidement, il n'est aucun chirurgien qui ne préfère recourir à cette opération plutôt que de pratiquer une amputation dont les suites doivent être infiniment plus graves.

Conclusions. — Le premier chirurgien qui, à Paris, a le mieux cherché à appliquer à la chirurgie humaine les idées de M. Flourens sur les propriétés du périoste, c'est Blandin. Si les résultats qu'il a obtenus n'ont pas été tous satisfaisants, cela tient à ce qu'une grande partie du périoste enveloppant les os qu'il a réséqués était détruite par l'inflammation ulcérative.

Conformément à l'opinion de M. Sédillot, les résections faites dans les articulations malades ne peuvent donner, au point de vue qui nous occupe, que des résultats peu satisfaisants, attendu que l'on agit sur des parties très-malades, les os sont profondément altérés, le périoste qui les recouvre est détruit, et les lambeaux du périoste que l'on conserve dans ces cas ne peuvent pas produire une régénération osseuse; c'est ce dont je me suis convaincu en faisant plusieurs résections articulaires.

Toutefois, il n'est pas douteux que dans des conditions toutes particulières on ne puisse obtenir une reproduction osseuse parfaite, si on a le soin de conserver intégralement le périoste; cela résulte des faits contenus dans ce travail, et que M. Flourens a bien voulu vérifier. Dans le premier de ces faits, on voit un maxillaire inférieur, moins fort, il est vrai, et rappelant un peu celui des vieillards, se former en onze mois, à la place de celui que j'ai enlevé. Dans le second fait, les deux bouts réséqués du péroné sont réunis par un arc osseux formé manifestement par le périoste conservé.

Pour obtenir ce résultat, il ne suffit point de conserver le périoste, il faut encore avoir soin d'immobiliser la partie sur laquelle a porté la résection. Aussi, toutes les fois qu'un tuteur naturel, comme le tibia ou le cubitus, viendront assurer cette immobilité, on sera plus sûr du succès. Cela résulte de mes propres observations et de celles que j'ai pu faire sur les opérés de Blandin.

Dans toutes les opérations sous-périostées, le chirurgien doit plutôt se préoccuper de la conservation de la fonction que de la forme même de l'os qu'il cherche à obtenir, ce dernier en effet ayant rarement les mêmes qualités que le premier, quoique au point de vue fonctionnel il le remplace parfaitement. C'est ce qui est arrivé au malade de Blandin, auquel il avait réséqué la clavicule. Cette différence s'explique d'ailleurs par l'état maladif du périoste ou par sa destruction partielle.

Apoplexie de l'un des pédoncules du cervelet. — M. NONAT communique la note suivante sur un cas d'apoplexie de l'un des pédoncules du cervelet diagnostiqué pendant la vie.

Dans la séance du 26 novembre dernier, M. Flourens a communiqué une observation de M. le professeur Poelman (de Gand), relative à une lésion caractérisée par le dépôt d'un grand nombre de concrétions calcaires dans la substance du cervelet, des pédoncules cérébelleux moyens et du pont de Varole. Suivant l'auteur, le chien atteint de cette lésion se trouvait dans l'impossibilité de coordonner ses mouvements volontaires et exécutait, à plusieurs reprises dans la journée, des mouvements gyratoires tout à fait indépendants de la volonté.

A l'occasion de ce fait, M. le secrétaire perpétuel a appelé l'attention des physiologistes et des médecins « sur le rapport exact des phénomènes pathologiques avec les fonctions des parties lésées », et il a cherché à « établir qu'il est possible pendant la vie de diagnostiquer le siége des apoplexies en remontant des symptômes à l'organe lésé. »

Le cas rapporté par M. Poelman m'a remis en mémoire un fait analogue, mais d'une importance plus grande encore au point de vue de la physiologie et de la pathologie humaines, en ce qu'il a été observé chez l'homme lui-même.

En 1845, pendant que j'étais médecin à la Salpêtrière, on amena dans ma division une femme d'une soixantaine d'années, qui venait d'être frappée d'une attaque d'apoplexie. L'intelligence était abolie, la sensibilité générale anéantie; les mouvements volontaires étaient paralysés. La malade se tenait couchée sur le côté droit, et sa tête était fortement inclinée du même côté par la contraction spasmodique des muscles de la région latérale droite du cou. Mais le phénomène suivant fixa surtout notre attention: les yeux étaient immobiles et dirigés obliquement, l'œil droit en bas et en dehors, l'œil gauche en haut et en dedans. Invoquant alors les données de la physiologie expérimentale, je n'hésitai pas à diagnostiquer une hémorrhagie dans le pédoncule cérébelleux droit.

La malade succomba le lendemain; et à l'autopsie nous trouvâmes, comme je l'avais prévu, un épanchement sanguin récent, du volume d'une petite châtaigne, occupant le pédoncule cérébelleux du côté droit et pénétrant même un peu dans l'épaisseur de l'hémisphère correspondant. Le reste de l'encéphale était sain; les méninges nous parurent intactes.

Peu de faits nous semblent aussi propres à faire ressortir l'utilité de l'induction physiologique appliquée à la détermination du siége des lésions cérébrales. Etant prosecteur de Magendie en 1831, j'avais souvent, à l'exemple de ce célèbre physiologiste, pratiqué sur des animaux vivants la section des pédoncules du cervelet, et bien étudié les effets de cette expérience. Personne n'ignore aujourd'hui qu'après la section des pédoncules cérébelleux l'animal tombe du côté lésé, et qu'il tourne involontairement autour de son axe longitudinal et toujours dans le même sens. On sait aussi que les yeux changent de direction, et qu'ils sont entraînés par un mouvement spasmodique, l'un (celui du côté lésé) en bas et en dehors, l'autre en haut et en dedans. Entre ces phénomènes et ceux que nous avons observés chez notre malade, l'analogie est facile à saisir. Dans les deux cas, même direction anormale des yeux, même inclinaison de la tête et du tronc, du côté lésé. La seule différence (et encore est-elle plus apparente que réelle), c'est que chez la malade soumise à notre observation il y avait une simple tendance au mouvement de rotation, tandis que ce mouvement s'exécute chez les animaux. Sans une notion très-exacte de cet ordre de faits physiologiques, nous eût-il été possible de porter un diagnostic aussi précis?

Nous sommes heureux de pouvoir fournir une observation de plus à l'appui des idées soutenues par M. Flourens touchant la possibilité de déterminer pendant la vie le siége de certaines apoplexies, en remontant des symptômes à l'organe lésé. Malheureusement le cercle de ces déterminations est encore assez restreint, en raison de la difficulté qu'on éprouve à localiser les fonctions des centres nerveux à mesure qu'on se rapproche du cerveau.

Hygiène des salles de spectacle. — M. BONNAFONT présente un mémoire sur les *modifications à introduire dans les salles de spectacle au point de vue de l'hygiène des artistes et de l'éclairage de la scène.*

M. Bonnafont, après avoir cité les travaux qui ont été publiés sur les salles de spectacle, tels que ceux de MM. Vivien, Trélat et le général Morin, membre de l'Institut, ajoute que ces auteurs n'ont proposé que des améliorations au point de vue de l'hygiène et du bien-être du public. M. Bonnafont a complété ces études intéressantes en s'occupant de l'hygiène de cette partie de la salle réservée aux artistes; en un mot, de la scène. Des observations sérieuses lui ont démontré que la rampe actuelle, par son éclairage trop brillant et par la chaleur qui s'en échappe, est très-nuisible aux organes de la phonation et de la respiration. Puis, les communications qui existent entre la scène et les étages inférieurs par les ouvertures de la rampe et des cannetières, établissent un courant d'air très-malsain, entretenu et rendu plus désagréable par la chaleur de la rampe, lequel courant vient déboucher juste en face des chanteurs.

Un autre inconvénient signalé par M. Bonnafont, c'est le mode d'éclairage actuel de la scène et des acteurs, qui se fait de bas en haut; éclairage anormal, essentiellement vicieux et incommode pour tout le monde.

Pour remédier à ces divers inconvénients, M. Bonnafont propose:

1° De fermer, surtout pendant les représentations, toutes les ouvertures qui existent entre la scène et les étages inférieurs;

2° Remplacer la rampe actuelle par une rampe suspendue avec des réflecteurs convenablement disposés, lesquels, projetant de haut en bas leurs rayons lumineux sur la scène, éclaireraient les acteurs et les objets d'une manière plus normale et plus conforme aux règles généralement observées, soit par la nature, soit par les peintres, dans la distribution de la lumière.

Dépression du bas-fond de la vessie par le porte-à-faux à deux leviers. — M. HEURTELOUP communique la note suivante:

L'auteur donne quelques nouveaux détails relatifs à la dépression du bas-fond de la vessie, qu'il indique dans son mémoire comme étant une des conditions de l'usage du porte-à-faux. Comme l'on pourrait supposer, dit-il, que l'action de l'instrument se passe dans un contact immédiat avec la membrane qui revêt ce bas-fond, je dois donner quelques explications à ce sujet. D'abord le porte-à-faux ne fait passer à travers sa cuiller que de la poudre de pierre et pas de fragments, de manière que, même lorsqu'il agit à nu sur la membrane, son action ne se fait pas sentir. La quantité de poudre qui est produite alors fait à peine saillie sous la cuiller. C'est ce que j'observe lorsque j'attaque de prime abord des petites pierres ou les derniers fragments d'une grosse qui se trouvent ainsi réduits en poudre avec la promptitude d'action de l'instrument sans que le malade éprouve plus de sensations que si le broiement avait lieu au milieu de l'eau que contient l'organe. Mais comme je procède toujours par l'extraction immédiate au moyen de mon percuteur à cuillers dans le cas de petites pierres, je n'emploie jamais le porte-à-faux.

Comme je l'ai dit, le porte-à-faux est destiné à répondre avec plus d'avantage que je ne puis le faire avec mes autres instruments à la troisième partie du trinome lithotriptique qui est la pulvérisation des fragments. Or les pierres brisées ne donnent des fragments dont on doive tenir un compte sérieux que lorsqu'elles sont d'un certain volume, car alors ces fragments sont en très-grande quantité. C'est dans ce cas spécialement que le porte-à-faux me rend de grands services, et par la promptitude de son action, et par la douceur de ses manœuvres, et par la pulvérisation des fragments qui sont une si grande cause d'accidents dans la lithotripsie. Dans ces cas donc de pierres d'un certain volume qui viennent d'être démolies et pulvérisées en partie par mon percuteur à dents, voilà ce qui arrive lorsque je fais usage du porte-à-faux. Bien que déprimant légèrement le bas-fond de la vessie, cet instrument ne se trouve jamais en contact avec la membrane muqueuse. Cette membrane est séparée de la cuiller par un lit de poudre fine formant coussin moelleux produite par le démolissement qui précède l'usage du porte-à-faux. Il ne faut pas perdre de vue que par suite des lois de la statique la poudre très-fine descend au point tout à fait déclive, la poudre grossière se place au-dessus, les petits fragments, les moyens et les gros se placent ainsi superposés suivant leur rang de taille. C'est sur ce phénomène qu'est basé l'usage utile du porte-à-faux, qui naturellement est grandement assisté par les différents changements de déclivité que j'imprime au bas-fond par l'oscillation de mon lit statique.

Cela dit, il est bien facile de concevoir que si l'instrument est placé dans la zone des fragments agressifs, c'est-à-dire ceux d'un volume qui leur permette de s'introduire dans le col ou dans l'urèthre, on arrivera, en faisant instantanément et itérativement ouvrir et fermer l'instrument par le jeu alternatif des leviers, à réduire en poudre ces fragments agressifs qui viendront nécessairement se placer et se faire pulvériser dans la cuiller.

— M. GUILLON adresse de nouvelles remarques à l'appui de la réclamation de priorité précédemment élevée à l'égard de M. Heurteloup à l'occasion de sa précédente communication sur le porte-à-faux.

Ces deux notes sont envoyées à l'examen des commissaires précédemment nommés: MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert (de Lamballe).

— M. HUET présente au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un mémoire intitulé: *Nouveau procédé opératoire pour la cure radicale de l'ongle incarné.* (Commission des prix de médecine et de chirurgie).

— M. AULAGNIER adresse au même concours un opuscule imprimé ayant pour titre: *Des remèdes réputés spécifiques contre la goutte.* (Même commission).

— M. CHEVALLIER présente un supplément à sa précédente communication sur la fabrication des allumettes chimiques. (Commission déjà nommée).

— M. W. SHORTER adresse de Bloxham, près Bambury (Angleterre), une note sur l'épilepsie. Cette note, qui est écrite en anglais, est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Andral et J. Cloquet.

— M. VEROUDEN envoie de Ferborgh, province de Gueldre (Pays-Bas), une note concernant le traitement qu'il a fait suivre à un homme qu'on pouvait croire atteint d'hydrophobie, quoique le chien par qui il avait été mordu ne fût pas enragé. Il signale à cette occasion les inconvénients des cautérisations employées sans ménagements dans les cas de morsures suspectes, cautérisations qui déterminent parfois certains accidents qu'on pourrait confondre avec ceux qu'on avait intention de prévenir. (Renvoi à l'examen de M. Rayer.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale parmi les pièces imprimées de la correspondance, divers opuscules relatifs à des questions de médecine, adressées par M. Ligey, médecin à Rambervillers (Vosges), et rappelle le désir exprimé par l'auteur à l'occasion des précédents envois, que ces publications puissent être mises sous les yeux de la section de médecine et chirurgie, quand elle aura à présenter des candidats pour une place de correspondant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Verron, directeur-médecin de l'asile des aliénés de Dôle (Jura), vient d'être nommé médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe).

— M. le docteur Achille Foville, médecin en chef de l'asile de Maréville, vient d'être nommé directeur-médecin de l'asile de Dôle.

— Cette année le nombre des internes de l'hôpital de Limoges a été porté de deux à quatre. En conséquence, et à la suite d'un concours, deux nouveaux internes ont été nommés; ce sont MM. Font-Réaux (Justin) et Escorne (Emile).

— M. le docteur Mandl continuera son cours clinique des maladies des poumons et des organes de la voix, les jeudis à onze heures du matin, rue du Pont-de-Lodi, 6. Consultations gratuites.

De la raison, du génie et de la folie, par P. FLOURENS (de l'Académie française), secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences. Un volume in-12. Prix: 3 fr. 50 c. Paris, 1861, chez Garnier frères, libraires-éditeurs, rue des Saints-Pères, 6.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 7. — JEUDI 17 JANVIER 1861. (34e ANNÉE. N° 7. — JEUDI 17 JANVIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie de médecine. — De l'insalubrité de l'atmosphère des cafés et de son influence sur le développement des maladies cérébrales. — Hôpital maritime de Toulon De la conservation des membres, et spécialement des membres inférieurs, à la suite des fractures comminutives déterminées par des coups de feu. — Académie de médecine, séance du 18 janvier. — Académie des sciences, fin de la séance du 7 janvier. — Nouvelles.

Paris, le 16 janvier 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

La congestion cérébrale apoplectiforme, considérée jusqu'ici comme une maladie commune, est au contraire une maladie rare : ce que l'on prend le plus ordinairement pour de la congestion est de l'épilepsie. Telle est la proposition que M. Trousseau est venu hardiment formuler à la tribune. Ainsi jetée brusquement en pâture à la curiosité attentive de l'Académie, cette proposition a paru l'étonner d'abord — et par Académie nous entendons l'assistance tout entière. — Mais bientôt, en développant sa pensée, le savant professeur a apporté à sa formule des tempéraments qui nous ont paru disposer les esprits à l'accueillir avec un peu moins de défiance. Il ne s'agit que de s'entendre, et nous espérons que, la discussion aidant, ce qui aurait pu d'abord paraître un paradoxe étrange pourra bien ne devenir qu'une vérité vulgaire, sous la condition toutefois de bien définir les termes sur lesquels devra porter le débat, et de ne pas sacrifier entièrement, comme une erreur absolue et constante, l'idée qu'on s'était faite jusqu'ici de la congestion cérébrale apoplectiforme à l'idée nouvelle que M. Trousseau voudrait lui substituer.

Mais n'empiétons pas sur la discussion qui va s'engager ; car nous ne saurions donner le nom de discussion à l'échange d'explications qui a eu lieu au sujet d'expressions figurées dont M. Trousseau s'est servi pour exprimer certains phénomènes cérébraux — qui ont déjà leur nom dans la science, il est vrai, — mais que l'on a eu peut-être le tort de prendre trop au sens propre. Disons cependant que sous cette petite querelle de mots, qui n'a pas à nos yeux une grande importance, M. Bouillaud a accessoirement glissé quelques bonnes propositions qui n'auraient pas mal figuré comme fond de son discours, et que nous acceptons volontiers comme un bon à-compte sur la discussion qui doit se continuer mardi prochain. — Dr Brochin.

DE L'INSALUBRITÉ DE L'ATMOSPHÈRE DES CAFÉS et de son influence sur le développement des maladies cérébrales.

Parmi les questions qui intéressent au plus haut point la santé publique, il en est une dont on ne se préoccupe pas assez, suivant nous : nous voulons parler de l'insuffisante ventilation des cafés.

Un très-grand nombre d'individus passent plusieurs heures de la journée, mais principalement de la soirée, dans un milieu où les lois les plus élémentaires de l'hygiène sont incessamment violées. Ils se rendent après leur repas dans un estaminet, et y prennent régulièrement du café, du thé ou des liqueurs. A cette première influence excitatrice se joignent bientôt les éclatantes oscillations d'une vive lumière, les émotions de la politique, les espérances ou les déceptions du jeu, et l'animation des conversations.

Si tout se bornait là, nous n'aurions qu'à signaler les dangers qui résultent de la trop grande élévation de la température du lieu, mais il n'en est malheureusement pas ainsi : les *habitués* des cafés fument pour la plupart, et respirent un air confiné, chargé des produits de la combustion du gaz, des émanations du tabac, des vapeurs de l'alcool, de miasmes animaux, vicié d'ailleurs par les transpirations cutanée et pulmonaire d'une agglomération d'hommes.

C'est surtout pendant l'hiver que le séjour dans les cafés est le plus malsain, car chacun a la maladroite attention de veiller à ce que toutes les issues soient hermétiquement closes, et, par une fâcheuse coïncidence, c'est également pendant l'hiver qu'ils sont le plus fréquentés.

Ainsi que l'a fait remarquer avec une grande justesse M. Ch. Saint-Laurent dans sa très-remarquable étude sur la composition chimique de l'atmosphère des estaminets (1), « la combustion et la respiration humaine absorbent incessamment l'oxygène, en même temps qu'elles rejettent dans l'espace des torrents d'acide carbonique et de vapeur d'eau. »

Or on sait que non-seulement l'acide carbonique est impropre à entretenir la vie, mais encore qu'il lui est nuisible.

Dans l'été, une partie de ces inconvénients est conjurée, car une suffisante masse d'air, fréquemment renouvelée, circule dans les salles.

Dans un grand nombre de cas, les individus chez lesquels la fréquentation des cafés est dégénérée en habitude invétérée, finissent, après un temps très-variable, par subir à des degrés différents une sorte d'intoxication spéciale, caractérisée par des phénomènes qui trahissent d'une manière non équivoque l'afflux sanguin vers le cerveau.

Il nous a semblé que l'on pouvait facilement reconnaître trois périodes distinctes dans cette sorte d'empoisonnement à forme congestive. Nous allons essayer de tracer un fidèle aperçu de chacune d'elles.

1re *période.* — L'économie tout entière est touchée : les traits de la physionomie pâlissent ; les digestions, opérées dans un milieu presque asphyxiant, deviennent lentes et difficiles, et il se manifeste volontiers un commencement de dyspepsie flatulente. Au sortir du café, on observe quelques signes assez marqués de chaleur à la face et de pesanteur de tête, mais qui ne tardent point à se dissiper au grand air ; le sommeil est lourd ; le caractère devient impatient. — Rien, du reste, à noter du côté des facultés de l'intelligence.

2e *période.* — Les traits se flétrissent, l'appétit diminue ; des goûts bizarres se prononcent ; il s'établit de la constipation ; les yeux sont souvent humides ; la vue supporte moins bien l'éclat de la lumière ; l'odorat disparaît ; le sens génital s'affaiblit ; le caractère est inquiet et grondeur ; l'aptitude au travail intellectuel baisse sensiblement ; la mémoire est surprise en défaut ; l'attention ne peut pas être fixée longtemps sur un seul et même objet ; les facultés affectives se voilent.

3e *période.* — Les traits s'affaissent ; la respiration est un peu gênée ; le pouls est parfois intermittent ; les fonctions digestives restent en souffrance ; le sommeil est agité ; les yeux sont brillants ; la vue est trompeuse, l'ouïe dure ; l'appétit génésique se perd ; la susceptibilité émotive est facilement impressionnée, et une larme, retenue avec peine, vient, sans raison suffisante, humecter la paupière ; les distractions sont assez fréquentes ; quelques aberrations étranges sont commises ; la fatigue musculaire est rapidement produite ; de temps à autre, les mouvements paraissent incertains, une sensation de froid est perçue, et de l'engourdissement dans les membres est ressenti ; le corps s'infléchit légèrement d'un côté.

Que les individus soumis à cette intoxication fassent un pas de plus, et ils entrent sans transition dans le domaine de la pathologie cérébrale : la congestion les attend et les frappe. Nous n'avons point à faire ressortir ici toutes les conséquences possibles d'un accident de ce genre ; qu'il nous suffise de rappeler que c'est le plus ordinairement après une congestion que débute la paralysie générale des aliénés, maladie dont l'extrême fréquence devient réellement alarmante.

L'état particulier dont nous avons tracé la description est compatible avec la santé apparente, l'activité et l'exercice normal de toutes les professions, surtout dans les deux premières périodes ; on vit dans une quiétude parfaite, sans s'apercevoir de la rapidité de la pente au bas de laquelle on se laisse glisser. Cet empoisonnement à forme congestive se distingue d'une façon très-nette de tous les phénomènes observés sous l'influence des boissons alcooliques ; en effet, il ne s'agit point du tout ici des lésions spéciales qu'entraînent les habitudes de l'ivrognerie. La variété d'intoxication dont nous parlons se remarque chez un grand nombre d'hommes très-sobres, ne faisant jamais d'excès, mais qui, après avoir pris leur tasse de café, souvent sans addition d'eau-de-vie, séjournent tous les jours une ou plusieurs heures dans l'estaminet. Ils s'étiolent, se congestionnent et s'asphyxient tout simplement en demeurant dans un lieu malsain et en respirant un air irrespirable et trop chaud.

Il est fort difficile d'estimer, même approximativement, au bout de combien de temps commencent à apparaître quelques-uns des prodromes caractéristiques sur lesquels nous appelons sincèrement l'attention. Nous pouvons dire qu'en général les jeunes gens résistent admirablement bien à ces impressions malfaisantes, et qu'il leur faut quelquefois plus de six ou huit années de fréquentation assidue des estaminets pour qu'ils présentent les signes prémonitoires appartenant à la première période ; encore leur évolution est-elle fugace et lente. Cependant, une fois que la pâleur de la face, la dyspepsie et la céphalalgie passagère se déclarent, l'intoxication est évidente, et si les mêmes causes persistent, les mêmes effets persisteront aussi et iront en s'aggravant.

On comprend combien l'intoxication est rendue facile lorsque les habitudes de café sont contractées tardivement, et quand les sujets sont âgés de quarante à cinquante-cinq ans, qu'ils sont forts, replets et pléthoriques, et qu'ils sont arrivés à cette phase de la vie où l'on savoure, dans une oisiveté trop souvent fatale, les jouissances qu'a procurées un long et pénible labeur.

Si la classe des anciens négociants est fréquemment atteinte par les effets de l'atmosphère des cafés, celle des officiers en garnison est peut-être maltraitée davantage encore. Nos confrères de l'armée savent combien les accidents cérébraux sont communs, et quelquefois promptement mortels, chez les militaires qui sont sur la fin de leur carrière, peu d'années avant leur rentrée dans la vie civile. Sans doute l'abus des boissons est pour beaucoup d'entre eux une circonstance étiologique des plus graves ; mais les officiers qui, tout en étant demeurés sobres, ont vécu avec leurs camarades dans les cafés, payent également un large tribut aux affections de l'encéphale.

Tous les prodromes éloignés que nous avons fait rentrer dans la première et la seconde périodes, sont susceptibles d'être enrayés à peu près complétement par la cessation radicale des habitudes anciennement contractées ; on peut en voir des exemples assez frappants chez les officiers qui à l'âge de quarante ans environ viennent à se marier, et qui la plupart rompent avec le passé. Leur santé devient incomparablement meilleure.

Lorsqu'on songe à la fréquence de la paralysie générale chez les hommes, à sa rareté chez les femmes ; que l'on se souvient d'ailleurs que cette maladie débute très-fréquemment par une congestion, et que l'on se rappelle enfin la puissante influence qu'exerce l'atmosphère des cafés sur le développement des congestions, ne peut-il pas être permis d'expliquer la différence si sensible qui existe entre les deux sexes par cette circonstance que les hommes seuls, en dehors de toute cause d'alcoolisme, se soumettent à l'influence congestive que nous avons signalée ? Nous croyons que ce renseignement étiologique a été méconnu, mais que l'on devra le retrouver encore assez souvent dans quelques cas d'affections cérébrales dont les causes étaient restées mystérieuses.

De ce que nous venons de mentionner particulièrement la paralysie générale, il ne s'ensuit pas que cette affection soit la seule que nous ayons observée à la suite d'une fréquentation assidue des cafés. Loin de là ; nous sommes d'avis que dans toutes ou presque toutes les lésions du cerveau qui ont eu un état congestif pour point de départ, l'influence de l'atmosphère des cafés peut être signalée au moins une fois sur dix comme ayant été la cause déterminante.

Nous ne sommes arrivé à la constatation de ces faits qu'avec une patience investigatrice qui remonte déjà à une époque éloignée, est qu'après avoir noté avec un soin minutieux tous les indices révélateurs d'une habitude contraire aux sages prescriptions de l'hygiène. Nous espérons qu'un contrôle sévère et impartial ne pourra conduire qu'à des résultats absolument identiques ; car, ainsi que l'a dit Pinel dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, « les résultats de l'observation, en médecine, donnent rarement lieu à un partage d'opinions si on en fait une étude approfondie. »

De ces diverses considérations, nous croyons pouvoir faire ressortir les propositions suivantes :

1° Les cafés, tels qu'ils sont aujourd'hui disposés, sont loin d'être suffisamment ventilés, ils deviennent dès lors un séjour malsain.

2° Chez un grand nombre d'individus qui fréquentent assidûment les cafés, on peut observer, après un temps dont il est extrêmement difficile de fixer la durée, une sorte d'intoxication spéciale : des troubles particuliers affectent l'économie, et il se manifeste à la longue une tendance marquée à la congestion cérébrale.

3° Les accidents auxquels il est fait allusion ne sont nullement sous la dépendance de l'alcoolisme ; ils en diffèrent même notablement. On les rencontre d'ailleurs chez des hommes sobres, qui font de l'estaminet un rendez-vous d'affaires ou de plaisir, et non point un lieu où l'on se rend pour acheter l'ivresse.

4° Ce qui tend à prouver le caractère spécial de cette variété d'empoisonnement à forme congestive, c'est que tous les phénomènes observés, surtout dans la première et la deuxième périodes, disparaissent spontanément peu de temps après la cessation de la cause.

5° Toutes les maladies aiguës ou chroniques qui affectent le cerveau et dont l'étiologie reste impénétrable, peuvent, environ

(1) *Musée des sciences*, 1859-1860, p. 363.

une fois sur dix, n'avoir point d'autre cause qu'un séjour depuis un certain nombre d'années, d'une ou plusieurs heures par jour, dans l'atmosphère chaude et viciée des cafés.

6° La paralysie générale des aliénés débutant la plupart du temps par une congestion, et l'atmosphère des cafés conduisant souvent, mais à la longue, à ce phénomène primordial, il y a lieu de se demander si cette circonstance n'expliquerait pas jusqu'à un certain point la très-grande fréquence de la paralysie générale chez les hommes et sa rareté chez les femmes.

Dr Legrand du Saulle.

HOPITAL DE LA MARINE DE TOULON ET HOPITAL SAINT-MANDRIER.

De la conservation des membres, et spécialement des membres inférieurs, à la suite des fractures comminutives déterminées par des coups de feu.

Par M. le Dr Marcellin-Duval, directeur du service de santé de la marine à Toulon.

Il serait inutile d'insister longuement pour prouver que plus la chirurgie progresse, et plus ses tendances conservatrices se prononcent. Il est permis de dire hautement, sans sortir du cercle des amputations, que le nombre des membres qu'on sauve aujourd'hui et qu'on eût sacrifiés naguère, augmente de jour en jour.

En dépit de l'incrédulité du vulgaire, et même de quelques personnes appartenant à une sphère plus élevée de la société, le moment est venu où la pratique quotidienne a converti en *vérité* l'assertion suivante, paradoxale en apparence : Le but de la chirurgie est de conserver et non de détruire ; elle ne se décide à trancher une question qu'après avoir reconnu son impuissance à la résoudre.

Mon attention s'est fixée sur des lésions traumatiques déjà anciennes, il est vrai, puisqu'elles portent la date glorieuse des batailles de Magenta et de Solferino, mais de la plus haute gravité, puisqu'elles ont trait à des fractures comminutives des os des membres (du fémur surtout) suite de coups de feu; parce qu'enfin ces fractures appartiennent aux derniers évacués de l'armée d'Italie, en d'autres termes aux militaires qui, ayant été très-grièvement blessés, ont dû séjourner le plus longtemps dans les hôpitaux de la Lombardie et du Piémont. S'abstenir d'amputation sur ces blessés si dignes d'intérêt, et continuer l'œuvre de conservation déjà tentée dans les ambulances et les hôpitaux d'Italie, n'était pas chose aussi facile qu'on le croirait de prime abord. J'ai eu fréquemment à calmer des orages inflammatoires, à ouvrir des abcès, à extraire des esquilles, des corps étrangers (fragments de balles ou de plomb, etc.), à passer quelquefois des drains, à combattre l'érysipèle, le phlegmon diffus, et le cortége fort alarmant de leurs symptômes.

Puissent ces faits heureux tirés de ma pratique, en venant s'ajouter aux nombreux et brillants succès obtenus par les chirurgiens distingués de la capitale et par nos habiles confrères de l'armée, augmenter le nombre des conversions à la chirurgie conservatrice, et faire cesser bien des hésitations, qui prennent leur source, d'une part dans le louable désir d'éviter une grave mutilation de l'autre dans la crainte de reculer devant une indication qui semble formelle.

Est-ce à dire que je prenne ici le téméraire engagement de sauver tous les membres fracturés comminutivement, les membres inférieurs surtout, lorsque le fémur sera brisé en éclats par un coup de feu, et qu'il existera de graves complications? Loin de moi cette folle prétention.

Il existe des circonstances beaucoup trop nombreuses encore où il faut se décider à sacrifier un membre primitivement ou consécutivement.

Après avoir fait une large part à la chirurgie conservatrice, et rappelé les excellents principes qui ont guidé nos honorables confrères, le chirurgien éminent qu'une haute confiance avait placé à la tête du service médico-chirurgical de l'armée d'Italie, a indiqué dans un remarquable discours récemment prononcé à l'Académie de médecine, les lésions traumatiques qui excluent l'expectation. En voici l'énumération :

« Arrachement total ou séparation presque complète d'un membre ou d'un de ses segments;

» Mutilation profonde ou écrasement des extrémités par l'action du boulet ou par des éclats de bombes, d'obus, de biscaïens; fracas des grandes articulations (j'excepte l'articulation coxo-fémorale); »

« Fractures comminutives, *compliquées* de dilacération des parties molles, de perte de substance considérable ou de lésion simultanée des vaisseaux et des nerfs. »

S'agit-il d'amputations consécutives (et je chercherai tout à l'heure à déterminer l'acception de ce dernier mot), il faut avouer qu'on a été et qu'on sera conduit encore à sacrifier un membre, lorsque d'intolérables douleurs, une intarissable suppuration, une diarrhée colliquative, etc., compromettent l'existence du blessé. En outre, de même qu'on a plus d'une fois observé sous le rapport des opérations des séries de succès ou de revers qu'il est difficile d'expliquer, il doit exister de même, pour la conservation des membres (toutes conditions hygiéniques égales d'ailleurs), des époques heureuses en dehors desquelles l'amputation peut devenir une nécessité. Inutile de dire que dans les circonstances indiquées ci-dessus, je suis et serai toujours le premier à conseiller ou à pratiquer une amputation, quelle que soit sa gravité.

Afin d'abréger, je me bornerai à l'étude de quelques propositions : 1° Sur certaines dénominations des amputations; 2° sur quelques-uns des principes de statistique qui concernent ces dernières; 3° sur les amputations primitives et consécutives; 4° enfin sur l'*expectation*, qui se lie assez intimement à l'amputation *consécutive*, puisque pour arriver à celle-ci *il faut avoir attendu*, et qui, dans les circonstances heureuses, permet de conserver le membre.

Dénominations diverses des amputations. — Sous peine de ne jamais s'entendre à l'endroit des avantages ou des inconvénients des diverses catégories d'amputation, sous peine de voir chanceler sur leur base la plupart des statistiques, il importe tout d'abord de chercher à préciser le sens et la valeur de ces diverses dénominations *primitives, consécutives*, immédiates, médiates, etc. C'est ce que je vais essayer de faire.

On peut diviser les amputations en trois catégories, suivant qu'on les pratique *avant*, *pendant* ou *après la période inflammatoire ou fébrile*.

Dans la première catégorie se rangent les *amputations primitives ;*

Dans la deuxième, les amputations *intermédiaires* qui répondent à la période fébrile, appelée *intermédiaire*, et à bien juste titre, par M. Malgaigne;

Dans la troisième, enfin, les amputations *consécutives*.

La première catégorie comprend comme *subdivision* les amputations *immédiates;* et, comme le fait observer M. Larrey, il y a lieu d'établir une distinction entre l'amputation *immédiate* et l'amputation *primitive* proprement dite.

Disons de suite :

1° Qu'en général on devra s'abstenir des amputations dites *intermédiaires*, surtout lorsque la période inflammatoire ou fébrile sera dans toute son intensité;

2° Qu'on ne devra pratiquer l'amputation *immédiate* que lorsque le pouls se sera relevé, et quand l'organisme se sera un peu remis de la commotion, de l'ébranlement inséparables de toute lésion traumatique grave.

S'il s'agit surtout d'une amputation de cuisse, il est à craindre que le blessé ne puisse supporter *coup sur coup* le traumatisme accidentel et le traumatisme chirurgical. Je pourrais citer deux amputations dans la continuité de la cuisse, qui, faites prématurément, ont été rapidement suivies d'une issue funeste; trois amputés de la jambe au lieu d'élection ont failli subir le même sort. L'emploi des anesthésiques doit augmenter encore la circonspection de l'opérateur.

Tous les chirurgiens savent que si l'on se décide à tenter la conservation d'un membre, on doit s'attendre à extraire un certain nombre d'esquilles auxquelles on peut adjoindre, à l'exemple de Dupuytren, les épithètes de *primaires*, *secondaires* ou intermédiaires, de tertiaires enfin, selon que la date de leur extraction répond aux périodes ou phases de la lésion traumatique que nous avons précédemment établies. Il n'est pas besoin, ce me semble, de dénomination spéciale pour les esquilles retirées *immédiatement*.

Quelques considérations sur les statistiques concernant les amputations. — Avant d'aborder la question des amputations primitives et consécutives, quelques considérations sur les statistiques me paraissent indispensables, puisque les partis opposés invoquent tour à tour des chiffres empruntés à ces dernières. Je me garderai bien d'ailleurs de sortir de mon sujet.

Je me vois donc forcé de négliger beaucoup de causes qui viennent puissamment modifier les chances et les résultats définitifs des amputations, telles que l'influence des contrées, des localités, de la situation et de la salubrité de tel ou tel hôpital; de la viciation de l'air, surtout par suite de l'encombrement; l'influence de l'atmosphère, de ses vicissitudes (des saisons par conséquent); de l'âge, de la constitution du sujet; des lésions déterminantes; des méthodes et des procédés opératoires, du traitement consécutif, etc.

Remarquons en passant, et à l'occasion des lésions déterminantes, c'est-à-dire de celles qui conduisent le chirurgien à opérer, que, d'après les statistiques de M. Malgaigne, les amputations, pour une affection chronique d'un membre (qu'il appelle *amputations pathologiques*), sont moins périlleuses que les amputations pour lésions extérieures ou amputations *traumatiques*.

Voici les résultats des quatre grandes amputations prises ensemble (cuisse, jambe, bras, avant-bras) : amputations pathologiques, 343, morts 176, 50 pour 100; amputations traumatiques, 166, morts 104, 63 pour 100. « Ceci revient à dire qu'un sujet frappé et amputé en pleine vigueur aura à redouter une réaction beaucoup plus violente qu'un autre dès longtemps débilité et amaigri par une affection chronique locale. » Lorsque je parlerai de l'amputation consécutive, j'utiliserai cette remarque, qui est conforme à ce quej'ai observé depuis nombre d'années.

Voici quelques propositions sur les statistiques :

1° Pour tirer des conclusions ou déduire des conséquences légitimes des résultats comparatifs empruntés aux statistiques diverses, il faut qu'on ait puisé les éléments de celles-ci dans des conditions je ne dirai pas identiques, mais du moins analogues. Sinon, les opinions opposées trouveront toujours des chiffres favorables à leur cause. Par conséquent on doit apporter une certaine réserve dans la comparaison des résultats fournis par l'expédition de Crimée avec ceux de l'expédition d'Italie. M. Larrey a trop bien fait ressortir les différences caractéristiques qui les séparent pour qu'il soit utile d'y revenir ici.

2° Me serait-il permis de dire que les statistiques laisseront toujours à désirer, tant qu'on ne sera pas convaincu d'établir certaines limites (difficiles à fixer sans doute) entre les ampu tions primitives et les amputations consécutives? En adopt une période intermédiaire, comme je l'ai proposé ci-dessus, l'exemple d'un savant chirurgien, on parviendrait peut-être dissiper une confusion éminemment préjudiciable au jugem définitif qu'il s'agit de porter sur le degré de *gravité* des amp tations, suivant l'époque à laquelle on les pratique.

On admet généralement, depuis nombre d'années, depuis commencement de ce siècle surtout, que les amputations *pri tives* sont moins souvent mortelles que les *consécutives*.

M. Larrey exprime la même opinion, du moins en ce q concerne la campagne de Crimée, et avec certaines réserves, la fonde sur une statistique générale établie avec un soin pers vérant et consciencieux par le docteur Chenu, médecin prin pal au Val-de-Grâce.

Nous trouvons encore une opinion identique dans l'excelle mémoire de M. Legouest, professeur et chirurgien distingu mémoire inséré dans les *Archives de médecine* de 1859, et qui pour titre : *La chirurgie militaire contemporaine*. Nous trouvon enfin une nouvelle preuve de notre assertion dans une statisti que particlle relative encore à l'expédition de Crimée, et qui ap partient au docteur Salleron. Cet habile chirurgien militai relate 482 grandes amputations traumatiques ainsi réparties :

Amputations primitives, 350; morts, 178; ce qui don comme proportion de la mortalité 48 pour 100. Amputatio consécutives, 132; morts, 102; 77 pour 100.

On croirait la question jugée par de tels chiffres; or elle n l'est pas, *dit M. Malgaigne* (1), à qui je laisse toute la responsa bilité de l'attaque, et qui prétend, avee raison peut-être, que l plupart des amputations que M. Salleron appelle consécutiv ont été faites au fort de la réaction; de là cette mortalité de plu des trois quarts.

Il me semble que, puisque la plupart de ces opérations ou été faites du cinquième au dixième jour, on pourrait les ratta cher à la période intermédiaire et à la catégorie correspondant Dès lors toute confusiou disparaîtrait.

Il appartient à M. Salleron de se défendre vis-à-vis d M. Malgaigne, et je me borne à dire, pour ma part, que j'ai l avec un grand intérêt son remarquable travail.

Il est certain qu'on a quelquefois commis la faute de réunir dans les statistiques, sous le titre d'amputations consécutives ou secondaires, toutes celles qui ne sont pas primitives. On ou blie que Faure lui-même, le chaleureux partisan des amputa tions consécutives, ne rangeait dans cette classe que celles qui sont pratiquées après la cessation des accidents. Joignant l'exemple au précepte, c'est du trente-deuxième au quarante-deuxième jour que Faure a fait dix amputations sans perdre un seul de ses opérés.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 janvier 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Perelli, sur le service médical des eaux minérales de Pietra-Pola (Corse) pendant l'année 1859. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un travail de M. le docteur Gigon (d'Angoulême), sur deux opérations de trachéotomie pratiquées sur le même sujet à un mois d'intervalle, pour le croup d'abord, puis pour des végétations polypiformes consécutives, toutes deux suivies de guérison (commissaires MM. Blache, Bricheteau et Trousseau);

2° La suite d'un mémoire sur les maladies enzootiques et épizootiques observées en Algérie, par M. Camoin, vétérinaire de l'armée (commission déjà nommée);

3° Une lettre de M. le docteur Deleau jeune, qui, à l'occasion de la lecture de M. Ménière, adresse une réclamation de priorité à l'appui de laquelle il communique une brochure imprimée en 1838, et intitulée *Des effets pathologiques de quelques lésions de l'oreille moyenne sur les muscles de l'expression faciale, sur l'organe de la vue et sur l'encéphale* (commission nommée);

4° Une lettre de M. le docteur Soupart, de Gand, qui réclame la priorité de l'invention d'un instrument destiné à extraire de la vessie les corps étrangers minces et résistants, présenté par M. Charrière à l'Académie de médecine le 24 juillet dernier. Cette lettre est accompagnée d'une brochure à l'appui.

5° M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, soumet à l'examen de l'Académie un moyen propre à préserver de la rouille les instruments de chirurgie et de précision, les armes, les outils, et en général tous les métaux. L'agent préservatif est retiré de l'*hevea Guyanensis*. Cette substance n'est pas seulement destinée à empêcher l'oxydation des métaux, elle a en outre l'avantage de lubrifier et d'entretenir les ressorts et tous les mécanismes des instruments composés.

— M. Larrey présente, au nom de M. Brainard, le compte rendu de diverses opérations exécutées par ce chirurgien.

— M. J. Cloquet présente, au nom de M. Fleury, médecin principal de la marine à Toulon, un mémoire sur la fièvre jaune.

— M. Malgaigne présente, au nom de M. le professeur Boeck, de Christiania, un travail, traduit en français, sur la statistique de la syphilisation. (Remerciments.)

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit :

(1) *Manuel de médecine opératoire*, 7e édition, page 262.

4° Un rapport sur l'eau minérale ferrugineuse de Béville, près le Havre (Seine-Inférieure). Cette eau appartient à la classe des eaux ferrugineuses sulfatées; elle est froide, d'une saveur atramentaire prononcée. Outre l'élément ferrugineux, elle renferme de l'arsenic, du manganèse et des traces sensibles d'iodures et de bromures alcalins. La commission est d'avis qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée pour l'exploitation de cette source. (Adopté.)

2° Un rapport sur l'eau minérale de la Ville-aux-Dames (Indre-et-Loire). Attendu que la demande du propriétaire n'est accompagnée d'aucun renseignement relatif au captage, ni d'aucune observation médicale, la commission est d'avis qu'il n'y a pas lieu d'accorder pour le moment l'autorisation demandée. (Adopté.)

ÉLECTIONS.

L'ordre du jour appelle le scrutin pour la nomination de la commission de onze membres chargés de déterminer à quelle section devra appartenir la prochaine élection.

Pendant que l'Académie procède au scrutin, M. le président donne la parole à M. Trousseau pour une lecture.

LECTURE.

De la congestion cérébrale apoplectiforme dans ses rapports avec l'épilepsie. — M. TROUSSEAU s'exprime en ces termes :

Il y a, vous le savez, une opinion qui a cours dans la science, c'est que la congestion *cérébrale apoplectiforme* est une maladie commune. C'est une chose si bien établie, si bien acceptée, que l'on a mauvaise grâce à paraître en douter. Pendant deux années d'internat que j'ai passées à la maison des fous de Charenton, j'ai vu ou cru voir un assez grand nombre de congestions apoplectiformes; je croyais encore en avoir vu depuis cette époque un certain nombre, soit dans les hôpitaux, soit dans ma pratique privée; mais depuis quinze ans je n'en vois plus. Pourtant mes confrères en voient tout autant qu'auparavant. Il faut donc ou que je me trompe ou qu'ils se trompent. Il est bien clair que je ne puis avoir une autre idée, sinon que l'erreur est de leur côté; autrement je changerais d'avis.

Voyons donc.

Un homme, avec ou sans symptômes préalables, tombe subitement frappé d'apoplexie : on le relève hébété, et pendant un quart d'heure, une heure, plus longtemps peut-être, il reste la tête lourde, l'intelligence confuse, la démarche mal assurée. Le lendemain tout est fini.

On dit que le malade a eu une congestion cérébrale apoplectiforme.

Je l'ai dit comme les autres; il y a quinze ans que je ne le dis plus.

Un autre, tout à coup, en marchant, a un étourdissement; il cesse de voir, de parler; il marmotte quelques mots inintelligibles; il chancelle, il tombe quelquefois, pour se relever incontinent : cela a duré quelques secondes. Il ne reste plus qu'un peu de pesanteur de tête, quelquefois une obnubilation intellectuelle momentanée, et trois ou quatre minutes suffisent pour que tout rentre dans l'ordre.

On dit que ce malade a eu une congestion cérébrale légère. Je l'ai dit comme les autres; il y a quinze ans que je ne le dis plus.

Pourquoi donc ai-je changé d'idées, Messieurs? Ce n'est certes pas par amour du paradoxe; c'est que des faits ont fait entrer forcément dans mon esprit une lumière nouvelle.

Un de mes amis, en 1845, fut trouvé dans son lit sans connaissance. Le visage était turgescent, violacé; l'intelligence, les mouvements, la sensibilité, étaient abolis, il y avait de la sterteur. C'était un homme vigoureux, de quarante-deux ans. Depuis quand était-il dans cet état, c'est ce que sa femme ne pouvait dire; elle avait été réveillée par un ronflement étrange, et elle m'avait envoyé querir.

Déjà à cette époque j'avais renoncé aux saignées dans l'apoplexie. Je fis mettre le malade dans la position demi-assise; je fouettai le visage avec un mouchoir mouillé d'eau froide, j'appliquai deux ligatures au haut des cuisses, pour retenir momentanément une grande quantité de sang veineux dans les vaisseaux des membres abdominaux, et j'attendis. Une heure s'était à peine écoulée que les mouvements étaient revenus, la sensibilité se rétablissait, et le malade répondait assez pertinemment aux questions qui lui étaient faites. Le lendemain, à cela près d'une forte courbature, il ne restait rien de tout cet orage.

A quelque temps de là, on me vint chercher en toute hâte pour un de mes voisins, âgé de soixante-dix ans, qui sur le boulevard avait été frappé d'apoplexie. Il était resté un grand quart d'heure sans connaissance. J'arrivai au moment où il revenait à lui. Il ne me reconnaissait pas encore, promenait autour de lui des regards hébétés, et agitait ses bras et ses jambes sans avoir conscience de ce qu'il faisait. Les lèvres et le nez étaient gonflés, les yeux injectés. Peu à peu tout se rétablit, sans que j'eusse à faire aucune médecine active. Ce fut l'affaire de quelques heures.

Le valet de chambre me raconta alors que son maître avait eu déjà plusieurs fois des attaques de ce genre depuis deux ou trois ans, et que les accidents s'étaient dissipés de la même manière, une fois à la suite d'une saignée, les autres fois après un bain de pieds sinapisé.

La même année, je voyais en consultation, dans mon cabinet, un avoué de province, âgé de trente-cinq ans, qui depuis six mois avait eu trois attaques d'apoplexie. Il avait été saigné les trois fois, et il s'en félicitait beaucoup; on l'avait purgé; on lui mettait chaque mois quelques sangsues au siége. La dernière attaque avait eu lieu comme il remontait chez lui, après une importante plaidoirie; la tête avait frappé sur les marches de l'escalier, et le malade portait encore les traces d'une blessure assez profonde qu'il s'était faite au front. L'intelligence d'ailleurs, la sensibilité, les mouvements ne laissaient rien à désirer au moment où je voyais le malade, et les accidents apoplectiformes avaient duré tout au plus une heure.

Je crois malaisément aux apoplexies chez les gens de trente-cinq ans, surtout quand ces apoplexies se répètent tous les deux mois, et tout de suite l'idée de l'épilepsie se présenta à mon esprit, et je fis part de mes craintes à celui de mes confrères qui m'avait adressé le malade. Il me fut répondu que rien ne légitimait mes soupçons, que jamais on n'avait vu de convulsions. Je tins bon pour mon diagnostic, et peu après, en pleine audience, le pauvre avoué fut pris d'une grande attaque de mal caduc qui ne laissa malheureusement de doute dans l'esprit de personne, et il fut forcé de quitter sa profession.

Cependant mon attention était éveillée; je me demandai si tant de gens que j'avais vus avec des congestions cérébrales apoplectiformes n'étaient pas des épileptiques, et je me tins sur mes gardes.

Mon premier malade eut bientôt d'autres attaques, et maintenant il a quelquefois jusqu'à quatre et cinq attaques d'épilepsie par jour et bien souvent des vertiges de petit mal; sa vue est perdue, son intelligence est profondément altérée.

Quant au vieillard dont j'ai sommairement aussi raconté l'histoire, il vit encore, et presque chaque année il a une ou deux de ces attaques. Depuis sa chute sur le Boulevard, il ne sort jamais sans un domestique, et celui-ci m'a raconté que, au moment où son maître est gisant à terre, il y a des grimaces dans le visage, des secousses dans l'un des bras, qui ne durent guère qu'une minute, mais qui suffisent amplement pour caractériser l'épilepsie.

Depuis cette époque, toutes les fois que j'ai été consulté pour une personne atteinte de congestion cérébrale apoplectiforme, j'ai recherché avec le plus grand soin si de temps en temps, pendant le jour, il y avait des vertiges subits, rapides, avec les caractères que j'ai indiqués plus haut; si ces attaques de congestion n'étaient pas plutôt nocturnes que diurnes; si au début de l'accident il n'y avait pas eu de mouvements *nerveux*, et presque toujours, lorsque le mal avait frappé en présence de témoins, les convulsions pouvaient être reconnues. Lorsque la congestion avait eu lieu la nuit, pendant le sommeil, j'apprenais que les urines s'étaient quelquefois écoulées involontairement, que pendant quelques jours la langue avait été douloureuse; le visage, le front, le cou avaient été couverts de petites taches ecchymotiques ressemblant à des piqûres de puce. J'apprenais surtout que les accidents revenaient à des intervalles assez rapprochés, ne laissant d'ailleurs aucune trace persistante. En un mot, l'épilepsie apparaissait évidente quand on la cherchait, quand on voulait la trouver.

Il n'y a pas de mois que, dans mon cabinet, je ne voie quelques malades accusés d'apoplexie, qui sont des épileptiques.

Il n'y a peut-être pas de semaine que je ne sois consulté par des gens adultes, vieillards ou enfants, atteints de vertiges comitiaux, et qui me sont adressés comme ayant des congestions cérébrales faibles. Et quoique l'épilepsie dans toutes ses formes soit aujourd'hui mieux connue qu'elle ne l'était il y a vingt-cinq ou trente ans, cependant bien des médecins se refusent à croire à une aussi terrible maladie, et, s'ils la reconnaissent, ils ne veulent pas dire à la famille ce qu'ils en pensent, et préfèrent nous laisser cette triste mission.

Bien souvent le vertige comitial se révèle par des accidents toujours attribués à la congestion cérébrale, et sur lesquels les médecins qui s'occupent du traitement des aliénés ont déjà depuis longtemps appelé l'attention de leurs confrères.

Après l'attaque vertigineuse, il est assez commun de voir les malades délirer pendant quelques minutes; le délire peut même durer un temps assez long.

Les annales judiciaires, les archives de la préfecture de police, sont remplies de suicides et de meurtres attribués trop souvent par les médecins à ce qu'ils appellent des congestions cérébrales, tandis qu'il les faut imputer à l'épilepsie.

On peut dire, presque sans crainte de se tromper, que si un homme, sans aucun trouble intellectuel préalable, sans avoir jusqu'ici donné signe de folie ou de fureur, sans être empoisonné par l'alcool ou par toute autre substance qui exerce une action énergique sur le système nerveux, se suicide ou tue quelqu'un, on peut dire que cet homme est un épileptique, qu'il a eu une grande attaque, ou bien, ce qui est plus ordinaire, un vertige comitial.

Ces actes étranges sont, je le répète, attribués par la plupart des médecins à des congestions cérébrales passagères par cela même que la grande attaque est quelquefois méconnue, et que le vertige l'est presque toujours.

Il est une cause qui fait le plus souvent méconnaître l'épilepsie, c'est la répugnance qu'ont les familles à révéler, même aux médecins, cette triste maladie. Lors même qu'une mère a été témoin d'une grande attaque, elle refuse de croire à l'épilepsie, et, si les médecins l'interrogent, elle parlera du coma, de la perte de connaissance, mais elle dissimulera le plus souvent les convulsions. Elle demandera secours contre les accidents qui suivent l'attaque, mais elle ne voudra pas laisser soupçonner la triste vérité. J'ai été souvent consulté par des personnes qui savaient à merveille qu'elles étaient atteintes d'épilepsie, mais qui ne me parlaient que de congestion; des femmes dissimulaient l'état de leurs maris, des maris celui de leurs femmes, et le plus souvent les parents les symptômes éprouvés par leurs enfants.

Le médecin est donc sans cesse trompé quand il s'agit d'épilepsie : il l'est par le malade lui-même qui ne sait rien de son attaque, sinon qu'il a perdu connaissance et qu'il est resté plusieurs heures dans un état de demi-stupidité. Il est trompé par les parents, qui se résolvent malaisément à avouer, à s'avouer à eux-mêmes qu'ils ont parmi les leurs un épileptique; il est trompé par les souvenirs de sa première éducation médicale, pendant laquelle on lui a dit et répété que la congestion cérébrale apoplectiforme était une maladie commune. Ne soyons donc pas étonnés si la congestion est encore si généralement acceptée.

Il est, j'en conviendrai, une forme convulsive qui peut en imposer pour une congestion cérébrale. Il arrive, quoique bien rarement, qu'au début d'une attaque d'épilepsie la période tonique, c'est-à-dire celle pendant laquelle les muscles de la poitrine conservent une rigidité absolue, il arrive, dis-je, que cette période tonique dure deux, trois minutes, au lieu de durer seulement quinze à trente secondes, et les individus meurent par asphyxie, comme meurent les tétaniques dans un paroxysme, comme meurent les animaux empoisonnés par les strychnées, ainsi que l'a si bien démontré notre collègue M. Ségalas, il y a près de quarante ans.

Comme dans ce cas il n'y a pas eu de convulsions cloniques, celles que les gens étrangers à notre art connaissent le mieux; comme, pendant toute la durée de la convulsion tonique, le visage a été turgescent, les vaisseaux du cou ont été distendus et comme noueux; comme, de fait, il y a eu une énorme congestion, mais une congestion toute passive analogue à celle que produit l'effort, on croit avoir eu affaire à une congestion active, lorsque, en fin de compte, il ne s'est agi que d'une attaque d'éclampsie ou d'épilepsie.

Que nos collègues qui s'occupent le plus des maladies des femmes en couches et des enfants, recueillent leurs souvenirs, et probablement ils partageront mon opinion.

Il est encore une autre maladie qui sans cesse est décorée du nom de congestion cérébrale; je veux parler du vertige lié à des désordres gastriques.

Cette forme bizarre de névrose est caractérisée par les phénomènes suivants : si le malade fait dans son lit un mouvement brusque, il sent aussitôt le lit tourner et l'entraîner dans son mouvement; s'il se lève et surtout si levé il regarde en l'air, le vertige prend des proportions plus grandes. Les objets tournent autour de lui, il chancelle, quelquefois il est impuissant à se tenir debout; en même temps il éprouve un mal de cœur insupportable et bien souvent des vomissements. Ces accidents singuliers sont, par les malades, appelés des coups de sang, et, disons-le, la plupart des médecins partagent cette idée. Ils saignent, ils appliquent des ventouses et des sangsues, donnent des pédiluves sinapisés et font tout en un mot pour faire disparaître cette prétendue congestion, qu'ils augmentent par leur étrange médication.

(Ici M. Trousseau rappelle, comme venant à l'appui de sa manière de voir, le travail lu dans la dernière séance par M. Ménière, sur les prétendues affections cérébrales dépendant d'un trouble fonctionnel ou d'une lésion de l'organe auditif; puis il continue en ces termes :)

Les maladies vertigineuses dont je viens de parler sont plutôt voisines de la syncope, et par conséquent sont juste le contraire de la congestion; et, si prodigieux que cela paraisse, il est pourtant vrai que trop de médecins encore méconnaissent la tendance syncopale et la confondent avec la congestion cérébrale.

Pourtant, comme je ne veux rien exagérer, je supposerai que les deux états que je viens de décrire sont rarement méconnus par les médecins, et je supposerai que jamais ils ne sont pris pour des congestions cérébrales.

Mais il est un accident qui accompagne souvent les hémorrhagies du cerveau, et qui, par l'universalité des médecins, est considéré comme une congestion. Je m'explique.

Lorsqu'un malade est frappé d'apoplexie, soit que l'apoplexie reconnaisse pour cause une hémorrhagie cérébrale, soit qu'elle dépende d'un ramollissement, ce qui est plus fréquent qu'on ne le dit et qu'on ne le croit, soit qu'elle résulte d'une embolie, ou tout au moins d'une oblitération subite d'une des artères principales de la base du cerveau; lors, dis-je, qu'un malade est frappé d'apoplexie, il y a quelquefois une perte de connaissance subite, et l'obtusion de l'intelligence et du mouvement dure plusieurs heures, plusieurs jours, puis tout rentre dans l'ordre, à cela près d'une hémiplégie légère, qui diminue lentement et finit par disparaître après quelques mois. Comme les premiers accidents ont été presque foudroyants, comme, entre la gravité de ces premiers phénomènes et les troubles ultérieurs de l'intelligence, de la sensibilité et du mouvement, il ne paraît pas y avoir de relation suffisante, on dit que l'hémorrhagie cérébrale a été accompagnée de congestion; que la congestion, phénomène essentiellement transitoire, a produit les accidents *apoplectiques* proprement dits, que, dissipée, elle a laissé l'hémorrhagie peu copieuse avec l'hémiplégie, si peu grave d'ailleurs, qui a succédé à ces grands accidents apoplectiques.

Je ne veux pas nier absolument cette congestion, et j'avoue même que je suis tenté de l'admettre dans une certaine mesure; mais il est un autre phénomène dont on n'a pas assez tenu compte, que je sache du moins; je veux parler de ce que j'ai appelé l'*étonnement cérébral*. Lorsque l'encéphale subit soudainement une déchirure et une compression, il supporte cette grave lésion avec une impatience qui varie suivant les individus, mais qui peut être portée fort loin chez certaines personnes. J'ai dû chercher un exemple dans les lésions traumatiques du cerveau. Qu'un soldat reçoive une balle dans la tête; que dans une rixe un individu reçoive un coup de couteau qui pénètre dans le cerveau; ils sont jetés à terre comme s'ils étaient frappés d'un coup de massue; mais, peu à peu, malgré les épanchements sanguins intracrâniens, qui sont la conséquence de la blessure, et même malgré la congestion phlegmasique, inséparable de la déchirure des tissus; l'intelligence, la sensibilité, les mouvements reviennent quelquefois avec une rapidité étrange et donnent ainsi au chirurgien inexpérimenté des espérances qui ne se réalisent malheureusement pas. Cette stupeur immédiate, ou ce que j'ai appelé l'*étonnement cérébral*, et quelque incorrecte que puisse être cette appellation, à laquelle je renoncerai bien volontiers, toujours est-il que le fait existe, et ne peut être contesté par personne.

Les expériences sur les animaux donnent des résultats plus positifs encore. Si l'on trépane le crâne d'un chien ou d'un lapin, et que, par une incision faite à la dure-mère, on introduise entre le crâne et la surface du cerveau une petite balle de plomb, on observe tout d'abord des phénomènes de stupeur qui se dissipent rapidement, pour être remplacés par une hémiplégie proportionnée à la compression.

Dans cette expérience, on ne peut invoquer la commotion cérébrale; il faut bien accepter que l'encéphale est en quelque sorte surpris par un accident qui se traduit par des troubles transitoires. Ne suis-je donc pas en droit de supposer que lorsqu'il se fait un épanchement de sang subit dans le corps strié ou dans la couche optique, la stupeur immédiate que l'on attribue d'ordinaire à la congestion simultanée peut, en partie tout au moins, être imputée à l'*étonnement cérébral*?

Est-ce à dire que je nie d'une manière absolue la congestion cérébrale? Non, certes. J'admets la congestion, l'hyperémie du cerveau; il faudrait être insensé pour en contester l'existence; mais je dis que ce que l'on a appelé la *congestion cérébrale apoplectiforme* est, dans le plus grand nombre des cas, un accident épileptique ou éclamptique, quelquefois une syncope. Je dis que bien souvent les simples vertiges épileptiques, que les vertiges liés à un mauvais état de l'estomac ou à des maladies de l'oreille, sont considérés à tort comme des congestions de l'encéphale.

Que si les propositions que j'ai cherché à défendre sont vraies, on m'accordera que la thérapeutique devra moins souvent recourir aux médications révulsives et antiphlogistiques, mises sans cesse en œuvre pour combattre ces prétendues congestions cérébrales, et qu'il faudra chercher d'autres indications plus conformes à l'idée que l'on doit se former des états divers que l'on a confondu trop souvent sous la même dénomination.

M. PIORRY demande à ouvrir la discussion sur la lecture qu'on vient d'entendre; mais il désire ne prendre la parole que dans la prochaine séance.

M. LE PRÉSIDENT consulte l'Académie pour savoir si elle désire engager la discussion tout de suite, ou la remettre à la séance prochaine. Quelqu'un demande-t-il la parole?

M. BOUILLAUD monte à la tribune. L'expression d'*étonnement cérébral* dont s'est servi M. Trousseau m'a étonné, dit-il ; j'aurais désiré qu'il se servît d'un autre mot. L'*impatience* du cerveau est encore une expression malsonnante. Je n'ai jamais trouvé d'organe plus patient que le cerveau. Je suis peut-être un de ceux qui ont fait le plus d'expériences sur cet organe ; j'ai incisé, brûlé, cautérisé la substance cérébrale, et c'est avec une merveilleuse impassibilité que les animaux ont toujours supporté ces mutilations. Je voudrais bien que M. Trousseau nous fît connaître les faits sur lesquels il se fonde pour parler de l'impatience du cerveau.

Les observations sur l'homme ne sont pas moins concluantes à cet égard que les expériences sur les animaux. J'avais dernièrement, dans mon service, un homme atteint d'hémiplégie droite avec difficulté de la parole ; à l'exception de quelques mots, et en particulier d'un juron qu'il prononçait avec une grande énergie, il ne pouvait presque pas articuler. Son intelligence était d'ailleurs intacte. Dans une leçon que j'ai faite à cette occasion, j'annonçai que si ce malade venait à succomber, on trouverait certainement une lésion dans les lobes antérieurs du cerveau et très-probablement aussi dans les couches optiques ; que si ces lésions n'existaient pas, ajoutais-je, je renoncerais volontiers aux propositions que j'ai toujours soutenues sur la physiologie de cet organe. L'événement n'a pas tardé à vérifier mon pronostic. Le malade a été pris inopinément d'accidents convulsifs auxquels il a succombé, et à l'autopsie nous avons trouvé un ramollissement étendu des lobes antérieurs du cerveau, de la couche optique du côté gauche, et une destruction presque complète du corps strié. Or cet homme, qui avait une partie du cerveau détruite avec des traces encore récentes des accidents inflammatoires qui avaient produit ces désordres, n'avait jamais accusé aucune douleur. Je ne puis donc admettre ni comprendre ce qu'a dit M. Trousseau sur les effets de l'introduction d'un corps étranger dans la substance cérébrale.

J'en viens maintenant au grand phénomène de la congestion cérébrale, qui est l'objet principal de la communication de notre collègue. Par une singularité de ma vie médicale, j'ai été souvent consulté par des individus qui avaient été fréquemment saignés pour de prétendues congestions cérébrales ; or j'ai reconnu que le plus souvent les sujets que l'on traitait ainsi étaient des anémiques, des chlorotiques ou des chloro-anémiques. J'ai vu ces faits là non par centaines, mais par milliers ; et il est singulier que la plupart de ces individus venaient auprès de moi avec l'idée que je les saignerais ; et cependant je suis peut-être un des médecins qui ont le plus souvent appelé l'attention sur la chloro-anémie depuis une trentaine d'années. Les quatre cinquièmes des malades que je vois tant en ville qu'à l'hôpital ne sont que des chloro-anémiques.

Je reviens à la question de M. Trousseau. Il y a un certain nombre de ces malades chez lesquels il faut faire entrer un autre élément. Comme notre collègue, j'ai vu de ces sujets chez lesquels il survient une sorte de vertige, d'étourdissement, d'aura, qui reviennent ensuite tout à coup à eux. C'est ce que l'on désigne sous le nom de *petit mal*. Je me range complétement à cet égard à sa manière de voir. Mais il faut rendre à César ce qui appartient à César. Ces phénomènes ont été décrits longuement, peut-être trop longuement par un auteur que vous connaissez tous, par Lallemand, dans son ouvrage sur les pertes séminales. M. Trousseau y rencontrerait un grand nombre d'exemples semblables à ceux qu'il vient de nous rapporter. Et, chose singulière, c'est que Lallemand n'a jamais prononcé les mots d'anémie et de chlorose, bien que ces phénomènes y soient décrits dans toutes ses observations. Ceux qui disent que Lallemand a exagéré à cet égard se trompent ; il n'a rien exagéré.

En résumé je demande à M. Trousseau de vouloir bien définir ce qu'il entend par *étonnement* du cerveau, et de me montrer dans quels cas cet organe se montre aussi *impatient* qu'il le dit.

M. TROUSSEAU. Je n'ai jamais voulu dire que le cerveau fût impatient dans le sens de douleur. Je sais très-bien qu'il est l'organe de la perception des sensations, mais qu'il est insensible par lui-même ; tout le monde sait cela, et j'aurais été impardonnable de l'ignorer. Voici ce que j'ai voulu dire : Un homme reçoit une balle dans la tête, il tombe comme foudroyé ; on le croit mort sur le coup, — il l'est effectivement quelquefois, je ne parle pas de ces cas-là, — on le voit bientôt, au bout d'une demi-heure, d'une ou deux heures, plus ou moins, qui reprend sa connaissance ; la stupéfaction dans laquelle il était plongé se dissipe, jusqu'à ce qu'un épanchement consécutif amène une nouvelle série d'accidents. C'est cet état singulier du cerveau que j'ai voulu désigner par ce mot d'étonnement, sans y attacher d'ailleurs un sens bien défini.

Quant à cette autre expression d'impatience dont je me suis servi, elle n'implique pas du tout non plus l'idée de douleur ; j'ai voulu exprimer seulement par là que lorsqu'il survenait un corps étranger ou un épanchement qui vient tout à coup comprimer une portion du cerveau, il supporte mal cette compression, il ne l'accepte qu'avec une sorte d'impatience qui se traduit par la stupeur et la paralysie. Je ne prétends pas d'ailleurs que cette expression soit rigoureusement exacte, et je l'abandonnerai bien volontiers, si M. Bouillaud veut bien m'en indiquer un autre.

M. BOUILLAUD. Il résulte de ce que M. Trousseau vient de dire, qu'on peut se dispenser d'introduire des mots nouveaux dans la science pour exprimer les phénomènes dont il s'agit. Les chirurgiens ont déjà le mot *commotion* qui est consacré, et il n'était nullement nécessaire de lui substituer des mots qui sont étonnés de se trouver dans la langue médicale.

M. TROUSSEAU. Il y a cette différence cependant entre la commotion et ce que je désigne par l'étonnement cérébral, c'est que dans la commotion il y a trouble de la totalité de l'organe encéphalique, tandis que je ne puis pas admettre qu'il y ait commotion lorsqu'une hémorrhagie ou un corps étranger vient à comprimer un point circonscrit du cerveau.

M. LARREY. Puisqu'on a fait appel aux chirurgiens, j'avouerai que je ne m'explique pas plus que M. Bouillaud le mot d'étonnement cérébral ; il y a le mot stupeur qui rend parfaitement le phénomène que l'on veut exprimer par là.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

PRÉSENTATION.

M. LARREY présente, au nom de M. Marjolin, un jeune garçon qui présente un cas singulier de monstruosité, qui consiste en une cuisse bifide, l'une des bifidités se terminant au niveau du genou, tandis que l'autre se termine par une jambe difforme et atrophiée.

— **M. LE PRÉSIDENT** fait connaître le résultat du scrutin. Sont nommés membres de la commission des onze : MM. Baillarger, Grisolle, Larrey, Moquin-Tandon, Laugier, Denonvilliers, Danyau, Devergie, H. Bouley, Caventou, Guibourt.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Fin de la séance du 7 janvier 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

Appropriation des instruments d'optique, lunettes, télescopes, microscopes, à la vision binoculaire. — M. LE Dr GIRAUD-TEULON communique sous ce titre la note suivante :

La plupart des instruments d'optique propres à procurer la vision nette des objets distants, n'ont jamais été appliqués qu'à la vision avec un seul œil.

Serait-ce donc un avantage pour la fonction, tant sous le rapport de son mécanisme, que sous celui des effets obtenus, que de n'y voir que d'un œil? Ou bien n'y aurait-il pas plutôt dans l'accouplement des télescopes par réfraction ou par réflexion, certaines difficultés mal surmontées jusqu'ici et qui s'opposent à leur usage binoculaire?

Comme il n'est pas douteux pour nous que l'application constante d'un seul œil ne soit fatale à l'intégrité de la fonction, en troublant promptement l'accord fonctionnel des deux organes, nous nous sommes proposé de préciser les conditions d'un usage rationnel et physiologique *binoculaire* de tous ces instruments.

Nous prendrons pour point de départ de cette analyse le mécanisme du plus commun de tous ces instruments, la lunette jumelle d'opéra ou de Galilée.

Dans cet instrument, une image réelle et renversée d'un objet plus ou moins éloigné est théoriquement formée presque exactement au foyer principal d'un objectif convexe. Un oculaire concave, placé entre l'objectif et cette image, renverse le sens et le point de concours des rayons convergents, qui viennent le rencontrer avant la formation de l'image théorique. Chaque œil se trouve alors en présence d'une image virtuelle redressée, plus ou moins agrandie, et placée dans le champ de la vision distincte de l'observateur, c'est-à-dire plus expressément à une distance qui, hors le cas de parallélisme des rayons, est parfaitement déterminée par la formule des foyers conjugués des lentilles.

Que devient, dans ce cas, l'exercice de la vision binoculaire?

On rappellera à cet égard un premier principe : c'est qu'il existe une harmonie parfaite et constante entre l'accommodation de distance et la convergence des axes optiques; qu'à une accommodation donnée correspond une convergence déterminée, et réciproquement; ou, du moins, que ces deux éléments fonctionnels s'enchaînent l'un à l'autre dans de très-étroites limites.

Dès lors, dès que l'objet est rapproché, ou le sujet myope, il survient entre ces deux éléments dissociation d'harmonie; les images sont offertes aux yeux ou dans le parallélisme ou sous un angle très-peu ouvert, et la vision binoculaire ou la fusion des deux images composantes doit se faire sur un point de concours plus ou moins voisin. On se trouve alors exactement, et sans le savoir, dans le cas des images stéréoscopiques. Il faut que le cristallin se décentre par un effort spontané, ou bien que l'instrumentation, par quelque effet déviateur des rayons, procure l'équivalent de cette décentration, et présente aux deux yeux les rayons effectifs sous une convergence déterminée.

Nous démontrons dans cette note qu'on produit aisément cet effet par la décentration des oculaires, c'est-à-dire dans les cas d'oculaires concaves, en rapprochant l'un de l'autre les centres de ces oculaires sur la ligne qui les joint, et en dedans des axes des objectifs supposés à l'écartement même des pupilles ; et dans le cas d'oculaires convexes, comme dans tous les télescopes par réflexion, dans la lunette astronomique, la lunette terrestre, par leur décentration ou l'écartement relatif de leurs centres en dehors des axes parallèles des objectifs.

La chose est donc des plus simples dans tous les cas où l'écartement des objectifs, ou la largeur de l'un d'eux, ne devra pas excéder l'écartement naturel des yeux. La mobilité transversale des oculaires, dans une coulisse horizontale, résout à l'instant le problème.

Il y a un peu plus de difficulté dans le cas, au contraire, où les objectifs doivent, comme dans les télescopes, être beaucoup plus grands que la distance des yeux. Mais on le surmonte par un procédé très-simple et qui consiste à présenter les images virtuelles devant chaque axe optique par une double réflexion totale rectangulaire procurée par une double paire de prismes disposés comme les miroirs du téléstéréoscope d'Helmoltz ou les prismes du stéréoscope que nous avons décrit dans le dernier mémoire (2 juillet 1860) que nous avons eu l'honneur de présenter à l'Académie. La décentration des oculaires appliquée à ces nouveaux axes, fait rentrer l'instrumentation dans le cas général décrit plus haut.

Le télescope de Newton est déjà, par la disposition latérale de l'image oculaire, à moitié préparé pour cet accouplement.

Enfin, par ce procédé, et en ajoutant un tuyau de tirage de quelques centimètres à la jumelle d'opéra, on la transforme en un stéréoscope parfait et qui, instantanément, s'applique à toutes les vues et à toutes les distances.

La microscopie peut également bénéficier de ces remarques ; en utilisant le procédé imaginé par M. Nachet, notre habile constructeur, pour multiplier l'image réelle à se sortir de l'objectif (à savoir une couple de prismes à réflexion totale, inclinés l'un à l'autre d'un petit nombre de degrés), on peut reporter chacune de ces images composantes sur l'axe optique correspondant dans l'inclinaison de convergence mutuelle qui répond à la distance de l'image virtuelle. L'application à ces axes de vision des oculaires à écartement variable, permet de résoudre immédiatement la difficulté.

Les grands avantages reconnus déjà au microscope binoculaire à axes parallèles de M. Nachet, instrument qui rappelle les dispositions mêmes de la stéréoscopie, seront plus simplement encore réalisés par cette modification.

Ce nouveau principe, qui rend tous les instruments d'optique applicables à la vision binoculaire quelle que soit d'ailleurs sa portée, et sans aucun travail de la part des organes, nous a paru digne de l'attention des physiciens et des physiologistes non moins que de celle des médecins eux-mêmes.

— **M. DUVAL** lit quelques passages d'un travail ayant pour titre : *Considérations sur les amputations; de la conservation des membres, et spécialement des membres inférieurs, à la suite des fractures comminutives déterminées par des coups de feu.* (Nous publierons un extrait de ce travail.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 30 décembre 1860, ont été nommés présidents :

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins des arrondissements de Vouziers et Rethel (Ardennes), M. le docteur Gueilliot ;

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de l'Aube, M. le docteur Paul Carteron.

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Dordogne, M. Bardy-Delisle, maire de Périgueux et médecin de l'hôpital de cette ville.

— Le directeur de l'Assistance publique, frappé de certains inconvénients des règlements qui ont régi jusqu'à présent les admissions d'indigents aux places vacantes dans les hospices des Incurables et de la Vieillesse, vient de prendre un arrêté par lequel une commission est instituée à l'effet d'examiner toutes les demandes d'admission dans ces hospices.

Elle est composée de sept membres, savoir :

1° Un membre du conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique, *président;*

2° Un maire ou adjoint et deux administrateurs des bureaux de bienfaisance ;

3° Le chef de la division des hôpitaux et hospices, le chef de la division des secours et l'un des inspecteurs de l'administration.

Le membre du conseil de surveillance et les maires ou administrateurs appelés à faire partie de la commission, sont nommés par le préfet de la Seine, le premier pour six mois et les autres pour trois mois.

M. Cullerier, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre du conseil de surveillance, est nommé président de cette commission.

— Le conseil municipal de Paris vient de voter la somme nécessaire pour allouer aux membres adjoints du Conseil de salubrité le même traitement qu'aux titulaires ; et un décret, dû à l'initiative de M. le préfet de police et aux démarches de M. le docteur Vernois, président de ce conseil, va fondre en une seule classe les membres titulaires et adjoints. Les membres adjoints actuels sont MM. Boudet, Bouchardat, Duchesne, Michel Lévy, Jobert (de Lamballe), Trébuchet et Poggiale.

Les émoluments des membres du conseil de salubrité sont de 1,200 fr., outre un jeton de présence.

— On parle encore de la mise à la retraite de quelques professeurs de la Faculté de médecine qui auraient atteint la limite d'âge fixée pour la magistrature. Cette nouvelle a été souvent donnée, et toujours elle a été démentie par l'événement ; nous n'avons aucun motif de la croire plus exacte aujourd'hui.

— La Société médicale d'Indre-et-Loire a renouvelé son bureau pour l'année 1861. Ont été nommés, MM. les docteurs Haimel, *président;* de Lonjon, *vice-président;* Blot, *secrétaire général;* Millet, *secrétaire adjoint;* Pillet, pharmacien, *trésorier.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Documents inédits tirés des archives de l'ancienne Académie de chirurgie, publiés par M. Aristide VERNEUIL, sous les auspices de M. Frédéric DUBOIS. Premier fascicule : Des polypes nasaux et naso-pharyngiens. Paris, Prix : 2 fr. Chez Victor Masson et fils, place de l'École de Médecine.

L'art dentaire, revue mensuelle de la chirurgie et de la prothèse dentaire, 5e année, par A. PRÉTERRE, dentiste américain, 29, boulevard des Italiens.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Épidémies. — Rougeole. — Influences nosocomiales sur la marche et la gravité de cette maladie.

C'est une des questions les plus dignes d'intérêt et les plus importantes de la médecine pratique, que la variabilité et les oscillations que présentent dans leur gravité et dans leurs rapports de léthalité, les épidémies de même nature, suivant les temps et les circonstances au milieu desquelles elles se produisent. Le *quid divinum* sous lequel s'abritent, en général, les épidémiologistes en pareille circonstance, n'est au fond qu'un aveu d'ignorance; ce n'est que la constatation d'un fait et non son explication. Au lieu de s'arrêter devant cette inconnue comme devant un problème insoluble, pourquoi ne s'efforcerait-on pas, au contraire, d'en rechercher les divers éléments dans les circonstances antécédentes ou dans les conditions particulières du milieu où se sont produites ces maladies, conditions si souvent capables, sinon d'en changer la forme et la nature, du moins d'en modifier la marche et l'issue habituelle? C'est ce qu'un des professeurs les plus distingués du Val-de-Grâce, M. le docteur Laveran, vient de faire avec bonheur pour une épidémie de rougeole qui a régné pendant le cours de l'année qui vient d'expirer, sur les militaires de la garnison de Paris. *Des influences nosocomiales sur la marche et la gravité de la rougeole*, tel est le titre d'un travail très-remarquable que M. Laveran publie en ce moment dans la *Gazette hebdomadaire*, et auquel nous allons emprunter, avec les caractères principaux de cette épidémie, les judicieuses considérations qui lui ont fait rattacher sa gravité particulière aux influences nosocomiales engendrées par l'encombrement.

Les conditions particulières qui suivirent la rentrée des troupes d'Italie, dit notre savant confrère, eurent pour effet d'accumuler dans les hôpitaux militaires un nombre considérable de malades; de juillet 1859 à juillet 1860, le Val-de-Grâce reçut plus de 10,000 malades, et on vit se développer bientôt les accidents qui décèlent au médecin les influences nosocomiales pernicieuses : les plaies s'ulcéraient au lieu de se cicatriser; l'application des vésicatoires était suivie d'infiltrations sanguines, d'exsudations pseudo-membraneuses, d'ulcérations, de gangrène; on observait un certain nombre d'érysipèles de mauvaise nature; enfin la diphthérie épidémique se développait sur un certain nombre de convalescents.

C'est au milieu de ces conditions défavorables qu'un certain nombre de rougeoles furent apportées dans les salles. Simples au début, ces affections se compliquaient, au moment de la convalescence, d'un état de faiblesse d'une gravité insolite, qui parut tout d'abord sortir des limites de la variabilité de cette sorte d'épidémies.

Les épidémies de rougeole présentent, en effet, à diverses époques, des différences notables entre elles au point de vue de la mortalité, ainsi que le démontrent les chiffres suivants, recueillis à cet effet : 4 décès sur 200 malades, pour une population de 26,000 personnes dans une épidémie observée à Dunkerque par M. Zandyck; 33 décès sur 318 malades pour une population de 1,400, dans le Pas-de-Calais; 1/6e dans l'épidémie de Genève, dont M. Lombard a rapporté l'histoire; 1/5e dans une épidémie de Saint-Front (Haute-Saône); 1/4 dans une épidémie de Saint-Gilles (bas Languedoc); 1 sur 2 dans celle de Strasbourg en 1847; 1 sur 30 seulement dans l'épidémie de Metz décrite par M. Michel Lévy, et enfin 4 1/2 pour 100 dans l'épidémie de 1859 décrite par M. le docteur Thore, de Sceaux.

L'épidémie de 1860 a été l'une des plus graves; sauf celles de Strasbourg et de Saint-Gilles, dans le bas Languedoc, elle a dépassé de beaucoup les chiffres les plus élevés; elle a donné 40 décès sur 125 malades, ou 1 sur 3. D'autre part le chiffre léthifère sur 1,000 décès a donné dans cette année 116 décès, chiffre qui excède de beaucoup le rapport moyen des 28 années précédentes, qui a été de 28 sur 1,000.

Ce chiffre élevé de décès par la rougeole en 1860 n'a pas été, suivant M. Laveran, en rapport avec la gravité apparente de la maladie, et cette mortalité excessive ne pouvait être préjugée par les caractères de l'épidémie. Les rougeoles qu'il a observées n'ont présenté au début aucun caractère de gravité, et n'ont offert aucune des complications qui ont signalé la gravité d'un certain nombre d'épidémies de cette nature. Elles ne s'accompagnaient pas d'hémorrhagies comme dans l'épidémie de Plymouth, décrite par Huxham, et dans l'épidémie de Florence; elles ne présentaient pas de symptômes soporeux, d'adynamie, d'état typhoïde, comme dans celles de Prague et d'Edimbourg; il n'existait pas de complication de méningite cérébro-spinale comme dans l'épidémie de Gorée ou dans celle de Genève. Enfin, on n'y a pas constaté ces altérations du sang et des humeurs signalées par Lorry. En un mot, l'épidémie de 1860, dit M. Laveran, s'est produite avec les caractères apparents d'une épidémie bénigne.

On en jugera, du reste, par l'exposé rapide des symptômes constatés :

« La maladie débutait par une fièvre rémittente nocturne, parfois intermittente, accompagnée d'abattement des forces, quelquefois de diarrhée, le plus souvent de larmoiement, de coryza, de toux, et presque jamais d'épistaxis. L'éruption se produisait par des rougeurs d'une belle teinte vermillon, disposées par mouchetures ou par plaques irrégulières; dans les formes confluentes il y avait accélération du pouls, chaleur humide de la peau, rougeur des yeux, de la bouche et du pharynx, toux quinteuse et phénomènes bronchiques. Rien d'ailleurs au début ne faisait présager le danger : l'éruption plus ou moins confluente avait un bon aspect, la fièvre était modérée, les complications rares; seulement, au lieu de voir la convalescence se prononcer lorsque l'éruption arrivait à sa période de décroissance, il se produisait des phénomènes gastro-intestinaux à forme cholérique, et plus souvent une lente asphyxie par un mucus bronchique très-abondant, ou une production surabondante de leucocystes sur toute l'étendue de la muqueuse bronchique. Il semblait que la réaction manquât aux convalescents; la faiblesse succédait à la fièvre. L'appétit ne se montrait pas; de sorte que, sans complications à proprement parler, la rougeole se prolongeait sur les membranes tégumentaires internes, à la manière des érysipèles extensifs et des ulcères serpigineux. »

Il s'agirait maintenant de rechercher les causes qui, d'une maladie bénigne et simple en apparence au début, ont fait dans un aussi grand nombre de cas une maladie grave et mortelle. On les pressent assez par l'exposé des circonstances au milieu desquelles est venue s'enchâsser, s'il est permis de dire ainsi, cette épidémie intercurrente. Mais nous ne voulons pas empiéter sur la démonstration que M. Laveran se propose de faire lui-même. Nous suivrons les développements de son intéressante exposition.

De l'exostose sous-unguéale.

Dans les derniers jours de décembre, nous avons vu dans le service de M. Velpeau un jeune garçon entré pour une exostose sous-unguéale du gros orteil; affection peu grave sans doute en elle-même, mais qui n'en inspire pas moins, toutes les fois qu'elle se présente, un certain intérêt, à cause, d'une part, de l'obscurité de son origine et de la singularité de texture que présente la tumeur, et de son incurabilité par tout autre moyen que l'ablation, d'autre part. Conformément à sa manière habituelle d'agir, M. Velpeau a pratiqué l'abrasion de cette exostose à l'aide d'un fort bistouri concave en forme de serpette, avec la précaution d'enlever du même coup une partie de la phalange dans laquelle s'enchâsse la production morbide. Ce jeune garçon est sorti ces jours derniers de l'hôpital, guéri.., guéri du moins jusqu'à nouvel ordre. Cette réticence n'est pas inutile; et c'est là justement que gît en grande partie l'importance pratique de ces faits.

Employer un procédé opératoire qui mette à l'abri de la récidive, tel est, en effet, le problème à résoudre dans ce cas. Nous avons déjà plusieurs fois signalé à l'attention de nos lecteurs des faits semblables, et indiqué parmi les divers procédés mis en

---

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de pathologie externe et de médecine opératoire, avec des résumés d'anatomie des tissus et des régions, par Aug. Vidal (de Cassis), cinquième édition, revue, corrigée, avec des additions et des notes par M. Fano, agrégé de la Faculté, illustrée de 761 figures intercalées dans le texte (1).

Praticiens et élèves connaissent suffisamment le livre de Vidal (de Cassis), pour que nous n'entreprenions pas d'en faire ressortir toutes les qualités. Ce livre est, en effet, entre leurs mains comme un guide précieux depuis plus de vingt ans. Cette seule considération que, depuis 1838, époque de l'apparition de la première édition, ce livre a eu quatre éditions successives qui se sont rapidement écoulées, nous dispense d'en faire l'éloge, et nous n'avons qu'à constater son succès.

Vidal (de Cassis) avait adopté une méthode scientifique rigoureuse qui lui permettait d'embrasser les nombreux documents que possède aujourd'hui la science chirurgicale. A chaque édition, il perfectionnait son œuvre, l'enrichissant non-seulement des faits nouveaux signalés dans la presse ou dans les sociétés savantes, mais encore de ses observations personnelles, parmi lesquelles il suffit de signaler le débridement multiple et les serre-fines.

Par une vie laborieuse comme chirurgien et comme journaliste, Vidal (de Cassis) avait pris une large part au mouvement scientifique de notre époque, et il était à même, autant et même plus que tout autre, de pouvoir exposer dans un traité les saines doctrines de la chirurgie didactique. Aussi rien ne nous surprend dans le succès que son livre a toujours eu auprès de ceux qui apprennent comme auprès de ceux qui enseignent. Mais Vidal a été enlevé prématurément à la science, lorsqu'à peine il venait de finir sa quatrième édition; or, par suite des progrès incessants des connaissances humaines, tous les traités dogmatiques sont condamnés à vieillir plus ou moins rapidement : son livre, soumis à cette loi fatale, aurait été oublié à son tour, si les éditeurs n'avaient eu l'heureuse idée d'en publier une cinquième édition, avec le concours d'un jeune agrégé en chirurgie, M. Fano.

Dans une analyse rapide de cette nouvelle édition, nous fixerons surtout notre appréciation sur les notes et les additions de M. Fano.

Tel qu'il existait, le livre de Vidal était un véritable compendium chirurgical, renfermant à lui seul tout ce qui touche à la chirurgie, et contenant les matériaux de plusieurs traités.

En se chargeant de la révision de cette cinquième édition, M. Fano est resté fidèle au plan adopté par Vidal; il a eu soin de laisser à l'ouvrage son cachet d'originalité, ses discussions vives, animées et souvent spirituelles; il s'est borné, comme il le dit lui-même, à intercaler des notes et des articles. C'était encore là un travail considérable, qui a dû lui coûter beaucoup de recherches patientes et minutieuses, et dont nous allons avec lui donner une idée sommaire.

Dans le premier volume, les articles *agents anesthésiques, pansements*, ont été considérablement augmentés. La *galvano-caustique* y est traitée avec de grands développements; mais comme aujourd'hui il paraît bien démontré que la chirurgie a peu à prendre dans cette méthode, il aurait fallu peut-être en porter un jugement sévère qui aurait permis d'être plus court. Les *plaies*, l'*inflammation* en général, les *abcès*, la *gangrène*, les *fistules*, ont été remaniés. Le *phlegmon diffus*, les *tumeurs fibreuses*, *fibro-plastiques*, le *cancroïde*, les *acéphalocystes*, ont motivé des articles spéciaux. Les *maladies du système séreux*, celles du *système vasculaire*, et entre autres les *anévrysmes*, forment autant d'articles nouveaux.

Dans le second volume, les *plaies des veines*, les *adénites* ont été refaits. Les tentatives d'injection de perchlorure de fer dans les varices, la structure des *tumeurs érectiles* et l'anatomie pathologique des *névromes*, ont été exposés avec détail. Les articles relatifs aux affections du tissu osseux ont été modifiés. Les *enchondromes* sont décrits pour la première fois, et le chapitre si important des *fractures* a été refait complétement.

Grâce à la libéralité des éditeurs, M. Fano a pu intercaler dans cette partie de l'ouvrage de nombreuses figures nouvelles, propres à donner une idée des appareils généralement usités dans les diverses espèces de fractures. La vue de ces dessins en apprendra beaucoup plus que les descriptions les plus claires.

Ce que nous venons de dire pour les fractures s'applique également aux *luxations*, dont le chapitre tout entier a été mis au courant de la science; aux affections articulaires, dont l'étude a fait de si grands progrès depuis quelques années; enfin, aux maladies des muscles et des tendons. On rencontrera plus loin une description étendue de la *contusion du cerveau*; des notions nouvelles sur la *commotion du cerveau*; des additions à l'article *fractures du crâne*. Les affections de l'*orbite* et les maladies de la glande lacrymale, exposées sommairement dans la précédente édition, ont motivé une série de modifications notables.

Le troisième volume, qui est presque entièrement consacré aux maladies des yeux, a été revu avec une prédilection toute particulière. M. Fano l'a enrichi de plusieurs articles importants, parmi lesquels nous signalerons les *anomalies* et les *difformités de l'appareil de la vision*, les *blessures de l'œil*, la *photopsie*, et diverses autres altérations de la faculté visuelle. Une large place a été réservée à l'*ophthalmoscopie*. Des figures faciliteront au lecteur l'intelligence de cette intéressante partie de l'oculistique. Nous citerons encore comme nouveaux les articles suivants : *Rétinoscopie phosphénienne*, *Myosis*, *Tremblement de l'iris*, *Sclérotite scrofuleuse*, *Scléro-choroïdite postérieure*, *Hypohéma*, *Synéchies*, *Oblitération de la pupille*. M. Fano a introduit des modifications nombreuses dans l'histoire de la *cataracte*, des *conserves* et des *lunettes*, des *maladies des paupières*, des *voies lacrymales* et des *muscles de l'œil*. Enfin, ce volume se termine par une description complète des *tumeurs de la voûte palatine* et du *voile du palais*.

(1) Cinq volumes in-8°. Chez J. B. Baillière et fils.

usage, ceux qui nous paraissaient mériter la préférence. Si nous revenons aujourd'hui encore sur ce sujet, c'est que l'occasion nous en est tout naturellement fournie par deux publications récentes où la question a été examinée sous ses divers points de vue; savoir: une thèse de M. Vallin, qui a repris dans tous ses détails, à l'aide des documents consignés dans les annales de la science et de faits nouveaux, l'histoire de cette affection; et un mémoire de M. Debrou (d'Orléans), sur un nouveau procédé opératoire. Nous résumons d'abord ici les résultats des recherches cliniques de M. Vallin, sur l'étiologie, le mode de développement et la marche naturelle de ces exostoses. Nous reprendrons dans un second article la question des procédés opératoires.

Sous le rapport de l'âge, la statistique a donné à M. Vallin les résultats suivants: de tous les sujets, le moins âgé a été un petit garçon de 12 ans, opéré par M. Debrou; le plus âgé, un malade de Dupuytren: il avait 27 ans.

Se fondant sur les données statistiques, — données toujours décevantes quand elles ne reposent que sur de petits nombres, — on a considéré le sexe féminin comme une prédisposition à cette affection. Sur 17 observations réunies dans la thèse de M. Legoupils, 16 se rapportaient au sexe féminin, et 1 seule au sexe masculin. Cette proportion est loin d'être constante. Ainsi, sur les 14 ou 15 derniers opérés, 1 par M. Malgaigne, 3 ou 4 par M. Nélaton, 2 par M. Gosselin, 2 par M. Foucher et 1 par M. Velpeau, on compte 9 individus du sexe masculin. Il n'y a donc rien à conclure de ces chiffres.

Les professions ne fournissent aucun renseignement.

Enfin, l'affection paraît se développer en dehors de toute influence morbide générale ou diathésique.

Le volume de ces tumeurs est très-variable: tantôt il ne dépasse pas celui d'un pois; d'autres fois il égale celui d'une cerise, d'une aveline ou même d'un marron. Le volume n'est pas subordonné à celui de l'orteil qui est le siége de la maladie, car M. Debrou a observé sur le cinquième orteil une exostose grosse comme une cerise.

L'aspect en est bien différent, suivant que la tumeur a été ou non enflammée.

En l'absence de toute inflammation, elle paraît être recouverte par une peau analogue aux téguments ou par une pellicule d'un brillant rosé. Après que le contact de l'ongle avec la tumeur l'a plus ou moins irritée, l'apparence est alors bien changée: ce sont des fongosités rouges, qui saignent, qui suppurent.

Sur un gros orteil affecté d'exostose sous-unguéale, M. Foucher a noté une production épidermique grise, formée d'écailles, indolente, mobile, développée près de l'ongle, tout à fait indépendante de l'exostose encore très-petite.

La tumeur se compose d'une partie dure et d'une partie molle. Cette dernière est constituée par le périoste, qui a conservé son épaisseur normale, ou qui, dans d'autres cas, a subi une hypertrophie telle, qu'il forme à lui seul presque toute la tumeur. C'est donc le plus souvent du tissu fibreux.

On ne peut établir aucun rapport constant entre la quantité du tissu fibreux et celle du tissu osseux. Certaines tumeurs sont surtout fibreuses, d'autres surtout osseuses. Une tumeur grosse comme une cerise a laissé une pièce osseuse du volume d'un noyau de cerise. Aucun des deux éléments n'a jamais fait défaut. La portion dure ou osseuse est au centre de la tumeur; recouverte par les parties molles, elle surmonte la phalangette comme une apophyse naturelle; sa forme est celle d'une pyramide, d'un tubercule ou d'un champignon.

Ce pédicule a des formes variables: tantôt c'est un collet rétréci, tantôt c'est une large base, à partir de laquelle la tumeur va diminuant de volume. Au point d'implantation, on a constaté une continuité entre le tissu de la phalange et le tissu de l'exostose. Le premier semble se prolonger sans ligne de démarcation distincte.

Quel est le point d'insertion du pédicule sur la phalange? La solution de cette question importe pour la pratique, car l'anatomie pathologique doit servir ici à poser un précepte chirurgical. D'après M. Debrou, le lieu d'implantation est toujours le sommet de la phalangette. Le plus souvent l'exostose siége sur le côté externe de la face unguéale de l'orteil; ce serait donc sur le côté externe des deux renflements qui forment le sommet de la phalange que s'implanterait l'exostose.

Quand les malades commencent à éprouver de la gêne pendant la marche, la tumeur a toujours un volume qui la rend apparente. Il faut en conclure que l'exostose sous-unguéale n'est pas douloureuse; qu'elle n'est pas du moins douloureuse par elle-même. Les souffrances qu'elle cause n'existent qu'à partir du jour où l'ongle presse sur la tumeur; elles sont la conséquence de cette pression.

Les deux grands caractères physiques de l'exostose sous-unguéale sont la dureté et l'immobilité.

La dureté n'existe pas toujours à la superficie de la tumeur; mais en pressant avec le doigt, on arrivera constamment à constater un noyau dur et osseux. Quant à l'immobilité, elle n'a jamais manqué dans les exostoses dont on a rapporté l'histoire.

A ces deux derniers caractères, qui, réunis, sont pour ainsi dire pathognomoniques, on pourrait joindre le suivant: Si on promène le bout d'un corps effilé sous l'extrémité libre de l'ongle, comme pour la nettoyer, on est bientôt arrêté par un tubercule résistant qui soulève l'ongle; c'est l'exostose elle-même qui fait l'obstacle.

Hémoptysies produites par le sulfate de quinine.

Dans un précédent article [voir le n° du 25 octobre dernier] (1), nous avons exposé quelques bonnes idées pratiques sur l'administration et l'action du sulfate de quinine, que M. le docteur J. Simon, médecin des houillères de Ronchamp, a bien voulu nous communiquer. Comme suite à ses études sur cette importante question de thérapeutique, notre confrère nous adresse aujourd'hui quelques observations ayant pour objet de répondre cliniquement à cette question:

Le sulfate de quinine peut-il donner lieu à des hémoptysies? — Giacomini recommande le quinquina comme l'un des moyens les plus héroïques contre les hémoptysies et les autres hémorrhagies, et tout le monde est d'accord avec lui lorsqu'il s'agit d'hémorrhagies passives ou dues à la diffluence du sang. Mais, fait remarquer M. Simon, cette vertu est due aux principes toniques que renferme le quinquina et non au sulfate de quinine. On s'exposerait à trop de déceptions si l'on voulait demander à l'alcali principal que renferme un végétal, tous les effets physiologiques et thérapeutiques que produit le végétal lui-même.

Quoi qu'il en soit, voici quatre observations dans lesquelles le sulfate de quinine semble avoir produit un effet tout opposé, en donnant lieu à des hémoptysies. Dans trois de ces observations, le sulfate de quinine a été administré contre la fièvre intermittente, dans la quatrième contre le rhumatisme articulaire. Il est juste d'ajouter, d'après l'observation même de notre confrère, que c'est sur un chiffre d'environ trois mille fièvres paludéennes, traitées presque exclusivement par le sulfate de quinine, qu'ont été recueillis ces faits, ce qui en diminue bien un peu l'importance au point de vue de l'accident dont il s'agit.

Voici ces observations:

— Un ouvrier mineur très-robuste, âgé de vingt-huit ans, fut atteint de fièvre intermittente quotidienne avec embarras gastrique, douleur violente dans la tête et dans les membres, et une grande lassitude dans l'intervalle des accès.

Le sulfate de quinine fut administré à la dose de 0,50 par jour, sous forme pilulaire, quatre heures avant l'accès. Après la première dose du médicament, l'accès ne reparut plus, mais les pilules durent être continuées les jours suivants, pour dissiper complétement la lassitude et la céphalalgie.

Le cinquième jour, au soir, le malade avait pris en tout 2,50 de sulfate de quinine, lorsqu'il commença à cracher du sang. Chaque effort pour ramener les glaires de l'arrière-gorge en fit rejeter une petite quantité, intimement mêlée avec de la salive spumeuse. La gorge, les poumons, le cœur et la rate, examinés avec soin, ne présentaient aucun symptôme morbide. Comme les dernières traces de la fièvre avaient disparu, on suspendit toute médication, et dès le lendemain le malade ne cracha plus de sang.

Au bout de quinze jours, il alla trouver M. Simon, à l'heure où il avait eu la fièvre, il éprouvait des pandiculations qui annoncent et précèdent ordinairement le retour de la fièvre. M. Simon l'engagea à prendre de nouveau cinq pilules en une fois, trois jours de suite, à l'heure ordinaire. Le troisième jour, l'hémoptysie reparut pour cesser de nouveau quelques heures après. Le malade n'a plus pris de sulfate de quinine depuis, et n'a plus craché le sang.

Un autre ouvrier mineur, âgé de trente-deux ans, fortement constitué et habituellement bien portant, est pris d'une fièvre tierce et ne va consulter qu'après le sixième accès. Il existe dans la région splénique un point de côté très-violent, qui persiste dans l'intervalle des accès. La rate est doublée de volume. — Prescription: 0,60 de sulfate de quinine en poudre, à prendre dans du café noir trois heures et demie avant le retour de la fièvre. En vue du gonflement de la rate, le médicament devait être continué cinq jours de suite.

Le cinquième jour, la rate était toujours douloureuse et volumineuse: cinq nouveaux paquets de 0,60 sont prescrits. Il restait encore trois paquets à prendre quand le malade vint dire qu'il crachait le sang depuis la veille. Le remède fut suspendu, et le lendemain l'hémorrhagie avait cessé. Cependant la rate était toujours un peu gonflée et douloureuse. On recourut aux pilules de quinium. Elles produisirent des coliques très-vives et la diarrhée. Le quinquina jaune en poudre ou délayé dans du vin produisit des nausées et des pesanteurs d'estomac.

Huit jours après la disparition des crachats rouges, on reprit le sulfate de quinine à la dose de 0,50 par jour. Après trois jours, l'hémoptysie reparut de nouveau. Le remède fut continué néanmoins. Le quatrième jour, les crachements de sang continuèrent. Dès que le remède fut suspendu, quelques heures après il n'y avait plus de sang dans l'expectoration. Le sulfate de quinine fut remplacé alors par l'iodure de fer, qui acheva rapidement la guérison.

— M. Simon est lui-même le sujet de la troisième observation. Quatre fois, dans l'intervalle de dix-huit mois, il m'est arrivé, dit-il, après avoir pris 0,30 ou 0,40 de sulfate de quinine plusieurs jours de suite, de cracher du sang spumeux en petite quantité. Ce sang arrivait à la bouche sans le moindre effort, et son apparition coïncidait ordinairement avec une sensation de plénitude à la région du cœur. Dès que je cessais de prendre du sulfate de quinine, je cessais aussi de cracher le sang.

La quatrième observation est relative à un homme de vingt-cinq ans, atteint de rhumatisme articulaire subaigu. Le cœur,

(1) Nous saisissons cette occasion pour signaler une erreur qui s'est glissée dans cet article au sujet de la dose de sulfate de quinine employée. Il est dit que « M. Simon porta la dose à 0,80 toutes les trois heures. » C'est « *toutes les huit heures* » qu'il faut lire. La dose quotidienne a été ainsi de 2,40, et non de 6,40, dose qu'il serait imprudent d'administrer.

Dans le quatrième volume, M. Fano a fait aussi de nombreuses additions aux maladies des mamelles; il a refait l'histoire des *hernies du poumon*, et perfectionné les articles *plaies pénétrantes de l'abdomen, plaies de l'intestin*, et *blessures de l'abdomen par armes à feu*. Aux *hernies abdominales*, M. Fano a ajouté des notions sur le mode de formation de ces tumeurs, sur le *sac herniaire;* il a complété l'anatomie pathologique de l'anus contre nature, et décrit les procédés opératoires récents. Les articles *fistules de l'estomac, tumeurs de la paroi abdominale, gastrotomie*, sont nouveaux. Les *anomalies* et difformités de l'anus et du rectum ont été présentées avec de grands développements.

Presque tous les chapitres qui traitent des maladies de l'urèthre ont été modifiés, revus et corrigés. Les maladies de la prostate ont été remaniées en entier. Dans les maladies de la vessie, les articles refaits complétement sont: *extroversion de la vessie, plaies, ruptures, corps étrangers*. Les *calculs de la vessie* ont été traités avec plus de détail; des additions ont été faites relatives aux nouveaux procédés de taille. Des articles inédits ont été consacrés à l'incontinence d'urine, aux fistules vésico-vaginales et vésico-utérines.

Dans le cinquième volume, on trouve pour la première fois la *gravelle* et les *fistules rénales*. Les articles *anomalies et vices de conformation du testicule, hématurie, fongus, kystes, tubercules, cancer*, ont été refaits. Les maladies des organes génitaux de la femme contiennent aussi des modifications profondes. Une description complète a été consacrée aux affections des *appareils sécréteurs de la vulve*, du *méat urinaire*, aux *vices de conformation du vagin*, à la *chute ou renversement du vagin*, aux *rétrécissements*, aux *kystes* et à l'*oblitération* de cet organe. Des additions ont été faites à l'histoire de la *chute de la matrice*, aux *flexions utérines*, aux *inflammations* et aux *fongosités* de la matrice. L'*hydrométrie*, la *physométrie*, l'*hématocèle rétro-utérine*, les *polypes*, les *kystes* de l'utérus et de l'ovaire, sont remaniés complétement.

A la fin de ce volume, on trouvera une nouvelle description de la *luxation pathologique des premières vertèbres cervicales*, des procédés opératoires pour les *adhérences des doigts*, une histoire du *panaris* et des *inflammations* de la paume de la main, de notables changements aux articles *luxations congénitales du fémur* et *coxalgie*.

Telles sont les modifications apportées par M. Fano, et l'on a pu voir qu'elles sont très-nombreuses. Mais est-ce à dire pour cela qu'il n'aurait pas pu aller plus loin, et en opérer de plus radicales?

Beaucoup d'articles de pathologie sont réellement trop courts, offrent peu de développement, et parmi eux nous citerons toutes les lésions du cou; nous aurions voulu que M. Fano donnât à ces questions une extension en rapport avec leur importance.

Dans le cours de l'ouvrage, on rencontre quelques omissions qui, si elles sont volontaires, auraient dû au moins être signalées dans la préface. Ainsi nous n'avons pas trouvé une description des étranglements internes et des opérations qui leur conviennent; le mal perforant du pied est omis; nous cherchons en vain l'exposition complète de la syphilis et des accidents auxquels elle donne lieu, et qui certes sont à juste titre considérés comme chirurgicaux. Nous comprenons parfaitement que Vidal, auteur d'un livre spécial sur ce sujet, n'ait pas voulu l'introduire dans son Traité, se réservant le droit d'y renvoyer le lecteur. Mais dans une édition où l'on a voulu mettre un livre au niveau de la science, il fallait sans hésiter oublier cette situation de l'auteur, et aborder la question directement dans le livre classique.

Nous avons vu ces omissions avec d'autant plus de regret, qu'elles pouvaient être réparées sans donner à l'ouvrage une plus grande extension. Il aurait suffi pour cela de retrancher quelques articles de pathologie médicale, égarés dans l'œuvre de Vidal (laryngites et angines), et surtout les nombreuses observations imprimées en petit caractère, et que M. Fano a caressées d'une main par trop paternelle.

Si après avoir parcouru ce grand ouvrage dans son ensemble, nous cherchons à en apprécier les détails, nous n'aurons que des éloges à en faire. Ainsi jetons un coup d'œil sur le chapitre qui traite des hernies: il est vraiment remarquable d'exécution; nous y avons surtout admiré les figures destinées à faire comprendre le mécanisme de la production de la hernie, la forme du sac et la structure de la hernie et de ses enveloppes. Le lecteur remarquera aussi avec satisfaction les maladies du rectum et les vices de conformation, où l'on trouve des figures schématiques bien propres à rendre plus facile l'étude de cette importante partie de la pathologie chirurgicale. Tout ce qui a rapport aux os, les fractures, les luxations, possède un grand luxe de développement et de figures.

Du reste, pour donner une idée du soin que les auteurs et les éditeurs ont mis à cette publication, il suffit d'ouvrir le livre; rien n'y manque: table des matières pour chaque volume; table des matières par ordre alphabétique, n'ayant pas moins de soixante pages de texte serré et sur deux colonnes, et formant un véritable dictionnaire de chirurgie; table par ordre alphabétique de tous les noms d'auteurs cités dans le courant de l'ouvrage, et enfin Notice historique sur la vie et les ouvrages de Vidal, par M. A. Guérin.

Aujourd'hui la science est très-vaste, il faut apprendre vite et bien. Or le dessin et la gravure parlent plus promptement que l'écriture, et ces figures nombreuses, intercalées dans le livre de Vidal et de M. Fano, répondent parfaitement à ce besoin de notre époque.

En résumé, la cinquième édition du *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire* nous paraît digne de ses aînées. Si dans notre rapide analyse, nous avons fait quelques objections, nous les avons adressées en réalité plutôt à la forme qu'au fond de certaines parties de l'ouvrage. Nous croyons que l'œuvre de M. Fano aplanira aux élèves l'étude de la chirurgie, et à ceux qui sont plus avancés dans la carrière les difficultés de la pratique.

B. BÉRAUD,
chirurgien des hôpitaux.

examiné tous les jours, n'a jamais été trouvé malade. Le sulfate de quinine fut prescrit en pilules à la dose de 0,40 toutes les six heures, par conséquent 1,60 par jour. Le malade n'éprouva que des bourdonnements d'oreilles, sans surdité. Le quatrième jour depuis le début de cette médication, il cracha du sang presque pur en assez grande abondance. Attribuant cet accident aux pilules qu'il avait prises, il en cessa l'usage. Le même soir, il cessa de cracher le sang. Cependant le sulfate de quinine avait produit une amélioration très-sensible, et M. Simon voulut revenir aux pilules deux jours après les avoir cessées.

Le malade, assez peu docile, les refusa. On eut alors recours au sulfate de quinine en poudre, délayé dans du sirop d'écorce d'oranges. La dose fut encore de 0,40 toutes les six heures. Au bout de trente-six heures, le malade crachait de nouveau le sang. Il fut inutile d'ordonner la suspension du médicament. Le malade refusa tout remède. Il consentit pourtant à prendre des bains de vapeur d'eau, qui terminèrent la guérison dans l'espace de dix jours. L'hémoptysie, qui avait encore suivi de près la suspension du sulfate de quinine, n'a jamais reparu depuis deux ans que cet homme est rétabli.

Voilà donc quatre personnes, habituellement bien portantes et robustes, qui sont atteintes d'hémoptysie. La bouche, l'arrière-gorge, les poumons et le cœur, examinés avec le plus grand soin, n'offrent aucune trace de maladie à laquelle on puisse attribuer les crachats sanguinolents. L'hémoptysie coïncide avec l'administration du sulfate de quinine, cesse quand on suspend le médicament, reparaît quand on le reprend, et cesse encore quand on le suspend de nouveau.

Peut-on se refuser à admettre là la relation d'un effet à sa cause, et ne pas attribuer les hémorrhagies au sulfate de quinine?

DE LA PELLAGRE.

Par M. le docteur Costallat, de Bagnères.

Nous avons depuis quelque temps entre les mains une nouvelle lettre de M. Costallat en réponse à M. le docteur Landouzy, au sujet du débat soulevé entre ces deux honorables confrères sur la question de la pellagre. L'étendue de cette lettre ne nous permettant pas de la publier tout entière, nous en extrayons les passages qui ont exclusivement trait au fond du débat scientifique qui en est l'objet.

Il s'agit, on s'en souvient, de déterminer si les cas de pellagre observés par M. Landouzy dans la Marne, sont de même origine et de même nature que la pellagre des Landes et des Pyrénées, ou si elle en diffère étiologiquement et nosologiquement, comme le pense M. Costallat, qui les considère comme des cas d'acrodynie.

Voici sur ce point essentiel du débat les propositions qui résument sa lettre :

« Le diagnostic aujourd'hui difficile à établir entre la pellagre et l'acrodynie sera d'une extrême simplicité à l'avenir, et c'est à la grande ressemblance de ces deux maladies qu'on devra principalement ce résultat. Voici comment je le prouve.

Je suppose que mon expérience est faite. La spécificité du verdet est reconnue. Remarquez les conséquences qui découlent naturellement de ce fait.

1° Tout ce qui n'est pas la pellagre, c'est-à-dire tout ce qu'on rencontre en dehors de l'action du verdet, reconnaît une autre cause que le verdet.

2° L'acrodynie, qui a tant d'affinité avec la pellagre, doit avoir une cause analogue, voisine de celle de la pellagre.

3° Cette cause réside nécessairement dans les céréales dont se nourrissent les acrodyniques.

4° Les altérations de ces céréales analogues au verdet ne sont pas autres que les entophytes auxquels sont sujets le froment, le seigle et peut-être l'orge.

5° Les entophytes étant depuis longtemps l'objet d'études assidues de la part des agronomes et des mycologues, on peut présumer que celui ou ceux qu'on devra accuser d'être la cause spécifique de l'acrydonie sont connus et décrits.

Ainsi la question de l'acrodynie se trouve réduite à une question de culture et surtout de chaulage, comme la question de la pellagre est toute dans les précautions à prendre contre le développement du verdet, car ici il ne peut pas être question de chaulage.

6° Les pays à maïs produisant aussi une certaine quantité de froment et de seigle, il a pu s'y montrer tel cas d'acrodynie qui aura détourné de la doctrine du verdet les médecins qui en auront été témoins.

7° Les progrès de l'agriculture, et surtout l'application de procédés de chaulage de plus en plus perfectionnés, ont fait cesser les épidémies d'Allemagne et nous délivreront de l'acrodynie, de même que le passage au four du maïs éteindra la pellagre.

8° Puisqu'on compte en France les cas d'acrodynie, tandis qu'ils sont innombrables dans les contrées de l'Espagne où cette affection est endémique, il faut que la culture et le chaulage soient moins avancés dans ces derniers pays que dans le nôtre. Je m'en suis convaincu à Villahoz.

9° En présence d'un pellagreux et d'un acrodynique, vous leur demandez de quelle céréale ils font habituellement usage, et la réponse est tout le diagnostic.

10° Vous prescrivez au premier de bon pain de froment, et, comme le plus souvent il n'a pas les moyens de s'en procurer, vous lui recommandez de monder son maïs grain à grain, jusqu'à ce qu'à la prochaine récolte il ait passé tout son maïs au four.

11° Au second, vous conseillez de bien s'assurer que le froment ou le seigle dont il se nourrit ne soit pas attaqué par la *carie*, le *charbon*, etc. ; au besoin, vous faites substituer à du grain suspect de la farine de maïs passé au four, dont on fait un grand commerce en Bourgogne sous le nom de *gaudes*.

Voilà l'explication des guérisons de prétendues pellagres par le maïs.

12° Comme il est indifférent dans les deux cas de substituer aux céréales usitées du froment ou du seigle purs, ou du maïs passé au four, l'expérience que j'ai proposée pour la pellagre est également applicable à l'acrodynie.

13° On peut donc instituer l'expérience de quatre manières différentes, menant toutes à la constatation de la spécificité des entophytes.

14° Un jour, peut-être, las d'employer deux dénominations pour des maladies qui ont tant de points de contact, on supprimera le mot acrodynie, et l'on dira : *Pellagre par le maïs*, *le froment et le seigle*, etc., en attendant qu'on dise : *Pellagre par le verdet*, *la carie*, *le charbon*, etc. Qui sait si, partant du mot ergotisme déjà donné à une maladie céréale, quelqu'un ne proposera pas de désigner les autres par un seul mot ayant la même désinence !

En résumé, je crois avoir ramené l'étiologie, le diagnostic, le traitement et la prophylaxie de la pellagre et de l'acrodynie à une simple expérience dont je demande l'institution officielle depuis trente mois. »

TRAITEMENT TRÈS-SIMPLE DES COLIQUES NERVEUSES,

Par le M. docteur Tisseire, médecin aide-major.

Tous les praticiens savent ce qu'on entend par accès de coliques nerveuses, combien il est difficile de les arrêter. J'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs exemples, et il m'a fallu toujours un certain temps pour m'en rendre maître, tant que j'ai eu recours à la médecine rationnelle (antispasmodique, etc.).

Depuis, j'ai employé à plusieurs reprises un moyen qui ne se recommande pas par la nouveauté sans doute, mais que l'on a toujours sous la main, et qui, appliqué au moment de l'accès, l'a toujours *coupé* immédiatement. Il s'agit tout bonnement de frictions sèches, rapidement pratiquées sur l'abdomen.

Entre autres observations, je relaterai brièvement les deux suivantes.

Obs. I. — Pendant que je faisais le service au 2e bataillon d'Afrique, je fus appelé auprès d'un soldat qui se débattait, jetant de grands cris, se tordait sur sa couche et portait avec angoisse ses mains vers l'abdomen, qu'il désignait comme étant le siége de douleurs horribles. Quelques questions sommaires m'ayant révélé la nature du mal, j'ordonnai à deux camarades du patient de *s'armer* d'un tampon de flanelle, de linge, etc., et de lui frictionner avec force et rapidité l'abdomen; au bout de deux ou trois minutes le malade se trouvait très-bien, et six à huit minutes après, il était complétement débarrassé de ses douleurs.

Il me déclara alors que ce n'était pas la première fois qu'il éprouvait des accès de coliques nerveuses, et que ces simples frictions l'avaient mieux débarrassé que tous les moyens qu'on avait employés auparavant contre cette affection.

Obs II. — K..., chasseur à pied au 19e bataillon, tenant garnison à Auxonne, est d'un tempérament nerveux très-prononcé. En juin 1858, je fus appelé en toute hâte auprès de lui. L'homme de garde qui était venu me prévenir me rapporta que le malade remplissait la caserne de ses cris.

Je trouvai ce dernier entouré d'une foule de ses camarades, qui suivaient avec un étonnement anxieux ses mouvements convulsifs. K... poussait toujours les mêmes cris déchirants... — Je meurs ! mes coliques ! mes coliques !...

Ayant pris quelques renseignements rapides des assistants, j'ordonnai tout de suite des frictions. Je pus constater bientôt que les cris et les mouvements désordonnés du malade cessaient progressivement. Quand les frictions se ralentissaient, il faisait signe de les hâter. Sept ou huit minutes après, il était tout à fait calme, et il me racontait aussi qu'il avait parfois des accès semblables, et que rien de ce qu'on lui avait fait n'avait été aussi promptement efficace que ces frictions. Cet homme est encore dans mon bataillon. Il a eu depuis à deux reprises un commencement d'accès de coliques; mais, m'a-t-il dit, mes camarades me les ont coupées tout de suite en me frictionnant le ventre.

Ce n'est qu'après avoir vu plusieurs exemples semblables que j'ai osé préconiser un moyen qu'on trouvera naïf, tant il est simple, mais qui m'a donné les meilleurs résultats contre les coliques *purement nerveuses* (entéralgies).

(*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 janvier 1861. — Présidence de M. Marjolin.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Landre, d'Eymet, fait parvenir à la Société une note manuscrite sur un nouveau procédé de taxis continu pour la hernie inguinale, et sur un nouveau pessaire à ressort pour remédier au prolapsus de l'utérus ou du vagin. (Commissaire, M. Désormeaux.)

La Société a reçu en outre : Brun-Réchaud, *Des intérêts moraux et matériels de la profession médicale*. Limoges, 1859, in-8°.

— M. le président annonce que M. le docteur Marx fait hommage à la Société d'un certain nombre de registres d'observations recueillies dans le service de M. Dupuytren. Des remerciments seront adressés, de la part de la Société, à M. le docteur Marx, pour ces éléments nouveaux qu'il apporte à l'édification de l'œuvre chirurgicale de Dupuytren, à laquelle il a déjà tant contribué.

L'ordre du jour appelant la discussion du rapport de M. Verneuil, notre collègue résume les conclusions qu'il a posées.

M. Huguier partage l'avis de M. Verneuil, dans la préférence qu'il accorde à l'instrument tranchant sur le décollement, pour la création d'un vagin artificiel.

Il a opéré une jeune fille par une incision cruciale faite entre l'anus et l'urèthre. Ayant introduit l'indicateur dans le rectum, placé son pouce au-dessous de l'urèthre et mis une sonde dans la vessie, il a pu cheminer ainsi à petits coups de bistouri et avec sécurité jusqu'au col de l'utérus, qu'il trouva fermé. Il crut convenable de ne pas aller plus loin et d'attendre que la poussée des règles vînt dilater l'utérus. La jeune fille n'éprouva aucun accident; elle conserva son vagin artificiel et put se marier. Lorsque les règles vinrent faire bomber le col de l'utérus dans le vagin, la voie leur fut ouverte : les choses se sont maintenues en bon état.

Sur une autre jeune fille il marcha de la même manière dans l'espace de 0,3 centimètres, de la surface du périnée vers sa profondeur. Il trouva à cette distance le vagin et le col dilatés. Un flot de sang présentant les caractères qu'il affecte en pareil cas, suivit son dernier coup de bistouri. L'opération eut les suites les plus heureuses.

M. Huguier reproche au procédé par décollement d'être long et douloureux, sans donner plus de sécurité que le procédé par le bistouri. Les parois du rectum et de la vessie ne sont pas très-résistantes et peuvent être aussi bien déchirées par le doigt que coupées par le bistouri. Ce dernier instrument, manié avec habileté, ne va que jusqu'où l'on veut : le doigt peut pénétrer avec assez de facilité dans le cul-de-sac recto-vaginal, et donner lieu à des accidents de la dernière gravité.

M. Huguier a opéré trois fois par le bistouri des imperforations du vagin; peut-être a-t-il eu du bonheur, mais il n'a jamais eu à déplorer d'accident.

M. Cazeaux fait remarquer que l'opération n'a de danger que dans le cas où elle donne issue au sang des règles.

La présence dans l'utérus de ce liquide vicié par le contact de l'air paraît déterminer des métro-péritonites. Il s'oppose à toute opération dans les cas d'imperforation de l'hymen chez les femmes pubères, et préfère les accidents de compression que détermine la rétention des règles aux accidents qui peuvent naître de l'opération.

Il faut, suivant lui, examiner les femmes présentant quelque imperfection des organes génitaux, avant l'apparition des règles; on peut alors les opérer sans danger.

M. Verneuil a cru devoir donner quelque étendue à son rapport, parce qu'il n'existe pas dans la science de monographie sur la création du vagin artificiel. Cette opération peut être entreprise dans deux buts différents : l'un pour permettre le rapprochement des sexes, l'autre pour donner un libre écoulement aux menstrues.

Le premier a été mis en pratique pour la première fois par M. Stolz. Ce chirurgien procéda par décollement, et n'observa aucun accident. A. Bérard fit une opération analogue et respecta l'utérus, s'étant aperçu que la cloison rectale avait été intéressée; néanmoins il n'eut pas d'accidents à déplorer. Il existe plusieurs observations semblables.

L'ouverture du foyer sanguin constitue donc la seule gravité de l'opération. Boyer cite vaguement quelques opérations de cette dernière catégorie qui toutes ont été suivies de mort. Il semble désigner Dupuytren comme ayant été l'opérateur. Diffenbach a rapporté une curieuse observation, dans laquelle l'utérus ne fut ouvert qu'après que le rectum et la vessie avaient été tous deux intéressés : la guérison fut obtenue.

M. Verneuil pense que dans une opération semblable il est impossible de poser des principes généraux, et qu'il doit être indiqué d'agir tantôt avec le doigt, tantôt avec le bistouri, employés tour à tour, suivant la résistance offerte par les tissus à diviser.

M. Huguier est convaincu de la prévalence du bistouri sur le doigt, attendu que l'incision de la vessie ou du rectum expose moins que leur déchirure à des fistules.

L'observation de Diffenbach vient à l'appui de sa manière de voir.

M. Richard rapporte qu'il y a un an une dame de quarante ans fut atteinte d'une hémorrhagie utérine, qu'on arrêta avec un tampon de charpie imbibée de perchlorure de fer. Depuis cette époque les règles et quelques pertes blanches, existant depuis longtemps, furent supprimées : il y avait une atrésie du vagin. Huit mois après le ventre se tuméfia, des douleurs vives se déclarèrent, et la malade fut sous l'imminence d'une péritonite.

M. Richard rétablit le vagin au moyen du bistouri. Après une opération d'un quart d'heure, conduite avec les plus grandes précautions, il ouvrit une poche d'où s'échappa un verre et demi de sang. La malade guérit bien, mais après avoir éprouvé de sérieux accidents.

Notre collègue appelle l'attention sur l'action profonde et fâcheuse du perchlorure de fer, qu'il a déjà pu constater après son application à l'anus pour combattre une hémorrhagie consécutive à l'ablation d'hémorrhoïdes par l'écraseur linéaire.

M. Robert pense que les insinuations de Boyer à propos de femmes opérées par Dupuytren pour des atrésies du vagin, et mortes consécutivement, sont tout à fait dénuées de preuves.

Elève interne dans le service de Dupuytren, il a vu plusieurs atrésies du vagin résultant de vaginites. Dupuytren n'était pas arrêté par les difficultés de l'opération nécessaire au rétablissement du canal; mais il redoutait beaucoup la pénétration de l'air dans le foyer sanguin, comme pouvant donner lieu à des métro-péritonites.

Il redoutait davantage encore les atrésies congénitales du vagin, en raison des dangers d'une opération pratiquée sur des parties dont la disposition est inconnue.

M. Robert n'a aucun souvenir des malades opérées et mortes auxquelles Boyer fait allusion; mais il se rappelle que Dupuytren n'était pas très-satisfait de sa pratique sur ce point, car il n'opérait pas toujours et conseillait un traitement consistant en de petites saignées mensuelles au moment où les règles auraient dû paraître.

M. Hervez de Chégoin considère aussi que le danger de l'opération consiste dans l'ouverture du foyer sanguin. Dans un cas d'imperforation du col, il a fait par le vagin une ponction avec le trocart,

à la face postérieure de l'utérus, et a laissé sa canule en place pour permettre l'écoulement graduel du sang.

Il regarde comme très-dangereux l'emploi du perchlorure de fer pour combattre les hémorrhagies utérines ; il a vu la mort être la conséquence de cette pratique.

M. HUGUIER distingue l'atrésie incomplète du vagin de l'absence totale de cet organe. Les incisions pratiquées dans le but d'agrandir ce canal, lui paraissent plus graves que celles qui ont pour but de le créer. Dans le premier cas, il existe en effet autour du vagin un plexus veineux considérable, dont l'incision fatalement nécessaire expose aux phlébites et consécutivement à la péritonite. Dans le second cas, ce plexus n'existe pas.

Il a eu à déplorer la perte d'une malade qu'il avait opérée par incision d'une coarctation vaginale.

Il pense que dans les cas de rétrécissement, il convient de procéder par la dilatation graduelle et très-lente ; c'est le procédé qu'il a suivi sur le sujet présentant l'apparence de l'hermaphrodisme qu'il a fait voir à la Société.

M. DEMARQUAY, consulté par une dame qui déjà avait subi une opération par incision pour un rétrécissement du vagin, et chez laquelle la vessie avait été ouverte, n'a pas voulu, en raison des adhérences multiples existantes, accéder au désir de la malade qui s'adressait à lui pour être opérée une seconde fois.

M. A. GUÉRIN a pratiqué une fois la création d'un vagin artificiel et quatre fois des opérations destinées au rétablissement du vagin obturé à la suite de cautérisations ou d'inflammations. Toujours il s'est servi du bistouri.

En créant un vagin artificiel, il a rencontré des tissus parfaitement homogènes, ne rappelant en aucune façon l'adossement ou l'accolement des parois du vagin absent. Il put faire pénétrer un petit spéculum dans le canal de nouvelle formation, qui se rétrécit et disparut presque totalement avant la sortie de la malade de l'hôpital.

M. Guérin pense qu'il est impossible dans tous les cas de ne pas ouvrir des vaisseaux considérables ; aussi a-t-il toujours eu des flots de sang. Il a toujours opéré en plusieurs temps, mettant un tampon dans l'incision qu'il venait de faire, et attendant pour en pratiquer une nouvelle que celle-ci fût cicatrisée. L'opération ne lui a pas semblé présenter de difficultés.

M. GIRALDÈS craint que M. Richard n'attribue à tort à l'action du perchlorure de fer l'atrésie du rectum qu'il a observée ; la solution de perchlorure à 30° n'est pas assez caustique pour produire des eschares et amener consécutivement une coarctation. Il demande le degré de la solution de perchlorure de fer employée par M. Richard. Il est disposé à croire que cet accident a été la conséquence de l'emploi de l'écraseur pour enlever les hémorrhoïdes.

M. RICHARD n'a admis la production du rétrécissement de l'anus après l'usage du perchlorure de fer, que sous forme dubitative, bien qu'il se soit mis à l'abri de toute coarctation en opérant avec l'écraseur. La solution qu'il a employée était à 26°, et n'a pas produit de mortification.

Quant à l'atrésie du vagin dont il a parlé, il ne saurait y trouver d'autre cause que celle qu'il a signalée.

M. DEBOUT fait observer que le perchlorure de fer agit mieux comme hémostatique en solution faible, de 5 à 10°, qu'en solution plus concentrée et par conséquent plus caustique.

M. CHASSAIGNAC partage les craintes de M. Verneuil sur le danger de l'introduction de corps étrangers dans le col de l'utérus. Certains corps étrangers peuvent cependant rendre des services. Une fille de dix-sept ans se présenta à l'hôpital de Lariboisière ; elle n'avait jamais eu ses règles, elle avait l'abdomen développé comme une femme grosse de sept mois. Au-dessous de la symphyse du pubis et en avant de l'anus, on voyait une énorme saillie occupant la place du vagin : en avant de cette saillie, et immédiatement accolée derrière la symphyse, on rencontrait une cavité très-vaste que la sonde pouvait parcourir dans une grande étendue. Les médecins consultants restèrent indécis de savoir si cette cavité était celle de la vessie ou celle de l'utérus.

M. Chassaignac fit une double ponction dans la saillie vaginale, et y passa un tube en caoutchouc vulcanisé percé de trous également distants d'un centimètre les uns des autres, qu'il noua en anse. Le liquide menstruel s'écoula, et aucun accident ne survint. Les tubes en caoutchouc présentent cet avantage qu'ils n'obstruent en aucune façon les orifices qu'ils occupent et permettent le libre écoulement des liquides au dehors.

M. HUGUIER fait observer que M. Verneuil n'a parlé que des dangers de la présence des corps étrangers dans l'utérus, et qu'il n'a pas reproché les mêmes inconvénients à leur présence dans le vagin.

Sans rejeter complétement le procédé par décollement dans l'opération du vagin artificiel pour les cas d'atrésie complète, il insiste sur les avantages de l'emploi du bistouri, qui permet de mieux ménager le cul-de-sac péritonéal, connu sous le nom de cul-de-sac utéro-rectal, et qui serait peut-être mieux nommé cul-de-sac recto-vaginal.

Il pense aussi que, lorsqu'on opère en un seul temps, on s'expose à voir survenir de graves accidents : il semble cependant que les accidents soient d'autant plus à craindre que l'on agit dans une portion plus élevée du vagin.

M. Huguier rappelle qu'il n'a pas eu à déplorer d'accidents, bien qu'il ait opéré dans des cas de rétention du liquide menstruel.

— La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre le rapport sur les thèses envoyées au concours du prix Duval.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de M. le docteur Mercier la lettre suivante, en réponse à la lettre de M. le baron Heurteloup, insérée dans le numéro du 10 janvier courant :

Monsieur le Rédacteur,

En attendant que je réfute en temps et lieu le supplément de M. Heurteloup à sa première note, veuillez insérer cette réponse à la lettre qu'il vous a adressée.

Je ne sache pas que M. Heurteloup ait fait une réfutation scientifique quelconque de la note dont vous avez reproduit les propositions finales ; pourtant c'est ce que la contexture de sa première phrase pourrait faire croire.

Voici ma réponse :

1° M. Heurteloup se proclame partout et toujours depuis quinze ans « inventeur d'instruments *inédits* encore plus parfaits... » Il me semble, après cela, que quand j'ai écrit : « Le problème de la lithotritie est encore ce qu'il était avant la divulgation de l'instrument *inédit* de M. Heurteloup, » ma phrase n'avait rien qui fût inexact et contre la grammaire. Du reste, personne n'admirerait plus que moi celui qui étudierait silencieusement pendant douze années le mécanisme d'un bon instrument avant de le livrer à la publicité.

2° Il prétend savoir mieux que moi ce qui manque au brise-pierre à dents et à celui à cuillers. C'est peut-être une question ; mais ce n'est pas assurément une raison qui prouve que son porte-à-faux ait remédié parfaitement à leur insuffisance. Quant au véritable inventeur de l'instrument courbe à dents, cela a déjà été entre nous l'objet d'une longue polémique. Qu'il ait modifié les mors du lithotribe à dents en forme de cuillers, je n'ai pas attendu jusqu'à ce jour pour le dire hautement, et il aurait bien dû en faire autant à mon égard relativement au pulvérisateur à mors plats.

3° Il est digne de remarque qu'avant de m'accuser de *non-sens*, il n'ait pas daigné s'enquérir de ce que j'appelle *ma* sonde évacuatrice à double courant, voir si elle ressemble à celles *qui sont nées avant moi*, et si elle *rétrécit l'urèthre de moitié*. Il y a longtemps que j'en ai donné la description et la figure, n'ayant jamais cherché à cumuler les bénéfices du secret avec ceux de la publicité.

Recevez, etc.

Dr Aug. MERCIER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 12 janvier, M. le docteur Ambroise Tardieu a été nommé médecin consultant de l'Empereur en remplacement de M. le docteur L. Fleury.

— Par décret du 22 décembre dernier, M. le docteur Hervé (de Lavaur) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Melchior Robert vient d'être nommé chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille. Il a été presque en même temps élu membre du conseil municipal de cette ville.

— M. le docteur Grellois, médecin principal, secrétaire du conseil de santé des armées, a été nommé secrétaire de la Société météorologique de France pour l'année 1861.

— Par suite des dernières élections, le bureau de la Société de chirurgie pour 1861 est ainsi composé :

MM. Laborie, président ; Morel-Lavallée, vice-président ; Broca, secrétaire général ; Bauchet et Béraud, secrétaires annuels ; Verneuil, archiviste.

— La Société impériale de médecine de Lyon a, dans sa séance du 7 janvier, nommé membres titulaires M. le docteur Chassagny et M. Rey, professeur à l'École vétérinaire.

Ont été nommés membres correspondants, MM. les docteurs Postel (de Caen) et Boinet (de Paris).

— L'administration du Dispensaire général de Lyon aura bientôt à nommer cinq médecins suppléants.

Un registre est ouvert au secrétariat jusqu'au 31 janvier, pour recevoir les noms de MM. les médecins qui désireraient se faire inscrire comme candidats.

— Un des plus dignes et des plus actifs représentants de la médecine lyonnaise, M. le docteur Floret, a succombé le 11 janvier, dans sa cinquante-neuvième année, aux rapides progrès d'une affection aiguë de l'appareil digestif. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Un office sanitaire pour la surveillance de la prostitution a été établi à Naples depuis le 1er janvier 1861. A cet office est annexé un dispensaire public pour les maladies vénériennes des hommes, avec distribution gratuite de médicaments.

Les visites sanitaires sont faites d'après le système qui fonctionne déjà dans les provinces du Nord et du Centre de la Péninsule. Un hôpital spécial est également ouvert pour le traitement des prostituées.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES ORPHELINES LE PEYTRE.

MM. Veillard (d'Yerres).	5 fr.
Bruchon (de Besançon). . . .	5
Devergie.	20
Bongrand (de Saint-Rambert). .	5
Chocus.	5
Total.	40 fr.
Total des listes précédentes. .	414
Total général jusqu'à ce jour. .	454 fr.

Les souscriptions continuent à être reçues chez M. Brochin, rue Larrey, 1, chez M. Legrand du Saulle, boulevard de Sébastopol, 9 (rive gauche), et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité de pathologie externe et de médecine opératoire, avec des résumés d'anatomie des tissus et des régions, par Aug. VIDAL (de Cassis). 5e édition, revue et corrigée par le docteur FANO. Illustré de 761 figures intercalées dans le texte. Cinq volumes in-8°, de chacun 800 pages. Prix : 40 francs. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Etudes pratiques sur l'angine couenneuse, à propos d'une épidémie qui a régné dans l'arrondissement d'Issoudun pendant les années 1856, 1857, 1858 et 1859 ; par M. le docteur JUGAND, chirurgien des hospices d'Issoudun. In-8°. Prix, 2 fr. 50 c. — Paris, chez P. Asselin, gendre et successeur de Labé, place de l'Ecole de Médecine.

Etude sur les luxations par rotation du tibia, par M. le docteur ANCELET. Brochure in-8° ; franco par la poste, 50 c. — Paris, chez F. Savy, libraire, rue Bonaparte, 20.

De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec l'état puerpéral, par M. le docteur MARTIN, de Tonneins. Brochure in-8° de 28 pages. Prix : 75 cent. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 9. — MARDI 22 JANVIER 1861. (34e ANNÉE.) N° 9. — MARDI 22 JANVIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 21 janvier 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a reçu dans cette séance, avec quelques travaux destinés aux concours pour les prix, que deux communications que nous ayons à signaler ici : une note de notre collaborateur M. Legrand du Saulle, sur l'insalubrité de l'atmosphère des cafés, étude hygiénique très-intéressante, dont nos lecteurs ont déjà eu les prémices ; et un travail de M. le docteur Ozanam sur la réaction chimique des fausses membranes.

Partant de ce point de vue que la plupart des remèdes reconnus efficaces contre le croup et l'angine couenneuse ont été choisis dans la classe des dissolvants, M. Ozanam s'est proposé d'étudier les modifications que subissent les fausses membranes sous l'influence de différents réactifs. On verra dans le compte rendu l'exposé des résultats qu'ont donnés les expériences faites avec un certain nombre d'agents, dont quelques-uns sont très-usités dans le traitement de ces affections. Ce sont là des résultats utiles à enregistrer, mais qu'il ne faut admettre, comme l'auteur l'indique d'ailleurs très-prudemment dans son travail, qu'à titre d'indications et sous la réserve de les soumettre à leur tour au contrôle de l'expérience clinique.

Dans sa séance d'aujourd'hui 21 janvier, M. Duchartre a été nommé membre de l'Académie (section de botanique).

— Nous venons de recevoir de M. le docteur Herpin, de Genève, qui, ainsi que tout le monde le sait, s'est beaucoup occupé de l'étude de l'épilepsie, quelques considérations sur la question de la congestion cérébrale apoplectiforme et de l'épilepsie, soulevée à l'Académie de médecine par M. Trousseau. Nous nous empressons de les mettre sous les yeux de nos lecteurs, comme un document utile à consulter pour la discussion qui va s'engager probablement mardi prochain sur ce sujet. — Dr Brochin.

CONGESTIONS CÉRÉBRALES ET ÉPILEPSIE.

L'Académie de médecine, dans sa séance du 15 janvier, paraît avoir accueilli avec étonnement, pour ne rien dire de plus, les conclusions de M. le professeur Trousseau, établissant que, dans la grande majorité des cas qualifiés de congestions cérébrales, il y avait erreur de diagnostic, et qu'il s'agissait d'accès méconnus d'épilepsie.

Vous-même, Monsieur le Rédacteur, vous ne les avez pas admises sans vous réserver un examen et une discussion ultérieurs, pensant qu'un éclaircissement sur les termes employés ferait probablement disparaître ce que ces assertions pouvaient avoir de paradoxal au premier abord.

Vingt années d'études incessantes et attentives sur l'épilepsie m'autorisent à apporter dans le débat les résultats de mon observation. Ces résultats, je les ai déjà consignés dans l'ouvrage que j'ai publié en 1852 sur le pronostic et le traitement de l'épilepsie (1), et neuf années d'expérience de plus n'ont fait qu'en confirmer l'exactitude.

Ce fut en octobre 1840 que mon attention fut pour la première fois éveillée sur ce genre d'erreur de diagnostic par un fait que j'ai consigné dans mon livre, et qui en est la *sixième observation*. Je vais la résumer rapidement.

M. R..., négociant retiré, âgé de soixante-treize ans, marié, est d'une taille élevée, d'une forte complexion, a le cou gros et court, la face très-colorée, beaucoup d'embonpoint et toute l'apparence dite apoplectique. Un frère cadet est mort aliéné. La maladie dure depuis dix ans. Les attaques surviennent en hiver tous les mois environ, en été à peu près tous les deux mois, et toujours, à une seule exception près, dans le sommeil.

La domestique qui soigne M. R... depuis plusieurs années et qui couche dans une pièce contiguë, est avertie par un cri et trouve son maître en proie à d'horribles convulsions de tout le corps, et surtout de la face, avec perte absolue de la connaissance et le visage tuméfié et violet. La mort par asphyxie paraît imminente, la respiration devient râlante et l'écume couvre les lèvres. Le patient tombe ensuite dans un coma profond. Le sommeil ou la somnolence dure encore pendant une partie de la journée suivante. Le matin, M. R... est dans un état qui donne l'idée de l'apoplexie ; il ne se doute qu'il a été malade que par la fatigue extrême qu'il éprouve.

Une personne sérieuse et très-intelligente qui tient de près au malade, me raconte que le médecin qui soignait M. R... lors du début de sa maladie, et qui l'a suivi encore pendant quelques années, quoique praticien habile et expérimenté, prit réellement la première attaque pour une apoplexie. Il fit de suite une forte saignée et se contenta d'astreindre son malade à un régime sévère et d'employer de doux minoratifs. Le même jugement fut porté sur les attaques suivantes; la saignée fut répétée chaque fois, et cela pendant plusieurs années.

Toujours le médecin se félicitait auprès de la famille de prévenir ainsi la paralysie. Je prescrivis un traitement par l'*oxyde de zinc*, qui fut suivi pendant neuf mois. Six semaines après le début de cette médication, l'attaque fut remplacée par un vertige interne. Ce fut la dernière manifestation de la maladie.

Vingt-sept mois après, M. R... succombait à une pneumonie catarrhale.

Maintenant, voici textuellement le commentaire dont j'ai accompagné ce fait :

On a pu s'étonner de voir un médecin habile et expérimenté, comme je l'ai qualifié, et avec raison, méconnaître aussi longtemps une maladie qui était bien caractérisée. L'erreur n'est pas cependant aussi grossière qu'elle peut le paraître d'abord. Bien peu d'auteurs ont appelé l'attention sur l'épilepsie débutant chez des vieillards. Le médecin ne voit le malade que dans la période de coma qui, après les plus fortes attaques, ressemble tout à fait à un état apoplectique; le plus souvent on ne lui parle pas des convulsions, qui, de nuit surtout, échappent presque toujours aux membres de la famille quand ils ne sont pas prévenus. Souvent les proches n'aiment pas à croire à une attaque d'épilepsie, et éloignent plutôt qu'ils n'appellent l'attention sur les signes qui pourraient éclairer le praticien.

Loin de m'étonner de cette erreur, je suis convaincu qu'elle est plus fréquente qu'on ne l'imagine, et que les coups de sang ou affections cérébrales éphémères des personnes âgées sont le plus souvent des attaques d'épilepsie. Je connais plus d'un cas d'erreur de ce genre. J'en citerai un seul exemple.

A l'époque de la guérison de M. R..., une famille avec laquelle j'entretiens des relations, mais dont je ne suis pas le médecin, était fort alarmée de la réapparition assez fréquente d'attaques apoplectiques chez un de ses membres, âgé de plus de soixante-dix ans. Chacune des attaques faisait craindre pour sa vie, car elle le laissait pendant un ou deux jours dans un état de coma ou de profonde stupeur, et cependant il se remettait promptement sans en conserver aucune trace.

Voilà ce que j'apprenais par la famille du malade. Celui-ci était confié à deux médecins qui, par leur talent et leur longue pratique, méritaient toute la confiance qu'on leur accordait. L'histoire de M. R... m'inspirant quelques doutes sur la nature de ce dernier cas, je la confiai au médecin consultant ; je l'engageai à appeler l'attention des parents sur les premiers symptômes de l'attaque, et je lui conseillai, si en effet il s'agissait d'accès convulsifs, d'essayer un traitement par le zinc. Dès la crise suivante il fut convaincu : le malade était affecté d'épilepsie. Le zinc fut employé ; il éloigna et mitigea les accès ; il les suspendit même pendant un an. A la mort du vieillard, qui arriva à l'âge de soixante-seize ans, cinq ans après l'invasion de la maladie, il n'avait eu depuis assez longtemps que des accès fort rares et relativement légers.

Sans nier la possibilité d'attaques subites et courtes d'hyperémie cérébrale ou *coups de sang* avec perte absolue des sens et de l'intelligence, sans qu'il reste ensuite de trace d'hémiplégie, je suis convaincu, je l'ai déjà dit, d'après les deux faits que je viens de citer et d'autres observés dès lors, qu'on a souvent pris pour des coups de sang de véritables accès d'épilepsie.

Il est remarquable que, dans la première observation de congestion cérébrale de la clinique de M. Andral (2e édition, 1853, t. V, p. 226), l'attaque, qui fut mortelle, débuta par un cri, symptôme qui, comme l'auteur lui-même le fait très-bien observer, ne précède guère une attaque d'apoplexie, et se lie plutôt aux accès d'épilepsie. J'appelle sur ce point de diagnostic toute l'attention des praticiens.

Parmi les observations publiées pour démontrer l'existence de coups de sang avec perte absolue des sens et de l'intelligence ne laissant après eux aucune trace d'hémiplégie, celles que j'ai lues

(1) *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie.* Paris, 1852.

ESQUISSE BIOGRAPHIQUE

SUR M. LE DOCTEUR O. LESUEUR,

Chef des travaux chimiques de la Faculté de Paris.

S'il est bon de donner l'éclat d'une grande publicité à l'histoire des hommes qui, par un génie hors ligne, par de grandes découvertes scientifiques ou industrielles, par la production d'œuvres admirables dans la littérature ou les arts, ont illustré une époque et rendu leur mémoire impérissable, il n'est pas moins juste, à notre avis, de rappeler au souvenir de leurs contemporains, au moment où ils disparaissent de la scène du monde, de signaler à la reconnaissance des âges futurs les détails de l'existence de quelques-uns de ces chercheurs infatigables, de ces humbles et modestes pionniers de la science dont la vie entière a été consacrée à de pénibles travaux éminemment utiles et pratiques, mais qui, soit par une défiance exagérée de leur propre mérite, soit par un fâcheux concours de circonstances, sont restés plongés dans une obscurité à laquelle ils n'étaient pas destinés. Telle est la principale raison pour laquelle nous avons entrepris une courte esquisse biographique sur l'habile chef des travaux chimiques que vient de perdre la Faculté de médecine de Paris.

Octave Lesueur naquit le 21 avril 1802, à la Sorbonne, où logeait, dans un appartement concédé par l'État, son père Jacques-Philippe Lesueur, statuaire distingué, membre de l'Institut. Le mérite de son père, la brillante position qu'il s'était faite dans les arts, une aptitude en quelque sorte héréditaire dans la famille, semblaient devoir l'engager aussi à suivre cette carrière.

Mais ses rapports continuels avec Orfila, qui avait épousé sa sœur, et qui, jeune encore, occupait déjà un rang éminent dans la science, donnèrent à ses idées une autre direction.

Lorsqu'il s'agit de penser à la question d'avenir, il déclara que son intention était de se livrer à l'étude de la médecine, et rien ne put le détourner de sa résolution. Hâtons-nous de dire qu'il porta dans ces nouvelles occupations la même ardeur dont il avait fait preuve pendant le cours de ses études classiques, qu'il passa de brillants examens, et qu'il obtint au concours les places d'élève de l'Ecole pratique, d'externe, puis d'interne dans les hôpitaux de Paris. Il eut, entre autres, pour chef de service à la Charité, le professeur Boyer, qui en faisait grand cas et l'avait pris en profonde affection.

Toutefois, les travaux et les préoccupations des examens et des concours, les fonctions d'interne qu'il exerça jusqu'à la fin de 1827, ne lui faisaient pas oublier la chimie, pour laquelle, sous l'inspiration de son beau-frère, il s'était pris d'une sérieuse passion. D'abord élève libre, puis aide préparateur au laboratoire de l'Ecole de médecine, alors dirigé par Barruel, il fut chargé en cette qualité de diriger les manipulations chimiques auxquelles étaient exercés à tour de rôle les élèves de l'École pratique. Quelques années plus tard, il ouvrait pour les élèves des cours particuliers de chimie et de toxicologie pratiques, auxquels se pressaient de nombreux auditeurs.

C'est à ce moment, et pendant qu'il se livrait à ces occupations si variées, qu'il soutint, le 21 mai 1828, sur un sujet entièrement neuf, sa thèse pour le doctorat, sous ce titre : *Recherches médico-légales pouvant servir à déterminer, même longtemps après la mort, s'il y a eu empoisonnement, et à faire connaître la nature de la substance vénéneuse.* Ce travail, qui fut publié en extrait le mois suivant (juin 1828) dans le *Journal de chimie médicale*, et qui produisit dans le monde scientifique de l'époque une grande sensation, était le résumé des recherches qu'il avait entreprises, conjointement avec Orfila, quelque temps après la célèbre affaire d'empoisonnement des frères Ballet par Castaing : il s'agissait de répondre à une question qui s'était inopinément produite pendant le cours des débats, et qui, faute d'éléments basés sur l'expérience, n'avait pu être résolue d'une manière satisfaisante.

On se rappelle que le corps du délit, l'acétate de morphine, à l'ingestion duquel avaient succombé les deux victimes, n'avait pu être retrouvé dans les liquides provenant du lavage de l'intestin des cadavres. Les experts, parmi lesquels figuraient les sommités scientifiques de l'époque, Vauquelin, Chaussier, Pelletan, Barruel et Orfila, durent se demander si le sel végétal n'avait pas été décomposé par son mélange avec des matières animales putréfiées, et finirent par répondre affirmativement, en se guidant sur l'analogie. Mais il était, parmi les membres de la commission, un homme dont l'esprit ne pouvait se contenter d'*à peu près*. C'était Orfila, qui, mal satisfait des réponses que l'on avait dû faire aux questions du ministère public, résolut de commencer immédiatement une série d'expériences ayant pour but de résoudre cette difficulté, et s'associa son jeune et actif beau-frère, sur l'exactitude et l'intelligence duquel il savait pouvoir compter entièrement.

Et en effet, deux années ne s'étaient pas écoulées que les deux infatigables travailleurs livraient à l'appréciation des hommes compétents une série de résultats auxquels il a été beaucoup ajouté, par eux-mêmes tous les premiers, mais qui, après trente-trois ans, n'ont rien perdu de leur valeur ni de leur précision.

Cette première publication n'était, du reste, que l'avant-coureur d'un livre qui fit époque en médecine légale ; nous voulons parler du *Traité des exhumations juridiques*, publié en 1830, sous le double nom d'Orfila et de Lesueur, qui y avaient travaillé avec autant d'ardeur l'un que l'autre, et qui en partagèrent la gloire comme ils en

sont loin de fournir la preuve qu'il n'y a pas eu de convulsions au début de l'attaque; on comprend, du reste, cette erreur; le médecin, et souvent même les assistants, n'arrivent qu'au moment de la période comateuse ou apoplectiforme. Pour moi, je n'ai jamais vu de congestion cérébrale avec les caractères que j'ai indiqués. J'ai vu, au contraire, l'erreur commise par des hommes capables, et les deux exemples que j'ai cités (obs. VI et commentaire) ne sont pas les seuls que j'ai connus. M. le docteur Prevost, l'un des plus habiles médecins que Genève ait possédés, me disait, après trente ans de pratique, avoir sur ce point la même expérience que moi. Portal s'exprime ainsi sur ce sujet : « On a plusieurs fois confondu l'épilepsie chronique avec des accès apoplectiques », et il rapporte un exemple à l'appui (1).

La vingt-deuxième observation de mon livre, qu'il serait trop long de rapporter ici, et dans laquelle on voit se succéder à quinze mois de distance un accès bien caractérisé d'épilepsie et une hyperémie cérébrale, suivie elle-même quelque temps après d'une hémorrhagie cérébrale mortelle, est merveilleusement propre à nous montrer les différences qui existent entre l'épilepsie et les deux degrés de l'apoplexie : hyperémie et hémorrhagie.

Dans l'attaque épileptique: phénomènes convulsifs généraux, altération grave de la respiration, perte absolue des sens et de l'intelligence; mais la durée de ces phénomènes, qui présentent en apparence un haut degré de gravité, est extrêmement courte, et ils se dissipent sans laisser de traces.

Dans l'hyperémie cérébrale: attaque fort légère en apparence, troubles peu marqués ou nuls de l'intelligence et des fonctions générales, mais hémiplégie durant au moins quelques jours.

Dans l'hémorrhagie cérébrale: suites dont la durée, en cas de survie, est toujours plus ou moins en rapport avec l'intensité de l'attaque, et concordance telle de la gravité du mal avec l'intensité des premiers symptômes, que la mort serait regardée comme imminente dans une attaque qui offrirait au même degré les symptômes du premier accès du malade en question.

Je suis convaincu que M. le professeur Trousseau ne connaissait pas les pages que je viens de résumer quand il a rédigé sa notice sur les accès d'épilepsie pris pour des cas de congestion cérébrale; autrement il lui eût été précieux, ce semble, d'ajouter aux résultats de son observation sur une question toute nouvelle en apparence, ceux d'un auteur qui lui aussi, avant d'écrire, avait contrôlé pendant plus de dix ans des vues identiques sur le même sujet. Mais cette circonstance même d'une étude indépendante ne fait qu'ajouter de la valeur au concours des assertions de deux observateurs n'ayant point d'ailleurs les mêmes doctrines médicales et ayant écrit à neuf années de distance. Ajoutez que la similitude se montre même dans les détails, et que déjà Portal avait signalé ces erreurs de diagnostic. La concordance de ces témoignages appelle donc l'attention la plus sérieuse des médecins sur le diagnostic de l'épilepsie et des congestions apoplectiques.

Dr Herpin (de Genève).

(1) Ouvrage cité, p. 148 et 149.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Des fièvres larvées. — Des fièvres pernicieuses.

Au n° 17 de la salle Saint-Bernard est couchée une jeune femme de vingt-six ans.

Elle raconte qu'elle eut, il y a quatre ans, un premier enfant qu'elle allaita. Six mois après sa couche, alors qu'elle allaitait encore, elle fut prise d'une névralgie faciale avec douleur très-vive dans le globe oculaire. L'œil devint très-congestionné.

Les accidents névralgiques se présentaient en *tierce* : la douleur commençant avec le frisson, croissant avec la chaleur, diminuant avec la sueur et disparaissant enfin après quelques heures. Le mal dura longtemps, malgré un traitement énergique, mais finit par céder.

Il y a trois mois, cette femme accouche pour la seconde fois; de nouveau elle allaite son enfant, et deux mois se sont à peine écoulés, qu'une nouvelle névralgie se déclare. Cette fois, la névralgie, de sous-orbitaire, devient parfois occipitale. La fluxion oculaire n'existe pas, le larmoiement est peu considérable et la malade est sans fièvre.

Au fond de cette névralgie il y avait une fièvre intermittente larvée.

Qu'est-ce donc qu'une fièvre larvée?

Rare à Paris, commune au contraire dans les pays où règne la fièvre intermittente, la fièvre larvée est, ainsi que son nom, *larva*, masque, *larvata*, masquée, l'indique suffisamment, une fièvre masquée. On a grande tendance à la confondre avec la fièvre *latente*, mais c'est une grande erreur. Loin de se cacher, la fièvre larvée se manifeste hautement; seulement, elle prend le masque d'une autre affection, son apparence extérieure simule une autre maladie. C'est en quelque sorte un individu prenant l'habit, le masque d'un autre individu.

Une pleurésie *latente*, *cachée*, ne saurait être confondue avec une pleurésie *larvée*. La première ne se révèle par aucun symptôme extérieur; elle se cache réellement. Le médecin doit la chercher, la découvrir, en retrouver les signes au moyen de l'auscultation et de la percussion, sans espérer le moindre secours des manifestations extérieures. Enfin, une pleurésie latente reste pleurésie et ne prend jamais l'apparence d'une *entérite* ou de toute autre maladie.

La distinction entre les fièvres *larvées* et *latentes* est donc bien nettement établie.

Nous ferons encore mieux saisir cette distinction lorsque nous nous occuperons des fièvres pernicieuses. Nous montrerons alors que celles-ci ne sont que des fièvres larvées qui empruntent leur caractère de gravité à la maladie derrière laquelle elles se cachent. Enfin, par l'étude des fièvres larvées, nous arriverons à celle des fièvres pernicieuses, qui, pour être bien comprises, doivent être regardées comme des fièvres larvées qui, au lieu de prendre le masque d'une *névralgie*, prennent celui d'une *dysenterie*, d'un *choléra*, d'une *méningite*, d'une *suette*, etc.

La fièvre larvée est ordinairement caractérisée par :

1° Une douleur vive;

2° Une fluxion;

3° Un flux.

Ici, la *douleur* siége dans un cordon nerveux de la cinquième paire; la *fluxion* occupe la muqueuse oculaire et peut, dans certains cas, simuler une ophthalmie grave; et enfin, le *flux* se caractérise par une abondante sécrétion de larmes.

Une grande perturbation nerveuse caractérise la fièvre larvée simple. Toutes les fièvres pernicieuses sont elles-mêmes des fièvres larvées traduites par de grands désordres nerveux limités aux petits ou aux grands appareils, mais toujours accompagnées des trois manifestations *douleur*, *fluxion* et *flux*.

La fièvre larvée est une fièvre intermittente légitime ou palustre. L'empoisonnement palustre se traduit le plus ordinairement par des accidents intermittents à types tierce, double-tierce, quarte ou plus rarement quotidien. Dès le début, les fièvres intermittentes ont le caractère d'une fièvre continue avec exacerbation, ou de fièvres rémittentes avec exacerbation paroxystique traduite par des frissons.

L'empoisonnement palustre, quand il a été violent, subit, s'accuse d'abord par des accidents *continus* qui deviendront *rémittents* pour se terminer *intermittents*.

Quand elle devient larvée, la fièvre intermittente prend le déguisement d'une névralgie, et le plus souvent d'une névralgie sus-orbitaire. Cette prédilection est un fait qu'on ne saurait expliquer.

A côté de cette névrose, que nous appelons ici névralgie, nous trouverons d'autres névroses qui sont encore des fièvres larvées.

L'insomnie. — Des individus ayant souffert de fièvres intermittentes ou ayant été soumis à l'empoisonnement palustre, alors même qu'ils ont quitté ces pays insalubres, se voient en proie à une violente insomnie.

Celle-ci revenant toutes les deux ou trois nuits, sans fièvre, sans chaleur, sans sueurs, et constituant une vraie fièvre larvée qui cède aux préparations de quinquina.

La toux revenant d'une manière paroxystique tous les deux ou trois jours, sans expectoration, sans raucité de la voix, et cédant encore au quinquina.

L'asthme avec tous ses caractères, mais revenant périodiquement, et cédant toujours au quinquina.

Parfois on observe un flux périodique très-abondant de la muqueuse pituitaire, ou des hémorrhagies nasales, intestinales, utérines.

De ce qu'une névralgie est intermittente, il ne faut pas conclure qu'elle constitue une fièvre larvée; c'est ainsi qu'en été nous observons dans des pays non palustres une névralgie dite solaire, très-violente, apparaissant chaque matin, disparaissant chaque soir et se reproduisant ainsi six, sept, huit jours de suite.

Le diagnostic se tire d'abord du caractère *intermittent*.

L'empoisonnement palustre se traduit par des accidents *tierces* : ce type éveillera l'idée d'une fièvre larvée. Le type quotidien, *se prolongeant longtemps*, n'aura pas la même valeur diagnostique, car on sait qu'ordinairement ce type dure peu et passe en tierce ou en double-tierce.

Outre cette forme importante de l'intermittence, il ne faudra pas perdre de vue le lieu habité par le malade et ses antécédents.

Si le malade a habité un pays à fièvres, quand bien même jusqu'au début de l'accès il n'aurait jamais été malade, on doit cependant penser qu'il subit actuellement l'influence palustre. En 1822 ou 1824, sur 815 habitants de l'hôpital de Tours, 14 ou 15 seulement n'eurent pas les fièvres de ce pays. De ce petit nombre était M. Trousseau, alors interne à Tours; mais à son arrivée à Paris, il eut une première attaque de fièvre intermittente légitime. Ces exemples ne sont pas rares, et nos soldats d'Afrique, partis sans fièvre d'Algérie, ont souvent leurs premières attaques à Paris et dans des pays non palustres. L'habitation préalable dans un pays palustre doit donc être prise en considération.

Il importe de percuter la rate, de s'assurer de l'existence de l'engorgement splénique; enfin un flux intermittent, qui résiste à tout traitement, constitue encore une indication de l'empoisonnement palustre.

Plus une maladie sort de ses voies ordinaires, plus elle es difficile à guérir. Ainsi la fièvre larvée simple sera plus rebelle que la fièvre intermittente tierce; elle exige une dose plus considérable de quinquina et une persévérance plus grande dans son administration. Enfin, la fièvre larvée est plus sujette aux récidives.

Parmi les désordres propres aux névralgies des fièvres larvées, le plus commun est la fluxion de l'œil. Chez la malad qui a donné lieu à ces considérations, il y avait eu d'abord une injection de la cornée, puis un gonflement de l'œil, douleur très-vive accompagnée de beaucoup de photophobie; aussitôt que la douleur décroît, le gonflement disparaît, et il ne reste plus rien du premier état.

Si nous devons attaquer la cause du mal, la maladie ellemême, nous ne devrons pas négliger de combattre les accidents qui surviennent : contre la cause, nous agissons par le quinquina et les antipériodiques; contre l'accident, nous avons différents moyens; ainsi l'application de l'atropine, les frictions avec l'extrait de belladone, une mouche volante avec l'ammoniaque et pansée à la morphine, empêchent la douleur et la fluxion pour un temps; mais les accidents reparaîtront. Ces phénomènes

---

avaient partagé les labeurs, les dangers et les dégoûts. Inutile de rappeler, qui ne le sait? que le *Traité des exhumations juridiques* d'Orfila et Lesueur est encore aujourd'hui le seul ouvrage que possèdent les médecins légistes sur la matière, et que les années n'ont fait que confirmer son autorité.

C'est l'année même de la publication de ce remarquable travail que Lesueur fut attaché à la Faculté en qualité d'agrégé. Au mois de mai 1830, un concours s'était ouvert, et Lesueur, qui avait vingt-huit ans à peine, avait subi de la manière la plus brillante des épreuves qui le firent nommer dans la section des sciences accessoires.

Tout en exerçant ses fonctions d'agrégé, Lesueur n'avait pas quitté le laboratoire de la Faculté; aussi, en 1837, à la mort de Barruel, dont il avait été l'élève d'abord, puis le collaborateur et l'ami, lui succéda-t-il aux applaudissements de tous, en qualité de préparateur du cours de chimie et de chef des travaux chimiques de l'École de médecine. Nous pouvons dire aujourd'hui que, dans ce laboratoire si longtemps et si habilement dirigé par Barruel, il n'y eut qu'un nom de changé. La tradition de ces préparations si complètes, si parfaites, si bien réussies toujours, s'est continuée sous Lesueur jusqu'à son dernier jour, comme elle s'était établie sous Barruel, dont elle avait contribué à asseoir la réputation.

Entièrement livré aux travaux chimiques qui absorbaient tout son temps et toutes les facultés de son intelligence, Lesueur avait, presque aussitôt après sa réception au doctorat, abandonné l'exercice de la médecine que ses succès pendant son internat lui auraient permis, comme à tant d'autres, d'exercer avec quelque distinction. Il s'était, comme nous l'avons dit, passionné pour ces études pratiques, pour ces applications médico-légales surtout, encore si peu avancées alors, et dans lesquelles il voyait tant à faire. Aussi tous les moments de liberté que lui laissaient ses fonctions officielles de préparateur des cours de chimie, les consacrait-il à des expériences dont l'idée lui était suggérée par les causes criminelles qui venaient à surgir, à des expertises judiciaires dont le chargeaient à l'envi les magistrats instructeurs.

Sa première collaboration au *Traité des exhumations juridiques* avait donné aux membres du parquet la mesure de ses rares aptitudes. Les premiers rapports dont il fut chargé, préparés avec un soin nous oserions presque dire méticuleux, soutenus plusieurs fois à l'audience avec un rare bonheur d'expression, avec une remarquable lucidité, fixèrent l'attention et légitimèrent le choix que l'on fit souvent de lui dans des causes difficiles et délicates. Il serait difficile à ceux qui n'ont pas pénétré dans son laboratoire, dans son cabinet d'études, de se faire une idée du nombre prodigieux de travaux de ce genre qu'il a accomplis, et qui eussent à eux seuls suffi pour faire la réputation d'un chimiste et d'un médecin légiste. Malheureusement la plupart sont restés inédits; Lesueur aimait la science pour elle-même, pour les jouissances intimes qu'elle est susceptible de donner. Sa sauvage modestie s'effarouchait du bruit; aussi n'était-ce que dans ces affaires auxquelles l'odieux qui s'attache aux grands crimes et la publicité de l'audience donnent tant de retentissement, que le nom de Lesueur a pu jeter quelque éclat en dehors du monde savant. Sa vie entière s'est écoulée dans une laborieuse solitude à laquelle il ne se faissait arracher qu'avec peine et à regret, gardant constamment un rôle que ceux qui avaient appris à le connaître trouvaient toujours beaucoup trop effacé.

Cependant tous ces travaux d'une vie si bien remplie avaient peu à peu fatigué la robuste constitution de Lesueur, qui s'usait dans cette atmosphère méphitique de laboratoire où il passait ses journées. En 1854, une congestion cérébrale légère fut pour lui un premier avertissement, lequel se renouvela en 1855 par une attaque d'apoplexie suivie pendant un mois d'une paralysie du côté droit. Il ne se remit que lentement de cette seconde atteinte. Cependant il put encore l'été dernier remplir ses fonctions de préparateur, et s'acquitta de sa tâche avec son zèle accoutumé. Heureusement pour lui les vacances arrivèrent; sa faiblesse était telle qu'il aurait succombé à la peine. Trois mois de repos n'amenèrent aucune amélioration dans son état. Mais esclave du devoir, sourd aux conseils de ceux qui l'entouraient, il voulut revenir à Paris à la rentrée des cours... Il avait trop présumé de ses forces; au bout de quelques jours, il dut s'éloigner un dernière fois de cette école qu'il abandonnait avec regret, et le 28 décembre 1860 il s'éteignait, après une courte agonie, à Cinq-Mars, en Touraine, au milieu de la famille de Mme Lesueur.

Un mot encore.

Lesueur, avec une instruction vaste et solide, était doué d'une pénétration rare et d'une sagacité peu commune; il cachait sous une écorce un peu rude peut-être une douce bonhomie et un excellent cœur. Mais ce que nous devons dire bien haut, et ce que savent tous ceux qui l'ont connu, tous ceux qui ont eu le moindre rapport avec lui, c'est qu'il était avant tout un homme essentiellement probe et honnête; c'était un de ces rares caractères sur la parfaite intégrité desquels jamais le moindre soupçon n'a plané.

Dr A. Foucart.

---

fluxionnaires, dans une névralgie simple et limitée aux nerfs oculaires, peuvent être détruits sans que la fièvre soit arrêtée.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE DE LA VILLE.

Application clinique de l'élythroïde pour le traitement des maladies utérines.

Par M. le docteur E. Combes.

Du jugement que nous avons cité dans le précédent article (voir le n° du 18 décembre 1860) et de quelques autres faits que nous pourrions y joindre, tels que le cas cité par Lamotte, qui retira un énorme pessaire pétrifié ou incrusté de concrétions qui occasionnaient les plus formidables accidents ; celui de Morand, qui en retira un perforé en plusieurs points et traversé par des végétations fongueuses qu'il fallut détruire ; celui de Dupuytren, qui, à grand'peine, en retira un qui pénétrait d'un côté dans le rectum et de l'autre dans la vessie, dont il avait usé et perforé les parois, ne sommes-nous pas fondé à conclure que, dans l'état actuel de la science, le pessaire doit être banni de la saine pratique?

Les études les plus récentes ont prouvé que les diverses affections de l'utérus, de ses annexes, des tissus qui l'entourent, ou de son col lui-même, se compliquent très-souvent de déplacements de cet organe, soit en hauteur, soit en direction relativement aux axes du bassin. J'ai fréquemment eu l'occasion de reconnaître la justesse de cette remarque, bien que je sois loin d'adopter la classification didactique formulée par un auteur moderne, qui établit autant de divisions dans les directions utérines que les météorologistes en admettent dans la rose des vents ; mais il n'en résulte pas moins une double indication : réduire l'organe dans sa position normale et combattre les éléments morbides dont il est le siége.

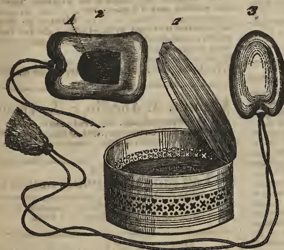
S'il est vrai de dire que, dans la plupart des cas, l'abaissement ou les versions utérines trouvent leur cause dans l'engorgement qui augmente la pesanteur de l'organe, il faut bien reconnaître aussi que le déplacement peut à son tour devenir la cause des érosions et des ulcérations du col qui sont le premier pas vers les plus redoutables lésions.

Mais quelle est celle de ces deux affections simultanées qu'il faut attaquer la première ? Si l'on s'adresse aux ulcérations, en laissant subsister le déplacement qui en est cause, elles seront bientôt reproduites. Si on s'en prend au déplacement sans faire dissiper l'engorgement qui l'a occasionné, nul moyen mécanique n'aura une efficacité durable ; bien plus, les prétendus redresseurs ou les pessaires de toute forme entretiendront, en les irritant, les ulcérations et les engorgements, et les cautérisations seront impuissantes à cicatriser des surfaces sans cesse exposées aux causes qui les ont produites.

Aussi tous les praticiens avouent que les affections utérines sont fort sujettes à récidive.

Pour obvier simultanément à tous ces inconvénients et fermer le cercle vicieux dans lequel ils tournent, il fallait remplir au moins une double indication : 1° Maintenir les organes rendus à leur position naturelle, sans préparer une nouvelle chute en distendant leurs soutiens, et tonifier leur tissu affaibli et en même temps favoriser la cicatrisation des parties érodées ou ulcérées. Et ici je dois faire une remarque. Les ulcérations du col que l'on attaque sans cesse par les caustiques de tout genre, et qui résistent parfois opiniâtrément à ce traitement, tiennent assez fréquemment à des causes diathésiques qui réclament une médication spéciale. J'ai guéri en quelques jours, par l'application de l'iodure de soufre, des ulcérations du col utérin qui avaient longtemps résisté au nitrate d'argent, etc., et qu'une éruption caractéristique à la cuisse me fit soupçonner de nature herpétique.

Pour atteindre le but dont je viens de parler, il fallait d'abord un appareil présentant la forme normale du vagin, mais de moindres dimensions que ce canal, lequel appareil, au lieu d'être inerte comme le bois, les métaux et le caoutchouc, fût luimême activement médicateur ; il fallait de plus qu'il présentât la facilité de transporter et d'appliquer sur les parties ulcérées les médications topiques que réclament les affections de nature spéciale qui ont produit l'ulcération ; il fallait pour ainsi dire greffer le *subdititium* d'Hippocrate sur l'élythroïde du professeur Cloquet.



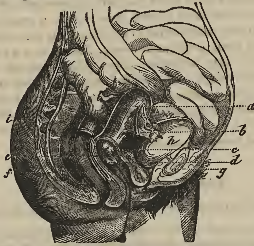
1. Boîte de l'appareil. — 2. Elythroïde composé. — A. son godet. — 3. Elythroïde simple.

C'est ce que je me suis proposé en faisant l'instrument appelé appareil élythroïde curatif, parce qu'il affecte la forme ordinaire du vagin, sur lequel il est moulé, et parce qu'il est destiné, non pas seulement à la contention, mais à la curation définitive des déplacements, en rendant aux tissus relâchés leur forme et leur contractilité normales. Il guérit aussi les ulcérations de nature diverse, en mettant en contact immédiat avec elles les substances médicamenteuses appropriées.

Un des plus grands avantages que présente l'élythroïde, c'est de pouvoir, en l'absence du médecin, être appliqué en tous temps et en tous lieux par la femme elle-même. Cette circonstance sera surtout appréciée par les personnes dont le séjour est éloigné des villes, ou des médecins habitués au traitement des affections utérines, ainsi que pour les malades qui refusent de se soumettre à des visites fréquentes ou redoutent l'application du spéculum.

L'introduction est aussi facile que son retrait, son application est sans douleur, et son séjour prolongé, même au delà des limites prescrites, n'est suivi d'aucun inconvénient grave. Une fois mouillé et introduit, on le pousse avec le doigt indicateur, et il prend de lui-même la place qui lui convient, la surface du col venant se mettre en contact avec le médicament qui garnit le godet. Après quelques minutes de séjour, on l'extrait en tirant légèrement sur le cordon attaché à l'anneau d'argent qui le termine, et après l'avoir essuyé avec un linge mouillé, on le remet dans sa boîte jusqu'à une nouvelle application. Il peut servir ainsi de deux à trois mois, employé tous les deux jours, et suffit à un traitement ordinaire.

Cette gravure représente l'appareil mis en place avec son cordon de soie pendant au dehors.



a. Corps de la matrice, insertion du ligament rond et de la trompe. — *b.* Annexes, ligaments rond, large, et ovaire, pavillon de la trompe. — *c.* Col de la matrice, lèvres antérieure et postérieure du museau de tanche. — *d.* L'élythroïde mis en place, son godet en contact avec les deux lèvres du col, et son cordon faisant saillie au dehors. — *e.* Cloison recto-vaginale, cul-de-sac péritonéal. — *f.* Intestin rectum. — *g.* Symphyse pubienne. — *h.* Vessie. — *i.* Os sacrum.

Dans les cas de simple vaginite ou de leucorrhée, j'emploie quelquefois un appareil ovalaire mousse sur ses bords, et composé de substances toniques et astringentes ; on peut aussi employer cette forme pour combattre, au moyen des hypnotiques, les douleurs névralgiques ou résultant des dégénérescences cancéreuses, etc. Mais l'élythroïde, dont le corps est tout entier formé de substances styptiques, peut recevoir dans son godet toutes les substances médicamenteuses dont l'expérience démontre l'efficacité et dont la nature varie suivant les maladies que l'on veut combattre : le tannin, le perchlorure de fer, les iodures, etc.

Des faits de plus en plus probants de l'efficacité de ce mode se présentent journellement dans ma pratique. Je pourrais en citer un grand nombre, toutes suivies de succès plus ou moins rapides. Mais les médecins qui ont fait une étude sérieuse des affections si communes du système utérin, ont déjà compris l'application et la portée de l'instrument que je leur présente.

Je terminerai ce travail par la relation d'un fait dont a été témoin M. le docteur Huguier, membre et rapporteur de la commission nommée par l'Académie impériale de médecine pour examiner l'élythroïde.

Pendant que, sur la demande de la commission, des expériences avaient lieu dans un service de femmes des hôpitaux de Paris pour éclairer l'opinion de M. le rapporteur lui-même, je lui demandai la permission de lui présenter de temps à autre, et de traiter pour ainsi dire sous ses yeux et par l'élythroïde seul, *à l'exclusion de tout autre agent médicateur*, une jeune femme qui se présenta à moi dans l'état suivant. Ce savant médecin a suivi le traitement, et m'a autorisé à en publier la relation.

Marie B..., vingt-trois ans, petite de taille, quoique bien constituée, bien réglée depuis l'âge de quatorze ans, a eu un premier enfant à vingt ans. Accouchement sans accident notable. Depuis cette époque, elle éprouve de vagues douleurs dans le ventre ; gonflement des lèvres vulvaires ; embarras et pesanteur du bas-ventre ; envies continuelles d'uriner, et quelquefois d'aller à la selle ; douleurs vives aux reins et aux tempes, sur les orbites ; appétit diminué. Ses douleurs sont exaspérées par la marche. Nouvelle grossesse à la fin de 1859. Accouchement normal. L'enfant n'a pas vécu.

Lorsque cette jeune femme vint me consulter, le 12 septembre 1860, quelques mois après son accouchement, les règles n'avaient point reparu. Les douleurs sont plus vives qu'autrefois ; la marche et la station assise sont fort pénibles ; la vulve, largement ouverte, est inondée par les pertes ; les parois vaginales et la matrice sont prolapsées. Sans autre traitement, je fis une première application d'un élythroïde, que je répétai deux jours après. L'amélioration fut si sensible, que j'en parlai à M. Huguier, et lui demandai de le rendre témoin de ce traitement.

Le 22 septembre, conduite pour la première fois chez M. le rapporteur, cette femme présente encore des mucosités sanguinolentes obstruant la vulve ; deux bourrelets vaginaux, l'un antérieur et supérieur, l'autre inférieur et postérieur, se présentent à l'orifice. En les écartant un peu avec le pouce et l'index, on voit le col prolapsé, et son orifice presque à fleur de la vulve. Le col est tuméfié dans tout son pourtour, qui offre une exulcération continue avec granulations fongueuses du diamètre de 3 ou 4 centimètres. On voit s'écouler de l'orifice une mucosité filante et limpide, mêlée de quelques stries sanguines qui coulent en bavant sur la lèvre inférieure. Au-dessous de cette lèvre, et avant d'arriver au cul-de-sac recto-vaginal, on sent un bourrelet assez épais, qui fait diagnostiquer à M. Huguier un état de rétroflexion ; la rencontre à faible distance du cul-de-sac vaginal par le doigt à peine enfoncé dans le vagin fait aussi penser à cet habile chirurgien que ce canal est naturellement très-court. Cependant la malade m'a assuré que les approches conjugales, très-douloureuses depuis environ deux ans, ne l'étaient nullement avant son premier accouchement.

J'applique l'élythroïde en présence de M. Huguier, qui constate que son application est des plus faciles, et je pars avec la malade, qui le garde jusque chez elle.

Le même instrument est replacé tous les deux jours pendant cinq ou six minutes jusqu'au 30 septembre, jour où, atteinte d'une maladie violente des voies digestives, elle garde le lit jusqu'au 13 octobre. Son état lui permettant alors de renouveler ses applications, il est remis en usage, et reste tous les deux jours de dix à quinze minutes en place.

Le samedi 20 octobre, M. Huguier examine de nouveau la malade, et constate que les pertes n'existent plus, que l'utérus est sensiblement plus élevé dans le bassin, que la rétroflexion et le bourrelet postérieur qui l'accusait sont considérablement diminués, sinon disparus, et que l'exulcération du col est à peu près guérie, au point que le nouvel épithélium est presque entièrement formé. J'applique encore l'appareil une ou deux fois, et la jeune femme part pour le Havre entièrement guérie.

M. Huguier parut si satisfait de cette observation qu'il m'engagea spontanément à la publier, et m'autorisa à me servir de son nom en témoignage du fait.

Ces quelques observations peuvent suffire, ce me semble, pour donner aux médecins la mesure de la valeur thérapeutique de l'élythroïde, aussi bien que pour leur faire connaître les indications qu'il peut remplir. Composé, comme type, pour tonifier les tissus, arrêter les leucorrhées et cicatriser les ulcérations du col utérin, seul ou aidé par des caustiques plus énergiques lorsque le médecin traitant juge à propos de les employer ou de les adapter au godet, il peut recevoir dans cette cavité toutes les substances médicamenteuses dont l'efficacité a été déjà reconnue, ou que fait connaître de temps à autre le progrès de la science. Sans doute cet instrument n'est pas encore parfait, et il est susceptible de modifications que chaque praticien pourra lui faire subir ; mais je crois qu'il n'est pas inutile de remettre dans la pratique un moyen dont Hippocrate faisait un trop fréquent usage pour qu'il n'en retirât pas de véritables avantages, et que les progrès de la science ont permis de perfectionner.

DE LA VALEUR DE LA COAGULATION

dans les épanchements sanguins chez les nouveau-nés au point de vue médico-légal.

Par M. le docteur E. Ancelet (de Vailly-sur-Aisne), correspondant de la Société de médecine de Lyon.

Depuis Zacchius (1), qui le premier, je crois, insista sur ce point, la coagulation est regardée comme le caractère distinctif des épanchements sanguins produits pendant la vie, et aucune observation positive n'est venue en infirmer la valeur.

Mais ce fait a-t-il la même signification quand on le fait passer de la médecine légale générale dans celle qui se rapporte spécialement à l'infanticide ?

M. Bellot, du Havre (2), fit le premier une excursion dans cette voie. Il conclut de l'examen d'un nouveau-né que la respiration ne s'était pas établie, mais que les épanchements de sang démontraient sans réplique que la circulation avait lieu au moment où les violences avaient été exercées ; qu'en conséquence, on pouvait établir qu'il vivait au moment de sa naissance, mais que la vie n'était encore chez lui que le résultat de la circulation, condition toutefois suffisante pour qu'il y ait possibilité d'infanticide.

Ollivier, d'Angers (3), reprit cette question. D'après cet auteur, quand on constate sur le cadavre d'un nouveau-né des blessures plus ou moins graves avec coagulation du sang des parties intéressées, on peut conclure que ces blessures ont été faites pendant la vie de l'enfant, quand même l'autopsie démontrerait qu'il n'a pas respiré ; et si ces blessures sont de nature à entraîner la mort, on est autorisé à penser qu'elles ont empêché l'établissement de la respiration, c'est-à-dire de la vie indépendante, et qu'ainsi il y a eu infanticide.

MM. Desgranges et Lafargue (de Bordeaux) sont allés plus loin encore, et dans un mémoire dont toutes les conclusions doivent être rejetées, ils cherchent à prouver l'infanticide en s'appuyant, entre autres signes, sur celui-ci : épanchement de sang à demi-coagulé sous le cuir chevelu ; pas d'ecchymoses dans le tissu propre du dernier ; pas de traces de violences (3).

Dans une note insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* quelques

(1) *Quest. méd.-lég.*, 1661.

(2) *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1832.

(3) *Ibid.*, 1843.

(4) *Gaz. des Hôp.*, 6 et 8 octobre 1857. Les autres caractères qu'ils

jours après (1), je combattis ces conclusions en m'appuyant sur un fait qui sera cité plus loin, et qui démontrait irréfragablement que ces épanchements, s'ils supposent la vie quand la lésion se produit, ne supposent pas la vie extra-utérine, opinion que ces messieurs paraissent avoir adoptée depuis (2), sur laquelle, disent-ils, Devergie et Bayard s'étaient clairement prononcés, et à l'appui de laquelle ils apportent une nouvelle observation.

Je veux appuyer ce point sur quelques faits :

Mme B..., de Vailly, âgée de vingt-deux ans, présenta des végétations vulvo-anales pendant sa grossesse (3). Vers le milieu du huitième mois, je constatai la mort du produit. L'accouchement, qui survint vers la fin du huitième mois, se fit lentement; les douleurs durèrent quarante-huit heures. Dès que la dilatation fut opérée, la poche se rompit sous l'action du toucher et laissa s'écouler un liquide abondant, roux, fétide. En cherchant à préciser la position du fœtus, je sentis aussitôt au sommet de la tête une tumeur volumineuse rénitente, qui pendant son passage à travers le col devint plus tendue et prit une forme hémisphérique. L'accouchement était terminé trois heures environ après l'écoulement des eaux.

Les suites n'eurent rien de particulier pour la mère.

L'enfant présente tous les caractères d'un fœtus de huit mois bien conformé; il est dans un état de putréfaction très-avancée; sa teinte est violacée, verdâtre à l'abdomen. Au moindre contact, l'épiderme s'enlève par plaques, en laissant à nu le derme rouge, humide, visqueux.

La tête, dont malheureusement j'ai perdu les dimensions, a sa configuration normale. La tumeur occupe le sommet du crâne; la peau, couverte de cheveux, revêtue d'un épiderme adhérent, présente une coloration rougeâtre. Elle est assez lâche pour que l'on puisse la saisir isolément et faire un pli; elle a été évidemment plus distendue qu'elle ne l'est aujourd'hui. Au-dessous d'elle on sent une collection semi-liquide, rénitente.

J'incise les téguments, qui ne paraissent nullement amincis en aucun point.

Entre l'épicrâne et le cuir chevelu existe un caillot de sang coagulé, circulaire, d'environ 6 centimètres de diamètre, présentant en son centre une épaisseur de 2 centimètres. Ce caillot, consistant, rouge, noirâtre, a déjà subi en plusieurs points la transformation fibrineuse.

Les os et les fontanelles sont à l'état normal. Je n'ai rien trouvé qui pût indiquer l'origine probable de cet épanchement.

L'année suivante, en 1858, j'observai un cas en tous points semblable. Mandé en toute hâte près de Mme M..., de Vailly, qui éprouvait depuis une demi-heure seulement les douleurs du travail, j'arrivai lorsque la poche des eaux se rompait. Elles exhalaient une odeur infecte, la dilatation était complète. Comme dans le cas précédent, je constatai l'existence d'une tumeur présentant les mêmes caractères que ceux qui ont été décrits plus haut. Dix minutes après, la patiente avait expulsé un fœtus dans un état de décomposition assez avancée. Les téguments incisés, je trouvai un épanchement de sang coagulé de 5 centimètres de diamètre à peu près. L'accouchement avait eu lieu dans le courant du huitième mois.

De ces deux faits aussi semblables de céphalœmatome sous-aponévrotique, on peut conclure :

1° Que l'épanchement s'est produit avant la naissance; qu'il n'est pas le résultat des efforts de l'accouchement, puisque nous l'avons constaté dans l'utérus lui-même, puisque dans un cas au moins la parturition a été des plus faciles;

2° Qu'il s'est produit pendant la vie, puisque le sang était coagulé;

3° Que le fœtus a survécu quelque temps à la lésion, car il y a eu commencement de résorption. L'élongation des téguments du crâne, la transformation fibrineuse du sang, le prouvent surabondamment.

invoquent sont les suivants : voussure du thorax, qui indique pour eux un mouvement d'inspiration, et qui n'est pour nous que l'effet de l'expression des gaz renfermés dans tout le corps, dans l'abdomen, la présence d'un liquide boueux dans les bronches. Aucune observation ne prouve qu'il n'ait pu s'introduire après la mort, par le seul fait du séjour longtemps prolongé. Dans le cas particulier, le cadavre y avait séjourné un mois. Peut-être, avant de se prononcer, aurait-il fal instituer des expériences, ce qui eût mieux valu assurément que d'accuser « de trop de » rigueur quelques esprits auxquels l'interprétation de ce fait, a pu paraî» tre forcée, et qui veulent le faire rentrer sous l'empire des causes physiques ordinaires.

(1) *Gaz. des Hôp.*, 15 décembre 1857.

(2) *Ibid.*, 28 avril 1859.

(3) E. Ancelet, *Des végétations vulvo-anales des femmes enceintes*, 1860.

Le fait suivant, que j'emprunte à MM. Desgranges et Lafargue, est plus significatif encore :

Chez un fœtus de cinq mois et demi à six mois, le cuir chevelu est rougeâtre, comme toute la peau du corps. Blessure d'un demi-centimètre d'étendue à la partie supérieure gauche du front; blessure semblable à la partie supérieure de la région pariétale gauche.

Après avoir disséqué le cuir chevelu, on constate, correspondant aux deux blessures de la peau, un épanchement de sang coagulé assez considérable situé entre le cuir chevelu et les os du crâne. Le cerveau offre à sa partie supérieure la trace de deux blessures correspondantes.

Le ventricule gauche contient un épanchement sanguin à demi coagulé, légèrement tremblotant; les épreuves docimasiques sont complétement négatives.

Ces blessures avaient été faites probablement pour provoquer l'avortement quand le fœtus était encore vivant dans le sein de sa mère.

Il faut conclure de ce qui précède que la coagulation du sang ne saurait démontrer que l'enfant a vécu selon le vœu de la loi. A l'état simple, elle démontre bien qu'il vivait lorsque la lésion s'est produite; elle ne saurait démontrer qu'il vivait de la vie extra-utérine. Compliquée de plaies, elle permet de conclure qu'il y a eu violence, mais elle n'établit pas davantage la vie indépendante.

Revenons donc aux vrais principes. Oui, un enfant peut avoir vécu avant même d'avoir respiré; mais dans l'état actuel de la science nous n'avons aucun moyen de le démontrer, et jusqu'à ce jour l'établissement complet, indubitable de la respiration, est le seul signe caractéristique à l'aide duquel on puisse établir en médecine légale qu'un enfant a vécu. Hors de là, il n'y a qu'incertitude. « Cette incertitude, disait Mahon, me fait admirer » l'extrême conscience de tant de faiseurs de rapports qui, sur » de simples apparences, ne balancent pas d'asseoir le jugement » le plus décisif. Les siècles passés nous en offrent mille exem» ples, et je frémis en disant que le nôtre même nous en fait » voir un très-grand nombre. »

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 janvier 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

M. LE MINISTRE D'ÉTAT transmet ampliation d'un décret impérial, en date du 3 courant, qui confirme la nomination de M. Longet à la place vacante dans la section d'anatomie et zoologie. Il est donné lecture de ce décret.

Sur l'invitation de M. le président, M. Longet prend place parmi ses confrères.

— M. EUGÈNE NÉLATON présente au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, un travail imprimé sur les tumeurs bénignes des os, tumeurs dites à myéloplaxes.

— M. L. CARADEC adresse pour le même concours une analyse de sa *Topographie médico-hygiénique du département du Finistère*.

— M. LICHTENSTEIN adresse au concours pour le prix Bréant un ouvrage publié en allemand sur le choléra-morbus. L'auteur fait remarquer que dans cet ouvrage, où il parle du décroissement des proportions d'acide carbonique dans l'air expiré par les cholériques, il ne fait que mentionner de nouveau un phénomène sur lequel il avait appelé l'attention dans une réunion de médecins et naturalistes allemands tenue à Vienne en 1856.

— M. LEGRAND DU SAULLE soumet au jugement de l'Académie une note intitulée *De l'insalubrité de l'atmosphère des cafés et de son influence sur le développement des maladies cérébrales*. (Commissaires, MM. Andral et Rayer.)

— M. PAPPENHEIM adresse une note sur l'origine des maladies du cœur. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Réaction chimique des fausses membranes. — M. OZANAM présente une note sur les réactions chimiques des fausses membranes. Partant de ce point de vue que la plupart des remèdes reconnus efficaces contre le croup et l'angine couenneuse ont été choisis dans la classe des dissolvants, l'auteur a étudié les modifications de l'élément pseudo-membraneux sous l'influence des différents réactifs.

Voici l'exposé sommaire de quelques-unes de ses expériences :

Eau pure. — Au bout de vingt-cinq jours, la fausse membrane a conservé sa couleur, sa forme; elle est très-ramollie, mais peut encore être enlevée d'une pièce.

Chlore. — Désagrégation sous forme de lamelles en cinq ou six heures.

Brome. — Solution aqueuse au 1/1000e. Désagrégation moléculaire en une heure.

Iode (teinture). — Durcissement comme un morceau de cuir en un quart d'heure.

Chlorure de brome au 1/1000e. — Désagrégation moléculaire plus marquée que pour le brome, au bout de deux ou trois heures.

Chlorure d'iode au 1/1000e. — Aucun effet au bout de cinq jours.

Acide sulfurique pur. — Ramollissement jaunâtre et transparence rapide.

Acide phosphorique monohydraté pur. — Au bout d'un quart d'heure, transparence complète sans ramollissement.

Eau régale pure. — Dissolution complète en une heure (dans un vase fermé).

Acide chlorhydrique pur. — Transparence complète en une minute, sans ramollissement notable. Au bout de seize minutes, la fausse membrane est très-ramollie, mais conserve encore toute sa forme.

Acide chlorhydrique au 1/3. — Au bout d'un jour, ramollissement, mais non dissolution.

Idem au 1/1000e. — Même effet apparent au bout de deux jours.

Acide fluorhydrique pur. — Léger durcissement au bout de deux heures, sans transparence.

Acide citrique (solution concentrée). — Fausse membrane pâlie, demi-transparente au bout de douze heures.

Suc de citron pur. — Douze heures : couleur ambrée, léger ramollissement par les bords.

Potasse au 1/10e. — Au bout d'un quart d'heure, ramollissement marqué, pâleur et demi-transparence. Au bout de douze heures, ramollissement très-prononcé. Au bout de vingt-quatre heures, différence presque entière.

Soude au 1/10e. — Au bout d'une heure ramollissement marqué, transparence presque entière. Dissolution complète au bout de douze heures.

Ammoniaque à 21°. — Au bout d'un quart d'heure, la fausse membrane est ramollie plus que par la potasse, mais sans transparence.

Baryte au 1/10e. — Après douze heures, ramollissement et fragmentation; dissolution complète en vingt-quatre heures.

Chlorate de potasse (solution saturée). — Aucun effet pendant deux jours; dissolution le troisième et le quatrième jour.

Perchlorure de fer à 21°. — Durcissement de la fausse membrane au bout de douze heures, sans désagrégation.

Bichlorure d'hydrargyre. — Conservation parfaite et durcissement de la fausse membrane.

Candidature. — La section de botanique a présenté, en comité secret, par l'organe de son doyen M. Brongniart, la liste suivante de candidats pour la place vacante par suite du décès de M. Payen.

En 1re ligne.	M. Duchartre.
En 2e ligne.	M. Tréeul.
En 3e ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique.	M. Chatin. M. Lestiboudois.

L'élection aura lieu dans la séance prochaine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Association de prévoyance des médecins du département de la Seine tiendra sa séance annuelle dimanche prochain 27, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

— Le 11 février prochain, sera ouvert à l'administration de l'Assistance publique un concours pour les prix à décerner aux internes en pharmacie; le registre d'inscription sera clos le 26 janvier.

— Un autre concours sera ouvert le 18 février pour la nomination aux places d'internes en pharmacie; le registre d'inscription sera clos le samedi 2 février.

— M. Alexandre Wilmart, qui vient d'être ravi si inopinément à la science et à l'enseignement, était un des professeurs les plus distingués et les plus instruits de la Faculté de médecine de Liége.

Il a été frappé quelques heures après avoir donné sa dernière leçon, au moment même où il allait sortir pour se rendre à l'appel d'un de ses confrères.

M. Wilmart avait fait subir à différents procédés opératoires, surtout dans l'appareil instrumental, d'utiles modifications qu'il n'avait guère fait connaître que dans ses cours.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 10. — JEUDI 24 JANVIER 1861. (34e ANNÉE.) N° 10. — JEUDI 24 JANVIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 JANVIER 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

On se rappelle le petit incident soulevé par la lecture de M. de Kergaradec sur l'opération césarienne. Discuterait-on immédiatement ou renverrait-on après la lecture du rapport sur le mémoire de M. Hatin? Nous nous sommes permis, à l'occasion de ce petit conflit, d'émettre un avis qui a prévalu, grâce au zèle de M. Devergie, qui a bien voulu nous donner raison en mettant à profit, ainsi que nous le proposions, le délai nécessité par l'impression du mémoire de M. de Kergaradec, pour rédiger et venir lire son rapport. L'Académie est parfaitement mise en mesure maintenant d'engager la discussion. Mais tandis que les parties sont prêtes à entrer en lutte, c'est elle en ce moment qui n'est pas prête à les suivre.

Quelque peu inconstante, malgré son âge et son caractère respectable, l'Académie s'est éprise entre-temps pour un autre objet. C'est la question des congestions cérébrales apoplectiformes qui a pour l'instant ses faveurs. Il est vrai qu'on ne pratique pas tous les jours l'opération césarienne après décès : quelques semaines de retard dans le jugement que l'Académie aura à édicter sur ce sujet, ne laisseront probablement aucun intérêt majeur en péril. On a au contraire souvent à combattre des congestions, apoplectiformes ou non; et les praticiens ne seront sans doute pas fâchés d'être bientôt fixés sur la valeur des faits nouveaux apportés à la tribune.

Il est douteux que la séance d'hier suffise à leur juste impatience. Nous n'en sommes encore qu'à la période d'exposition et de définition des termes. Encore même sommes-nous peu satisfait sur ce point, malgré quelques secours utiles venus du dehors. Circonvenu de questions de toutes parts, M. Trousseau nous a paru un peu comme un homme qui ne sait trop à qui entendre. Quelques jours de recueillement et de méditation ne seront pas de trop pour nous apporter une bonne et catégorique définition, qui permette de bien s'entendre une bonne fois sur l'objet de la discussion.

Au commencement de la séance, M. H. Bouley a donné lecture du rapport de la commission des onze. Il est venu apprendre à l'Académie, en faisant avec une bonne grâce charmante le sacrifice des intérêts de la section à laquelle il est tout dévoué, que la commission avait été d'avis de déclarer la vacance dans la section d'anatomie et de physiologie (1). Si nous avons bien saisi les allusions cachées sous le langage digne et réservé de la commission, l'Académie aurait prochainement à ouvrir les portes à un éminent physiologiste. — Dr Brochin.

(1) Au moment où cette vacance était déclarée, la mort de M. Heller laissait une nouvelle place vide dans cette section.

EXERCICE DE LA MÉDECINE.

Les officiers de santé peuvent-ils, aux termes de la loi, pratiquer la version ou appliquer le forceps dans les cas d'accouchement laborieux?

Un fait qui vient, il y a quelques semaines, de se passer à Paris (Belleville), et sur lequel un honorable confrère demande notre avis, nous est une occasion de traiter cette question, sur laquelle il nous avait semblé jusqu'ici qu'il ne pouvait rester aucun doute, et de combattre une interprétation complétement erronée qui a été donnée à ce propos, de l'article 33 de la loi du 19 ventôse an XI. Cette interprétation mérite d'autant plus d'être discutée qu'elle émane d'un haut fonctionnaire, de M. le directeur de l'Assistance publique, et que son origine serait de nature à lui donner une autorité dangereuse, si on la laissait passer sans rectification. Voici le fait que nous allons exposer d'abord, pour arriver ensuite à la question de principe.

Le 22 septembre 1860, à deux heures du matin, M. le docteur Bachelet, de Belleville, fut prié par une sage-femme de venir au plus tôt chez la femme C..., rue du Pressoir, n° 7, pour terminer un accouchement. Notre confrère arrive immédiatement et constate une présentation de la face au détroit supérieur. Le travail durait depuis longtemps déjà; il y avait un commencement d'hémorrhagie; le danger était pressant; il était nécessaire de pratiquer la version. M. Bachelet se met en mesure d'y procéder, y parvient non sans peine, et amène un enfant bien constitué, parfaitement viable, mais dont un trop long séjour au passage avait déterminé la mort.

L'opération faite, la femme délivrée, M. Bachelet se retire, mais auparavant il s'enquiert près de la sage-femme qui l'avait fait appeler de la position de fortune de la malade. Il apprend seulement alors que la femme C... est inscrite au contrôle des indigents, et que la sage-femme a réclamé son secours parce que les médecins du bureau de bienfaisance de la circonscription étant des officiers de santé, privés par la loi du droit de faire les grandes opérations de la chirurgie, elle n'a pu légalement s'adresser à aucun d'eux. Leur présence lui eût été inutile et elle se serait trouvée en contravention.

Dans cette circonstance, M. Bachelet, qui n'est pas médecin du bureau de bienfaisance, jugeant que l'on n'avait pas le droit de lui demander gratuitement ses soins et de disposer de lui pour remédier aux conséquences qui pourraient résulter de l'*incapacité légale* des médecins du bureau, incapacité qui est du fait de l'administration qui les choisit, adressa au maire, président du bureau du 20e arrondissement, une demande en payement d'honoraires, assurément fort modestes (50 francs, croyons-nous).

Cette demande produisit une émotion assez vive. Après plusieurs incidents qui intéresseraient peu nos lecteurs, un fonctionnaire de la mairie *engagea* la sage-femme, qui, disait-il, n'avait pas qualité pour demander l'assistance d'un médecin étranger au service des secours à domicile, à prier M. Bachelet de retirer sa demande d'honoraires. Fort de son droit, notre confrère, non-seulement ne retira pas sa première lettre, mais en écrivit une seconde dans le même sens au maire, qui ne répondit pas. Dans cette seconde lettre, M. Bachelet annonçait l'intention de porter sa réclamation devant qui de droit.

Le 16 novembre, M. Bachelet recevait officiellement copie de la lettre suivante, adressée par le directeur de l'Assistance publique au maire du 20e arrondissement:

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

ADMINISTRATION DES SECOURS DES ENFANTS ASSISTÉS.

Paris, 13 novembre 1860.

Monsieur le Maire,

Vous m'avez adressé, pour avoir mon avis à ce sujet, une réclamation d'honoraires qui vous a été faite par M. le docteur Bachelet.

Ce médecin vous expose qu'il aurait été appelé dans un cas difficile d'obstétrique, auprès d'une indigente inscrite au bureau, par la sage-femme qui avait été chargée d'opérer l'accouchement. Il expose qu'il a dû se rendre à ce désir, bien qu'il n'eût pas le titre officiel, parce que les médecins du bureau de bienfaisance de la circonscription n'ayant que le diplôme d'officier de santé, n'avaient pas qualité pour intervenir en pareil cas.

Je reconnais effectivement, monsieur le maire, que la loi du 19 ventôse an XI, dont excipe M. le docteur Bachelet, interdit aux officiers de santé *la pratique des grandes opérations chirurgicales.*

Quant aux sages-femmes, les règlements administratifs leur prescrivent aussi d'appeler un médecin dans les cas difficiles que présente la pratique de leur art, et la loi précitée dit aussi, titre V, art. 33 :

« Les sages-femmes ne pourront employer les instruments dans les cas d'accouchement laborieux, sans appeler *un docteur, ou un médecin, ou un chirurgien anciennement reçu.* »

Car il est évident que la loi, dans l'énumération très-explicite que je viens de rapporter, en appelant un *médecin* autre qu'un *docteur*, n'a pu vouloir désigner en cette qualité que les officiers de santé qui portent aussi dans le monde le titre de médecin, qu'elle les a par là, autorisés à employer des instruments en cas d'accouchement laborieux où ils seront appelés à seconder les sages-femmes, et a mis ainsi cette pratique *en dehors des grandes opérations chirurgicales* qu'elle leur interdit plus haut de faire.

Il n'y a donc eu dans le cas qui nous occupe aucune raison administrative ou légale qui ait motivé l'intervention du docteur Bachelet, dont les frais doivent être laissés à la charge de la sage-femme qui l'a requis indûment.

Agréez, Monsieur le Maire, etc.

Le directeur général de l'Assistance publique,

Signé, HUSSON.

C'est sur cette lettre que M. Bachelet nous a fait l'honneur de nous demander notre avis.

Laissant de côté la question d'honoraires, à laquelle nous savons que notre confrère attache une très-minime importance en soi, et qu'il ne maintient qu'en raison des arguments qui lui sont opposés, nous voyons là une question de principe très-importante, et une interprétation aussi dangereuse qu'irrationnelle de l'article 33.

La question est complexe et mérite d'être étudiée sous toutes ses faces.

Et d'abord, M. le directeur de l'Assistance publique pense que la loi range *en dehors des grandes opérations chirurgicales l'emploi des instruments dans les cas d'accouchements laborieux.*

Nous nous permettrons de lui faire observer qu'il est dans une erreur complète. La version, l'application du forceps, quelquefois si malaisée même pour les plus habiles accoucheurs, la symphyséotomie, la céphalotripsie, l'opération césarienne, toutes celles, en un mot, qui réclament l'emploi des instruments, sont considérées par tous les hommes de l'art comme faisant partie de la grande chirurgie (1). Il n'est pas un seul praticien, si instruit, si expérimenté soit-il, qui n'ait, au moment de faire la plus simple d'entre elles, cette instinctive appréhension dont est saisi l'homme qui tient dans sa main l'existence d'un être vivant.

Ici même, le plus souvent, la responsabilité est double; il s'agit de deux existences, celle de la mère et celle de l'enfant.

Nous pensons qu'un moment de réflexion, ou peut-être un moment de conversation avec les hommes compétents, suffiront pour modifier à cet égard la manière de voir de M. le directeur général.

Nous attachons la plus grande importance à ce point de départ. Car, une fois cela démontré, l'article 29 de la loi de ventôse, qui *défend aux officiers de santé de pratiquer les grandes opérations chirurgicales en dehors de la surveillance ou de l'inspection d'un docteur*, leur devient applicable dans le cas d'opération nécessitée par un accouchement laborieux.

« Mais, dit M. le Directeur, la preuve que la loi ne range pas ces opérations parmi les grandes opérations chirurgicales, c'est qu'elle impose à la sage-femme la nécessité de la présence d'un *docteur* ou d'un *médecin* ou *chirurgien anciennement reçu*. Or, le mot médecin s'appliquant dans le monde aux officiers de santé aussi bien qu'aux docteurs, et la loi disant un docteur *ou* un médecin, évidemment elle désigne par cette seconde expression l'officier de santé, et elle lui permet de les pratiquer. »

Si M. le Directeur général avait pris la peine de lire avec attention la loi du 19 ventôse an XI, il n'aurait pas fait cette confusion. Il aurait vu que cette loi, ne pouvant avoir d'effet rétroactif, reconnaissait trois catégories de médecins :

1° Les docteurs;

2° *Les médecins ou chirurgiens reçus suivant les anciennes formes supprimées en France* (titre IV, art. 22), égaux en droit aux docteurs;

3° Les officiers de santé et ceux qui n'ont pu se faire recevoir, les anciennes universités ayant été supprimées, mais qui exercent depuis trois ans, ces derniers étant assimilés aux officiers de santé (art. 23).

Cette disposition était évidemment transitoire, et n'était faite que pour protéger des droits anciennement acquis; mais de ces médecins ou chirurgiens anciennement reçus, il n'en existe peut-être plus un seul aujourd'hui, et le raisonnement précité n'a plus de portée.

Une preuve encore que tel était bien l'esprit, et même la lettre de la loi, c'est que cette loi dit encore, art. 25 et 26 :

Art. 25. Les commissaires du gouvernement près les tribunaux de première instance dresseront les listes des *médecins et chirurgiens anciennement reçus*, de ceux qui sont établis depuis dix ans sans réception, et des docteurs et officiers de santé nouvellement reçus suivant les formes de la présente loi, etc.

Art. 26. Les préfets dresseront les listes *des médecins et chirurgiens anciennement reçus*, des docteurs et des officiers de santé, etc.

C'est surtout dans ce dernier article 26 que l'esprit de la loi est le plus frappant. Si par ces mots, médecins et chirurgiens anciennement reçus, elle entendait les officiers de santé, pour-

(1) Au moment où nous terminions cet article, il nous a paru bon de demander à l'un des accoucheurs les plus habiles, les plus expérimentés, les plus autorisés, M. Paul Dubois, son avis sur la question de savoir dans quelle catégorie on devait ranger les opérations dont il s'agit. L'éminent professeur nous a obligeamment répondu une longue lettre dans laquelle, après une discussion impartiale, il conclut en ces termes :

« La version et l'application du forceps ou du céphalotribe peuvent » constituer, dans un assez grand nombre de circonstances, des opérations » très-difficiles, et requérir en conséquence le savoir et l'adresse d'un » chirurgien expérimenté. Aussi cette considération me semblerait-elle » autoriser à mettre ces opérations au nombre des grandes opérations » chirurgicales. »

quoi aurait-elle de nouveau nommé ces derniers après les docteurs? Une seule désignation devait suffire. Il est donc bien entendu que la loi reconnaissait comme égale à celle des docteurs la validité du titre accordé par les anciennes facultés, bien différent du diplôme d'officier de santé; aussi est-ce pour cela qu'elle a mis dans l'article 33, cité dans la lettre de M. le directeur général :

Les sages-femmes ne pourront employer les instruments..... sans appeler un docteur ou *un médecin ou chirurgien anciennement reçu.*

A quoi eussent servi ces mots, *anciennement reçu*, si le législateur n'avait voulu désigner qu'un homme pourvu d'un titre quelconque, diplôme de docteur ou d'officier de santé; il eût dit simplement, un *médecin*; et nous voyons qu'au contraire il a pris soin, dans le cas actuel, de bien spécifier les différences.

Nous avons dit que la doctrine de M. le Directeur était basée sur un raisonnement erroné. Nous croyons l'avoir démontré; nous soutenons, de plus, qu'elle est dangereuse et contre la loi.

Elle est dangereuse, — car si la loi défend aux officiers de santé la pratique des grandes opérations chirurgicales, c'est que, à tort ou à raison, elle ne leur accorde pas sa confiance entière, et votre interprétation ne tendrait à rien moins qu'à leur donner le droit de faire avec une sage-femme ce que la loi protectrice de la santé des citoyens leur défend de tenter pour leur propre compte (art. 29).

Elle est contre la loi, — car vous prétendez par une simple mesure administrative, la nomination aux fonctions de médecin du bureau de bienfaisance, leur donner un droit que la loi leur refuse. Or de nos jours, en France, une mesure administrative, une ordonnance préfectorale ne peut entraver l'exercice de la loi.

Mais il y a plus; que dans une commune rurale, où il n'y a pas de docteur, le maire charge du service médical des pauvres un officier de santé, rien de mieux, puisqu'il est impossible de faire autrement. Mais nous nous permettrons de demander à M. le directeur de l'Assistance publique comment il se fait qu'à Paris, dans une grande ville où certes les docteurs ne manquent pas, et après la réorganisation complète du service médical des pauvres, qui a été faite l'an dernier après l'annexion des communes de la banlieue, comment il se fait qu'à Paris il puisse y avoir un seul arrondissement où d'autres que des docteurs soient chargés des fonctions de médecin des bureaux de bienfaisance, en présence de l'article 27 de la même loi, ainsi conçu :

Art. 27. A compter de la publication de la présente loi, les fonctions de médecins et chirurgiens jurés appelés par les tribunaux, celles de médecins et chirurgiens en chef dans les hospices civils, ou *chargés par les autorités administratives de divers objets de salubrité publique, ne pourront être remplies que par des médecins et des chirurgiens* REÇUS SUIVANT LES FORMES ANCIENNES, *ou par des docteurs reçus suivant celles de la présente loi.*

Ces dernières lignes sont-elles assez explicites et établissent-elles assez clairement la complète assimilation de ces deux catégories de médecins, dont la première, comme nous venons de le dire, ne compte peut-être plus un seul représentant en France, à l'exclusion des officiers de santé, desquels nous ne voulons pas d'ailleurs que l'on suppose un seul instant que nous ayons dessein d'attaquer ni le savoir ni l'honorabilité?

Nous commentons un article de la loi, à notre avis mal interprété par un haut fonctionnaire, sans nous occuper si la loi a eu tort ou raison. *Dura lex*, nous dira-t-on peut-être, *sed lex.*

Dr A. Foucart.

HOPITAL DU DEY, A ALGER. — M. BERTHERAND.

Mutilation des parties génitales chez un militaire; guérison rapide. — Pénis retrouvé dans l'estomac d'un chien. — Circonstances extraordinaires.

Il y a un an, un drame affreux s'est passé à Alger. Malgré les enquêtes les plus multipliées et les rapports les plus circonstanciés de nos confrères de l'Afrique française, un sombre mystère continue à planer sur les circonstances probablement d'un ordre insolite qui ont amené l'événement. La justice vient de rendre une ordonnance de non-lieu : c'est dire par là que nous ne chercherons pas à expliquer un fait qui lui a paru inexplicable. Nous nous contenterons simplement de résumer le mémoire médico-légal et l'observation clinique que l'honorable M. Bertherand, directeur de l'Ecole de médecine d'Alger, vient de publier dans le dernier numéro des *Annales d'hygiène.*

P. L. R..., soldat au 1er régiment de zouaves, âgé de trente ans, très-fortement constitué, peu intelligent et abruti d'ailleurs par des habitudes d'ivrognerie, a été apporté à l'hôpital militaire du Dey, le 2 janvier 1860, vers sept heures et demie du soir.

Deux heures auparavant, plusieurs zouaves du même régiment, attirés par la rumeur publique, l'avaient relevé ivre-mort et baigné de sang, contre un talus du chemin de fer, à huit kilomètres d'Alger. Ils ne peuvent donner de renseignements sur l'attentat dont R... aurait été la victime; ils ont entendu dire sur les lieux qu'un *gros chien a dévoré les parties génitales de leur camarade.* Ils ajoutent cependant que son pantalon, souillé de sang et de fèces, se trouvait *fermé par un bouton au-dessus de la blessure*, de façon à la masquer au premier aperçu.

Le pénis est complétement sectionné à 1 centimètre et demi de sa racine; la partie médiane du scrotum, ainsi que les deux testicules, ont été totalement retranchés. Les plaies sont d'une régularité remarquable; les deux lèvres de la division scrotale semblent linéairement affrontées. Il n'y a pas d'hémorrhagie. — Potion ammoniacale et éthérée; compresses d'eau froide en permanence sur les blessures; sinapismes aux jambes.

Le 3 janvier, l'ivresse a disparu. R... a la parfaite connaissance de son état; il répond avec lucidité, mais il déclare, avec un air de sincérité douteuse, ne se souvenir de rien.

Toujours pas d'hémorrhagie; un mince caillot coiffe le moignon de la verge. Aucune vergeture, ecchymose, écorchure, égratignure, empreinte de dents ou de griffes, trace de contusion ou de violence quelconque autour des plaies, sur le bas-ventre ni sur le haut des cuisses, mais il n'est point parlé de l'état des fesses ni de l'anus. — Lotions froides continues; régime sévère; boissons acidulées; repos. Introduction dans la vessie d'une sonde flexible laissée à demeure.

Le 4, à part le gonflement du moignon pénien et l'œdème inflammatoire de son fourreau cutané, le malade est assez bien. Le soir, un peu de fièvre; pouls plein; visage injecté, turgescent. R... agité, inquiet, se plaint d'érections fréquentes et douloureuses. Les parties sont, en effet, très-engorgées, tendues. L'urine coule entre la sonde et l'urèthre, autant que par la sonde elle-même; sa présence incessante sur les plaies en a défavorablement changé l'aspect.

Les 5 et 6, de petits lambeaux gangréneux se détachent de la surface grisâtre, pultacée du moignon. La sonde, considérée comme irritante, est enlevée; plus de pansements, afin d'éviter toute constriction. — Embrocations fréquemment répétées sur les plaies avec du cérat camphré en couche épaisse, pour les garantir autant que possible du contact de l'urine.

Sous l'influence de ces moyens, secondés par le régime, les fomentations émollientes et antiseptiques, par les antispasmodiques à l'intérieur, la cicatrisation reprit peu à peu ses allures normales.

Le 20, les deux lèvres de la section scrotale étaient parfaitement réunies. A l'orifice uréthral, une petite languette spongieuse est tuméfiée, forme bouchon et nuit à l'émission de l'urine; on la réprime par la cautérisation.

R... obtient sa sortie.

Une fois hors de l'hôpital, il ne songe plus qu'à exploiter son infirmité pour obtenir de l'argent en excitant la compassion publique, et à se livrer de plus belle à l'abus des liqueurs fortes. Par ordre de l'autorité militaire, on le renvoie dans les salles de M. le docteur Bertherand, en attendant que sa réforme soit prononcée.

Le 29 février, la guérison s'est maintenue; néanmoins, par les progrès de la rétraction cicatricielle, la miction devient parfois difficile, impossible même, surtout après de trop copieuses libations. Quelques légers cathétérismes rétablissent aisément le cours des urines.

Que s'était-il donc passé le 2 janvier? M. Bertherand et les cinq médecins appelés par lui en consultation n'accueillirent qu'avec la plus grande incrédulité l'hypothèse d'une mutilation par la *morsure* d'un chien vorace. L'autorité militaire fut informée, et voici les renseignements principaux que nous trouvons dans les pièces de l'enquête :

1° Un agent de police déclare que dans la matinée du 2 janvier, R... et son camarade M... sont entrés au cabaret, qu'ils y ont beaucoup bu, et qu'ensuite R... a avalé à lui seul un demi-litre d'eau-de-vie. Sorti de là mort-ivre, R... est tombé et a été déposé contre le talus du chemin de fer. Une femme F... n'aurait vu aucun individu s'approcher de R...; mais elle aurait remarqué qu'un gros chien arabe, noir et blanc, s'était arrêté longtemps sur le corps du militaire, *comme s'il y mangeait quelque chose.*

Sur ces entrefaites, le garde champêtre, vaguement instruit de ce qui s'était passé, abattait l'animal d'un coup de fusil.

2° Le médecin des zouaves, dans son rapport, n'hésite pas à affirmer « que la plaie est le résultat d'une section faite par un instrument bien tranchant, R... étant endormi; la verge et les testicules ont été saisis et soulevés d'une main, puis coupés de l'autre d'un seul trait. » Il ajoute que plusieurs personnes ont vu un chien rôder près du blessé.

3° M. le docteur Bureau, maire de la localité, ordonne que l'autopsie du chien soit pratiquée, tout en accusant « un couteau d'être l'instrument de cette affreuse mutilation. »

4° M. le docteur Payn, médecin colonial, procède, devant une nombreuse assistance, à l'ouverture du chien. « L'estomac, extrait et divisé, contenait une masse assez considérable d'herbes, de chiendent, non digérée; quelques débris de chair crue, et, au milieu de ces amas d'herbes, de chair et de *sable*, une partie de la verge du malheureux R.... Le gland et sa couronne, 0m,03 du pénis et le prépuce, formaient ainsi un seul lambeau, dont la section *a paru très-irrégulière.* »

5° MM. les docteurs Bertherand, Janin et Patin sont officiellement chargés par le juge d'instruction d'examiner R..., « de constater la nature et la gravité de ses blessures, de déterminer si elles ont pu être faites par un chien, et si elles sont le résultat d'un accident ou d'un crime. » Parmi les conclusions du rapport de ces honorables confrères, nous remarquons les passages suivants :

« L'idée que pareille blessure ait été déterminée par un chien ne saurait soutenir l'examen. La netteté de la section, inconciliable avec l'hypothèse de la morsure d'un animal, indique positivement l'intervention d'un instrument tranchant, dirigé par une main non dépourvue d'une certaine habileté.....

» L'objection qui pourrait être opposée à cette explication, de l'absence d'hémorrhagie, tombe d'elle-même, si l'on réfléchit que des tractions ont pu être opérées préalablement sur les parties lésées, et que, en outre, R... se trouvant dans l'état le plus absolu d'ivresse, la compression de l'encéphale, sans parler de l'action du froid extérieur, devait nécessairement entraver chez lui la circulation capillaire. »

Une particularité reste à noter. Le pantalon porté par R... le jour de l'événement, était fermé inférieurement par un bouton, ce qui, au dire des témoins, « masquait la blessure au premier aperçu. » On se demande alors comment le chien a pu plonger la gueule sous cet obstacle, et détacher aussi nettement d'un seul coup de dents et la verge de R... et son scrotum, y compris les testicules?

L'autopsie a permis de découvrir du sable dans l'estomac du chien. Cette circonstance, comme le fait très-judicieusement remarquer M. Bertherand dans son mémoire, ne semblerait-elle pas indiquer « cette probabilité que les parties, préalablement séparées à l'aide d'un couteau, avaient été jetées sur le sable ambiant, où le chien les a ramassées, pour venir les dévorer sur le corps ensanglanté du soldat? »

L'ordonnance de non-lieu qui a été rendue est ainsi conçue : « Attendu qu'il résulte de l'information, que le fait dont R... a été la victime doit être imputé à un chien qui a dévoré les parties génitales dudit R..., plongé en ce moment dans un état complet d'ivresse..... »

La justice a prononcé. Nous sommes plein de respect pour sa décision : mais nous pouvons dire du moins combien nous avons été heureux de voir avec quelle rare intelligence nos confrères de l'Algérie se sont prêtés à la solution du problème posé. Certes, si la justice n'est point arrivée peut-être à la constatation de toute la vérité, ce n'a pas été la faute de la perspicacité et du dévouement du corps médical

Nous ne terminerons pas cependant sans nous étonner que MM. les docteurs Janin et Patin, médecins de garde à l'hôpital du Dey, le 2 janvier au soir, n'aient point procédé à la scrupuleuse inspection de la région anale chez R..., et n'aient point cherché à reconnaître s'il n'y existait point par hasard quelques taches de sperme concrété ou non. Ils n'auront pas manqué sans doute de se livrer à cet examen, mais nous ne nous expliquons pas alors comment il se fait que M. Bertherand ait cru devoir omettre ce précieux renseignement dans son mémoire.

Dr Legrand du Saulle.

HOPITAL DE LA MARINE DE TOULON ET HOPITAL SAINT-MANDRIER.

Des amputations. — De la conservation des membres, spécialement des membres inférieurs, à la suite des fractures comminutives déterminées par des coups de feu. (1)

Par M. le docteur M. DUVAL, directeur du service de santé de la marine, à Toulon.

De l'infection purulente. — Je vais toucher à une question délicate, celle de l'infection purulente, qui grossit le chiffre des décès survenus à la suite des lésions traumatiques et des opérations, et qui pèse si déplorablement sur les statistiques dont je m'occupe.

Cela est-il bien juste?

Avouons d'abord que malgré notre vif désir de la répudier, il nous faut bien accepter l'infection purulente ou pyohémie comme partie intégrante du domaine chirurgical; il faut bien nous résoudre à combattre cette terrible maladie, malgré l'impuissance si souvent constatée des moyens thérapeutiques les plus variés.

La prophylaxie, l'isolement surtout, doivent nous venir en aide contre la pyohémie, qui règne, comme on le sait, sous forme épidémique ou endémique, qui revêt même assez souvent ces deux caractères, et qui s'installe de vive force au milieu des agglomérations de blessés ou d'opérés, partout, en un mot, où il y a encombrement. Eh bien, dans ces conditions si fâcheuses, inhérentes aux localités, à la viciation de l'air ou à toute autre cause étrangère à l'amputation, c'est celle-ci qu'on accable, alors que peut-être on devrait l'exonérer! L'amputation est souvent innocente; la localité, la viciation de l'air, sont seules coupables. En effet, l'infection purulente, confondant dans une sorte de pêle-mêle toutes les amputations, les nivelle pour ainsi dire sous le rapport de la léthalité, et tend à élever l'amputation d'une phalange au degré de gravité de l'amputation d'une cuisse.

Et il ne s'agit pas ici d'une simple hypothèse!

Ayant été chargé pendant plusieurs années du service chirurgical de l'hôpital du bagne de Brest, j'avais réussi, le plus souvent du moins, à prévenir par l'isolement les funestes effets de la pyohémie, qui était endémique. Sur plus de trente amputations des membres, je n'ai perdu que trois opérés, et j'ai compté des séries heureuses de cinq amputations de l'avant-bras, de six amputations de la jambe, sans avoir à regretter un seule homme.

Comme il est facile de le présumer, il n'était pas toujours possible d'isoler tous les opérés. Il m'est arrivé, par exemple, d'être obligé de laisser dans la salle commune un amputé d'une phalange, alors que je faisais placer dans une pièce distincte un amputé de la cuisse; eh bien, ce dernier a guéri, et l'autre a succombé à l'infection purulente! J'ai vu plusieurs faits analogues, et je me suis bien gardé de multiplier les expériences. Je serais donc arrivé à prouver par des chiffres que les amputations d'une phalange, d'un doigt, d'un orteil, sont beaucoup plus graves et plus souvent mortelles que les amputations de la cuisse ou de la jambe, par exemple.

En résumé, tout en reconnaissant qu'il est impossible d'éliminer la pyohémie de la statistique des décès survenus à la suite des amputations, il y aurait lieu, ce me semble, d'en faire une catégorie à part qu'on apprécirait à sa juste valeur.

Si je ne me trompe, M. Larrey ne serait pas éloigné de par-

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 janvier.

tager mon opinion. Inutile d'ajouter que si l'amputé réellement guéri, lors même que la guérison serait toute récente, vient à succomber au typhus, au choléra, à la dyssenterie ou à l'un de ces fléaux qui déciment les armées en campagne, il doit figurer sur les statistiques chirurgicales au nombre des hommes guéris à titre d'amputés. C'est au compte du typhus, du choléra ou de la dyssenterie qu'il faut porter le décès, ce qu'on n'a pas toujours fait. Même observation relativement aux amputés dont la guérison, sans être complète, peut être considérée comme certaine.

Si je ne m'abuse, les explications précédentes ont jeté quelque jour sur la question des amputations primitives et consécutives, et il me sera facile de démontrer que, loin de vouloir raviver d'anciennes discussions, mon but est de réconcilier des partis *ennemis en apparence*; car dans le fond ils sont bien près d'être d'accord, aujourd'hui surtout.

Il y a en effet, comme nous l'avons exposé dès le principe, des indications formelles d'amputer, même pour le plus grand partisan de l'expectation ou de l'amputation consécutive. Osera-t-il garantir alors au blessé qu'il traversera impunément la période inflammatoire et qu'il atteindra le moment opportun pour subir l'amputation consécutive? Non sans doute, il n'a pas le droit d'opter en faveur de celle-ci.

Mais à côté de ces indications nettement dessinées, il se présente dans la pratique d'assez nombreuses circonstances au milieu desquelles l'esprit reste incertain.

Mais alors la question de choix se pose plutôt entre l'amputation primitive, d'une part, et l'expectation, de l'autre, qu'entre l'amputation primitive et l'amputation consécutive. Ici encore, par conséquent, il n'y a guère de dissidence positive entre les partisans de l'une ou de l'autre catégorie. En un mot, il faut se décider ou à opérer dans un bref délai ou à temporiser.

Aujourd'hui, grâce aux progrès de l'art, à l'efficacité des irrigations continues, aux faits nombreux de guérison qui ont converti les incrédules, les chirurgiens des divers partis inclinent, dans les cas douteux que présentent les lésions traumatiques, vers la temporisation ou l'expectation.

L'expectation, en effet, laisse au blessé et à celui qui le soigne l'espoir d'éviter une cruelle mutilation, tout en sauvegardant, si celle-ci devient malheureusement nécessaire, les droits que pourra faire valoir ultérieurement l'amputation consécutive. Or les partisans les plus exclusifs de l'amputation primitive auraient bien mauvaise grâce à refuser les chances favorables et les succès que leur promet cette amputation, et il faut lui rendre cette justice, elle tient souvent ses promesses.

Le moment est venu d'utiliser la remarque qui a été faite bien avant nous, mais sur laquelle nous avons rappelé l'attention à propos des résultats plus avantageux fournis par les amputations pathologiques comparés à ceux qui dérivent des amputations traumatiques. Eh bien, celles-ci peuvent être ramenées par l'expectation à des conditions analogues à celles qui préparent ou assurent le succès des amputations pathologiques, puisqu'on opère alors que le mouvement fébrile a disparu, que le sujet est suffisamment débilité, et que la lésion tend à revêtir les caractères d'une affection locale et chronique. S'agit-il d'une fracture comminutive par coup de feu de l'extrémité supérieure du fémur, du col ou des trochanters? l'expectation est de rigueur.

M. Legouest a surabondamment prouvé par des chiffres que la désarticulation coxo-fémorale immédiate ou primitive ne devait jamais être pratiquée, à moins qu'il ne restât peu de chose à faire pour séparer complétement le membre du tronc.

Je partage d'autant plus volontiers l'opinion de M. Legouest, que j'ai pratiqué cette désarticulation pour une lésion traumatique récente, et que l'issue a été promptement fatale. Le sujet a succombé quatre heures après l'opération, qu'il avait d'ailleurs bien supportée. Je connais deux faits analogues, mais que je ne puis publier, puisqu'ils ne m'appartiennent pas.

Par la temporisation, au contraire, on arrive et l'on arrivera encore à conserver quelques membres. M. Legouest a cité, dans un de ses excellents mémoires, plusieurs résultats de ce genre auxquels j'ajouterai deux autres faits tirés de ma pratique (fracture comminutive du fémur dans le trochanter ou dans le tiers supérieur).

On sera forcé sans doute d'amputer des blessés moins heureux; mais alors la désarticulation coxo-fémorale consécutive offrira quelques chances de réussite.

Je saisis avec empressement cette occasion pour rappeler les deux succès obtenus à Toulon en 1859 (hôpital Saint-Mandrier), et dans des cas analogues à ceux qui nous occupent, par M. Jules Roux, premier chirurgien en chef, et M. Arlaud, second chirurgien en chef de la marine.

S'agit-il de fractures comminutives du tiers moyen du fémur, c'est dans le tiers supérieur ou sur les limites de celui-ci et du tiers moyen de l'os que porte la scie quand on est forcé d'amputer. Or on connaît tous les dangers de l'amputation pratiquée à cette hauteur; on sait que plus on se rapproche de la racine du membre, plus la létalité augmente, jusqu'à ce qu'on arrive enfin à la désarticulation coxo-fémorale, qui occupe le sommet de l'échelle de gravité.

J'ai pu éviter à trois de mes blessés l'amputation dans le tiers supérieur de la cuisse; ils sont sortis guéris; seulement l'un d'eux offrait encore un petit trajet fistuleux à la partie externe du membre. Mais ce trajet se fermera certainement.

Afin d'abréger, je me vois contraint de signaler seulement ici les faits les plus probants de conservation du membre inférieur, après des fractures éminemment comminutives du fémur. J'ai réuni d'ailleurs dans un album des dessins relatifs à ces coups de feu, aux esquilles et aux fragments de balles *qu'on a pu extraire.*

Ces faits sont entourés de toute l'authenticité désirable, puisqu'ils ont été constatés par M. Reynaud, inspecteur général de notre service, alors en tournée d'inspection, par l'honorable M. Jules Cloquet, membre de l'Institut, par les chirurgiens, les médecins en chef, les professeurs, plusieurs principaux, ou de première classe, ou des divers grades appartenant au port de Toulon.

En outre, ces faits ont été de notre part l'objet de plusieurs leçons de clinique chirurgicale.

En résumé, dans deux, pour ne pas dire trois des cas indiqués ci-dessus, si l'on avait cru l'amputation nécessaire, il fallait désarticuler la cuisse; dans les trois autres, il fallait amputer au tiers supérieur du membre.

Après avoir dit que j'ai perdu deux blessés, qui ne rentrent pas dans la catégorie en question, je citerai seulement les autres faits (1).

1° Deux fractures du fémur (hôpital Saint-Mandrier de Toulon); *sortis guéris.*

2° Onze fractures comminutives du fémur, dont plusieurs en voie de guérison. Ces militaires ont été débarqués à Marseille: je me concerterai avec M. le baron Larrey pour connaître leur destination ultérieure et le résultat définitif.

3° Vingt fractures du tiers supérieur du fémur, reçues guéries à l'hôpital Saint-Mandrier. (1859, mémoire de M. J. Roux.)

Il est bien à regretter que notre confrère n'ait pas donné plus de détails sur ces fractures et qu'il se soit borné à une indication succincte.

4° Trois fractures comminutives de la jambe ou du tibia. — Sortis guéris, 1860.

5° Deux fractures comminutives de l'humérus (tiers moyen et tiers supérieur). — Sortis dans un état très-satisfaisant, 1860.

6° Je ne puis m'empêcher d'ajouter à cette liste des fractures comminutives avec conservation des membres, deux autres fractures du fémur par coup de feu (l'une au tiers supérieur, l'autre au tiers moyen), et que j'ai reçues guéries, après l'expédition de la Baltique, dans mon service à l'hôpital de Brest.

Enfin, trois cas analogues de guérison observés en Chine, après l'expédition de Touranne, et que M. de Coméras, chirurgien principal de la marine, me citait il y a quelques jours.

Abstraction faite des membres supérieurs, il résulte de nos observations recueillies à Toulon, que le chiffre des blessés dont les membres inférieurs ont été conservés à la suite des fractures comminutives du fémur, pendant la campagne d'Italie, doit être fort élevé.

Chose bien surprenante, le nombre de ces membres conservés en Crimée par les soins éclairés et assidus de nos dignes confrères de l'armée, est lui-même considérable, malgré les conditions désastreuses de cette campagne.

Il résulte de documents officiels, que le nombre des hommes provenant de Crimée, pensionnés pour fracture du fémur, est à peu près égal à celui des hommes pensionnés pour amputation de cuisse.

En effet, 123 opérés ont survécu à cette opération, et 117 blessés ont survécu à la fracture de la cuisse traitée sans amputation. C'est ce qui a permis à M. Legouest d'avancer: qu'il existe, à très-peu de chose près, *cinq fois plus de chance* de guérir une fracture de la cuisse par armes à feu sans amputation que par l'amputation.

Certes voilà une masse de faits qui parlent bien haut en faveur de la chirurgie conservatrice!

Si le temps me l'avait permis, j'aurais présenté quelques considérations sur la fragmentation des balles, sur la tolérance qu'à une époque éloignée de la blessure et dans certaines conditions, l'économie manifeste à l'égard des esquilles, dont la présence au milieu de nos tissus peut être parfaitement compatible avec l'embonpoint du sujet et un état général excellent; sur l'érysipèle, le phlegmon diffus pendant la période inflammatoire, duquel il faut bien se garder d'amputer; sur la liberté des mouvements ou sur l'ankylose des articulations voisines des coups de feu; enfin sur la manière dont la progression s'exécute après la conservation des membres inférieurs. J'aurais prouvé peut-être qu'ils sont souvent beaucoup plus utiles que les appareils prothétiques le plus habilement confectionnés.

Terminons en disant que le chirurgien qui sait se contenter de modestes succès, éprouve une bien douce satisfaction en songeant qu'il a pu éviter à ses blessés la plus grave des amputations, et conserver les membres et la vie de quelques braves soldats dont le sang a glorieusement coulé sur les champs de bataille de Magenta et de Solferino.

(1) Ces observations seront publiées *in extenso.*

NOTE SUR LA CONGESTION CÉRÉBRALE APOPLECTIFORME dans ses rapports avec l'épilepsie.

Par M. le docteur E. Billod, directeur, médecin en chef de l'Asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

L'observation suivie et attentive d'un grand nombre d'épileptiques m'a conduit à une théorie qui me semble concilier les deux opinions contradictoires qui vont se trouver en présence dans la discussion soulevée par l'importante communication de M. le professeur Trousseau sur la congestion cérébrale apoplectiforme dans ses rapports avec l'épilepsie.

Cette théorie reposant tout entière sur une distinction de la congestion cérébrale en primitive ou consécutive à l'épilepsie, il importe avant tout d'envisager la congestion cérébrale sous ce double point de vue.

Nous pouvons d'abord établir comme un fait hors de toute contestation que dans tout accès d'épilepsie le cerveau se congestionne sous l'influence des modifications apportées par l'état convulsif des muscles respirateurs dans les systèmes circulatoire et respiratoire de l'épileptique en accès.

C'est cette congestion du cerveau, congestion consécutive et comparable à celle que l'on observe dans l'asphyxie, qui m'a paru expliquer par sa persistance après l'accès la période comateuse qui succède souvent à la période convulsive, et c'est elle enfin qui constitue finalement la principale cause de mort chez les épileptiques pendant leurs attaques ou à leur suite, dans les cas surtout où ces attaques, se succédant avec rapidité et en grand nombre, ajoutent incessamment à l'intensité de cette cause. Car il est rationnel de penser que dans ce cas la congestion cérébrale, après avoir été un effet de la convulsion, devient cause elle-même, ou s'ajoute tout au moins à la cause des attaques subséquentes, ce qui a fait dire à M. Girard qu'en pareille circonstance les *accès s'appellent.*

Après avoir établi que l'accès d'épilepsie est une cause de congestion cérébrale, démontrons qu'il en est quelquefois un effet, de telle sorte que l'on peut dire de l'épilepsie ce que Sarcone a dit de la douleur par rapport à l'inflammation, qu'elle est tout à la fois *fille* et *mère* de la congestion cérébrale.

A l'appui de cette proposition, que la congestion cérébrale est souvent une cause d'épilepsie, nous pourrions d'abord citer les attaques épileptiformes qui s'observent si souvent dans le cours de la paralysie générale, et qui se distinguent si peu, suivant nous, des attaques d'épilepsie véritable, que nous avons l'habitude de les désigner à nos internes comme des accès d'*épilepsie symptomatique*, en sous-entendant *symptomatique de congestions.* Mais, en dehors de la paralysie générale des aliénés, nous croyons qu'il est des cas où l'apoplexie, soit par congestion, soit par hémorrhagie cérébrale, peut produire des accès d'épilepsie, et ces cas ne sont autres, suivant nous, qu'un certain nombre de ceux sur lesquels M. le professeur Trousseau s'appuie dans sa communication, et nous pouvons en citer nous-même quatre exemples des plus probants:

Le premier nous a été offert par un vieillard de soixante-dix-sept ans, entré à l'Asile le 5 août 1855, et mort le 17 mars 1857 en état de démence sénile sans paralysie générale. Cet homme, dont le père et un frère sont morts paralysés par suite d'apoplexie, et dont une sœur et un aïeul ont fini par la démence, avait présenté lui-même, il y a une quinzaine d'années, des symptômes d'apoplexie par congestion, mais n'avait jamais subi aucune atteinte du mal caduc, lorsqu'à trois reprises différentes dans l'année qui a précédé sa mort, il fut pris, entre autres symptômes de congestion cérébrale, d'attaques épileptiformes. Le traitement de la congestion amena chaque fois la cessation des attaques. La mort du malade eut lieu à la suite d'une agitation violente avec fièvre, bientôt suivie de coma avec résolution des membres et dilatation des pupilles.

L'autopsie révéla une vive injection des méninges avec un état évidemment congestif de la substance cérébrale.

Deux autres exemples sont pris également chez des vieillards, un homme et une femme. Tous deux furent pris, longtemps après leur admission dans l'établissement, d'attaques absolument identiques quant à la forme d'accès d'épilepsie véritables, évidemment liées à un état de congestion cérébrale primitive et cédant au traitement de cette dernière. L'un et l'autre avaient eu des antécédents d'apoplexie sans attaques semblables. Tous deux étaient en démence. L'un est mort, et l'autopsie a confirmé l'existence de la congestion. La fin de l'autre ne paraît pas être éloignée.

Le quatrième exemple nous est offert par un homme de quarante-neuf ans, de la plus vigoureuse constitution et de la plus haute stature, qui a tous les deux ou trois mois un accès unique d'épilepsie, précédé pendant huit ou dix heures d'un état de congestion cérébrale des plus caractérisés.

Chez les quatre malades que je viens de citer, il ne saurait être douteux que la congestion cérébrale n'eût été ou ne fût primitive à l'épilepsie. Cela me semble résulter évidemment de la constatation qui a été faite avant les accès chez ces malades, de symptômes caractérisés de congestion cérébrale, de l'efficacité des moyens dirigés contre cette même congestion, et de l'existence, chez trois au moins, d'antécédents apoplectiques.

Ma conviction est, en outre, que dans ces cas, comme dans tous ceux qui leur ressemblent de loin ou de près, la congestion cérébrale est la cause de l'épilepsie; et s'il m'était permis d'exprimer, avec toute la réserve possible, une opinion sur la pathogénie de l'épilepsie survenant dans de telles conditions, je dirais qu'elle est peut-être le résultat en quelque sorte mécanique de la compression du cerveau, rendu turgescent par le fait de la congestion, et j'ajouterais que, dans les cas où il existe un foyer apoplectique antérieur, la compression du caillot par le même cerveau congestionné pourrait bien aussi n'être pas étrangère à la production des attaques convulsives.

A propos des quatre exemples que je viens de citer d'épilepsie consécutive à la congestion cérébrale et pouvant en être considérée comme l'effet, je dois dire que M. le docteur Etoc-Demazy, médecin en chef de l'Asile du Mans, à qui je signalais l'un d'eux dans une visite de mes services il y a trois ans, m'a dit avoir observé peu de jours auparavant un cas analogue, et je ne crois pas trop m'avancer en affirmant qu'il n'est pas un aliéniste expérimenté qui n'en ait enregistré de semblables dans sa pratique.

De tout ce qui précède, il me semble résulter:

1° Que l'épilepsie, suivant qu'elle est consécutive ou primi-

tive à la congestion cérébrale, peut être divisée en *symptomatique* de cette même congestion et en *idiopathique*.

2° Que dans l'épilepsie idiopathique la congestion cérébrale n'est d'abord qu'un *effet* de l'attaque, tandis que dans l'épilepsie *symptomatique* elle peut à bon droit en être considérée comme la *cause*.

3° Que les attaques épileptiformes, observées dans le cours de la paralysie générale, se rattachent à ladite épilepsie symptomatique de congestion.

4° Que tous les cas auxquels M. le professeur Trousseau fait allusion peuvent se diviser en ceux dans lesquels l'épilepsie est idiopathique, et a été rapportée à tort à la congestion cérébrale apoplectiforme, et en ceux dans lesquels l'épilepsie est symptomatique de cette même congestion.

5° Qu'en contribuant à faire ressortir avec toute l'autorité attachée à sa parole, dans les cas de cette dernière catégorie, la fréquence jusque-là méconnue d'une forme d'épilepsie, qui, pour être symptomatique de la congestion cérébrale, n'en est pas moins caractéristique, l'éminent professeur aura rendu un véritable service à la science et à l'art, auquel cette notion est loin d'être indifférente.

6° Mais que l'existence de l'épilepsie, dans ces mêmes cas, loin d'exclure la congestion cérébrale apoplectiforme, la confirme au contraire, du moment où elle ne peut en être considérée que comme l'effet.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 janvier 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre d'Etat transmet :

1° Une note de M. Kunkler, médecin à Placerville (Californie), sur une épidémie de diphthérie (commissaire, M. de Kergaradec) :

2° Un rapport de M. le docteur Chantreuil (de Cambrai), sur une épidémie de variole qui a régné à Villers-en-Cauchois en 1860 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur Billod, sur la congestion cérébrale apoplectiforme dans ses rapports avec l'épilepsie (*voir* plus haut) ;

2° Un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saint-Maurice (Doubs) pendant l'année 1860, par M. le docteur Tuefferd fils (commission des épidémies);

3° Un mémoire sur la fièvre jaune, par M. le docteur Fleury, chirurgien de la marine (commission nommée; M. Beau, rapporteur);

4° Un mémoire de M. le docteur Lambron (de Bagnères-de-Luchon), intitulé *De l'hypertrophie des amygdales, de ses fâcheuses conséquences, de ses complications et de son traitement par les eaux thermales sulfurées en douches* (commisasires, MM. Patissier, Tardieu et Blache) ;

5° Un travail ayant pour titre : *Etude rétrospective sur la chlorose*, par M. le docteur Cazenave (de Bordeaux) (commissaires, MM. Bricheteau, Jolly et Bouillaud) ;

6° Une note de M. le docteur Brown-Séquard, à l'occasion de la dernière communication de M. Ménière (commission déjà nommée);

7° D'une lettre de M. le docteur Ch. Rouhier (de Recey-sur-Ource), qui adresse à l'Académie deux *fac-simile* d'une pièce frappée au nom de Claude Quartier, doyen de la Faculté de médecine de Paris en 1680. (Dépôt aux archives.)

8° Une note sur l'obligation de pratiquer l'opération césarienne après la mort des femmes enceintes, par M. le docteur Laforgue, de Toulouse (commission nommée).

— M. le président fait part à l'Académie de la mort de M. Heller, membre titulaire (section d'anatomie et de physiologie), décédé le 19 courant.

— M. Guérard dépose sur le bureau une brochure de M. Fournié (de l'Aude), sur les rapports des médecins et des pharmaciens avec les sociétés de secours mutuels.

RAPPORTS.

M. H. BOULEY, au nom de la commission des onze, donne lecture d'un rapport concluant qu'il y a lieu de déclarer une place vacante dans la section d'anatomie et physiologie.

En outre, la commission exprime le vœu qu'à l'avenir les nominations se succèdent avec rapidité, et que les déclarations de vacances à remplir aient lieu toujours immédiatement après l'élection destinée à combler une vacance déclarée.

Les conclusions de ce rapport étant adoptées, M. le président déclare la vacance dans la section d'anatomie et de physiologie.

Hystérotomie après la mort de la mère. — M. DEVERGIE, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Tardieu et Adelon, lit un rapport sur un mémoire de M. Hatin relatif à une question de responsabilité médicale ayant trait à l'hystérotomie *post mortem*.

Après avoir donné une analyse sommaire de ce travail, et rappelé l'arrêté de M. le préfet de la Seine en date du 15 avril 1839, qui prescrit aux médecins inspecteurs de la vérification des décès l'*autopsie des femmes mortes en état de grossesse, dans le but de tenter de sauver l'enfant chez lequel la vie pourrait n'avoir pas cessé*, M. le rapporteur termine son rapport par les conclusions suivantes :

La commission se borne à déclarer qu'à son avis la législation actuelle suffit à sauvegarder et les droits professionnels du médecin et l'accomplissement de ses devoirs envers la femme enceinte qui vient de décéder.

En conséquence, elle propose ;

1° De déclarer qu'il n'y a lieu à aucune intervention active de la part de l'Académie ;

2° D'adresser une lettre de remercîments à M. Hatin ;

3° De déposer son mémoire dans les archives de l'Académie.

L'Académie est consultée pour savoir si elle désire ouvrir immédiatement la discussion sur le rapport de M. Devergie, ou la renvoyer pour l'époque où devra être discutée la communication de M. de Kergaradec. Elle se prononce pour l'ajournement.

L'ordre du jour appelle, en conséquence, la discussion sur la lecture de M. Trousseau. La parole est à M. Piorry.

Discussion sur les congestions apoplectiformes et l'épilepsie.

M. PIORRY commence par s'élever contre l'abus de langage dont M. Trousseau a donné l'exemple dans sa lecture. On peut, dit-il, pour ce qui a rapport à la nomenclature, diviser les médecins en trois catégories. Dans l'une, je place ces médecins, très-honnêtes praticiens, qui, imbus des idées anciennes sur les maladies unitaires, s'occupent peu des progrès de la science et acceptent la nomenclature médicale telle qu'elle est.

La deuxième catégorie comprend les médecins qui, avec Chomel, M. Bouillaud et tous les amis du progrès, trouvent que l'ancienne nomenclature est un obstacle au progrès et veulent le perfectionnement du langage. Ceux-là ont été critiqués, attaqués. On n'a pas craint de jeter le ridicule sur des choses aussi graves.

Dans la troisième catégorie se placent ceux qui veulent faire rétrograder la science; ils fouillent dans les archives du langage gaulois pour ressusciter les vieux noms de maladies, sans s'inquiéter de leur sens ; ils vont exhumer des noms sauvages, comme celui de spedalsked, par exemple. Si Condillac a jamais eu raison, et il l'a eu souvent, c'est assurément lorsqu'il a dit qu'une science était une nomenclature bien faite. Ce sont justement ces mots barbares, tels qu'apoplexie, mal caduc, vertiges comitiaux, etc., qu'affectionne M. Trousseau.

Que signifient les mots d'*étonnement* et d'*impatience* cérébrale ? On n'a pas oublié la discussion sur l'organicisme et le vitalisme ; quel est l'organiciste le plus matérialiste qui aurait jamais osé dire que le cerveau s'étonne et s'impatiente !

Quant au mot apoplexie, c'est un mauvais mot, et qui représente des états organopathiques différents. A-t-on donc oublié les travaux de MM. Rochoux, Andral, Rostan, Bouillaud, etc., qui ont établi que ce que l'on désignait par le mot d'apoplexie était ou un ramollissement aigu du cerveau ou une hémorrhagie cérébrale ?

M. Trousseau fait donc une confusion dans la science en se servant de cette vieille dénomination.

Qu'est-ce que l'épilepsie ? Pour M. Trousseau, c'est le grand et le petit mal. Qui est-ce qui comprend quelque chose à cela ? Ce qu'il appelle le petit mal, c'est l'*aura*. M. Beau a très-bien dit qu'il y avait toujours un aura, quelquefois éloigné, d'autres fois rapproché du cerveau. J'ai établi depuis longtemps que l'œil était souvent le siége de l'aura le plus rapproché.

Qu'est-ce que le vertige, qu'est-ce que la syncope ? M. Trousseau en se servant de ces mots a montré une ignorance complète de tous mes travaux sur ce sujet. C'est l'état des nerfs et du cerveau qu'il s'agit d'étudier et non pas ces symptômes en eux-mêmes.

J'en viens au point essentiel de cette discussion, aux congestions cérébrales. La congestion cérébrale est un état organopathique qui tient à des causes différentes. Il faut distinguer les faits dans lesquels il y a hyperémie ou simplement excès de sang vers la tête, et qui peuvent se rattacher aux lésions organiques du cœur, à l'hypertrophie ou à l'état des orifices, ceux où il y a stase du sang (l'asphyxie, la pesanteur, etc.); ceux enfin où le sang est altéré (toxémies). Le discours de M. Trousseau confond tout cela, et son travail est tout à fait en dehors du mouvement progressif de la science.

Voici quelles sont mes conclusions : Ce n'est pas l'étonnement cérébral, l'apoplexie, la syncope, l'épilepsie, le vertige, qu'il s'agit d'étudier, mais les états anatomiques qui les causent, et tout ce qui n'est pas fait ou écrit dans ce sens n'est pas de la médecine, mais de l'empirisme et de la fantaisie.

M. TROUSSEAU. Je regretterais beaucoup de ne m'être pas fait comprendre. Si on m'a fait dire que je niais la congestion cérébrale, on a eu tort. Je l'admets et je la considère même comme très-commune. J'ai bien eu le soin de dire que je n'entendais parler ici que de la congestion cérébrale *apoplectiforme*. Pour celle-là, je suis toujours dans le même opinion, savoir qu'elle est toujours de l'épilepsie. Depuis mardi dernier, beaucoup de médecins qui avaient vu avant moi les mêmes faits, sont du même avis. Aujourd'hui encore plusieurs journaux reproduisent une note de M. Herpin, dont on connaît la grande expérience en cette matière, et qui conclut dans le même sens. Mais il y a une raison pour que cette opinion se soit difficilement fait jour dans la science ? Dans un grand nombre de cas, nous autres médecins, nous nous rendons complices des familles, et il est peu d'entre nous qui se trouvant en présence d'un cas d'épilepsie, n'en dissimulent le diagnostic.

Tout récemment encore, j'ai vu avec M. Roche un homme qui est sujet à des évanouissements. Il en a eu un il y a un an, un second il y a deux mois et demi, celui-ci précédé d'un grand cri et de mouvements convulsifs; enfin, il y a quinze jours, il en a eu un troisième avec cri, morsure de la langue, convulsions, stupeur, lenteur de l'intelligence au réveil, etc. Eh bien, devant la famille, nous avons appelé cela des évanouissements. Nous avons appris de plus que le père avait été sujet pendant quarante-sept ans à de fréquents évanouissements, que l'on avait qualifiés alors de coups de sang. A qui fera-t-on croire que cet homme a eu des attaques d'apoplexie pendant quarante-sept ans ?

Il n'est, je le répète, personne de nous dans la pratique qui ne dissimule ce triste diagnostic; de sorte que des gens réputés apoplectiques ou sujets aux congestions cérébrales, sont en réalité pour les médecins des épileptiques. Ce n'est pas là une opinion qui me soit personnelle, c'est celle de beaucoup de mes confrères; je n'ai fait que dire plus haut ce que beaucoup d'entre eux pensent depuis longtemps.

Maintenant, est-ce à dire qu'il n'y ait pas de congestions cérébrales? Je l'ai déjà dit, je les admets; j'accepte la plupart de celles dont vient de parler M. Piorry; mais celles-là ne sont pas apoplectiformes. C'est le point sur lequel je voulais insister.

Je ne reviendrai pas sur la querelle de mots qui a été faite. M. Bouillaud a commencé l'attaque, j'y ai répondu. D'ailleurs je ne tiens pas à ces mots plus qu'à d'autres. Qu'on préfère le mot de stupeur à celui d'étonnement, rien de mieux. N'ont-ils pas d'ailleurs la même signification au fond?

Je regrette beaucoup que MM. Baillarger et Falret soient absents en ce moment. J'espère qu'ils viendront, dans une prochaine séance, nous faire part du résultat de leur expérience sur le sujet qui nous occupe.

M. TARDIEU. La communication de M. Trousseau a produit une si vive impression, qu'il n'est pas possible de ne pas se faire l'interprète des réserves qui ont été faites à cet égard hors de cette enceinte, et particulièrement dans la presse médicale. Je regrette, comme M. Trousseau, l'absence des aliénistes; je n'ai pas la prétention de parler pour eux, mais je ne puis cependant me défendre de faire une observation qu'ils feraient probablement s'ils étaient présents.

M. Trousseau dit bien qu'il ne veut pas démolir (qu'on me pardonne cette expression) la congestion cérébrale, mais qu'il veut simplement rattacher la congestion apoplectiforme à l'épilepsie. Il est certain que l'épilepsie est une affection essentiellement congestive en même temps que convulsive. Mais ce mode de congestion ne me paraît pas appartenir exclusivement à l'épilepsie; il faut aussi faire sa part dans la paralysie générale des aliénés. Un homme est atteint de paralysie générale; il arrivera un moment où la maladie faisant des progrès, il sera frappé tout d'un coup et tombera sans connaissance. Il se relève, se remet de sa stupeur, et on remarquera que sa maladie aura fait un pas de plus. Ces accès se répètent plusieurs fois chez ces malades, et chaque fois ils marquent un progrès nouveau de la maladie.

Il y a donc dans la paralysie générale des congestions qui ont absolument les mêmes caractères que celles que M. Trousseau rattache à l'épilepsie. Voilà un exemple; il y en a peut-être d'autres. Il faut se garder, en conséquence, d'admettre d'une manière trop absolue la proposition de M. Trousseau.

M. DURAND-FARDEL entre dans quelques considérations pour montrer qu'il est souvent très-difficile de distinguer la congestion simple d'avec le ramollissement aigu du cerveau.

M. MALGAIGNE se demande ce que deviennent, au milieu de tout cela, les congestions cérébrales ordinaires classiques. Il voudrait bien qu'on pût lui dire en quoi les unes diffèrent des autres. Y a-t-il une espèce de congestion cérébrale pure et simple, ou n'y en a-t-il plus? Il attend une réponse.

Vu l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

Nous avons reçu une nouvelle lettre de M. le professeur Landouzy, de Reims, en réponse à la dernière note de M. Costallat sur la pellagre. Cette lettre, dans laquelle M. Landouzy déclare maintenir intactes ses premières opinions, ne contenant aucun fait scientifique nouveau, nous croyons inutile de la mettre textuellement sous les yeux de nos lecteurs, qui doivent être d'ailleurs suffisamment édifiés maintenant sur l'objet et les termes du débat soulevé à ce sujet entre nos deux honorables confrères.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le directeur général de l'administration civile d'Alger vient d'informer M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris que plusieurs places de médecin de colonisation sont actuellement vacantes dans son département. Les avantages attachés à ces fonctions consistent dans un traitement annuel de 2,000 fr., plus une indemnité de 500 fr. pour l'entretien d'un cheval, et de 1,000 fr., si deux chevaux sont réputés nécessaires.

Il est question d'améliorer la position des médecins de colonisation et de les diviser en trois classes. D'après ce projet, les émoluments attachés à la troisième classe seraient d'au moins 3,000 francs, sans compter les indemnités.

Les candidats n'auront qu'à justifier du diplôme de docteur.

— En l'absence d'un programme pour l'admission à l'Ecole impériale du service de santé militaire de Strasbourg, nous croyons utile de faire connaître les principales conditions pour l'admission des élèves à cette école.

Au mois de septembre prochain, on fera appel aux étudiants ayant obtenu le baccalauréat ès sciences et devant avoir moins de vingt et un ans au 1er janvier 1862.

La matière de l'examen roulera sur l'histoire naturelle, la physique et la chimie, et ne dépassera pas le programme du baccalauréat ès sciences.

Ces jeunes gens seront casernés et resteront quatre ans à Strasbourg. Le prix de la pension est de 800 fr. Ils payent une somme à peu près égale pour le trousseau et la masse: 600 fr. de trousseau, 150 fr. de masse.

Tous les frais universitaires sont à la charge du ministère de la guerre. — Les élèves prennent l'engagement d'honneur de rester dix ans dans la médecine militaire, à partir de l'époque de leur sortie du Val-de-Grâce. — Tous ceux qui sont boursiers s'engagent comme soldats, et rentrent au régiment s'ils sont licenciés de l'Ecole.

— M. Willems, ancien chirurgien-major des armées françaises, ancien bourgmestre de Saint-Josse-ten-Noode, près de Bruxelles, chevalier de l'ordre de la Réunion et de l'ordre de la Légion d'honneur, vient de mourir dans sa soixante-seizième année.

— Le doyen des médecins d'Anvers, M. Van Vaerenbergh, est décédé dans cette ville à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

— L'article 9 du règlement du service intérieur de la station hydrominérale de Saint-Yorre, près Vichy, approuvé par M. le préfet de l'Allier le 29 septembre 1858, est ainsi conçu :

« Art. 9. Il sera délivré des eaux de Saint-Yorre contre le prix de revient de l'emballage seulement, aux administrations hospitalières qui en feront la demande. »

Le propriétaire de cet établissement verrait avec plaisir que tous les hôpitaux voulussent profiter de cet avantage, et que, pour les pauvres comme pour les riches, les eaux minérales naturelles fussent substituées partout aux eaux artificielles.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 11. — SAMEDI 26 JANVIER 1861. (34e ANNÉE.) N° 11. — SAMEDI 26 JANVIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Épilepsie révélée par un accès soudain de manie.

La question de l'épilepsie étant à l'ordre du jour, nous ne voulons pas laisser échapper cette occasion de signaler un fait qui montre une fois de plus, sous un aspect différent de celui qui fait en ce moment l'objet de la discussion de l'Académie, combien sont multiples et variés les accidents par lesquels se manifeste cette affection.

Une jeune femme a été amenée, il y a quelques jours, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de la clinique, dans un état de délire maniaque des plus violents. Cette femme n'avait rien la veille; elle était en parfaite santé. Cet accès de manie est survenu tout à coup, inopinément, sans avoir été précédé par aucun autre phénomène morbide et sans cause déterminante appréciable. Cette soudaineté de l'accès a fait dire de suite à M. Trousseau qu'il se trouvait là en présence d'une épileptique.

Il est extrêmement rare, en effet, de voir des individus devenir maniaques tout à coup, et sans que quelques prodromes aient fait pressentir au moins la manifestation prochaine de la manie; le plus ordinairement elle est en quelque sorte préparée de longue main. Le fait seul de la soudaineté a donc suffi ici pour faire prononcer le nom d'épilepsie.

Renseignements pris depuis auprès des parents de la malade, voici ce qu'on a appris :

Il y a six mois environ, elle a eu une première attaque d'épilepsie, à la suite de laquelle elle est restée pendant quelque temps hébétée. Depuis lors, elle a eu plusieurs autres attaques successives, toutes suivies d'un état d'hébétude durant un jour au moins et persistant quelquefois plus longtemps. Enfin, la veille au soir du jour où elle a été amenée à l'hôpital, après avoir éprouvé quelques vertiges, elle est tombée tout à coup dans l'état où on l'a trouvée le lendemain matin à la visite, c'est-à-dire dans un état de délire furieux et agité, cherchant à mordre et à déchirer tout ce qui lui tombait sous la main.

Il n'y a, hors l'épilepsie, qu'une seule affection qui eût pu déterminer un accès de ce genre et avec la même soudaineté, c'est l'hystérie. Ce sont les deux seules affections qui eussent pu être mises en balance pour le diagnostic. Mais on vient de voir que la révélation des antécédents a levé toute apparence de doute à cet égard.

Les faits dont nous venons de citer un exemple sont connus sans doute, surtout des médecins qui se sont occupés de l'épilepsie et des médecins aliénistes en particulier; mais ils ne le sont peut-être pas assez pour qu'il n'y ait quelque utilité à les signaler lorsqu'ils se présentent. Il y a même d'autant plus d'utilité à les faire connaître, que c'est là une des formes les plus graves de l'épilepsie, celle qui prédispose plus particulièrement les malades à des actes de violence, et les porte à attenter à leur propre existence ou à celle d'autrui. On comprend combien il est important dans ce cas de redoubler de surveillance auprès de ces malades.

Ces faits sont en outre d'un grand intérêt au point de vue médico-légal, car c'est pour les cas de ce genre que les médecins ont souvent à répondre devant la justice à la question de responsabilité et de libre arbitre.

Exostose sous-unguéale. — Appréciation de divers procédés proposés pour sa guérison.

Nous avons dit dans la précédente *Revue*, à l'occasion d'un fait d'exostose sous-unguéale observé dans le service de M. Velpeau, que toute l'importance pratique de ces sortes de faits résidait principalement dans la possibilité de la récidive, et que le problème à résoudre consistait à choisir parmi les procédés connus de guérison le plus capable de mettre les malades à l'abri de toute chance de retour du mal.

Les principales méthodes usitées pour la destruction de l'exostose sous-unguéale sont l'abrasion simple avec conservation ou ablation simultanée de l'ongle, l'abrasion suivie de la cautérisation, et la désarticulation.

Les deux premières méthodes, qui remontent à Dupuytren et à Lisfranc, sont trop connues pour qu'il soit nécessaire d'en rappeler ici la description. Nous ne les mentionnons que pour constater que c'est pour avoir observé plusieurs fois des récidives à la suite de l'abrasion simple, qu'on a proposé depuis, d'abord de compléter l'opération par la cautérisation consécutive, puis de lui substituer la désarticulation de la phalange. Cette dernière méthode, préconisée, comme on le sait, par Liston, était présentée comme préférable à toute autre manière d'agir, en ce qu'elle était moins douloureuse, plus certaine, et qu'elle n'avait pas plus d'inconvénients.

La question en était là entre les partisans de l'abrasion et ceux de la désarticulation de la phalange, lorsque M. Debrou, frappé de l'insuffisance de l'une, et de la gravité de l'autre, a proposé un procédé mixte, l'amputation de la phalange dans sa partie moyenne.

La désarticulation, venons-nous de dire, aurait sur l'abrasion l'avantage de donner une guérison certaine, mais cet avantage est acheté, à son tour, au prix d'inconvénients assez graves : une mutilation assez étendue d'une part pour gêner la marche, et d'autre part la possibilité des accidents inflammatoires le long des gaînes synoviales, auxquels peut donner lieu la section des tendons fléchisseurs et extenseurs.

Dans le but d'éviter ces inconvénients, tout en s'assurant contre toutes les chances de récidive, M. Debrou ayant à opérer une jeune fille de seize ans d'une exostose sous-unguéale du gros orteil, a eu l'idée de faire la section de la phalangette à l'union de son col avec sa base, sans désarticuler par conséquent. De cette façon, il a enlevé l'exostose entière avec sa racine et la portion d'os qui la supportait ; il a laissé en place la base de l'os, et respecté l'articulation et les tendons.

Voici le procédé opératoire qu'il a mis en usage :

« On fend l'ongle d'avant en arrière avec une paire de ciseaux aigus, et l'on arrache les deux moitiés de l'ongle avec une pince ; ensuite, avec un bistouri droit et pointu, on fait une incision sur le dos de la phalange, à la place où était l'ongle, et l'on prolonge en avant cette incision sur les côtés de la tumeur, de manière à circonscrire et à déchausser le sommet de la phalangette ; alors, avec la pince de Liston, on rompt l'os au ras de sa base, et l'on retire ce qui est en avant et qui porte la tumeur. Il en résulte une plaie creuse que l'on ne doit pas chercher à réunir par première intention. Il faut attendre que les bourgeons charnus la comblent, afin de conserver à l'extrémité du doigt sa largeur, et pour que l'ongle en repoussant puisse s'y étaler. L'ongle, en effet, repousse, parce que sa racine a été conservée. »

On a fait au procédé de M. Debrou une objection qu'il avait d'ailleurs prévue déjà lui-même par avance. Ce procédé exposerait tout autant peut-être que l'abrasion, a-t-on dit, à conserver une partie de l'exostose, et à laisser, par conséquent, une chance à la récidive. M. Debrou répond à cela que d'après les faits qu'il lui a été donné de voir, notamment dans un cas d'exostose énorme qui semblait recouvrir toute l'articulation, l'insertion a eu lieu le plus souvent, — sinon toujours, — exclusivement sur le sommet de la phalange. Mais s'il en était ainsi, pourrait-on répondre à son tour à M. Debrou, pourquoi amputer la phalange? L'abrasion devrait suffire dans tous les cas. Or, c'est justement ce qui n'a pas lieu. Les faits de récidive, à défaut d'autre preuve plus directe, semblent assez prouver que l'insertion n'a pas toujours lieu exclusivement à l'extrémité de la phalange.

Si donc nous sommes très-porté à donner la préférence au procédé de M. Debrou sur les autres, et notamment à l'abrasion, c'est précisément à cause même du doute qui subsiste encore sur le siége le plus habituel du pédicule de l'exostose, et parce qu'à ce point de vue il met plus sûrement à l'abri des chances de récidive.

Le procédé de M. Debrou, qui a déjà donné de bons résultats entre ses mains, a été essayé depuis par M. Foucher, chez un malade dont l'observation est rapportée dans la thèse de M. Vallin. Mais le résultat est trop récent encore pour qu'il soit possible d'en rien conclure.

Nul doute que ce procédé ne trouve souvent une utile application; mais devra-t-il être adopté d'une manière générale et à l'exclusion des autres?

Paralysie générale progressive. — Paralysie des lèvres, de la langue et du voile du palais.—Rire des aboyeurs et trouble dans les organes de la vue.

Dans le travail déjà plusieurs fois cité de M. Duchenne (de Boulogne) sur la paralysie progressive de la langue, des lèvres et du voile du palais, nous avons eu le soin de faire remarquer en quoi cette paralysie, limitée et parfaitement circonscrite aux organes indiqués, n'ayant été ni précédée ni suivie de paralysie générale dans les cas recueillis par cet observateur et dans ceux que nous avions pu observer nous-mêmes, nous paraissait, à ces divers titres, devoir être considérée, jusqu'à plus ample in-

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Histoire et développement de l'œil humain, par M. le Dr F. A. Ammon, traduit par M. le Dr A. Van Bieroliet (de Bruges); extrait des *Annales d'oculistique*. Bruxelles, 1860.

Il y a plus de vingt-cinq ans que le grand physiologiste J. Müller écrivait : « L'histoire du développement de l'œil est une grande lacune dans la science, qui exige, pour être comblée, de grands efforts et une observation très-soutenue. » C'est cette lacune que M. Ammon (de Dresde), bien connu de nos lecteurs par ses nombreux travaux, s'est efforcé de faire disparaître en publiant ces pages, qui renferment, sous la forme la plus concise, dépourvues de notes et de citations, les résultats de longues années de recherches sur le développement de l'œil humain. Il s'agit presque toujours d'observations faites sur des yeux de fœtus humains; et ce n'était pas chose facile, car les matériaux ne pouvaient être amassés qu'à la longue et à force de patience.

Cet essai (1) d'une histoire du développement de l'œil humain est divisé en trois parties. La première traite du développement en général, d'après des périodes déterminées de la vie fœtale ; la seconde renferme l'histoire du développement des divers organes de l'œil ; la troisième contient des considérations générales sur des lois particulières du développement en ophthalmogénèse : la morphologie fait connaître la position et le mode de développement des parties de l'œil, et explique beaucoup d'affections oculaires congénitales. Les yeux sont les organes qui présentent le plus fréquemment des altérations de cette nature.

Il faut distinguer deux périodes dans l'examen des modifications histologiques des yeux des fœtus humains. La première précède, l'apparition du système vasculaire, la seconde suit le développement de celui-ci. Les éléments primitifs de chaque organe, c'est-à-dire le parenchyme, se forment dans l'œil sans aucune influence extérieure; ils doivent leur origine à la matière plastique propre, sans aucune intervention du système vasculaire. Mais lorsque les vaisseaux sont venus s'ajouter au parenchyme, c'est l'origine d'une nouvelle période de développement de ce dernier. Alors commence le stade de développement histologique spécial propre à chaque système d'organes. Au développement normal de chaque organe se rapporte non-seulement la formation de nouvelles cellules ou l'agrandissement de celles qui existent déjà, mais encore la métamorphose des cellules dans les éléments histologiques propres à chaque tissu.

Ces quelques mots, auxquels il est impossible d'ajouter ici des renseignements plus détaillés, feront voir tout l'intérêt qui s'attache au travail de M. Ammon, qui certainement sera consulté avec profit par tous ceux qui s'intéressent à l'ophthalmologie et à l'histogénèse. La traduction est faite avec soin et exactitude. F. Mandl.

(1) Brochure in-8° avec 12 planches contenant 207 figures.

Le *Manuel de l'art des accouchements*, de MM. Maunoury et Salmon, et l'*Instruction des sages-femmes* (1).

Le titre de *Manuel* pourrait faire croire qu'il s'agit ici d'un petit livre in-12, tandis que l'ouvrage de MM. Maunoury et Salmon est un volume in-8° de 570 pages. Les auteurs ne lui ont donné ce titre que pour annoncer un ouvrage élémentaire. C'est, en effet, pour l'instruction des sages-femmes qu'ils l'ont composé ; aussi le lecteur ne doit pas s'attendre à y trouver des discussions dogmatiques ni de grandes recherches bibliographiques; ce sont les idées classiques condensées et ramenées à leur plus grande simplicité, ce qui n'est pas un petit mérite.

Dans une introduction, nos auteurs font voir quel est le rôle que la sage-femme est appelée à remplir, et à cet endroit ils ont été un peu trop généreux, car l'expérience de tous les jours nous prouve que, au détriment de la santé et de la vie des femmes et des enfants, les sages-femmes dépassent souvent leurs attributions.

Rien n'est plus difficile, il est vrai, que d'établir une limite exacte entre les attributions de la sage-femme et celles du médecin. On a beau dire pour les sages-femmes, comme pour les officiers de santé, que leurs soins doivent être donnés seulement aux cas faciles, il faudrait pour cela être à même de connaître les cas graves en temps opportun. Leur permettre de se manifester, c'est souvent les rendre

(1) Un volume in-8° ; chez Germer-Baillière.

formé, comme une espèce pathologique particulière. Cela n'impliquait nullement dans notre pensée, on le concevra aisément, que la paralysie de ces organes ne peut se présenter, dans quelques cas, comme l'un des éléments de la paralysie générale progressive elle-même. C'est le début et la marche des phénomènes qui en décident dans ce cas.

M. le docteur Louis Moustardier (de Nîmes) vient de nous communiquer tout récemment un fait qui nous paraît appartenir à ce dernier ordre. Dans tous les cas, il est digne d'intérêt, comme se rattachant à des questions qui sont à l'ordre du jour.

Voici la relation que nous transmet notre confrère :

« M. X..., homme de lettres, âgé de quarante ans, commença, il y a quinze ans, à être atteint de l'affection dont il est tourmenté; il l'attribue à des émotions morales vives et à des travaux d'esprit trop prolongés.

» Elle consiste dans une paralysie générale et progressive qui, ayant débuté par les extrémités, a envahi aujourd'hui tous les muscles de la vie de relation. La moindre émotion se trahit par des palpitations de cœur et par un tremblement universel. Constipation opiniâtre, dysurie.

» Il existe des douleurs sourdes sur le trajet du rachis et dans la tête. Il n'y a point d'altération dans le sentiment; l'intelligence est intacte. Rien du côté des voies digestives.

» Parmi les parties affectées se trouvent les lèvres, la langue, le voile du palais. Les lèvres sont tremblantes; l'inférieure est pendante; il y a de la difficulté pour siffler, pour prononcer les labiales. Il existe un écoulement de salive, surtout pendant la nuit.

» La langue est gênée dans ses mouvements dans la mastication et dans l'exercice de la parole.

» Du côté du voile du palais, la déglutition des liquides est difficile. Il y a imminence de suffocation quand par hasard le bol est un peu trop volumineux.

» La faiblesse des muscles qui concourent à la respiration et à la phonation produit des éclats de rire convulsifs et involontaires, qui, arrivés à un certain degré, dégénèrent en un véritable aboiement.

» Parmi les organes des sens, un seul, celui de la vue, offre quelques altérations ; telles sont :

» 1° Un certain état exophthalmique des deux yeux, ce qui donne au malade un air effaré ;

» 2° Les symptômes de l'amblyopie; ainsi, la fixité du regard, la dilatation des pupilles, la vision de points noirs et de pattes de mouches. La lecture sans lunettes n'est possible qu'au grand jour; elle fatigue bientôt, et cause de la céphalalgie.

» De tous les moyens imaginables qui ont été employés contre cette affection, un seul réussit comme palliatif, c'est le datura stramonium ; il calme les accès de rire et double la force de la vue; il est impuissant contre les autres symptômes. »

M. L. Moustardier fait suivre cette observation des réflexions suivantes, auxquelles nous nous associons sous les réserves faites plus haut :

» 1° La maladie, dans sa marche lentement envahissante, a respecté jusqu'ici l'intelligence, ce qui la différencie de la paralysie générale des aliénés;

» 2° La paralysie des lèvres, de la langue et du voile du palais, dont M. Duchenne (de Boulogne) a voulu faire une maladie à part, ne saurait être considérée ici comme la cause ni le prélude, mais comme une des phases d'une affection plus générale;

» 3° Il est une perversion nerveuse de la phonation qui consiste en cris rauques simulant les aboiements du chien. Parfois à cet état se lient des quintes de toux : c'est la toux des aboyeurs. A ces formes, il en faut ajouter une autre que l'on pourrait appeler le rire des aboyeurs ;

» 4° L'exophthalmie, dans le cas qui nous occupe, paraît être due à l'affaiblissement des muscles de l'œil ;

» 4° Enfin, un phénomène remarquable en ce qu'il est contraire aux idées reçues, c'est l'action hypersthénisante du datura.

» L'emploi de cet agent, répété très-souvent par M. X..., a toujours donné le même résultat. »

NOTICE A L'USAGE DES CHIRURGIENS DE CAMPAGNE

Sur la manière de débrider les hernies étranglées sans craindre l'hémorrhagie.

Par M. le Dr Amédée Joux (de la Ferté-Gaucher).

Je viens aujourd'hui vous parler de l'une des plus graves questions de la chirurgie,—expérience passe science, et c'est après plus de vingt années d'une pratique habituellement heureuse, que j'ose vous exposer des résultats un peu en dehors des usages classiques.

Les livres didactiques, souvent écrits selon la tradition, disent tous à peu près les mêmes choses, et ils font bien, car ils sont faits par des hommes qui ne voient qu'un côté des questions naturelles. L'ouverture des grandes séreuses, les vastes délabrements, sont considérés comme presque toujours mortels dans les hôpitaux, et en effet ils le sont; cela ne tient pas à la nocuité des lésions elles-mêmes, mais à coup sûr au milieu dans lequel elles sont traitées ; c'est ce que je vais prouver tout à l'heure, outre que mon désir est de vous convaincre que l'opération de la hernie pratiquée selon une certaine méthode, est moins difficile et surtout accompagnée de moins de dangers chirurgicaux que l'opération de la saignée.

Si on ouvre un traité de médecine opératoire et que l'on étudie les débridements herniaires, on est épouvanté des dangers qui peuvent accompagner l'opération ; c'est en vain que les différents auteurs cherchent, pour échapper au péril, les plaies les plus diverses et les instruments les plus différents; chaque phrase finit toujours par ces redoutables paroles : « Malgré toutes les précautions, en dépit de toute science et de toute habileté, il peut se rencontrer des anomalies vasculaires telles, qu'une hémorrhagie vous enlèvera le malade. » Cela fait peur, et cette alternative, vraie menace de Croquemitaine paralysant la main des plus hardis, retarde souvent les opérations et cause la mort de bien des sujets.

Examinons donc les différentes causes de tant d'alarmes, et voyons comment nous parviendrons non pas à les braver, mais à les éviter par une conduite en dehors des conseils chirurgicaux des maîtres.

L'opération de la hernie étranglée faite de bonne heure n'est pas très-grave, disent quelques-uns; si on ajoute qu'elle est exempte de danger quant au manuel opératoire, tout sera dit.

Depuis longtemps je débride toujours en déchirant avec le petit bout de la spatule de ma trousse; j'emploie quelquefois assez de force, et jamais il ne m'est arrivé d'accident hémorrhagique; de plus, mes malades, lorsqu'ils ont été opérés sans retard, ont guéri, et le plus souvent la cure a été radicale.

J'ai bien vu depuis ce temps dans la *Médecine opératoire* de M. le professeur Malgaigne un entre-filets timide indiquant ce procédé; mais, sans en faire une règle de conduite invariable, j'avoue que je ne le connaissais pas quand j'ai agi ainsi pour la première fois; mais je suis heureux de me trouver d'accord avec ce maître, et de pouvoir m'appuyer sur son autorité pour faire de ce procédé *une règle invariable convenant à tous les cas.*

Que me fait à moi la priorité? je n'y tiens pas, et ce que je désire, c'est de rendre vulgaire un procédé *excellent* et sans danger; on dit que Mac-Adam n'est pas le premier inventeur du système de construction des belles chaussées qui portent son nom ; on prétend qu'il l'a pris des Chinois, étant attaché à une excursion comme ingénieur à la suite d'un lord d'Angleterre : en a-t-il moins de mérite? Non. Il ne s'agit pas entre gens de cœur d'être le premier ou un autre ; mais ce qu'il faut, c'est la mise en pratique des choses utiles : peu importe leur source.

Voyons ce qui a lieu dans la division des parties, et si jusqu'ici on n'abuse pas de l'instrument tranchant dans les opérations chirurgicales. Que se passe-t-il lorsque l'on coupe nettement les tissus vivants? Aussitôt divisés, ils s'éloignent les uns des autres en vertu de leur contractilité, et, quoi qu'on en dise, rien n'est plus rare et plus difficile que la réunion immédiate d'une plaie bien régulière faite par l'instrument tranchant.

Dans la déchirure des tissus vivants, au contraire, les parties demeurent pantelantes; elles sont en contact, et bientôt, s'endentant les unes dans les autres, la réunion s'opère avec une facilité inconnue de ceux qui n'y ont pas regardé de près.

Mais c'est en vain que les faits les plus fréquents et les plus instructifs viennent frapper les sens des savants et des capables eux-mêmes; l'habitude persiste, et d'ailleurs on préfère encore une plaie très-régulière, malgré les incontestables avantages de l'autre moyen de division.

Il y a en chirurgie un monument que l'on ne doit jamais perdre de vue, et où l'on trouve invariablement le germe et même l'étude de toutes les bonnes méthodes : c'est dans les *Mémoires de l'Académie royale ;* voyons :

1° L'observation, par M. Benomont, d'un enfant qui, ayant eu la jambe arrachée par la roue d'un carrosse, n'eut pas d'hémorrhagie, et guérit de sa blessure en peu de temps.

2° Divers arrachements des doigts par plusieurs auteurs.

3° L'histoire de Samuel Vood, tirée des *Transactions philosophiques*, qui eut l'omoplate et le bras arrachés sans hémorrhagie, et qui guérit heureusement de cette affreuse mutilation rapportée par Morand.

4° L'arrachement du cordon ombilical du ventre d'un enfant nouveau-né, publié par de la Motte, et qui eut lieu sans aucune suite grave et sans écoulement de sang.

Morand, dans un sage mémoire, explique le mécanisme de ces arrachements, et dit comment ces cas divers sont exempts d'hémorrhagie.

Je citerais moi-même quelques circonstances de ma pratique dans lesquelles j'ai vu la vérité de tous ces faits se reproduire, et entre autres un cas d'éventration allant d'un côté du ventre à l'autre par une corne de vache, si je ne trouvais une observation identique rapportée par l'un de nos confrères de la campagne, M. le docteur Herpin, de Brehemont (Indre-et-Loire), dans la *Gazette des Hôpitaux* du 17 novembre.

Toutes ces histoires, jointes à celles que la pratique fournit chaque jour aux chirurgiens, nous portent à réfléchir, et si j'y ajoutais celles que la médecine opératoire vétérinaire me fournit souvent, je dirais que, hors des grands hôpitaux, on peut impunément déchirer les tissus, pénétrer dans les grandes cavités du corps, en ouvrir les séreuses, et que s'il était permis à l'habileté de nos chirurgiens des grandes villes de se produire en air pur, on lirait chaque jour de nouvelles merveilles de la puissance de notre art.

Je me résume, car je m'adresse toujours à des hommes dont les moments sont comptés, et il faut qu'à la clarté et à l'utilité de mes paroles vienne se joindre la brièveté :

1° Les opérations de hernies étranglées n'ont pas la gravité que les ouvrages classiques indiquent, et pour éviter les dangers qui y sont si longuement signalés, *il faut opérer promptement* et ne pas fatiguer les parties herniées par un taxis trop souvent inutile et toujours dangereux.

2° Excepté l'incision de la peau que l'on pratique avec le bistouri, tout le reste doit se faire avec la sonde cannelée, le petit bout de la spatule, ou de toute autre manière, mais toujours par dilacération ou à peu près.

3° Quant au débridement, pour éviter *toute cause d'hémorrhagie*, et pour ne plus craindre l'inconvénient du bistouri boutonné, dont l'action *va très-souvent plus loin* que l'on ne veut, *il convient dans tous les cas*, après avoir introduit le bout du doigt dans la partie *étranglante*, d'y porter la petite extrémité de la spatule, en s'en servant comme d'un levier, les dentelures étant sous l'étranglement, le point d'appui sur le doigt qui y est engagé, et la puissance sur le bout large de l'instrument; on fait des pesées dans les endroits les plus serrés, et au bout de quelques instants on a la satisfaction d'avoir assez de place pour procéder à la réduction, quand elle ne se fait pas d'elle-même, *le tout sans qu'il s'écoule jamais une seule goutte de sang.*

Les pansements et les soins subséquents comme à l'ordinaire.

Ainsi, et j'appuie spécialement sur ceci, je conjure mes confrères les plus timorés de ne pas hésiter à suivre cette pratique, entièrement appuyée sur une longue expérience; je les invite à mettre pour cette fois les subtilités anatomiques de côté, et je puis leur promettre les succès les plus faciles et les plus constants.

---

irrémédiables; que sera-ce lorsque l'officier de santé et la sage-femme seront libres d'agir eux-mêmes pour prévenir ou combattre ces accidents?

MM. Maunoury et Salmon ayant affaire à des personnes étrangères aux connaissances élémentaires qui forment la base de la médecine, consacrent d'abord quelques pages à des notions générales sur les principaux organes du corps humain et sur leurs fonctions, puis ils commencent la première partie du Manuel par l'étude anatomique et physiologique des organes génitaux et de leurs annexes.

Nos auteurs divisent la grossesse en période embryonnaire et période fœtale; mais oubliant ici qu'ils parlent à des sages-femmes, ils s'arrêtent bien plus aux détails du développement de l'œuf qu'aux signes à l'aide desquels on peut connaître cette période de la grossesse. Cette négligence, à dire vrai, est réparée par les signes de la période fœtale.

Continuant toujours l'état normal, ils passent à l'étude de l'accouchement, et, il faut le dire à leur louange, cette partie de leur manuel est aussi complète et aussi claire qu'il soit possible de le faire dans un ouvrage aussi restreint. Les soins que la sage-femme doit donner dans ce cas, cependant, auraient pu être plus détaillés.

La 2e partie du Manuel est consacrée à ce que MM. Maunoury et Salmon appellent des anomalies, et que pour mon compte j'appelle des complications. C'est tout état anormal, anatomique ou fonctionnel, qui, existant avant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, a sur eux une influence fâcheuse.

Je ne les suivrai pas dans ce vaste champ, où non-seulement ils ont traité des sujets qui sont exclusivement du domaine du médecin, mais où ils sont parfois sortis de l'obstétrique, et sont entrés dans le domaine de la pathologie de la femme hors l'état puerpéral.

Ce que je dis des anomalies, je le dirai des accidents qui peuvent avoir lieu dans la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, accidents qui forment la troisième partie du Manuel. Je le dirai enfin des préparations pharmaceutiques et des opérations de petite chirurgie par lesquelles nos auteurs terminent leur travail.

Si claires et si concises que puissent être ces parties, elles ne me paraissent pas être tout à fait écrites pour les sages-femmes, et comme cette objection s'adresse plus au plan qu'aux détails, comme elle s'adresse à tous les Manuels destinés aux sages-femmes plus qu'à celui que j'analyse, je vais m'expliquer sur ce sujet avant de porter un dernier jugement sur l'ouvrage de MM. Maunoury et Salmon.

Nous voyons souvent des docteurs qui n'ont pas fait une étude approfondie de l'obstétrique, être exposés à des méprises regrettables; que sera-ce des sages-femmes? Aussi, je crois qu'il serait nécessaire à la fois, dans l'intérêt de ces dernières et dans l'intérêt des mères et des enfants, de les instruire plus qu'on ne le fait en général, mais surtout de préciser davantage leurs attributions. Ainsi, je crois que les attributions de la sage-femme consistent :

1° A connaître l'état physiologique de la génération, et surtout les phases pour lesquelles les sages-femmes peuvent être appelées à donner des soins;

2° A connaître l'hygiène qui correspond à ces phases;

3° A savoir connaître tout état pathologique qui, comme complication ou comme accident, peut influer d'une manière fâcheuse sur chacune de ces phases, afin d'appeler le médecin en temps opportun pour y réparer, tandis qu'en général elles ne l'appellent que trop tard ou ne l'appellent pas du tout.

En d'autres termes, la physiologie et l'hygiène me paraissent être du domaine des sages-femmes; et de la pathologie proprement dite, elles ne doivent en connaître d'une manière approfondie que l'étiologie, la symptomatologie et le diagnostic.

La thérapeutique obstétricale et les opérations me paraissent être dangereuses entre leurs mains. Les leur enseigner sans en défendre l'application, c'est les exposer à dépasser bien souvent leur rôle et à exposer ainsi la santé et la vie des mères et des enfants, comme nous en voyons tous les jours des exemples.

Ce qui semblerait être un reproche pour le livre que j'analyse, est plutôt un éloge; car si les sages-femmes y trouvent le nécessaire et au delà, les étudiants en médecine pourront y trouver les éléments qui servent d'introduction à l'étude de l'obstétrique ou la récapitulation de ce qu'ils ont déjà appris. C'est, pour le dire en deux mots, un bon livre élémentaire.

Dr Mattei.

Notice sur l'œuvre et sur la vie d'Auguste Comte, fondateur du positivisme, par le docteur Robinet. Paris, 1860. Un volume in-8° de 600 pages. Prix : 8 francs. Chez Louis Leclerc, libraire, rue de l'Ecole de Médecine, 14.

On trouve aussi chez M. Leclerc les ouvrages d'Auguste Comte et ceux de l'École positiviste.

Puisse cette ébauche être consultée par tous ceux que la science a effrayés jusqu'à ce jour, et les rassurer.

Il est bien entendu que je n'étends pas mes conseils au delà de ce point de la pratique, et que dans aucun cas les hommes qui se livrent aux opérations ne peuvent être dispensés des connaissances topographiques les plus positives et les plus étendues.

PROCÉDÉ TRÈS-SIMPLE

pour obtenir un bain de vapeur mélangée d'acide carbonique.

L'emploi médical du gaz acide carbonique, dit M. Faivre (d'Esnans), m'a rappelé les effets d'une médication empirique que je mets en usage depuis longtemps dans les affections rhumatismales, et dont je m'explique mieux aujourd'hui le mode d'action. Il s'agit d'un bain de vapeur domestique que l'on administre de la manière suivante, et qui maintes fois m'a donné d'excellents résultats :

Le malade, entièrement nu et couché sur un lit, est recouvert, à l'exception de la tête, d'un drap et d'une couverture tenus à 50 centimètres de distance du corps à l'aide d'un cerceau. Cela fait, on place entre les jambes du patient un pot de grès ou de faïence au fond duquel a été fixée une bougie de cire ou de stéarine de 12 à 14 centimètres de longueur. On allume cette bougie, et, pour en favoriser la combustion, on soulève légèrement dans un point quelconque le bord du drap.

Alors voici ce que l'on observe ; au bout d'une demi-heure, le visage du malade se couvre d'une sueur qui devient de plus en plus intense à mesure que la chaleur se développe sous le cerceau, et quand la bougie est complétement brûlée, on transporte le rhumatisant dans un lit bien chauffé. Il continue à transpirer et il s'endort d'un sommeil profond qui dure quelquefois six ou sept heures. Il est rare que les douleurs ne disparaissent pas entièrement après deux bains administrés de cette manière.

Or, le gaz acide carbonique qui pendant la combustion de la bougie se produit concurremment avec du calorique et de l'eau, me paraît jouer ici le rôle essentiel, car l'expérience m'a prouvé que la chaleur et la vapeur d'eau seules sont loin de produire des effets thérapeutiques aussi remarquables.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 janvier 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la précédente séance (2 janvier) est lu et adopté.

M. Marjolin remercie les membres de la Société de l'honneur qu'ils lui ont fait en le désignant pour présider leurs travaux, et termine en disant que chacun des membres lui a rendu faciles les fonctions qui lui avaient été confiées. Il invite les membres nouvellement élus à prendre place au bureau.

M. Laborie, en prenant possession du fauteuil de la présidence, prononce le discours suivant :

Messieurs et chers collègues,

En prenant place à votre bureau comme président de la Société de chirurgie de Paris, je dois d'abord vous exprimer toute ma gratitude pour l'insigne honneur que vous m'avez fait en m'accordant vos suffrages.

En songeant à l'insuffisance de mes titres à une aussi grande bienveillance, je ne puis la considérer que comme une récompense de mon zèle à me mettre au service de la Société. Avant d'avoir l'honneur de siéger parmi vous comme membre titulaire, frappé de l'importance de vos travaux, j'ai peut-être contribué pour une part à la grande publicité de vos séances ; et pendant plusieurs années j'ai été heureux de reproduire officieusement vos savantes discussions dans un des journaux les plus répandus. Après ce stage, vous m'avez accueilli parmi vous, et vous avez bien voulu, pendant plusieurs années me confier la rédaction de vos procès-verbaux ; ma nomination à la présidence acquitte bien au delà de sa valeur un service qui profitait surtout à celui qui était si heureux de vous le rendre. Je n'ai pas à vous dire combien je suis reconnaissant, et avec quel dévouement assidu je m'efforcerai de remplir les fonctions honorables que vous m'avez confiées.

La Société de chirurgie de Paris a pris dans la science un rang élevé, et cette place légitimement acquise est due entièrement à l'importance de ses travaux. Une dizaine de volumes de *Bulletins*, précieuse collection de faits empruntés à tous les hôpitaux de Paris ; plus de cinq volumes de mémoires originaux, constituent un appoint scientifique sans analogue parmi tant de sociétés savantes.

Pour parfaire de telles œuvres, vous avez agi sans appui, simplement soutenus par la puissance de votre vouloir. Comment la réputation ne viendrait-elle pas couronner de tels labeurs? Aussi, Messieurs et chers collègues, sommes-nous tous heureux et fiers en voyant le nom de notre Société aussi universellement connu ; en compulsant les listes de nos associés et de nos correspondants nationaux et étrangers, en considérant la valeur des chirurgiens qui désirent s'adjoindre à nous, on peut prendre une idée de la popularité que nous avons conquise.

Aussi, en commençant cette nouvelle année de travail, ne pouvons-nous former d'autres vœux que de voir se continuer cette œuvre déjà si remarquable ; pour perpétuer vos succès, vous avez en vous une puissance irrésistible, l'amour de la science, cet amour qui, suivant Montesquieu, est *presque en nous la seule passion éternelle* ; paroles profondément vraies, paroles consolantes, qui indiquent la source intarissable à laquelle on *peut puiser un bonheur qui nous suive dans tous les âges.*

C'est cet amour qui consacre une éternelle jeunesse à nos maîtres qui, arrivés aux plus éminentes positions de la carrière scientifique, n'en viennent pas moins prendre une part assidue à nos travaux et donner à nos discussions la consécration de leur haute expérience. Leur présence parmi nous prouve quel degré d'estime a su mériter la Société de chirurgie.

Poursuivez donc, Messieurs et chers collègues, le cours de vos laborieuses études; vous avez dès maintenant conquis la plus noble des récompenses, la considération. Votre passé dit assez que vous saurez la conserver.

Je ne terminerai pas sans vous proposer de voter par acclamations des remercîments aux membres du bureau, à notre excellent président M. Marjolin, qui a voué aux intérêts de la Société un culte qui jamais ne s'est démenti ; à notre savant secrétaire général M. Broca, qui, dans notre dernière séance, nous a fait entendre une nouvelle biographie écrite avec l'éloquence du cœur, et à nos deux secrétaires qui ont si bien rempli la très-laborieuse mission qu'ils avaient acceptée. La rédaction de nos procès-verbaux n'a jamais été ni plus exacte ni plus fidèle. Un seul mot encore à notre honorable collègue M. Legouest. Je crois être l'interprète de toute la Société en le félicitant et en le remerciant du magnifique éloge communiqué dans la séance annuelle. Il nous a tous tenus sous le charme d'une parole facile et élégante, et a ajouté à nos Mémoires une biographie qui ferait l'ornement des meilleurs recueils académiques.

PRÉSENTATION.

M. Marjolin présente un enfant de quatorze ans qui offre l'exemple d'une anomalie très-rare et très-remarquable. Cet enfant a trois membres inférieurs ; trois cuisses, trois jambes, trois pieds. Du côté gauche, il n'y a point d'anomalie ; du côté droit, il y a deux membres : l'un en dedans, sur lequel l'enfant s'appuie dans la marche ; l'autre qui est relevé et qui se place contre la fesse. Au membre de sustentation, on ne sent pour la jambe qu'un seul tibia, et on ne trouve que deux orteils ; l'autre membre présente un tibia et un péroné, et le pied a six orteils.

Cet enfant, déjà présenté à l'Académie par M. Larrey, sera examiné avec soin, car aucun des membres de sa famille ou de ses ascendants ne présente de vice de conformation.

Le président désigne, pour étudier ce vice de conformation et en rendre compte à la Société, MM. Houel et Marjolin.

RAPPORT.

M. Cullerier lit un rapport sur un travail envoyé à la Société par M. le docteur Azéma, et ayant pour titre : *De l'ulcère de Mozambique.* (Nous publierons ce travail dans un prochain numéro.)

M. Larrey rappelle que le nom de M. Clot-Bey ne doit pas être oublié quand il s'agit de la plaie de l'Yémen. Il est possible que toutes ces affections décrites sous des noms divers ne constituent qu'une seule et même maladie ; M. Tholozan, qui se trouve actuellement en Perse, incline à penser que beaucoup des affections des pays chauds présentent les mêmes caractères essentiels, avec des manifestations différentes suivant les pays. M. Larrey espère que M. Tholozan, dont nous connaissons le bon jugement, pourra élucider cette intéressante question.

M. Broca pense qu'il est bon de comparer les maladies des pays chauds entre elles : que cette comparaison est utile, et qu'elle fournit d'utiles renseignements pour certaines affections cutanées ; c'est ainsi qu'il trouve très-judicieuses les remarques de M. Cullerier à propos de l'ulcère de Mozambique et de la plaie de l'Yémen ; mais il ne faut pas aller trop loin, et pour chercher à mettre dans un même cadre certaines affections qui ont dans leur description des rapports évidents, il faut éviter d'aller trop loin et de tomber dans un excès contraire, c'est-à-dire de mettre à côté les unes des autres des maladies tout à fait dissemblables. On avait cherché autrefois à ranger toutes les maladies cutanées des pays chauds dans un même cadre, et on leur assignait la syphilis pour origine. On n'a pas tardé à s'apercevoir que cette théorie tombait d'elle-même devant l'observation des faits ; et s'il faut tenir compte de la variété des climats, il ne faut pas négliger la variété des peuples. La plaie de l'Yémen, l'ulcère de mozambique peuvent être rapprochés par la similitude très-grande des lésions qu'ils provoquent et la marche qu'ils affectent ; mais, ainsi que l'a fait voir M. Cullerier, le Pian présente déjà des différences très-tranchées avec ces deux affections.

Dans la Nouvelle-Calédonie, on rencontre une maladie qui chez les enfants occupe surtout la bouche et l'anus, et chez l'adulte les membres inférieurs et la plante des pieds. Cet ulcère ressemble, dans ce dernier cas, au mal perforant ; c'est une affection qui d'abord attaque l'épiderme et le derme, gagne ensuite en profondeur, et se rapproche en cela de l'ulcère de Mozambique. M. de Rochas, chirurgien de marine, a étudié avec soin cette altération, et d'après la description qu'il nous en a donnée, on peut voir qu'elle diffère des ulcères syphilitiques et aussi de l'ulcère de Mozambique.

Cet ulcère affecte les Néo-Calédoniens une fois dans leur vie, mais une fois seulement, et il respecte les blancs et les hommes d'autres races. Jeunes ou vieux, les Néo-Calédoniens y sont exposés ; et si quelques-uns y échappent, c'est que la mort les a frappés de bonne heure. Cet ulcère marche d'autant plus vite, qu'il survient dans un âge moins avancé. Cette maladie est désignée sous le nom de *tonga*. Ce nom lui vient peut-être de celui d'une île habitée par des hommes de la race océanienne.

Après une courte discussion, les conclusions suivantes sont mises aux voix et adoptées :

1° Insertion du rapport de M. Cullerier dans nos Bulletins ;

2° Renvoi du travail de M. Azéma au comité de publication ;

3° Inscription du nom de l'auteur parmi les candidats au titre de correspondant étranger.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Richet présente une tumeur composée du testicule avec prédominance de l'élément cartilagineux.

La tumeur que j'ai l'honneur de soumettre à la Société, est une tumeur du testicule qui présente quelques difficultés pour sa détermination en anatomie pathologique, comme elle en a présenté avant l'opération pour son diagnostic clinique.

Voici un résumé succinct de l'observation :

Le malade, âgé de trente-cinq ans, homme de peine, père de plusieurs enfants, déclare qu'il y a dix-huit mois à peine il s'aperçut, vers la *pointe du testicule*, c'est son expression, qu'il lui survenait une grosseur assez douloureuse. Il prétend n'avoir jamais eu ni écoulement ni aucune autre maladie vers les organes génitaux, qui, selon lui, auraient été parfaitement sains jusqu'à cette époque.

Depuis, cette grosseur s'est étendue à tout le testicule, faisant des progrès incessants, surtout depuis trois mois. Elle était d'abord beaucoup plus dure qu'elle n'est aujourd'hui ; il lui semble que plus elle grossit, plus elle se ramollit ; actuellement enfin, les souffrances sont moindres qu'au début. Néanmoins, comme le volume de ses bourses le gêne, il désire se faire débarrasser de sa tumeur.

Voici l'état dans lequel il était à son entrée dans mes salles. Son apparence de santé extérieure était bonne, il avait l'air vigoureux et bien portant ; il ne se plaignait que d'une chose, d'une constipation constante et opiniâtre.

Le testicule gauche a le volume du poing ; le droit est parfaitement sain. La peau du scrotum n'a pas changé de couleur ; les téguments glissent facilement sur les tissus sous-jacents. La tumeur est globuleuse, lisse, uniforme, il n'est pas possible de reconnaître le lieu occupé par le testicule ou l'épididyme. Il existe du liquide dans la tunique vaginale, en petite quantité, facile à constater par la transparence, et auquel je donne issue par une ponction avec la lancette, afin de mieux examiner ensuite la tumeur.

Effectivement je puis, après cela, reconnaître que cette uniformité de résistance que présentait la tumeur était due à la présence de la couche liquide, car il est permis de constater en plusieurs points, à travers l'enveloppe de la tumeur, des noyaux plus durs, très-durs même, tandis que dans d'autres points elle a une consistance pulpeuse et mollasse. Quel que soit le point qu'on presse, le malade n'accuse aucune souffrance ; le cordon est petit et s'offre partout à l'état normal ; le toucher rectal me fait reconnaître que le lobe gauche de la prostate est plus volumineux que le droit ; en pressant on n'y développe aucune douleur. Le malade accuse le matin un petit suintement purulent par la verge que nous constatons, et qui s'augmente par la pression sur la prostate.

Point de ganglions inguinaux engorgés, non plus que dans la fosse iliaque. Dans la région lombaire aucune tumeur appréciable.

Je diagnostique avec quelques réserves une orchite chronique, ou tout au moins une tumeur *composée*, mais de nature bénigne.

L'opération ne présenta rien de remarquable, et après quinze jours le malade est guéri de sa plaie, mais présentant des symptômes tout particuliers, de la difficulté de respiration, de l'essoufflement lorsqu'il marche, une teinte terreuse de la peau, symptômes qui me font redouter que la maladie ne se reproduise dans les viscères.

Voici la pièce, qui n'a pu être représentée de suite à la Société, et qui est déjà ancienne. La tumeur est fendue par le milieu. On peut, sous la coupe, reconnaître le testicule et l'épididyme. Son aspect, immédiatement après l'ablation, n'était pas le même qu'aujourd'hui ; on voyait çà et là des points jaunâtres de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, formés d'une substance molle, ressemblant à des caillots sanguins transformés ; ailleurs on trouvait des points translucides et ramollis ; mais ce qui attirait surtout l'attention, c'étaient des noyaux tout à fait transparents, d'une couleur nacrée, ayant complétement l'aspect du cartilage d'ossification. Ces noyaux, d'une consistance très-ferme, étaient les mêmes qui donnaient avant l'opération cette sensation à travers les téguments. Ils étaient très-nombreux, disséminés dans toute la tumeur, et variaient pour la grosseur depuis un grain de millet jusqu'à celle d'une noisette. Aujourd'hui on peut encore les voir, mais ils ont perdu leur translucidité. Ils forment sans contredit l'élément principal de la tumeur.

L'examen micrographique nous a permis de constater qu'ils étaient formés par l'élément cartilagineux, et l'examen de M. Verneuil a confirmé le nôtre.

Quant aux autres portions de la tumeur, nous n'y avons trouvé que des éléments fusiformes, de la graisse et beaucoup de globules sanguins altérés.

De cet examen, il résulte pour moi que cette tumeur est de celles qu'on a appelées *composées*, c'est-à-dire dans lesquelles on rencontre plusieurs sortes d'éléments; mais néanmoins l'élément dominant est le cartilage, ce qui rapprocherait beaucoup cette tumeur des chondromes décrits dans les autres régions.

M. Broca n'a pu examiner cette pièce quand elle était fraîche, mais il ne reconnaît pas là les caractères de l'enchondrome. Les tumeurs cancéreuses peuvent présenter dans leur ensemble des noyaux fibreux, cartilagineux, et pourtant de semblables tumeurs ne méritent pas le nom de fibromes, enchondromes, etc.

M. Richet a étudié cette pièce avec soin, et pour lui l'élément cartilagineux, loin d'être l'accessoire, lui paraît constituer la partie essentielle de cette tumeur.

M. Béraud est d'avis que la pièce présentée par M. Richet est réellement un enchondrome. Il reconnaît volontiers qu'il y a dans sa constitution plusieurs tissus qui sont loin d'être des cartilages, mais il faut reconnaître aussi que c'est là le propre des enchondromes de subir des évolutions qui les éloignent beaucoup de leur point d'origine. Il rappelle que M. Nélaton, qui, on le sait, a beaucoup étudié les enchondromes, a insisté avec raison sur ces transformations des enchondromes. Il lui en a montré un dans lequel on ne voyait plus que quelques grains cartilagineux disséminés çà et là dans la tumeur, qui offrait en même temps beaucoup de tissu cellulo-fibreux et même des foyers apoplectiques. La pièce de M. Richet a subi les mêmes transformations ; si aujourd'hui elle ne nous offre plus que quelques noyaux cartilagineux, elle n'en appartient pas moins à la classe des enchondromes.

M. Broca ajoute que les altérations sont sans doute fréquentes dans l'enchondrome, mais différentes de celles que l'on trouve dans la tumeur présentée par M. Richet.

— M. Dauvé, médecin aide-major à l'escadron du train d'artillerie de la garde, présente une pièce d'*invagination progressive du jéjunum avec polype et perforation de cette portion de l'intestin* (péritonite partielle, mort).

Cette pièce a été recueillie à l'hôpital militaire de Versailles, dans le service de M. de Cambay.

M. Dauvé présente la pièce anatomique et la même pièce moulée.

La tumeur de l'invagination a une forme cylindro-conique. Elle se dirige de gauche à droite, en passant au-dessus de l'ombilic. Elle est longue de 25 centimètres ; son cylindre externe a 5 millimètres d'épaisseur. Vers la partie inférieure, on voit une perforation à bords taillés à pic, longue de 5 centimètres et large de 2. Le boudin de l'invagination ferme complétement cette perforation. A l'extrémité du boudin invaginé, long de 18 centimètres, existe un polype fibreux

qui, en tiraillant la muqueuse intestinale, a produit un étranglement de l'anneau interne. Dans le cylindre interne, on voit une poche sphéroïdale tapissée par des ulcérations gangréneuses, et contenant quelques noyaux durcis de matières fécales.

Toutes les tuniques intestinales contenues dans la tumeur sont hypertrophiées. La portion d'intestin supérieure à l'invagination est dilatée; la portion inférieure a conservé son diamètre normal. Le boudin invaginé a l'aspect gangréneux, surtout vers sa partie inférieure, où les deux séreuses juxtaposées des cylindres interne et moyen sont adhérentes.

Le malade avait quarante-deux ans. Il y a trois ans, il est entré à l'hôpital pour une constipation qui a cédé aux purgatifs. La dernière attaque a duré trente-deux jours. Pendant la maladie, on a constaté une tumeur oblongue siégeant à droite au-dessus de l'ombilic, et changeant de position. Il y avait douleur à la pression. Les vomissements bilieux et fécaloïdes ont été notés six jours avant la mort. Le malade a été traité par les antiphlogistiques, les purgatifs et les mèches enduites d'huile de croton introduites dans l'anus. La constipation n'a cédé que deux fois à cette médication.

Entré à l'hôpital le 28 novembre 1860, le malade mourut le 10 décembre.

— **M. BÉRAUD** présente en son nom et en celui de M. Danyau un exemple *de spina-bifida de la région sacrée : ouverture dans la cavité amniotique avant la naissance; vices de conformation de la moelle cervicale; inflammation et suppuration des méninges rachidiennes; défaut d'ossification des os de la voûte crânienne.*

La nommée L..., fille, forte, bien constituée, réglée à l'âge de quatorze ans, bien réglée, primipare, entre à la salle d'accouchement à onze heures du soir, 27 novembre 1860, et accouche le lendemain matin, à cinq heures, d'une fille vivante, assez forte, pesant 2 kilogrammes 700 grammes. La taille de cette enfant est de 51 centimètres, ainsi répartis : du sommet à l'ombilic, 23 centimètres; de l'ombilic aux talons, 18 centimètres. Cette petite fille présente plusieurs vices de conformation du squelette, que nous allons d'abord examiner.

A la partie postérieure du bassin, dans la région sacrée et sur la ligne médiane, on trouve une solution de continuité verticalement dirigée, un peu ovalaire, ayant sa grosse extrémité en haut et sa petite en bas, mesurant 3 centimètres en haut et se terminant en pente inférieurement à 2 centimètres de l'orifice anal. Les bords de cette solution de continuité sont nets, parfaitement découpés; le fond est rougeâtre et recouvert supérieurement par une pellicule ou membrane fine transparente comme une membrane séreuse, et se continuant avec la peau au pourtour de la solution de continuité; cette membrane recouvre seulement la partie supérieure du spina-bifida. Lorsqu'on la soulève, en passant une tête d'épingle au-dessous de son bord libre, on voit s'écouler une ou deux gouttes d'un liquide séreux. Ce qui n'est point recouvert par cette membrane est rougeâtre, charnu, et sans aucun relief.

Si à travers la peau on examine l'état de la colonne vertébrale, voici ce que l'on trouve :

Rien d'irrégulier dans les régions cervicale, dorsale et lombaire. Dans la région sacrée, la première vertèbre est réunie et offre son tubercule épineux sur la ligne médiane. A partir de ce point jusqu'à la terminaison du sacrum, les apophyses épineuses ne sont point soudées, et l'on trouve trois tubercules situés sur les bords de la solution de continuité du sacrum.

Au-dessous du spina-bifida, entre lui et l'anus, il existe une dépression cutanée très-prononcée sur la ligne médiane dépression, qui indique une adhérence intime entre la peau et les os.

La sensibilité et la motilité sont parfaitement intactes dans les membres inférieurs. Si on applique la pulpe de l'index dans le fond de la solution de continuité, on fait écouler un peu de liquide céphalo-rachidien, sans provoquer des phénomènes de paralysie dans les membres inférieurs. Les matières fécales et l'urine ne sont pas rendues d'une manière continue; il n'y a pas de paralysie du côté de la vessie et du rectum. L'influence des mouvements respiratoires se fait sentir sur le spina-bifida. Ainsi, dans l'inspiration, la membrane tégumentaire qui occupe la partie supérieure du spina-bifida, sorte de valvule, s'affaisse manifestement; tandis qu'elle se soulève dans l'expiration, et laisse sourdre une quantité assez notable de liquide céphalo-rachidien.

Ce n'est point tout. Cette enfant offrait aussi une altération profond des os de la tête. Celle-ci est en apparence bien conformée; rien de bien saillant à la vue, si ce n'est cependant sur la fontanelle antérieure, où il existe une tuméfaction légère. Si on explore avec la main toute la voûte crânienne, on constate une irrégularité très-grande dans l'ossification. Ainsi, en avant, la suture bifrontale est très-large; la fontanelle antérieure offre des dimensions triples, tous les os qui concourent à la former sont très-écartés. Il résulte de là un espace arrondi de 3 centimètres au moins, dans lequel on sent les mouvements du cerveau. La suture bipariétale est écartée d'environ un centimètre. En arrière de la voûte crânienne, on sent une dépression qui donne tout à fait la sensation d'une fontanelle antérieure régulièrement constituée, et l'on croit tout de suite que cet espace non ossifié est la fontanelle postérieure; mais nous verrons à l'autopsie qu'il y avait erreur à cet égard, que la fontanelle postérieure était régulière, tandis que cet espace membraneux occupait le pariétal non ossifié par plaques.

Telles sont les lésions offertes par cette enfant lorsque nous l'avons vue pour la première fois le 29 novembre 1860. Son état général est assez bon; elle tette bien; elle a de la vigueur. Rien dans les antécédents de la mère ne peut nous expliquer ce vice de conformation de la colonne vertébrale et de la tête. Elle n'a pas souffert de la faim; elle n'a pas trop travaillé; elle n'a pas non plus eu de maladies graves. Le placenta a une forme en raquette; il pèse 450 grammes. Les membranes sont rompues au centre, et le liquide qui s'est écoulé est un peu verdâtre; chose fort remarquable que cette coloration, qui était due certainement à l'épanchement du liquide céphalo-rachidien dans la cavité amniotique.

Traitement. — Je recouvre simplement la solution de continuité du spina-bifida avec une bandelette de diachylon pour éviter le contact et la pénétration de l'air dans le canal rachidien, tout en prévenant l'issue d'une trop grande quantité de liquide arachnoïdien.

Le 1[er] décembre, je constate que la membrane a contracté des adhérences par son bord libre, de sorte que le liquide céphalo-rachidien ne pouvant plus sortir, il s'est formé une véritable poche dans la partie supérieure de la solution de continuité.

A travers la membrane, on voit que le liquide contenu dans la poche, du reste peu considérable, est jaunâtre, citrin, et en quantité de 20 à 30 gouttes. L'enfant a visiblement dépéri; elle tette peu.

Le 3, l'enfant est pâle, faible, amaigri; elle ne tette plus.

Le 4, l'amaigrissement est extrême, et tout annonce une mort prochaine.

Le 6, l'enfant a succombé, et nous constatons les lésions suivantes :

Rien dans les viscères, dans les poumons, les intestins, etc.; défaut de réunion des vertèbres sacrées; pus dans le canal rachidien, remontant jusqu'à la région cervicale. La moelle est régulièrement conformée jusqu'à la région cervicale, mais là nous trouvons une anomalie fort singulière : le volume de la moelle cervicale est tel qu'elle remplit le canal. A sa partie postérieure, vers le point où se termine ce renflement, il existe une sorte de bourgeon se dirigeant en bas. En ouvrant la moelle dans toute cette région, je trouve qu'elle est creusée d'un canal central contenant un liquide séreux. Ce canal est largement ouvert en haut, où il se continue avec le ventricule cérébelleux, sans ligne de démarcation; en bas il se bifurque, l'une des branches se continue dans l'axe de la moelle, l'autre se termine en cul-de-sac dans cette sorte de bourgeon que nous venons de voir à la partie postérieure de la moelle. Ainsi, persistance du canal central de la moelle et hypertrophie de celle-ci dans toute la région cervicale. Notons encore que la moelle occupe aussi toute la région lombaire, et que dans la région sacrée il y a les nerfs de la queue de cheval.

Le cervelet est petit, atrophié manifestement.

Le cerveau est régulièrement conformé.

Les os de la voûte crânienne présentent un défaut d'ossification en rapport avec ce que nous avons constaté cliniquement. Mais ce qui est le plus curieux, ce sont les pariétaux, dont l'ossification n'a pas lieu par plaques, au niveau desquels on trouve seulement le périoste et la dure-mère. Vers le bord interne, les deux pariétaux présentent sur la face profonde des inégalités, des sortes de crêtes saillantes qui limitent des espaces transversalement dirigés, et dont la formation s'explique difficilement.

— Ainsi cette observation nous a paru digne de fixer l'attention à plus d'un titre :

1° Elle nous présente un spina-bifida de la région sacrée, sans tumeur, et ouvert pendant la vie intra-utérine;

2° La possibilité de l'altération du liquide amniotique par son mélange avec le liquide céphalo-rachidien;

3° Une altération considérable de la moelle et du cervelet, coïncidant avec le spina-bifida; circonstances qu'il n'était pas possible de diagnostiquer pendant la vie, et qui auraient certainement entravé le traitement s'il avait été tenté;

4° La terminaison par la mort de ces spina-bifida qui communiquent avec l'extérieur, terminaison qui est amenée par l'inflammation et la suppuration des méninges rachidiennes;

5° Notons cette altération dans l'ossification des os du crâne, qui aurait pu induire en erreur sur la position du fœtus pendant le travail de l'accouchement, puisqu'en touchant la partie postérieure de la tête, on sentait une dépression qui donnait la même sensation que la fontanelle antérieure régulièrement constituée;

6° Enfin, cette observation nous paraît digne d'attention relativement à la nature de cette altération que nous offrait la voûte crânienne. Est-ce là du rachitisme? C'est la première idée qui se présente à l'esprit, il faut l'avouer; mais s'il fallait en donner la démonstration, il y aurait de la difficulté, puisque rien dans les membres, rien dans les côtes, ne pouvait justifier cette anomalie. Nous préférons, pour notre part, admettre qu'il s'agit là d'un défaut d'ossification par absence des matériaux nécessaires à la composition chimique des os.

— La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire annuel, Dr BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'administration de l'Assistance publique a formé le projet de reconstruire, dans la rue des Saints-Pères, l'hôpital de la Charité, afin d'augmenter le nombre des lits existant actuellement dans cet établissement (350, dont 250 pour les hommes, et 100 pour les femmes). Une enquête vient d'être ouverte, à la mairie du 6e arrondissement sur ce projet qui comporte aussi l'agrandissement et la régularisation du périmètre dudit hôpital à l'angle de la rue Jacob et de la rue des Saints-Pères, et l'élargissement partiel de cette dernière voie publique.

Voici ce que nous apprennent les anciens auteurs sur l'origine de l'hôpital de la Charité :

Au seizième siècle, un Portugais, nommé Jean-de-Dieu, dans le but de soigner les pauvres malades, forma une association qui fit bientôt de rapides progrès. Cinq religieux appartenant à cette congrégation furent installés, en 1602, par Marie de Médicis, dans la rue où furent depuis les Petits-Augustins. Suivant leurs règlements, les frères de la Charité devaient être à la fois chirurgiens et pharmaciens. Ils furent transférés, en 1607, dans la rue des Saints-Pères, près de la chapelle Saint-Pierre, où ils célébraient l'office divin. Un peu plus tard, ils firent construire une nouvelle église dont la dédicace, sous l'invocation de saint Jean-Baptiste, eut lieu au mois de juillet 1621. Le nombre des frères de la Charité s'éleva jusqu'à soixante, et les libéralités de plusieurs personnages puissants leur permirent d'agrandir successivement leur hôpital.

— Un concours pour deux places de chirurgien adjoint des hôpitaux de Marseille sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de cette ville, le 30 avril prochain.

Les candidats devront avoir le grade de docteur et justifier de quatre ans révolus de doctorat.

Les chefs internes des hôpitaux de Marseille seront également admis au concours s'ils ont un an d'exercice en cette qualité.

Les candidats devront se faire inscrire huit jours au moins avant l'ouverture du concours au secrétariat de l'Hôtel-Dieu, à Marseille.

— Après neuf mois d'attente, MM. les docteurs Hoskins (de Lisle), et Thomas Mansell, chirurgiens-majors de la milice royale de Guernesey, viennent de recevoir l'acceptation pure et simple de leurs démissions. Ces honorables confrères, dont le premier est agrégé (fellow) de la Société royale de Londres, refusaient de reconnaître pour collègue un *homœopathe* qui reste, par le fait, chef du service médical militaire à Guernesey! (*The Lancet*).

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 12. — MARDI 29 JANVIER 1861. (34e ANNÉE.) N° 12. — MARDI 29 JANVIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 28 janvier 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre dans la section de botanique. Nous en avons déjà fait connaître le résultat. On trouvera dans le compte rendu les détails du scrutin. Presque aussitôt après l'élection, il y a eu comité secret pour entendre les rapports sur les prix. Aussi les communications ont-elles été peu nombreuses. Parmi celles qui nous concernent, nous n'avons à signaler qu'une nouvelle relation d'expériences de MM. Joly et Musset sur la question depuis si longtemps débattue de l'hétérogénie, et une deuxième note de M. Ozanam sur les modifications que subissent les fausses membranes sous l'influence des divers réactifs. L'auteur, après avoir épuisé la série des réactifs, tire de ses expériences quelques conclusions générales utiles à consulter pour la pratique.

— Le bruit qu'a fait l'Académie de médecine dans ses deux dernières séances nous renvoie ses échos. Nous avons reçu depuis mardi deux communications sur la question des congestions cérébrales apoplectiformes et de l'épilepsie. M. le docteur E. Gery fils, de Paris, nous a transmis une observation très-intéressante et très-concluante d'accès épileptiques pris pendant longtemps pour des congestions cérébrales. Nous la publions plus loin. Nous renvoyons pour le moment où l'on abordera la question du traitement, une note de M. le docteur Bosmorin, de Blanquefort, sur l'utilité de la saignée dans le traitement de l'épilepsie.

D[r] Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Cas d'hydrophobie.

Vous avez été singulièrement surpris par l'événement qui s'est passé sous vos yeux dans les salles de notre service : un malade y est mort de la rage.

Voici quelles sont les circonstances qui ont amené ce fait insolite : dans les premiers jours d'octobre 1860, un bijoutier, âgé de trente-sept ans, a été mordu, ainsi que sa fille, — laquelle habite Saint-Germain et est en ce moment très-bien portante, — par un petit chien de maison. Le maître de l'animal s'effraya, emprisonna le chien dans une grande cage à oiseaux et le fit porter à l'infirmerie de MM. Leblanc père et fils, à Clignancourt. Je vous dirai bientôt ce qu'est devenu ce chien.

Le bijoutier était dans de mauvaises affaires, et il fit faillite au mois de décembre dernier. Cette catastrophe l'impressionna de la manière la plus douloureuse.

Le 13 janvier 1861 il se rendit à Reims afin d'obtenir de quelques amis les fonds qui lui étaient nécessaires pour être replacé à la tête de son commerce. Il séjourna dans cette ville jusqu'au 20 janvier, et on ne remarqua chez lui absolument rien d'extraordinaire.

Le 20, dès le grand matin, il monta en cabriolet, accompagné d'un ami, pour aller faire plusieurs courses importantes dans la campagne. Il eut froid, très-froid, s'en plaignit vivement pendant la route et accusa du frisson. Ne parvenant pas à se réchauffer même auprès du feu et dans des appartements où la température était élevée, il se livra, avec son compagnon de voyage, à de fréquentes libations ; il but de l'eau-de-vie et du rhum. Le soir, après le dîner, il en but encore ; puis, comme il parut un peu souffrant, on l'engagea à se mettre au lit, et il se coucha.

Le 21 janvier, il ne s'était point levé lorsqu'on alla prendre de ses nouvelles. Il déclara n'avoir point d'appétit, et attribua son état aux excès de la veille. A ce moment, rien de plus particulier n'était à noter. Un peu plus tard, on lui apporta une tasse de lait. « J'ai toujours eu assez de répugnance pour le lait, nous a-t-il dit ; mais j'étais décidé à le boire, ne fût-ce que pour être agréable à la personne qui m'avait accordé l'hospitalité. » Surmontant son dégoût, il prit la tasse, la porta à ses lèvres et ne put pas boire.

L'hydrophobie débute manifestement ; à quatre heures du soir, un premier accès éclate.

Le 23 janvier, à dix heures du soir, le malade étant revenu à Paris, M. le docteur Dumontpallier, mon chef de clinique, est appelé à lui donner des soins en ville. Dans cette nuit même, il le fit transporter à l'Hôtel-Dieu.

Le 24 janvier, vous avez vu avec moi cet homme à la visite. Il nous déclarait qu'il ne pouvait ni boire, ni manger, ni dormir ; il était en proie à une excitation étrange, avait l'œil hagard et inquiet, se levait de son lit, s'asseyait, se portait à droite, puis à gauche, et avait les allures du maniaque. Il nous répondit pertinemment, mais comme un homme qui, sous l'influence de l'ivresse, commence à éprouver une exubérante activité de l'intelligence. Il avait un désir immodéré de boire ; ce désir allait même jusqu'à la fureur. Nous fîmes approcher de lui un vase rempli d'eau, et, sans en être autrement effrayé, il nous prévint qu'il lui serait impossible de boire. Vous l'avez vu alors appeler à lui toutes ses forces, stimuler sa propre énergie, commander impérieusement à sa volonté, prendre la tasse d'eau avec une mâle résolution et s'ordonner une dernière fois de la prendre. Efforts superflus ! Sa main trembla bientôt, une contraction spasmodique de la gorge survint, il jeta un cri, répandit l'eau sur sa poitrine et ses vêtements et se rassit désespéré. Il n'y avait pas seulement chez lui impossibilité de boire, mais encore de se laver le corps et les mains. « Je ne le peux pas, » nous disait-il.

Vous m'avez vu porter le doigt sur sa langue ; elle était sèche et chargée, comme chez tout individu qui meurt d'inanition. Je l'abaissai, mais avec l'abaisse-langue, et nous ne découvrîmes que de la rougeur à la gorge.

A quatre heures du soir, M. Dumontpallier vint, et sur ma recommandation il essaya de faire arriver de l'eau dans l'estomac à l'aide de la sonde œsophagienne introduite par les fosses nasales. Il n'y eut ni suffocation ni toux, car la sonde avait bien pénétré dans le canal alimentaire, mais le malade devint livide, s'affaissa, et tomba dans un état de mort apparente. Il revint à lui quelques minutes après, remercia du soin qu'on prenait de sa santé, exprima de vifs regrets de se voir souffrant de la sorte, et demanda dans combien de jours il serait guéri. A peu d'intervalle de là, un nouveau spasme de la région cervicale antérieure se produisit, et il faillit encore succomber.

Dans la soirée, il fut en proie à une violente agitation, éprouva quelques vomissements bilieux, et fut fixé sur son lit avec des liens. Comme il était parvenu à se détacher, l'infirmier, qui jusqu'alors ne l'avait pas quitté un seul instant, sortit pour aller prier un de ses camarades de venir l'aider à rattacher le malade ; à son retour, il le trouva mort.

Aujourd'hui 26 janvier, M. le docteur Dumontpallier vient de pratiquer l'autopsie avec le plus grand soin ; les pièces sont sous vos yeux, mais les résultats de l'ouverture cadavérique sont complètement négatifs.

Il s'est passé dans les derniers temps de la vie un phénomène qui n'est pas sans exemple dans l'histoire de l'hydrophobie. La femme du malade a raconté hier (25 janvier) à l'infirmier, que son mari, qui n'était qu'un *enfant* à l'endroit de l'amour, était devenu très-empressé à son retour de Reims ; qu'il avait itérativement accompli l'acte conjugal, et qu'elle avait fini par ne plus vouloir le satisfaire, tant elle craignait qu'il ne se fît du mal. Dans la journée du 24, ici, à l'Hôtel-Dieu, l'excitation voluptueuse a été incessante et les éjaculations d'une fréquence inouïe. Debout ou assis, il était dans un état de semi-érection ; couché, la rigidité du pénis était absolue et l'érotisme effrayant. Quelques instants avant la mort, l'infirmier a encore été témoin d'une éjaculation. Le fluide expulsé charriait quelques stries sanguinolentes. Si j'ai dit que ce fait n'était pas sans exemple, c'est que M. Grisolle, dans son *Traité de pathologie interne*, a rapporté, d'après Haller, le cas d'un hydrophobe qui se livra trente fois au coït dans les vingt-quatre heures !

Il était important de savoir, vous devez le comprendre, comment avait fini le petit chien qui avait été envoyé à M. M. Leblanc, et je priai M. Dumontpallier de s'en enquérir. Mon chef de clinique se rendit donc à l'infirmerie de Clignancourt ; il lui fut d'abord répondu — et cela afin de n'effrayer personne — que l'animal avait été atteint d'une affection intestinale qui l'avait tué. Mais M. Dumontpallier faisant alors connaître l'objet de sa visite et la grave circonstance qui l'amenait, on lui apporta le registre de l'établissement, et il vit que le chien en question était inscrit comme étant mort de la rage à la date du 9 octobre 1860.

Chez notre malheureux malade, depuis le début bien manifeste de l'hydrophobie jusqu'à l'heure de la mort, il s'est écoulé soixante-seize heures. Or, lorsqu'on lit ce qui a été écrit sur la rage, on voit précisément que la durée de la vie s'étend très-rarement au delà de trois jours, et que le plus souvent elle n'arrive même pas à ce terme. C'est effectivement ce que j'ai vu dans les quatre cas que j'ai observés avant celui-là, et dont je dois vous dire un mot, puisque l'occasion s'en présente.

En 1823, j'étais interne à l'hôpital de Tours. Un matin, pendant que M. Bretonneau faisait la visite, on le supplia de venir voir en toute hâte l'enfant d'un menuisier de la ville qui présentait les symptômes les plus extraordinaires. J'accompagnai mon illustre maître, et à peine étions-nous entrés dans la maison, que M. Bretonneau se penchant à mon oreille, me disait : « C'est un enragé. » Cet enfant avait été, en effet, mordu trois mois auparavant par un chien, et depuis la veille il présentait des phénomènes rabiques : il ne pouvait avaler quoi que ce fût, était effrayé par le miroir fixé au mur de la chambre, et en général par tous les corps brillants, et il se réfugiait avec terreur dans les bras de sa mère. Il mourut dans la journée en proie à des accidents de délire et de stupeur.

Deux ans plus tard, étant alors interne à la Maison royale de Charenton, nous causions un matin après la visite, Esquirol, M. Calmeil et moi, lorsqu'on accourut nous prévenir qu'il venait d'entrer à la *salle du canton* (1) un malade dont les allures paraissaient des plus étranges. Je me rendis aussitôt près de cet homme, et je remontai de suite pour annoncer à Esquirol et à M. Calmeil qu'il s'agissait certainement d'un cas d'hydrophobie. Au bout d'un instant nous étions réunis tous les trois auprès de ce malheureux, qui, exerçant la profession de terrassier, avait été mordu par un chien cinq mois auparavant sur le pont de Charenton.

L'épouvante et la terreur se lisaient sur sa physionomie, et il éprouvait absolument comme le malade que vous avez vu avant-hier des contractions spasmodiques de la gorge ; j'ajoute qu'il n'avait pas dormi depuis trente heures. Esquirol nous ayant donné l'ordre de le conduire dans une cellule d'agité, nous le prîmes, M. Calmeil et moi, chacun par un bras, et nous l'y menâmes, sans qu'il fît la moindre tentative pour nous échapper, ni nous frapper ou nous mordre ; tout le long du chemin il nous répéta seulement ces mots : *Pardon, Monsieur ; pardon, Monsieur.* Il se laissa fixer sur le lit de force, et chaque fois que nous essayâmes de le faire boire, il eut des spasmes affreux qui l'en empêchèrent, et il entra dans une fureur convulsive et délirante. Nous étions alors à l'époque où les doctrines de Broussais étaient florissantes : Esquirol prescrivit une saignée.

Intelligemment assisté par M. Calmeil, je pris le bras du malade, appliquai la ligature et piquai la veine : le sang coula. Pendant les préparatifs de l'opération et pendant l'opération elle-même, cet homme nous lançait à la face des flots de salive, et cela m'était odieusement désagréable. J'imaginai alors de lui jeter une serviette sur la tête. A peine quelques secondes s'étaient-elles écoulées, la saignée s'arrêta, le malade s'affaissa, ses membres tombèrent dans la résolution, j'enlevai la serviette, et nous constatâmes un décès. Une syncope avait été très-probablement la manifestation terminale de ce cas d'hydrophobie, car vous n'imaginez pas, je l'espère, que ce voile négligemment jeté sur la tête ait pu intercepter l'entrée de l'air dans les voies respiratoires, au point d'amener la mort avec une pareille promptitude.

En 1831, un homme entre un jour dans un cabaret du boulevard du Temple : un chat se trouvait sur le comptoir. Tout en buvant, il caresse l'animal, qui se jette sur lui et le mord à la lèvre. Furieux, cet individu saisit le chat et le lance avec force sur la voie publique. Je ne vous dirai pas ce qu'est devenu ce chat, car il n'a jamais été retrouvé, mais ce que je sais, c'est que cinq mois après, cet homme, alors âgé de quarante-deux ans, entrait à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Récamier, que je remplaçais en ce moment en ma qualité de médecin du Bureau central. Aucune expression ne pourrait vous dépeindre l'agitation nerveuse du malade. La vue des corps

---

(1) On appelle ainsi à la Maison de Charenton une grande salle située à l'entrée de l'établissement, au rez-de-chaussée et à droite, dans laquelle on admet, absolument comme dans un hôpital ordinaire, les malades du canton de Charenton, atteints d'affections diverses, médicales ou chirurgicales. Cette fondation, provenant d'un legs pieux et inaliénable, rend les plus grands services au pays, bien qu'elle n'ait pourvu qu'à l'entretien de douze à quinze lits. Les hommes seuls sont admis, après justification de leur domicile réel dans le canton. Les lits sont presque toujours occupés, et les neuf dixièmes des malades entrent à la suite d'accidents ; la chirurgie y joue donc le plus grand rôle. La salle du canton, ayant ses revenus particuliers, reste complétement indépendante de la Maison des aliénés. Depuis quatre-vingts ans, le service médical de ce petit hôpital a été confié aux docteurs Deguise père, fils et petit-fils. (*Note du Rédacteur.*)

brillants et étincelants le plongeait dans l'exaspération; la peau était très-chaude, le pouls fréquent; les crachotements d'une bave écumeuse étaient continuels. Je mandai en consultation MM. Magendie, Caillard et Petit, médecins de l'Hôtel-Dieu, et il fut résolu qu'on ferait prendre au malade trente-six gouttes d'*acide prussique officinal*. Je donnai moi-même cette préparation, qu'on apporta de la pharmacie de l'hôpital, et immédiatement cet homme tomba foudroyé.

J'avais alors pour interne M. Bonnet (de Lyon), enlevé depuis si prématurément à la science, et je ne fus pas peu surpris de le voir arriver à onze heures au Bureau central : il venait m'annoncer que le malade allait mieux et qu'il consentait à boire. J'arrivai peu d'instants après et j'administrai six gouttes d'acide prussique officinal, car dans l'intervalle l'agitation et les spasmes de la gorge avaient reparu. Ces six gouttes ne furent point avalées et se trouvèrent seulement en contact avec la membrane muqueuse buccale : cela suffit pleinement pour précipiter le malade à terre; il tomba comme assommé. J'en fus cette fois un peu moins affecté que précédemment; je restai là jusqu'à ce que le pouls se rétablit, et je priai M. Bonnet de donner dans la journée deux gouttes d'acide prussique officinal d'heure en heure. Cela fut fait, mais en pure perte, car le malade succomba dans la soirée, après quarante-sept heures de manifestations rabiques des mieux accentuées.

En 1852, une petite fille de six ans fut mordue par un chien que l'on avait de bonnes raisons pour croire enragé. Elle fut immédiatement apportée à l'hôpital des Enfants malades, dans le service de M. Guersant. Des fers chauffaient par hasard en ce moment, et dix minutes à peine s'écoulèrent entre la morsure et la cautérisation profonde qui fut alors pratiquée. L'enfant sortit de l'hôpital le jour même. Au bout de deux mois, cette même petite fille entra dans nos salles, ayant de l'agitation, du délire et des convulsions. M. Eugène Moynier, mon ancien chef de clinique, était alors mon interne, et il a parfaitement présentes à l'esprit les circonstances au milieu desquelles s'est produit le fait dont je parle. Nous mîmes l'enfant dans le bain et nous ne laissâmes pénétrer que fort peu de jour dans la chambre, car la vive lumière impressionnait très-péniblement la petite malade. Une fois dans le bain, l'enfant se calma et but par moments avec assez de facilité; mais aussitôt qu'on entr'ouvrait la porte ou qu'on tirait les rideaux de la fenêtre et qu'un rayon lumineux venait à se réfléchir sur la surface de l'eau, ou qu'elle apercevait un verre, une lame de couteau ou un corps brillant quelconque, elle entrait en convulsion et s'agitait violemment. Trois jours après l'invasion de ces accidents, elle avait succombé.

J'en suis arrivé maintenant à vous citer quelques cas d'hydrophobie non rabique.

Au printemps de l'année 1828, étant chargés d'une mission en Sologne, MM. Leblanc, Ramon et moi, nous arrivâmes dans un village chez M. J..., homme d'une assez remarquable intelligence, et nous inoculâmes son troupeau que décimait la clavelée. Il nous raconta entre autres choses qu'il avait été enragé. Il avait eu dans sa ferme, quelques années auparavant, un chien atteint d'hydrophobie, qui avait mordu d'autres animaux devenus plus tard enragés, et qui s'était un jour précipité sur lui et lui avait serré le bras dans sa gueule. Trois mois après, à la suite d'un repas copieux, il ne voulut plus boire, se sentit mal à l'aise, déclara qu'il avait la rage et délira. Sa famille et ses amis le crurent perdu : il n'en fut rien et se remit même très-promptement.

Je racontais un jour l'histoire de M. J... à un président de chambre de la cour d'Orléans, lorsque ce dernier m'interrompit brusquement et me dit : « Moi aussi j'ai été enragé. » Voici ce qui lui était arrivé : ce magistrat montait beaucoup à cheval et allait ainsi visiter presque tous les jours ses propriétés; son chien avait l'habitude de le suivre, de lui faire mille caresses et de lui lécher avidement la main au moment où il se mettait en selle. Ce chien poursuivit un jour tous les troupeaux qu'il rencontra dans la campagne, mordit dans l'espace de deux heures chiens, moutons, bœufs et vaches, revint auprès de son maître, l'œil hagard, l'air effaré, et alla se jeter dans un étang où il se mit à boire. Cette dernière circonstance tranquillisa beaucoup M. X..., qui commençait à éprouver une vive anxiété; mais à peine de retour au logis, il fut obligé de faire abattre son chien, qui se roulait convulsivement dans un terrible accès de rage.

Lorsque le président d'Orléans apprit que les animaux mordus par son chien étaient morts hydrophobes, la peur le prit à la seule pensée que son fidèle compagnon lui léchait parfois la main. En regardant attentivement ses doigts, il y découvrit une petite écorchure dont il fit remonter l'origine à l'époque de la maladie de son chien et qu'il lui attribua sans hésitation. A partir de ce moment, ce magistrat fut privé de sommeil, éprouva pour l'eau une terreur indicible, cria et délira. Son médecin le guérit à l'aide d'un dangereux moyen : il lui fit lire tout ce qui avait été écrit sur l'hydrophobie, lui démontra la rapidité avec laquelle succombaient les hydrophobes, se moqua de lui et le rassura pleinement. Le cinquième jour le sommeil reparaissait et après lui l'appétit. Vous voyez jusqu'à quel degré d'excitation nerveuse peut conduire une influence morale.

A propos d'hydrophobie non rabique, M. le docteur Robert, chirurgien de cet hôpital, me rappelait hier l'observation de M. A..., l'un des principaux employés de l'Hôtel-Dieu. Au mois de septembre 1828, M. A... fut mordu à la main par son chien. Vingt jours après il devint sombre, parut tristement ému, ne voulut plus boire, rassembla ses amis et les prévint qu'il mourait enragé. MM. Dupuytren, Petit, Magendie et Caillard furent appelés et ne trouvèrent rien à modifier dans le diagnostic porté par le malade lui-même. A cette époque-là Magendie avait soutenu cette opinion qu'on arriverait selon toute apparence à guérir la rage en injectant de l'eau dans les veines. L'interne de Dupuytren, M. S..., — qui plus tard devait volontairement quitter la vie en s'ouvrant l'artère crurale, — fut chargé de l'opération. M. S..., trouvant le soir M. A... un peu plus calme, résolut de temporiser. Le lendemain le malade se rasséréna, et le cinquième jour il était guéri. Je m'empresse de vous faire savoir que le chien qui l'avait mordu n'était pas mort.

Lorsque M. Robert était chirurgien de l'hôpital Beaujon, on lui apporta un matin un homme qui ne pouvait rien boire et que tous les objets brillants effrayaient d'une façon insolite. On le traita comme on put, par des bains adoucissants et l'expectation. Le délire rabique venant à se prolonger au delà du terme ordinaire, on finit par croire que le malade n'était point enragé et on le dirigea sur l'hospice de Bicêtre; c'était vraisemblablement un maniaque, et il est resté aliéné.

Pour terminer tout ce qui a rapport au malade qui vient de succomber dans notre service, je vous annoncerai que j'ai fait recueillir de sa salive, et que je vais prier M. Bouley, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, de l'inoculer à des animaux. Je vous ferai ultérieurement connaître le résultat de ces expériences, et vous engage tous, avant de quitter l'hôpital, à venir constater par vous-mêmes les lésions négatives que présentent les pièces pathologiques. — Dr Legrand du Saulle.

OBSERVATION DE CONGESTION CÉRÉBRALE APOPLECTIFORME épileptique ;

Par M. le docteur E. Géry, ancien interne des hôpitaux.

Dans sa dernière communication à l'Académie, M. le professeur Trousseau dit que la congestion cérébrale *apoplectiforme* est presque toujours, sinon toujours, de l'épilepsie. Il a bien soin, en même temps, de dire qu'il ne faut pas confondre la congestion cérébrale ordinaire avec cette dernière, et sur ce point tout le monde est d'accord. Il reste donc à déterminer si la congestion cérébrale apoplectiforme est ou n'est pas de l'épilepsie. Les faits seuls pouvant trancher la question, en voici un qui m'a frappé, et dont le sujet est encore sous mes yeux.

M. X..., négociant, âgé de soixante-deux ans, marié, de petite taille, assez replet, au cou gros et court, est dans toutes les bonnes conditions d'hygiène et de fortune. Jamais d'excès en quoi que ce soit. Ensemble du tempérament lymphatique. Pas de maladies antérieures à noter.

Depuis vingt-cinq ou trente ans, nous dit sa femme, M. X... est sujet à des attaques d'apoplexie; il tombe tout d'un coup comme une masse, devient très-rouge et reste sans connaissance pendant plusieurs heures. Il avait alors pour médecin un de nos plus honorables confrères, mort maintenant, et qui ne manquait jamais de le saigner ou de lui faire appliquer des sangsues aussitôt qu'on l'appelait; aussi n'eut-il jamais, me disait-on, de paralysie consécutive. Le malade avait, trois, quatre ou cinq attaques par an. Pendant cette période de vingt-cinq années, les attaques, toujours les mêmes, furent toujours l'objet du même traitement, et les cicatrices des veines des deux bras montrent assez l'emploi fréquent des saignées.

En novembre 1855, on vint en toute hâte me chercher un matin pour M. X..., qui, me disait son fils, venait d'avoir une attaque. A mon arrivée, je trouve un homme sans connaissance, le visage rouge, vultueux, sans déviation aucune, les yeux ouverts, fixes, tournés en haut; expression générale de stupeur. Le pouls est mou, sans fréquence; la peau légèrement moite. — Il est tombé tout d'un coup, me dit-on, comme d'habitude, a eu deux ou trois mouvements convulsifs, puis est resté dans le coma le plus profond. La respiration est embarrassée, il y a une espèce de râlement dans le gosier; les dents sont serrées, et on ne peut ouvrir la bouche; très-légère hémiplégie du côté gauche. Insensibilité générale des téguments, on ne peut rien tirer du malade, qui est comme une masse inerte et qu'on a couché tout habillé sur son lit. La famille inquiète me supplie de le saigner au plus vite ou de lui appliquer des sangsues, se fondant sur la pratique de mon prédécesseur. Je me borne à fouetter le visage avec un linge mouillé d'eau froide, et au bout d'un quart d'heure à peu près le malade, après une profonde inspiration, sort de l'état comateux dans lequel il était plongé et peut me dire quelques mots. La langue n'est pas déviée, mais la parole est lente et embarrassée; un peu de sang dans la bouche et traces de l'empreinte des dents sur la face dorsale de la langue. Au bout de peu de temps M. X... peut parler, quoiqu'il reste encore un léger état de stupeur. J'ordonne une potion insignifiante, et le soir je le retrouve en bon état et parfaitement remis de l'alerte du matin.

L'ensemble des phénomènes que je venais d'observer ne me faisait nullement, je dois l'avouer, partager l'avis du premier médecin; la suite me corrobora de plus en plus dans mon opinion, et quand le soir je vis le malade guéri, je ne doutai plus que je n'eusse eu affaire à une attaque d'épilepsie qui jusque-là avait toujours été prise pour une attaque de congestion cérébrale apoplectiforme et traitée en conséquence.

Ce premier fait observé par moi se passait, je l'ai dit, en novembre 1855. Depuis lors M. X... a eu en 1856 deux nouvelles attaques, absolument pareilles à la première que j'avais pu voir; en 1857, une seule; en 1858, deux, dont une dans la rue; en 1859, une; en 1860, rien. J'ai dit qu'avant cette époque M. X... avait depuis vingt-cinq ou trente ans régulièrement de trois à cinq attaques par an; depuis la fin de 1859 jusqu'aujourd'hui, il n'y en a plus eu une seule. Je reviendrai sur ce point. Le premier sur lequel je désire insister est celui-ci : avais-je affaire dans ce cas à une congestion cérébrale ordinaire classique, à une apoplexie? Evidemment non. Le malade était bien tombé tout d'un coup; il avait perdu connaissance; le visage était rouge, bouffi; il y avait une légère hémiplégie; mais tous les symptômes pris dans leur ensemble me criaient bien haut que j'avais affaire à une attaque d'épilepsie, et j'agis en conséquence. Et cependant depuis des années on avait traité ce malade comme ayant des congestions, et on avait affirmé à la famille que c'était bien chaque fois une nouvelle attaque qui survenait. Je veux bien qu'on n'ait rien dit de l'épilepsie à la famille, mais j'ai peur, et le traitement semble me l'indiquer, qu'on n'y ait pas songé.

Je me demande maintenant si ce traitement lui-même n'a pas nui au malade, et s'il n'a pas été cause de la plus grande fréquence des attaques. Je ne sache pas que la saignée soit très-opportune dans l'épilepsie, et je crois assez au *sanguis moderator nervorum*. Ce qui du reste vient à l'appui de mon opinion, c'est que depuis que le traitement antiphlogistique a été radicalement suspendu, les attaques sont devenues beaucoup moins fréquentes, et que la santé générale du sujet de cette observation a toujours été s'améliorant.

J'ajouterai que, pressé par la famille, qui lors de la première attaque s'était étonnée de mon inaction, je lui dis nettement que M. X... avait non des attaques d'apoplexie, mais bien des attaques épileptiformes. On fut un peu étonné d'abord, mais peu après on me consulta pour la fille du malade, qui elle aussi avait quelques petites attaques nerveuses qui, j'en ai peur, se transformeront en grandes attaques d'épilepsie.

En résumé, voici un malade soigné pendant trente ans pour de soi-disant attaques de congestion cérébrale, et qui est manifestement épileptique, car je dirai en terminant, comme M. Trousseau : A qui fera-t-on croire que cet homme ait eu des attaques d'apoplexie pendant trente-cinq ans?

DE L'ULCÈRE DE MOZAMBIQUE,

Par M. le docteur Azéma.

(Rapport lu à la Société de chirurgie par M. Cullerier dans la séance du 16 janvier.)

Je viens vous rendre compte d'un mémoire qui vous a été adressé par le docteur Mazaé-Azéma, ancien élève des hôpitaux de Paris, et aujourd'hui médecin de l'hôpital civil de Saint-Denis (île de la Réunion.

Ce travail est une étude sur l'ulcère de Mozambique, que ni M. Garrey, ni M. Deguise, ni moi, à l'examen desquels il a été renvoyé, nous ne connaissons nullement, et qu'il est probable qu'aucun des membres de la Société ne connaît davantage, si ce n'est peut-être par quelques rares et très-courtes descriptions, éparses çà et là dans des auteurs qui le plus souvent ne l'ont jamais vu. C'est que, en effet, cette affection ne paraît exister que dans certaines parties de l'Afrique où en général les Européens ne pénètrent guère, ou bien elle se montre sur les indigènes de ces contrées transportés momentanément sous d'autres latitudes.

Voici comment M. Azéma s'exprime sur la maladie dont il nous adresse la description.

Je suis obligé de vous présenter cette description complète, afin de vous donner l'idée le plus exactement possible de la maladie.

L'ulcère de Mozambique débute sans prodromes. Il est originairement constitué par une élevure, par un petit bouton, variant de la dimension d'une tête d'épingle à un grain de lentille, et rempli d'une sérosité jaunâtre. Cette élevure est le siége d'une vive démangeaison, comparable à celle que provoque l'apparition de *bourbouilles* (*lichen tropicus*). Ce prurit oblige bientôt le malade à gratter la partie où siége cette élevure et à déchirer celle-ci; une petite perte de substance lui succède. Elle s'agrandit chaque jour, et ne tarde pas à s'entourer d'un décollement circulaire de la peau.

Il est ordinaire, à cette période, d'observer un petit ulcère rond ayant au plus un demi-centimètre de diamètre, blafard, se recouvrant facilement d'une croûte jaunâtre, et dont le fond s'étend bien au delà du pourtour extérieur, de façon à former un cul-de-sac, un véritable décollement circulaire. Il s'en écoule une matière séro-purulente, qui présente assez de plasticité pour reproduire avec beaucoup de facilité la croûte jaunâtre qui recouvre l'ulcère durant cette période. Les tissus environnants sont le siége d'un léger gonflement œdémateux. Au bout d'un temps plus ou moins long, le travail ulcératif finit par détruire la portion de peau décollée; et l'ulcère de Mozambique, entrant dans sa véritable période de progrès, apparaît avec les caractères que je vais lui assigner.

Quelquefois une simple plaie, une écorchure, devient le point de départ de l'ulcère. Cette origine est surtout fréquente lorsque la plaie a été produite par la piqûre d'un fragment de corail, par celle que provoquent les aiguillons de la raquette, alors que cette plaie a été en contact avec l'eau de mer. C'est surtout chez les Malgaches que ce dernier cas s'observe.

Enfin, un autre mode de formation, qui préside au début de l'ulcère, trouve sa source dans le voisinage même d'un ulcère plus ancien. C'est ainsi qu'il arrive quelquefois, bien rarement il est vrai, que la matière sanieuse qui s'en écoule, par suite de l'âcreté qui la caractérise, et non par les qualités contagieuses qu'on a voulu lui reconnaître, finit, en passant sur les tissus inférieurs, par y développer une multitude de petites vésicules. Celles-ci, en se rompant, se réunissent, se confondent les unes avec les autres, et un second ulcère s'établit sur la partie où elles siégeaient.

Cet ulcère affectionne la forme circulaire. Lorsqu'il n'est pas gêné dans son développement, qu'il repose sur des parties molles où il rencontre tout l'espace nécessaire à son évolution, comme aux régions postérieure et interne de la jambe, il forme un cercle complet, régulier. Cette forme peut néanmoins varier, suivant le lieu où siége l'ulcère. Ainsi, dans un cas où toute la face dorsale du pied était envahie, le pourtour se composait bien de lignes courbes, mais l'ulcère, arrêté par les côtés du pied, avait gagné vers le haut jusqu'au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, donnant ainsi lieu à deux diamètres : un antéro-postérieur, l'autre latéral. Exceptionnellement, et seulement dans l'intervalle des orteils, on observe la forme linéaire. Jamais le pourtour n'est brisé ni irrégulier,

On ne rencontre cette irrégularité dans la configuration des bords que lorsque deux ulcères, rapprochés l'un de l'autre, finissent par se rencontrer, se confondre et ne plus former qu'un ulcère unique, ovalaire et même ellipsoïde. Les deux angles qui résultent de la réunion des deux ulcères ne tardent pas à disparaître, et l'ulcère reprend la forme circulaire qui lui est ordinaire. La multiplicité des ulcères étant d'ailleurs un fait exceptionnel, l'envahissement dont je viens de parler s'observe très-rarement.

Les bords de cet ulcère sont saillants, très-épais, inclinés et renversés en dehors. Bien rarement on voit une portion de ses bords taillée à pic, comme dans les ulcères syphilitiques. Après avoir donné naissance au bourrelet circulaire qui constitue ses bords, l'ulcère s'excave progressivement jusqu'à son centre, de façon à offrir la forme d'un godet. Tous les tissus qui circonscrivent les bords sont le siége d'un gonflement œdémateux, à surface inégale et comme bosselée. Les os sous-jacents eux-mêmes, suivant la position de l'ulcère, participent à ce gonflement, surtout lorsqu'il existe une carie centrale.

Le fond est profondément excavé, comme je viens de le remarquer, quelquefois uni et grisâtre. Mais lorsque l'ulcère est déjà ancien, qu'il s'est étendu sur de larges surfaces, ou qu'il est arrivé à sa période de mortification, on y remarque des inégalités, des anfractuosités telles, qu'on croit voir au milieu de l'ulcère total d'autres ulcères à niveau beaucoup inférieur. Dans ce cas, c'est dans ses parties anfractueuses qu'on voit l'ulcère, gagnant sans cesse vers la profondeur, dévorer les tissus, disséquer les tendons musculaires, et, arrivant jusqu'aux os, finir par les carier. La surface ulcéreuse, qui circonscrit ces anfractuosités, offre une nuance couleur de chair vive : elle est recouverte de quelques fongosités et saigne avec facilité.

Quelquefois l'ulcère revêt le caractère serpigineux; alors un segment de cercle est seul le siége du travail ulcératif, tandis que l'autre segment présente des bords qui tendent à se niveler et une surface qui semble marcher vers la cicatrisation. Le premier segment seul se recouvre de la matière gangréneuse ; lui seul offre le phagédénisme et les bords renversés en dehors, qui sont les caractères pathognomoniques de ces ulcères. Cette matière gangréneuse est très-adhérente à la surface de l'ulcère : si on l'enlève, du jour au lendemain elle se reproduit.

Le liquide sécrété, qui n'est constitué dans la période de début que par une sérosité légèrement purulente et présentant encore assez de plasticité, devient dans les deux autres périodes, dans celle de mortification surtout, une sanie ichoreuse, très-fétide et tellement abondante qu'en peu de temps les linges du pansement en sont imprégnés. Quelquefois ce liquide a l'aspect d'une bouillie sanguinolente. (La matière de la sécrétion de l'ulcère de Mozambique, à quelque période qu'on la recueille, ne possède pas de propriétés contagieuses : ce point sera ultérieurement traité avec les développements qu'il mérite.)

La plupart de ces ulcères sont indolents, tant qu'ils sont peu étendus; mais s'ils s'étalent sur de larges surfaces, si les os participent au travail morbide, les douleurs sont vives, térébrantes ; elles sont continues, et n'ont pas le caractère simplement nocturne. La station verticale et la progression sont dès lors rendues impossibles ; les malades continuent cependant à se mouvoir, en se traînant sur leurs fesses et en se servant de leurs mains pour aller d'un lieu dans un autre.

Le caractère dominant de l'ulcère de Mozambique, c'est sa fâcheuse tendance à toujours s'étendre et à dévorer les tissus en profondeur. Lorsqu'il a ainsi détruit les parties molles et qu'il atteint une surface osseuse, il semble arrêter ses ravages dans ce sens et les porte sur la périphérie. Pendant ce temps la suppuration qui s'établit au fond de l'ulcère ramollit le périoste, le détruit totalement, et amène des caries osseuses dont la couleur noirâtre tranche d'une façon remarquable sur la couleur de chair vive de l'ulcère qui les entoure. Des séquestres assez volumineux ne tardent pas à être éliminés ; j'en ai extrait un de la partie antérieure du tibia qui avait 6 centimètres de long sur 1 de large. Il n'y a que les tendons et les cartilages qui soient respectés par l'ulcère. Il n'a d'action que sur les gaînes tendineuses, qu'il détruit, laissant flotter au milieu d'un détritus gangréneux les tendons avec leur éclat nacré et poli. J'ai vu ainsi tout le tendon d'Achille isolé au milieu d'un ulcère situé à la partie postérieure de la jambe. Dans un autre cas, les tendons des extenseurs communs des orteils étaient parfaitement disséqués.

La marche de l'ulcère est assez lente ; mais souvent elle s'opère avec une effrayante rapidité. Alors les couches superficielles de l'ulcère sont successivement mortifiées et éliminées sous forme d'un détritus gangréneux. Abandonné à lui-même et arrivé à sa dernière période, l'ulcère détermine une suppuration si abondante qu'elle émacie le malade et le jette dans le marasme : la fièvre hectique s'allume, une diarrhée colliquative survient, et la mort termine la scène pathologique.

Soit que l'ulcère limite son action, soit qu'on lui oppose un traitement convenable, on le voit, après un temps plus ou moins long, se déterger et prendre un meilleur aspect. La matière sanieuse se tarit, les chairs remontent, et la cicatrisation marche de la circonférence vers le centre. Le cercle qui le circonscrit se rétrécit progressivement jusqu'à ce que la plaie disparaisse, laissant à sa place une cicatrice indélébile.

Il arrive fréquemment que, sous l'influence de causes qu'on ne saurait trop apprécier, et au moment où l'on croyait cette cicatrice durable, elle devient molle, humide, et se trouve rongée par les progrès renaissants de l'ulcère : l'on voit alors reparaître l'état primitif.

L'ulcère de Mozambique se développe presque exclusivement aux membres pelviens. Son siége d'élection est la jambe, sur tous les points de son étendue, mais surtout dans le voisinage des malléoles : au pied, c'est à la face dorsale qu'on l'observe. Beaucoup plus rarement il se montre sur la cuisse. Je ne connais pas un seul cas d'ulcère développé sur le tronc; une seule fois cependant j'ai rencontré un petit ulcère, à la période de début, situé à la région coccygienne chez un Cafre atteint déjà d'un vaste ulcère de la partie postérieure de la jambe. Chez un autre, j'en ai vu un qui avait détruit les trois quarts de la lèvre inférieure : c'est la seule fois où je l'ai vu siéger à la face.

On le rencontre quelquefois aux doigts de la main ou aux orteils. Il offre alors quelques particularités dignes d'être notées. L'ulcère commence dans ce cas par ronger les parties molles qui entourent l'os de la phalange unguéale. Arrivé à l'articulation phalangienne, il en détruit les moyens d'union : la phalange ne tarde pas à tomber, et les mêmes désordres se reproduisent à la phalange suivante, si le progrès du mal continue. J'ai pu assister ainsi à la chute successive des deux phalanges du pouce gauche.

Le plus fréquemment une seule jambe est envahie, et l'ulcère y est unique. Cependant on en peut noter deux à la fois ; ils sont alors placés soit tous deux sur la même jambe, soit un sur chaque jambe. J'en ai même vu trois sur le même individu, mais c'est là une exception. Quant à l'étendue de l'ulcère, elle est variable, suivant l'époque de son développement où on l'examine, et suivant les constitutions individuelles. Le plus ordinairement, il a un diamètre de 5 ou 6 centimètres. Il peut acquérir des dimensions considérables. Je l'ai vu envahir toute la face dorsale du pied depuis la naissance des orteils jusqu'au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Dans un autre cas, il reposait sur toute la partie interne et supérieure de la jambe, depuis l'articulation du genou jusqu'à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la jambe, mesurant ainsi 25 centimètres. A côté de ces cas fâcheux, on en rencontre heureusement d'autres où les désordres sont moins étendus, et où l'ulcère ne dépasse pas la grandeur d'une pièce de cinquante centimes ou d'un franc.

En résumé, M. Azéma précise ainsi les caractères de la maladie : ulcère le plus souvent unique, non contagieux, à pourtour circulaire, à bords saillants renversés en dehors, siégeant aux membres pelviens, ayant une grande tendance à dévorer les tissus en profondeur et à carier les os quand il atteint leur surface.

L'examen d'une jambe à la suite d'une amputation a permis à M. Azéma de déterminer le siége anatomique de l'ulcère de Mozambique et les désordres qu'il produit. Primitivement l'ulcère envahit le derme et le tissu cellulaire sous-cutané, et s'y maintient pendant quelque temps; mais à mesure qu'il fait des progrès, il envahit le tissu cellulaire interstitiel, puis les masses musculaires. Lorsqu'il arrive sur les surfaces osseuses, le périoste disparaît, et le tissu osseux offre bientôt les caractères de la carie ; il est érodé, mollasse, spongieux, et se laisse facilement pénétrer par le scalpel. Toutes les parties sous-jacentes et circonvoisines de l'ulcère sont décolorées, épaissies et indurées; leur consistance est pour ainsi dire lardacée ; les tendons seuls résistent à l'action destructive de l'ulcère, mais il détruit le tissu cellulaire qui les entoure et les gaînes synoviales qui servent à leur glissement.

Voilà bien les caractères d'une ulcération en progrès ; mais quel en est le point de départ ? C'est malheureusement ce que M. Azéma ne dit pas. J'avoue que tout d'abord, à la description qu'il fait du petit bouton de l'ampoule initiale, je m'étais demandé si ce ne serait pas là une maladie parasitaire spéciale à la race noire. Mais les affections parasitaires restent plus superficielles et ne s'étendent pas à des profondeurs aussi grandes que paraît le faire l'ulcère de Mozambique.

La peau est malade la première ; mais quelle est la partie du tégument primitivement atteinte ? Est-ce une hypertrophie papillaire, est-ce l'altération des glandes sudoripares, comme nous le voyons quelquefois produire l'ulcération profonde et la destruction de toute l'épaisseur de la peau? Quels sont les éléments histologiques que démontrerait le microscope? Ce sont là des questions qu'il serait curieux de résoudre, mais sur lesquelles malheureusement il n'y a pas le moindre renseignement dans le mémoire de M. Azéma.

M. Azéma établit ensuite le diagnostic différentiel d'avec d'autres maladies endémiques. Il compare d'abord l'ulcère de Mozambique à l'ulcère pianique, et il fait remarquer que dans ce cas il y a toujours un état fébrile prodromique.

(Nous ne suivrons pas le rapporteur dans la remarquable exposition qu'il fait de leur diagnostic avec la plaie de l'Yémen ni dans l'examen des causes probables de cette affection.)

En étudiant l'étiologie, ajoute M. Cullerier, notre confrère se livre à des considérations très-savantes sur la différence des maladies chez les races diverses. La nature, dit-il, en séparant les races humaines par des caractères physiques différentiels et inaliénables, en les dotant de langages et de mœurs variés, a semblé assigner à chacune d'elles des maladies particulières. Parmi celles-ci, les unes sont tout à fait spéciales à quelques races ; les autres, bien que s'observant dans tous les climats et sous toutes les latitudes, revêtent néanmoins chez quelques-unes des formes singulières, et dont on ne retrouve pas les analogues dans d'autres variétés humaines.

Je crois ces considérations très-justes, et je suis convaincu que les études anthropologiques en progrès les démontreront de plus en plus vraies ; mais je dois dire qu'elles ne me paraissent pas complétement applicables à la maladie qui nous occupe. En effet, si c'est principalement sur les nègres de la Cafrerie que M. Azéma a vu l'ulcère de Mozambique se déclarer, il faut reconnaître aussi qu'il l'a observé sur des blancs, sur des Européens transplantés à l'île de la Réunion dans les mêmes conditions que les nègres de Mozambique. Il faut remarquer aussi que la plaie de l'Yémen, qui a tant d'analogie avec l'ulcère de Mozambique qu'elle doit être considérée comme de même nature, n'est pas exclusive à la race caucasique, puisqu'elle a pu atteindre, rarement il est vrai, mais enfin elle a atteint des Européens.

Je ne veux retirer à l'ulcère de Mozambique, pas plus qu'à la plaie de l'Yémen, les caractères qui en font une maladie à part, je conteste seulement qu'ils soient exclusifs à la race noire, mais je crois aussi qu'il faut certaines conditions de séjour sous les latitudes où on les observe pour que les blancs en soient atteints. Les cas que M. Azéma a signalés existaient sur des Européens habitant depuis longtemps l'île de la Réunion ; presque tous partagent le même sort que les nègres, c'est-à-dire mal logés, mal nourris, à peine vêtus, et avec cela subissant les fatigues d'un travail rude et incessant.

D'un autre côté, tout dernièrement, à l'occasion de ce rapport, et pour trouver quelques documents afférents à mon sujet, je lisais la relation médicale d'une campagne sur la côte orientale d'Afrique et dans la mer Rouge, par un chirurgien de marine, le docteur Orabona, et je voyais que pendant une croisière de plusieurs mois dans le canal de Mozambique et à Zanzibar, il n'a pas été observé un seul cas d'ulcère, alors que l'on voyait se développer d'une manière quasi épidémique toutes les affections cutanées qui sont le supplice inévitable des Européens qui affrontent temporairement les climats des pays chauds : furoncles, abcès sous-cutanés, phlegmons, eczémas, *lichen tropicus*, toutes affections dont le siége d'élection est aux membres inférieurs, et qui se compliquent d'angioleucites et d'engorgements ganglionnaires.

Je remarque aussi que dans l'ouvrage que je cite, il n'est pas question seulement des maladies survenues chez les hommes de l'équipage dont faisait partie le docteur Orabona, mais qu'il parle aussi de certaines affections qu'il a observées sur les indigènes des contrées qu'il a parcourues ; ce qui tendrait à faire supposer que si l'ulcère de Mozambique est plus fréquent à Saint-Denis de la Réunion que dans le pays originaire des nègres dont parle M. Azéma, c'est qu'il y a dans cette île des conditions probablement hygiéniques qui ne se rencontrent pas ailleurs.

Une question grave au point de vue de l'hygiène publique, est soulevée par M. Azéma, à savoir si l'ulcère de Mozambique est contagieux ou non. M. Azéma n'hésite pas à se prononcer pour la négative, en désaccord sur ce point avec son confrère le docteur Vinson, médecin comme lui à la Réunion, lequel, dans un mémoire dont la *Gazette hebdomadaire* a donné une analyse dans le tome IV de l'année 1857, admet complétement la propriété contagieuse. M. Azéma cite plusieurs expériences d'inoculation à la lancette d'individus malades à individus sains, sans qu'il y ait jamais eu de réussite. Mais d'abord je constate que dans un de ces cas l'inoculation a donné non pas un ulcère complet tel qu'il le décrit, mais une plaie qui a eu quelque peine à se cicatriser. Ensuite, je fais remarquer, et je le sais par expérience, à combien d'erreurs, à combien de déceptions peut donner lieu la pratique de l'inoculation artificielle.

D'un autre côté, je vois que dans une des observations de M. Azéma il est question d'un nègre qui portait, presque par exception, deux ulcères sur la même jambe, et que le second fut attribué à la suppuration ichoreuse, qui s'écoulait de celui placé plus haut. Je vois aussi un autre fait qui a plus de valeur encore, c'est celui d'un Cafre qui avait un premier ulcère à la partie postérieure de la jambe, vers le tendon d'Achille, et un second dans la région coccygienne. Or, si l'on fait attention que les nègres sont souvent nus ou à peu près, qu'ils sont souvent assis sur leurs talons, il n'est pas, ce me semble, déraisonnable de penser que l'ulcère de la jambe s'est transmis par contagion directe dans l'espace interfessier, et il me paraît difficile de se refuser à admettre dans ces deux cas, dans le second surtout, une véritable auto-inoculation.

A vrai dire, je crois que M. Azéma a été entraîné à nier la contagion par esprit de doctrine. A ses yeux, l'ulcère de Mozambique est tout autre chose que le pian, et en cela, il me paraît impossible de ne pas être de son avis; mais pour que la différence entre ces deux affections fût plus frappante, il fallait absolument refuser à l'une ce qui est un des caractères de l'autre, la contagion. Or, la plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies des pays chauds, Thomson, dans ses *Remarks on the tropical diseases*; Bajou, dans son *Histoire de Cayenne*; Levacher, dans l'ouvrage que j'ai déjà cité; Swediaur, dans son *Traité des maladies vénériennes*; M. Azéma, dans son mémoire, tous s'accordent à considérer comme essentiellement contagieux le pian, l'yaws, deux appellations différentes d'une seule et même maladie, à laquelle Batema a donné le nom de *frambœsia*.

Il paraît ne pas y avoir de traitement spécial interne pour l'ulcère de Mozambique ; au moins M. Azéma, qui en a essayé un bon nombre, les a-t-il abandonnés ; tels, par exemple, le mercure ou l'iodure de potassium, qui probablement n'ont été mis en usage que par l'idée qu'on se formait de la nature syphilitique du mal. M. Azéma, conséquent à l'opinion qu'il a émise sur les causes prédisposantes, se contente d'une bonne nourriture et de quelques toniques analeptiques qui n'ont rien de spécial. Localement, il a essayé bien des moyens. Les deux seuls qui lui ont rendu de réels services, et auxquels il paraît s'être définitivement arrêté, sont la teinture d'iode caustique et l'acide sulfurique, aidés, bien entendu, du repos le plus complet.

Voilà, Messieurs, tout ce que j'avais à vous dire sur l'ulcère de Mozambique. Les remarques que j'ai faites sur le travail de M. Azéma sont-elles justes, les objections que je me suis permises sont-elles acceptables ? C'est ce que je ne saurais soutenir, puisque je ne juge que par une description à laquelle je ne puis pas opposer de faits comparatifs, et où il manque aussi certains éléments qui pourraient aider à la discussion.

Ceci posé, je n'hésite pas à vous proposer de donner au travail de M. Azéma tout l'éloge qu'il mérite, et ce sera le récompenser que de lui ouvrir la publicité de vos *Bulletins*.

Je vous demande aussi pour M. Azéma, mon ancien élève, de vouloir bien inscrire son nom sur la liste de nos correspondants. C'est un titre qu'il sollicite de vous, auquel il attacherait une valeur d'autant plus grande qu'il est éloigné de tout foyer scientifique, et qui lui serait pour ainsi dire un lien intellectuel de plus avec la mère patrie.

DES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DUES A LA RIGUEUR de l'hiver.

Par M. le docteur Victor Morel.

Si les causes de l'inflammation sont extrêmement nombreuses, nous devons dire cependant que les vicissitudes atmosphériques longtemps prolongées occasionnent très-souvent, et surtout en ce moment, la plupart des phlegmasies. Chaque âge a les siennes propres : l'enfance est exposée aux méningites, aux angines graves, au croup, à une forme spéciale de la pneumonie, à la pleurésie, à la péritonite ; l'adolescence et l'âge adulte, aux congestions, aux phlegmasies viscérales ; la vieillesse, à un manque de réaction inflammatoire très-remarquable.

La rigueur du froid a été telle depuis plus d'un mois, qu'elle a développé à peu près chez tout le monde un état morbide inflammatoire, et bien que les hommes y aient été plus exposés, à cause des travaux parfois si pénibles de leurs professions, les femmes et les enfants ont également payé un large tribut à la persévérance d'une température aussi exceptionnelle.

Grâce à l'emploi bien dirigé des moyens auxquels on a donné le nom d'*antiphlogistiques*, nous voyons les inflammations franches, et celles des voies respiratoires principalement, marcher dans un temps assez court vers une terminaison heureuse, dans les cas où, abandonnées à elles-mêmes, elles auraient très-probablement abouti d'une manière fâcheuse. Depuis la mauvaise saison, par exemple, le *sirop antiphlogistique* nous a

rendu de très-grands services ; aussi nous n'hésitons pas à le considérer comme un agent thérapeutique d'une puissance peu commune et d'un effet sûr. Quelques malades en ayant fait usage dès l'apparition des premiers symptômes d'une phlegmasie de l'arbre aérien, ils ont été assez heureux pour voir l'inflammation s'arrêter et disparaître promptement.

Le sirop composé par Briant il y a une trentaine d'années, est connu de tous nos confrères, et nous ne voulons pas énumérer ses propriétés émollientes et calmantes ; mais ce qui, à notre avis, le rend supérieur aux autres pectoraux, c'est qu'il est nutritif à un certain degré, et qu'il a réellement sur les muqueuses phlogosées une action sédative et spéciale que le médecin cherche vainement dans les médicaments analogues.

Ainsi, s'agit-il d'une bronchite opiniâtre, d'une laryngite, d'une de ces inflammations à forme convulsive qui, outre l'élément *irritation*, se complique souvent d'un état nerveux, le *sirop antiphlogistique* diminue la douleur et l'irritation des conduits aériens, et calme la toux qui dépend directement de la lésion de ces organes.

Dans ces circonstances, c'est une bonne préparation qui ne nous a jamais fait défaut. Mais nous sommes bien éloigné de lui reconnaître toutes les propriétés fastueusement énumérées dans le prospectus qui l'accompagne, et nous avons toujours vu avec regret que ce prospectus, comme la plupart de ceux qui vantent des spécifiques, peut jusqu'à un certain point égarer les malades ou les personnes qui les soignent. Ainsi, telles maladies qui figurent dans la longue liste de celles que ce sirop a la prétention de combattre radicalement, lui résistent parfaitement.

Le praticien éclairé ne s'y laissera pas tromper sans doute, mais il n'en est pas de même du public, toujours avide des choses dont on lui exagère la valeur.

Mû par l'impartialité que nous nous faisons l'honneur de professer, et pour qu'on ne nous croie pas hostile au sirop antiphlogistique préparé par Briant, pas plus qu'à toute autre bonne préparation, nous terminerons ce que nous avons à dire de ce sirop par deux observations qui nous sont propres, et qui lui sont favorables.

Nous avons vu en ville, dans les derniers jours du mois de décembre dernier, un enfant de trois ans et demi atteint d'une coqueluche extrêmement rebelle et qui avait déjà nécessité, de la part de plusieurs confrères aussi recommandables qu'expérimentés, une active mais infructueuse intervention. A chaque quinte de toux il y avait menace de suffocation et presque danger pour la vie. Les sirops d'ipécacuanha et de belladone, successivement prescrits, avaient complétement échoué ; nous administrâmes alors le sirop antiphlogistique à la dose de trois cuillerées à café par jour, et nous vîmes, dans l'espace de six à sept jours, les quintes s'éloigner sensiblement, la toux perdre de sa sonorité, et le jeune enfant revenir à la santé comme par enchantement.

Il y a trois semaines, nous avons été appelé à donner des soins à une femme âgée de trente-cinq ans, d'une constitution assez chétive, qui la veille, au sortir d'un appartement chauffé outre mesure, fut prise d'un frisson subit, et au bout de quelques heures de coryza et d'enrouement. Lorsque je la vis, la toux était violente, le pouls à 96 pulsations, mais il n'existait pas de point de côté.

Je me bornai d'abord à l'emploi des émollients simples, mais la toux devint de plus en plus fréquente, quinteuse, et s'accompagna d'une expectoration rare, verdâtre et difficile ; chaque fois qu'un crachat était expulsé, la malade accusait comme une sensation de brûlure excessive dans la région du sternum. C'est alors que j'ordonnai trois cuillerées à bouche par jour de sirop de Briant et quelques boissons béchiques chaudes. Il y eut dans la nuit quatre heures d'un sommeil paisible. Après trois jours de ce traitement si simple, le pouls était retombé à 70, l'expectoration était devenue facile et abondante, l'appétit reparaissait, et il ne restait plus qu'un peu de pâleur et de prostration des forces. Le huitième jour, tout était rentré dans l'ordre.

Quelques faits analogues se sont présentés encore à mon observation, et j'ai également obtenu un prompt succès à l'aide du même moyen.

M'étant rencontré récemment chez un malade avec M. le docteur E. Jourdan, nous vînmes à parler de la constitution médicale régnante, et je le mis en quelques mots au courant de la médication qui m'avait conduit aux meilleurs résultats. Mon confrère n'en parut pas surpris, et il attira mon attention sur un autre point de l'histoire du précieux agent médicamenteux dont il est ici question. Il a remarqué que le *sirop antiphlogistique de Briant* avait une puissance non moins grande comme adoucissant et comme calmant dans la thérapeutique d'affections malheureusement trop communes et fort douloureuses ; nous voulons parler des maladies inflammatoires de l'appareil digestif, et de celles non moins pénibles qui ont leur point de départ dans le système nerveux de l'estomac et des intestins, *gastralgies*, *entéralgies*, soit essentielles et idiopathiques, soit liées à un état organique appréciable.

Grâce à la médication si facile que nous préconisons ici, le médecin arrive à soustraire les éléments de la phlogose sans déplétions sanguines, et sans jeter par conséquent les malades dans cet état d'abattement et de faiblesse qui succède invariablement aux pertes de sang. Nous ne pouvons donc que donner le conseil à nos confrères qui luttent comme nous contre un grand nombre de phlegmasies occasionnées par les rigueurs de l'hiver, à essayer du sirop antiphlogistique : c'est quelque chose que d'avoir, à un moment donné, un médicament sûr sous la main.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 janvier 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

Élection. — L'Académie a procédé à la nomination d'un membre dans la section de botanique, en remplacement de M. Payer, et non Payen, comme nous l'avons imprimé par erreur il y a huit jours.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 58 :

M. Duchartre a obtenu. . . .	32	suffrages.
M. Pasteur.	24	—
M. Lestiboudois.	1	—
Billet blanc.	1	

En conséquence, M. Duchartre, ayant réuni la majorité absolue, a été proclamé élu.

Hétérogénie. — MM. JOLY et CH. MUSSET communiquent un nouveau mémoire sur l'hétérogénie. Dans ce mémoire, les auteurs exposent les résultats qu'ils ont obtenus en répétant les expériences de MM. Schultse, Schwam, Hoffmann et Pasteur ; ils donnent ensuite les détails d'une expérience nouvelle qui leur appartient, et qui, jointe à leurs observations précédentes, les dispose, disent-ils, à croire à la réalité des générations spontanées, du moins en ce qui concerne les êtres les plus inférieurs des deux règnes organiques.

« Nous sommes forcés de déclarer, ajoutent-ils, que nos propres observations nous ont conduit à des résultats entièrement opposés à ceux qu'avaient annoncés les auteurs des expériences que nous avons répétées. Ainsi, vainement nous avons soumis à une ébullition prolongée les substances organiques dont nous nous sommes servis ; en vain nous avons fait subir une température très-élevée à l'air destiné à être introduit dans nos appareils ; en vain nous lui avons fait traverser des tubes chauffés au rouge blanc ou remplis d'acide sulfurique concentré : nous avons constamment vu naître dans nos matras des productions organisées, très-simples, il est vrai, mais dont l'origine ne saurait, selon nous, être expliquée par les germes atmosphériques. »

— M. HEISER adresse de Strasbourg, au concours pour les prix, un travail en partie manuscrit, en partie imprimé, ayant pour titre : *Manuel de gymnastique hygiénique et médicale raisonnée.* « Ce travail, dit l'auteur, a pour objet de montrer l'application de la gymnastique, non-seulement à l'hygiène du corps humain, mais encore à la guérison ou à l'amélioration de certaines maladies, et de poser les principes qui doivent guider le médecin dans l'emploi de ce puissant moyen thérapeutique. » (Renvoyé à la future commission des prix.)

— M. FRÉDÉRIC FIEBER (de Vienne) soumet au jugement de l'Académie un mémoire écrit en français, et ayant pour titre : *L'électropuncture comme essai thérapeutique en cas d'amaurose, résultant d'une maladie de la partie orbitale du nerf optique.* (Commissaire, M. J. Cloquet.)

— M. FLOURENS fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. John Simon, d'un *Traité sur l'inflammation*, travail destiné à faire partie de l'*Encyclopédie chirurgicale* de M. Holme.

— M. FLOURENS présente également, au nom de l'auteur, M. Mayer, professeur à Bonn, divers opuscules relatifs, pour la plupart, à la physiologie. L'auteur, après avoir rappelé dans la lettre d'envoi les expériences récemment communiquées à l'Académie sur la coloration en rouge des os du fœtus par la garance entrée dans la diète alimentaire de la mère, ajoute ce qui suit :

« J'ai moi-même, dans des expériences faites sur des lapines pleines, démontré le *transitus fluidorum* de la mère au fœtus. J'introduisais par une petite ouverture pratiquée à la trachée-artère, du prussiate de potasse liquide, en petites quantités et à plusieurs reprises durant un ou deux jours, ce qui ne gênait pas sensiblement la respiration de l'animal. Je suis parvenu ainsi à colorer en bleu verdâtre l'eau de l'amnios, le fœtus lui-même, son estomac, ses reins, sa vessie urinaire.

— M. OZANAM communique une deuxième note sur les *réactions chimiques des fausses membranes*.

Après avoir indiqué dans cette note les effets d'un certain nombre de réactifs (le chlorure de potassium, le chlorure de sodium, le bromure de potassium et de mercure, l'iodure de potassium, le chromate de potasse, le sous-carbonate et le bi-carbonate de potasse, etc., l'auteur résume son travail en ces termes ;

En consultant les données précédentes, nous en déduirons que si l'on veut attaquer l'élément couenneux par les dissolvants, les alcalins doivent être préférés aux acides, et l'on devra consulter par ordre d'importance les eaux mères, l'ammoniaque, la soude, le bi-carbonate de soude, l'urée, le cyanure de potassium, le chlorure de potassium, le bromure de potassium, et, en dernier lieu seulement, le sous-carbonate de potasse, le phosphate de soude et le chlorate de potasse si longtemps préconisé.

Si, au contraire, on préfère les désagrégeants, on devra trouver d'efficaces ressources dans le chrome de brome, le brome et le chlore ; puis, à un moindre degré, dans l'iode, le perchlorure de fer, le bi-chlorure de mercure et le chrome, qui durcissent la fausse membrane en la détachant en masse, sans néanmoins en désagréger les éléments.

..... J'ai pu vérifier l'efficacité du brome, du bromure de potassium et celle des eaux mères de soude, de varech, celles-ci à la dose de 15 à 60 grammes par jour contre l'angine couenneuse. Enfin l'eau de mer, qui tient en dissolution la plupart des éléments, dont l'action a été étudiée séparément dans ce travail, semble devoir être un excellent remède contre le croup et toutes les affections du même genre.

— M. MATHIEU adresse une note sur les propriétés d'un liquide gras qu'il désigne sous le nom d'*hevéone*, nom destiné à rappeler qu'on l'obtient de l'espèce de caoutchouc fournie par l'*heved*. Il adresse en même temps un échantillon de ce liquide, afin qu'on puisse constater les propriétés qu'il y a reconnues.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. le docteur Bourdin, de Choisy-le-Roi, a été nommé officier d'Académie.

— Le bureau de la Société des sciences médicales se trouve composé comme suit pour l'année 1861 :

M. Simonnot, *président* ; M. Lagneau, *vice-président* ; M. Morpain, *secrétaire général* ; M. Mallet, *secrétaire annuel* ; M. Fournié (de l'Aude), *vice-secrétaire* ; M. Boutin de Beauregard, *trésorier*.

— Le journal anglais *the Lancet* rapporte un nouveau fait de fécondité remarquable. A Dowlais vit une femme de 45 ans, mère de 33 enfants. Mariée à quatorze ans, elle eut un premier enfant à quinze ans. Elle est la femme d'un très-pauvre ouvrier, et elle a donné naissance deux fois à trois enfants, trois fois à quatre, et six fois à des jumeaux !

— M. le docteur Joulin commencera la deuxième partie de son cours d'accouchements (dystocie et opérations) le vendredi 1er février, à sept heures du soir, à l'École pratique, amphithéâtre n° 2. Il le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

De la Digitale et du meilleur mode d'emploi de cette plante, par LABÉLONYE, pharmacien de l'École spéciale de Paris, ancien président de la Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine, etc. Paris, 1859, chez Labé, éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23. — M. Labélonye, qui s'est particulièrement occupé de l'étude de la digitale, démontre, dans cette brochure, que cette plante doit ses propriétés si diverses et qui en font à la fois un excellent sédatif et un puissant diurétique, non à un principe unique, mais à la réunion des divers principes qui entrent dans sa composition, et que l'alcool à 60° en est le meilleur dissolvant. — Il prépare, à l'aide de ce menstrue, dans le vide, à l'abri de toute altération, un extrait qui contient tous les principes auxquels on peut attribuer les propriétés de la digitale, et, pour en rendre l'emploi plus facile, il l'unit à un sirop dans la proportion de 5 centigrammes pour 31 grammes de sirop. — Les succès qu'obtiennent tous les jours les praticiens de l'emploi du Sirop de Labélonye (à la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19) dans les maladies organiques ou non organiques du cœur, dans les affections pulmonaires, bronchiques, et dans les hydropisies, prouvent, en effet, qu'il jouit de toutes les propriétés sédatives ou diurétiques de la digitale.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 13. — JEUDI 31 JANVIER 1861. (34e ANNÉE.) N° 13. — JEUDI 31 JANVIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 30 JANVIER 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance tout entière a été consacrée à la discussion du travail de M. Trousseau sur les congestions cérébrales apoplectiformes. Nous n'avions pas tort, à l'occasion de l'une des précédentes séances, de demander préalablement à toute discussion une bonne définition des termes. Nous ne doutions pas que M. Trousseau n'eût raison au fond, dans une certaine mesure au moins, mais il s'agissait de le prouver, et faute d'avoir parfaitement déterminé le sens de ce qu'il entendait désigner par les mots de congestion simple, de congestion apoplectiforme et d'apoplexie, la preuve laissait beaucoup à désirer. M. Bouillaud, peu satisfait de la réponse de M. Trousseau à sa première interpellation, est monté à la tribune et a cherché à faire lui-même les définitions vainement demandées. Ses souvenirs cliniques lui ont fourni d'excellentes et lumineuses distinctions, qui, sans rien ôter au fond de la proposition de son collègue, lui prêtent au contraire un utile secours, en dissipant quelques-unes des obscurités dont elle était environnée.

Avant M. Bouillaud, l'Académie avait entendu avec le plus vif intérêt une dissertation précise, nette et tout à fait magistrale de M. Baillarger sur l'ensemble de toute la question. L'appel aux médecins aliénistes n'a pas été fait en vain. Déjà nous avons inséré une communication de M. le docteur Billod (d'Angers) sur le sujet de la discussion. Aujourd'hui même nous publions une note de M. Moreau (de Tours); nous en publierons une de M. Marcé dans un prochain numéro. M. Girard de Cailleux, correspondant de l'Académie, est également prêt à exposer dans la prochaine séance le résultat de son expérience spéciale dans ces matières. Grâce à cet heureux concours, on peut espérer voir sortir bientôt de ce débat une solution satisfaisante de la question. A mardi la suite, et peut-être aussi la fin de cette discussion.

Dr Brochin.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. MANDL.

De la laryngite chronique simple.

On peut distinguer dans l'inflammation chronique du larynx diverses périodes qui constituent autant d'affections laryngées différentes. La congestion chronique des muqueuses s'appelle la laryngite chronique simple; celle des glandes, la laryngite granuleuse; l'inflammation qui s'est terminée par des exsudations pseudo-plastiques produira l'aphonie, le rétrécissement ou même l'occlusion de la glotte. L'exsudation séreuse constitue l'œdème, et l'ulcération la phthisie laryngée. Les cartilages peuvent aussi devenir le siége d'un travail inflammatoire, et s'ossifier ou se nécroser.

Les malades affectés d'une laryngite chronique simple se plaignent d'une gêne plus ou moins marquée dans le larynx, et présentent une altération de la voix prononcée surtout dans l'émission des sons aigus. Les symptômes sont proportionnés au degré et à l'étendue de l'inflammation, que l'on peut préciser avec le laryngoscope. Dans cette inspection, l'attention de l'observateur doit être dirigée d'une part sur les capillaires, d'autre part sur la constitution des muqueuses. Pour bien apprécier l'état des capillaires, il faut connaître exactement la couleur normale des muqueuses; il faut se rappeler que, à l'exception des cordes vocales inférieures et souvent aussi des supérieures, qui sont blanches, tous les tissus mous du larynx présentent une teinte rose pâle, un peu plus foncée dans les arythénoïdes. Or, dans la laryngite chronique, l'une ou l'autre de ces parties, depuis l'épiglotte jusqu'aux cordes vocales inférieures, ou plusieurs ou mêmes toutes, sont d'un rouge plus ou moins foncé. Cette couleur est due à la congestion des capillaires, dont quelques-uns peuvent être devenus variqueux; elle n'acquiert jamais la teinte écarlate propre à l'inflammation aiguë. Fréquemment on aperçoit, pendant le jeu des arythénoïdes ou des cordes vocales, de petites mucosités blanchâtres, gluantes ou ressemblant à du blanc d'œuf, qui adhèrent aux bords libres de ces parties. Nulle part il n'existe d'ulcération, et l'écartement et le resserrement des cordes vocales sont tout à fait normaux.

La pression exercée sur le larynx et l'auscultation ne fournissent aucun signe d'une valeur réelle. Les malades accusent parfois une certaine sensibilité du larynx, surtout pendant la déglutition; ils s'aperçoivent, disent-ils, qu'ils possèdent un larynx. L'expectoration est nulle ou sous forme de petits grumeaux visqueux, rarement opaques, le plus souvent transparents ou opalins, parfois parsemés de points blancs et ressemblant beaucoup à du blanc d'œuf ou à de l'empois. Lorsque les personnes ont respiré la fumée des foyers ou des lumières artificielles, l'expectoration est rendue grisâtre par la présence de cellules renfermant à l'intérieur des molécules charbonneuses (Voy. mon *Anatomie microscopique*, vol. Ier, 2e série. *Pus et Mucus.* Paris, 1838.)

Les *causes* sont celles qui agissent directement sur les muqueuses laryngées ou qui proviennent des parties voisines.

a. Parmi les premières nous citerons :

1° Le *froid*. Ainsi les personnes qui sont habituées à se couvrir chaudement la région du cou, sont facilement atteintes de laryngites, qui peuvent devenir chroniques lorsqu'elles négligent de s'envelopper. J'ai vu disparaître par l'emploi d'un cache-nez une laryngite chronique datant de plusieurs mois, et qui avait donné de vives inquiétudes au malade.

2° Les alcooliques, et surtout les excès de boissons alcooliques, sont funestes pour les voies respiratoires. L'altération de la voix chez les ivrognes et les filles publiques en fournit des exemples frappants.

3° L'aspiration longtemps prolongée de *poudres ou de vapeurs irritantes*, par exemple du chlore, de l'essence de térébenthine, etc.

b. Les causes qui siégent en dehors du larynx sont externes, comme par exemple un anévrysme, une tumeur ou un abcès voisin, ou bien une inflammation des muqueuses voisines du larynx, au premier rang desquelles il faut placer l'angine.

1° Comme exemple frappant d'une laryngite chronique due à un abcès voisin, je citerai l'histoire suivante d'un malade qui m'a été adressé par M. le docteur Moreau (de Saint-Ludger), et sur lequel mon honorable confrère a bien voulu me donner les renseignements suivants :

C..., âgé de trente-quatre ans, ancien militaire, exerçant actuellement la profession d'imprimeur sur étoffes, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'en 1849 il fut atteint de la gale, qui dura six mois, puis reparut dix-huit mois plus tard, pour être guérie enfin définitivement.

Depuis cette époque, C... se portait bien, lorsque le 20 mars dernier se montrèrent les premiers symptômes de l'affection actuelle. Je vis le malade pour la première fois le 24 avril. Je remarquai au-devant du cou une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon et située au niveau du cartilage thyroïde; elle était très-dure, mobile et ne causait aucune douleur. De l'enrouement sans toux et sans expectoration s'était montré en même temps que la tumeur, et avait augmenté à mesure que cette dernière s'était accrue. Je vis là un rapport de cause à effet, et je considérai l'enrouement comme la conséquence de la compression des nerfs récurrents par la thyroïde, d'autant plus que plusieurs fois par jour se produisaient des accès de suffocation parfaitement analogues à ceux qui se montrent dans la coqueluche.

Considérant que le point de départ du mal se trouvait dans la tumeur et non point dans le larynx, je fis pratiquer au-devant du cou des frictions avec la pommade d'iodure de plomb; j'administrai à l'intérieur une solution d'iodure de potassium, et je fis respirer au malade des vapeurs émollientes, sans compter les purgatifs pour agir par dérivation sur le tube digestif. Ces moyens ayant échoué et la tumeur augmentant sans cesse, en même temps que l'enrouement persistait, j'appliquai sur la tumeur l'emplâtre de rhapsia. J'obtins en vingt-quatre heures une éruption large et abondante, mais les symptômes ne se sont point amendés. Je songeai alors à l'emploi du laryngoscope.

En effet, le 27 mai 1860, M. le docteur Moreau m'adressa ce malade en me posant les questions suivantes :

Y a-t-il simple coïncidence entre l'aphonie et le développement de la thyroïde?

Ou bien la tuméfaction de la glande, en comprimant les nerfs récurrents, produit-elle l'altération de la voix?

L'examen laryngoscopique me donna les résultats suivants :

La glotte est gênée dans ses mouvements; l'écartement des cordes vocales est moindre qu'à l'état normal. La corde vocale inférieure droite est à l'état normal; la gauche est un peu rouge; mais c'est surtout la corde vocale supérieure gauche et le ligament ary-épiglottique du même côté qui sont d'une rougeur prononcée et en même temps un peu gonflés. Il en est de même du cartilage arythénoïde gauche. On ne distingue dans le larynx ni ulcération ni œdème. Il était donc évident que l'inflammation de la thyroïde, dont le lobe gauche surtout était affecté, s'était propagée à l'intérieur du larynx, et j'admettais en même temps, comme M. Moreau, la compression du récurrent, mise en évidence par les accès de suffocation, très-violents au dire du malade. Celui-ci revint me voir au mois d'août, et m'apporta alors les nouveaux renseignements suivants :

« Vers le 20 juin, m'écrit M. Moreau, la tumeur qui s'étendait depuis le cartilage thyroïde jusqu'au bord supérieur du sternum et en largeur d'un sterno-mastoïdien à l'autre, et qui jusque-là avait conservé la dureté de la pierre, commença à présenter une teinte rosée qui passa graduellement du rouge au rouge foncé. Bientôt une fluctuation obscure s'y montra, enfin la totalité de la tumeur se ramollit. Le 8 juillet, je fis l'ouverture de cet abcès, qui donna issue à une énorme quantité de pus parfaitement louable. »

Le larynx, examiné vers le 1er août, présentait encore les traces d'inflammation précédemment décrites, mais la suffocation avait complétement disparu. Je conseillai l'introduction dans le larynx d'une éponge imbibée d'une solution d'iodure de potassium ioduré. Lorsque je vis pour la dernière fois le malade au mois de septembre, la tumeur du cou avait complétement disparu, mais on voyait au-devant du larynx une ouverture par laquelle s'écoulait une petite quantité de pus. La voix conservait encore un peu d'altération; du reste, l'état général du malade était très-satisfaisant.

Nous avons donc ici un exemple bien frappant d'une laryngite devenue chronique, dont la cause réside dans une inflammation voisine.

2° L'*angine chronique simple* est une cause fréquente des laryngites chroniques; aussi le médecin ne doit-il jamais négliger d'examiner l'arrière-gorge des personnes qui présentent des symptômes laryngés. La muqueuse de la paroi postérieure du pharynx, la luette, les amygdales, peuvent être le siége d'une congestion chronique qui se propage jusqu'au larynx.

3° La *trachéite* et la *bronchite chroniques* peuvent également déterminer une congestion chronique des muqueuses laryngées.

4° L'exercice immodéré ou irrationnel des organes de la voix peut également déterminer une laryngite chez des orateurs, des prédicateurs, des chanteurs, etc.; la cause déterminante est plutôt le mode vicieux de respiration que l'effort de la voix. Il est d'un haut intérêt pratique de connaître exactement le mécanisme de l'exercice vocal, car la guérison radicale n'est possible que par la modification complète du mode respiratoire. Il m'est déjà arrivé plusieurs fois de faire disparaître chez des artistes des congestions chroniques du larynx, en leur faisant quitter un maître de chant qui pratiquait un mode fatigant de la respiration. Je crois donc que quelques détails à ce sujet ne seront pas superflus.

Dans la respiration claviculaire qui s'exécute avec la portion supérieure du thorax, beaucoup de muscles agissent dans l'inspiration et l'expiration, et des parties fixes et peu flexibles doivent être déplacées; en même temps le larynx est fortement abaissé, la glotte élargie et les cordes vocales relâchées et tirées en dehors par les arythénoïdes pendant l'inspiration; or, pendant l'expiration nécessaire à la modulation du son, le larynx, la glotte et les cordes vocales doivent se trouver dans des conditions diamétralement opposées. Il en résulte une lutte entre les muscles inspirateurs et expirateurs, que j'appelle la lutte vocale, qui rend l'émission de la voix plus difficile, plus fatigante, moins harmonieuse. L'effort considérable, le gonflement du cou et la réplétion des veines (jugulaires), le renversement de la tête, l'inspiration sifflante, forment le cortége habituel de cette respiration fautive, qui détermine finalement dans le larynx des congestions chroniques. La lutte entre l'inspiration et l'expiration, c'est-à-dire la lutte vocale, et par conséquent aussi la fatigue qui en résulte, sont à leur moindre degré dans la respiration abdominale, type de la respiration propre aux oiseaux, et que devront également adopter les chanteurs et les orateurs.

5° Il est certain que l'exercice et l'abus des fonctions génitales rendent la voix plus grave, surtout chez les femmes et les ténors; mais il n'existe pas d'exemple bien constaté d'une laryngite chronique due aux abus sexuels.

La *marche* est lente, la *durée* indéterminée, le *pronostic* n'a aucune gravité; le *traitement* est analogue à celui de la laryngite granuleuse, dont nous parlerons prochainement, avec cette différence qu'il est moins énergique.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

sur les congestions cérébrales apoplectiformes,

Par M. le Dr MOREAU (de Tours).

Je résumerai ce que j'ai à dire dans les deux propositions que voici :

1° Les attaques apoplectiformes de nature purement conges-

tives sont plus fréquentes que la communication de l'éminent professeur ne tendrait à le faire supposer.

2° Contrairement à ce qui a été dit, de véritables attaques congestives sont prises très-souvent pour des attaques d'épilepsie.

I. En effet, certains accidents cérébraux offrant tous les caractères d'une congestion cérébrale apoplectiforme, se montrent dans plusieurs circonstances où nul médecin digne de ce nom ne saurait en méconnaître la nature réelle, où il serait impossible de les transformer en attaque d'épilepsie, sans confondre comme à plaisir deux maladies essentiellement distinctes.

Indiquons quelques-unes de ces circonstances :

M. Tardieu a déjà signalé l'extrême fréquence de ces accidents chez les individus atteints de *paralysie générale*. Il me paraît superflu d'y revenir après les trop courtes mais très-substantielles réflexions de M. Tardieu. Je me borne à insister sur ce fait, dont chacun comprendra la valeur, et que le brillant académicien a omis dans sa rapide improvisation : c'est que ces attaques ont cela de remarquable que les unes sont simplement congestives, sans phénomènes convulsifs d'aucune sorte, tandis que d'autres, celles principalement qui surviennent vers la fin de la maladie, s'accompagnent d'accidents nerveux tellement semblables à ceux de l'épilepsie, que sans la connaissance préalable de la maladie à laquelle on a affaire, et dont l'état convulsif que l'on a sous les yeux n'est en réalité qu'un épiphénomène, il serait impossible de bien asseoir son diagnostic.

Sur ce premier point pas de dissidence possible, au moins parmi les médecins qui, comme nous, ayant tous les jours sous les yeux de 80 à 100 paralytiques généraux, sont à même d'observer très-fréquemment les phénomènes dont nous parlons.

2° Ces mêmes phénomènes s'observent encore chez certains autres malades qui, par une foule de points, se rapprochent de ceux dont il vient d'être question : chez les individus atteints de ce que, dans ces derniers temps, on a nommé *paralysie générale progressive sans aliénation*.

Ces malades sont loin d'être rares dans les services de Bicêtre; eh bien, des documents fournis par les parents, documents non pas acceptés sans contrôle, mais autant que possible discutés avec soin, ne permettent pas de douter que quelques-uns des malades n'aient eu à différentes reprises des attaques dont la description ne pouvait se rapporter qu'à des congestions, ou bien à des accès d'épilepsie ; or, impossible de s'arrêter à cette dernière manière de voir, attendu qu'une fois admis à l'hospice et soumis un temps suffisant à notre observation, nous avons pleinement et dûment constaté qu'il s'agissait bien ici de paralysie générale progressive et non d'épilepsie. Il nous a été donné parfois d'être témoin de ces attaques, et jamais nous n'avons eu à rectifier la qualification qui leur avait été attribuée soit par les parents, soit par les médecins de la famille ; on les avait appelées congestions cérébrales, coups de sang, etc., et nous avons répété congestions cérébrales ; dans aucun cas je n'ai eu à inscrire : attaques d'épilepsie.

Un exemple parmi beaucoup d'autres :

Ce matin même (26 janvier), on nous amène à notre visite un individu sortant de l'Hôtel-Dieu, où il avait passé quelques jours dans le service de M. Legroux. Cet homme présente au plus haut degré tous les signes de la paralysie générale progressive : embarras très-prononcé de la parole, faiblesse générale, dépression marquée des forces musculaires ; intégrité complète des facultés mentales. Cet homme a cinquante-six ans, et offre toutes les apparences d'une forte constitution. Son père et un frère de son père sont morts paralysés comme lui, et à peu près au même âge. Deux cousins paternels sont également morts en état de paralysie et fort jeunes ; l'un d'eux a été admis à Bicêtre parmi les reposants. Aucun membre de sa famille n'a été atteint d'épilepsie ou d'une affection convulsive quelconque.

Il y a trois ans, cet homme, qui jusqu'à cette époque n'avait jamais eu la moindre indisposition, sans cause appréciable, au milieu de son travail habituel (il est marbrier), est, tout à coup, suivant sa propre expression, *frappé comme par un coup de tonnerre*, jeté à terre sans connaissance. Il revient à lui presque aussitôt. Relevé et transporté chez lui par ses camarades, il garde la chambre pendant une huitaine de jours, et ne tarde pas à reprendre ses travaux comme auparavant. Cependant, depuis quelques mois, la faiblesse générale a fait de rapides progrès, la parole s'est de plus en plus embarrassée, toute occupation est devenue impossible. Il a dû avoir recours à l'assistance publique.

3° Nous aurions les mêmes observations à faire concernant les individus atteints de *démence sénile*. Il en est, en effet, parmi eux chez qui l'affaiblissement progressif des facultés morales a été précédé ou accompagné de congestions apoplectiformes.

J'ai présentement dans mon service un malade dont la mère est morte paralytique à l'âge de quatre-vingt-trois ans, qui, il y a onze ans, fut frappé d'une première atteinte de congestion (chute en arrière, perte de connaissance pendant dix-huit ou vingt heures, légère agitation ou tremblement des membres du côté droit, etc.), laquelle ne laissa après elle aucun trouble fonctionnel, soit physique, soit moral. Il y a trois mois, ce même individu est frappé de nouveau et de la même manière que la première fois. Depuis lors, il existe une paralysie très-incomplète, mais réelle, de tout le côté droit, et l'affaiblissement intellectuel fait de rapides progrès.

4° Aux trois catégories de malades qui précèdent nous devons en ajouter une quatrième qui comprendra les individus livrés à l'abus des boissons alcooliques, classe de tout temps fort nombreuse, et qui de nos jours tend à s'accroître dans des proportions effrayantes, et que les médecins d'aliénés sont seuls à même de bien connaître.

C'est plus ou moins de temps avant de tomber dans le délire alcoolique, que les ivrognes éprouvent des étourdissements et souvent perdent subitement connaissance. Il n'est même pas rare de voir ces accidents s'accompagner de phénomènes convulsifs dont certains auteurs se sont autorisés pour faire de ces malades une classe particulière d'épileptiques, confondant à tort l'épilepsie proprement dite avec les accidents *épileptiformes*, ce qui est essentiellement différent, ainsi que l'a surabondamment démontré M. Trousseau lui-même dans son *Traité de thérapeutique*.

II. Contrairement à l'opinion émise par M. Trousseau, nous croyons pouvoir affirmer que si l'épilepsie est prise quelquefois pour des congestions apoplectiformes, il arrive non moins souvent, plus souvent encore, que des accidents de nature purement congestive sont pris pour des attaques d'épilepsie. Citons-en un exemple :

Nous avons eu pendant plusieurs mois dans notre service un confrère qui avait ou plutôt qui avait eu pour spécialité de guérir les maladies réputées incurables, entre autres la phthisie pulmonaire et l'épilepsie. Il était en état de démence commençante avec excitation maniaque. Ce confrère assurait avoir eu plusieurs attaques d'épilepsie qu'il avait fait cesser au moyen d'un traitement dont lui seul avait le secret, et qui n'avait pas été moins profitable à d'autres qu'à lui-même. Durant son séjour, il eut plusieurs fois, et une fois entre autres sous nos propres yeux, ce qu'il appelait ses attaques d'épilepsie. Nous affirmons que rien, absolument rien dans ce que nous voyions ne confirmait sa manière de voir : perte, nous ne dirons pas instantanée, mais très-prompte de connaissance ; résolution générale des membres ; nulle déviation de la bouche ; face extrêmement vultueuse. Un certain embarras de la parole se faisait toujours remarquer à la suite de ces attaques, mais finissait par disparaître à peu près complétement en quelques jours. M. X... est mort à la suite d'une de ces attaques, qui avait déterminé une paralysie de tout le côté droit.

L'erreur que nous signalons, erreur bien plus commune qu'on n'est porté à le croire sans doute, explique comment il se fait que des médecins obtiennent la guérison de *l'épilepsie* dans des proportions véritablement très-extraordinaires (dans la proportion, par exemple, de 54 pour 100), tandis que d'autres médecins qui par leur position officielle sont appelés à soigner des épileptiques par centaines, en ville et dans les hôpitaux, voient bien, il est vrai, quelques guérisons s'opérer *spontanément*, mais n'osent guère en revendiquer pour eux-mêmes. Erreur de diagnostic sans doute et pas autre chose.

En effet, nous avons déjà fait voir que la période d'incubation ou de début de la paralysie générale des aliénés, de la paralysie générale progressive sans aliénation, de l'alcoolisme chronique, de la démence sénile, était marquée fréquemment par des atteintes congestives plus ou moins apoplectiformes, qui pouvaient être et étaient souvent prises pour des attaques d'épilepsie.

C'est que la méprise est extrêmement facile. Ce n'est qu'en suivant les malades pendant un temps plus ou moins long, en observant par ses propres yeux une ou plusieurs attaques, que l'on peut établir sérieusement et impartialement son diagnostic.

Ces précautions prises, nous pensons que l'on verra s'évanouir bien des illusions.

Il n'est pas moins vrai pourtant, ainsi que l'a démontré le très-éminent professeur de clinique, que de véritables accès d'épilepsie nous sont signalés comme des congestions cérébrales. Mais qui n'en connaît la cause tout aussi bien que nous? N'est-ce pas tout simplement parce que le mal dont il s'agit ne nous est connu, la plupart du temps, que par des intermédiaires aussi peu sûrs que possible, par le rapport des gens du monde, parfois de serviteurs ignorants. Il faut bien ajouter encore que si le diagnostic tend à s'égarer, la faute en doit remonter quelquefois aux médecins ordinaires de la famille, qui, comme on l'a fait remarquer, se sont bien donnés de garde de dire toute leur pensée, de peur de jeter l'effroi dans l'âme du malade ou parmi ses parents.

Nous ne pouvons songer ici à établir le diagnostic différentiel de l'attaque épileptique et de l'attaque apoplectiforme. (Nous le devrions peut-être, puisque le discours de M. Trousseau paraît avoir pour but tout particulier de mettre les médecins en garde contre une erreur de diagnostic.)

Nous répéterons seulement que l'éminent professeur a eu parfaitement raison de dire qu'il n'est pas rare de voir prendre une attaque d'épilepsie pour une congestion cérébrale; mais il fallait ajouter, c'est du moins notre pensée, que l'erreur contraire n'est pas moins fréquente.

Que conclure en fin de compte? Que le diagnostic différentiel de ces deux phénomènes morbides est impossible, ou pour le moins très-difficile, dans l'état actuel de la science? Ce ne saurait être là la pensée d'un savant de cet ordre moins que de tout autre. Que la négligence ou l'impéritie ont la plus grande part dans les erreurs commises ? Rien de plus vrai. Mais alors la thèse soutenue par M. Trousseau contre les attaques apoplectiformes serait également bonne à soutenir contre bien d'autres affections.

EXPULSION DU PLACENTA AVANT L'ENFANT;

enfant mort; extraction à l'aide du crochet. Hémorrhagie peu abondante.

Nous avons reçu d'un de nos excellents amis, qui est en même temps un des chirurgiens les plus distingués des environs de Paris, le docteur Missa (de Nanteuil-le-Haudoin), la relation du fait suivant, dont il n'avait pas encore rencontré d'analogue :

La nommée Marie-Louise H..., d'une constitution très-vigoureuse, occupée aux travaux des champs, a été mariée à dix-sept ans; sa première grossesse a eu lieu à dix-huit ans; à cette première couche, le travail a été lent et difficile; j'ai reconnu un bassin vicié par excès d'étroitesse; le forceps a été appliqué difficilement au détroit supérieure; la position du fœtus était celle du sommet de la tête; l'enfant est arrivé mort. Les suites de couches ont été très-heureuses.

Deux ans après, deuxième grossesse. Arrivée au terme de la gestation, parturition aussi pénible que longue; tentative infructueuse d'application du forceps au détroit supérieur. Présentation du sommet de la tête. Nécessité de recourir à la mesure extrême de la céphalotripsie. Les suites de cette couche ont encore été des plus heureuses.

Avant de quitter Mme H..., lors de ma dernière visite, je lui recommandai de ne pas s'exposer à une troisième grossesse; pendant quinze ans mes conseils avaient prévalu, lorsque, il y a huit mois environ, le mari vint me faire part des craintes de sa femme et des dangers auxquels elle se trouvait de nouveau exposée.

Le 24 septembre dernier, dans la soirée, Mme H... ressentit les premières atteintes du travail de l'accouchement; la nuit se passa avec de légères douleurs : je fus appelé le 25 au matin; je me transportai auprès de la patiente, qui me dit m'avoir fait demander, quoiqu'elle eût peu de mal, désirant être examinée avant mon départ pour la campagne. Le toucher me fit reconnaître que rien n'était avancé; je partis, promettant de revenir dans la journée, qui se passa sans me laisser croire à la prochaine terminaison de l'accouchement. Cependant à six heures du soir, à mon arrivée auprès de Mme H..., les personnes présentes m'assurèrent que les douleurs étaient beaucoup plus vives et plus fréquentes. Dans le même instant d'énergiques tranchées utérines eurent lieu en ma présence; j'attendis quelques minutes, et de nouvelles tranchées se manifestèrent; je me disposais à pratiquer le toucher, lorsque, au milieu d'une vive douleur, Mme H... s'écrie : Mon Dieu! qu'est-ce qui vient de sortir ?

Elle était alors à genoux sur son lit ; je relevai les vêtements, et je fus saisi d'étonnement en reconnaissant un volumineux placenta suspendu entre les cuisses au moyen du cordon ombilical attaché au fœtus. L'hémorrhagie était peu considérable ; je constatai par le toucher la dilatation complète du col utérin, mais aucune partie de l'enfant ne se présentait. Alors, pressé d'agir, j'introduisis la main dans la matrice, je saisis les pieds et les amenai à la vulve ; je fis glisser successivement les parties du corps jusqu'aux épaules, qui furent dégagées avec de grandes difficultés ; enfin, la tête seule restait, c'était là le plus grand obstacle à la délivrance. Je fis inutilement des tractions modérées sur cette partie que je craignais de voir se séparer du tronc. Le fœtus était certainement bien mort. Obligé de recourir aux instruments, je pensai avoir beaucoup de peine à terminer l'accouchement par le forceps ; la face regardant l'excavation du bassin, je parvins à glisser un doigt jusqu'au menton du fœtus, et sur ce doigt je fis parvenir et pénétrer dans la bouche du fœtus un crochet mousse ; alors, avec le secours des tractions les plus énergiques et en beaucoup de temps, je fis l'extraction de cet enfant dans son entier.

Les deux premières journées ont été exemptes d'accidents, les suites de couches ont été naturelles. Le troisième jour quelques accidents de métro-péritonite ont compromis l'existence de cette malheureuse femme ; un traitement énergique, d'abondantes évacuations sanguines, ont victorieusement combattu cette redoutable complication. Aujourd'hui Mme H... est tout à fait rétablie et jouit d'une *santé* parfaite.

Evidemment, dans ce cas, on a eu affaire à une implantation du placenta sur le col, une des dispositions les plus dangereuses qui puissent se rencontrer dans la pratique obstétricale, et qui n'est pas extrêmement rare, sans être cependant non plus fort commune.

Ce fait a présenté deux particularités tout à fait dignes d'attention ; d'abord, une hémorrhagie peu abondante. Tous ceux qui se sont occupés d'accouchements d'une manière un peu suivie savent que l'implantation du placenta sur le col utérin donne presque toujours lieu à une hémorrhagie, et que quelquefois cette hémorrhagie est tellement abondante qu'elle devient mortelle. Il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir entre autres le *Traité des hémorrhagies de l'utérus* d'Edouard Rigby (trad. par Mme Boivin, 1818). Dans le cas actuel, l'hémorrhagie, nous le répétons, a été très-peu considérable, au point qu'elle n'a pour ainsi dire pas constitué un accident.

La seconde particularité est celle-ci : la sortie du placenta plusieurs minutes avant la sortie de l'enfant. Ceci est encore plus rare peut-être que l'absence d'une hémorrhagie abondante. Nous allons revenir plus bas sur la question de fréquence de cette anomalie.

Rappelons d'abord que cette possibilité de la sortie du placenta avant l'enfant était connue de toute antiquité.

Hippocrate avait remarqué que *lorsque le délivré vient avant l'enfant*, celui-ci naît le plus souvent mort. (*De morbis mulierum*, lib. I.)

Ambroise Paré regarde comme une des causes de la difficulté d'enfantement « quand l'arrière-faix vient le premier, lequel accouchement est appelé *filius ante patrem*, qui est chose très-dangereuse. » (Lib. XVIII, chap. 36.)

Enfin, Guillemeau, dans son *Heureux accouchement des femmes*, énumère les dangers de cette présentation et de cette sortie du placenta, et recommande de « tirer l'enfant sans couper le » cordon, et de l'enlever le plus dextrement que faire se pourra. » (*Œuvres in-folio*, p. 320.)

Mauriceau a écrit un chapitre intitulé : *De l'accouchement auquel l'arrière-faix se présente le premier, ou est tout à fait sorti devant l'enfant.*

Il est d'accord avec ses prédécesseurs sur les immenses dangers auxquels est exposée la femme dans cette circonstance. Mais il n'admet pas que cet accident doive être nécessairement accompagné de la mort de l'enfant. « Il se peut faire quelque» fois, dit-il, que nonobstant un si grand accident, l'enfant soit » amené vivant, s'il a été secouru d'assez bonne heure, *comme » je puis assurer l'avoir fait plusieurs fois...* »

Si nous arrivons aux auteurs tout à fait modernes, nos re-

cherches nous conduisent à des résultats curieux et inconnus de beaucoup de ceux qui ne font pas de l'obstétrique l'objet d'une étude tout à fait spéciale (ce qui nous conduit, en passant, à regretter que les accoucheurs modernes aient supprimé de leurs livres le chapitre où les anciens exposaient les dangers de cette présentation anormale).

Parmi les faits singuliers et inattendus que nous avons rencontrés, nous trouvons le suivant, dû à M. Velpeau.

« J'ai observé, dit-il, un fait de ce genre (non accompagné » d'hémorrhagie) avec M. Mercier, en 1829. Je vis la femme à » onze heures du matin; le travail existait depuis plusieurs » heures. Le placenta décollé était presque en entier dans le va» gin. Il n'y avait aucune apparence de perte. L'accouchement » n'eut lieu que le soir à cinq heures. Le délivre sortit le pre» mier et l'enfant était mort, mais sans altération. » (*Traité d'accouchements*, deuxième édit., 1835, t. I, p. 356.

Déjà, dit M. Velpeau, Baudelocque avait observé un fait analogue; M. Pardigon, dans sa dissertation inaugurale, soutenue à Montpellier en 1823, en cite deux nouveaux, dont un tiré de la pratique de M. Cauvière.

Plus tard, M. Labayle, dans sa dissertation inaugurale (Montpellier, 4 avril 1827), rapporta en quelques lignes deux cas d'accouchements dans lesquels la tête de l'enfant avait poussé devant elle le placenta; dans les deux faits la terminaison fut heureuse.

Nous trouvons dans Lamotte deux faits semblables (observations CCXXX et CCXXXI). Dans le premier, le placenta était sorti, et la mère était morte d'hémorrhagie avant l'arrivée du chirurgien. Dans le second, l'enfant vint au monde vivant, et mourut au bout de quelques minutes. L'hémorrhagie fut modérée. Il ne s'était écoulé que quelques minutes entre les deux expulsions.

Mais, et ceci est bien plus singulier, un des accoucheurs les plus habiles de notre époque, M. James Simpson, le célèbre professeur d'Edimbourg, a publié en mars 1845, dans le *London and Edinburg monthly journal*, un long mémoire sur l'*expulsion spontanée et l'extraction artificielle du placenta avant le fœtus dans le cas de présentation du placenta*, et dans ce travail, qui comprend d'immenses recherches, il n'a pas rassemblé moins de 141 faits dans lesquels il s'est écoulé un intervalle assez considérable entre l'expulsion du placenta et celle de l'enfant.

Ces faits, dont il a dressé un tableau qui n'occupe pas moins de six pages, ont été divisés par lui en quatre séries.

Dans la première, qui comprend 47 observations, sont compris les cas dans lesquels il y a eu un espace de temps variable entre dix minutes et dix heures, qui s'est écoulé entre l'expulsion du placenta jusqu'à la sortie de l'enfant. — Une seule fois l'enfant est venu vivant, dans un cas rapporté par M. Perfect. La naissance de l'enfant n'eut lieu que cinq heures après la sortie du délivre.

La seconde série contient vingt et un faits dans lesquels il s'est écoulé moins de dix minutes entre la sortie du placenta et celle de l'enfant. Onze fois l'enfant est né vivant.

Dans la troisième, qui renferme trente observations, sont compris les cas où l'enfant a suivi de très-près le placenta ou est sorti en même temps; onze fois encore l'enfant est né vivant.

Enfin, dans la quatrième sont contenus quarante faits dans lesquels le temps qui s'est écoulé entre les deux expulsions n'a pas été mentionné, bien que diverses circonstances laissent présumer que cet intervalle a pu être considérable. Huit enfants sont nés vivants.

Sur 114 enfants, 31 sont donc venus vivants (dans 27 cas ce renseignement manque).

Sur les 141 femmes, 10 ont succombé.

Et dans les 70 cas où se trouvent mentionnés les détails relatifs à l'hémorrhagie, 44 fois elle s'est arrêtée complétement; 19 fois elle était presque nulle, comme dans le fait que nous avons rapporté de M. Missa; dans sept cas seulement, elle est restée assez abondante.

De ces recherches, M. Simpson a tiré les conclusions suivantes :

La présence ou l'absence d'écoulement sanguin après le décollement complet du placenta n'est nullement en rapport direct avec le temps qui s'écoule entre ce décollement et la sortie de l'enfant.

Dix fois sur 141, ou une fois sur 14 seulement, les femmes ont succombé dans le cas d'expulsion complète, ou d'extraction du placenta avant l'enfant.

Dans sept ou huit de ces derniers cas, la mort de la mère ne paraît nullement être le résultat du décollement complet du placenta ou de ses conséquences, et si l'on considère les trois autres cas comme des faits probants, on aura un rapport de 3 : 141 ou de 1 : 47.

Les résultats obtenus par le professeur d'Edimbourg sont, on le voit, en désaccord complet avec les idées généralement reçues, et seraient de nature à rassurer les accoucheurs en face de cas semblables, puisque, suivant lui, l'hémorrhagie causée par l'implantation du placenta sur le col causerait bien moins d'accidents qu'on ne l'a dit et écrit depuis tant de siècles.

Nous avons longuement insisté sur cette sortie du placenta avant l'enfant, parce qu'elle nous a semblé peu connue généralement, même des spécialités obstétricales, ce qui n'est pas étonnant, puisque tous les faits connus jusqu'à présent ne se montent en tout qu'à 150 environ, ce qui laisse supposer qu'il est plus d'un accoucheur qui, dans une longue pratique, n'ait pas eu l'occasion d'en rencontrer un seul.

Sous ce rapport, nous devons des remercîments à M. Missa qui nous a fourni une occasion d'étudier la question et de mettre en lumière des faits peu répandus. — Dr A. Foucart.

TRAITEMENT DES ULCÉRATIONS SYPHILITIQUES de l'arrière-gorge.

De toutes les lésions que produit la syphilis constitutionnelle, la plus incommode, la plus persistante et la plus capable par conséquent de se transmettre par contact, est bien certainement la plaque muqueuse des amygdales. Il est bien peu de sujets qui, malgré tous les remèdes locaux et généraux, ne portent cette altération pendant la moitié du temps que dure leur syphilis, c'est-à-dire pendant au moins quatre ou cinq mois.

Ce serait donc un vrai service rendu à la thérapeutique des affections vénériennes que la découverte d'un remède capable d'être appliqué par le malade, et jouissant, contre cette lésion tenace, d'une efficacité réelle. M. Coulson a-t-il trouvé ce précieux agent? Il l'affirme : et c'est pour mettre nos lecteurs à même de le savoir en même temps que nous, qu'il nous a paru utile de transcrire ici la formule du gargarisme dont il se promet un tel avantage :

Eau.	240 gram.
Bi-chlorure de mercure.	30 centigr.
Acide chlorhydrique.	12 gouttes.
Sirop simple.	30 gram.

Pour se gargariser trois fois par jour.

Nous devons faire observer, d'après notre expérience personnelle, que la dose du bi-chlorure, dans cette formule, paraît être un peu élevée, et capable de produire une irritation douloureuse des parties malades. Vingt centigrammes, au lieu de trente, nous sembleraient une proportion mieux appropriée à la généralité des susceptibilités soit individuelles, soit morbides.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 janvier 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet à l'Académie les rapports des épidémies qui ont régné dans les départements de la Creuse et de la Vienne pendant l'année 1860. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. Claude Bernard et Verneuil prient l'Académie de les inscrire sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et physiologie.

— La correspondance comprend ensuite :

1° Une observation d'opération césarienne après la mort de la mère, par M. Binaut, professeur à l'École secondaire de médecine de Lille (commissaire, M. Devergie);

2° Des notes relatives à la question actuellement débattue devant l'Académie, par M. Moreau (de Tours), (voir plus haut), Marcé, Padioleau (de Nantes) et Maigrot (renvoyé à M. Trousseau);

3° Un mémoire intitulé *De la meilleure préparation de colchique*, par M. Chapoteau, pharmacien à Decize (Nièvre) (commission des remèdes secrets);

4° Une note de M. Jeannel (de Bordeaux), sur la non-combustion du phosphore en présence des vapeurs hydrocarbonées (commissaire, M. Guibourt);

5° Une note sur un trocart courbe armé d'une canule, et destiné à pratiquer l'opération de la trachéotomie, par M. le docteur Sébastian (de Béziers).

— M. Huguier présente au nom de M. Gallard une brochure sur les tumeurs sanguines péri-utérines.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les congestions cérébrales apoplectiformes.

La parole est à M. Baillarger.

Discussion sur les congestions apoplectiformes et l'épilepsie.

M. Baillarger. Arrive-t-il dans un grand nombre de cas qu'on prenne pour de simples congestions cérébrales apoplectiformes de véritables accès d'épilepsie?

La congestion cérébrale apoplectiforme est-elle une maladie très-rare, si rare qu'on doive presque songer à la rayer du cadre nosologique?

Telles sont, ce me semble, les deux questions principales qui ressortent du remarquable travail lu par M. Trousseau dans l'une des dernières séances.

La première question ne me paraît pas soulever de difficultés bien grandes.

Lorsque l'épilepsie éclate à un âge assez avancé, si on n'a pas été témoin du premier accès, l'idée qui se présente tout d'abord est celle d'une congestion cérébrale. De là pour la première ou les premières attaques beaucoup d'erreurs possibles. Ces erreurs ne sont pas seulement commises par les parents des malades, elles peuvent l'être aussi par des médecins auxquels on donne des renseignements inexacts. Il faut ajouter que dans quelques cas elles sont d'ailleurs presque inévitables. Il est certain que les premiers accès d'épilepsie, alors même qu'il y a perte complète de connaissance, ne présentent pas toujours des phénomènes convulsifs, et ressemblent à une simple congestion cérébrale. M. Trousseau a vu de ces faits, M. Delasiauve et M. Herpin en ont cité, et tout récemment encore j'ai eu occasion de recueillir une observation de ce genre, très-propre à montrer les difficultés qui se présentent.

M. X..., âgé d'environ trente ans, d'une forte constitution, éprouve, une heure après son repas, une attaque que son médecin décrit de la manière suivante :

« Tout à coup la langue s'embarrasse, le malade appelle au secours et s'affaisse sans convulsions de la tête ni des membres, sans agitation des globes oculaires; la figure est très-pâle, les yeux fermés; sentiment d'oppression, vomiturition. »

Le malade est saigné, et le soir même il peut se lever.

Quinze jours après, nouvelle attaque absolument pareille.

Quelle est la nature de ces accès? Est-ce de l'épilepsie? est-ce simplement de la congestion cérébrale?

Le médecin de M. X... adopte cette dernière opinion, se fondant sur ce fait, « qu'il ne retrouve, dit-il, aucun des signes saillants de l'épilepsie. »

En effet, les convulsions avaient complétement manqué.

Il faut ajouter que dix ans auparavant M. X... avait eu deux accès semblables, et que ces accès avaient aussi été considérés par un premier médecin comme de simples congestions cérébrales.

J'ai cru néanmoins devoir considérer ce malade comme épileptique, m'appuyant surtout sur les motifs suivants :

Les deux premiers accès avaient eu lieu à dix-huit ans.

Ils avaient eu lieu à un jour d'intervalle seulement.

La connaissance était revenue très-vite.

Les deux derniers accès, qui se sont produits à quinze jours d'intervalle, n'ont chez un homme de trente ans laissé ni embarras de la prononciation ni faiblesse dans les membres.

Les observations de ce genre ne sont pas rares, et M. Trousseau a pu en rencontrer beaucoup.

Il en est certainement, et celle que je viens de citer est de ce nombre, qui sont embarrassantes; mais, en général, des accès mieux caractérisés ne tardent pas à se dessiner et viennent lever les doutes.

Il y a peu de temps, un médecin me rapportait qu'ayant été appelé pour voir un négociant qui venait d'être frappé de congestion, il avait pratiqué une large saignée. Quelques mois plus tard, il fut de nouveau rappelé pour le même malade, atteint d'une seconde congestion; mais un troisième accès ayant éclaté plus tard, ce dernier offrit tous les caractères de l'épilepsie.

Cette névrose peut donc à son début ressembler quelquefois à une simple congestion cérébrale, et l'erreur est alors difficile à éviter.

Il y a d'autres cas dans lesquels les mouvements convulsifs peuvent, comme M. Trousseau l'a dit, ne consister qu'en une forte contraction des muscles sans mouvements cloniques; d'autres où les convulsions sont très-légères, très-courtes, très-limitées, et peuvent facilement échapper à l'observation. Dans toutes ces conditions, une erreur de diagnostic est encore facile à commettre.

En résumé, Messieurs, M. Trousseau me paraît avoir rendu un véritable service en insistant sur ce fait, que beaucoup de cas d'épilepsie échappent sous des dénominations différentes, et qu'il faut être en garde contre ces erreurs. Il est surtout bien démontré, comme l'a dit aussi M. Herpin, qu'on prend souvent pour de simples congestions cérébrales le premier ou les premiers accès d'épilepsie, lorsque la maladie débute à un âge avancé.

Je passe à la deuxième question.

La congestion cérébrale apoplectiforme est-elle une maladie très-rare, si rare qu'il faille presque songer à la rayer du cadre nosologique?

Telle est l'opinion de M. Trousseau, qui depuis quinze ans n'a plus, dit-il, rencontré de congestions cérébrales apoplectiformes.

La question a quelque importance, et vaut assurément la peine d'être examinée. L'histoire de la paralysie générale me paraît fournir pour la solution de cette question des éléments très-importants.

La congestion cérébrale est la cause prochaine de la démence paralytique; en outre, elle survient très-souvent comme complication dans le cours de cette maladie.

Ces congestions, que M. Tardieu a déjà fait intervenir dans cette discussion, sont souvent de celles qu'on peut appeler apoplectiformes.

D'après Bayle, elles offriraient ce caractère dans la moitié des cas. Les malades, dit-il, après s'être plaints de malaise, de céphalalgie, de pesanteur de tête, de tintements d'oreilles, tombent tout à coup privés de sentiment et de mouvement. Comme on le voit, il s'agit bien de la congestion cérébrale apoplectiforme.

Si maintenant du début de la maladie nous passons à sa terminaison, voici ce que nous trouvons.

M. Parchappe a publié quatre-vingt-six autopsies de malades morts de paralysie générale. Or veut-on savoir dans quelle proportion figure la congestion cérébrale comme cause de mort? quarante fois sur quatre-vingt-six, c'est-à-dire dans près de la moitié des cas. La congestion cérébrale apoplectiforme est donc une cause fréquente de paralysie générale; c'est une cause peut-être plus fréquente encore de mort pour les aliénés paralytiques.

M. Trousseau a rappelé qu'il avait été interne à Charenton pendant deux ans, et il a ajouté qu'il avait vu ou cru voir dans cet asile un assez grand nombre de congestions cérébrales apoplectiformes. Dans ma conviction, ces congestions étaient très-réelles, et elles n'ont pas cessé depuis d'être observées avec une grande fréquence.

Peut-on admettre que toutes les congestions cérébrales apoplectiformes appartiennent à la paralysie générale; qu'elles la précèdent ou l'accompagnent? Assurément non. M. Andral a recueilli 114 cas de congestions cérébrales : un certain nombre avaient le caractère apoplectique, et il est probable que ces dernières n'ont pas toutes été suivies de démence paralytique.

Avant de terminer sur ce point, je dois d'ailleurs faire remarquer que le tableau de la congestion cérébrale apoplectiforme tracé par M. Trousseau est peut-être trop favorable à son opinion.

« Un homme, dit-il, tombe subitement frappé d'apoplexie; on le relève hébété, et pendant un quart d'heure, une heure, plus longtemps peut-être, il reste la tête lourde, l'intelligence confuse, la démarche mal assurée; le lendemain, tout est fini. »

La promptitude avec laquelle les symptômes se dissipent est un des caractères de l'accès d'épilepsie, et M. Trousseau est peut-être, je le reconnais, en droit de suspecter la nature de prétendus coups de sang dont les suites sont si bénignes. Mais voyons à côté de sa description celle qu'a tracée Bayle : « Au bout de cinq minutes, d'un quart d'heure, d'une ou de plusieurs heures, ou même d'un temps beaucoup plus long, la connaissance revient d'une manière plus ou moins confuse et incomplète; elle se rétablit ensuite davantage, soit spontanément, soit après l'emploi méthodique des évacuations sanguines. Mais le retour des mouvements n'est pas aussi prompt. Les malades conservent pendant un ou plusieurs jours, et quelquefois

même des mois entiers, une paralysie plus ou moins marquée des extrémités ou d'une des moitiés du corps, et une grande difficulté dans l'articulation des mots. »

Je n'ai pas besoin de faire ressortir la différence de ces deux descriptions.

Les malades de M. Trousseau, qui le lendemain ne ressentent plus rien de leur attaque, pouvaient bien pour la plupart être de véritables épileptiques; mais ceux de Bayle, qui pendant un ou plusieurs jours et quelquefois des mois entiers conservaient des signes d'hémiplégie incomplète, de l'embarras dans la parole, ces malades avaient au contraire éprouvé de graves attaques de congestion cérébrale apoplectiforme.

Il est donc, comme on le voit, nécessaire de bien s'entendre sur les faits qui font l'objet de la discussion.

Qu'on ne dise pas que les malades dont parle Bayle avaient eu non de simples congestions, mais de petites hémorrhagies cérébrales. Les autopsies de ces malades ont été faites, et on sait que rien n'est plus rare que de rencontrer des traces d'hémorrhagie cérébrale chez les aliénés paralytiques.

Il est bien démontré, au contraire, que de simples congestions unilatérales lentes à se dissiper peuvent entretenir des hémiplégies incomplètes pendant plusieurs semaines.

En résumé, je ne saurais admettre que la congestion cérébrale apoplectiforme soit une maladie très-rare, et les seuls documents empruntés à l'histoire de la paralysie générale me paraissent suffire pour prouver qu'il n'en est pas ainsi.

Il est un dernier point qui touche d'une manière très-étroite au diagnostic de l'épilepsie et de la congestion cérébrale, qui me paraît pour cette discussion mériter une attention toute spéciale.

Les congestions cérébrales qui précèdent ou accompagnent la paralysie générale offrent des formes très-variées. Il en est une très-remarquable que tous les auteurs spéciaux ont décrite et qu'on désigne sous la dénomination de congestion épileptiforme ou simplement d'attaques épileptiformes.

M. Beilod, médecin de l'asile d'Angers, dans l'excellente note qu'il a adressée à l'Académie, désigne ces attaques sous la dénomination d'épilepsie symptomatique, et il sous-entend, dit-il, symptomatique d'une congestion cérébrale. Mais qu'est-ce qu'une épilepsie symptomatique d'une congestion cérébrale, si ce n'est une forme de congestion cérébrale, la congestion épileptiforme ?

Puisque l'Académie s'occupe du diagnostic différentiel de l'épilepsie et de la congestion cérébrale, n'y a-t-il pas lieu de rechercher si cette congestion épileptiforme ou cette épilepsie symptomatique n'est pas quelquefois confondue avec l'épilepsie essentielle.

Cette confusion a certainement été faite, et il n'est pas douteux qu'elle n'ait encore lieu quelquefois ?

Voyons d'abord quels sont les caractères de ces congestions épileptiformes décrites pour la première fois par Bayle en 1825, et sur lesquelles M. Brierre de Boismont a publié un mémoire en 1829.

« Ces attaques, dit Bayle, ont l'analogie la plus parfaite avec celles qui constituent l'épilepsie essentielle, et il serait impossible de les distinguer de ces dernières en ne considérant que les phénomènes qui les accompagnent.... »

« .... La durée des attaques varie depuis une jusqu'à cinq, dix minutes et plus. Lorsque les convulsions cessent, tantôt le sentiment et la connaissance reviennent immédiatement après, tantôt les malades restent encore pendant plusieurs heures, ou même des journées, plongés dans un état comateux. »

Ces attaques se reproduisent en général plusieurs fois à des intervalles plus ou moins éloignés. Dans un cas je les ai vues revenir presque régulièrement chaque mois chez un aliéné paralytique.

Quant à la nature de ces attaques, tous les médecins aliénistes semblent aujourd'hui d'accord pour les attribuer à de simples congestions cérébrales. On a pour soutenir cette opinion non-seulement des autopsies nombreuses, mais surtout ce grand argument que ces attaques épileptiformes précèdent ou suivent d'autres congestions de caractères différents, et sur la nature desquelles aucun doute n'est possible.

J'arrive au point qui intéresse le diagnostic de l'épilepsie.

Dans un certain nombre de cas, ces attaques marquent le début de la démence paralytique, qui peut cependant encore passer inaperçue pendant plusieurs mois. On sait qu'il n'est pas de maladie cérébrale qui ait des prodromes plus éloignés et plus faciles à méconnaître. Il a donc dû arriver quelquefois qu'on a cru assister au début d'une épilepsie essentielle, quand on n'avait affaire qu'à une congestion épileptiforme.

Il y a dans le dernier ouvrage de M. Calmeil une observation qui suffit pour donner une idée des difficultés de la question.

Un homme de quarante-six ans, gros, court, très-sanguin, surchargé d'embonpoint, fut trouvé sans connaissance et dans un état tout à fait comateux. On le saigne. Le malade revient à lui, et quelques jours après il reprend ses occupations.

Les médecins avaient jugé qu'il avait eu un coup de sang; mais après quelques semaines survient une attaque d'épilepsie suivie de quinze jours d'*hébétude* et d'une apparence de *faiblesse générale*. Pendant plus d'un an, les attaques se répètent à des intervalles variés, puis l'aliénation mentale éclate.

Le malade, qui habitait la Martinique, est ramené en France et placé à Charenton, où l'on constate les signes d'une paralysie générale.

« L'épilepsie, dit M. Calmeil, est révoquée en doute, et on incline à croire qu'on a pris les effets dus à des congestions encéphaliques répétées pour les symptômes du mal caduc. »

Plus tard, M. Calmeil ayant été lui-même témoin des attaques, revient de l'opinion des premiers médecins, et juge le malade épileptique.

Ainsi voilà des attaques dont la première a été regardée comme un coup de sang, les suivantes comme de l'épilepsie; puis on a jugé qu'il y avait peut-être eu erreur, et qu'on avait pris pour de l'épilepsie de simples congestions encéphaliques; enfin, on revient à l'idée d'épilepsie.

Je crois que cette dernière opinion est parfaitement exacte, mais il me semble que l'existence dans ce cas de simples congestions épileptiformes pourrait jusqu'à un certain point être soutenue. Pour juger cette question, il faudrait avoir des détails plus complets sur l'année qui a précédé l'admission du malade à Charenton. Quoi qu'il en soit, cette observation m'a paru très-propre à donner une idée des difficultés de diagnostic que peuvent faire naître les congestions épileptiformes. Il est certain que quand l'épilepsie éclate après trente ans, il y a lieu de rechercher s'il n'existe pas des prodromes de paralysie générale; il faut aussi tenir grand compte des traces que le premier ou les premiers accès peuvent laisser après eux.

Ces congestions épileptiformes appartiennent-elles exclusivement à la paralysie générale ? Et s'il en était autrement, n'y aurait-il pas lieu de soumettre à un nouvel examen certains cas qu'on rapporte à l'épilepsie essentielle ?

Ces réflexions me sont suggérées par l'une des observations que M. Herpin a citées dans la note publiée il y a quelques jours par plusieurs journaux de médecine.

Un homme de soixante et onze ans éprouve la nuit un premier accès d'épilepsie. Quinze mois après, il a une congestion cérébrale avec hémiplégie. Enfin, vingt mois plus tard il succombe à une attaque d'apoplexie. Ainsi, un seul accès d'épilepsie, qui n'a pas été observé par le médecin, est suivi d'une congestion et d'une apoplexie.

Quand de tels faits se présentent, ne faut-il pas se rappeler les congestions épileptiformes ?

En résumé, il ressortira, je crois, de cette discussion que quand un médecin est consulté pour une congestion cérébrale apoplectiforme, il ne doit pas oublier de songer à l'épilepsie, et que ce précepte formulé par MM. Trousseau et Herpin trouve d'assez fréquentes applications.

Je crois pouvoir ajouter que s'il s'agit, au contraire, d'un premier accès d'épilepsie chez un adulte, il peut quelquefois être utile de se rappeler les congestions épileptiformes qui précèdent assez souvent l'invasion de la paralysie générale.

M. BOUILLAUD se propose, en reprenant aujourd'hui la parole sur cette question, de chercher quelle est la philosophie et la manière de raisonner de M. Trousseau en général, et sur le sujet en discussion en particulier. S'il y avait, dit-il, dans l'Académie une section de philosophie et de logique médicale, M. Trousseau courrait plus d'une fois risque d'être rappelé à l'ordre. Voyons, en effet, quelle est sa logique dans cette circonstance.

En présence de choses aussi sérieuses, il faut éviter, autant que possible, des discussions de mots. Le meilleur moyen, pour cela, est de bien définir les termes. M. Trousseau s'est-il astreint à cette règle ? Non. Comment faut-il procéder ? Recueillir des faits rigoureusement et en nombre considérable. Où sont les faits de M. Trousseau ? Je vois dans sa communication des hypothèses, mais point de faits. M. Trousseau n'aime pas la statistique, et cependant on ne fait pas de science sans statistique. La méthode numérique, à laquelle un de nos éminents collègues a attaché son nom, n'est pas nouvelle, elle remonte à Hippocrate. Mais il ne s'agit pas seulement de compter les faits; la grande question est de ne se servir que de faits bien pesés d'abord, c'est-à-dire rigoureusement observés. Or, je le répète, je cherche en vain ces conditions dans le travail de M. Trousseau.

M. Trousseau a aussi un autre principe qui n'est pas rigoureusement juste. Il aime à marcher dans les ténèbres; il n'est pas, à cet égard, de l'avis de Gaubius, qui a dit : *Melius sistere gradum quam progredi per tenebras...* Je ne veux pas insister sur quelques autres principes de M. Trousseau; je rentre de suite dans notre sujet.

M. Trousseau débute dans son travail en disant que pendant longtemps il a cru avec tout le monde aux congestions cérébrales apoplectiformes, mais que depuis quinze ans il n'y croit plus.

De quel droit attribue-t-il aux autres des opinions tout autres que les leurs ? S'il m'avait consulté, je lui aurais dit que, pour ma part, je ne croyais pas davantage à ces congestions, et que je n'y ai jamais cru, et cela par une bonne raison, c'est que les exemples qu'il a cités comme étant aux yeux de tous les médecins des cas de congestions, ne sont pas du tout des congestions. De même pour l'apoplexie. Quand M. Trousseau parle d'apoplexie, il devrait nous dire ce qu'il entend par là, et de quel genre d'apoplexie il veut parler. S'il avait donné de bons exemples bien choisis à l'appui des dénominations dont il s'est servi, au lieu de simples hypothèses, on aurait pu s'entendre. Je lui ai demandé une définition. Il l'a donnée; si elle m'avait satisfait, je ne serais pas remonté à cette tribune, mais j'avoue qu'elle m'a laissé dans la même incertitude sur le véritable sens que notre collègue attache au mot de congestion, et je ne crois pas que M. Malgaigne, qui lui a adressé la même question, soit beaucoup plus satisfait.

M. Trousseau a parlé d'ecchymoses du cerveau, mais il ne les a pas vues; il en a seulement présumé l'existence. Mais s'il y avait, comme il le dit, des ecchymoses dans le cerveau, ce ne serait plus de congestion qu'il s'agirait, mais bien d'hémorrhagie. On ne sait plus dès lors où on en est; on est tout désorienté. Il faut donc, encore une fois, définir les termes. Puisque M. Trousseau ne l'a pas fait, je vais essayer de le faire.

J'entends par congestion cérébrale une hyperémie, une sorte d'état érectile du cerveau. Voilà une espèce de congestion. Il y en a une autre qui se produit à l'occasion de quelque obstacle à la circulation veineuse, comme cela se présente si souvent, par exemple, dans les maladies du cœur. M. Bourdon a parfaitement décrit le mécanisme d'un autre genre de congestion produit par un obstacle momentané à la respiration. Il y a encore la congestion des poëtes s'écriant « *Ecce deus.* » Voilà des congestions cérébrales. Mais où voyons-nous là ce qu'a décrit M. Trousseau ? Nulle part.

En dernière analyse, nous avions besoin de définir pour voir qu'il ne faut pas confondre la congestion cérébrale avec l'apoplexie et surtout avec l'épilepsie, et moins encore ces deux dernières maladies ensemble, qui sont aussi différentes et même aussi opposées que possible, l'une étant une paralysie due à une cause tout organique et naturelle, l'autre une maladie essentiellement convulsive et du genre des névroses.

Ici M. Bouillaud entre dans de nouveaux développements pour montrer la confusion que M. Trousseau a faite entre l'apoplexie prise dans le sens général et ancien et l'hémorrhagie cérébrale, entre celle-ci et le ramollissement; et il cite un grand nombre d'exemples empruntés à ses propres ouvrages et à ceux de M. Cruveilhier, pour montrer, contrairement à la thèse soutenue par M. Trousseau, que beaucoup de cas semblables à ceux qu'il a cités comme des exemples d'épilepsie, étaient en réalité des cas d'hémorrhagie cérébrale. Il rappelle enfin par des exemples nombreux combien les hémorrhagies cérébrales diffèrent dans leurs symptômes, selon leur siége, selon qu'elles ont lieu à la base du cerveau, dans les ventricules ou dans l'épaisseur même des lobes cérébraux, etc.; d'où, faute d'avoir tenu compte de ces faits, les confusions dans lesquelles est tombé M. Trousseau.

— La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM.

Courtois, né à Chaumes (Seine-et-Marne); *De l'eau considérée au point de vue de l'hygiène.*

Bonnefin, né à l'île Maurice; *De l'atrophie musculaire consécutive aux névralgies.*

Sainton, né à Bar-sur-Seine (Aube); *Essai sur la dermatologie française.*

Deslandes, né à Cuffy (Cher); *Quelques mots de thérapeutique.*

Loiseau, né à la Chaire-le-Vicomte (Vendée); *Du traitement des névralgies par la cautérisation sulfurique.*

Bessières, né à Méru (Oise); *Etude sur les erreurs et les préjugés populaires en médecine.*

Dangaix, né à Tarbes (Hautes-Pyrénées); *Relation médicale de deux voyages d'émigration de l'Inde aux Antilles françaises, 1858, 1859, 1860.*

Émery, né à Saint-Mathurin (Maine-et-Loire); *De l'hémorrhagie puerpérale avant, pendant et après l'accouchement; causes, traitement.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Gama, ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce, vient de mourir à Vaugirard à l'âge de quatre-vingt-six ans. Ses obsèques ont eu lieu lundi dernier. Nous publierons dans le prochain numéro le discours que M. le docteur Laveran a prononcé sur la tombe de cet honorable et regretté confrère.

— Le vénérable et savant doyen des physiologistes de l'Allemagne, M. le docteur Tiedemann, vient de mourir à Munich, à l'âge de quatre-vingt-sept ans.

Les collections de la *Gazette* qui nous ont été remises avant le 15 janvier, pour être reliées, sont actuellement prêtes. On peut les faire prendre dès ce moment dans nos Bureaux.

L'art dentaire, revue mensuelle de la chirurgie et de la prothèse dentaire, 5e année, par A. PRÉTERRE, dentiste américain, 29, boulevard des Italiens.

De la Digitale et du meilleur mode d'emploi de cette plante, par LABÉLONYE, pharmacien de l'Ecole spéciale de Paris, ancien président de la Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine, etc. Paris, 1859, chez Labé, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 23. — M. Labélonye, qui s'est particulièrement occupé de l'étude de la digitale, démontre, dans cette brochure, que cette plante doit ses propriétés si diverses et qui en font à la fois un excellent sédatif et un puissant diurétique, non à un principe unique, mais à la réunion des divers principes qui entrent dans sa composition, et que l'alcool à 60° en est le meilleur dissolvant. — Il prépare, à l'aide de ce menstrue, dans le vide, à l'abri de toute altération, un extrait qui contient tous les principes auxquels on peut attribuer les propriétés de la digitale, et, pour en rendre l'emploi plus facile, il l'unit à un sirop dans la proportion de 5 centigrammes pour 31 grammes de sirop. — Les succès qu'obtiennent tous les jours les praticiens de l'emploi du Sirop de Labélonye (à la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19) dans les maladies organiques ou non organiques du cœur, dans les affections pulmonaires, bronchiques, et dans les hydropisies, prouvent, en effet, qu'il jouit de toutes les propriétés sédatives ou diurétiques de la digitale.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 14. — SAMEDI 2 FÉVRIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la rougeole épidémique du Val-de-Grâce en 1860. Influences nosocomiales sur sa marche et sa gravité.

Nous avons exposé dans la *Revue* du 19 janvier dernier les caractères et la marche de la rougeole qui a régné épidémiquement au Val-de-Grâce pendant l'année 1860. On a vu à quel degré de gravité exceptionnelle elle s'est élevée, bien que rien au début de chaque cas particulier ne semblât de nature à indiquer un génie épidémique d'un caractère insolite, et à faire porter un pronostic plus grave qu'à l'ordinaire. Nous avons dit à quelles circonstances M. Laveran, à qui nous devons la relation de cette petite épidémie, avait cru devoir attribuer cette aggravation rapide et inattendue dans l'état de presque tous les malades, et la proportion considérable de mortalité qui en a été la suite.

L'influence. nosocomiale, accrue et rendue pernicieuse par l'encombrement, suffisait en effet pour en donner une explication naturelle. La démonstration de cette proposition, que le seul exposé général des faits nous avait fait admettre sans hésitation, ressort bien plus clairement encore et d'une manière tout à fait décisive, de la relation détaillée des observations particulières que M. Laveran vient de publier dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire.*

La reproduction de ces observations nous entraînerait beaucoup trop loin. Nous nous bornerons, pour compléter l'aperçu général que nous nous sommes proposé de donner sur ce petit épisode épidémique, à présenter ici le résumé des recherches de l'auteur qui ont trait à l'anatomie pathologique, à la marche et à la durée de la maladie, et à son traitement.

Les lésions anatomiques qui ont dominé étaient des lésions des membranes tégumentaires internes, tube digestif et organes respiratoires. La mort ayant été le plus souvent la conséquence de l'asphyxie par supersécrétion des bronches, la muqueuse était uniformément congestionnée, l'épithélium détruit, le calibre des bronches augmenté, enfin il existait une quantité considérable de mucosités spumeuses plus ou moins purulentes ; les veines pulmonaires présentaient, en général, une distension remarquable ; enfin les vésicules pulmonaires, remplies elles-mêmes de mucosités comprimées par les bronches dilatées et les veines distendues, se produisaient avec les caractères des altérations plus ou moins bien déterminées, confondues sous le nom de splénisation, de ramollissement rouge et gris, dont les divers degrés donnaient au tissu de l'organe une apparence marbrée.

Rarement les altérations étaient assez rapprochées pour affecter les caractères de l'inflammation lobaire.

L'uniformité des lésions, leur marche en quelque sorte fatalement progressive, rappelaient les caractères des lésions érysipélateuses dues aux influences nosocomiales. Dans un cas, il y avait de plus des foyers apoplectiques et gangréneux, comparables aux lésions du tissu cellulaire de l'érysipèle gangréneux, de sorte qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, comme à celui de la marche de la maladie, la rougeole se rattachait aux maladies septicémiques.

Sur plus de vingt autopsies faites avec soin, M. Laveran n'a trouvé qu'une seule fois des granulations tuberculeuses. Aussi ne voit-il rien dans ce résultat qui induise à penser que la rougeole favorise le développement de la tuberculisation, comme l'affirment plusieurs auteurs modernes. D'autre part, la rougeole n'a frappé aucun des nombreux tuberculeux qui remplissaient les salles.

La marche et la durée de la maladie sont particulièrement intéressantes à suivre au point de vue des influences nosocomiales.

Les symptômes au début étaient l'accablement, la faiblesse et un mouvement fébrile qui s'est produit assez souvent sous la forme rémittente, à paroxysmes nocturnes; les épistaxis ont été fort rares.

En général, le mouvement fébrile cessait au moment de l'éruption dans les formes légères, ou un ou deux jours après dans les formes graves, pour reparaître au début des complications pulmonaires; la toux, d'abord sèche, sonore, incessante, ne s'accompagnait d'expectoration qu'à l'époque de la cessation de l'éruption cutanée; elle devenait d'abord de plus en plus abondante; puis de transparente qu'elle était, elle devenait opaque, épaisse, et présentait l'apparence des crachats nummulaires de la phthisie; dans un seul cas, où il y avait gangrène, elle fut sanguinolente et d'un aspect sanieux.

Dans un petit nombre de cas, la rougeur s'étendit aux voies digestives, et, dans ces cas, la complication survenait à une époque plus éloignée du début de la maladie, et se produisait avec les caractères d'un choléra sporadique ; « plus souvent, dit M. Laveran, elle s'étendait du côté de la muqueuse respiratoire, en général, en progressant fatalement, sans que ni réaction spontanée ni action médicatrice pussent arrêter dans sa marche les progrès de l'asphyxie qui frappait les malades de faiblesse, imprimait à leur physionomie un cachet de lividité particulière, et colorait leur peau d'une teinte veineuse, rappelant parfois la cyanose du choléra. »

Telle était la forme grave de la maladie, qu'on voyait s'enter en quelque sorte à l'hôpital sur des formes simples en apparence à leur début, sans qu'on pût isoler la complication de la maladie principale. Il semblait que la rougeole simple se transformât en rougeole asphyxique par une extension de l'éruption aux membranes tégumentaires internes.

L'étude de la durée de la maladie confirme également, pour sa part, l'interprétation donnée à l'épidémie de 1860.

« Si la gravité de la maladie, fait remarquer M. Laveran, eût dépendu seulement du génie particulier de l'épidémie, non-seulement la rougeole aurait présenté au début quelques-uns des caractères de gravité qu'ont signalés les épidémistes, mais encore elle aurait, par une marche rapide, accusé l'influence d'une action funeste à l'organisme ; il n'en a pas été ainsi. Non-seulement la rougeole de 1860 se présentait au début sous la forme d'une maladie bénigne et franche, s'aggravant successivement jusqu'à la période asphyxique, mais encore la durée de cette progression funeste excédait la durée moyenne donnée par les années antérieures. »

En effet, en relevant sur le registre des décès 40 cas de rougeole dans les années antérieures à 1860, on trouve que la durée du séjour à l'hôpital est en moyenne de 12 jours, minimum 2, maximum 59 ; tandis qu'en 1860, la moyenne est de 17 jours, minimum 4, maximum 50. De sorte que la rougeole de 1860, tout en dépassant non-seulement la moyenne de gravité de la rougeole chez l'adulte, mais encore les limites extrêmes de mortalité, a présenté dans sa marche une durée plus grande que dans les épidémies antérieures. C'est cette condition que M. Laveran croit devoir attribuer à des influences nosocomiales, plutôt qu'à un génie épidémique particulier.

A l'exemple de Willan et de M. Rilliet, qui ont préconisé les antimoniaux dans le traitement des complications pulmonaires de la rougeole, le médecin du Val-de-Grâce a eu recours à cette médication, qui déjà, dans l'épidémie de 1844, lui avait donné de bons résultats. Les préparations actives, tartrate antimonié à la dose de 0,03, avaient pour effet immédiat de provoquer des purgations abondantes, plus rarement des vomissements. L'action consécutive se traduisait plutôt par de la faiblesse que par la sédation des accidents thoraciques ; de sorte qu'on a dû se borner à des agents moins actifs, tels que le kermès.

L'opium a montré peu d'efficacité; il surexcitait les malades et aggravait les symptômes asphyxiques en diminuant l'expectoration.

Quant aux vésicatoires, on a été obligé d'y renoncer par suite du danger de leur dégénérescence diphthérique ou gangréneuse. On a été à peu près réduit, en conséquence, à l'emploi des boissons chaudes et à la surveillance des agents hygiéniques, tels que la température ambiante, l'aération, etc.

Hématocèle péri-utérine communiquant avec l'intestin et la vessie.

Une malade est morte récemment à la Charité des suites d'une hématocèle péri-utérine qui a présenté des particularités intéressantes pour l'histoire de cette maladie, qui a été depuis quelques années l'objet de si nombreuses recherches et de tant de théories diverses.

Voici en quelques mots la relation de ce fait, qui a été com-

---

FEUILLETON.

Des champignons vénéneux. — Les suppurations bleues. — Les consommations de Paris. — De l'usage de la viande en Europe.

Il y a quelques mois, un nouvel empoisonnement par les champignons a eu un grand retentissement.

Plusieurs officiers, à la suite d'un repas dans lequel ils avaient mangé des champignons cueillis par l'un d'eux, avaient présenté les plus graves symptômes d'empoisonnement. Le conseil de santé des armées, ému de cet accident, a pensé devoir publier une instruction sur la matière.

On sait que pour les champignons comme pour bien d'autres sujets qui nous touchent, le public professe des opinions assez tranchées et cependant nullement fondées. N'entendons-nous pas chaque jour préconiser divers moyens *infaillibles* de distinguer les champignons vénéneux de ceux qui sont comestibles? De là cette confiance de certaines personnes, de là aussi ces terribles empoisonnements.

Il faut bien le dire, hors des caractères botaniques pas de salut. Evitons toutes ces données, qui, par cela même qu'elles ne sont pas scientifiques, excitent plus de confiance parmi le vulgaire.

L'habitat du champignon est un mauvais caractère; les mauvais champignons peuvent se trouver en dehors des *lieux sombres* et *humides*. Le *parfum* est un signe infidèle. Certes, le changement de coloration au contact de l'air épouvante; mais si ce caractère semble devoir être conservé, il ne faut pas de sa non-existence conclure à la bonne qualité du champignon.

A Paris, on ne permet la consommation que de quelques champignons bien connus : champignon de couche (*Agaricus edulis*, Bull.); morille comestible (*Agaricus cantharillus*, L.); bolet comestible (*Boletus edulis*, B.).

A côté des *bons* champignons se trouvent des espèces douteuses : l'agaric comestible et l'agaric vénéneux, l'oronge comestible et la vénéneuse. Il est bon d'avoir toujours présents leurs caractères différentiels.

Agaric comestible. — Chapeau convexe, lisse, non visqueux, et se pelant facilement.

La face inférieure du chapeau est garnie de lames rosées, qui deviennent brunes en vieillissant.

Le pédicule, ou support du chapeau, n'est pas entouré à la base par une bourse qu'on nomme *volva*.

Odeur et saveur agréables.

Croît spontanément dans les lieux secs et exposés au soleil.

Agaric vénéneux. — Chapeau souvent couvert de verrues, visqueux. La peau adhère fortement à la chair.

Lames toujours blanches; ce caractère est constant et ne permet pas de confondre ces deux espèces.

Le pédicule est entouré à la base par la *volva*.

Odeur vireuse et saveur désagréable.

Croît spontanément dans les bois humides.

On connaît trois variétés d'amanite vénéneuse : la première est blanche, la seconde est jaune, et la troisième verte.

La variété blanche est plus dangereuse, parce qu'elle ressemble au champignon de couche, et l'on peut affirmer que c'est elle qui cause les accidents les plus fréquents et les plus graves.

Oronge comestible. — Chapeau rouge, lisse, strié sur les bords, sans verrues ni enduit visqueux.

Les lames sont jaunes.

Le pédicule est jaune, lisse, plein, et porte un anneau jaune renversé.

Dans sa jeunesse il est complétement enveloppé dans une volva blanche.

Odeur et saveur agréables.

Oronge vénéneuse. — Chapeau d'un beau rouge, un peu visqueux, non strié sur les bords, et ordinairement couvert de verrues blanches.

Les lames sont blanches.

Le pédicule est blanc, un peu écailleux, et porte un anneau blanc.

La volva est incomplète.

Saveur un peu astringente.

Les instructions générales pour connaître des champignons ont en général peu de valeur : on doit les donner pour éviter quelques malheurs, mais, il faut bien le dire, elles en évitent fort peu : si nombreux sont les champignons à redouter!

Nous concluons à l'étude plus sérieuse des champignons dans nos centres d'instruction. Des exercices pratiques par les professeurs de botanique ne permettraient-ils pas aux médecins de répandre la lumière dans les pays où ils prodiguent leurs soins? Nous savons l'organogénie, et nous ignorons ce qui distingue un poison d'un aliment.

Nous reviendrons sur ce sujet quand nous aurons pu vérifier sur *pièces* la valeur d'un travail de M. Ernest Roussel (d'Evreux) sur les *champignons vénéneux et comestibles des environs de Paris*. La lecture nous en a été des plus agréables ; il nous a semblé que la méthode était bonne, simple, à la portée de presque tous. C'est une très-im-

muniqué dans l'une des dernières séances de la Société de biologie par MM. Martin-Magron et Soulié.

Une jeune fille de dix-huit ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution chétive, réglée à dix ans, devenue mère à quatorze, s'étant abandonnée dans ces dernières années à une vie de désordre, fut prise tout à coup, dans le mois de novembre 1859, au moment de ses règles, de douleurs dans la région hypogastrique. Ces douleurs, légères d'abord, allèrent peu à peu en augmentant. M. Martin-Magron la vit le troisième jour; elle était couchée sur le dos, la figure anxieuse, le pouls fréquent, dur et petit; le ventre tendu et très-douloureux à la pression, notamment dans la région hypogastrique et au niveau de la fosse iliaque gauche; nausées, miction difficile, constipation; les règles sont arrêtées. On prescrit une application de 15 sangsues *loco dolenti*, des cataplasmes, des bains et des purgatifs.

Après huit jours les douleurs sont diminuées; l'exploration de l'abdomen étant devenue plus facile, on l'examine avec soin et on constate un empâtement dans la fosse iliaque gauche et dans le petit bassin. — Frictions avec l'onguent napolitain, cataplasmes.

Au bout de quinze jours les douleurs ont à peu près cessé, la malade se lève, se plaignant d'un sentiment de gêne dans le bas-ventre avec difficulté d'uriner et d'aller à la garde-robe. En déprimant la paroi antérieure de l'abdomen au-dessus du pubis, on sent dans le petit bassin une tumeur molle, de la grosseur d'une orange; le toucher vaginal fait reconnaître en arrière et sur les côtés du col de l'utérus une saillie arrondie, dépressible, évidemment en rapport avec la tumeur signalée dans le petit bassin.

La malade se rétablit peu à peu, en conservant cependant une difficulté dans la miction et la défécation. La tumeur n'a pas changé de volume. Dans le courant du mois de juin, elle est prise de douleurs sourdes d'abord, puis très-aiguës, ayant leur siége principal dans la cavité pelvienne et s'irradiant vers la fosse iliaque droite. La fièvre est intense. Une nouvelle application de sangsues et des frictions mercurielles semblent amener un soulagement dans les douleurs les jours suivants; mais la fièvre persiste, la santé générale commence à s'altérer. La tumeur est à peu près la même.

Un jour, à la suite de douleurs très-vives, les urines deviennent troubles, noirâtres et d'une odeur fétide; une exploration attentive du petit bassin apprend que la tumeur a disparu, du moins en grande partie.

Quelques jours après ce changement, la malade rend par l'urèthre un lambeau de tissu de deux pouces de long et d'une ligne et demie de large, puis elle s'aperçoit que des gaz s'échappent par le méat urinaire, pendant la miction. A partir de ce moment, elle va de mal en pis, il survient de la diarrhée et une maigreur effrayante.

Le 24 septembre, cette jeune fille entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Malgaigne, suppléé alors par M. Depaul. A ce moment le ventre est déprimé, peu douloureux, si ce n'est au-dessus du pubis, où la pression détermine une sorte de gargouillement. La malade rend toujours des gaz en urinant. Le toucher vaginal ne laisse sentir aucune tumeur. On cherche à relever les forces par des toniques. La mort survient au milieu du marasme le plus complet, le 15 octobre. On a constaté dans les derniers jours de la vie qu'il ne s'échappait plus de gaz avec les urines, et que le bruit aérique qu'on entendait auparavant au-dessus du pubis avait disparu.

Voici ce que l'autopsie, faite par M. Soulié, interne du service, a fait reconnaître :

La paroi antérieure de l'abdomen, au niveau du petit bassin, a contracté des adhérences avec une masse intestinale composée du cœcum, de l'S iliaque et d'une portion d'intestin grêle. On trouve dans l'épaisseur même de cette paroi une cavité pouvant loger une noisette. — Ses connexions seront indiquées tout à l'heure. — Derrière la masse d'intestins adhérents entre eux existe une poche occupant la plus grande partie du petit bassin, et se prolongeant à gauche vers la fosse iliaque. Cette cavité, pleine d'un liquide jaunâtre d'où s'exhale une odeur fécale, est limitée en avant et en haut par cette même masse intestinale, en avant et en bas par une portion de la face postérieure de la vessie, plus bas encore par l'utérus et les ligaments larges avec la trompe et l'ovaire du côté droit, en arrière par le rectum, et sur les côtés par la portion des parois latérales du pelvis qui sont en arrière des ligaments larges.

Cette poche présente trois ouvertures : la première communique avec la cavité signalée dans la paroi abdominale; la deuxième débouche dans la vessie; la troisième dans la partie inférieure de l'intestin grêle, à deux pouces au-dessous du cœcum. L'ovaire gauche, réduit à une bandelette de tissu fibreux, est rempli par un kyste sanguin gros comme une noix. La trompe de ce côté est dans l'état normal; l'ovaire droit est réduit en une sorte de bouillie. La trompe droite, de l'épaisseur du petit doigt, présente à la face externe une excoriation large comme l'ongle, à bords déchiquetés; la muqueuse est rouge, boursouflée, granuleuse. Les veines du plexus ovarique ne sont point variqueuses. L'utérus est sain. La vessie présente sur sa paroi postérieure une saillie ampullaire, au sommet de laquelle est un orifice qui conduit dans la poche qui vient d'être décrite. Le rectum est couvert dans toute son étendue d'ulcérations analogues à celles qu'on rencontre dans la dyssenterie chronique.

L'époque de l'apparition des douleurs, la marche de la maladie, les faits constatés à l'autopsie, tout porte à présumer, ainsi que MM. Martin-Magron et Soulié se sont crus fondés à l'admettre, qu'il y a eu dans ce cas hématocèle intra-péritonéale résultant d'une hémorrhagie ovarienne, puis, six mois après, inflammation ulcérative de la poche, et consécutivement communication avec les organes environnants.

Un cas nouveau de maladie de Basedow (cachexie exophthalmique).

L'affection singulière désignée sous le nom de cachexie exophthalmique, ou de maladie de Basedow, qui a fait récemment le sujet de deux intéressantes communications à l'Académie de médecine de la part de MM. Aran et Trousseau, est sans doute encore en ce moment, pour la presque universalité des médecins, l'objet de beaucoup de doutes et d'incertitudes; — incertitudes non sur la réalité des faits eux-mêmes, qui ont été vus par trop d'observateurs pour qu'on puisse songer à les récuser, mais sur leur interprétation physiologique.

Nous avouerons très-humblement n'être point encore en mesure de lever ces doutes et de faire cesser cette incertitude. Mais tout en nous renfermant dans un rôle plus modeste, nous n'en croyons pas moins servir utilement la cause de la science en faisant appel à l'observation de nos confrères et en plaçant sous les yeux de nos lecteurs, comme autant de documents destinés à servir ultérieurement à l'élucidation de ce point obscur de pathologie, les faits qu'on veut bien nous communiquer.

Voici une observation qui vient de nous être transmise tout récemment par M. le docteur Eugène Postel (de Caen), et que nous nous empressons d'autant plus volontiers de soumettre à l'appréciation de nos lecteurs, qu'elle paraît avoir été recueillie avec une grande attention.

Le 23 février 1860, M. Postel fut appelé à donner des soins à Mlle Louise B..., âgée de vingt-sept ans. Cette jeune fille avait déjà été soignée, et à plusieurs reprises, par M. le docteur A. Raisin, pour un rhumatisme articulaire aigu généralisé. Hystérique et très-nerveuse, elle était sujette, depuis l'âge de douze ans, à des palpitations de cœur avec dyspnée et suffocation. Elle se plaignait surtout de souffrir d'une vive céphalalgie, d'un refroidissement des extrémités et d'une névralgie intercostale symptomatique d'une dyspepsie profonde. Il paraît que des chagrins violents entretenaient cet état de souffrance. Les règles étaient laborieuses et abondantes. L'aspect de cette jeune fille était chlorotique.

Dès la première visite, les divers symptômes que cette malade offrit à l'observation parurent à notre confrère pathognomoniques de cette affection à laquelle on a donné le nom de *maladie de Basedow*, ou *exophthalmos cachectique*. Il constata, en effet, une tuméfaction considérable du corps thyroïde, du côté gauche surtout, qui était notablement soulevé par les pulsations de l'artère carotide, appréciables à l'œil de l'observateur. Le volume de cet organe était triple de ce qu'il est ordinairement. A la suite d'un exercice souvent peu fatigant, d'une émotion morale quelconque, et quand survenaient les accès de palpitations du cœur, la malade se plaignait, outre une sensation vive de constriction au cou, de souffrir et d'éprouver des battements dans l'intérieur de la tumeur, qui était le siége d'un bruit de souffle bien accentué et coïncidant avec les mouvements de systole. Les yeux semblaient plus gros et proéminents. Cette saillie hors des orbites ne gênait en aucune façon les mouvements des globes oculaires. L'iris était parfaitement contractile et la vue parfaitement nette. M. Postel tenta, à l'aide d'une pression légère, de faire rentrer les globes oculaires saillants; il y parvenait facilement; mais sitôt que son doigt cessait de les maintenir, ils redevenaient aussi proéminents qu'auparavant.

Cette exophthalmie était tantôt plus, tantôt moins prononcée. Le cœur battait fortement, et son impulsion, vigoureusement accentuée au palper, se faisait sentir jusque dans l'épigastre. Le pouls, dur et assez rhythmé, cinq fois compté, donna de 116 à 125. La matité était plus étendue qu'à l'état normal; elle se limitait du bord inférieur de la troisième côte jusqu'à la septième, et du sternum, à près de 2 centimètres à gauche du mamelon. Le premier bruit était accompagné d'un souffle systolique si marqué et si rude qu'il le masquait, et il retentissait manifestement dans les carotides et les sous-clavières : il témoignait de l'existence d'un rétrécissement artériel. Quant au second bruit, aussi accompagné d'un bruit de soufflet, notre confrère a dû croire, par suite de ce synchronisme et de cette duplicité, que le rétrécissement aortique coïncidait avec une insuffisance des valvules sygmoïdes. Les urines étaient abondantes et d'une limpidité parfaite. La chaleur n'y faisait constater aucun trouble.

La marche de la maladie a été paroxystique. Le 3 mars, Louise B... se trouvait notablement mieux, et ce mieux dura plusieurs semaines.

Le 23 avril, l'état de faiblesse s'était accru; la saillie des yeux et les troubles cardiaques persistaient toujours. Au 15 juin, il y avait de l'amendement; la malade avait pu venir et retourner à pied de Bretteville à Caen (au dispensaire de la Maladrerie), c'est-à-dire faire six kilomètres environ. Elle put réitérer ce voyage le 20 juillet.

Le 26 octobre, M. Postel la vit dans un état de faiblesse extrême, et toujours avec la proéminence des yeux, la persistance des symptômes cardiaques, la tuméfaction du corps thyroïde, qui paraissait toutefois s'être un peu ramolli. Il ne constata aucun signe de tuberculisation pulmonaire.

Les troubles circulatoires avaient continué de s'aggraver quand il la revit le 19 novembre. Le lendemain, elle recevait la visite de M. le docteur Alphonse Martin, qui observa et constata les symptômes qui viennent d'être décrits. La malade est morte deux jours après.

En fait de traitement, M. Postel a employé la teinture de digitale et la digitaline à dose élevée, préparations que Graefe regarde comme impuissantes; la solution de Lugol (eau iodée), et le sirop d'iodure de fer; le carbonate de fer; quelques drastiques. Il n'attribue à aucun de ces médicaments le mieux relatif qu'il a pu signaler de temps à autre.

M. Postel ajoute qu'il lui paraît très-difficile, dans l'état actuel, de prendre parti pour l'une ou l'autre des théories émises sur l'étiologie et la nature de cette maladie.

portante qualité que nous tenons à trop haute estime pour ne pas en féliciter immédiatement l'auteur.

— M. Fordos a cherché à découvrir le principe qui donne à certains pus une couleur bleue, et qui, selon cet auteur, n'est ni de la biliverdine ni de la cyano-urine.

Mais voyons d'abord comment l'habile chimiste a pu isoler ce principe.

Les linges teints par le pus sont soumis à une macération de quelques heures dans de l'eau mélangée d'une petite quantité d'ammoniaque. On obtient alors une dissolution d'un bleu verdâtre. Elle est agitée avec du chloroforme; celui-ci enlève à l'eau la matière bleue, et les corps étrangers jaunâtres qui verdissaient la liqueur. On enlève le chloroforme avec un entonnoir à robinet : on filtre et on évapore à l'air.

Le résidu est alors traité par de l'eau distillée qui dissout le principe colorant, sans détruire les matières grasses.

La dissolution est de nouveau traitée par le chloroforme, qui est ensuite enlevé comme ci-dessus; nouveau filtrage, nouvelle évaporation.

On obtient ainsi le principe et la matière jaunâtre. Quelques gouttes d'acide chlorhydrique colorent en rouge la matière bleue. Le chloroforme dissout alors les corps jaunâtres, sans attaquer la substance rouge. Celle-ci est alors triturée avec du carbonate de baryte en présence du chloroforme. Le sel de baryte enlève l'acide, met en liberté le principe bleu, qui se dissout dans le chloroforme et donne par évaporation de beaux cristaux.

M. Fordos nomme ce principe pyocyanine, et lui reconnaît les caractères suivants :

Couleur bleue plus ou moins foncée, cristaux prismatiques, solubles dans l'eau, l'alcool, l'éther et le chloroforme. La liqueur est décolorée par le chloro, rougie par les acides; les alcalis lui rendent sa couleur bleue. Elle abandonne la pyocyanine quand on l'agite avec du chloroforme.

La coloration disparaît peu à peu dans un flacon bouché; il faut agiter à l'air le liquide pour la voir se reproduire. Il en est de même quand on l'a chauffé avec du sulfure de sodium.

Les désoxydants peuvent donc pour un moment enlever une couleur qui reparaît sous l'influence de l'oxygène de l'air. De là l'explication de ce pus incolore pouvant colorer en bleu les linges à pansement. La pyocyanine peut produire avec les acides des combinaisons rouges.

— On connaît le travail de M. le directeur de l'Assistance publique de Paris sur les consommations de la ville de Paris; le Bureau des longitudes publie dans son *Annuaire* les chiffres de cette consommation en 1860. Ces chiffres pourront intéresser certains de nos lecteurs.

Vins en cercles.	1,735,007	hectol.
— en bouteilles.	12,678	—
Alcools et liqueurs.	77,044	—
Cidre.	21,028	—
Alcools dénaturés.	934	—
Bière à l'entrée.	147,391	—
Bière fabriquée dans Paris.	142,990	—
On a mangé, de raisin.	1,169,100	kilogr.
Viande de bœuf, vache, veau, moutons, boucs, chèvres.	56,049,753	—
Abats et issues.	1,099,992	—
Viande et graisse de porc.	6,091,379	—
Abats et issues de porcs.	889,603	kilogr.
Suifs bruts ou fondus.	568,291	—
Viandes provenant de l'extérieur, viandes de bœuf, vache, veau, mouton, bouc, chèvre.	18,785,187	—
Abats et issues.	812,021	—
Viande fraîche et graisse de porcs, sangliers, cochons de lait, marcassins.	4,993,047	—
Abats et issues de porcs.	610,232	—
Charcuterie.	1,232,605	—
Pâtés, terrines, écrevisses, truffes.	102,158	—
Fromage sec.	2,018,671	—
Marée, pour.	9,165,114	fr.
Huîtres, pour.	2,187,871	—
Poisson d'eau douce, pour.	1,095,063	—
Volaille et gibier, pour.	19,428,466	—
Beurre, pour.	20,409,520	—
Œufs, pour.	60,520,887	—

Un savant, M. Block, a de son côté recherché quelle pouvait être la quantité de viande consommée, par individu et par an, dans les diverses contrées européennes. Il est arrivé au résultat suivant :

France, 20 kilogr.; Grande-Bretagne, 27 kilogr. 540 gr.; Bavière, 21 kilogr. 100 gr.; Bade, 25 kilogr. 400 gr.; Espagne, 12 kilogr. 900 gr.; Pays-Bas, 18 kilogr. 250 gr.; Suède, 20 kilogr. 200 gr.; Danemark, 22 kilogr. 640 gr.; Saxe, 19 kilogr.; Wurtemberg, 22 kilogr. 400 gr.; Autriche, 20 kilogr.; Deux-Siciles, 10 kilogr. 700 gr.; Hanovre, 19 kilogr. 10 gr.; Luxembourg, 21 kilogr. 500 gr.; les deux Mecklembourgs, 29 kilogr.; Toscane, 8 kilogr. 500 gr.

Si de ces chiffres nous voulions, comme certains auteurs, tirer la somme de bien-être des peuples, nous serions donc sur un second rang?

Dr E. Renaud.

« Je ne sais, dit-il, lequel a raison, ou de M. Charcot, à qui nous devons en France le premier travail historique de cette affection, et qui regarde cette maladie comme une entité morbide distincte et définie, à symptômes ou éléments essentiels ; — ou de M. Fischer, qui prétend que l'exophthalmos est généralement dû à un trouble des liquides de l'économie, chloro-anémie, albuminurie, etc, ; — ou de M. Trousseau, qui avance que la maladie de Basedow, qu'il appelle goître exophthalmique, n'est qu'une névrose à congestions locales ; — ou enfin de M. Koeben (thèse, Berlin, 1855), et après lui M. Aran, dont les idées, bien voisines de celles de M. Trousseau, tendent à montrer cette affection comme une excitation générale, un trouble du grand sympathique, dominant l'ensemble des symptômes. »

Sans être plus explicite que notre confrère à cet égard, et tout en restant dans les mêmes réserves sur le fond de la question, nous ferons remarquer cependant que le fait qu'il a bien voulu nous communiquer nous semble donner plutôt quelque appui à l'opinion de MM. Koeben et Aran.

NOTE SUR UNE ESPÈCE PARTICULIÈRE de convulsions épileptiformes survenant chez les paralytiques aliénés.

Par M. le docteur MARCÉ.

(Communiquée à l'Académie de médecine dans la séance du 29 janvier.)

La discussion qui se poursuit en ce moment devant l'Académie à propos de la lecture de M. Trousseau, et les communications auxquelles elle a donné lieu, me déterminent à appeler l'attention sur quelques faits empruntés à l'histoire de la paralysie générale des aliénés. Quoique indiqués et décrits depuis longtemps déjà, ces faits peuvent être envisagés à un point de vue spécial, et méritent une place au milieu de la question qui s'agite.

On sait quel rôle important joue la congestion cérébrale dans le début, la marche et la terminaison de la paralysie générale : elle peut devenir le point de départ des premiers symptômes de la maladie ; elle peut aussi amener brusquement la mort des malades ; dans d'autres cas, elle existe à titre de complication, se reproduit à divers intervalles et sous des aspects variés, parfois même sous l'aspect de convulsions épileptiformes, laissant chaque fois après elle une notable aggravation dans la démence et les symptômes paralytiques. Or, parmi les faits de cette dernière catégorie, voici ce que j'ai observé chez deux malades n'ayant jamais eu auparavant d'attaques d'épilepsie, et dont je possède l'observation détaillée :

Les premières congestions étaient apoplectiformes; le coma alternait au début avec des convulsions éclamptiques sans caractère bien déterminé; les malades restaient sans connaissance pendant vingt-quatre, quarante-huit heures et même plus ; ils revenaient lentement à eux sous l'influence d'émissions sanguines et d'un traitement approprié, et pendant leur convalescence présentaient une notable aggravation dans les symptômes paralytiques, ou même des hémiplégies passagères.

Ces congestions se renouvelaient à des intervalles plus ou moins éloignés ; mais j'observais avec un certain étonnement que leur intensité et leur aspect se modifiaient graduellement pour revêtir plus particulièrement non-seulement la forme convulsive propre à l'épilepsie, ainsi que cela arrive assez souvent, mais encore tous les autres caractères de cette maladie. Tantôt c'était la grande attaque avec cri initial, alternatives de pâleur et de rougeur de la figure, écume sanguinolente et convulsions spéciales; la stupeur se dissipait sans traitement spécial, au bout de quelques minutes, en laissant les sujets dans leur état habituel ; tantôt c'était un simple vertige, exactement semblable au vertige épileptiforme, avec quelques grimaces de la figure, quelques légers mouvements convulsifs du corps, et une perte de connaissance passagère. J'ai vu des cas dans lesquels le simple vertige accélérait singulièrement la marche de la paralysie générale; mais ici les accès ne laissaient au bout de quelques minutes aucune trace appréciable, et par eux-mêmes semblaient avoir peu de gravité, puisque chez l'un des malades, âgé de quarante et un ans, j'ai observé plus de vingt accès convulsifs; chez l'autre, âgé de trente ans, j'en ai compté quarante-deux. Tous deux n'ont succombé qu'au bout de trois ans à une congestion apoplectiforme : l'un mourut au bout de trente-six heures de coma, l'autre tomba comme foudroyé, et à l'autopsie je n'ai pas trouvé autre chose que les lésions habituelles de la congestion et de la paralysie générale, constatées à l'œil nu et au microscope. M. Calmeil (*Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 50 et 79) rapporte des faits qui ne sont pas sans analogie avec ceux-ci.

Ainsi, chez nos malades, la congestion avait perdu peu à peu son caractère primitif pour prendre momentanément la durée, l'aspect et le pronostic de l'épilepsie, pour devenir épileptiforme dans toute l'étendue du mot. Sans doute on ne peut dire que la congestion s'est transformée en épilepsie; il n'en est pas moins curieux au point de vue de la physiologie pathologique de voir peu à peu, avec l'habitude, les phénomènes congestifs qui tout d'abord constituaient le fait essentiel de l'accès, passer au second plan pour faire place à une forme convulsive dans laquelle la congestion a une importance réelle, mais secondaire.

Au point de vue pratique, cette forme de congestion doit être distinguée soigneusement, car elle ne comporte pas l'emploi de moyens thérapeutiques énergiques, qui auraient le grave inconvénient d'affaiblir inutilement les malades et d'accélérer la marche de la paralysie générale.

TRAITEMENT CONTRE LA COQUELUCHE.

Eau distillée.	125 grammes.
Eau de fleur d'oranger. . . .	8 —
Sirop de pivoine.	30 —
Sirop de belladone.	10 —
Ammoniaque.	6 gouttes.

Une cuillerée toutes les heures pendant quatre ou cinq jours, puis toutes les deux heures.

On donnera en même temps quatre petites tasses de tisane :

Mousse perlée.	20 grammes.
Eau.	300 —

Réduisez d'un tiers par l'ébullition. (*Formulaire de Lyon.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 janvier 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Deguise est nommé, sur sa demande, membre honoraire de la Société.

— M. le docteur Renault, de Rennes, adresse un manuscrit intitulé : *Note sur un nouveau procédé de guérir les trajets fistuleux et les fistules à l'anus* (commissaire, M. Chassaignac).

— M. Jules Cloquet dépose sur le bureau, de la part de M. Colson, de Noyon, membre correspondant, une observation de corps étranger du genou. Cette observation sera inscrite sur l'ordre du jour pour être lue à son tour.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. VERNEUIL présente le malade qui fait le sujet d'une observation d'*anévrysme spontané de l'artère poplitée droite*, que nous publierons dans un prochain numéro.

DISCUSSION.

M. FOLLIN. Après la communication de M. Verneuil, je crois qu'il est intéressant de mettre sous les yeux des membres de la Société une pièce que j'ai recueillie dans mon service à la Salpêtrière. C'est un exemple de guérison brusque et spontanée d'un double anévrysme; mais cette guérison a déterminé promptement une gangrène des membres inférieurs.

Cette femme, âgée de soixante-dix ans, présentait, au moment de son entrée à l'infirmerie, une tache livide, gangréneuse, au niveau du troisième orteil. Cette tache s'étendit bientôt à la face dorsale du pied. Les battements des artères des membres inférieurs étaient très-faibles, à peine perceptibles. Cette femme était en outre atteinte d'un catarrhe chronique, d'accidents graves de dyspnée, et elle succomba promptement à l'aggravation de son catarrhe pulmonaire.

A l'autopsie, j'ai trouvé un double anévrysme poplité. La poche anévrysmale est oblitérée par la présence de caillots abondants et volumineux. A la périphérie, on trouve des caillots actifs, stratifiés, creusés presque à leur partie centrale d'un véritable canal. Ce canal est obstrué par des caillots de formation récente, des caillots passifs. Il est probable que la formation de ces caillots a été rapide. Cette femme eût été guérie si cette production de caillots n'avait pas amené un arrêt trop brusque dans la circulation.

Les taches gangréneuses que nous avions observées pendant la vie étaient un phénomène consécutif à la production de ces caillots : la circulation collatérale n'avait pas pu suppléer assez vite à cet arrêt dans le passage du sang à travers les artères poplitées.

Les anévrysmes sont constitués par la tunique externe des artères. Celles-ci ont subi une altération que l'on observe fréquemment chez les vieillards, l'altération athéromateuse. Cette altération granulo-graisseuse porte sur la couche moyenne, contractile, des artères; de là un premier obstacle à la circulation. L'élasticité artérielle est perdue, et le sang circule difficilement dans la cavité de ces vaisseaux.

Il arrive assez souvent, dans ces circonstances, que des portions de plaques calcaires se détachent et obstruent ou diminuent le calibre du vaisseau. Si, dans ce cas, nous ne trouvons pas de plaque calcaire au centre des caillots, nous rencontrons une autre cause d'arrêt dans la circulation : ce sont les caillots actifs qui remplissent presque tout le calibre de l'anévrysme.

M. BROCA. Le fait que vient de présenter M. Verneuil est intéressant, mais le malade me paraît en bonne voie de guérison, et il me semble que nous ne devons pas avoir de récidive à redouter, quant à présent du moins.

J'ai étudié avec soin le retour des battements qui peuvent se montrer à une époque plus ou moins éloignée de l'opération d'un anévrysme. Ces battements peuvent tenir à trois causes différentes : 1° persistance des battements; 2° retour des battements; 3° récidive.

Dans le premier cas, les battements sont dus à la présence d'une collatérale un peu large, qui est placée dans un point très-rapproché de la poche anévrysmale. Ces battements se montrent promptement, et n'empêchent pas la guérison de la tumeur.

Dans le second cas, la circulation est brusquement interrompue; la poche se remplit immédiatement de caillots qui n'ont pas eu le temps de s'organiser. Ces caillots passifs sont bientôt en contact avec l'ondée sanguine, ramenée par les collatérales voisines, et se dissolvent petit à petit.

Le sang artériel rentre dans la poche, et les battements reparaissent. Ils se montrent à une époque rapprochée de l'opération, et persistent un, deux, trois mois, et même davantage ; j'ai lu une observation dans laquelle les battements avaient persisté huit mois. Ces battements disparaissent, les caillots actifs viennent remplacer les premiers caillots, et la guérison se produit dans presque tous les cas. Le malade présenté par M. Verneuil me semble rentrer dans cette seconde catégorie.

Quand une récidive doit avoir lieu, les battements ne reparaissent pas aussi vite dans la tumeur que dans le cas précédent. On les retrouve un mois, deux mois, six mois, et même un an, deux ans et trois ans après la ligature du vaisseau. A une époque tardive, le sang retrouve un passage dans la poche anévrysmale; il se creuse une cavité plus ou moins spacieuse, et la tumeur reprend les caractères d'une tumeur anévrysmale.

L'on retrouve, à la vérité, dans toutes ces circonstances, des battements plus ou moins circonscrits dans un anévrysme opéré, mais ces battements ont une valeur différente dans les divers cas où ils peuvent se présenter, au point de vue de leur marche et surtout du pronostic de l'opération. Dans les deux premières classes, il n'y aura plus à faire intervenir de traitement chirurgical; dans la troisième, le cas est grave, et l'opération que l'on devra pratiquer plus sérieuse encore que la première.

Pour le malade de M. Verneuil, les battements ont reparu très-vite; ils n'augmentent pas, ils ont plutôt de la tendance à diminuer d'intensité; la tumeur est considérablement revenue sur elle-même; on sent à peine un noyau allongé dans la place qu'elle occupait, et les deux mois qui se sont écoulés depuis l'opération ne me paraissent pas devoir aggraver le pronostic.

Quand il s'agit de récidive, la tumeur tend à s'accroître, et sa gravité augmente en raison de son accroissement. Chez un malade cité par Jeffrey, on dut en venir à l'amputation de la cuisse.

M. GOSSELIN. Le malade présenté par M. Verneuil me semble devoir être rapproché d'un malade opéré par Roux, et que j'ai pu étudier avec le plus grand soin. C'est *Levasseur*, dont on retrouve le nom dans les lettres de M. Roux. Chez Levasseur, les battements reparurent peu de temps après l'opération, et M. Roux s'en effraya d'abord ; mais, comme pour le malade que nous venons de voir, il n'y avait pas de mouvement d'expansion de la tumeur, pas de souffle, et celle-ci s'était notablement affaissée. Le sang revenait dans la tumeur par des artères collatérales, et non par l'artère oblitérée.

Le malade étant mort d'accidents étrangers à cet anévrysme (il avait été opéré d'un anévrysme poplité développé du côté opposé), j'ai fait son autopsie avec soin, et j'ai pu constater les particularités que je viens de signaler. A cette époque, M. Lenoir fit un mémoire contenant un ou deux faits, desquels il m'a paru résulter que ces battements *de retour* n'étaient point dangereux, que le sang, poussé dans la poche, était apporté par des artères d'un petit calibre; que les battements étaient peu intenses et surtout peu inquiétants. Aussi je pense que la persistance des battements chez le malade dont nous parlons en ce moment, ne doit pas faire redouter une récidive.

M. RICHET a examiné le malade avec soin à l'hôpital Saint-Louis Il n'y a dans la tumeur ni mouvement d'expansion ni bruit de souffle, l'anévrysme a considérablement diminué, et il ne voit pas là de motifs pour craindre une récidive. Il pense aussi que les battements sont communiqués à la tumeur par de petites artères collatérales. La tumeur va en diminuant, et il faut attendre. M. Richet ne doute pas qu'elle finisse par disparaître tout à fait.

M. CHASSAIGNAC ajoute que la tumeur a tellement diminué qu'il faut aujourd'hui explorer avec soin le creux poplité pour en retrouver la trace. Il pense donc aussi que l'anévrysme doit être considéré comme guéri. Mais comme le membre du malade de M. Verneuil est rétracté, que le malade boite, M. Chassaignac ajoute qu'il a pour habitude de maintenir le membre dans une rectitude parfaite, jusqu'à guérison complète. C'est ainsi que sur deux malades qu'il a opérés, il a pu, en agissant de cette manière, obtenir deux résultats si satisfaisants que l'opération n'a laissé à sa suite aucune claudication, aucun raccourcissement.

M. VERNEUIL répond que si le membre n'a pas été maintenu dans une bonne position jusqu'à guérison complète, c'est que le malade a voulu sortir aussitôt que la plaie de la cuisse a été guérie, malgré les conseils réitérés qui lui ont été donnés. M. Verneuil se demande où se passent ces battements, question qu'il s'était déjà posée dans la communication qu'il a faite.

M. BROCA. Je pense que les battements ont lieu dans le sac anévrysmal.

Si la tumeur était soulevée par une artère placée plus profondément au-dessous d'elle, la main recevrait en l'explorant la sensation de soulèvement, d'expansion ; or ici la tumeur est pulsatile et non soulevée en masse. J'ajouterai que ces battements s'expliquent très-bien si l'on admet que le sang revient dans la poche anévrysmale, tandis que l'on comprendrait moins facilement qu'une artère placée au-dessous d'elle lui imprimât ses battements. Il faudrait dans ce cas, en effet, pour soulever la tumeur, une artère plus volumineuse et par conséquent douée d'une force plus grande.

Quant au bruit de souffle, voici comment je m'explique qu'il peut et même qu'il doit manquer ordinairement :

Le bruit de souffle n'existe que dans les anévrysmes où le goulot de communication entre le vaisseau et la poche est plus petit que le sac : à ce niveau il y a collision entre les deux courants sanguins et partant production d'un bruit de souffle. Or, lorsqu'une ligature a été placée sur une artère, il y a dans le sac une couche excentrique plus ou moins épaisse de caillots actifs. Cette couche augmente. S'il se forme une accumulation brusque de caillots passifs, ceux-ci peuvent momentanément arrêter la formation des caillots actifs. Mais s'ils ne sont pas assez abondants pour déterminer la production d'un abcès, ils se résorbent, et la formation des caillots actifs continue. Ils sont doués d'une grande force de rétraction, ils tapissent le sac, le resserrent et l'oblitèrent même plus ou moins promptement. Mais que le sang revienne dans la poche anévrysmale, celle-ci n'est plus qu'un diverticulum, et l'on ne retrouve plus ce goulot dont j'ai parlé, nécessaire à la production du souffle. La capacité de l'anévrysme est alors proportionnelle à l'intensité des battements ; quelquefois la poche n'est plus perméable que sur un point, et les battements ne se montrent que sur un espace limité et rétréci.

M. ROBERT fait remarquer que si la poche anévrysmale diminue, le calibre de l'artère doit aussi éprouver un retrait au moins équivalent à la diminution de capacité de la tumeur ; le goulot de communication devrait donc rester dans les proportions où il se trouvait avant l'opération.

M. MOREL-LAVALLÉE insiste sur le rôle de l'éperon du goulot de communication dans la production du bruit de souffle; il explique comment l'ondée sanguine ne produirait pas seule le bruit, mais qu'elle fait entrer les bords de l'ouverture en vibration. De plus, l'é-

paississement de la poche en certains endroits, son amincissement en d'autres, expliquent pourquoi les battements peuvent être perçus dans un point et non dans un autre.

M. BROCA. Je n'ai pas voulu discuter les diverses théories qui ont été imaginées pour expliquer la production du bruit de souffle. Ce sont bien certainement les parois de l'orifice qui entrent en vibration sous l'influence de la collision des colonnes sanguines; je voulais seulement insister sur l'importance du goulot dans les anévrysmes. Quant au retrait du sac et de l'artère, le sac diminue plus vite que l'artère par suite de la présence des caillots actifs et de leur force de rétraction; le sac revient sur lui-même dans tous les sens, l'artère seulement suivant son calibre et non suivant sa longueur. De ce côté donc, le goulot n'éprouve pas de diminution. L'explication que j'ai avancée est du reste en harmonie avec les phénomènes que l'on observe dans les anévrysmes.

M. GOSSELIN. Les battements me paraissent bien évidemment avoir lieu dans le sac anévrysmal. Il me semble difficile qu'il reste à l'extérieur de la tumeur des artères assez volumineuses pour donner lieu à la production de tels battements. Chez Levasseur, dont j'ai déjà rappelé l'histoire, on sentait de pareils battements, et à l'autopsie on trouva que le sac était perméable dans une petite portion de son étendue. Je comprends d'ailleurs que, dans les cas de ce genre, le courant sanguin ramené par les collatérales est suffisant pour produire des battements, mais il ne l'est pas assez pour déterminer du souffle et de l'expansion dans la tumeur. Cela tient sans doute à ce que le sang artériel perd de sa force d'impulsion en passant à travers les capillaires dilatés pour le rétablissement de la circulation.

M. CLOQUET revient et insiste sur la pièce présentée par M. Follin. Il a rencontré un certain nombre de faits que l'on peut rapprocher de celui-là, et dans lesquels on voyait aussi un canal central au centre d'une poche anévrysmale; mais c'est surtout dans les anévrysmes cylindroïdes que ces particularités ont été observées. M. Cloquet rappelle un exemple remarquable d'une semblable lésion. Les détails en sont consignés dans sa thèse de 1831. Sur cette pièce, on trouvait trois anévrysmes, l'un sur la fin de l'aorte abdominale, les deux autres sur les artères iliaques primitives, et chaque anévrysme, rempli de caillots denses et fibrineux, était percé d'un canal creusé au milieu de ces caillots.

M. Cloquet termine en disant que, tandis que dans les phlébolithes le caillot est plus dur à son centre, le contraire se rencontre dans les caillots artériels.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Arrachement du pouce. — M. LARREY présente un nouvel exemple d'arrachement du doigt, dont la pièce anatomique et l'observation sommaire lui ont été adressées par M. le docteur A. Perrier (de la Charité-sur-Loire), ancien chirurgien militaire. Les considérations déjà émises sur les faits du même genre devant la Société, nous permettent de résumer simplement l'observation comme il suit :

D..., âgé de soixante ans, d'une bonne constitution, meunier à Chalivoy (Cher), attachait dans la matinée d'avant-hier (15 janvier 1861) une vache par le cou à l'aide d'une corde dont une extrémité était fixée à la crèche, et l'autre, bifide, destinée à embrasser le cou de l'animal, devait être nouée par un nœud coulant. D... en était à cette partie de l'opération, et avait le pouce gauche passé dans l'anse du nœud, lorsque la vache, poussée du côté de son maître par le reste du troupeau, ne lui permit pas de retirer le pouce à temps. La deuxième phalange fut brusquement arrachée, avec son tendon fléchisseur séparé des fibres musculaires qui s'implantent sur lui. La douleur fut nulle à l'extrémité digitale, et ce pauvre homme ne s'aperçut pas tout d'abord de cette mutilation; mais elle fut vive à l'avant-bras, au point où le tendon avait cédé.

Arrivé quelques heures après l'accident, je constatai l'état suivant: La première phalange, loin de faire saillie, peut être facilement recouverte par deux petits lambeaux, palmaire et dorsal, plus longs que ne le fait supposer l'inspection de la pièce pathologique ci-jointe. L'artériole palmaire est tordue. Aussi n'y a-t-il eu aucune hémorrhagie. La gaîne du tendon fléchisseur est béante; vive douleur dans toute la longueur de cette gaîne; tuméfaction de l'avant-bras modérée. Point de réaction générale. — Pansement à l'aide de bandelettes agglutinatives; bandage roulé jusqu'au coude, modérément serré; position inclinée du membre; irrigations froides continues sur l'avant-bras.

Ce matin, quarante-huit heures après l'accident, l'état local et général est très-satisfaisant. La douleur a cessé sous l'influence de l'eau froide, et j'espère bien n'avoir plus à redouter l'inflammation de la gaîne et ses conséquences. Je remplace les irrigations par des cataplasmes de fécule froids.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Lundi dernier 28 janvier, ont eu lieu à Vaugirard les obsèques de notre respectable confrère M. Gama, ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce. M. Laveran a rappelé dans les paroles suivantes les principaux traits de la vie de ce doyen de la médecine militaire :

Messieurs, en l'absence involontaire de M. le directeur de l'École de médecine militaire, qui eût su convenablement honorer la vie si bien remplie de M. Gama, c'est un devoir pour moi de venir au nom de tous saluer sur sa tombe le noble vieillard qui, par l'adoption qu'il avait faite des intérêts des médecins militaires, impose à tous un témoignage de gratitude, et aux quelques élèves qui lui ont survécu un hommage de fidélité filiale. Frappé par le coup subit qui nous a ravi M. Gama, je ne vous parlerai ni de ses services, ni de ses titres scientifiques, ni des honneurs qui étaient venus le trouver dans sa modeste vie. Pour l'honorer comme il mérite de l'être, j'essayerai de vous rappeler son caractère, car la plus belle couronne qu'il ait conquise en quatre-vingt-six années, était l'estime de soi et de sa propre vie.

M. Gama, ex-chirurgien en chef d'armées, ex-chirurgien en chef et premier professeur de l'hôpital militaire d'instruction au Val-de-Grâce, appartenait à cette race vigoureuse de paysans lorrains, race de braves et de soldats. Enfant de la République, il avait pris de son esprit le sentiment absolu du devoir et une indépendance dont les accents énergiques éclataient encore dans sa retraite, lorsque quelques-uns de ses anciens élèves cherchaient à le rappeler à plus de modération dans la revendication des droits de la médecine militaire.

Parti avec toute cette génération de jeunes hommes qui pendant vingt-cinq ans parcoururent tous les champs de bataille de l'Europe, les couvrant de leur gloire, de leur dévouement et de leurs vies généreuses, il avait rapporté de cette belle carrière un orgueil qui a fait notre étonnement, parce que nous ne nous étions pas rapprochés de la source où il l'avait puisé. Ce vieux légionnaire parti avec Hoche, Jourdan, Marceau, ce médecin éprouvé par quarante ans de fidélité aux devoirs, a été, en effet, le plus irréconciliable défenseur de l'indépendance d'une profession qu'il avait d'autant plus le droit d'élever qu'il l'avait honorée davantage. D'ailleurs, d'autres titres autorisaient M. Gama à parler au nom de la médecine militaire : il n'avait pas été seulement le chirurgien du champ de bataille, celui auquel Bernadotte envoyait, après bien des années, un souvenir de sa reconnaissance. Esprit droit, éclairé, instruit, comme le continuateur et l'élève des hommes qui ont immortalisé l'Académie de chirurgie, M. Gama aimait les lettres et les sciences.

Appelé en 1816 à diriger un des hôpitaux militaires d'instruction fondés par le gouvernement de la Restauration, il avait retrouvé sur ce nouveau terrain l'occasion d'un nouveau zèle, en se consacrant tout entier à l'œuvre d'émancipation du corps de santé par le travail. A combien d'entre nous ne reste-t-il pas, comme une des meilleures pensées de leur jeunesse, le souvenir des brusqueries amicales de ce vieux maître qui n'a jamais flatté personne?

Pendant vingt ans, il poussa avec ardeur les nombreuses générations qui se sont succédé dans les voies droites du travail. S'identifiant en quelque sorte avec le Val-de-Grâce, il avait abrité sous ses voûtes sa vie chaste, régulière, désintéressée; et à voir cet homme austère, cette nature un peu sauvage, on l'eût volontiers comparé à quelque hospitalier des premiers temps du christianisme. D'ailleurs, à un autre point de vue, M. Gama appartenait à son siècle; esprit élevé, écrivain pur, les grands événements qu'il avait traversés avaient empreint son âme d'une philosophie à la fois sévère et sereine, qui a été la seule compagne d'une longue et heureuse retraite. Ses écrits ont éclairé la pratique, et fondé l'histoire de la médecine militaire en France; il a été le promoteur des défenseurs heureux des droits de la médecine militaire; de sorte qu'à tous les titres il reste de cette belle vie un bel exemple et un beau souvenir.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— M. Reynal, chef de service de clinique à l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort, vient d'être nommé professeur de pathologie, de thérapeutique et de police sanitaire à la même école, en remplacement de M. Delafond, nommé directeur.

— Un concours pour la place d'aide de botanique à la Faculté de médecine de Strasbourg s'ouvrira au mois d'avril prochain.

— Le corps médical de l'Alsace vient de perdre successivement dans l'espace d'un mois trois de ses membres :

M. le docteur Hartung a succombé à Strasbourg. Il était docteur depuis 1812, et avait fait partie, comme médecin militaire, du petit corps du général Barbanègre, célèbre par la défense de Huningue.

A Colmar, le plus ancien docteur du Haut-Rhin, M. Macker père, ancien médecin de l'hôpital de cette ville, a terminé sa laborieuse carrière le 15 janvier.

Enfin M. Henri Lauth, docteur en médecine à Barr, a succombé le 25 janvier à une maladie aiguë du cœur.

— M. le docteur Gely, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nantes, professeur de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville, membre de la Société académique de la Loire-Inférieure, est mort le 14 janvier dernier, après une maladie qui l'avait tenu pendant plusieurs années éloigné de son service et de sa clientèle.

— M. le docteur Laures, pharmacien-major de 1re classe, directeur du dépôt central des pharmacies militaires à Alger, que recommandaient d'importants travaux scientifiques, notamment ceux qu'il avait entrepris pour introduire la culture du sorgho en Algérie, vient de succomber.

— Nous avons à saluer la bien-venue de deux nouveaux journaux dont la fondation avait été précédemment annoncée par nous. Le premier numéro des *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, recueil publié par M. Baillarger, et le premier numéro du *Journal de médecine mentale*, rédigé par M. Delasiauve, ont paru depuis quelques jours à la librairie Victor Masson. Les *Annales médico-psychologiques*, qui entrent dans leur dix-huitième année d'existence, n'en continuent pas moins le cours de leur publication.

Une feuille bi-mensuelle, l'*Hydrothérapie*, a cessé de paraître, mais le titre seul de ce journal est changé, et M. le docteur Em. Duval, son rédacteur en chef, vient de fonder la *Médecine contemporaine*, revue hebdomadaire de médecine et de chirurgie.

Enfin, si nous sommes bien informé, la publication d'un recueil trimestriel de chirurgie dont on avait parlé depuis quelque temps, semble être indéfiniment ajournée.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES ORPHELINES LE PEYTRE.

Nous avions annoncé, il y a un mois, qu'un généreux confrère était à la veille d'adopter l'une des cinq filles du docteur Le Peytre. Les négociations relatives à cette affaire ont été poussées avec zèle et dévouement par l'un de nos collaborateurs, mais elles viennent malheureusement d'échouer, à la suite de circonstances tout à fait imprévues. Nous ne pouvons donc que prier nos lecteurs de s'intéresser de plus en plus au sort des orpheines.

Voici une nouvelle liste de souscription :

MM. Buchon, de Quingey. . . .	5 fr.
Un anonyme.	5
Poinsot, de Fontenay-sous-Bois.	10
Total.	20 fr.
Total des listes précédentes. .	454
Total général jusqu'à ce jour. .	474 fr.

Les souscriptions continuent à être reçues chez M. Brochin, rue Larrey, 4, chez M. Legrand du Saulle, boulevard de Sébastopol, 9 (rive gauche), et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 15. — MARDI 5 FÉVRIER 1861. (34e ANNÉE.) N° 15. — MARDI 5 FÉVRIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 15, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3.000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7.000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 FÉVRIER 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. le docteur Ollier, dont nos lecteurs connaissent déjà les belles recherches sur la reproduction des os, confirmatives et complémentaires de celles de Duhamel et de M. Flourens, continue ses intéressantes expériences, qu'il dirige principalement vers la solution de questions importantes de pratique chirurgicale. Ce serait en effet un point de pratique extrêmement utile à éclaircir, que de savoir *a priori* ce que l'on peut attendre de la résection de telles ou telles extrémités osseuses, par rapport à leur reproduction ou à l'arrêt de développement des membres, suivant l'âge des sujets et certaines autres conditions physiologiques déterminées, et quelles sont les limites en deçà desquelles ces opérations sont encore possibles ou ne doivent plus être acceptées.

Pour éclaircir ce point, il s'agissait de déterminer préalablement la loi d'accroissement des os après les résections articulaires et les amputations pratiquées chez les jeunes sujets, et de rechercher si les deux extrémités de l'os prenaient une égale part à son accroissement, si la perte de l'une ne serait pas plus préjudiciable que la perte de l'autre; si, enfin, les diverses résections exposaient également à l'arrêt de développement du membre. On verra dans le compte rendu de la séance la relation des expériences que M. Ollier a instituées dans ce but, et l'exposé des résultats intéressants qu'il a obtenus. Grâce à ces résultats, corroborés par la concordance des expériences de M. Ollier avec celles de M. Flourens, les chirurgiens seront désormais fixés sur le plus ou moins de chances d'arrêt de développement que doivent entraîner les résections des principales articulations des membres.

M. Civiale a présenté à ses collègues, dans cette séance, le résumé de sa pratique lithotritique tant en ville que dans son service de l'hôpital Necker pendant l'année 1860. Nos lecteurs trouveront ce résumé plus bas. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS.

Anévrysme spontané de l'artère poplitée droite.

Essais répétés de compression digitale, intermittente et continue. — Compression avec le sac de plomb et les appareils à pelote double. — Insuccès de cette méthode. — Ligature de la fémorale à l'anneau du troisième adducteur. — Disparition du souffle et de l'expansion. — Diminution progressive de la tumeur. — Persistance de battements faibles datant du troisième jour après la ligature, et appréciables encore sans changement notable près de trois mois après l'opération.

Par M. le docteur VERNEUIL, agrégé de la Faculté.

C..., aujourd'hui facteur de la poste, autrefois sous-officier dans un régiment de ligne, âgé de trente-cinq ans, d'une bonne constitution, entré à l'hôpital Saint-Louis le 12 septembre 1860, est couché au n° 16 de la salle Sainte-Marthe.

Pendant qu'il était au service, cet homme a remarqué des varices peu développées, qui ont augmenté lentement, et sont visibles aujourd'hui aux deux membres, surtout à droite. Les dilatations veineuses de ce côté remontent jusqu'au tiers supérieur de la cuisse; elles rampent sous la peau dans la direction de la saphène interne, qu'elles croisent à angle très-aigu. Elles n'ont jamais donné lieu qu'à de légers engourdissements, le soir, après la marche prolongée.

Il y a un an et demi, la jambe droite devint le siége de crampes très-douloureuses, durant peu le jour, mais se prolongeant assez avant dans la nuit. Elles s'accompagnaient d'un engourdissement assez incommode. Un médecin, consulté en mai 1859, conseilla le repos et des frictions camphrées. Les accidents se calmèrent presque complétement. L'hiver se passa très-bien.

En avril 1860, à la suite d'un saut assez énergique, les douleurs reparurent au mollet droit, assez aiguës le soir. Lorsque la marche s'exécute rapidement, le pied droit s'engourdit et la peau devient presque insensible. Le malade boite, et doit s'arrêter de temps en temps. Il a beaucoup de peine à monter en courant dans la voiture de la poste.

Le soulier droit semble trop étroit, parce que le pied présente un peu d'œdème. Un médecin constate ce phénomène, et prescrit des frictions. Quelque temps après, des battements sont ressentis au mollet et à la partie inférieure de la jambe.

C... se présente alors à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Je remarque d'abord les varices assez marquées qui rampent sous la peau; puis en posant la main au jarret, je reconnais sans difficulté une tumeur arrondie, assez volumineuse, animée de pulsations expansives isochrones au pouls, sur la nature de laquelle l'hésitation n'était pas possible un seul instant.

Le malade entre à l'hôpital le surlendemain, et nous constatons les particularités suivantes : décubitus ventral, le jarret exposé à la vue. Le creux poplité droit est comblé presque en totalité par une tumeur arrondie, ovoïde, à grand diamètre vertical, occupant surtout la portion fémorale de la région poplitée. La peau n'a pas changé de couleur ; elle est sillonnée par quelques veines dilatées sous-cutanées, et soulevée d'une manière évidente par des battements et un mouvement d'expansion très-appréciable à la vue. De chaque côté de la tumeur on distingue les saillies latérales formées par les tendons, qui limitent latéralement le triangle fémoral du jarret.

Mieux encore que l'œil, la main perçoit les pulsations et l'expansion. Celle-ci est très-forte, surtout à la partie supérieure et interne, vers l'insertion du tendon du grand adducteur. Le sac paraît en cet endroit très-superficiel. Si on presse légèrement la tumeur, on perçoit un frôlement qui se produit de haut en bas. Ce n'est pas le frémissement cataire, le *thrill* des anévrysmes artérioso-veineux; c'est un frottement du courant sanguin et non une vibration.

La tumeur est, en général, assez molle, surtout en haut. Elle est en partie réductible à la pression lente. La compression de l'artère fémorale fait cesser les battements et l'expansion, et amène la prompte diminution de volume. On peut conclure, d'après des explorations variées, que le sac est spacieux, à parois minces, et qu'il ne renferme qu'une très-petite quantité de stratifications fibrineuses et de caillots.

J'évalue son volume à celui d'un œuf de poule, à grosse extrémité tournée en haut. Son grand axe est sensiblement parallèle à celui de l'artère. La perforation de l'artère siége vraisemblablement sur la paroi postérieure du vaisseau, au niveau du tiers supérieur du diamètre longitudinal du sac, car la pression directe, exercée transversalement avec un seul doigt dans le point susdit, fait cesser à peu près complétement les battements. C'est surtout dans la suite que cette supposition a pu être confirmée clairement.

L'examen stéthoscopique et l'auscultation directe donnent les résultats ordinaires : bruit de souffle intermittent, simple, isochrone à l'expansion, fort, mais sans grande rudesse perceptible dans toute l'étendue transversale du losange poplité, et verticalement, dans une hauteur de 8 ou 9 centimètres. Son maximum répond au tiers supérieur du sac; il ne se propage ni à l'artère fémorale ni au tronc tibio-péronier.

Nous le recherchons dans les diverses attitudes du membre; il diminue sensiblement quand on élève verticalement le pied (le malade étant dans le décubitus dorsal), puis quand on étend fortement la jambe sur la cuisse, ou la cuisse sur le bassin, de même quand le malade se tient debout sur le sol, les membres inférieurs bien étendus.

Lorsque les jambes sont croisées ou qu'elles reposent demi-fléchies sur le plan horizontal du lit, les battements de la tumeur soulèvent en totalité le pied et la jambe.

Du reste, le membre est sain ; sauf le léger degré de phlébectasie déjà noté, point d'œdème ni d'induration. Les mouvements du genou n'ont point perdu de leur étendue ; l'extension forcée est un peu pénible. Nulle douleur à la pression dans le sac ni ailleurs ; battements normaux appréciables à la pédieuse et à la tibiale postérieure.

L'auscultation attentive de la fémorale, des gros vaisseaux et du cœur ne révèle aucune altération dans le reste du système vasculaire. Le pouls est à 64. C..., du reste, a toujours joui d'une bonne santé. Il est sobre, n'a jamais fait d'excès; de temps en temps seulement il est affecté de coliques assez intenses qui surviennent presque subitement, s'accompagnent d'inappétence, sont suivies de quelques selles, puis se dissipent après vingt-quatre ou trente-six heures, sans laisser de traces fâcheuses ni durables.

Jamais cas ne parut plus favorable au succès prompt de la *compression digitale ;* aussi fut-il décidé sur-le-champ qu'on aurait recours à ce procédé. Pendant qu'on recrutait le personnel nécessaire, le malade était soumis à une sorte de préparation. Je l'avais instruit de ce qu'on allait faire pour qu'il pût nous prêter son concours et sans l'effrayer outre mesure. Je lui avais appris cependant que sa maladie n'était pas insignifiante comme il le supposait tout d'abord, que sa guérison en revanche était à peu près certaine avec de la patience, du temps et un peu de courage de sa part. Notre homme, fort intelligent et d'un caractère très-doux, se soumit d'avance à tout et promit de nous aider de son mieux.

On diminua son régime, le vin fut supprimé. Tous les jours on administra deux centigrammes de poudre de digitale, le pouls tomba à 52. Repos absolu au lit.

Le 15, éclatèrent les symptômes abdominaux précités : ils me parurent se rapporter à l'entéralgie. La digitale fut suspendue, puis reprise du 19 au 25. Le pouls se fixa à 54 ou 56 pulsations, sans descendre au-dessous.

Tout étant disposé à souhait, la compression digitale fut commencée le 25. Elle devait être intermittente pendant deux jours, puis totale et continue au troisième. Ainsi fut-il fait.

Le 25, on commence à huit heures du matin. Les séances devaient durer deux heures, suivies d'un temps de repos égal. On fit quatre séances, soit huit heures de compression. Les commencements n'offrirent rien de particulier ; à la fin de la troisième séance, à huit heures du soir, un engourdissement considérable se manifeste dans tout le membre qui est légèrement tuméfié et congestionné; les varices sous-cutanées sont distendues. Le malade accuse dans le jarret des douleurs spontanées très-vives, qu'il compare à des brûlures avec un fer rouge. Le sac est d'une sensibilité extrême et surtout le tégument qui le recouvre ; l'attouchement le plus léger provoque des douleurs intenses, comme s'il y avait hyperesthésie cutanée. Le pied est également le siége d'un sentiment pénible de tension.

La suspension de la compression fait rapidement cesser les phénomènes, qui renaissent aussitôt que commence la quatrième séance ; c'est pendant le cours de cette dernière que je revois notre patient. Je constate les particularités susdites. Le malade est tourmenté par la soif, qu'on apaise avec de petits morceaux de glace pris fréquemment. Le pouls s'est élevé à 60 ; il est un peu vibrant, l'impulsion est forte dans l'artère fémorale. La peau du pli de l'aine, dans le point où porte la compression, est un peu rouge et légèrement endolorie.

A minuit, on suspend la manœuvre ; je fais appliquer au niveau de l'anneau du troisième adducteur, sur le trajet de l'artère, une bande roulée du volume de la racine du pouce et maintenue par quelques tours de bande médiocrement serrés, afin seulement de modérer l'afflux du sang dans le sac. Ce moyen agit efficacement, car il atténue notablement, sans les anéantir, les pulsations et l'expansion ; mais il agit trop encore, car, au bout d'une heure et demie, le malade ne pouvant le tolérer, demande qu'on le supprime, ce qui est fait. Malgré l'administration de cinq centigrammes d'opium, la nuit est assez agitée ; il n'y a qu'une heure de sommeil.

Le 26, deuxième journée, je prescris des séances de trois heures avec temps égal de repos. J'obtiens neuf heures de compression, soit trois séances. J'arrive pendant la première, commencée à huit heures. L'interception du courant sanguin est bien réalisée, et sans qu'une forte pression soit nécessaire. L'expansion a diminué d'une manière très-notable ; le sac est plus solide, surtout en haut et en dedans. Il est évident que les dépôts fibrineux ont commencé, car les battements sont moins forts. La sensibilité cutanée est très-manifeste au niveau du sac. Le malade se plaint vivement chaque fois que la personne qui comprime explore le sac pour juger de l'efficacité de la manœuvre. Aussi je recommande à mes aides de s'abstenir le plus possible de cet examen, qu'il est cependant impossible d'interdire, puisqu'il sert à guider la main chargée d'arrêter le courant artériel.

La deuxième journée de compression intermittente fut passablement supportée ; cependant nous vîmes vers le soir revenir l'inquiétude, l'élévation du pouls, le malaise général et l'agitation des membres. Malgré nos observations, le malade remuait souvent la cuisse pour se soustraire instinctivement non à la pression inguinale, mais plutôt aux sensations douloureuses provoquées au bout d'un temps assez court par l'interruption totale du cours du sang. Souvent un mouvement du membre, presque inaperçu de l'aide, laissait entrer quelques ondées sanguines dans le sac et dans le système artériel, ce qui amenait du soulagement.

J'ai constaté moi-même qu'au bout de quinze à vingt minutes, la compression bien exacte amenait un engourdissement pénible avec turgescence marquée de tout le membre, distension des varices, et dans la région du sac une douleur très-vive, aussi bien spontanée que par suite des attouchements. Pour comble de malheur, un petit ganglion inguinal se tuméfia et devint douloureux juste au niveau de l'éminence iléo-pectinée. Force fut donc de comprimer à un centimètre au moins plus bas, c'est-à-dire moins favorablement, faute de support osseux convenable et en déployant plus de force. En interposant entre le doigt et la peau une fine compresse imbibée d'eau blanche, la pression fut mieux tolérée.

A onze heures nous accordâmes au malade le repos qu'il réclamait. Tout faisait, du reste, présager un succès. Le sac avait notablement durci ; il paraissait un peu plus gros qu'au début, peut-être à cause de sa dépressibilité moins grande. L'expansion avait diminué de moitié, et les battements proportionnellement. La grande sensibilité du sac me paraissait d'un augure favorable, comme indice d'accumulation de caillots et de coagulation sanguine.

La digitale, l'opium, la glace, le régime sévère, furent continués ; un cataplasme froid fut appliqué sur le sac, un autre sur le pli de l'aine.

La nuit a été passable; la lassitude a amené le sommeil pendant trois heures environ, mais le malade accuse de la céphalalgie et un peu de mal de gorge.

Le 27, troisième jour, la compression doit être totale jusqu'à cessation des battements. Commencée à six heures du matin, elle n'est interrompue qu'à l'heure de la visite, pendant quelques minutes qui suffisent pour reconnaître le même état que la veille au soir. Puis elle est reprise et continuée avec persévérance et exactitude rigoureuse sous la surveillance constante de l'un des internes du service, MM. Landetta, Duplay et Tillaux. L'opium et la digitale sont libéralement administrés. Dans l'après-midi, les douleurs se manifestent ; elles deviennent intolérables dans le cours de la soirée, surtout dans le pied et le creux poplité ; le pouls, fort, vibrant, fébrile, s'élève à 84. Le malade se refuse à ce que l'on continue la compression, que son agitation musculaire finit du reste par rendre presque illusoire ; à minuit, on finit par se rendre à ses supplications réitérées. On semblait échouer au port. Près de seize heures de compression non in-

terrompue avaient comblé la presque totalité du sac ; les battements étaient faibles, limités à la partie supérieure de la tumeur dans une étendue de 3 centimètres carrés à peine ; l'expansion était très-minime. Le sac, dur au toucher, avait manifestement augmenté d'un tiers de son volume primitif. Abandonner la partie à ce point nous causa beaucoup de regrets, mais je puis affirmer qu'il était impossible de continuer.

Le lendemain, quatrième jour, C..., un peu remis de sa fatigue, se prête à la reprise de la compression ; mais au bout de quatre heures il demande grâce. Son état général était mauvais. Depuis le commencement des séances, il y avait eu six heures à peine de vrai sommeil. Cette fatigue, l'usage de l'opium, la constipation, la diète, avaient amené un état saburral bien caractérisé, qu'on dut combattre par les lavements, un minoratif, les boissons acidulées et l'abstention de nouvelles tentatives : cet état céda promptement. L'amélioration ne se démentit pas complètement, et la tumeur resta beaucoup plus dure ; les battements, l'expansion, le souffle, beaucoup plus faibles ; j'avais quelque espoir de voir se continuer la formation des caillots actifs, grâce surtout à la continuation prolongée de la compression intermittente.

En effet, C..., aidé de deux malades et surveillé le plus souvent par M. Landetta ou quelque élève du service, fait la compression pendant environ six ou huit heures tous les jours. Elle est exécutée avec une petite pelote de bois taillée en ellipse et garnie de linge. Sur la face plane repose le sommet conique d'un sac de plomb pesant 1 kilogramme. Ce sac lui-même est maintenu dans la direction verticale par un cordon fixé à un anneau de fer, et il suffit de maintenir ce sac avec la main et d'exercer une très-minime pression, pour intercepter totalement le cours du sang. La compression totale peut être, sans fatigue et sans douleur inguinale, exécutée par le malade lui-même pendant plus d'une heure. Je suis convaincu que cet appareil si simple rendrait de grands services, et qu'il eût amené la guérison dans un cas moins rebelle.

Nous variâmes à l'infini les essais avec le sac de plomb, et rien n'était plus facile que de faire taire les battements ; mais le retour des douleurs de la jambe força toujours à interrompre la compression. Celle-ci cependant était efficace, car à plusieurs reprises, surtout le soir, les pulsations du sac devinrent si faibles qu'on eût dit qu'au bout de quelques instants elles allaient cesser tout à fait.

Malheureusement il n'en fut rien, et ces alternatives d'espérance et de déception se continuèrent jusqu'au 15 octobre, époque à laquelle je crus avoir trouvé un expédient efficace. En explorant le sac, je m'aperçus qu'il suffisait pour y interrompre les battements d'exercer une pression directe assez faible et très-circonscrite ; c'était vers le tiers supérieur de la tumeur. Au moyen d'une compresse graduée appliquée transversalement et d'une bande convenablement appliquée, j'établis une compression directe, qui sembla tout d'abord remplir parfaitement le but ; pendant plusieurs heures, les battements furent suspendus ; puis ils reparurent, parce que l'appareil s'était desserré ; on le réappliqua, et ainsi de suite plusieurs fois. Mais ce moyen rappela bientôt les douleurs, et il dut être abandonné sans avoir produit rien de décisif.

Un autre essai fut tenté. J'avais remarqué que l'extension forcée de la jambe sur la cuisse amenait la cessation presque complète des battements ; sans doute dans cette attitude le sac comprimait l'artère contre la surface poplitée du fémur ; toujours est-il que je songeai à utiliser cette particularité. La jambe, qui jusqu'alors avait été abandonnée à elle-même, et qui pendant la compression faite à l'aine reposait au quart fléchie sur son côté externe, fut mise dans l'extension complète, et maintenue solidement dans cette position par deux longues attelles latérales. Le sac de plomb à l'aine, une légère compression directe, furent successivement associés à cette position, et souvent pendant plusieurs heures de suite les battements furent complétement suspendus ou réduits à très-peu de chose.

Cependant nous fûmes bientôt convaincus que la guérison ne s'obtiendrait pas encore par cette voie, car lorsque l'appareil était enlevé, les choses se retrouvaient à peu près au même état. Je ne crus pas devoir essayer la flexion forcée, malgré les succès publiés en Angleterre. Avant de renoncer à la méthode, je voulus faire un nouvel essai de compression digitale. En effet, l'amélioration de l'état local était évidemment très-considérable, et il semblait toujours qu'on était sur le point de réussir. L'état général, d'ailleurs, était très-bon ; les forces avaient été réparées par un bon régime, et le malade n'était pas encore très-découragé. Je convoquai de nouveau les élèves de bonne volonté. Du 20 au 23 octobre, on fit deux jours de compression intermittente et une journée de compression totale, en tout trente et quelques heures. Je n'entre pas ici dans de nouveaux détails. Le troisième jour, à minuit, nous dûmes nous arrêter, non plus tant à cause des douleurs du sac et de la jambe, qu'en raison des souffrances très-vives que la pression déterminait au pli de l'aine. Les battements étaient presque abolis, le sac très-dur et volumineux ; le souffle avait presque disparu. La circulation collatérale était en bonne voie d'établissement, car à plusieurs reprises nous sentîmes une artère assez volumineuse battre dans le creux poplité, superficiellement et presque dans l'axe de la région. Le sang pénétrait donc un peu dans le membre par les voies anastomotiques ; d'où diminution de l'engourdissement, de la douleur, etc. La circulation veineuse s'effectuait de même, malgré l'effacement de la veine fémorale au pli de l'aine, car le membre n'était plus, comme au début, rouge et turgescent pendant la compression totale continuée (1).

Pour n'avoir rien à me reprocher, je fis, le 28 octobre, l'essai des appareils mécaniques, et j'appliquai le compresseur perfectionné par M. Broca et fabriqué par M. Charrière ; comme il était aisé de le prévoir, il échoua complétement. La pression de la pelote était rapidement intolérable sur l'éminence iléo-pectinée. La pelote inférieure n'arrêtait que très-difficilement le cours du sang ; encore fallait-il la serrer très-fortement. Je ne pus jamais réussir à l'appliquer convenablement à l'anneau du troisième adducteur. Aussitôt que la pelote, bien appliquée, comprimait efficacement depuis quelque temps, elle était déplacée par les mouvements du malade, et le sac rentrait dans le sac. Au bout de deux jours, nous dûmes y renoncer.

A partir de ce moment, il me fut démontré que la ligature de la fémorale pouvait seule amener la guérison. Nous avions varié la compression de toutes les façons possibles, et nous avions mis toute la persévérance exigible. C'est à dessein que j'ai prolixement raconté toutes les péripéties du traitement, afin de montrer que la compression, dont je reste cependant le zélé partisan, n'est pas plus infaillible que toute autre méthode quelconque ; qu'en revanche, en cas d'échec, elle n'entraîne aucun accident notable ; que la compression digitale est le meilleur procédé de la méthode, et qu'étant définitivement entrée dans la pratique chirurgicale, il est nécessaire de signaler ses imperfections, ses insuccès, afin de corriger les unes et de diminuer le nombre des autres.

En résumé, l'échec de la compression doit être, dans le cas actuel, rapporté à la sensibilité extrême du malade, aux douleurs déterminées par le fait même de l'interruption du cours du sang dans le membre, et sans doute aussi à un défaut de plasticité du sang particulier au malade et tout à fait individuel. Cette dernière cause me semble s'être manifestée à la suite de la ligature elle-même, et je crois pouvoir lui rapporter la persistance tenace des battements dont je parlerai plus loin. Rien chez notre opéré ne pouvait faire prévoir cette disposition fâcheuse.

Après avoir consulté quelques collègues, et en particulier M. Richet, qui voulut bien me prêter son concours actif, la ligature de la fémorale fut pratiquée le 5 novembre.

Le malade avait été préalablement préparé par les bains et les purgatifs.

L'opération fut pratiquée au niveau de l'anneau du troisième adducteur ; elle ne présenta aucune difficulté, et fut terminée en sept ou huit minutes. La peau incisée, je découvris deux veines variqueuses serpentines de la grosseur d'une plume d'oie ; comme elles croisaient à angle aigu le trajet de l'artère et m'eussent ultérieurement gêné, j'introduisis au-dessous de chacune d'elles un double fil et les divisai l'une après l'autre entre les deux ligatures. Une artériole du bord interne du couturier fut également liée dès qu'elle fut ouverte. J'arrivai donc sur l'anneau fibreux sans être embarrassé par le moindre écoulement sanguin. Je me guidai, pour arriver jusqu'à l'artère, sur le nerf saphène, sur la veinule satellite de l'artère et qui rampe en avant de celle-ci, de sorte qu'on la voit par transparence à travers les fibres de l'anneau ; enfin sur ces fibres elles-mêmes, brillantes, parallèles, perpendiculaires à l'axe des vaisseaux. L'absence de tout écoulement sanguin rendit la reconnaissance des points de repère et la division des couches aussi simples que sur le cadavre. Je divisai sur la sonde cannelée les fibres transverses de l'anneau à leur partie moyenne, et reconnus sur-le-champ l'artère d'après sa position plutôt que d'après son apparence ; elle se montra, en effet, sous forme d'un gros cordon mal limité, d'une couleur sombre, plus foncée que celle des muscles, mou et sans battements *appréciables* au toucher. La petite veine satellite antérieure, couchée sur l'artère, était seule bien visible. L'artère, qui paraissait tout à fait saine, fut isolée des parties ambiantes dans l'étendue d'un centimètre au plus à l'aide de la sonde cannelée, et le fil passé au-dessous. En soulevant ce dernier en anse, on put s'assurer par la cessation des battements qu'on avait bien réellement saisi l'artère. Il fallut ensuite mettre de côté la petite veine satellite antérieure, qui était restée accolée au vaisseau artériel ; puis on serra la ligature. La veine fémorale principale ne fut pas aperçue ; le nerf saphène interne fut écarté en arrière et en dedans. Le malade avait été chloroformé.

La plaie fut réunie dans la plus grande partie de son étendue avec des serre-fines ; compresses imbibées d'eau fraîche pour pansement ; alimentation substantielle en quantité raisonnable ; boissons acidules ; julep avec 4 grammes d'alcoolature d'aconit ; membre demi-fléchi posé sur sa face externe.

A son réveil, l'opéré accusa dans le sac une douleur très-forte, et dans le membre l'engourdissement déjà si souvent signalé. Les téguments de la jambe offraient un peu de pâleur et un abaissement de température facilement appréciable ; mais la chaleur revint rapidement, et les douleurs elles-mêmes se dissipèrent dans le cours de la journée. Les accidents furent donc beaucoup plus légers et moins durables après la ligature qu'après la compression, lorsque celle-ci était prolongée et complète, ce qui semble tenir à ce que la circulation veineuse n'était point entravée, à ce que l'interception du sang avait lieu beaucoup plus bas et laissait libre la fémorale profonde. Les battements cessèrent sur-le-champ dans le sac et aux artères pédieuse et tibiale postérieure. Cependant le rétablissement très-prompt de la température, la disparition rapide de l'engourdissement, prouvent que la circulation collatérale était déjà préparée.

Le lendemain, l'état local est satisfaisant, sauf un peu de sensibilité à l'entour de la plaie. Les serre-fines sont retirées, la réunion immédiate paraît obtenue. Le pouls est plein, un peu dur ; céphalalgie assez marquée, qui cède à une saignée de trois palettes.

Le 7 (troisième jour), les bords de la plaie sont désunis et entr'ouverts ; ils présentent une rougeur érythémateuse qui s'étend à quelques centimètres de distance, avec tuméfaction et douleur au toucher. Il y a un peu de fièvre. (15 grammes d'huile de ricin ; régime léger ; frictions avec l'onguent napolitain ; cataplasmes.) La rougeur s'étend à toute la cuisse jusqu'au pli de l'aine, sans tuméfaction des ganglions ; la peau, partout douloureuse au toucher, se couvre d'une éruption due à l'onguent napolitain, et qui me paraît favorable en localisant à la cuisse l'irritation cutanée. La fièvre tombe ; la plaie de la ligature se dégorge et fournit un pus louable ; les douleurs du jarret et de la jambe ont cessé dès le quatrième jour, et le sac commence à diminuer ; il est fort consistant ; cependant on reconnaît à sa partie supérieure, des battements obscurs, sans expansion ni souffle. Ce phénomène n'est pas constant ; toutefois, on le constate fréquemment.

Rien de notable jusqu'au 22 novembre ; la ligature tombe alors (dix-septième jour). Trois jours après, M. Denonvilliers, qui a repris son service, ouvre à la partie supérieure et externe de la cuisse un petit abcès sous-cutané qui se cicatrise rapidement.

La plaie de la ligature est, au contraire, lente à se fermer ; le 15 décembre, il restait encore quelques bourgeons charnus non recouverts d'épiderme, malgré les cautérisations avec le nitrate d'argent. L'état général, du reste, est très-bon ; le membre n'est le siége d'aucune douleur, mais il est roide et un peu fléchi au niveau du genou. Le malade marche facilement avec des béquilles ; il s'ennuie beaucoup à l'hôpital, et demande sa sortie, qu'on lui accorde.

A cette époque, le sac est considérablement réduit en dimension. Gros comme un œuf de poule lors de l'admission à l'hôpital, il avait presque doublé de volume au moment où la ligature avait été pratiquée. A la sortie, il mesure à peine quatre centimètres de longueur, et sa largeur est encore moindre ; il est régulier à sa surface, très-dur au toucher, et malgré ce retrait progressif et continu, il est toujours possible de retrouver vers la partie supérieure de la tumeur des battements légers, sans souffle ni expansion, sur la nature desquels les avis sont partagés.

Le 23 janvier, C... est présenté à la Société de chirurgie. La plaie de la ligature est cicatrisée depuis longtemps, le membre est toujours roide, légèrement fléchi ; la marche est pourtant possible avec une canne, et le malade est venu à pied depuis la rue Saint-Maur jusqu'à la Société (3 kilomètres environ). Les battements sont appréciables dans la pédieuse et la tibiale postérieure. Il n'y a ni œdème, ni rougeur, ni engourdissement, ni changement de coloration, ni développement variqueux de la jambe. L'état général est parfait. Le sac, profondément caché dans le jarret, atteint à peine le volume d'une petite noix et ne se retrouve pas sans quelque attention. Cependant, à sa partie supérieure, dans une étendue verticale de 2 centimètres, horizontale de 2 centimètres et demi, on sent distinctement des battements assez marqués qui paraissent être en dehors et au-dessus des vestiges du sac, et qui ne s'accompagnent ni de souffle ni d'expansion.

M. Verneuil désire particulièrement fixer l'attention de ses collègues sur la nature exacte et le siége précis de ces battements. Est-ce une récidive de l'anévrysme, est-ce une persistance d'une petite cavité dans le sac ? L'artère poplitée serait-elle restée perméable et soulèverait-elle le sac oblitéré, ou bien se terminerait-elle en cœcum au-dessus de ce dernier, et recevrait-elle une ondée sanguine qui, heurtant contre le point oblitéré, déterminerait les battements ? S'agirait-il enfin d'une grosse artère collatérale très-dilatée remplaçant la poplitée et marchant à peu près dans le même sens ? Quel est le pronostic à porter ? Un traitement spécial doit-il être institué ? Telles sont les questions que pose M. Verneuil, et pour la solution desquelles il invoque les lumières de la Société.

HOPITAL NECKER. — M. Civiale.

Résultats cliniques obtenus par la lithotritie pendant l'année 1860.

J'ai traité, en 1860, 54 malades affectés de la pierre : 18 à l'hôpital et 36 dans ma pratique particulière.

A. *Malades de l'hôpital.* — Parmi les 18 calculeux admis dans mon service, se trouvaient 3 femmes et 15 hommes adultes ou vieillards.

La première de ces femmes, souffrant depuis longtemps, était tellement épuisée que toute opération se trouvait contre-indiquée. La malade est rentrée dans sa famille.

La deuxième était dans des conditions favorables sous le rapport de la santé générale ; mais le calcul était engagé dans l'urèthre, où il était maintenu par les contractions énergiques de la vessie. Un débridement du canal a suffi pour en opérer l'extraction. Ce procédé m'a paru préférable à celui de l'*écrasement*, qui eût été plus long et plus douloureux. La malade a été promptement guérie.

La troisième femme, dont j'ai publié l'observation, présentait un de ces cas extraordinaires qu'on observe de loin en loin. La pierre, de nature phosphatique, s'était formée sur un amas de dents, d'osselets et de cheveux provenant d'un kyste pileux qui s'était ouvert dans la vessie. Tous ces corps, et la pierre elle-même ont été extraits avec succès par les procédés de la lithotritie.

Quatre calculeux (hommes) n'étaient plus dans les conditions qu'exige l'application de la lithotritie. Deux ont été taillés, l'un est guéri, l'autre conserve une fistule. Le troisième a refusé de se soumettre à la taille, qui offrait d'ailleurs peu de chances de succès ; il a succombé à une affection vésicale. Le quatrième est en traitement.

Un autre malade avait en même temps une pierre moyenne et une hernie étranglée qu'il fallut opérer immédiatement. Cette opération causa la mort.

Les dix autres malades opérés par la lithotritie ont été délivrés de la pierre, sans cependant que la guérison soit complète dans tous les cas. Deux de ces opérés conservent des douleurs et du trouble dans les fonctions de la vessie, provenant des lésions organiques de ce viscère, et contre lesquelles la lithotritie n'a pas plus d'action que la taille.

Les faits nouveaux observés à l'hôpital Necker offrent une particularité remarquable.

Les calculeux forment deux grandes classes : dans l'une, qui embrasse les deux tiers des cas, les organes conservent leurs dispositions naturelles ; ce n'est même que de loin en loin, et surtout à la suite des exercices du corps, que la pierre provoque quelques troubles fonctionnels qui cessent par le repos. Ici la pierre formant à elle seule toute la maladie, il suffit de la détruire ou de l'extraire par les procédés de la chirurgie pour que le malade obtienne une guérison prompte et complète.

Dans l'autre classe, les pierres de phosphate calcaire ou ammoniaco-magnésien se forment et se développent sous l'influence d'un état morbide de l'appareil urinaire. Il n'est pas rare que cet état persiste après l'opération, qu'il prive le malade du bienfait complet du traitement, et même qu'il favorise le développement d'une nouvelle pierre. Ces cas sont en majorité dans le relevé qui précède.

B. *Malades de la pratique particulière.* — 26 de ces malades avaient la pierre pour la première fois ; 10 avaient déjà été opérés par d'autres chirurgiens ou par moi. La pierre s'étant reproduite, de nouvelles opérations sont devenues nécessaires.

J'ai opéré 26 de ces malades par la lithotritie : 24 sont guéris. Chez les deux autres, j'ai dû renoncer à l'opération, qui paraissait aggraver l'état morbide de la vessie. L'un de ces malades a succombé, et l'autre continue de vivre avec la pierre.

---

(1) En faisant la compression digitale ou mécanique au pli de l'aine, on recommande de ne point comprimer simultanément la veine fémorale, et on indique à ce propos certaines précautions ; je pense qu'on se fait illusion sur leur valeur, et je crois que la veine est presque à coup sûr effacée.

Les calculeux les plus favorablement disposés, dont les organes étaient encore sains et la santé générale bonne, qui n'avaient d'autre maladie qu'une petite pierre, ont tous obtenu une guérison prompte et facile. Pour cette classe de calculeux, l'application de la lithotritie me paraît avoir atteint la perfection désirable. En effet, la pierre est détruite en quelques minutes; les débris en sont expulsés avec l'urine, toute souffrance cesse, la santé renait et se soutient. C'est là assurément tout ce qu'on peut demander au traitement de l'affection calculeuse.

Mais la lithotritie ne donne ces heureux résultats qu'à la condition d'en restreindre l'emploi aux cas favorables dans lesquels la pierre n'a pas eu le temps de grossir et de produire dans la vessie des lésions propres à changer la forme et les dispositions naturelles de ce viscère. Je m'empresse d'ajouter que la proportion de ce cas favorable augmente chaque jour, et ils deviendront de plus en plus nombreux à mesure que les calculeux, éclairés sur leur position par les médecins, se feront opérer au début de la maladie.

Dix de ceux que j'ai traités n'ont pas eu cette prudence; ils n'ont réclamé les secours de l'art que lorsque l'existence leur était devenue insupportable par des douleurs incessantes.

Chez deux d'entre eux le mauvais état des organes urinaires a mis obstacle à l'application de la lithotritie; et comme la cystotomie était également contre-indiquée, la mort est survenue par le progrès des désordres.

Quatre calculeux ayant de grosses pierres, ont été opérés par la taille; un adulte a obtenu une guérison prompte et complète; le dixième jour la plaie était cicatrisée. Chez un autre, également adulte, la convalescence s'est prolongée et la guérison est restée incomplète. Deux vieillards ont succombé à la deuxième semaine de l'opération.

Deux malades sont encore en traitement; l'un sera opéré par la taille et l'autre par la lithotritie.

Le traitement a été ajourné au printemps chez deux autres calculeux qui, se trouvant mal à Paris, à l'entrée de l'hiver, sont retournés chez eux.

En résumé, des 54 calculeux dont je viens de présenter le tableau, 37 ont été traités par la lithotritie. Dans deux cas, j'ai dû renoncer au traitement : l'un de ces malades a succombé, l'autre garde la pierre.

Deux des opérés n'ont pas obtenu une guérison complète, parce que la pierre ne formait pas à elle seule toute la maladie, mais ils ont été très-soulagés; les autres sont guéris.

Sept ont été soumis à la taille, qui en a sauvé quatre; mais dans deux cas la guérison est incomplète.

Dix n'ont pas été opérés : trois sont morts par les progrès de la maladie, et un à la suite de l'opération de la hernie; un continue de vivre avec la pierre; trois sont en traitement, et seront opérés l'un par la lithotritie et les deux autres par la taille. Dans deux cas l'opération a été ajournée.

Ces faits prouvent de nouveau le danger de conserver longtemps la pierre, et l'utilité de la lithotritie lorsqu'on l'applique au début de la maladie.

DE L'APPLICATION DE L'ÉLECTRICITÉ LOCALISÉE au traitement des hémorrhagies utérines.

Par M. le Dr Thomas RADFORD, médecin consultant de l'Hôpital d'accouchement de Manchester, etc.

Qui ne connaît l'action de l'électricité sur les muscles, sur ceux de la vie organique aussi bien que sur ceux de la vie animale? Qui ne sait la puissance que cet agent communique à la contractilité musculaire? D'un autre côté, qui ignore que la contractilité organique insensible, ou rétractilité, est la seule force réellement capable d'arrêter les flots de sang que verseraient sans elle les sinus utérins après le décollement du placenta?

L'utilité de l'électricité dans le traitement des hémorrhagies utérines, ressort de ses effets bien connus et depuis longtemps appréciés. On n'avait pourtant guère songé à une ressource si précieuse. C'est à M. le docteur Thomas Radford qu'appartient, sinon la première idée de l'emploi de l'électricité en obstétrique, au moins l'honneur d'avoir fait connaître l'immense parti qu'on en peut tirer dans quelques cas d'une extrême gravité. Ces cas sont ceux dans lesquels l'abondance ou la répétition de l'hémorrhagie a produit un tel vide dans les vaisseaux et un tel épuisement de la femme, que la moindre perte nouvelle de sang, le moindre ébranlement du système nerveux, seraient presque nécessairement funestes. Cet état, si voisin de la mort, peut se rencontrer dans trois circonstances différentes : avant, pendant, après l'accouchement. Retenir le sang qui s'écoule et la vie qui s'échappe, tel est le but à atteindre.

On ne peut y parvenir, quand l'utérus renferme encore le produit de la conception, que par l'application du tampon, si les membranes sont entières, ou par l'extraction de l'enfant si elles sont rompues. Mais cette extraction, qui ne peut avoir de résultat utile qu'autant qu'elle est suivie d'un retrait complet et permanent de l'utérus, n'est pas toujours possible, et, le fût-elle, elle n'est pas toujours exempte de danger. La dilatation incomplète et la dilatabilité peu marquée de l'orifice, dernière circonstance plus fréquente en pareil cas qu'on ne l'imagine en général, sont des obstacles difficiles à surmonter, et la patiente, déjà épuisée, peut aisément succomber aux efforts faits pour les vaincre. Bien plus, un collapsus mortel peut suivre un accouchement opéré sans violence et même sans difficulté : triste effet d'une déplétion trop rapide. La paracentèse et un accouchement trop prompt ne sont-ils pas quelquefois suivis de syncope? C'est aussi une syncope qui arrive ici, mais une syncope mortelle. D'ailleurs pourrait-on compter, dans de pareilles circonstances, sur une rétraction suffisante de l'utérus après l'extraction de l'enfant; et pour peu que cet organe restât relâché, ses vaisseaux béants ne serviront-ils pas d'issue aux dernières gouttes de sang?

Mais l'inaction dans un cas si grave est-elle moins dangereuse? D'un côté comme de l'autre, la vie court les mêmes risques. Les partisans de l'accouchement forcé, Burns et Hamilton entre autres, font valoir des arguments très-pressants. Entre deux manières de faire également pleines de péril, le praticien est fort embarrassé de choisir, et ne se décide souvent à agir que pour échapper à l'absurde accusation d'avoir laissé mourir une femme sans la délivrer; comme s'il valait mieux la tuer en la délivrant!

Retarder l'accouchement, et, par tous les moyens connus, stimuler l'action de l'utérus pour n'opérer, si les circonstances l'exigent, qu'après le retour des forces; opposer même, par l'application d'un tampon dont les effets seraient surveillés de près, une digue à l'écoulement du sang, ce serait sans doute plus rationnel; mais tous ces moyens sont loin d'être infaillibles, et le seront moins encore dans le cas si grave que nous supposons; et la perte pourra continuer, externe si l'on n'a pas tamponné, interne dans le cas contraire.

Un agent énergique et infaillible tout à la fois serait donc, pour ces cas extrêmes, presque désespérés, une ressource inappréciable. M. le docteur Radford croit l'avoir trouvé dans l'électricité. Il n'en est plus, au reste, à de simples conjectures à ce sujet; les faits ont confirmé toutes ses prévisions, et, sous tous les rapports, ses espérances ont été dépassées. Le courant électrique met également en jeu la contractilité et la rétractilité de l'utérus; et les contractions qu'il provoque, loin d'être continues, tétaniques, comme celles qui résultent de l'administration du seigle ergoté, sont, comme les contractions spontanées, suivies d'un relâchement complet. L'appareil électro-magnétique employé par M. le docteur Radford se compose d'une petite jarre et d'une hélice avec des conducteurs. Ces conducteurs sont unis à l'hélice au moyen de longs fils métalliques recouverts d'une substance isolante. Un mécanisme particulier, fixé à l'hélice, sert à augmenter ou à diminuer à volonté l'intensité du choc. Celui des conducteurs qui doit être appliqué à l'extérieur est muni d'un manche de bois creux, par lequel passe l'un des fils métalliques pour aller rejoindre une tige de cuivre terminée par une boule. L'autre conducteur consiste en une tige de cuivre de sept pouces de longueur, courbée pour s'accommoder à la direction du vagin, terminée à l'une de ses extrémités par une boule d'argent, reçue par l'autre dans un manche creux en ivoire, traversé par un fort fil de cuivre en contact avec les fils métalliques dont nous avons parlé plus haut. Il présente, à son extrémité, un anneau couvert de soie, destiné à recevoir le pouce de l'opérateur lorsque, pour établir le courant, il veut mettre en contact avec la tige de cuivre le fil qui en est tenu écarté par un ressort en spirale. Ce dernier conducteur est mis en rapport avec le col de l'utérus, l'autre avec le fond de l'organe à travers les parois abdominales. On agit ainsi sur les fibres longitudinales. Des courants peuvent être aussi dirigés dans le sens transversal, en plaçant l'extrémité des deux conducteurs à l'extérieur, sur les extrémités du diamètre transverse. Les chocs peuvent être plus ou moins multipliés, suivant l'exigence des circonstances, et, dans tous les cas, doivent être séparés par des intervalles, pour imiter autant que possible les contractions naturelles.

C'était beaucoup sans doute de pouvoir disposer d'un agent aussi puissant et aussi sûr, mais ce ne serait pas assez. Quand une femme non encore accouchée est réduite par une perte de sang à un état d'épuisement extrême, cette violente hémorrhagie dépendant dans l'immense majorité des cas de l'implantation du placenta sur l'orifice de la matrice, le pouvoir de faire contracter à volonté l'utérus serait bien loin de suffire pour la sauver. Ce qu'il faut encore, c'est qu'une compression efficace des orifices béants des vaisseaux par la tête du fœtus, la mette à l'abri d'une hémorrhagie nouvelle. Or cette compression peut s'exercer sans doute à travers le placenta lui-même, mais immédiate elle serait plus efficace encore. Elle n'a même lieu médiatement qu'autant que l'évacuation du liquide amniotique a déjà provoqué un certain degré de rétraction de l'utérus. Or si l'implantation était centrale, les membranes peuvent être intactes, et l'œuf peut contenir encore la totalité des eaux. Que produiront alors les contractions utérines spontanées ou provoquées? Un décollement de plus en plus considérable du placenta, un nouvel écoulement de sang. En considérant que, les choses étant ainsi abandonnées à elles-mêmes dans un certain nombre de cas, le placenta a fini par se détacher complètement, qu'il a été avant l'enfant poussé dans le vagin et même expulsé au dehors, et qu'alors l'hémorrhagie s'est spontanément arrêtée, le docteur Radford s'est demandé, après avoir rassemblé près de quarante faits de cette espèce, si ce procédé de la nature ne méritait pas d'être imité, et si dans ces cas extrêmes où la terminaison immédiate de l'accouchement, fût-elle facile, compromettrait presque infailliblement les jours de la femme, il ne vaudrait pas mieux détacher entièrement le placenta, exciter les contractions utérines par l'application de l'électricité, et attendre soit le résultat de ces contractions, soit le moment favorable pour agir. A l'objection bien prévue que la mort de l'enfant serait la conséquence inévitable de cette manœuvre, il répond que dans les conditions que nous avons supposées le fœtus a déjà presque toujours cessé de vivre. Ce qu'il s'était proposé de faire, il l'a exécuté avec succès.

Il a d'ailleurs formulé son opinion tout entière dans une série de propositions que nous reproduisons ici :

1° L'accouchement ni même le détachement du placenta ne devant jamais être tentés avant que l'orifice soit assez dilaté pour permettre sans danger l'introduction de la main, le repos, l'application du froid, et surtout le tamponnement, ne doivent être négligés dans aucun des cas où ils sont spécialement indiqués;

2° S'il existe des signes non équivoques de la mort du fœtus, il faut détacher complétement le placenta et rompre les membranes. Il faut ensuite abandonner le travail à la nature, pourvu que les contractions de la matrice soient suffisamment énergiques; dans les cas contraires, on aura recours aux stimulants ordinaires de la contractilité utérine, et, de plus, à l'électricité.

3° Si le placenta est implanté sur l'orifice utérin dans un cas de rétrécissement du bassin, il faut le détacher et l'extraire, puis perforer le crâne aussitôt que l'état des parties le permettra, et extraire la tête avec le crochet.

4° Lorsque l'orifice de l'utérus est en partie dilaté, et assez dilatable pour permettre l'introduction de la main, il faut détacher le placenta complétement, si les membranes sont rompues et les contractions énergiques.

5° Dans tous les cas d'épuisement produit par une hémorrhagie dépendant de l'implantation centrale du placenta sur l'orifice de la matrice, il faut perforer le placenta au centre (M. Radford se sert à cet effet d'un trocart et d'une canule), faire écouler le liquide amniotique, détacher complétement le placenta, et employer l'électricité.

6° Dans tous les cas d'implantation partielle du placenta sur l'orifice utérin, la rupture artificielle des membranes suffit généralement pour arrêter l'hémorrhagie; si l'écoulement de sang continuait, il faudrait employer l'électricité.

Le docteur Radford recommande aussi l'emploi de l'électricité dans les hémorrhagies qui suivent l'accouchement et qui dépendent spécialement de l'inertie de l'utérus, dans le cas de travail languissant, dans celui de contractions spasmodiques dans une direction avec atonie des fibres utérines dans le sens opposé, enfin comme moyen très-propre à provoquer l'accouchement avant terme.

Peut-être M. le docteur Radford paraîtra-t-il avoir étendu beaucoup la pratique qui consiste à détacher complétement le placenta. Il est tel cas donné cependant où les propositions qui semblent le plus s'éloigner de la pratique ordinaire mériteraient de servir de règle de conduite. Ces propositions nous ont, dans leur ensemble et chacune en particulier, paru dignes de fixer l'attention des praticiens. Mais dans l'application qu'on pourrait être dans le cas de faire des préceptes de l'habile accoucheur de Manchester, on ne saurait apporter trop de réserve et de prudence. L'imitation pourrait n'être pas toujours heureuse. Un jugement droit et exercé, et une vaste expérience, sont pour l'auteur de sûrs guides qui pourraient bien manquer à d'autres. (*Annales de l'Electricité méd.*)

OCCLUSION INTESTINALE.

Étranglement interne produit par un ancien sac herniaire Gastrotomie. — Guérison.

Par M. le docteur LARQUET, de Wasigny (Ardennes).

Le nommé L..., de la Lobbe (Ardennes), âgé de cinquante-trois ans, exerça jusqu'en 1859 le métier de scieur de long. Il est d'une bonne constitution.

En 1838, à la suite d'un effort, il éprouva dans l'aine du côté droit une sensation de déchirement, et bientôt après il y sentit une tumeur. Un médecin, consulté à ce sujet, reconnut une hernie inguinale, qui fut réduite et maintenue au moyen d'un bandage. Six ans se passèrent sans que L... éprouvât le moindre accident.

En 1844, réapparition de la hernie, malgré le moyen de contention employé; de temps en temps, depuis cette époque, cet accident se renouvela; mais chaque fois L... réduisait lui-même sa hernie et se remettait au travail. Peu à peu cependant la tumeur herniaire n'apparut qu'assez rarement pour que le malade se considérât comme à peu près guéri. Néanmoins il éprouvait à divers intervalles de la constipation et quelques légers troubles digestifs. Il ne cessa pas de porter un bandage, parce que, quand il essayait de le quitter, il se trouvait moins fort et moins apte au travail.

Le 6 novembre 1860, il eut de fortes coliques, des vomissements; le ventre était douloureux et ballonné; un purgatif, ordonné par mon honorable confrère M. Robinet, de Signy-l'Abbaye, fit disparaître cet ensemble de symptômes.

Les selles reprirent leur cours.

Le 21, L... se sent pris dans la nuit de violentes douleurs abdominales. M. Robinet et moi, appelés près de lui, pûmes constater ce qui suit :

Le malade, dans le décubitus dorsal, ressent dans la fosse iliaque droite une vive douleur augmentant par la pression, la toux et les moindres efforts; le ventre est chaud, tendu et ballonné; constipation, hoquets, vomissements de matières glaireuses, éructations de gaz; le pouls est petit, fréquent, dépressible; la peau est couverte d'une sueur froide.

Au toucher, je ne pus constater de tumeur à aucun des orifices où se forment les hernies : l'anneau inguinal externe du côté droit est libre et se confond avec l'anneau inguinal interne, en sorte que le canal n'existe plus; cet anneau peut facilement recevoir l'extrémité du doigt.

En déprimant les parois abdominales, je sentis entre l'anneau et l'épine iliaque antéro-supérieure une tumeur de la grosseur d'une

petite orange ; elle était dure et fixe ; aidé par cet examen et les antécédents pathologiques du malade, je diagnostiquai une occlusion intestinale.

De quelle nature était-elle? Là commençait l'indécision, et pourtant je penchai pour un étranglement par le collet d'un ancien sac herniaire. 30 grammes d'huile de ricin donnés par la bouche, des lavements simples et à l'huile de croton tiglium, l'extrait de belladone sur la tumeur, un grand bain, l'application de l'électricité avec l'appareil de Gaïffe, etc., n'amenèrent aucun résultat ; un essai de taxis à travers les parois abdominales n'eut pas plus de succès ; le mal ne faisait qu'empirer ; la face se grippait de plus en plus, les vomissements devenaient fécaloïdes, les forces diminuaient à vue d'œil.

Nous fallait-il rester simples spectateurs de l'agonie de notre malade, ou essayer de rétablir par une opération le cours des matières intestinales? Avec la certitude de la mort prochaine du malade si on restait inactif, nous résolûmes de pratiquer la gastrotomie, voulant lever l'étranglement si c'était possible, sinon établir un anus artificiel ; mais il était nuit : l'opération fut remise au lendemain matin.

Le 22, après avoir chloroformisé le malade, je fis parallèlement au ligament de Fallope une incision de 8 centimètres partant de l'anneau inguinal et se dirigeant vers l'épine iliaque antéro-supérieure : cette incision intéressa la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles grand, petit obliques, et transverse, et le *fascia transversalis;* j'attirai ensuite facilement au dehors la tumeur, et ayant pratiqué en dédolant une ouverture à son enveloppe péritonéale, je l'agrandis sur la sonde cannelée. Je reconnus alors que j'avais affaire à un véritable sac herniaire étranglant par son collet une anse intestinale de 15 centimètres environ. Le collet, comme un cordon fibreux et résistant, serrait si fort les intestins, que j'eus beaucoup de peine à introduire le bistouri boutonné pour opérer le débridement. Il n'y avait nulle adhérence entre le sac et les intestins ; ceux-ci ne contenaient que des gaz. La partie des intestins étreinte par le collet était légèrement rétrécie et d'un brun noirâtre.

La réduction fut faite ensuite, mais non sans quelque difficulté, car au fur et à mesure que je faisais rentrer quelques centimètres d'intestins, il en sortait le double. Deux points de suture aux tiers supérieur et inférieur de la plaie, et un pansement à plat, terminèrent l'opération.

A peine le pansement était-il terminé, qu'une selle vint souiller le bandage de soutien, et nous donner bon augure. Les vomissements s'arrêtent, le hoquet seul persiste une demi-heure.

Dans la journée, un lavement d'eau de son amène une selle plus abondante que la première et une grande quantité de gaz. — Deux cuillerées de bouillon d'heure en heure.

La nuit, le malade repose deux ou trois heures.

Du 23 au 25, pas de symptômes de péritonite. La plaie commence à se cicatriser et a un bel aspect. — Légers potages ; lavements tous les jours.

Le 26, les points de suture sont enlevés. Le malade désire plus de nourriture.

Le 15 décembre, la plaie est complétement cicatrisée.

Le 20, le malade se lève, et le 1er janvier 1861 il rend visite à ses voisins.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 janvier 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

M. FLOURENS annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne d'un de ses associés étrangers, M. F. Tiedemann, décédé à Munich le 22 janvier, dans sa quatre-vingtième année.

La mort de l'illustre anatomiste est annoncée par son gendre M. Bischoff, professeur d'anatomie et de physiologie.

M. CIVIALE lit une note sur les résultats cliniques obtenus par la lithotritie pendant l'année 1860. (Voir la clinique.)

Accroissement des os. — M. OLLIER présente un mémoire intitulé : *De l'accroissement en longueur des os des membres et de la part proportionnelle qu'y prennent les deux extrémités.*

La question de l'accroissement des os après les résections articulaires et les amputations pratiquées chez les jeunes sujets, dit l'auteur, est une de celles que l'observation clinique n'a pas encore pu résoudre d'une manière précise ; c'est une de celles cependant dont la solution est la plus importante pour fixer les limites en deçà desquelles certaines de ces opérations ne doivent plus être acceptées.

Pour concourir à l'éclaircissement de cette question, nous avons entrepris une série d'expériences dans le but de rechercher si les deux extrémités de l'os prenaient une égale part à son accroissement, si la perte de l'une ne serait pas plus préjudiciable que la perte de l'autre, si enfin les diverses résections exposaient également à l'arrêt de développement du membre.

Pour résoudre le premier point du problème (les autres points n'étant qu'une conséquence de celui-ci), nous avons implanté des clous de plomb au milieu du diamètre longitudinal des os de jeunes animaux : lapin, poulet, agneau, etc., et quelques semaines ou quelques mois après nous observions que l'accroissement avait été plus considérable dans un sens que dans l'autre.

Duhamel et M. Flourens avaient déjà remarqué que le tibia croissait un peu plus par en haut que par en bas. « En général, dit M. Flourens dans le chapitre où il expose ses belles recherches sur l'accroissement des os en longueur et le rôle des épiphyses, l'os croît un peu plus par en haut que par en bas, comme je le vois par les pièces mêmes dont je parle ici, et surtout par les pièces très-nombreuses de ma collection. »

Nous avons expérimenté sur tous les grands os des membres, et voici les résultats généraux auxquels nous sommes arrivé.

Au membre supérieur l'humérus s'accroît plus par son extrémité supérieure que par son extrémité inférieure.

Le radius et le cubitus, au contraire, s'accroissent plus par leur extrémité inférieure que par leur extrémité supérieure.

Au membre inférieur les rapports sont inverses. Pour le fémur (1), qui est l'analogue de l'humérus, l'accroissement par l'extrémité inférieure l'emporte sur l'accroissement par l'extrémité supérieure.

Pour le tibia, qui, joint au péroné (le plus souvent rudimentaire), est l'analogue du radius et du cubitus, l'accroissement par l'extrémité supérieure l'emporte sur l'accroissement par l'extrémité inférieure.

Pour exprimer brièvement ces résultats, nous dirons qu'au membre supérieur pour les os du bras et de l'avant-bras, c'est l'extrémité opposée à l'articulation du coude qui s'accroît le plus. Au membre inférieur au contraire, pour les os de la cuisse et de la jambe, c'est l'extrémité opposée à l'articulation du genou qui s'accroît le moins.

L'accroissement se trouve ainsi plus actif vers l'extrémité de l'os dont l'épiphyse se soude le plus tardivement : mais cette activité plus grande dans un sens ne tient pas à la précocité de la soudure de l'épiphyse opposée, en d'autres termes, ce n'est pas parce qu'une des deux épiphyses terminales s'est soudée plus tôt que l'os prend un développement plus considérable du côté opposé. Ce qui prouve qu'il n'en est pas ainsi, c'est que cet accroissement se prononce dans tel ou tel sens dès les premiers jours de la naissance, et par conséquent bien avant que la soudure d'une des deux épiphyses terminales se soit effectuée.

Cet accroissement n'est pas non plus influencé par la direction du trou nourricier de l'os, comme pourrait le faire croire la similitude du rapport que nous avons signalé avec celui qu'Auguste Bérard avait indiqué entre la direction du trou nourricier (chez l'homme) et l'ordre de soudure des épiphyses. La direction du trou nourricier des divers os varie d'une espèce à une autre chez les mammifères. Chez le lapin, par exemple (c'est à cet animal qu'appartiennent les pièces que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie), les trous nourriciers se dirigent au membre supérieur du côté où l'accroissement est le plus faible, et au membre inférieur du côté où l'accroissement est le plus actif.

Des résultats que nous venons de signaler ressortent quelques conséquences importantes pour les résections. L'ablation des diverses extrémités articulaires n'expose pas également à l'arrêt de développement du membre.

Au coude, l'ablation des extrémités articulaires n'exposera pas à un arrêt de développement très-considérable, puisque c'est par leur extrémité opposée que s'accroissent principalement les os qui constituent l'articulation. Pour le genou, au contraire, l'arrêt de développement sera beaucoup plus à craindre, puisque le fémur et le tibia s'accroissent plus vers cette articulation que vers l'extrémité opposée. Pour la même raison, et toute proportion gardée, la résection de l'épaule exposera plus au raccourcissement que celle de la hanche, celle du poignet plus que celle du cou-de-pied. (Commissaires : MM. Velpeau, Milne-Edwards, Cl. Bernard.)

— M. COSTELLO, à l'occasion de quelques communications récentes sur la lithotritie, rappelle que dès l'année 1832 il a soumis au jugement de l'Académie un instrument lithotriteur, l'instrument à coulisse, mécanisme qui, dit l'auteur, unissant la solidité à une grande simplicité, a été depuis l'objet d'imitations nombreuses et rarement avouées. (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert, de Lamballe.)

(1) Pour le fémur il faut avoir soin de prendre comme limite supérieure non l'extrémité du trochanter, mais le point le plus élevé de la tête.

— M. PAPPENHEIM adresse de Berlin trois notes : l'une sur les lymphatiques du cœur chez les individus de sexe différent, la seconde sur une vessie urinaire bicorne, la dernière sur un moyen auxiliaire pour l'exploration du larynx et des cavités nasales. (Renvoi à la commission des prix de médecine.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Une nouvelle condamnation pour exercice illégal de la médecine vient d'être obtenue par la Société locale des médecins de l'arrondissement de Marseille, contre le sieur Lépine, se disant ophthalmologiste. Il a été condamné à 15 fr. d'amende, aux dépens, et à 200 fr. de dommages-intérêts envers la Société.

— Dans sa séance du 8 janvier 1861, la Société médico-chirurgicale de Bologne a inscrit parmi ses membres correspondants étrangers M. Benoit, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

— La Société de médecine de Bordeaux, dans sa séance publique, qui a eu lieu le 23 janvier, a décerné pour le concours ayant pour objet la *prophylaxie de la tuberculose :*

1° Une mention honorable à chacun des mémoires nos 4, 6, 8, 2, dont les auteurs sont MM. Edwin Lee (de Londres) ; Desayvre (de Châtellerault) ; Beg (d'Edimbourg) ; F. César Castiglioni (de Milan) ;

2° Une médaille d'or de 100 fr. au mémoire n° 1, dont l'auteur est M. J. B. Ullersperger (de Munich). — Cette récompense, accordée en considération de savantes et longues recherches, n'est point détachée du prix, qui reste intact, et qui, sous tous les rapports, a été donné intégralement ;

3° Une médaille d'or de 300 fr. (le prix de 1860) au mémoire portant le n° 3, dont l'auteur est M. Louis Perroud (de Lyon) ;

La Société accorde en outre, pour des mémoires manuscrits qui lui ont été envoyés en 1860 :

A M. Puech, de Nîmes (*De l'occlusion des conduits vulvo-utérins, et de la rétention du sang menstruel*), une médaille d'argent grand module, et le titre de membre correspondant.

Des mentions honorables à MM. Bonnet (de Poitiers), Gouet (de Brest), Fleury (de Toulon).

— Le conseil d'État vient de statuer sur une question qui ne manque pas d'intérêt :

M. le comte de Larnage, maire de la ville de Tain (Drôme), a fondé en 1857 un établissement où l'on soigne spécialement l'épilepsie.

Cette fondation est dirigée par des sœurs de la Charité ou sœurs de Saint-Vincent-de-Paul. La supérieure de l'asile de Saint-Vincent-de-Paul a été imposée au rôle des patentes comme dirigeant une maison de santé particulière ; elle a réclamé d'abord devant le conseil de préfecture de la Drôme, mais sa réclamation a été rejetée. Alors elle a réclamé de nouveau, et a invoqué à l'appui de sa demande en dégrèvement la destination de l'établissement, qui renferme aujourd'hui 120 malades, dont 14 sont reçus gratuitement et 36 à prix réduit du tarif.

M. le ministre des finances reconnaît que l'asile de Saint-Vincent-de-Paul ne conserve pas pour lui les économies faites par l'établissement, qu'il les emploie à des œuvres charitables, et principalement à l'admission des épileptiques indigents ; mais, d'après la loi, il ne saurait être exempt de la patente pour ce fait, pas plus que ne le serait un contribuable qui viendrait alléguer qu'il emploie en œuvres charitables les bénéfices provenant de son industrie.

Conformément à ces conclusions, est intervenu un décret qui rejette la requête de la supérieure.

— M. le docteur Henri Touchon, accoucheur distingué, vient de mourir à Neufchâtel (Suisse).

— M. le docteur Maunoir vient de mourir à Genève à l'âge de quatre-vingt-treize ans. Il avait pris part avec Delpech au concours établi à la Faculté de Montpellier pour une chaire de clinique médicale.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André Lebel. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 16. — JEUDI 7 FÉVRIER 1861. (34e ANNÉE.) N° 16. — JEUDI 7 FÉVRIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 6 février 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur la congestion cérébrale apoplectiforme a encore occupé toute cette séance. MM. Beau, Durand-Fardel, Girard de Cailleux et Falret ont successivement pris la parole.

Pour M. Beau, la proposition énoncée par M. Trousseau est très-exagérée et par conséquent inexacte. La congestion sanguine du cerveau est la cause et l'effet d'un grand nombre de maladies cérébrales. On l'observe, à ce titre, comme effet de l'attaque épileptique; et elle peut, quand elle se fait sur certaines parties de l'encéphale et dans des conditions encore indéterminées, produire même des symptômes épileptiques. Mais ce n'est là qu'un cas particulier d'un fait commun. La congestion cérébrale apoplectiforme, souvent symptôme et symptôme d'affections diverses, existe aussi comme affection spéciale et différente du mal épileptique. Tels sont les points que l'argumentation de M. Beau a eu pour objet d'établir, contradictoirement à l'opinion de M. Trousseau.

M. Durand-Fardel avait à présenter les mêmes objections. Devancé par M. Beau, il s'est abstenu, déclarant s'en référer à ce que l'Académie venait d'entendre, et il s'est borné à présenter quelques considérations sur les inconvénients de l'extension qui a été donnée dans ces derniers temps au mot apoplexie considéré comme synonyme d'hémorrhagie, et sur la confusion qui en est résultée dans la science et particulièrement dans cette discussion.

Nous avions annoncé l'intervention de M. Girard de Cailleux dans le débat. Notre espérance n'a pas été déçue. L'honorable inspecteur a jeté dans la balance des opinions le poids de la grande expérience qu'une longue pratique dans les asiles et les hautes fonctions auxquelles il a été récemment appelé, l'ont mis à même d'acquérir sur ce sujet. Sans repousser la proposition de M. Trousseau, il la considère également comme beaucoup trop absolue. La congestion cérébrale n'est d'ailleurs, à ses yeux, le plus ordinairement qu'un symptôme et non une maladie. Quant à la congestion apoplectiforme considérée comme manifestation ou comme prodrome de l'épilepsie, le chiffre cité par M. Girard prouve que là même où l'on aurait pu s'attendre à la voir dans ses plus grandes proportions, elle s'est montrée infiniment moins fréquente que ne comporterait l'opinion de M. Trousseau, si elle était fondée.

Une dernière intervention, enfin, dont nous avons à nous féliciter aussi pour l'éclaircissement de la question en litige, est celle de M. Falret. Avec toute l'autorité de sa vaste expérience et d'une étude constante et approfondie de ces matières depuis plus de quarante années, M. Falret a abordé de front le sujet dans toute son étendue, en le ramenant aux deux questions suivantes : La congestion apoplectiforme peut-elle être une des formes de l'épilepsie? Peut-elle être aussi le symptôme d'autres affections cérébrales? Ces deux questions résolues affirmativement, la question générale tout entière se trouvait ramenée à ces termes : Quel est le diagnostic différentiel? Tel est le point vraiment pratique que M. Falret s'est attaché à traiter, et qu'il a éclairé par une lumineuse analyse de tous les éléments du problème. Nous regrettons que l'étendue de son argumentation, à laquelle il a donné les proportions d'un mémoire, ne nous ait pas permis de la reproduire. Nous y avons suppléé de notre mieux par la reproduction textuelle des conclusions qui la résument d'ailleurs parfaitement.

Au point où est arrivée cette discussion, il nous serait aisé dès à présent, en rapprochant de cette rapide analyse celle des argumentations qui ont défrayé les précédentes séances, d'en résumer l'esprit général et d'en tirer une conclusion pratique. Mais nous ne voulons point empiéter sur la séance prochaine. M. Trousseau s'est réservé la parole pour mardi. Sans préjuger quelle devra être sa réponse, nous ne craindrions pas de nous avancer trop en disant qu'il ne lui reste qu'à entrer dans la voie facile des concessions, en restreignant à des proportions plus modestes ce que sa proposition a de beaucoup trop général et de trop absolu, pour se mettre aisément d'accord avec la plupart de ses contradicteurs, qui sont généralement eux-mêmes à peu près unanimes sur le fond de la question. C'est ce que nous nous ferions fort de démontrer au besoin, si, contre nos prévisions, M. Trousseau ne se chargeait lui-même de ce soin.

Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Aphonie et angine laryngée œdémateuse consécutive à une angine tonsillaire. — Laryngotomie (procédé de M. Nélaton). — Guérison.

(Observation recueillie par M. A. Després, interne des hôpitaux.)

La nommée L..., âgée de vingt-trois ans, domestique, entre au n° 3 de la salle des femmes, pour des douleurs très-vives à la région trachélienne du cou et une extinction de voix.

Cette femme s'était toujours bien portée. Depuis six mois, dit-elle, elle s'est affaiblie, elle a maigri, et attribue le dérangement de sa santé à une angine tonsillaire pour laquelle elle a dû rester au lit huit jours, et dont elle a conservé comme conséquence une aphonie très-marquée.

Lorsque M. Nélaton vit cette jeune fille, elle présentait pour tout symptôme une douleur vive au cou. L'examen de la gorge n'apprit rien, et on ne pouvait constater aucun signe physique de tuberculisation pulmonaire ou laryngienne. La malade, il est vrai, n'avait point ses règles, et ce symptôme était des plus propres à jeter de l'incertitude sur le diagnostic. Etait-ce un signe rationnel de tuberculisation? était-ce un indice d'une grossesse au début? Dans le premier cas, on était porté à penser que la malade avait une laryngite tuberculeuse, et dans le second on pouvait croire qu'elle était atteinte d'une aphonie nerveuse compliquant une grossesse, quoique cet accident soit très-rare.

La grossesse fut recherchée; mais des dénégations absolues de la malade et une certaine répugnance à toute investigation ne permirent pas d'établir un diagnostic absolu.

Les indications furent d'abord remplies. La malade souffrait. Plusieurs vésicatoires successifs furent appliqués sur le cou. La malade en éprouva un soulagement momentané; mais l'aphonie persistait toujours, avec une petite toux et une expectoration muqueuse. Cet état durait depuis environ deux mois, avec des alternatives de mieux et de pire, lorsque le 7 août, à neuf heures du soir, la malade se sentit atteinte d'une oppression croissante, et qui vers quatre heures du matin se transforma en une véritable asphyxie. L'interne de garde, appelé auprès de la malade, constata tous les signes d'un œdème de la glotte : inspiration impossible, expiration facile; et le doigt introduit dans l'arrière-gorge permit de sentir, difficilement il est vrai, deux bourrelets muqueux. Un vomitif fut prescrit. Il produisit un soulagement notable.

Le 8, M. Nélaton, à qui nous rendîmes compte de ce que nous avions vu la veille, et qui put constater le caractère de la respiration de la malade, jugea l'opération de la laryngotomie nécessaire.

Il fit une incision à la peau sur la ligne médiane, commençant au milieu de la saillie de l'angle antérieur du cartilage thyroïde et descendant à un travers de doigt au-dessous du cartilage cricoïde; puis divisant couche par couche les tissus, il vint mettre à nu le cartilage cricoïde. Cela fait, après avoir coupé la membrane crico-thyroïdienne dans une étendue de 8 millimètres, et isolé au-dessous dans une étendue égale le cartilage, il en coupa avec des ciseaux une portion longue environ de 7 millimètres.

Aucun accident ne compliqua cette opération. Une canule fut introduite, la canule de M. Nélaton, qui malgré ses avantages est toujours restée dans la pratique de notre maître, faute de publicité.

Cette canule ne diffère des instruments ordinaires que par la section terminale de la canule externe, qui est taillée est bec de flûte. On a une section oblique au lieu d'une section droite; le chirurgien introduit cette canule seule. Le biseau s'engage dans la plaie, en écarte les lèvres sans qu'il soit besoin de force; il pénètre à la manière d'un coin. Puis, lorsque la canule est ainsi engagée, sans y mettre de précipitation, puisque l'air sort déjà par la canule, le chirurgien termine l'introduction avec une sécurité complète, et sans avoir besoin de recourir à un aide qui maintienne un dilatateur inutile.

L'application de la canule externe chez notre malade se fit avec une facilité saisissante. L'introduction de la canule interne termina l'opération.

Le 9, la malade est en bon état.

La canule est changée trois fois, et appliquée avec la même facilité que la veille.

Le 10, une bronchite survient; julep kermétisé.

Les jours suivants la bronchite cesse peu à peu, la canule interne est changée plusieurs fois par jour. Le soir, la canule externe est ôtée et remise avec autant de facilité que les jours précédents, et c'est même cette circonstance qui nous enlevait tout scrupule pour la retirer.

Pendant cette période M. Nélaton ajouta une modification à la canule externe; la section oblique, qui était faite aux dépens de la convexité du cylindre courbe de la canule, fut faite sur un des deux côtés. Le chirurgien évitait ainsi de faire exécuter à la canule un demi-tour après que le biseau de l'instrument était engagé dans la plaie; cette modification eut un plein succès.

Cependant la malade se plaignait encore de douleurs au cou; il était évident que l'affection laryngienne qui avait déterminé l'œdème de la glotte existait encore. M. Nélaton se proposa de cautériser le larynx. A cet effet il se servit des instruments de M. Loiseau, avec cette différence qu'il les introduisit par la plaie, ce qui permettait d'arriver beaucoup plus sûrement sur le larynx.

Le 20 et le 25 deux cautérisations furent faites. La malade s'en trouva très-bien, ses douleurs furent moindres, et elle constata que l'air commençait à passer par son larynx. Le soir elle boucha sa canule et essaya de parler, elle y réussit.

Le 6 septembre, M. Richard, qui remplaçait M. Nélaton, fit une nouvelle cautérisation par la bouche. La voix est un peu éteinte le soir.

Le 7, la malade parle distinctement.

Le 9, la canule est enlevée; la malade parle très-bien, la fistule laryngienne étant fermée avec le doigt.

Les jours suivants, même état; la plaie de la trachée est pansée et cautérisée.

Le 15, elle est cicatrisée. La voix est de plus en plus distincte. Le matin seulement la parole est encore embarrassée, et cela coïncide avec la présence de quelques douleurs.

Le 20, nouvelle cautérisation : aphonie dans la journée. Le soir, la parole est revenue.

Le 24, quelques douleurs au cou; vésicatoire.

Le 26, très-bon état. La malade est examinée au laryngoscope par un élève de M. Czermark, et l'on trouve quelques bourgeons charnus sur les replis ary-épiglottiques; l'épiglotte est saine; sur les cordes vocales supérieures il y a quelques ulcérations; les cordes vocales inférieures sont tuméfiées, et présentent des bourgeons charnus rosés qui les recouvrent en partie.

Le 29, de nouvelles douleurs au cou indiquent l'application d'un nouveau vésicatoire.

Les jours suivants la malade est très-bien; elle parle haut, avec facilité et sans fatigue.

A ce moment la malade finit par avouer qu'elle était enceinte, ne pouvant plus dissimuler son état. Elle séjourna encore environ un mois dans nos salles, parfaitement guérie de son extinction de voix, et n'accusant plus que de petites douleurs passagères au niveau de la cicatrice de l'opération.

Cette observation, outre qu'elle fournit un exemple de succès d'un procédé opératoire, est intéressante au double point de vue de la nosologie et de la thérapeutique. Elle nous offre à constater un fait, la laryngite chronique indépendante d'une lésion organique. C'est une observation que l'on doit ajouter à dix autres signalées par Sestier (*De la bronchotomie dans l'angine laryngée œdémateuse;—Archives de méd.*, 1850), et à une observation complète de M. Leudet (*Moniteur des Hôpitaux*, 7 juillet 1859), où l'autopsie vint démontrer les lésions de la maladie à laquelle le fait que nous produisons doit être rapporté. M. Leudet a vu les ulcérations simples du larynx siégeant sur les replis ary-épiglottiques et les cordes vocales, comme nous avons pu voir à l'aide du laryngoscope les traces d'une inflammation ulcérative du larynx. Les phénomènes de la maladie ont aussi de nombreux points de contact. C'est encore à la suite d'une angine tonsillaire que sont apparus chez son malade les signes de la laryngite chronique et de l'œdème de la glotte.

Au point de vue du choix de l'opération, on voit que dans le cas que nous rapportons il a été heureux, puisque le mémoire de Sestier nous apprend que l'opération de la crico-laryngotomie a été suivie de succès dans les deux seuls cas où elle a été employée.

On peut voir encore que cette opération a été exempte de complications, et que la modification apportée par M. Nélaton n'a pas, comme on l'a objecté, l'inconvénient d'entretenir une fistule permanente du larynx, et qu'une perte de substance produite sur le cartilage cricoïde n'empêche pas et ne retarde en rien la cicatrisation de la plaie par défaut de réparation du cartilage.

Il ressort encore de ce fait que la laryngotomie pratiquée de bonne heure, non-seulement a rempli une indication, éviter l'asphyxie, mais encore qu'elle a permis de porter dans le larynx des cautérisations utiles. Ajoutons que le repos laissé au

larynx, l'air cessant de passer par la glotte, unissait ses effets puissants à ceux de la cautérisation, et nous aurons enregistré l'observation d'une opération régulière recueillie avec soin et couronnée de la réussite la plus complète.

Quant à la modification que M. Nélaton a introduite dans les canules à trachéotomie, sans vouloir juger avec une jeune expérience l'œuvre d'un maître consommé, nous nous bornerons à dire que l'usage en apprendra plus que ne pourraient faire nos paroles.

Rappelons seulement combien de dilatateurs ont été imaginés, combien de procédés ont été indiqués pour introduire les canules, et qui tous sont tombés dans l'oubli par défaut de simplicité ou par les difficultés de leur usage. L'instrument de M. Sée, les mandrins, plus remarquables peut-être à cause du travail qu'ils ont coûté à l'esprit de leurs inventeurs, sont moins avantageux, et l'on se sert encore habituellement dans les hôpitaux du dilatateur de M. Trousseau. Il faut être bien habitué à l'instrument de M. Sée pour s'en servir avec facilité; les mandrins introducteurs ont le désavantage d'empêcher la respiration tant que dure l'introduction de la canule.

Quant au dilatateur classique, qui survit toujours malgré l'habileté des opérateurs, son emploi est incommode. Il faut le tenir au niveau de l'articulation pour l'introduire, puis reprendre ensuite les anneaux pour produire la dilatation. Le plus souvent c'est un aide qui introduit la canule, que le chirurgien est exposé à retirer avec son dilatateur. D'autres fois c'est l'aide qui maintient le dilatateur, et qui, déployant une force mal calculée, peut compromettre les résultats d'une opération bien faite.

Pour nous qui avons été appelé, comme interne à l'hôpital Sainte-Eugénie, à pratiquer des opérations de trachéotomie et à surveiller des enfants opérés, nous nous rappelons les difficultés que nous offraient, à nos collègues et à nous, l'introduction et le changement des canules ordinaires. Appelés aussi à introduire et à changer la canule modifiée de M. Nélaton, nous avons remarqué, entre les canules que nous avons employées à l'hôpital des Enfants et celles que nous avons appliquées à deux malades de l'hôpital des Cliniques, un contraste qui reste tout entier à l'avantage des canules modifiées.

ÉCLAMPSIE.

Perte absolue de connaissance pendant cinquante-six heures. Mort,

Par M. le docteur Jolicleric (de Passy).

Le 31 mai, à dix heures du matin, j'ai été appelé auprès d'une jeune femme qui, me disait-on, venait d'être prise de vomissements répétés, et depuis lors avait perdu entièrement connaissance.

En arrivant dans la maison qui m'avait été indiquée, voici dans quel état j'ai trouvé la malade :

Décubitus latéral droit; face pâle et marbrée de taches jaunâtres au front et aux pommettes. Les yeux étaient complétement fermés; la respiration rauque et difficile. La malade était plongée dans un coma profond. Quelques minutes après mon arrivée, une crise violente s'est déclarée. Les bras ont commencé à se roidir, exécutant des mouvements brusques et involontaires. En même temps, les muscles du visage entraient en contraction; des mucosités mousseuses couvraient les lèvres d'une écume blanchâtre, et une bave sanguinolente s'écoulait des angles de la bouche. Les pupilles étaient tantôt dilatées, tantôt contractées, et par instants l'iris, entièrement voilé par la paupière supérieure, ne laissait apercevoir que le blanc de l'œil. La face est devenue violette, couverte de sueur; la peau moite; le pouls très-accéléré et presque insensible, la respiration bruyante et stertoreuse.

N'ayant sous la main qu'un flacon d'éther sulfurique, j'en ai fait de suite avaler quelques gouttes mélangées à un peu d'eau. La déglutition s'est opérée assez facilement. En outre, j'ai appliqué des sinapismes très-forts aux mollets.

Au bout de peu d'instants, cette première crise a cessé. La malade est retombée dans un coma profond. J'ai pu alors prendre auprès des personnes présentes quelques renseignements sur les causes probables de ces accidents si graves.

La malade, m'a-t-on dit, était âgée de vingt-quatre ans. Elle était enceinte de huit mois. Un caractère très-difficile et des chagrins violents entretenaient chez cette jeune femme un état d'irritation continuel. Le matin même de ce jour, à la suite d'une vive contrariété, les accidents que je viens de relater s'étaient déclarés.

En présence de ces effrayants symptômes, la première indication à remplir était évidemment d'obtenir un accouchement artificiel : *Sublata causa, tollitur effectus*. Le toucher, que j'ai pratiqué, m'a permis de constater que le col de l'utérus était légèrement dilaté. J'ai prescrit une potion avec un gramme de seigle ergoté à faire prendre par cuillerées à café dans les intervalles des crises. De plus, la malade a dû être immédiatement plongée dans un grand bain tiède.

Quelques heures plus tard, je suis revenu la voir. Trois crises aussi violentes que la première avaient eu lieu. L'état comateux persistait. La dilatation du col ne se faisait qu'avec une lenteur extrême.

Craignant que la mort n'arrivât dans une crise et avant la délivrance de la malade, et comprenant toute la grave responsabilité qui pesait sur moi, je fis prier un confrère, M. le docteur Collongues, de me venir en aide, ce qu'il voulut bien faire immédiatement.

Après avoir examiné ensemble la malade, et en présence des accidents cérébraux qui avaient lieu, nous avons pensé qu'une large saignée amènerait probablement un peu de rémission. J'ai pratiqué cette opération. Nous avons pu observer qu'en effet les convulsions cloniques diminuaient d'intensité.

M. Collongues, dont les savants et consciencieux travaux sur la dynamoscopie sont connus du monde médical, a plusieurs fois, par intervalles, fait application de l'ingénieux instrument dont il est l'inventeur, pour constater les différences d'intensité du *bourdonnement* suivant la force des crises qui se sont succédé presque régulièrement de dix en dix minutes, pendant toute la soirée et la nuit.

Il nous a été donné de faire à ce sujet une observation fort intéressante.

A la suite de plusieurs convulsions, le côté droit du corps est devenu entièrement immobile, tandis que le gauche exécutait des mouvements automatiques et involontaires. Le dynamoscope, appliqué en ce moment, n'a transmis aucun son du côté paralysé, tandis que de l'autre on entendait distinctement un bruit faible et régulier. La dilatation du col était loin de marcher suivant nos désirs. Le toucher vaginal nous faisait reconnaître un bourrelet contracté irréductible. Nous avons eu recours au chloroforme; des inhalations ont été commencées dans l'intervalle des convulsions. Sous l'influence de cette médication, les crises ont presque cessé et le col s'est distendu à tel point que nous avons cru pouvoir essayer l'accouchement. Mais au moment où j'allais introduire une des branches du forceps, une nouvelle convulsion a eu lieu, et la contraction du col a été telle, qu'il devenait impossible d'introduire la première phalange du doigt.

De nouvelles inhalations de chloroforme ont été faites à un quart d'heure d'intervalle. Enfin, à huit heures du matin, j'ai de nouveau tenté, et cette fois avec succès, l'introduction du forceps, et j'ai pu terminer l'accouchement.

Le fœtus, du sexe féminin, était mort depuis trois jours au moins, car la décomposition cadavérique était commencée. Quelques minutes après l'accouchement, j'ai opéré la délivrance. Tout ceci s'est passé sans qu'un seul instant la malade ait repris connaissance.

A partir de ce moment, et jusqu'au dimanche soir à six heures, nous avons simultanément employé les antispasmodiques et les révulsifs. Une potion composée de musc, assa-fœtida et castoréum, a été administrée; les sinapismes continués de temps à autre. Vers le milieu de la journée, une sorte de réaction s'est faite; le pouls s'est un peu élevé, la peau est devenue chaude. J'ai fait prendre alors quelques cuillerées d'une potion composée de vin de Bordeaux et de sulfate de quinine; mais bientôt tout espoir a été perdu; le pouls est redevenu imperceptible; malgré les sinapismes, les extrémités se sont refroidies, et enfin, à six heures du soir la malade rendait le dernier soupir.

Dans les cinquante-six heures qu'a duré cette maladie, nous avons compté quarante et une convulsions successives.

En résumé, il résulte de cette observation que, comme l'avaient déjà dit M. Gros et M. le docteur Liégard (de Caen), le chloroforme administré à haute dose dans l'éclampsie est le meilleur et le plus sûr moyen à opposer aux convulsions cloniques.

Ce n'est que par une grande persistance dans ce mode de traitement, que nous avons pu déterminer une dilatation du col suffisante pour permettre la terminaison de l'accouchement.

EMPLOI DU LINGE ET DE LA CHARPIE COALTÉS

dans le pansement des plaies, et principalement de celles qui proviennent des grandes opérations chirurgicales.

Par M. Demeaux (de Puy-l'Évêque).

Au mois de juillet 1858, dans le cours d'une discussion qui avait lieu au sein de l'Académie de médecine, à l'occasion de la poudre de *plâtre coalté*, M. Michel Lévy exprimait le vœu qu'on pût trouver un mode de pansement des plaies qui tout en conservant la propriété d'absorber les liquides, les sécrétions morbides, fût en même temps désinfectant, et permît ainsi de ne renouveler les appareils qu'à de longs intervalles.

La communication que j'ai l'honneur d'adresser aujourd'hui à l'Académie me paraît répondre à ce besoin, et le moyen que je propose remplit parfaitement les deux indications signalées par l'illustre professeur du Val-de-Grâce. Ce moyen est d'ailleurs d'un emploi si facile qu'il sera adopté, j'en ai la confiance, avec empressement non-seulement pour la chirurgie militaire, mais aussi pour la chirurgie des hôpitaux civils, et même pour la pratique privée.

Dans une communication qui a été faite à l'Académie des sciences par M. le professeur Velpeau, dans la séance du 17 décembre dernier, j'ai donné la formule de la teinture alcoolique de coaltar avec addition de savon, et en même temps celle d'un produit qui, une fois refroidi, a la consistance d'un savon mou, très-soluble dans l'eau, et composé par parties égales de coaltar, d'alcool et de savon ordinaire; je désignerai ce produit sous le nom de *coaltar saponifié*.

Ces deux produits peuvent servir l'un et l'autre à préparer le linge et la charpie coaltés; je donne la préférence à ce dernier, parce qu'il contient une plus grande proportion de coaltar que la teinture alcoolique la plus concentrée.

Préparation du linge et de la charpie coaltés.

Coaltar saponifié.	100 grammes.
Eau ordinaire.	500 —

Faites dissoudre.

Vieux linge	1 kilo.

Trempez dans la solution ci-dessus pendant quelques minutes, exprimez et faites sécher.

On peut concentrer ou étendre la solution à volonté.

Le linge ainsi préparé prend une couleur jaune paille.

Réduisez le linge en bandes, en compresses, en charpie, vous obtenez ainsi toutes les pièces d'appareil nécessaires pour le pansement d'une plaie, imprégnées de la solution coaltée, possédant comme le linge blanc, et au même degré, la souplesse, la facilité dans l'application, la propriété d'absorber le produit des sécrétions morbides.

Le linge coalté agit en outre comme désinfectant; non-seulement il prévient les émanations fétides qui deviennent désagréables et insalubres pour les malades, qui vicient l'air des salles de chirurgie, mais encore il empêche la décomposition des liquides, et préserve la surface des plaies de cette influence délétère, en constituant autour d'elles une atmosphère *médicamenteuse*, si je puis m'exprimer ainsi. Par l'emploi de ce mode de pansement, on verra diminuer, j'en suis convaincu, le nombre et la gravité de ces accidents formidables qu'on voit survenir si souvent à la suite des grandes opérations chirurgicales, des plaies contuses, des lésions produites par les armes à feu, surtout dans les hôpitaux ou dans les ambulances, lorsqu'il y a encombrement de blessés. Par l'emploi de ce moyen, la pourriture d'hôpital sera bien plus rare, si toutefois elle n'est pas empêchée d'une manière absolue, et l'infection purulente s'observera moins souvent, j'en ai la conviction.

Les assertions que j'ai émises dans cette note ne sont pas seulement basées sur l'induction, elles sont sanctionnées par l'expérience et confirmées par les faits. Depuis quelques semaines j'ai pansé des plaies avec le *linge* et la *charpie coaltés*; tout récemment même j'ai eu à traiter une vaste plaie de la jambe provenant d'une morsure, avec mortification des tissus contusionnés et déchirés, et je dois déclarer que le résultat a dépassé mes prévisions et mes espérances.

A l'appui de mes propositions, je rappellerai les expériences de M. Burdel (de Vierzon), qui a démontré de la manière la plus précise : 1° que l'air infecté de miasmes ne contenait pas d'ozone; 2° que l'ozone reparaissait dans ce même milieu sous l'influence des émanations de coaltar; et enfin celles de M. Lemaire, qui a vu s'arrêter et se produire à volonté la formation du pus sous l'influence d'un topique coalté.

Ce mode de pansement, après les opérations et les vastes plaies, permet de laisser en place le premier appareil pendant quatre et six jours sans que la moindre odeur fétide se produise, le préserve des mouches et de l'invasion des vers, accident plus dégoûtant que grave peut-être, et qu'on observe assez fréquemment dans les pays chauds pendant les fortes chaleurs de l'été malgré les soins de propreté les mieux entendus.

En proposant le mode de pansement qui fait l'objet de ce travail, je n'entends pas repousser de la pratique l'emploi de l'émulsion de coaltar, que je considère au contraire comme un précieux médicament, et qui d'ailleurs a rendu de grands services jusqu'à ce jour; j'ajouterai même que dans un grand nombre de cas ces deux moyens pourront avec avantage être employés simultanément; mais il ne faut pas se dissimuler que l'usage d'un topique liquide, quand il n'est pas urgent, présente toujours des inconvénients sérieux.

EXPÉRIENCES SUR LE GAZ OXYGÈNE

employé comme antidote du chloroforme et de l'éther.

Par M. Ozanam.

L'inhalation de l'oxygène semble être le meilleur moyen de combattre l'asphyxie par le chloroforme ou l'éther; voici des expériences de M. Ozanam qui le prouvent.

Dans les différentes expériences que j'ai faites, dit-il, j'ai constamment vu l'animal se réveiller plus promptement avec l'oxygène qu'avec l'air atmosphérique, et la différence de temps est parfois de plus de moitié. Les résultats ont été les mêmes, que l'on ait expérimenté avec l'éther ou avec le chloroforme.

Plusieurs des animaux avaient été chloroformés au point que les battements du cœur étaient imperceptibles, la respiration très-affaiblie et la mort imminente; et cependant, à peine soumis à l'action bienfaisante de l'oxygène, la respiration est devenue forte et régulière, le réveil a constamment été plus prompt. Enfin pour rendre le résultat plus net et plus évident, j'ai institué une expérience dans laquelle l'animal respirait à la fois un courant d'éther en vapeur et un courant d'oxygène pur. Je dus employer près de 15 grammes d'éther, l'animal le respira pendant douze minutes avant de s'endormir, et au bout de ce temps le sommeil était si léger, qu'il se réveilla spontanément au bout d'une minute et demie sans qu'on eût continué l'oxygène.

Une seconde expérience fut faite avec un double courant d'oxygène et de vapeurs de chloroforme; plus de 15 grammes de ce liquide furent employés, et cependant au bout de huit minutes l'animal était à peine affaibli, le sommeil n'existait pas, et quelques instants après avoir cessé les inhalations l'animal avait repris son état normal.

Ainsi, en faisant respirer à la fois la vapeur anesthésique et le gaz oxygène, l'animal met deux ou trois fois plus de temps pour s'endormir que lorsqu'il respire seulement l'air atmosphérique, qui ne contient qu'un tiers de gaz vivifiant. Ces résultats viennent confirmer les travaux de M. Duroy, entrepris sur le même sujet il y a quelques années.

Tant que la respiration et la vie ne sont plus abolies, l'oxygène se montre efficace, mais dans les cas de mort subite, comme cela est arrivé dans une de nos expériences, l'oxygène se montre impuissant; on a beau entourer l'animal d'une atmosphère d'oxygène, en faire pénétrer par les narines dans la trachée, la mort est bien réelle, l'effet vivifiant de l'oxygène ne peut plus se produire.

Puisque l'oxygène est de tous les corps le plus efficace pour combattre les effets de l'éther et du chloroforme, il serait bien important que le chirurgien, au moment de faire une opération et de chloroformer le malade, eût toujours à sa disposition une certaine quantité d'oxygène pour ranimer le patient.

Sans doute on n'évitera pas ainsi tous les accidents, mais on en préviendra un grand nombre, car l'homme résiste plus à l'ac-

tion du chloroforme que de faibles animaux, et tant que la respiration persiste, quelque faible, quelque rare qu'elle soit, l'oxygène se montrera efficace. (*Répertoire de pharmacie*).

DES PRÉPARATIONS FERRUGINEUSES.

Depuis un certain temps, l'emploi du fer en thérapeutique a pris une importance vraiment inusitée, et qui va se développant de plus en plus. Ce fait a une signification sur laquelle on est peu d'accord; mais quelle que soit cette signification, on reconnaît généralement que le remède est indiqué par le plus grand nombre des affections complexes actuelles; aussi les préparations ferrugineuses ne manquent-elles pas. Le nombre des sels de fer employés en médecine est, comme on l'a déjà dit, tellement grand, qu'il est moins utile d'en introduire un nouveau dans la thérapeutique, que d'apporter une plus grande perfection et une plus grande économie dans leur préparation. Ce sont ces deux points surtout que s'est proposé M. le docteur Joyeux. Il a moins visé à créer un produit nouveau qu'à perfectionner l'administration d'un produit connu, le protoxyde de fer, qui a fait le succès des pilules de Vallet et de Blaud, et dont les bons effets sont appréciés depuis longtemps par tous les médecins.

Partant de cette double donnée : 1° Que les ferrugineux doivent être presque toujours continués pendant longtemps par les malades qui en font usage. Leur prix peut influer sur la prolongation, et par conséquent sur l'efficacité du traitement; 2° que l'inconvénient habituel aux préparations martiales étant d'amener forcément une constipation plus ou moins opiniâtre, et par conséquent nuisible aux effets qu'on veut obtenir, il était devenu grandement nécessaire d'obvier à ces deux inconvénients. Le premier a été surmonté à l'aide d'un appareil de nouvelle invention, pour la confection et la direction duquel M. Joyeux s'est adjoint un pharmacien émérite, M. Pommier. Cet appareil, en permettant d'opérer dans le vide et de prévenir ainsi toute altération du fer, remplit ce but tant cherché de pouvoir donner enfin des dragées ferrugineuses de qualité égale aux plus estimées, à un prix excessivement réduit. Pour l'inconvénient relatif à la constipation, il a été tout aussi heureusement surmonté par l'adjonction d'un léger excès de sel magnésien, qui était le correctif le mieux indiqué.

D'après ces deux considérations, que tout praticien jugera sans doute comme très-importantes, il nous a paru utile de recommander cette amélioration dans la préparation du fer, comme étant appelée à rendre dans la pratique médicale de véritables services, et à y mériter un succès de popularité. A. R.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 février 1864. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements de Maine-et-Loire, des Vosges, de l'Aube et du Loiret (commission des épidémies);

2° Le rapport de M. le docteur Penizza, sur le service médical des eaux minérales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), pendant l'année 1858 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Béclard, Sappey et Béraud, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie;

2° Une observation de congestion cérébrale, recueillie par un médecin sur lui-même, communiquée par M. Aug. Mercier (renvoi à M. Trousseau);

3° Une lettre de M. le docteur Caussé (d'Albi), qui sollicite le titre de membre correspondant;

4° La description et le modèle d'un appareil à dextrine fabriqué par M. Mathieu, sur les indications de M. Félix Chédin, élève des hôpitaux, et destiné à remédier aux inconvénients que présente la confection manuelle du bandage dextriné. Cet appareil se compose d'une boîte doublée de cuivre; l'intérieur de cette boîte présente à sa partie inférieure trois barres transversales situées à quelques millimètres du fond, l'une au milieu, les deux autres aux deux extrémités. Le dessus de la boîte, entièrement indépendant de l'appareil, est percé à chaque extrémité de son plus grand diamètre, et perpendiculairement à ce diamètre, d'une fenêtre de 6 centimètres environ de longueur. La bande introduite par l'une de ces ouvertures s'engage sous les traverses, et est contrainte par conséquent à ramper dans le fond de l'appareil et à passer au milieu de la solution de dextrine, puis elle sort par la fenêtre opposée et va s'enrouler sur l'arbre d'un treuil fixé sur la face supérieure du couvercle et que la main fait mouvoir; mais avant d'arriver à ce treuil, elle doit passer entre un double laminoir dont cette dernière fenêtre est armée, et où elle perd son excédant de dextrine. Un système particulier permet de régler à volonté l'épaisseur de la couche de dextrine. Quand on ferme l'appareil, le couvercle se retournant emprisonne le treuil à l'intérieur, et l'appareil se réduit ainsi aux dimensions exiguës de la boîte la plus portative.

— M. LARREY dépose sur le bureau une notice sur le laryngoscope, par MM. Richard et Garcia.

— M. DEPAUL présente un travail manuscrit de MM. les docteurs Landry et Samasenillas, ayant pour titre : *De l'état nerveux complexe attribué à tort à la congestion cérébrale*. (Renvoyé à M. Trousseau).

— M. VELPEAU fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur M. le docteur Laboulbène, de son Traité sur les affections pseudo-membraneuses.

M. Velpeau dépose ensuite sur le bureau un travail de M. le docteur Demeaux, sur l'emploi du linge et de la charpie préparés au coaltar saponiné.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur l'eau de Thieux (Seine-et-Marne).

Cette eau appartient à la classe des eaux sulfureuses calcaires froides, et vient prendre rang à côté de celles d'Enghien, de Pierrefonds, etc. La source de Thieux réunissant toutes les conditions convenables d'aménagement et de captage, la commission est d'avis qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source pour l'usage médical. (Adopté).

Opération césarienne. — M. DEVERGIE, au nom de la commission dont il est rapporteur, lit un supplément de rapport sur le travail de M. Félix Hatin, à l'occasion des nouvelles communications que l'Académie a reçues sur ce même sujet depuis la lecture du rapport. Il soumet à l'Académie une nouvelle rédaction des conclusions conçues en ces termes :

1° La législation actuelle suffit à sauvegarder les droits professionnels du médecin et ses devoirs envers la femme enceinte qui vient de décéder.

2° Le médecin qui a l'espoir d'extraire du corps de la femme enceinte décédée un enfant dans des conditions d'aptitude à la vie extra-utérine, peut et doit même, *médicalement parlant*, pratiquer l'opération césarienne, en observant les principes de la science et les règles de la chirurgie.

Cependant il ne peut pratiquer cette opération qu'après avoir acquis la certitude du décès et s'être entouré des lumières d'un ou de plusieurs confrères, à moins d'impossibilité absolue de réaliser cette dernière condition.

3° Le médecin, dans l'exercice de sa profession libérale, ne relève que de la loi et de sa conscience éclairée par les préceptes de l'art.

Ces conclusions seront discutées après l'impression de ce supplément de rapport.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les congestions cérébrales apoplectiformes.

La parole est à M. Beau.

Discussion sur les congestions cérébrales apoplectiformes.

M. BEAU. M. Trousseau a formulé son opinion sur la nature de la congestion cérébrale apoplectiforme en disant que c'est une manifestation du mal épileptique. Cette opération ainsi exprimée est très-exagérée, par conséquent inexacte. D'abord, qu'est-ce qu'une congestion cérébrale ? Comme l'ont très-bien dit MM. Tardieu et Durand-Fardel, la congestion sanguine du cerveau est la cause et l'effet d'un grand nombre de maladies cérébrales. La congestion vasculaire, quand elle est excessive ou qu'elle a lieu sur des tissus altérés, conduit à l'extravasation ou à l'hémorrhagie cérébrale; elle conduit aussi au ramollissement rouge. Elle est l'effet de plusieurs maladies cérébrales confirmées; on l'observe dans la paralysie générale, on l'observe aussi comme effet de l'attaque épileptique. Enfin on ne peut nier que lorsqu'elle se fait sur certaines parties de l'encéphale et dans des conditions qu'on ne connaît pas encore, elle ne produise même des symptômes épileptiques.

La congestion sanguine est donc dans le cerveau comme dans les autres organes, le point de départ et la cause d'une foule de lésions et de symptômes. Mais si elle fait des maladies graves, elle peut en faire aussi de légères ou de passagères; c'est ce qui arrive quand l'hyperémie sanguine est modérée et renfermée dans certaines limites de temps et d'étendue. Telle est l'espèce d'attaque que l'on appelle *congestion cérébrale apoplectiforme*.

Cette attaque, qui n'est ni une apoplexie grave ni une épilepsie, avait été observée et admise par plusieurs auteurs sous d'autres noms. Willis l'appelait *apoplexia habitualis*, et il reconnaissait suffisamment par là que cette affection n'était pas très-grave. Sauvage admet avec Willis que les apoplexies graves sont précédées longtemps par des attaques légères, accompagnées de vertiges et de céphalalgie, et il ajoute que ces attaques légères et répétées sont, moins rarement qu'on ne croit, plutôt épileptiques qu'apoplectiques. Mais il y a loin de là à soutenir avec M. Trousseau et à poser en loi que les attaques répétées que l'on rattache à la congestion cérébrale apoplectiforme sont des formes méconnues du petit mal épileptique.

M. Baillarger est venu apporter à cette tribune le contingent de sa riche expérience. Il a ajouté à ses faits propres ceux qui ont été recueillis par ses confrères aliénistes. Cependant je ne me sens pas très-convaincu par les faits qu'il nous a exposés. Le champ de leur observation est trop circonscrit. Il est tout naturel, en effet, que les aliénistes observent un grand nombre de congestions cérébrales liées au mal épileptique. Il en résulte que si l'on voulait éclaircir la question qui nous occupe uniquement avec les faits fournis par la médecine mentale, on aurait une tendance à accepter la loi de M. Trousseau.

Comme on le voit, il faut sortir de ce cercle circonscrit, si l'on veut connaître la vérité tout entière; car en dehors de cette ligne, on a souvent l'occasion d'observer des faits d'attaques légères d'apoplexie habituelle, comme les appelait Willis, ou des congestions cérébrales apoplectiformes qui n'ont rien d'épileptique.

Ici M. Beau cite quelques faits tirés de son observation personnelle, destinés à démontrer qu'il y a en dehors du mal épileptique des phénomènes que l'on est convenu depuis longtemps de comprendre sous le nom de congestion cérébrale apoplectiforme.

Mais, reprend-il, à quels signes reconnaîtra-t-on que la congestion cérébrale apoplectiforme se lie ou ne se lie pas à l'épilepsie ? Il faut, pour cela, entrer dans l'étude des caractères du mal épileptique.

L'épilepsie se révèle par le grand mal ou attaque, et le petit mal ou vertige. Le grand mal est si différent des symptômes de la congestion cérébrale apoplectiforme, que ces deux affections ne peuvent jamais être confondues. Il n'en est pas de même du petit mal ou vertige, dont les formes sont extrêmement variables. On peut lui reconnaître des formes comateuses, convulsives et délirantes. Parmi ces formes nombreuses, le petit mal en présente une qui ressemble aux symptômes de la congestion cérébrale apoplectiforme, c'est-à-dire celle dans laquelle l'individu tombe privé complétement ou incomplétement d'intelligence, d'insensibilité et de mouvement, sans délire ni sans phénomènes convulsifs toniques ou cloniques.

Comment, dès lors, savoir si l'affection est épileptique, ou si c'est la congestion apoplectiforme, l'apoplexie habituelle de Willis ?

On devra prononcer que la congestion cérébrale dite apoplectiforme est épileptique, si elle existe chez une personne affectée en sus d'attaques ou de grand mal. On dira également qu'elle est de la même nature, si peu à peu des symptômes épileptiques non douteux finissent par s'ajouter aux phénomènes ordinaires de la congestion apoplectiforme. Mais en dehors de ces manifestations irréfragables du mal épileptique, je ne vois pas qu'on soit fondé à déclarer que la congestion apoplectiforme est épileptique.

La conclusion générale que M. Beau tire de tout ce qui précède, c'est que le nombre des épileptiques étant déjà malheureusement assez considérable, il ne faut pas l'augmenter indûment de tous ceux qui ont une simple congestion cérébrale apoplectiforme.

M. DURAND-FARDEL. Je n'avais pas demandé la parole pour me joindre aux protestations qui se sont élevées contre les opinions trop exclusives de M. Trousseau. Je crois que le savant professeur de clinique avait forcé à dessein les couleurs du tableau qu'il nous a présenté, afin de mieux frapper l'esprit de ses auditeurs. Mais on avait demandé au dedans et au dehors de cette enceinte : Qu'est-ce donc que l'apoplexie? qu'est-ce donc que la congestion cérébrale apoplectique?

Je voulais apporter sur ce sujet une contribution de pathologie pure. Mais M. Beau ayant abordé jusqu'à un certain point ce côté de la question, je crains de fatiguer l'Académie par des répétitions inutiles, et je renonce à la parole sur ce sujet spécial.

Je me contenterai de présenter quelques observations sur une question de mots qui prête encore à une assez grande confusion. Je veux parler du mot *apoplexie*, que M. Bouillaud et beaucoup de personnes aujourd'hui traduisent par *hémorrhagie cérébrale*.

Vous savez quelle est la signification du mot *apoplexie*. Je n'ai pas besoin de vous reproduire son étymologie : on a trop bien parlé grec à cette tribune pour que je me permette de le faire à mon tour. On doit entendre par ce mot un ensemble de symptômes très-déterminés, et dont je n'ai pas besoin non plus de vous retracer le tableau.

Si l'on comprenait beaucoup de choses différentes sous cette même dénomination, il n'est plus un médecin aujourd'hui qui confondrait l'apoplexie avec la syncope, ni avec les morts subites ou très-rapides que déterminent les ruptures du cœur ou des gros vaisseaux.

Quand l'anatomie pathologique permit de déterminer les conditions organiques auxquelles pouvait se rattacher l'apoplexie, on décrivit une apoplexie sanguine et une apoplexie séreuse. Mais Boerhaave, Hoffmann, Morgagni, n'entendaient toujours désigner par là qu'un ensemble donné de symptômes.

Laënnec, dans un chapitre de l'*Apoplexie pulmonaire*, un des plus remarquables de son immortel ouvrage, apporta le premier une confusion fâcheuse dans la nomenclature en attribuant cette dénomination à l'hémorrhagie du poumon, « parce que, dit-il, elle ressemble entièrement à l'exhalation sanguine cérébrale qui produit l'apoplexie. »

Ceci n'est pas tout à fait exact, puisque l'hémorrhagie cérébrale se fait presque toujours en nappe, tandis que l'hémorrhagie du poumon se fait presque constamment par infiltration. Mais on donna bientôt, par un non-sens singulier, le nom d'apoplexie à toutes les hémorrhagies interstitielles, et l'on fit des apoplexies du rein, du foie, des muscles, etc.

Il y a là une logomachie à laquelle il n'y aurait peut-être pas grand intérêt à s'arrêter si elle n'était pas inutile d'abord et ensuite nuisible.

Je dis inutile, car si, suivant la nomenclature usitée, on dénomme les maladies du cerveau par la nature qu'on leur attribue ou par leur caractère anatomique le plus saillant, et si l'on dit méningite, encéphalite, ramollissement du cerveau, il n'en coûte pas davantage de dire hémorrhagie cérébrale ou méningée, infiltration sanguine du cerveau, comme je l'ai fait dans mon *Traité des maladies des vieillards*, au lieu de dire apoplexie cérébrale, apoplexie méningée, apoplexie capillaire (Cruveilhier).

Elle est nuisible, car, comme il est impossible à l'esprit de séparer entièrement un mot du sens qui lui appartient, cela tend à faire croire que les symptômes apoplectiques ne peuvent appartenir qu'à l'apoplexie cérébrale, tandis qu'ils appartiennent très-communément, et sous la même apparence exactement, au ramollissement cérébral, à la congestion cérébrale, dans des cas plus rares à l'hémorrhagie méningée et même à la méningite.

Je pense donc qu'il convient de conserver au mot *apoplexie* le sens que les auteurs classiques lui attachaient, et d'appeler l'hémorrhagie cérébrale par son nom.

M. GIRARD DE CAILLEUX. Dans la dernière discussion sur la congestion apoplectiforme, soulevée à l'Académie par M. Trousseau, appel a été fait à toutes les lumières et à toutes les expériences pour éclairer l'importante question qui nous occupe. Vous avez entendu les remarquables discours de MM. Baillarger et Bouillaud sur ce grave sujet.

J'ai pensé que peut-être vingt années d'études dans un grand hôpital d'aliénés me permettraient, avec le concours de votre bienveillance, d'apporter aussi dans ce débat quelques faits et quelques considérations utiles; tel est le motif de cette communication.

Est-il vrai, ainsi que le proclame M. Trousseau, que la congestion cérébrale apoplectiforme ne soit le plus souvent autre chose qu'une attaque d'épilepsie, et que cette affection, presque toujours méconnue, ait causé autant d'erreurs de diagnostic que le croit le savant professeur ?

Est-il vrai que la congestion cérébrale soit aussi rare que l'avance notre honorable collègue, et que le vertige lié aux affections de l'estomac et aux maladies de l'oreille, ou que les syncopes soient, avec l'épilepsie, les affections réelles désignées faussement sous le nom de congestions apoplectiformes ?

Avant de s'engager dans le débat qui est ouvert, il faudrait d'abord s'entendre sur ce que l'on appelle congestion cérébrale.

Ne reste-t-on pas dans une fausse voie en continuant d'appeler des états morbides différents du nom de l'un des phénomènes qui les caractérisent, et ne serait-il pas convenable, comme l'a dit M. Piorry, d'apporter plus de sévérité dans le langage médical et un esprit plus philosophique ?

Semblable à la fièvre, qui n'est qu'un symptôme, un élément de la maladie, la congestion cérébrale, en effet, n'accompagne-t-elle pas plusieurs états morbides différents, et si pour classer les maladies on ne tenait compte que d'un certain nombre de phénomènes, ne s'exposerait-on pas à de graves confusions et à de tristes mécomptes ?

Qu'est-ce donc que la congestion cérébrale dont nous parle M. Trousseau ?

L'éloquent orateur définit en exposant le fait lui-même. (L'orateur rappelle ici les exemples cités par M. Trousseau dans sa communication.)

J'avoue, continue-t-il, tout en admettant certaines réserves, celles

entre autres qu'un accès épileptique n'est point aussi innocent pour l'intelligence que le croit M. Trousseau, que notre honorable collègue, en signalant une confusion trop souvent réelle, a fait ressortir un fait signalé, entre autres, par MM. Delasiauve et Herpin dans leurs ouvrages sur l'épilepsie et que nous avons nous-même plus d'une fois constaté. Mais s'ensuit-il que cette erreur de diagnostic soit aussi fréquente qu'il le suppose? Telle n'est point ma conviction. Je pourrais citer à l'appui de mon opinion de nombreux exemples; je me bornerai à rappeler que dans l'examen de 4,056 aliénés de la Seine, auquel je viens de me livrer de concert avec les médecins qui les traitent, épars dans vingt-deux asiles différents, près d'un dixième d'entre eux avait eu des congestions cérébrales ayant amené un affaiblissement plus ou moins marqué des facultés mentales et motrices, sans qu'on eût constaté chez eux dans leurs attaques congestives aucun des caractères propres à l'épilepsie : perte subite de connaissance au début de l'attaque, convulsions toniques et cloniques, expression d'horreur de la face, etc.

Le fait de la congestion cérébrale apoplectiforme ou légère, sans épilepsie, n'est donc point aussi rare que le croit M. Trousseau.

Maintenant il est incontestable que l'état congestif accompagne des affections bien différentes de l'épilepsie.

On l'observe dans l'hystérie, dans la catalepsie, dans l'extase, dans le ramollissement cérébral, dans la folie paralytique, dans une forme particulière de la démence dite sénile, etc.

Un fait pathologique qui nous a vivement frappé, et qui montre que la congestion n'est qu'un symptôme, un simple élément morbide, c'est qu'à l'exemple de la fièvre, des paralysies, etc., elle emprunte essentiellement sa gravité de la nature de l'affection qu'elle accompagne : ainsi la congestion hystérique ne ressemble en rien par son caractère à la congestion épileptique; il en est de même des attaques congestives de la folie paralytique, de celles de la démence qui diffèrent si profondément des congestions qui accompagnent la fièvre typhoïde, les maladies du cœur, etc.

Il y a donc, comme on en peut juger, une étude très-intéressante à faire sur les affections cérébrales qui appellent la congestion ou qui s'accompagnent de cet élément morbide, et votre savant collègue, en fixant l'attention de l'Académie sur ce sujet important, en l'invitant ainsi à déterminer ces affections, rend à mon sens un véritable service à la science.

M. FALRET. M. Trousseau a posé une question d'un grand intérêt. Il s'est demandé si la congestion apoplectiforme n'était pas une des manifestations de l'épilepsie. Mais il a été plus loin, il a nié l'existence de la congestion apoplectiforme comme maladie spéciale. Nous adoptons la première de ces propositions, sans adopter la seconde. Nous pensons qu'il est certaines congestions apoplectiformes qui ne sont que de l'épilepsie; mais nous admettons aussi que la congestion apoplectiforme est souvent un symptôme d'autres affections cérébrales, et peut même exister comme maladie distincte de toute autre. La question posée par M. Trousseau se résume donc pour nous en une question de diagnostic différentiel entre la congestion apoplectiforme de nature épileptique et celle qui est due à d'autres affections. Nous allons examiner successivement ces deux côtés de la question :

1° La congestion apoplectiforme peut être une des formes de l'épilepsie;

2° La congestion apoplectiforme peut être aussi le symptôme d'autres affections cérébrales, et quel en est alors le diagnostic?

L'orateur entre au sujet de ces deux questions dans des développements qu'il ne nous est pas possible de suivre ici; il résume son argumentation dans les conclusions suivantes :

M. Trousseau a eu raison, selon nous, de soulever cette discussion. Il aura rendu service à la science.

1° En attirant l'attention sur le diagnostic différentiel, si difficile dans quelques cas, entre l'épilepsie, la congestion apoplectiforme et les autres affections cérébrales.

2° En provoquant la réflexion sur la nature congestive ou nerveuse de l'épilepsie, il aura contribué à rappeler que, en dehors du fait anatomique de la congestion cérébrale et du fait symptomatique de la convulsion générale, l'épilepsie est une maladie spéciale, se présentant sous des formes diverses, évidentes ou larvées (comme l'a très-bien dit M. Morel), se perpétuant chez l'individu qui en est atteint à l'état latent pendant tout le cours de son existence, et se transmettant trop souvent par l'hérédité à ses descendants, soit sous la même forme, soit transformée en d'autres névroses.

3° M. Trousseau a rendu un autre service à la science, en provoquant l'attention sur les limites flottantes qui existent entre certains faits d'épilepsie vraie et d'autres faits analogues appartenant à d'autres affections cérébrales. Si l'on commet, en effet, d'assez fréquentes erreurs dans le diagnostic différentiel de l'épilepsie, cela ne tient pas seulement, selon nous, aux difficultés que l'on rencontre dans l'application, mais à l'état d'imperfection de la science. Sans doute, dans certains cas, le médecin obéit au désir bien naturel de ménager la juste susceptibilité des malades et de leurs familles en ne prononçant pas le mot d'épilepsie; dans d'autres circonstances, les renseignements insuffisants ne lui permettent pas de poser un diagnostic. Dans d'autres cas, enfin, certains médecins ne sont pas assez versés dans l'étude des affections cérébrales pour éviter la confusion. Mais ces erreurs tiennent beaucoup plus aux incertitudes de la science sur un point aussi obscur du diagnostic des maladies du cerveau.

4° M. Trousseau aura été utile à la pratique de la médecine en rendant plus circonspect dans l'usage des évacuations sanguines dans les cas de congestions cérébrales d'origine épileptique, qui se dissipent d'elles-mêmes au bout de peu de temps, et dont la nature, en apparence congestive, doit être subordonnée à la nature spéciale de la maladie épileptique.

Mais si nous nous plaisons à reconnaître que la communication faite à l'Académie par notre honorable collègue M. Trousseau aura ces résultats favorables pour la science et pour la pratique, nous ne pouvons nous empêcher d'ajouter qu'il importe de nous tenir en garde contre toute exagération.

En effet, s'il est des médecins qui, dominés par des idées exclusivement anatomiques, veulent voir de la congestion partout, et méconnaissent ainsi dans certains accidents congestifs la nature véritablement épileptique de la maladie, il en est d'autres, au contraire, qui voudraient voir toujours de l'épilepsie dans de simples congestions sanguines cérébrales.

Or, cette tendance aurait des inconvénients graves pour la science et pour la pratique. Elle aurait des inconvénients pour la science, en introduisant dans l'histoire de l'épilepsie des éléments étrangers, qui altéreraient profondément l'exactitude de sa description, relativement à l'étiologie, à la symptomatologie, au pronostic, et aux conséquences à tirer de l'existence de cette triste affection.

Cette tendance à admettre trop facilement dans le cadre de l'épilepsie des accidents cérébraux purement congestifs, aurait des inconvénients plus graves encore pour la pratique.

On ferait partager à des accidents cérébraux de nature curable la gravité du pronostic malheureusement attaché à l'épilepsie, et on empêcherait ainsi le médecin de les traiter. On ferait bénéficier, au contraire, l'épilepsie d'un degré de curabilité qu'elle n'a pas, et on favoriserait l'admission de certains médicaments ou de prétendus spécifiques qui n'ont pas sur l'épilepsie vraie l'efficacité qu'on leur attribue, en se basant sur ces cas d'épilepsie douteuse.

Enfin, on imprimerait trop légèrement le stigmate indélébile d'une maladie aussi grave que l'épilepsie à des malades ou à des familles qui ne seraient pas réellement atteints de cette cruelle affection.

Or, si l'on veut éviter de porter un pronostic aussi fatal, il importe, avant tout, de ne pas laisser introduire dans la science des confusions contre lesquelles nous venons de nous élever et qui auraient nécessairement un fâcheux retentissement sur la pratique.

— La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

PRÉSENTATION.

M. BOUILLAUD présente le poumon d'un homme mort dans son service de l'hôpital de la Charité, comme cas rare de ces amas bronchiques de poussières respirées pendant la vie. Voici le fait :

Un homme de quarante ans, fondeur en cuivre, entre le 31 janvier au soir. Couché au n° 27 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, il a les yeux fixes, les lèvres cyanosées, les membres agités, et la gêne de la respiration est extrême; 48 à 50 respirations. En avant et à droite, matité presque complète, ainsi qu'en arrière dans la fosse sous-épineuse. Bruit respiratoire presque imperceptible, même dans les grandes inspirations. Côté gauche assez sonore. Ce malade reçoit les premiers soins. Dans la nuit il se lève, et on le trouve mort hors de son lit.

Autopsie. — Poumon droit farci par places de concrétions noires et irrégulières qui rompent ou déforment les canaux bronchiques. Le tiers du volume de ce poumon est rempli d'une énorme quantité de poussière de charbon qui a fait corps et se présente sous forme de tubercules épars et mamelonnés. M. Bouillaud s'attache à faire remarquer aux sections qui ont été faites les différences du cas présent et de ceux qu'on attribue à la production mélanique propre aux poumons. Ici le charbon se détache sous le doigt et s'étend. D'ailleurs, les concrétions sont limitées et présentent au couteau des tranches compactes et résistantes; c'est donc la poussière que cet ouvrier a respiré dans son atelier.

— La séance est levée à cinq heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM.

Chapiel, né au Passage d'Agen (Lot-et-Garonne); *Essai sur la maladie hémorrhoïdaire.*

Lacour, né à Verzenay (Marne); *Étude sur l'historique et le mécanisme des luxations du maxillaire inférieur.*

Cholous, né à Etaules (Charente-Inférieure); *De la poche des eaux; quand le médecin doit-il la rompre?*

Gros, né à Wesserling (Haut-Rhin); *Considérations sur la rage, principalement au point de vue du diagnostic.*

Berthet, né à Gray (Haute-Saône); *De la phlegmatia alba dolens.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. le docteur Poiseuille, membre de l'Académie de médecine, a été nommé inspecteur de l'instruction primaire du département de la Seine (*place créée*).

— Par divers arrêtés, ont été nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. Jobert (de Lamballe), Longet, Gosselin et Jarjavay, professeurs à la Faculté de médecine de Paris; M. Valenciennes, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie; M. Leroy, professeur à l'Ecole de médecine de Caen; M. Husson, directeur de l'Assistance publique.

Officiers d'Académie. — M. Coze, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; MM. les professeurs aux Ecoles de médecine dont les noms suivent : Thomas (Reims), Michaud (Grenoble), Granier (Lyon), Guérineau (Poitiers), Ecorchard (Nantes), Nogués (Toulouse). — M. Bourbon, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris; M. Hébert, pharmacien en chef de l'hôpital des Cliniques; M. Laurens, secrétaire agent comptable à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Par arrêté en date du 29 janvier, M. le docteur Tarnier a été nommé chef de clinique de M. le professeur Paul Dubois.

— M. Guignard, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est chargé provisoirement du cours de clinique interne à ladite Ecole (emploi vacant).

M. Chenevier, professeur adjoint à l'Ecole préparatoire de médecine de Besançon, est nommé professeur de clinique externe à ladite Ecole, en remplacement de M. Corbet, admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

L'art dentaire, revue mensuelle de la chirurgie et de la prothèse dentaire, 5e année, par A. PRÉTERRE, dentiste américain, 29, boulevard des Italiens, à Paris.

Les quatre dernières années contiennent les observations détaillées des malades confiés à M. Préterre par MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires, soit à Paris, soit en province, et la description des appareils construits pour les diverses lésions traumatiques ou congénitales de la bouche : *bec-de-lièvre, résection partielle ou totale des mâchoires inférieure ou supérieure, nécroses ou perforations, difformités dentaires, anomalies, etc., etc.*

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 17. — SAMEDI 9 FÉVRIER 1861. (34e ANNÉE.) N° 17. — SAMEDI 9 FÉVRIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne pensent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la périnéphrite primitive.

Dans certaines circonstances assez rares, et sous l'influence de causes qu'il n'est pas toujours possible de saisir, on voit survenir une inflammation du tissu cellulo-graisseux qui enveloppe le rein; inflammation phlegmoneuse indépendante de toute lésion actuelle ou antécédente de ce viscère. Cette inflammation, à laquelle on a donné, eu égard à son mode de terminaison le plus ordinaire, les noms d'abcès périrénaux simples, de suppurations lombaires, et qui est plus justement désignée aujourd'hui sous le nom de périnéphrite primitive, à cause de son indépendance de tout lien pathologique avec le rein lui-même, méritait une description spéciale. Témoin de plusieurs faits de cette nature pendant le cours de son internat dans les hôpitaux de Paris, M. le docteur Feron a consacré sa thèse à l'histoire de cette affection. Nos lecteurs nous sauront gré d'emprunter au travail de notre jeune confrère les traits principaux de cette monographie, qui leur permettront à l'avenir d'en mieux établir le diagnostic, connaître la marche et diriger le traitement.

C'est ordinairement peu de temps après l'action de la cause déterminante (refroidissement le corps étant en sueur, fatigue excessive, maladie fébrile antécédente, etc.) que se déclarent les premiers accidents. Le malade est saisi par un frisson d'une à deux heures de durée; en même temps apparaît la fièvre avec céphalalgie, soif, courbature. La fièvre offre, dans cette affection, un caractère que M. Feron a été à même de constater; elle se présente sous la forme d'accès qui peuvent faire penser, au début, à une fièvre intermittente. Mais ces accès, quotidiens ou double-quotidiens, d'abord franchement accusés, se prolongent à mesure qu'ils se renouvellent, et la fièvre passe au type rémittent d'abord, puis continu.

La douleur dans l'un des côtés de la région lombaire est un symptôme à peu près constant. Elle est quelquefois précédée par des vomissements. Elle se produit tantôt en même temps que la fièvre, tantôt seulement quelques jours après; d'abord sourde, obtuse, elle devient quelques jours après pongitive, lancinante. Au début, son siége n'est pas toujours bien fixe et déterminé. Si la phlegmasie est du côté gauche, le malade la rapporte à la région splénique; à celle du foie, si elle est à droite, ou aux côtés de la poitrine. Elle a pour caractère d'être exaspérée par la percussion, la palpation de la région, ainsi que par les mouvements d'extension et de flexion du tronc, et par les secousses de toux. M. Feron l'a vue devenir beaucoup plus vive après l'administration des purgatifs, par suite de la contraction des muscles abdominaux dans les actes répétés de la défécation. A mesure que la maladie progresse, la douleur, en augmentant d'intensité, se limite mieux; le malade la rapporte alors à son véritable siége. Enfin, elle ne se propage jamais le long de l'uretère, et ne s'accompagne pas de rétraction du testicule; caractère négatif important, en ce qu'il exclut l'idée d'une lésion du rein lui-même.

Il faut signaler également ici, comme signe négatif, les caractères de l'urine. Elle est rouge et rare, comme dans toute affection fébrile, parfois même chargée d'une quantité de mucus plus forte que dans l'état normal; mais on n'y constate ni pus, ni sang, ni graviers, rien, en un mot, de ce qui révèle ordinairement une maladie du rein; à moins toutefois que cet organe n'ait été primitivement ou coïncidemment affecté.

Un symptôme qui a de l'importance, en ce qu'il est perçu par le médecin, vient se joindre à la douleur et à la fièvre; c'est une tuméfaction qui apparaît graduellement sur un des côtés de la colonne vertébrale, au niveau des lombes. C'est d'abord un simple empâtement rénitent, assez mal limité, avec œdème des téguments; plus tard la tuméfaction se limite à la région postérieure. Cette tuméfaction, dans la station verticale, est plus prononcée à la partie inférieure du phlegmon. Jusque-là, les téguments avaient gardé leur couleur normale; mais quand la collection purulente formée tend à se porter au dehors, ils prennent une teinte rougeâtre, mal limitée, qui décroît d'une manière insensible. La saillie lombaire augmente à mesure que la périnéphrite poursuit ses périodes, excepté dans les cas où la collection liquide se porte en avant et se rompt dans le péritoine.

A cette période, la palpation permet de sentir profondément une fluctuation d'abord obscure, mais qui devient bientôt manifeste. Ce symptôme paraît plus vite ici que dans certains phlegmons, ceux de la fosse iliaque par exemple; tandis que dans ces derniers il se fait attendre jusqu'à vingt-cinq et trente jours, on le trouve communément établi vers le douzième jour dans les phlegmons périnéphritiques.

Il est des cas où la fluctuation ne peut être perçue, ce sont ceux où l'abcès migre vers la fosse iliaque; tel est encore le cas où l'abcès enkysté se trouve placé au-devant du rein, ainsi que cela a eu lieu dans un fait recueilli par M. le docteur Charnal.

Quand le pus s'est rassemblé en foyer, il tend à se frayer une route au dehors, et c'est le plus souvent par un point de la région des lombes; il s'opère un travail d'ulcération des parties molles, plus long ici qu'aux autres régions, à cause de l'épaisseur des téguments, et que la nature, par cette raison, serait souvent impuissante à opérer. Le pus évacué exhale dans certains cas une odeur stercorale des plus fétides, due au voisinage du côlon. La tumeur s'affaisse aussitôt, au grand soulagement du malade; l'évacuation de l'abcès fait tomber du jour au lendemain l'appareil fébrile, ainsi que les symptômes locaux. Pendant plusieurs jours, le foyer incisé fournit encore de grandes quantités de liquide purulent : il arrive quelquefois alors que le pus se teint en rose ou en lie de vin par son mélange avec une certaine quantité de sang provenant de petits vaisseaux ulcérés. Dans un cas qui s'est présenté dans le service de M. Vigla à la Maison municipale de santé, cet écoulement de sang prit les proportions d'une véritable hémorrhagie, qui, se reproduisant plusieurs jours de suite, finit par entraîner la mort du sujet.

C'est là un accident tout à fait exceptionnel. Le plus ordinairement, l'abcès vidé, la fièvre tombe, l'appétit renaît, et la réparation locale marche vite.

Cependant, il faut le dire, la nature malheureusement, ainsi que le fait remarquer M. Feron, ne procède pas toujours avec cette simplicité. Quelquefois après la sortie du pus le malade languit, il est repris, après un soulagement momentané, de frissons avec de petits accès de fièvre; il pâlit, maigrit; la plaie, au lieu de se fermer, continue à verser du pus, qui devient séreux, de mauvaise nature; il survient des sueurs nocturnes, et, après un temps variable, la mort termine la scène morbide au milieu du marasme.

On vient de voir quelle est la marche habituelle et quelle est la terminaison la plus ordinaire de la périnéphrite. Dans toutes les observations que M. Feron a pu réunir dans les auteurs et dans les recueils périodiques, ainsi que dans les faits dont il a été témoin ou qui lui ont été communiqués, il n'y a pas un seul exemple de terminaison par résolution. La terminaison par gangrène est très-rare; il n'en a été trouvé qu'un seul exemple.

Quant à la terminaison la plus commune, et qui constitue en quelque sorte la règle, ainsi qu'on vient de le voir, la terminaison par suppuration, elle peut se faire suivant plusieurs voies : par les parois de la région lombaire, c'est la voie la plus ordinaire; par les interstices musculaires ou les feuillets aponévrotiques; par l'intestin, le côlon ou le cœcum; par le tissu cellulaire des régions inférieures, le long de l'urèthre et dans le péritoine; enfin dans la cavité thoracique. On conçoit que l'issue ne soit pas la même, suivant celle de ces voies que suit le pus, et que le pronostic doive être fort différent, selon les tendances que manifeste l'abcès à s'ouvrir au dedans ou au dehors. Le mode de terminaison de la périnéphrite ayant une grande importance pratique, nous croyons qu'il sera utile d'entrer à cet égard dans quelques détails circonstanciés, que nous renverrons à la *Revue* prochaine.

De l'opium à haute dose et des inhalations de chloroforme dans le traitement du tétanos spontané.

Il ne faut pas que la tendance bien naturelle qui nous porte à étendre le champ de nos ressources thérapeutiques et à en appeler de l'insuffisance des moyens en usage à l'expérimentation de moyens nouveaux, nous fasse oublier en faveur de ceux-ci les services que les premiers peuvent nous rendre encore. Qu'il arrive que le moyen nouveau ne réponde pas, après un certain nombre d'expériences, aux espérances qu'avaient pu faire concevoir certaines données physiologiques ou les induc-

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Ophthalmologie. — *Lehrbuch der Augenheilkunde*, von doctor J. PILZ. Prague, Karl (André), 1859 (1). — *Traité d'ophthalmologie*, par le docteur J. PILZ, etc.

Le magnifique ouvrage dont nous avons à rendre compte aujourd'hui mérite sous tous les rapports de fixer l'attention des ophthalmologistes et des médecins en général, et nous regrettons vivement de ne pouvoir entrer ici dans tous les détails que comporterait l'examen d'un livre aussi important, et d'être obligé de nous borner à une appréciation générale et sommaire de son contenu, de son plan et de son exécution.

Nous considérerons cet ouvrage à deux points de vue distincts : le texte et les planches.

Le livre de M. le professeur Pilz se divise en deux sections.

Ire *section. Etudes préliminaires.* — Elle comprend l'anatomie descriptive et histologique de l'œil, la physiologie de la vision, accommodation de l'œil, examen ophthalmoscopique de l'œil sain, anatomie et physiologie des parties accessoires de l'œil, paupières et appareil lacrymal, enfin le développement de l'œil humain. Cette section se termine par un remarquable chapitre sur l'exploration de l'œil malade.

IIe *section.* Elle est consacrée à la pathologie et à la thérapeutique oculaires; elle se termine par un chapitre contenant les anormités congénitales de l'organe de la vue. Enfin, dans la dernière partie de cette section, l'auteur étudie toutes les opérations qui se pratiquent sur les yeux et leurs annexes.

Toute cette partie de l'ouvrage de M. Pilz, traitée de main de maître, exposée avec ordre et lucidité, témoigne d'une vaste et profonde érudition; l'anatomie et la physiologie de l'œil sont étudiées d'une manière complète; la pathologie, dégagée des théories et des doctrines à perte de vue qui ont longtemps encombré l'ophthalmologie, est exposée d'une façon claire et intelligible pour tous; le traitement soit médical, soit chirurgical, a reçu tous les développements que mérite cette importante question : ajoutons que M. Pilz a intercalé dans cette partie un grand nombre de formules.

Pour ce qui est des opérations et des méthodes et procédés opératoires, nous avons vu avec plaisir que M. Pilz s'est attaché à présenter la chirurgie oculaire d'une manière aussi complète que possible, prenant le bien partout où il se trouve, mais toujours avec impartialité, rendant à chacun ce qui lui est dû, et ayant surtout le bon esprit de ne pas fatiguer le lecteur par les sempiternels « *procédés de l'auteur, méthode de l'auteur*, etc. »

Sous le rapport des planches, la publication du *Traité d'ophthalmologie* de M. Pilz constitue une véritable révolution. De toutes les parties de la science médicale, l'ophthalmologie est sans contredit celle qui a le plus besoin de l'aide de l'art graphique; l'adjonction de planches coloriées n'est pas ici une simple affaire de luxe, c'est une nécessité, et une nécessité de premier ordre. Mais pour atteindre ce but, il en coûtait des sommes énormes, et l'éditeur était obligé jusqu'ici de mettre les ouvrages illustrés à un prix souvent beaucoup trop élevé pour la modeste bourse du plus grand nombre des praticiens. Ces difficultés ont été parfaitement comprises par M. le professeur Pilz et par son intelligent éditeur M. Karl (André), qui ont voulu donner au monde médical un ouvrage complet sur les maladies oculaires, renfermant un nombre de planches coloriées suffisant pour rendre l'étude de ces affections intelligible pour tous, et dont le prix fût assez peu élevé pour que chacun pût l'acquérir. L'ouvrage de M. Pilz contient 404 figures, dont 37 sont coloriées; ce sont des planches chromolithographiques, et nous sommes heureux de dire qu'elles sont admirablement réussies. Nous citerons, entre autres, les planches VI et VII, relatives à l'ophthalmoscopie et aux affections du cristallin; ces figures sont d'une vérité si parfaite qu'il est impossible à tout homme un peu versé dans l'étude des maladies des yeux de ne pas reconnaître à la première inspection les affections qu'elles représentent.

Pour résumer notre opinion sur ce magnifique ouvrage, nous ajouterons que pour nous il constitue un Compendium ophthalmologique complet, dont la publication fait honneur à l'auteur aussi bien qu'à l'éditeur, et dont une traduction française est très-désirable.

(1) Un volume in-8° de 1024 pages, avec 404 figures, dont 137 coloriées.

Sulle malattie interne dell' occhio; Saggio di clinica e d'iconografia ottalmoscopica, del dott. A. QUAGLINO. — *Sur les maladies internes de l'œil; Essai de clinique et d'iconographie ophthalmoscopique*; par M. le docteur A. QUAGLINO (de Milan).

Quelques années à peine se sont écoulées depuis que le savant professeur de Heidelberg, M. Helmholtz, a doté la science d'un précieux mode d'exploration des parties profondes de l'œil, et déjà la littérature médicale compte un grand nombre de travaux sur l'oph-

tions tirées de l'analogie de composition ou d'action chimique, loin d'avoir enrichi la thérapeutique, vous l'avez affaiblie au contraire en lui apportant un moyen infidèle de plus, s'il vous a fait négliger surtout et perdre de vue les agents usités jusqu'alors, et qui, tout insuffisants qu'ils étaient, n'en comptaient pas moins d'importants services.

Ces réflexions, particulièrement applicables à la substitution du chloroforme à l'opium dans quelques affections nerveuses convulsives, nous sont inspirées par les deux faits suivants, recueillis dans le service de M. le professeur Grisolle à l'Hôtel-Dieu, relatifs tous deux au traitement du tétanos spontané : l'un dans lequel, après l'emploi infructueux du chloroforme pendant quatre jours, l'opium à haute dose a amené la guérison ; l'autre qui présente un exemple de guérison par l'usage d'emblée de ce dernier agent.

Voici la relation de ces deux faits, que nous empruntons au *Bulletin de thérapeutique :*

Un ouvrier tabletier, âgé de trente-quatre ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une constitution moyenne, entre à l'Hôtel-Dieu le 21 janvier de l'année dernière. Quelques jours auparavant il s'était livré à de très-grands excès de boisson ; après une nuit très-agitée, il s'était levé le lendemain matin avec une céphalalgie intense. Dans la journée, il commença à éprouver une gêne douloureuse dans la région thoracique antérieure ; le soir, il avait déjà de la peine à ouvrir la bouche, les mâchoires étaient serrées l'une contre l'autre. Les jours suivants, les symptômes allèrent en augmentant.

Le 17, il survint une constriction spasmodique des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, avec roideur du cou, difficulté des mouvements respiratoires, douleur entre les épaules, et sensation générale de chaleur.

Les jours suivants, la douleur inter-scapulaire descendit, et se fixa à la région lombaire et dans le ventre, dont les parois devinrent dures et tendues. Le malade, à dater de ce moment, perdit l'appétit ; les selles se supprimèrent.

Le 21, jour de son entrée à l'hôpital, voici quel était son état :

Décubitus dorsal ; face pâle ; mâchoires rapprochées, serrées ; commissures des lèvres tirées vers les oreilles ; paupières presque fermées ; cou tendu ; tête renversée en arrière ; douleurs le long du rachis, dans les lombes, dans les côtés de la poitrine et dans le bas-ventre. La contraction des muscles est continue, mais avec paroxysmes fréquents. Intelligence nette. Pas de céphalalgie ; constipation ; urines rouges, rendues difficilement et avec douleur ; peau chaude ; 112 pulsations, assez fortes.

Le lendemain, l'état du malade étant le même, on pratique des inhalations de chloroforme deux fois dans la journée, jusqu'à résolution complète, et on prescrit l'application de ventouses scarifiées sur le rachis. Après chaque chloroformisation, la convulsion tétanique a disparu durant environ trois quarts d'heure, puis elle a reparu peu à peu graduellement et assez rapidement.

Les jours suivants, les inhalations répétées à plusieurs reprises sont suivies chaque fois du même résultat ; cessation momentanée des contractions tétaniques, reparaissant ensuite avec une intensité toujours croissante, mais sans aucun accident propre au chloroforme d'ailleurs.

Le 26, il n'en fut pas de même. Le malade ayant été pris d'une convulsion tétanique des membres inférieurs, telle qu'il pouvait être soulevé tout d'une pièce, formant une tige droite et rigide de la tête aux pieds, M. Grisolle fit administrer le chloroforme incontinent, pendant la visite et sous ses yeux. C'était la sixième fois que le malade était chloroformisé. L'inhalation fut d'abord régulière comme les autres ; le malade était à la période d'excitation, le pouls était ample et régulier, lorsque tout à coup les pulsations cessèrent brusquement, les traits s'altérèrent profondément ; trois ou quatre petites inspirations eurent encore lieu, puis tout signe de vie disparut complétement. M. Grisolle, sans perdre une minute, pratiqua la respiration artificielle. Au bout de quelques instants, les mouvements respiratoires se rétablirent, faibles et irréguliers d'abord, puis plus amples ; le pouls reparut peu à peu ; le malade ouvrit les yeux, semblant sortir d'un profond sommeil. Un quart d'heure après il répondait aux questions qui lui étaient faites, disant se trouver bien, et n'avoir nulle conscience du péril qu'il avait couru. Toutefois la résolution obtenue à ce prix ne persista pas plus longtemps que les jours précédents.

M. Grisolle renonçant dès ce moment au chloroforme, prescrivit alors l'extrait aqueux thébaïque à la dose de 5 centigrammes toutes les heures. 40 centigrammes d'opium ont été pris dans les vingt-quatre heures.

Le lendemain on constata une amélioration notable des symptômes convulsifs, moins de trismus, rigidité du cou et du tronc moins prononcée, membres inférieurs plus libres, parole plus facile. — Même prescription.

Le 29, 45 centigrammes d'opium ont été pris. L'amélioration continue et s'accroît.

Les jours suivants, on élève la dose à 50 centigrammes jusqu'au 9 février, jour où l'amélioration est assez notable pour faire espérer une guérison prochaine. En effet, quelques bains de vapeur et des frictions avec le baume de Fioraventi le long de la colonne vertébrale, achevèrent la guérison.

— Dans le deuxième fait, il s'agit d'une femme de vingt-sept ans, entrée le 27 mai dans le même service, salle Saint-Roch.

Le 20 mai dans la journée, sans cause connue, cette femme, qui avait été jusque-là toujours bien portante, commença à éprouver dans la mâchoire des douleurs et de la roideur. Le lendemain la roideur s'étendait au cou ; elle ne pouvait ni lever ni baisser la tête. Les deux jours suivants, elle se leva cependant encore et put vaquer aux soins de son ménage ; mais le 24, elle fut obligée de s'aliter.

Le jour de son entrée à l'hôpital, le 27, elle était dans l'état suivant : trismus, altération des traits ; la malade peut cependant desserrer légèrement les dents et avaler ; elle parle difficilement ; roideur du cou ; rigidité des muscles cervicaux postérieurs. Les douleurs reviennent par crises très-pénibles et très-fréquentes. On prescrit : extrait thébaïque, 10 centigrammes en quatre pilules.

Le 28, même état. — 20 centigr. d'extrait d'opium en pilules de 25 milligrammes.

On élève graduellement la dose les jours suivants à 30, 40 et 45 centigrammes.

Le 1er juin, la maladie fait néanmoins de nouveaux progrès ; la contraction a envahi les muscles pectoraux. Les mâchoires sont moins serrées, mais l'opisthotonos du cou et de la partie supérieure du tronc est plus prononcé ; les membres inférieurs sont également roides et douloureux.

On élève rapidement la dose de l'extrait thébaïque. La malade en prend 1 gramme ; elle se trouve soulagée.

Le 2, amélioration très-marquée : plus de crises douloureuses ; souplesse plus grande de tous les muscles. Il y a eu à la suite de l'administration élevée de l'opium des sueurs profuses suivies d'éruptions multiples et diverses à la peau ; soif ardente ; un peu d'appétit. — 1 gramme 20 d'extrait d'opium.

Le 3, amélioration continue, retour de la gaieté, sommeil calme. — Opium, 1 gramme 25.

Le 4, on revient à 1 gr. 20.

Le 5, pour vaincre la constipation opiniâtre produite par l'opium, on prescrit deux gouttes d'huile de croton, qui produisent quelques accidents et un malaise général. La malade n'ayant pu prendre ce jour-là que 20 centigrammes d'extrait, elle a un peu de roideur le lendemain dans les jambes. — On prescrit 95 centigr. d'extrait.

Le 7, l'amélioration reprend son cours. Cependant la mâchoire et le cou conservant encore un peu de roideur, on élève de nouveau la dose de l'opium à 1 gr. 15.

Le 8, elle en prend 90 centigr. ; les 9 et 10, 95. L'amélioration fait de rapides progrès.

Le 16, la dose d'opium est réduite à 5 centigr. La malade se lève et mange avec appétit, et avec une très-grande facilité.

Le 20, la guérison est presque complète. On supprime l'opium.

La malade sort complétement guérie le 25.

— Sans contester les services que le chloroforme a rendus dans quelques cas graves de tétanos, il est évident, d'après les faits que nous venons de rapporter, qu'on aurait tort de trop compter sur son action, et de négliger pour cet agent l'emploi de l'opium, qui reste encore à nos yeux le médicament le plus utile et le plus efficace contre cette cruelle affection, malgré ses nombreux échecs. En ce qui concerne le chloroforme, nous n'avons pas attendu ces faits pour apprendre à nous défier de la fugacité de ses effets. Il y a quelques années, ayant affaire à un cas de tétanos spontané, semblable à beaucoup d'égards à ceux que nous venons de rapporter, nous crûmes aussi pouvoir compter sur l'action stupéfiante du chloroforme. Les premières inhalations produisirent, en effet, un relâchement rapide et complet de tous les muscles contracturés ; mais la contracture ne tardait pas à se reproduire, et à mesure que nous répétions cette opération, l'effet en était de moins en moins sensible ; bientôt il devint tout à fait nul, et nous eûmes le regret de voir succomber le malade aux progrès rapides de la maladie, avant d'avoir eu le temps de recourir à une autre médication.

Nouveau fait relatif aux caractères séméiologiques tirés de l'état des ongles, et à la loi de reproduction de ces organes.

Nous avons à plusieurs reprises appelé l'attention de nos lecteurs sur les caractères séméiologiques tirés de l'état des ongles, et sur la loi de reproduction de ces organes. On a vu, d'après les citations que nous avons faites à ce sujet, que les auteurs ne sont pas d'accord sur la durée de l'accroissement des ongles. Pour MM. Béclard et Sappey, deux mois et demi à trois mois suffiraient pour la pousse entière d'un ongle, tandis que pour d'autres ce temps n'est pas suffisant.

Voici un fait que vient de nous communiquer à cette occasion M. le docteur Beaupoil (d'Ingrandes), fait dont il a été lui-même le sujet, et qui est de nature à faire pencher vers cette dernière opinion.

« Le 10 août 1860, nous écrit notre confrère, le petit doigt de ma main gauche était engagé entre les arcades dentaires d'une petite fille fort indocile, atteinte d'une fièvre typhoïde grave, lorsque je fus mordu cruellement. Une plaie transversale avait tranché la peau juste au niveau du point où la partie adhérente de l'ongle fait suite à sa racine. Une inflammation assez forte de toute l'extrémité du doigt en fut la conséquence. La cicatrisation de la peau se produisit, et je vis apparaître dans la lunule de l'ongle une tache plus blanche, transparente, laissant voir au-dessous d'elle la teinte brune de l'ecchymose sous-unguéale. Depuis lors, cette tache a marché lentement de la racine à la partie libre de l'ongle, en conservant toujours son même aspect. Aujourd'hui, 31 janvier 1861, elle est comprise en totalité dans la partie libre, et commence à atteindre l'extrémité de l'ongle. Vue par la face externe de celui-ci, elle présente toujours le même aspect de blancheur et de transparence. Vue par la face interne, au contraire, elle offre la coloration brune adhérente à l'ongle, que l'on apercevait de l'autre face par transparence.

» Je me portais parfaitement bien le 10 août, au moment de l'accident, et j'ai continué à jouir d'une excellente santé depuis lors ; en sorte que les phénomènes constatés plus haut peuvent être regardés comme entièrement normaux.

« L'ongle de mon petit doigt a mis du 10 août 1860 au 31 janvier 1861, c'est-à-dire cinq mois et demi, pour se reproduire en totalité. Celui d'un autre de mes doigts plus long, au-

---

thalmoscopie, publiés soit en Allemagne, soit en France, soit en Angleterre, en Hollande, etc.

L'ouvrage dont nous avons à rendre compte aujourd'hui se distingue de ses devanciers par un cachet tout particulier qui, malgré son titre beaucoup trop modeste (*Saggio*....., Essai.....), le place à nos yeux parmi les meilleurs Traités sur la matière. Le fait le plus saillant qui ressort pour nous de la lecture du livre de M. Quaglino, c'est que l'auteur s'est uniquement et toujours préoccupé du côté pratique de la question ; c'est que, cherchant à contrôler, toutes les fois que cela lui a été possible, les données diagnostiques de l'ophthalmoscope par l'examen nécroscopique, il a voulu se convaincre lui-même des relations qui existent entre les lésions organiques et les signes fournis par l'exploration des parties profondes de l'œil. Or c'est là la seule voie pour arriver au progrès ; la constatation des signes ophthalmoscopiques est des plus simples, il suffit pour cela d'une certaine habitude ; ce qui manque jusqu'ici à la démonstration complète de l'immense utilité du miroir oculaire, c'est l'interprétation exacte et assurée de ce que l'on voit avec cet instrument. C'est vers ce but que tendent les efforts de M. Quaglino.

Il est facile de voir dans quel esprit a été conçu et rédigé son livre. Ce n'est pas un ouvrage didactique, un Traité complet d'ophthalmoscopie, c'est simplement l'exposé des résultats auxquels est arrivé l'auteur après de longues et de nombreuses investigations ; c'est, en un mot, un livre éminemment pratique. Les lacunes mêmes qu'on y remarque ajoutent encore, à mon avis, au mérite de l'ouvrage ; M. Quaglino n'avance rien qu'il n'ait vu, et il préfère garder le silence à propos de faits *rarissimes*, qu'il n'a pas eu occasion d'observer et que même il ne verra peut-être jamais, plutôt que de répéter ce que d'autres auteurs se transmettent de l'un à l'autre, sans plus connaître pour cela les faits dont il s'agit.

Telle est notre appréciation générale du livre de M. Quaglino dans son ensemble, et que nous aurions voulu pouvoir examiner dans ses détails.

L'instrument dont se sert M. Quaglino pour ses études ophthalmoscopiques est le petit miroir de M. Ed. Jæger ; c'est également celui auquel nous donnons la préférence pour la pratique ordinaire ; il est simple et d'un maniement très-facile ; pour peu qu'on en ait l'habitude, on voit de suite tous les détails du fond de l'œil, et s'il en est besoin, on peut instantanément se servir du même miroir pour l'éclairage latéral de l'œil dans l'étude des maladies de la cornée ou du cristallin. Toutefois cette extrême rapidité de déplacement, qui est une qualité de cet instrument entre les mains d'un homme exercé, devient un défaut lorsqu'il s'agit de personnes qui sont peu familiarisées avec l'ophthalmoscope ; dans ce cas, surtout quand on veut faire voir à un grand nombre d'individus successivement, l'ophthalmoscope fixe de M. Liebreich ou de M. Follin est de beaucoup préférable.

Le parallèle entre ces deux instruments pourrait se formuler en quelques mots de la manière suivante : pour l'enseignement clinique, l'ophthalmoscope fixe ; pour le praticien, l'ophthalmoscope de poche.

Le choix de l'instrument étant fixé, les conditions préliminaires d'obscurité de la chambre, dilatation artificielle de la pupille, etc., étant indiquées, M. Quaglino étudie l'aspect du fond de l'œil à l'état normal. Après cet exposé rapide mais très-complet des conditions physiologiques de l'œil, il aborde l'état pathologique.

Nous ne suivrons pas M. Quaglino dans l'étude des différentes maladies de l'œil révélées par l'ophthalmoscope ; nous nous bornerons simplement à dire que cette étude est faite d'une manière consciencieuse, exposée avec intelligence et facilité, et que dans un certain nombre de cas l'examen cadavérique est venu corroborer la justesse du diagnostic porté sur le vivant à l'aide de l'ophthalmoscope.

Trois points entre tous nous ont paru mériter une attention plus spéciale : ce sont la rétinite pigmenteuse, le décollement de la rétine, et enfin l'atrophie progressive du nerf optique. Ces affections ont été de la part de M. Quaglino l'objet d'études sérieuses, de recherches patientes ; leur histoire, basée sur un certain nombre d'observations, est tracée avec tous les détails qu'elle comporte dans un style simple, élégant et d'une lecture toujours facile.

Les planches qui accompagnent cet ouvrage, exécutées avec soin sous les yeux de l'auteur, et reproduisant avec une parfaite exactitude les divers états morbides révélés par l'examen ophthalmoscopique, ajoutent encore s'il est possible au mérite déjà très-grand du livre de M. Quaglino.

Enfin, nous ne saurions mieux formuler notre opinion sur l'ouvrage de M. Quaglino qu'en citant les paroles du savant rédacteur en chef des *Annales d'oculistique*, M. Warlomont : « Ce recueil est incontestablement le plus complet qui ait été publié sur la matière. »

Dr DOUMIC.

---

rait mis sans doute plus de temps pour arriver au même résultat. »

On peut donc conclure de ce fait que la pousse entière d'un ongle, dans les conditions physiologiques et hors de toute influence morbide constitutionnelle, met au moins de cinq à six mois à se faire.

RELEVÉ STATISTIQUE DES SYPHILISATIONS

pratiquées dans les hôpitaux de Christiania.

Par M. le professeur W. Boeck.

M. le professeur Boeck a déjà rendu compte dans plusieurs brochures des résultats de ses expériences sur l'emploi de la syphilisation comme méthode curative de la syphilis constitutionnelle. Encouragé par ces premiers résultats à persévérer dans une pratique qu'il considère comme un bienfait rendu à l'humanité, il vient de publier un état statistique de toutes les syphilisations qu'il a pratiquées dans les hôpitaux de Christiania sur des sujets qui n'avaient point subi encore de traitement mercuriel.

Il est bon de rappeler, en effet, que M. Boeck érige en principe que la syphilisation ne doit être employée que chez des individus atteints de syphilis constitutionnelle et qui n'ont pas été traités par des mercuriaux. C'est pour lui la première et non la dernière méthode à employer. « Si le mercure, dit-il, a été employé auparavant, la syphilisation en général ne marche pas régulièrement, le traitement est plus long et les récidives plus communes. Il en est de même après le traitement par l'iodure de potassium. La syphilisation agit avec d'autant plus de promptitude et de sûreté, qu'elle est employée le plus tôt possible après l'apparition des symptômes constitutionnels. »

Quoi qu'il en soit, voici le résumé général de cette statistique :

Sur 204 individus traités par la syphilisation, il est mort 16 enfants atteints de syphilis héréditaire, 1 enfant avec une syphilis acquise, et 1 femme âgée de cinquante ans.

De ces 16 enfants atteints de syphilis héréditaire, 14 sont morts peu de temps après le commencement du traitement, un deux jours après, un autre neuf jours, et les autres de 14 à 35 jours après. Deux seulement ont été traités pendant un temps plus long : l'un, traité pendant 62 jours, est mort d'une pneumonie lobulaire, et l'autre, pendant 166 jours, a succombé à un érysipèle phlegmoneux du cuir chevelu.

L'enfant atteint de syphilis acquise a été traité pendant 29 jours; il est mort du croup, et après avoir subi l'opération.

Des 182 individus guéris par la syphilisation, 19 sont rentrés à l'hôpital; 7 d'entre eux ont été soumis encore une fois à la syphilisation et sont guéris; 1 a eu une seconde récidive, et 3 ont employé, en même temps que la syphilisation, de l'iodure de potassium; 2 ont été traités en ville par l'iodure de potassium pour des récidives. Douze des 19 qui sont rentrés n'ont pas été syphilisés; mais ils ont été traités seulement par des remèdes insignifiants, et plusieurs pendant un temps très-court.

Le temps moyen du traitement pour les 182, en tenant compte des récidives, a été de 144 jours.

Un a eu pendant la syphilisation la fièvre typhoïde, un une pneumonie, et un la rougeole, maladies qui ont beaucoup aggravé la syphilis.

Plusieurs d'entre les femmes syphilisées sont accouchées d'enfants syphilitiques; mais quelques-unes ont eu des enfants sains. Tous les sujets, sans exception, ont joui, après le traitement, d'une santé au moins aussi bonne qu'avant le traitement.

Au chiffre de 204 syphilisations pratiquées dans les conditions que nous venons de faire connaître, il faut ajouter 90 traitements du même genre dirigés par MM. les docteurs D. Baumann, de Lillehammer; Danielssen et Bull, de Bergen; Gjor, Holst et Tidemand, de Christiania; Heiberg, de Drobak; Wildhagen, de Drammen, etc.; ce qui porte à 294 le total qui sert de base à cette statistique. Nous venons d'en faire connaître les résultats généraux. Nous exposerons dans un deuxième article le procédé et les moyens accessoires de traitement adoptés par nos confrères de Norvége.

SUR UNE ESPÈCE DE PARALYSIE DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES,

observée dans le district de Allahabad aux Indes, produite par l'usage de la gesse cultivée comme aliment,

Par M. le docteur James Irving.

(Traduit de l'anglais par M. A. Brierre de Boismont.)

En octobre 1856, M. Court, collecteur d'Allahabad, faisant sa tournée, arrivant dans une dépendance de ce district (Pergunnah Barra), fut frappé du nombre de boiteux qu'il rencontra dans toutes les directions. En février 1857, le docteur Irving ayant fait rassembler dans une des localités du district les boiteux des villages voisins, trouva environ cinquante hommes tous plus ou moins boiteux des deux jambes; quelques-uns pouvaient à peine se soutenir, d'autres étaient légèrement affectés. Tous, sans exception, dirent qu'ils étaient devenus paralytiques pendant les pluies, le plus souvent tout à coup, et plusieurs pendant la nuit. Des hommes qui s'étaient couchés bien portants s'étaient éveillés les jambes roides, la région lombaire affaiblie, et à partir de ce moment ils n'avaient pas recouvré l'usage de leurs membres. D'abord la claudication était légère, et la roideur peu marquée dans les genoux. Avec le temps les muscles des mollets étaient douloureux, la roideur et la faiblesse augmentaient. Tous attribuaient leur mal à ce qu'ils se nourrissaient surtout de *gesse cultivée;* peut-être faut-il y joindre la mauvaise qualité des eaux, chargées de sels calcinés pendant la pluie? Les bras chez ces malades conservaient leurs mouvements. La lésion des jambes était quelquefois si prononcée, que ces individus ne pouvaient marcher. Les hommes étaient plus atteints que les femmes, et les pauvres plus que les gens aisés.

Le recensement de Pergunnah Barra établit que 2,028 personnes présentaient des symptômes de cette paralysie, environ 1 sur 31,30 habitants. La topographie de ce lieu montre qu'il ressemble à un vaste marais.

L'action de la gesse cultivée comme aliment sur les extrémités inférieures, est généralement connue des habitants des Indes : le docteur K. Kirk en donne des exemples dans sa *Topographie de l'Upper Sindh.* Le colonel Sleeman en cite des exemples dans son ouvrage; il ajoute que les habitants du territoire de Sangor, qu'il visita, croyaient que les chevaux et les bœufs qui se nourrissaient de gesse perdaient l'usage de leurs membres (*Sleeman's rambles and recollections of an Indian official*, vol. Ier, p. 134).

Le docteur Thomas Thomson rapporte dans ses voyages à l'Hymalaya des observations de paralysies dues à l'emploi de la gesse cultivée qu'il avait observées au Thibet.

En Europe, des faits semblables ont été recueillis; ainsi Don dit dans le *Dictionnaire du jardinier* que le mélange de la farine de cette plante avec moitié de celle de froment détermine la rigidité des membres. Vilmorin a publié le cas d'une femme jeune et bien portante chez laquelle l'usage du *lathyrus cicera* pendant plusieurs semaines amena la paralysie des extrémités inférieures.

Le traitement suivi dans les Indes par le docteur Irving s'est borné aux toniques, à une diète généreuse et à quelques applications de ventouses; un malade qui ne pouvait marcher sans le secours de bâtons, put au bout de quelque temps se soutenir sans tuteurs.

DE L'IODURE D'AMMONIUM

contre la syphilis constitutionnelle.

Depuis la publication de son premier mémoire sur l'iodure d'ammonium, M. Gamberini a eu de nouveau occasion d'expérimenter la vertu antisyphilitique de ce médicament. Les nouvelles observations, au nombre de sept, sur lesquelles il se fonde pour justifier la préférence qu'il accorde à cet iodure sur les sels congénères à base de potassium ou de sodium, sont consignées dans un mémoire qui vient de paraître. Toutes ont pour sujet des malades atteints de syphilis tertiaire (arthralgie, douleurs ostéocopes, périostoses, etc.). Il nous suffira donc de reproduire une de ces observations au hasard, pour donner une idée du mode d'emploi et d'action du nouveau médicament introduit dans la thérapeutique des affections syphilitiques, par le médecin de l'hôpital Sainte-Ursule, dont nous avons nous-même vérifié avec succès les conclusions.

Giuseppe D..., d'Ancône, soldat de la douane, âgé de vingt-huit ans, tempérament sanguin, constitution robuste, n'accuse, en fait de maladies antérieures, qu'une pleurésie contractée pendant son enfance, et des fièvres paludéennes éprouvées à l'âge de vingt ans; depuis lors il fut atteint à trois reprises d'uréthrite blennorrhagique, et par deux fois de chancres, qui occasionnèrent au printemps de l'année dernière une arthralgie syphilitique, dont il se guérit à l'hôpital Sainte-Ursule à l'aide des bains de vapeur et de l'iodure de sodium.

Le 3 septembre suivant, il fut de nouveau admis à l'hôpital pour s'y faire traiter de douleurs intenses surtout pendant la nuit, et occupant le pied et le genou gauches, ainsi que les épaules et les côtes gauches, surtout dans leur partie antérieure, où une des côtes supérieures était également le siége d'une tuméfaction périostale.

Ces symptômes mirent hors de doute la présence persistante dans l'économie du principe syphilitique, contre lequel l'auteur eut recours aux bains de vapeurs et à l'iodure d'ammonium, dont il avait déjà constaté l'efficacité dans plusieurs cas; il prescrivit 3 gr. d'iodure d'ammonium dissous dans 4 onc. d'eau distillée et 1 onc. de sirop simple, et répéta cette formule pendant deux jours.

Le 6, il porta cette dose à 5 gr., trois jours après à 8, et le lendemain, 13 septembre, à 10 gr..

A mesure qu'on augmentait la quantité d'iodure administré, les douleurs diminuaient graduellement, et on constatait l'utilité du médicament, qui, étant parfaitement toléré, put être augmenté d'un grain tous les trois ou quatre jours, de sorte que le 27 septembre le malade en prenait 14 gr. Pour abréger la durée du traitement, M. Gamberini se décida alors à aider l'action intérieure du remède par son emploi externe sur les articulations douloureuses et sur la périostose costale, dont le volume était déjà beaucoup diminué. Dans ce but, il prescrivit 3 gr. d'iodure d'ammonium dans 1 once d'huile d'olive, et fit répéter cette application pendant plusieurs jours.

Au bout d'une semaine, il éleva la quantité de l'iodure à 15 gr. et deux jours plus tard à 16 gr., et continua cette dose pendant quelques jours encore, jusqu'au moment où le malade n'accusant plus aucune douleur ni la moindre trace de périostose, put sortir de l'hôpital, le 8 octobre 1859, dans un état de guérison parfaite.

L'auteur termine son mémoire en disant qu'il a presque entièrement abandonné les iodures de potassium et de sodium pour celui d'ammonium, lequel possède sur les précédents l'avantage d'agir à dose beaucoup moindre, ce qui constitue au point de vue économique un mérite réel, surtout dans la pratique des hôpitaux. (*Presse médicale belge.*)

NOTE SUR LA BRIÈVETÉ NATURELLE OU ACCIDENTELLE

du cordon ombilical considérée comme cause de présentation vicieuse de l'enfant au moment de l'accouchement.

Par M. Demeaux, de Puy-l'Évêque.

Pendant que j'étais interne à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1842, ayant dans ma division le service d'accouchements, j'avais constaté et consigné dans mes notes la coïncidence fréquente des présentations anormales avec l'enroulement du cordon ombilical autour du cou ou du corps de l'enfant.

Cette coïncidence avait frappé mon attention au point que dans ma pratique privée j'ai tenu compte de cette circonstance avec le plus grand soin; et il résulte de mes observations ultérieures la confirmation de celles que j'avais faites en 1842, à l'Hôtel-Dieu. Une coïncidence ne pouvait pas être un effet du hasard, il devait y avoir un rapport entre ces deux faits se produisant ensemble; l'un devait être la cause, et l'autre la conséquence. J'ai donc admis *que la brièveté du cordon ombilical était une des causes des présentations anormales du fœtus au moment de l'accouchement.*

L'explication d'ailleurs en est très-rationnelle et fort simple.

Dans le cas de brièveté naturelle du cordon ombilical, on comprend facilement que si dans un mouvement un peu étendu de l'enfant, le cou vient se placer dans une anse de ce cordon, la tête se trouve retenue en haut ou sur les côtés de la cavité utérine, et qu'une autre partie du fœtus vienne se présenter au détroit supérieur, le fœtus ne pouvant être dégagé que par un mouvement de rotation exécuté sur son axe.

Dans le cas de brièveté accidentelle du cordon ombilical, lorsque dans les mouvements étendus de l'enfant le cordon s'enroule autour de son cou ou de son corps, la tête peut être retenue en haut ou sur les côtés si les dimensions du cordon ne sont plus assez considérables pour lui permettre de redescendre.

On comprend bien d'ailleurs que le fœtus flottant au milieu des eaux de l'amnios soit déplacé et retenu par une bien légère traction.

Quoiqu'il ne soit pas possible de reconnaître la brièveté du cordon ombilical avant le commencement du travail, et qu'il ne soit pas possible d'y remédier même pendant le travail, la coïncidence que je viens de signaler n'a pas moins, au point de vue pratique, une certaine importance.

Dans toute présentation anormale, principalement lorsqu'elle ne peut être attribuée à une conformation vicieuse de la mère, l'accoucheur doit se tenir en garde contre les difficultés et les dangers que peuvent susciter soit la brièveté naturelle du cordon ombilical, soit son enroulement autour du cou ou du corps de l'enfant.

PASTILLES ALUMINEUSES

contre les aphthes et les angines pharyngo-laryngées.

M. le docteur Argenti substitue avec avantage aux dissolutions alumineuses prescrites comme gargarisme dans les angines pharyngo-laryngées, dans les aphonies et les dysphonies des chanteurs, de même que contre les ulcérations aphtheuses de la bouche, qu'elles soient simples ou scorbutiques, scrofuleuses, mercurielles ou typhoïdes, les pastilles suivantes :

Alun,
Gomme arabique,
Sucre,
Eau distillée de laurier-cerise,
De chaque, q. s.

pour faire des pastilles qui pèsent 40 centigrammes, et qui contiennent chacune de 2 à 3 centigrammes d'alun.

La masse bien manipulée, étendue sur une feuille de papier, distribuée en pastilles et desséchée à une douce chaleur, fournit un produit dans lequel la saveur astringente de l'alun est mitigée par les substances édulcorantes, et qui peut se conserver pendant plusieurs mois. On laisse fondre ces pastilles dans la bouche; la salive qui les a dissoutes porte le principe médicamenteux sur tous les points malades. (*Bulletin de Thér.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 janvier 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Foucher se porte candidat à la place de membre titulaire actuellement vacante.

— La commission générale de l'Association des médecins du département de la Seine annonce à la Société de chirurgie qu'elle est inscrite sur la liste des bienfaiteurs de l'Association.

— M. le docteur Joseph Duval, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée : *Du mamelon et de son auréole; anatomie et physiologie.* Paris, 1851, in-4°.

— M. le docteur Scanzoni fait don à la Société d'un exemplaire de son mémoire intitulé : *Ein fall von Gebarmutter-blasenfistel.* Wurtzbourg, 1860, in-8°. (Un cas de fistule utéro-vésicale.)

— Arrault. *Quelques mots sur les ambulances volantes.* Paris, 1861, in-4°.

— *Traité sur l'épuisement de l'économie humaine*, par feu le docteur Sallenave. Bordeaux, 1860, in-8°.

PRÉSENTATION.

M. Legouest présente un malade atteint d'anévrysme artérioso-veineux, et donne les détails suivants :

C'est un militaire, blessé en Crimée il y a cinq ans, le 24 mai. Cet homme a reçu une balle au niveau du sternum, à la partie supérieure de cet os, un peu à gauche de la ligne médiane. La balle a glissé vers l'aisselle, et cette plaie a donné lieu à une hémorrhagie abondante. Le blessé fut conduit à l'ambulance, et l'on fit l'extraction de la balle dans la région axillaire. Cette extraction fut suivie d'une hémorrhagie aussi abondante que la première, et que l'on arrêta à l'aide du tamponnement. Le malade resta huit ou dix jours à l'ambulance; puis, effrayé de voir tous les blessés qui l'entouraient, il voulut reprendre son service et retourner à son régiment. Quelque temps après, les plaies étant entièrement cicatrisées, il s'aperçut que la paroi antérieure de l'aisselle était développée.

Cette tuméfaction a peu augmenté, au dire du malade; enfin il est venu au Val-de-Grâce, et M. Legouest a pu reconnaître immédiatement qu'il existait dans cette région un anévrysme artérioso-veineux. On est frappé tout d'abord de la saillie de la paroi antérieure de l'aisselle; il existe en cette région un soulèvement, une tension très-prononcée : les autres signes de la tumeur anévrysmale sont des plus caractéristiques, et rendent le diagnostic très-facile. Cet homme n'éprouve pas une grande gêne de la présence de cet anévrysme, dont le développement ne paraît pas avoir augmenté; les veines du bras n'ont subi aucune distension, et ce qui incommode le plus le blessé, c'est le bruit qu'il entend sans cesse, bruit de rouet, qui est surtout insupportable quand il est au lit.

Pour moi, ajoute M. Legouest, je crois qu'il n'y a rien à faire, et je rejette toute opération dans le but de guérir cet anévrysme. Telle est mon opinion, et je viens demander celle de mes collègues de la Société. Je ferai remarquer que cet anévrysme a été déterminé par une balle, et que de telles lésions, produites par un semblable projectile, doivent être rares. Je connais plusieurs exemples d'anévrysmes artério-veineux qui ont été déterminés par des grains de plomb, mais je n'en connais pas qui aient eu pour point de départ une lésion produite par une balle.

M. CHASSAIGNAC partage l'opinion de M. Legouest pour le cas qui est présenté à la Société. Il a publié, dans les *Archives*, un exemple d'anévrysme artério-veineux qui avait été produit aussi par une balle. C'était dans un duel, et la balle avait pénétré dans le mollet : elle avait blessé l'artère et la veine tibiale postérieure. Le susurrus se faisait entendre sur toute la jambe. M. Velpeau fut consulté pour ce cas particulier, et, d'un commun accord, on se borna à prescrire l'usage d'un bas élastique.

M. Chassaignac insiste sur cette propagation du susurrus suivant l'axe du membre, dans le sens longitudinal; dans le fait présenté à la Société, on entend le susurrus jusqu'au pli du coude.

M. LARREY est aussi de l'opinion de M. Legouest. Ces anévrysmes artérioso-veineux sont très-rares, quand ils reconnaissent pour cause certains projectiles, une balle par exemple, comme dans le cas présenté par M. Legouest. A la suite de coups d'épée, ces lésions sont moins rares. — Son père en a rapporté un exemple remarquable; son grand oncle, M. Alexis Larrey, en a vu aussi un dans le creux poplité.

M. Larrey a présenté à la Société un jeune homme atteint d'anévrysme artério-veineux dans la région fémorale. Ce jeune homme n'a voulu se soumettre à aucun traitement palliatif. Or, dans une chute, la poche s'est rompue et le blessé est mort. Malheureusement il était loin de Paris, et M. Larrey n'a pas pu savoir exactement les lésions que l'on avait rencontrées.

— L'ordre du jour appelle la nomination d'une commission pour examiner les titres des candidats à une place vacante de membre titulaire.

Ont été nommés : MM. Depaul, Legouest, Gosselin.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la mort de M. Gélis (de Nantes), membre correspondant.

— M. le docteur Henry (de Nantes), lit à la Société un travail sur une modification qu'il a apportée à l'opération du bec-de-lièvre. (Commissaires, MM. Depaul, Guersant et Morel-Lavallée).

Retour des battements après la ligature. — M. BROCA, à l'occasion du procès-verbal, communique le relevé des observations qu'il a réunies pour compléter ce qu'il a dit dans la dernière séance sur les anévrysmes dans lesquels les battements reparaissent après la ligature. Les cas où les battements ont persisté, quoique affaiblis, immédiatement après la ligature, ne figurent pas dans ce relevé. M. Broca rappelle toutefois que ce phénomène n'entrave nullement la guérison des anévrysmes, qui s'oblitèrent graduellement et régulièrement par des dépôts de fibrine, grâce au ralentissement de la circulation.

Le relevé comprend seulement les cas où la tumeur anévrysmale, d'abord oblitérée par des caillots, est redevenue perméable au bout d'un temps plus ou moins long. M. Broca a divisé ces cas en deux séries relatives, l'une au simple *retour des battements*, l'autre aux *récidives proprement dites*.

Le retour des battements, dû à la dissolution des caillots passifs déposés au centre de la tumeur, se montre presque toujours dans le courant du premier septénaire; ces battements de retour n'ont ordinairement qu'une courte durée; ils ne paraissent quelquefois qu'un seul jour, mais ils peuvent persister plus longtemps et ne s'éteindre que peu à peu, au bout de deux ou trois semaines, et même au bout de trois ou quatre mois seulement. Ce qui distingue ces cas des récidives, c'est que la tumeur ne fait aucun progrès, que les pulsations, toujours beaucoup plus faibles qu'avant la ligature, acquièrent en quelques heures leur maximum d'intensité et vont ensuite en diminuant. Toutefois, il y a eu deux cas sur vingt-six où la tumeur a présenté une autre marche, et où le retour des battements a abouti à la récidive.

Ces 26 cas sont répartis de la manière suivante :

Anévrysmes traités par la ligature de la fémorale, 13 cas; de l'iliaque externe, 4; de la carotide primitive, 6; de la sous-clavière, 1; de la radiale, 2.

Cinq fois les battements ont reparu avant la fin de la première journée; cinq fois dans le courant de la deuxième journée; huit fois du troisième au septième jour; quatre fois du huitième au quinzième jour; une fois le dix-neuvième jour; une fois enfin au bout de sept semaines seulement. Dans ce dernier cas, qui appartient à M. Miller, les battements ne durèrent qu'un seul jour.

Les résultats définitifs ont été les suivants :

Aucun malade n'a été atteint de gangrène. Deux seulement sont morts d'accidents étrangers à celui qui nous occupe. Un opéré de M. Porter mourut de phlébite de la veine fémorale, et on trouva que le fil de la ligature avait perforé cette veine d'outre en outre. Un opéré d'Everard Home mourut d'hémorrhagie consécutive par la plaie de la ligature. Tous les autres malades ont survécu, tous ont été radicalement guéris, à l'exception de l'opéré de M. Curling, et de celui de MM. Greeves et Bransby Cooper; dans ces deux cas il y a eu récidive véritable.

Les cas relatifs à la récidive proprement dite sont au nombre de 22. La récidive s'est montrée sept fois vers la fin du premier mois, treize fois après la fin du sixième mois. Dans les deux autres cas l'époque exacte de la récidive n'est pas indiquée. Il est digne de remarque que dans aucun des cas complétement connus, la récidive n'a eu lieu entre un à six mois.

Toutes les récidives qui eurent lieu après la fin du sixième mois étaient relatives à des anévrysmes du jarret, de la cuisse, de l'aine ou de la fosse iliaque. Tous ces anévrysmes avaient été traités par la ligature à distance, suivant la méthode d'Anel et le procédé de Hunter. Il y a eu six cas de récidive entre six mois et un an; deux cas au bout d'un an (Key et Horack); un au bout de deux ans (Roux), un au bout de quatre ans (Gumming), un au bout de plus de quatre ans (Porta), un au bout de sept ans (Cæs. Hawkeins), un enfin au bout de quinze ans (A. Cooper).

Ces cas sont beaucoup plus graves que ceux de la catégorie précédente. Il y a eu trois malades, il est vrai, dont les anévrysmes récidivés ont guéri spontanément, ou à la faveur de traitements peu énergiques (cas de Lenoir, Sykes, Nott); il y en a eu deux autres chez lesquels les tumeurs, après avoir acquis un certain volume, sont restées stationnaires pendant longtemps (cas de Roux et de Curling). Mais dans les autres cas, les tumeurs ont fait des progrès plus inquiétants, et deux fois même (obs. de Briggs et de Ganning) elles ont affecté une marche plus rapide que la première fois. Dans le cas de M. Ganning, les accidents prirent une telle gravité que M. Jeffreyn dut en venir à l'amputation de la cuisse.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. LEGOUEST présente un exemple d'**hémorrhagie de l'artère vertébrale.**

Le malade s'est présenté dans le service de M. Legouest ayant un abcès dans la région cervicale, situé sur la partie latérale et supérieure du cou, en arrière du muscle sterno-mastoïdien, et remontant vers les insertions mastoïdiennes de ce muscle. M. Legouest ouvrit cet abcès, et il sortit une grande quantité de pus. Il avait parfaitement établi que l'abcès était symptomatique d'une affection de la colonne vertébrale. M. Legouest, indisposé, quitta le service, et fut remplacé par M. Perrin, membre de la Société. Le lendemain, M. Perrin reconnut qu'une hémorrhagie avait lieu dans le foyer; elle fut arrêtée promptement à l'aide du tamponnement et de l'application de quelques boulettes imbibées de perchlorure de fer. M. Perrin fut remplacé par un autre chirurgien. Le lendemain, pendant la visite, une hémorrhagie foudroyante a lieu; le chirurgien arrive en toute hâte, fait une incision pour agrandir la plaie et tâcher d'arrêter cette hémorrhagie; mais déjà le malade était tombé en syncope, et il mourut immédiatement. Voici la description de la pièce présentée par M. Legouest :

On voit sur la colonne cervicale une altération qui atteint la partie latérale droite, au niveau des apophyses transverses des vertèbres cervicales. Ces apophyses et les portions intermédiaires sont érodées, cariées, dépouillées des parties molles; l'altération porte spécialement sur les 4e, 5e, 6e et 7e vertèbres. Les apophyses transverses des 4e et 6e vertèbres sont même détachées, et l'artère vertébrale est ouverte au niveau de la 4e. M. Legouest a pu s'en assurer d'une manière précise en poussant une injection d'eau soit par le bout supérieur, soit par le bout inférieur de cette artère. Il pense que la blessure de cette artère a été surtout déterminée par le frottement des fragments osseux qui l'entourent.

Il fait remarquer encore une lésion que l'on rencontre plus haut sur cette même pièce. L'arc postérieur de l'atlas est détaché, de façon que la première vertèbre semble formée par un demi-anneau. Mais on retrouve cet arc postérieur adhérent à l'axis. Chose curieuse, la poche de l'abcès ne se prolongeait pas jusqu'à cette région, et cette lésion était indépendante de celle qui avait donné lieu à la production de l'abcès.

M. CHASSAIGNAC. Les hémorrhagies dépendant d'une lésion de l'artère vertébrale sont rares, mais pourtant il en existe quelques observations dans la science; ainsi je rappellerai deux cas d'Hippolito Nunciante, un cas cité par Fraeys. Pour arriver à établir le diagnostic de ces hémorrhagies, il faut comprimer fortement dans la région cervicale, au niveau du tubercule de la sixième vertèbre cervicale. Si l'hémorrhagie vient de la vertébrale, le sang s'arrête. Mais si la compression est portée plus haut, comme alors on ne comprime que la carotide, le sang, dans le cas d'une lésion de l'artère vertébrale, continue de couler.

Ces faits peuvent, dans des cas analogues à celui rapporté par M. Legouest, être complétement vérifiés. Les expériences de Fraeys, de Gand, ne peuvent laisser aucun doute à cet égard.

Si sur un cadavre on enlève la boîte crânienne et le cerveau, on a sous les yeux la base du crâne. Qu'une injection soit alors poussée par l'aorte, le liquide s'échappe immédiatement par les artères carotides et vertébrales : la compression au niveau de la sixième vertèbre cervicale arrête l'écoulement par les vertébrales; au contraire, il continue à se produire par ces artères, et ne cesse que pour les carotides quand la compression est portée plus haut.

Quant à l'érosion de l'artère, elle s'explique, comme le dit M. Legouest, par l'usure de l'artère déterminée par les particules osseuses qui l'entourent. Ce fait, sous ce rapport, peut être rapproché d'un fait que j'ai montré (*Carie temporale, perforation de l'artère carotide interne*), et d'un autre présenté par M. Huguier dans lequel c'était la jugulaire qui avait été ulcérée.

M. CLOQUET a d'abord pensé à une altération syphilitique avec production d'exostoses; mais en examinant la pièce avec plus de soin, il est porté à croire qu'il s'agit d'une carie vertébrale. Il insiste sur l'érosion de l'artère vertébrale, et pense qu'elle a été produite par l'usure de ce vaisseau déterminée par les esquilles qui l'entourent. Il a déjà vu, sur d'autres artères, des faits analogues.

M. LEGOUEST se félicite que l'explication qu'il avait admise soit appuyée par M. Cloquet et M. Chassaignac. Il ajoute qu'il connaissait les expériences de Fraeys, qu'il les avait même répétées, mais que dans ce cas particulier toutes ces données étaient inutiles et insignifiantes pour le diagnostic. L'apophyse transverse de la quatrième vertèbre était détruite, l'artère vertébrale n'était plus cachée dans son canal osseux, et la compression exercée à ce niveau eût arrêté sans nul doute l'hémorrhagie. Qu'aurait-on fait alors? S'appuyant sur les expériences de M. Fraeys et sur le raisonnement, on aurait pu lier la carotide, et l'hémorrhagie eût continué.

M. PERRIN a vu la première hémorrhagie; elle n'a pas été abondante, et a pu être facilement arrêtée.

— Les conclusions d'un rapport de M. Verneuil, lu dans la séance du 2 janvier, sont mises aux voix et adoptées :

1° Adresser des remercîments à M. le docteur Patry, et l'engager vivement à nous adresser les cas de sa pratique chirurgicale;

2° Insérer l'observation de notre confrère dans les *Bulletins*.

La Société décide, en outre, que le rapport de M. Verneuil sera imprimé dans nos *Bulletins*

Le secrétaire, BAUCHET.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

 Nº 18. — MARDI 12 FÉVRIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 19, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔTEL-DIEU (M. Trousseau). Des fièvres larvées et des fièvres pernicieuses. — Absence complète du vagin avec présence de la matrice accomplissant ses fonctions ; double opération ; guérison. — De la constitution médicale régnante ; bronchite catarrhale. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 4 février. — Nouvelles.

PARIS, LE 11 FÉVRIER 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

« L'homme ne sait pas assez ce que peut la nature, ni ce qu'il peut sur elle, a dit Buffon... Nous n'usons pas à beaucoup près de toutes les richesses qu'elle nous offre ; le fond en est bien plus immense que nous ne l'imaginons...; et elle a encore des *espèces de réserve...* pour nous servir, nous nourrir, nous vêtir. » Ces paroles de Buffon qui étaient à la fois un reproche pour son temps, un but et un encouragement offerts à l'activité scientifique de l'avenir, résument dans leur éloquente concision le programme que s'est proposé de remplir de nos jours la Société d'acclimatation, née de l'heureuse initiative de l'un de nos plus éminents confrères, M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire. Elle cherche à réaliser, dans l'intérêt du progrès et du bien-être de l'humanité, ce que l'illustre naturaliste regrettait qu'on n'eût pas fait à son époque, « en dressant la liste des espèces de *réserve*, en choisissant parmi elles, pour s'en rendre maîtresse, celles qui peuvent être dès à présent utiles, et pour s'éclairer sur elles par l'expérience, celles dont l'utilité est présumable. »

Cette direction vers les applications utiles, donnée à la science moderne, intéresse par trop de points l'hygiène de l'homme, pour que nous n'ayons pas cru devoir saisir cette occasion de la signaler à propos du brillant tableau que M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire a fait de l'état actuel de la zoologie appliquée, en présentant à l'Académie dans cette séance la quatrième édition de son ouvrage sur l'acclimatation et la domestication des animaux exotiques.

La note communiquée par M. Ollier dans la précédente séance, relativement à l'accroissement des os en longueur, a fourni à M. Flourens l'occasion de rappeler ses travaux sur ce sujet, et de faire remarquer la concordance qui existe entre les résultats des expériences qu'il a faites en 1842, et ceux des expériences récentes de M. Ollier.

On trouvera dans le compte rendu des extraits d'un mémoire de M. Vigouroux relatif à l'influence de la sensibilité sur la circulation pendant l'anesthésie, et d'une nouvelle communication de M. Heurteloup sur la lithotripsie. Nous avons dû ajourner, faute de place, l'analyse d'un travail intéressant de M. Chauveau sur les convulsions des muscles de la vie animale, et sur les signes de sensibilité produits chez le cheval par l'excitation mécanique localisée de la surface de la moelle épinière. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Des fièvres larvées et des fièvres pernicieuses (1).

Lorsque l'empoisonnement palustre n'amène aucun phénomène annonçant un grand danger, la fièvre est dite intermittente *simple ;* mais si en peu de jours ou en peu d'heures les accidents, principalement nerveux, mettent la vie en grand péril, alors ils constituent la fièvre intermittente *pernicieuse*.

Généralement, les fièvres ne prennent le caractère pernicieux qu'après un certain nombre d'accès. Ce caractère se prononce rarement d'emblée, et très-rarement au premier ou deuxième accès d'une fièvre intermittente simple. Il importe, du reste, de ne pas les confondre avec les accidents pernicieux qui surviennent à la suite du cathétérisme, de l'accouchement, des opérations, etc., et qui ne sont autre chose que des néphrites, des métrites, des phlébites, etc.

Dans les pays où règne habituellement la fièvre palustre, on voit quelquefois des accès qui frappent tout à coup, amènent un délire violent persistant, et se terminent par la mort, qui frappe dès le premier accès, et l'autopsie montre un volume énorme et des déchirures de la rate (Maillot).

(1) Voir le numéro du 22 janvier 1861.

Cette forme est heureusement très-rare dans nos pays ; on l'observe dans les Marais-Pontins, en Algérie.

La fièvre pernicieuse larvée — et toutes les fièvres pernicieuses sont larvées — présente les types ordinaires.

Ordinairement tierce, quelquefois quarte, au début elle peut être double-tierce, mais elle est rarement quotidienne. Dans certaines épidémies, elle est rémittente et simule la fièvre continue lorsque le frisson devient difficile à saisir.

La forme tient plutôt à la localité qu'à l'idiosyncrasie individuelle. Tours et Saumur sont bâties dans des conditions identiques, sur la rive gauche de la Loire et dans les mêmes rapports avec un des affluents de ce fleuve. Or, à Tours, on n'observe que la fièvre tierce, jamais la fièvre quarte, sinon chez les individus qui viennent à l'hôpital de Tours pour y être soignés de fièvres dont ils ont pris le germe dans des pays où règne la fièvre quarte, tels que Saumur, Rochefort, etc.

Quatorze soldats saumurois se trouvant à Saumur dans les mêmes conditions de casernement que les soldats de Tours, viennent déposer devant le conseil de guerre de cette dernière ville. Dix jours se sont à peine écoulés, que sur les quatorze soldats neuf sont forcés d'entrer à l'hôpital, frappés de fièvre intermittente *quarte*. Cette dernière forme régnait à Saumur, tandis qu'à Tours la fièvre intermittente est toujours *tierce ;* la fièvre quarte n'y ayant jamais été observée que sur des étrangers. Le type de la fièvre est donc déterminé par la localité.

Les accès pernicieux présentent dans leur marche deux particularités remarquables, sur lesquelles l'attention du médecin doit être fixée, et qui doivent devenir pour lui des éléments précieux de diagnostic.

A. Les accès sont anticipés ou subintrants ; anticipés, c'est-à-dire que si on a affaire à une fièvre tierce déclarée aujourd'hui à midi, après-demain elle se montrera à six heures du matin, et le surlendemain à minuit, anticipant ainsi de six heures à chaque accès.

Ainsi l'anticipation est un signe prémonitoire de la forme pernicieuse. S'il s'y joint une stupeur plus profonde, des sueurs plus profuses, le médecin doit se tenir en garde. Si l'accès n'anticipe pas, le danger sera moindre, quels que soient d'ailleurs les signes de perniciosité.

De l'anticipation à la subintrance, il n'y a pas loin, l'accès a une durée plus grande : tel est le caractère des accès pernicieux. Il n'est pas encore terminé, que déjà l'accès suivant commence et se place, pour ainsi dire, sous le premier (*sub intrat*) ; c'est là une forme terrible qui doit inspirer au médecin les plus grandes inquiétudes, et lui faire hâter l'administration du quinquina, sans attendre la fin de l'accès.

B. *Durée des accès.* — Ordinairement l'accès de fièvre intermittente simple se caractérise par un frisson qui dure une heure à une heure et demie, auquel succède une période de chaleur sèche, qui dure d'une à deux heures, et se termine par la période de sueur, qui dure de deux à quatre heures. Ainsi la durée totale d'un accès de fièvre simple est de cinq à huit heures. L'accès de fièvre pernicieuse dure de quinze à vingt-quatre heures. Le frisson de deux à quatre heures. La chaleur, pendant laquelle surviennent les vomissements, huit à dix heures, et la sueur douze heures. Voilà déjà un fait grave menaçant, et qui doit inspirer la crainte pour les accès futurs. Ainsi deux signes considérables caractérisent les accès pernicieux : l'anticipation ou la subintrance, et la durée des accès.

Comment établir le lien entre la fièvre larvée et la fièvre pernicieuse ?

La malade de la salle Saint-Bernard a eu, il y a quelques années, au moment des accès, des douleurs, des vomissements incoercibles, phénomènes nerveux ayant beaucoup d'analogie avec ceux des affections cérébrales.

Or, nous verrons que certaines fièvres pernicieuses se caractérisent par d'horribles douleurs et par des fluxions. Dans les fièvres larvées, nous observons que l'œil est douloureux, gonflé, qu'il y a de la photophobie et une abondante sécrétion de larmes.

Dans certaines fièvres pernicieuses, la fluxion prédomine, et selon l'organe qu'elle frappe, elle détermine une péripneumonie ou une dyssenterie.

Nous retrouvons également le flux dans les névralgies : flux nasal, flux oculaire, et dans les fièvres pernicieuses, fièvre diaphorétique, suette miliaire, dans l'intermittente cholérique.

Les phénomènes convulsifs de la fièvre larvée simple, hoquet, asthme, ont leur corrélatif, se transforment en fièvre convulsive, tétanique.

Pour étudier les différentes formes de la fièvre pernicieuse, nous allons les suivre suivant les différents appareils dont les troubles prédominent. Cette classification n'est pas irréprochable, mais nous l'adoptons à défaut d'autre.

1° *Appareil cérébro-spinal.* — A. Forme soporeuse, apoplectique, comateuse. B. Forme délirante. C. Forme convulsive, épileptique.

2° *Appareil circulatoire.* — A. Forme algide, cholériforme ou diaphorétique. B. Forme syncopale. C. Forme hémorrhagique, dyssentérique.

3° *Appareil digestif.* — A. Forme cardialgique. B. Forme cholérique. C. Forme dyssentérique.

4° *Appareil respiratoire.* — Forme péripneumonique, pleurétique.

Dans une prochaine leçon, nous étudierons ces diverses formes de la fièvre pernicieuse.

ABSENCE COMPLÈTE DU VAGIN

avec présence de la matrice accomplissant ses fonctions ; double opération ; guérison,

Par M. le docteur PATRY, de Sainte-Maure (Indre-et-Loire).

(Rapport lu à la Société de chirurgie, au nom d'une commission composée de MM. Giraldès, Huguier et Verneuil, rapporteur.)

Messieurs, au commencement de l'année 1860, un praticien distingué de la province, M. le docteur Patry, vous a adressé une observation importante dont les détails soulèvent plusieurs questions de pratique. Sans être très-rares, les exemples de ce genre présentent toujours un vif intérêt, car il s'agit d'un vice de conformation qui peut rester inaperçu, et partant très-bénin pendant de longues années, mais qui, à un certain moment, supprime toute la grande fonction génératrice, et compromet gravement jusqu'à la vie elle-même.

Le titre même de l'observation vous a déjà mis suffisamment au courant du sujet. Il s'agit en effet d'une malformation des voies génitales de la femme caractérisée. — Anatomiquement : Par une interruption complète du canal vulvo-utérin due à l'absence de la plus grande partie du vagin ; — Physiologiquement : par l'abolition de la double fonction que le vagin remplit comme organe de la copulation et comme canal excréteur ; — Pathologiquement enfin : par la rétention absolue du sang menstruel et les graves conséquences qui en découlent.

L'atrésie des voies génitales de la femme compte de nombreuses variétés dont l'anatomie pathologique et l'embryogénie nous donnent l'interprétation facile ; je ne veux pas en faire même l'énumération, encore moins l'étude complète. Tout ce que je veux dire, c'est que parmi ces variétés l'absence totale ou même étendue du vagin doit être considérée comme une des plus graves et des plus difficiles à traiter, et cela pour plusieurs motifs.

1° Parce que lorsque la matrice et les ovaires existent et que la menstruation s'effectue, l'atrésie vaginale entraîne à sa suite tout le cortége des accidents propres à la rétention menstruelle ;

2° Parce que le diagnostic anatomique exact de l'état des parties, base si indispensable des indications et de la précision opératoires, est ordinairement fort incertain, et que par conséquent l'opération, souvent urgente d'ailleurs, est malaisée à pratiquer, pleine de hasards dans l'exécution et de dangers consécutifs ;

3° Enfin, parce que cette opération, menée primitivement à bonne fin, peut n'avoir qu'un succès momentané, et qu'elle ne met point sûrement l'opérée à l'abri du retour ultérieur des accidents et de la nécessité d'une nouvelle intervention chirurgicale.

En présence d'une lésion de ce genre et avant de porter un pronostic définitif, le chirurgien devra donc passer en revue les écueils nombreux qu'il aura à surmonter.

Supposons même heureusement vaincues les difficultés opératoires, et par conséquent admettons que la collection sanguine retenue ait été évacuée, la guérison n'est encore rien moins que certaine ; car des accidents formidables malheureusement trop communs peuvent surgir, prenant leur point de départ soit dans la plaie chirurgicale elle-même, soit, ce qui est plus habituel, dans la vaste cavité utéro-vaginale qui recélait le sang, soit enfin dans les annexes ou la séreuse péritonéale elle-même.

Supposons encore que cet orage menaçant n'ait point éclaté ou qu'il ait été conjuré, le chirurgien devra se rappeler : — que dans les cas d'imperforation ou de rétention, la création extemporanée d'une voie artificielle et l'évacuation des *retenta* peuvent n'être rien en comparaison des difficultés qu'on éprouve à maintenir le canal nouvellement creusé, et par conséquent à assurer pour toujours l'écoulement libre des fluides excrétés. — Que ces difficultés sont d'autant plus grandes que le canal de nouvelle formation sera plus long, c'est-à-dire traversera une plus grande épaisseur de tissus ; — que, si l'on n'en triomphe pas, les fonctions temporairement rétablies seront plus tard abolies de nouveau, que de nouveau la vie sera mise en danger, et qu'il faudra risquer encore les chances d'une opération.

On ne saurait apporter trop d'attention à l'étude du présent sujet, et vous me permettrez sans doute d'entrer dans quelques développements. Je m'y décide d'autant plus volontiers que, par un hasard assez singulier, cette question n'a point encore été discutée parmi nous.

L'auteur débute par le préambule suivant :

« Les faits d'absence complète du vagin, avec soudure de la vessie

et du rectum, sont extrêmement rares. Quelques-unes des variétés de ce vice de conformation méritent surtout de fixer l'attention des chirurgiens. En effet, au point de vue pratique, les deux suivantes doivent être soigneusement distinguées :

» 1° Tantôt la matrice manque en même temps que le vagin : c'est alors une simple anomalie qui n'entraîne aucune suite fâcheuse ;

» 2° Tantôt au contraire l'utérus existe, et, en pareil cas, l'âge de la puberté devient le signal de graves accidents qui forcent le médecin d'intervenir pour remédier à la rétention du sang menstruel. Il y aurait lieu d'établir encore une subdivision parmi les faits de cette seconde catégorie, suivant que l'utérus présente un col et un orifice normalement conformés, ou qu'il est lui-même imperforé. »

L'observation suivante est relative à un cas de cette espèce.

Catherine J..., âgée de dix-sept ans, couturière, forte et bien portante habituellement, habitant la Brizardière, commune de Sainte-Catherine, a commencé à éprouver, il y a quatorze mois environ, dans les lombes, le bas-ventre, les aines et les cuisses, des douleurs qui revenaient régulièrement tous les mois ; elles duraient chaque fois trois ou quatre jours, et occupaient toujours le même siége. Pendant les intervalles, santé parfaite. Il y a six ou huit mois, Catherine s'aperçut que son ventre grossissait ; il augmentait surtout de volume à chaque accès de douleurs, et en même temps les seins étaient gonflés pendant les quelques jours que duraient les souffrances. Jamais aucune trace d'écoulement de sang par les parties génitales. Le traitement avait consisté en émissions sanguines locales (sangsues aux cuisses) et en pilules emménagogues.

Je vis cette jeune fille pour la première fois le 10 juillet 1845. Elle gardait le lit depuis plusieurs jours ; je trouvai la peau sèche et brûlante, le pouls fréquent et déprimé, la figure d'un rouge violacé. La malade se plaignait d'éprouver depuis longtemps des douleurs lombaires et des coliques d'une extrême violence. Elle ne peut demeurer au lit, se roule par terre, se met le corps en double, change continuellement de position, dans l'espoir d'obtenir du soulagement. Depuis quatre semaines aussi les urines coulent avec beaucoup de peine, et leur émission s'accompagne de vives douleurs. Il n'y a d'évacuations alvines que tous les sept ou huit jours, et cela après de grands efforts. Le ventre est considérablement distendu. A travers ses parois on sent, occupant la région médiane et s'élevant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, une tumeur dure, lisse, régulièrement circonscrite, douloureuse à la pression, à laquelle on peut imprimer quelques légers déplacements en la détachant des flancs, comme l'utérus dans la grossesse ; mais les mains appliquées sur cette tumeur n'y perçoivent aucun mouvement. Dans les fosses iliaques, principalement à droite, on trouve une tuméfaction dure, douloureuse, qui se confond insensiblement avec les parties voisines.

Je procédai à l'examen des parties génitales, et je rencontrai :

Grandes et petites lèvres ayant leur développement normal ; clitoris d'un très-petit volume ; méat urinaire situé un peu plus bas qu'à l'ordinaire ; au-dessous du méat quatre tubercules ayant la grosseur d'une tête d'épingle, et réunis par un repli de la membrane muqueuse, saine d'ailleurs, qui tapisse toutes ces parties ; enfin, entre ces tubercules, une dépression superficielle pouvant admettre la moitié d'une aveline, et occupant la place du vagin.

Une sonde introduite dans l'urèthre ne parvient que très-difficilement jusqu'à la vessie ; et pour y arriver, demande à être dirigée presque verticalement en haut ; une fois qu'elle y a pénétré, cherche-t-on à la retirer, on éprouve également beaucoup de résistance. Le doigt, placé dans l'anus, sent à une hauteur d'environ 3 ou 4 centimètres une tumeur dure, lisse, qui comprime fortement le rectum, donne à travers les parois de cet organe la sensation non douteuse d'un liquide, et remplit manifestement la plus grande partie du bassin. De plus, avec ce même doigt introduit dans le rectum, on sent le cathéter engagé dans la vessie, d'où il suit que ces deux organes sont contigus ; une cloison membraneuse peu épaisse, formée par l'adossement de leurs parois, paraît seule les séparer l'un de l'autre ; on ne trouve entre eux aucune substance intermédiaire autre que cette cloison même, qui est appréciable dans l'étendue de 2 centimètres.

D'après cet examen, il était évident que chez Catherine J... le vagin manquait, mais que l'utérus accomplissait régulièrement ses fonctions. Rétention du sang menstruel dans la matrice et distension des parois de cet organe, telle était manifestement la cause des accidents, qui depuis quinze mois revenaient périodiquement toutes les quatre semaines, et de la formation de cette volumineuse tumeur, dont nous constations la présence dans le bassin.

Mais si le diagnostic ne pouvait laisser d'incertitude, il n'en était pas de même pour le traitement à instituer. Quelle voie fallait-il suivre pour arriver jusqu'à l'utérus distendu ?

Fallait-il ici recourir à la ponction par le rectum ? Ce moyen, sans être entièrement inoffensif, avait l'inconvénient de ne pouvoir procurer qu'un soulagement momentané.

La seule voie par laquelle le sang pouvait prendre et conserver son cours normal, c'était le vagin. Je résolus en conséquence de pratiquer chez Catherine un vagin artificiel, en me conformant au précepte déjà ancien (V. de Haen, *loc. cit.*), de recourir le moins possible à l'instrument tranchant, précepte à l'observation duquel (pour ne citer que les exemples les plus récents) M. Stoltz et Aug. Bérard ont dû deux beaux succès ; en imitant surtout la conduite d'Amussat (*Gaz. méd. de Paris*, 1835, p. 785), qui, avec l'aide du doigt seul, parvint à dédoubler la cloison recto-vésicale dans un cas analogue.

Le 24 juillet, je cherche par une pression assez forte, avec l'extrémité de l'indicateur, et par des mouvements de rotation, à augmenter la dépression qui existe au-dessous du méat urinaire, entre les petits tubercules mentionnés plus haut. A la seconde tentative faite le lendemain, la muqueuse s'est rompue, il y a eu un léger écoulement de sang et de vives douleurs. Je place un morceau d'éponge préparée entre les bords de la plaie.

Le huitième jour, le conduit artificiel a 1 centimètre et demi de profondeur. Pour arriver jusqu'à la tumeur, je place une sonde dans la vessie, et je la fais tenir et soulever en avant par un aide (c'était la mère de la malade) ; j'introduis mon doigt indicateur gauche dans le rectum ; avec l'indicateur de la main droite, placé dans le canal de nouvelle formation, je décolle peu à peu le rectum de la vessie, et j'arrive ainsi sur un tissu dur, résistant, au delà duquel j'ai la sensation d'un liquide. La fluctuation est surtout très-nette, lorsqu'à l'aide du doigt introduit dans le rectum, je cherche à soulever la tumeur qui comprime cet organe. Quand la malade fait des efforts d'expulsion, la tumeur descend vers la vulve.

Pendant toutes ces manœuvres, Catherine a éprouvé de vives douleurs ; mais elle était résignée à tout souffrir pour mettre un terme à sa cruelle situation.

Le 2 août, le vagin artificiel a 3 centimètres de profondeur ; il permet facilement l'introduction du doigt. J'y place un morceau d'éponge pour le maintenir libre.

Avant de pratiquer le dernier temps de l'opération, je demande l'avis de MM. les docteurs Thomas (de Tours) et Thomas (de Ligueil). Nous constatons l'état du conduit décrit ci-dessus ; seulement il n'a plus que 2 centimètres de profondeur, ce qui indique que la cloison fibreuse a été poussée en avant. J'en conclus que la ponction de l'utérus sera plus facile à exécuter, et exposera moins à la lésion des organes environnants.

Le 6, en présence de mes deux confrères, je termine l'opération de la manière suivante :

La jeune fille est assise sur le bord de son lit, le corps renversé en arrière, les cuisses écartées ; j'introduis une sonde dans la vessie et l'indicateur de la main gauche dans le rectum, pour prévenir la lésion de ces organes ; puis j'engage la malade à faire des efforts d'expulsion. Toutes ces précautions étant prises, je ponctionne la tumeur avec un trocart à hydrocèle. L'instrument traverse un tissu résistant, assez épais. Il s'écoule par la canule un liquide noirâtre, peu consistant au début, mais ressemblant vers la fin à de la gelée de groseille épaisse, sans odeur désagréable ; la quantité en est de près de deux litres. La canule est alors enlevée et remplacée par une sonde de même calibre, qui pénètre profondément dans la cavité de la tumeur. J'y pratique une injection pour entraîner le reste des caillots.

Aussitôt l'opération achevée, le ventre est beaucoup moins volumineux ; le fond de la matrice, qui s'élevait au-dessus de l'ombilic, est descendu au-dessous. La malade déclare être notablement soulagée. Pendant l'opération elle a peu souffert ; la journée se passe bien.

Mais le lendemain (7 août), vers dix heures du matin, il survient un frisson assez fort, suivi de fièvre ; la peau est sèche et brûlante, le pouls fréquent et déprimé, la soif très-vive. Le ventre est tendu, surtout dans la région iliaque droite, où il est très-douloureux, même à la plus légère pression. On sent à travers les parois abdominales le corps de l'utérus non revenu sur lui-même ; de même, le doigt introduit dans le rectum trouve au-devant de lui l'utérus tendu et douloureux. La malade ne peut uriner ; je la sonde. Je fais de plus une injection émolliente dans la tumeur utérine. — 16 sangsues sont appliquées à l'hypogastre.

Vers le soir, les douleurs ayant augmenté, nouvelle application de 20 sangsues.

Le 16 août au matin, les piqûres de sangsues ont rendu beaucoup de sang ; la nuit a été très-agitée ; les douleurs sont un peu moins vives, et le pouls a perdu de sa fréquence ; mais le ventre est toujours dans le même état. — 16 sangsues sur la région iliaque droite.

Le 16 au soir, la région iliaque droite est moins tuméfiée, mais elle reste douloureuse au plus léger contact. La région iliaque gauche est gonflée et douloureuse à la pression ; elle rend un son mat à la percussion.

Le 17 août au matin, bien que la nuit ait été fort agitée et que la malade n'ait cessé de se plaindre d'élancements dans les deux fosses iliaques, cependant le pouls est plus calme, moins déprimé ; la face, moins plombée, a repris sa couleur naturelle ; les yeux ont plus d'expression.

Dans la soirée, les douleurs étant devenues de nouveau beaucoup plus vives, je fais appliquer encore 20 sangsues. Depuis l'opération la malade n'ayant pu uriner, je la sonde deux fois par jour sans douleur. Les parties génitales externes ont leur coloration et leur sensibilité normales. La sonde placée dans la matrice est sortie ; je ne cherche pas à la réintroduire dans la crainte d'exaspérer les souffrances.

Le 18, la nuit a été mauvaise ; les douleurs qui partent des fosses iliaques ont troublé le sommeil, et ont été assez violentes pour arracher des cris à la malade. Dans l'après-midi, la fièvre augmente, la figure s'injecte, les traits sont altérés, la peau est sèche et très-chaude ; la langue rouge ; la moitié inférieure de l'abdomen est dure et volumineuse. — 20 sangsues sur le ventre ; je prescris un lavement, qui n'est point reçu.

Le 19, nuit très-agitée. Dans la matinée, les douleurs abdominales sont moins vives à la pression ; mais la malade éprouve de violentes coliques. J'ordonne un lavement avec 60 grammes d'huile de ricin, mais le liquide revient à mesure qu'on l'injecte. Vers le soir la fièvre redouble, la douleur augmente dans la fosse iliaque gauche : 15 sangsues sont appliquées sur cette région.

Le 20, depuis minuit, il y a un peu de calme. L'opérée a dormi à plusieurs reprises pendant une heure. Le pouls reste déprimé et très-fréquent, mais le ventre est moins dur, moins douloureux à la pression. Il y a toujours des coliques intenses.

Dans la soirée la fièvre diminue et la peau est moins brûlante. Les élancements des fosses iliaques se sont reproduits avec une nouvelle force ; ils se propagent jusqu'aux cuisses et genou droit.

Je prescris de faire trois fois par jour des onctions sur le ventre avec parties égales d'onguent napolitain et d'extrait de belladone. Dans la matinée je fais prendre par la bouche 45 grammes d'huile de ricin, qui sont vomis avec huit vers lombrics.

La journée a été assez calme ; il y a toujours des coliques. Il s'écoule par les parties génitales un liquide épais sans odeur. J'introduis une sonde dans l'ouverture de la matrice, mais lorsque je la fais pénétrer un peu profondément, il en résulte de très-vives douleurs. La malade a commencé à uriner sans le secours de la sonde.

Le 21, le ventre est très-tendu ; les douleurs des fosses iliaques se sont reproduites avec une nouvelle violence ; le pouls, très-fréquent, est moins déprimé. — 20 sangsues sur les régions iliaques.

Dans la journée, besoins fréquents d'aller à la selle. (Nouveau lavement avec 60 grammes d'huile de ricin, qui ne peut pas pénétrer.) L'abdomen reste tendu, la respiration est très-gênée ; il y a une très-vive agitation, une anxiété extrême. Je cherche, en introduisant le doigt dans le rectum, s'il n'y a point un obstacle qui s'oppose à la pénétration des lavements, et je trouve le rectum fortement comprimé par l'utérus ; je repousse alors cet organe en haut et en avant, et une grande quantité de matières fécales et de vents est expulsée brusquement, la malade se sent aussitôt soulagée.

Le 22, nuit assez bonne ; il y a eu une selle abondante. Quelques gouttes de sang ont été rendues par le nez. Ce matin, fièvre, figure injectée. Le ventre est plus souple, moins développé ; un pus blanc, épais, sans odeur, s'écoule par le nouveau vagin. Les parties génitales externes sont œdématiées, douloureuses ; la muqueuse qui les tapisse est pâle.

Le 23, la journée d'hier et la nuit ont été assez bonnes. Il y a eu quelques coliques, le ventre est beaucoup moins tendu et moins douloureux.

Dans la fosse iliaque gauche, on trouve toujours une tumeur dure et très-sensible à la pression. La région correspondante du côté droit est moins sensible, plus souple ; à travers les parois abdominales, on y sent l'utérus revenu sur lui-même. Le pouls est moins déprimé et moins fréquent.

A l'aide du doigt introduit dans le rectum, je sens que cet intestin n'est plus comprimé par la matrice. Je fais administrer un lavement qui, cette fois, est reçu et détermine l'évacuation d'une grande quantité de matières.

Le 25, la tension du ventre diminue encore ; mais il y a toujours quelques coliques. En déprimant les parois, on sent le fond de l'utérus qui est toujours douloureux et s'élève à 5 centimètres environ au-dessous de l'ombilic. La fosse iliaque gauche est de nouveau tendue ; le pouls fréquent, la soif vive. Les parties génitales sont douloureuses.

Le 27, depuis hier, les douleurs sont devenues très-intenses dans la fosse iliaque gauche ; elles se continuent sur la face antérieure de la cuisse et de la jambe, sans que l'on puisse constater une sensibilité plus vive sur le trajet des vaisseaux. Les mouvements du membre sont difficiles. Ce matin les douleurs sont moins fortes et la malade a reposé. La journée se passe assez bien.

Le 29, nuit calme ; douleurs moindres ; l'abdomen est moins tendu. La malade est allée à la selle sans lavement. L'utérus a diminué de volume, ainsi que les tumeurs iliaques. Les parties génitales externes sont toujours très-tuméfiées. Une légère épistaxis dans la nuit. — Injections émollientes ; lotions avec l'eau blanche.

Dans les premiers jours de septembre, l'état de la malade est satisfaisant. L'utérus revient de plus en plus sur lui-même ; les tumeurs iliaques ont bien diminué ; le ventre est médiocrement douloureux à la pression ; il y a encore des coliques, mais elles sont de courte durée. L'écoulement vaginal, peu abondant, exhale une odeur fétide. Le pouls est assez calme ; la malade commence à prendre des aliments ; on la fait lever tous les jours.

Le 6 septembre, très-forte céphalalgie suivie d'un saignement de nez abondant. Depuis cette hémorrhagie, le pouls est faible et fréquent, la peau et les muqueuses pâles ; un peu d'œdème des paupières.

Le 8, perte de l'appétit ; douleurs vives dans les muscles des membres ; les battements du cœur s'accompagnent d'un bruit de souffle qu'on entend également dans les carotides. Les coliques se reproduisent avec plus d'intensité ; le ventre est météorisé, douloureux ; la figure moins expressive. — Limonade sulfurique ; frictions sur le ventre avec de l'huile camphrée ; pilules de fer et de quina.

Le 15, état très-satisfaisant. La fièvre a cessé ; le ventre ne présente plus ni tension ni douleur à la pression ; on ne sent pas l'utérus à travers les parois abdominales ; les tumeurs des fosses iliaques ont beaucoup moins de volume et ne sont plus douloureuses.

Il s'écoule du vagin un liquide jaunâtre, peu abondant, mais très-fétide ; ce vagin est libre et permet facilement l'introduction du doigt ; l'ouverture faite à l'utérus persiste.

Cette jeune fille quitte alors l'hôpital de Sainte-Maure, où elle était depuis quarante jours, et se rend auprès de ses parents.

Je la revois le 4 octobre. Elle commence à se promener. Depuis le matin coliques et douleurs de reins, et dans la soirée il se fait par le nouveau vagin un écoulement de sang peu abondant. Après la perte sanguine, qui dure quatre jours, un peu de pus s'échappe encore des parties génitales.

Pendant les mois de novembre et de décembre, santé bonne, mais l'écoulement menstruel ne se reproduit pas. J'avais recommandé à la mère de la malade (après lui avoir enseigné cette manœuvre) d'introduire tous les deux ou trois jours une sonde dans l'ouverture faite à la matrice, mais cette femme introduisait l'instrument dans l'urèthre, et l'orifice utérin ne tarda pas à s'oblitérer.

Dans les premiers jours de janvier 1846, Catherine éprouva dans les lombes, les aines et les cuisses de nouvelles douleurs sans qu'il s'échappât du sang par le vagin. A la fin du même mois les douleurs reviennent dans les mêmes régions, et avec le même caractère.

Le 22 février, je suis appelé auprès de Catherine. La figure est d'un rouge violacé ; l'utérus se sent à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, mais il n'est pas douloureux à la pression.

Je sens avec le doigt placé dans le vagin, à 2 centimètres de profondeur environ, l'utérus fortement distendu ; une sonde substituée au doigt s'arrête également à cet obstacle qu'elle ne peut pas franchir. D'après cet examen, et en considérant aussi les phénomènes qui se sont manifestés depuis deux mois, il est certain que l'ouverture artificielle de l'utérus est fermée et qu'il faut recourir à une seconde opération.

Je fais pour la seconde fois la ponction de la matrice, et il s'écoule par la canule du trocart près de 400 grammes d'un sang épais, gluant, d'un rouge foncé, sans odeur particulière. (Le lendemain ce liquide n'était pas pris en caillots et présentait les mêmes caractères physiques qu'après sa sortie).

Je retire la canule ; puis, à l'aide d'un bistouri droit boutonné, j'agrandis l'ouverture du trocart par deux incisions latérales, qui me permettent de faire pénétrer l'extrémité du doigt indicateur jusque dans la matrice, et de reconnaître que le col de cet organe n'est pas appréciable. Je laisse une sonde œsophagienne à demeure entre les bords de la plaie utérine. Cette seconde opération a été plus douloureuse que la première.

Le 23, la nuit a été bonne. Un peu de fièvre ce matin. Le ventre non douloureux à la pression ; mais la malade se plaint de douleurs très-vives dans l'aine droite, qui se continuent dans tout le membre inférieur du même côté. — Bains, cataplasmes laudanisés *loco dolenti*.

Le 24, nuit très-mauvaise ; les douleurs sont tout aussi vives ; elles augmentent à la plus légère pression. Pouls très-fréquent, petit, déprimé ; plusieurs vomissements bilieux. — 16 sangsues sur la région iliaque droite ; bains.

Le 25, nuit plus calme, douleurs moins intenses.

Le 1er mars, la malade est dans un état très-satisfaisant. L'ouverture de l'utérus est libre ; j'y laisse la sonde œsophagienne à demeure. Il s'écoule par le vagin un peu de pus sanieux fétide.

Le 10, même état satisfaisant. L'écoulement par le vagin a cessé.

il y a encore quelques douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite et le long de la cuisse.

Dans les premiers jours de mai, Catherine est parfaitement guérie. On ne sent plus à travers les parois abdominales le fond de l'utérus ni les tumeurs des fosses iliaques.

Deux ans après l'opération, Catherine est très-bien portante ; les règles, qui reviennent chaque mois, ne sont nullement douloureuses ; elles durent de quatre à cinq jours. Le vagin est libre ; il admet facilement le doigt indicateur. Les bords de l'ouverture utérine sont rapprochés sans être réunis.

Aujourd'hui Catherine est mariée depuis plus de huit ans. Elle n'est jamais devenue enceinte, a toujours continué à être très-régulièrement menstruée, et n'a éprouvé aucun trouble du côté des organes génitaux.

L'observation que vous venez d'entendre pourrait en quelque sorte servir de type à une description dogmatique de l'affection qui nous occupe. C'est d'abord faire l'éloge de la manière lucide dont elle est rédigée. La marche du mal est très-caractéristique. A l'époque de la puberté, apparaissent dans la région abdominale inférieure les douleurs périodiques mensuelles, durant trois ou quatre jours. Six mois après leur première manifestation, le ventre grossit, surtout pendant les accès, et les seins se gonflent. L'état général reste excellent pendant les intervalles. L'écoulement menstruel fait défaut.

Comme dans l'immense majorité des cas, il y a pendant longtemps erreur de diagnostic, ou, pour parler plus exactement, absence de diagnostic ; on fait la médecine banale des symptômes ; on met des sangsues aux aines, et l'on administre les emménagogues. Enfin, les accidents, jusque-là modérés, acquièrent un haut degré d'intensité ; on consulte alors un praticien habile, qui aussitôt fait l'examen nécessaire, et porte sans peine et sans hésitation le diagnostic véritable.

Il résolut de créer un vagin artificiel et de se frayer une route à travers les parties molles depuis l'orifice vulvaire jusqu'à l'utérus dilaté. Pour arriver à ce but, il avait le choix entre trois procédés qu'une épithète différente pourra grossièrement caractériser. J'appellerai l'un *procédé sanglant*, l'autre *procédé mécanique*; le troisième pourrait être dit *mixte*, puisqu'il utilise et l'instrument tranchant et le décollement.

Dans le premier, le chirurgien, à l'aide du histouri, incise superficiellement la muqueuse vulvaire au fond du cul-de-sac qu'elle présente entre l'urèthre et l'anus ; puis, les lèvres de la plaie écartées, il continue sa dissection dans la profondeur ; il s'efforce d'éviter le canal urinaire et l'intestin ; il s'avance avec précaution, à petits coups, explorant le fond de la plaie avec l'index de la main gauche, qui guide prudemment le histouri. Enfin, la poche reconnue à sa mollesse, à sa rénitence, il y plonge soit l'instrument tranchant dont sa main est armée, soit un trocart, et donne enfin issue au sang accumulé.

Dans cette manière de faire, l'opération fondamentale est pratiquée dans la même séance. L'anesthésie peut ici supprimer la douleur.

Le second procédé, qu'on paraît fort étrange au premier abord, s'effectue en plusieurs temps. Il consiste dans une série de pressions plus ou moins violentes exercées à l'aide du doigt et destinées à refouler, à déprimer la muqueuse vulvaire dans le point qui répond à l'entrée du vagin absent, c'est-à-dire entre l'anus et l'orifice uréthral. Si la dépression ne suffit pas, on déchire, on pénètre ainsi de gré ou de force, mais toujours avec le doigt ou les instruments mousses, dans la couche de tissu cellulaire lâche qui sépare l'urèthre et le rectum ; on s'approche ainsi lentement de la poche sanguine, sans crainte de blesser ces derniers organes. Arrivé à une certaine profondeur, on perçoit distinctement la fluctuation, et l'on divise la dernière barrière avec le trocart ou le histouri. Dans la plus grande partie du trajet ainsi parcouru, il n'y a pas de plaie produite, ou du moins la solution de continuité est faite par décollement ou déchirure ; elle n'est le siége d'aucun écoulement sanguin notable.

Ce procédé, qu'on pourrait appeler *du refoulement et du décollement*, permet d'éviter aisément la blessure de l'urèthre et du rectum : c'est là son but principal et son principal mérite.

Dans le *procédé mixte*, on fait encore l'opération en un seul temps, si l'on veut. On incise d'abord avec le tranchant les couches superficielles de l'obstacle, celles qui sont accessibles à la vue ; puis, on s'engageant dans la profondeur, on quitte le histouri ; à l'aide des doigts on décolle alors l'urèthre et la vessie de la paroi antérieure du rectum, grâce à la laxité du tissu cellulaire interposé entre ces deux organes ; enfin on arrive à l'utérus distendu, que l'on ouvre, mais avec le secours encore d'un instrument tranchant ou piquant : incision à la superficie, décollement au milieu du chemin, puis ponction dans la profondeur, telle est la combinaison qui caractérise ce procédé.

Le procédé sanglant est le plus anciennement connu. Les premiers opérateurs durent songer naturellement à se frayer une voie avec l'instrument tranchant. Mais un jour survint un accident grave. Le fait, publié avec détails par un médecin illustre, eut un grand retentissement, qui dure encore aujourd'hui.

Je fais allusion à la fameuse observation citée par de Haën, et dans laquelle la vessie fut ouverte dans le cours de l'opération, alors qu'on croyait n'avoir incisé que l'hymen. Au dire de Boyer, un chirurgien célèbre, son contemporain, aurait eu le même malheur. C'est pourquoi M. Stoltz d'abord, puis Amussat, frappés sans doute des dangers inhérents à la dissection pratiquée dans les profondeurs de cette région, conçurent et exécutèrent des procédés plus sûrs. Le premier, en 1831, employa le procédé mixte ; le second, en 1832, le procédé du refoulement et du décollement, qui lui réussit bien, et qui a trouvé depuis des imitateurs, je dirai même des admirateurs enthousiastes.

Les accidents de la rétention menstruelle sont essentiellement intermittents ; le chirurgien peut donc être appelé, soit pendant la rémission, soit pendant le paroxysme. Quoiqu'en règle générale il faille s'abstenir d'opérer lorsque les accidents sont violents, et qu'il soit préférable d'attendre le rétablissement du calme, on peut avoir la main forcée et reconnaître l'impérieuse nécessité de faire cesser sur-le-champ la distension utérine. Dans ce cas, la manière dont Amussat ouvre la voie étant essentiellement lente et exigeant plusieurs jours au moins, ne saurait convenir ; l'opération doit être complète en un seul temps, et pour cela, les instruments piquants ou tranchants ne peuvent être remplacés.

Lorsque les accès provoqués par la rétention menstruelle se sont renouvelés un certain nombre de fois et avec une certaine violence, les accidents sont plutôt rémittents qu'intermittents. J'entends dire par là que les rémissions complètes sont fort courtes, et que le plus souvent, dans l'intervalle des paroxysmes, l'abdomen reste douloureux, l'appareil utérin susceptible. Sous l'influence des manœuvres préparatoires à l'évacuation, l'orage assoupi peut se réveiller avec énergie, et l'on retombe alors dans les inconvénients avérés de l'action chirurgicale coïncidant avec le paroxysme.

Amussat lui-même avait si bien compris le mauvais côté de l'opération préliminaire trop prolongée, que dans les réflexions qui suivent la belle observation de Mlle S. K..., il nous dit : « Si je rencontrais un cas analogue à celui qui fait le sujet de cette observation..., je procéderais comme je l'ai fait, *mais je tenterais de détruire la soudure des organes dans une seule séance, et de faire la ponction de l'utérus immédiatement après*. » C'est, vous le voyez, une modification radicale à un procédé prolongé, que celle qui consiste à le ramener à un seul temps et à le parachever séance tenante.

La seconde indication, ai-je dit, consiste à ouvrir la voie au fluide retenu, en suivant approximativement le trajet qu'occupe le vagin dans l'état normal. Or, ce trajet peut être divisé en trois régions superposées plus ou moins longues, et qu'il faut successivement traverser :

1° La région superficielle, ou hyménéale, ou vulvaire ;

2° La région moyenne inter-uréthro ou vésico-rectale ;

3° La région profonde ou utérine ; en d'autres termes, la paroi inférieure du foyer.

Amussat, dans son procédé, employa une manœuvre opératoire différente pour ouvrir la route dans chacune de ces régions. Pour la première, c'était le refoulement de la muqueuse vulvaire exécuté avec le bout du doigt ; pour la seconde, le déchirement du tissu cellulaire inter-uréthro-rectal, avec le doigt encore ; pour la troisième enfin, l'instrument tranchant ou piquant comme tout le monde.

Or, des trois sections du trajet, la moyenne seule me paraît périlleuse à traverser. C'est alors qu'on peut blesser et l'urèthre, et la vessie, et le rectum ; c'est là qu'on doit redoubler de précautions et recourir à tous les moyens que la prudence conseille pour ne pas faire fausse route. J'adopte donc sans hésitation le principe du décollement avec le doigt ou les instruments mousses semblables ou analogues à ceux que Dieffenbach recommande pour ce but spécial. A qui faut-il rapporter l'honneur d'un précepte aussi simple? Je n'en sais vraiment rien, n'ayant pas lu toutes les observations que renferment les archives de la science ; je sais seulement qu'Amussat y insista beaucoup en 1835; mais je sais aussi que M. Stoltz en tira grand profit en 1831. Mais ce qui me paraît appartenir plus particulièrement au premier, c'est la manœuvre du refoulement à la superficie de la muqueuse; car le caractère le plus original de son procédé, c'est le temps que MM. Bernutz et Patry ont scrupuleusement imité.

Dans l'observation de Catherine J..., M. Patry commence la dépression le 24 juillet ; le lendemain, la muqueuse se rompt sous les efforts du doigt. Le huitième jour, le conduit artificiel n'a encore qu'un centimètre et demi de profondeur. On pratique alors le décollement profond dans une longueur considérable. Aussi, le dixième jour, le vagin artificiel mesure 3 centimètres, et admet facilement le doigt. La fluctuation est facile à percevoir. Pendant toutes ces manœuvres, Catherine a éprouvé de vives douleurs ; mais elle était résignée à tout souffrir pour mettre un terme à sa cruelle position.

Le 6 août, c'est-à-dire après treize jours de douleurs préparatoires, on ponctionna l'utérus avec un trocart qui eut à traverser un tissu résistant assez épais.

Vous le voyez, le procédé mécanique n'est pas sans inconvénients.

Le procédé d'Amussat a été jusqu'à ce jour employé trois fois à notre connaissance. J'accorde volontiers qu'il n'a pas encore été suivi par la mort ; mais cela ne prouve rien, si ce n'est l'existence d'une petite série heureuse ; le procédé sanglant pourrait en exhiber tout autant. Si on examine attentivement les trois observations susdites, on voit en effet que si les opérées ont échappé à la mort, elles ont cependant éprouvé des accidents très-alarmants qui, poussés un peu plus loin, auraient amené l'issue funeste.

Au douzième jour après l'opération, Mme S. K... était dans l'état le plus grave et son existence fut longtemps menacée. Vous avez vu que Catherine J... fut à deux doigts de sa perte et que la péritonite faillit plusieurs fois l'emporter. L'opérée de M. Bernutz courut moins de dangers ; mais n'oublions pas que chez elle *le foyer du sang retenu ne fut pas ouvert*, ce qui établit une différence capitale entre cette observation et les deux autres.

Enfin, et je terminerai par là cette critique prolixe qui déjà vous fatigue peut-être. Le procédé d'Amussat remplit-il mieux que les autres la troisième indication du traitement? assure-t-il mieux que les autres la permanence de la voie artificielle, complément si important de la cure, condition essentielle d'une guérison radicale? Nous n'avons pour répondre à cette question que deux faits. Dans l'observation d'Amussat la menstruation finit par se rétablir, mais à plusieurs reprises les phénomènes de rétention menstruelle se renouvelèrent et se montrèrent assez menaçants. Dans l'observation de M. Patry, il fallut, sept mois environ après la première opération, ponctionner l'utérus, dont l'ouverture artificielle n'avait pas persisté. La première tentative n'avait pas été inutile à coup sûr, mais elle n'avait pas été radicale.

Le procédé Amussat ne garantit donc pas mieux que les autres contre la récidive. Toutefois, je reconnais volontiers que si l'oblitération ou le rétrécissement se reproduisent dans la profondeur, c'est-à-dire dans le segment utérin de la voie créée, le vagin proprement dit semble persister avec une longueur et une ampleur assez considérables ; c'est ce qui ressort des deux faits susdits et aussi de celui de M. Bernutz. Amussat l'explique bien par l'ascension de la muqueuse vulvaire, qui, attirée par la rétraction inodulaire, tapisserait toute la partie inférieure du vagin artificiel. Peut-être le refoulement de la muqueuse contribue-t-il efficacement à la réalisation de cette autoplastie naturelle.

Si vous avez daigné, Messieurs, suivre la discussion minutieuse à laquelle je viens de me livrer, vous avez déjà pu voir où je veux en venir. Dans le cas d'absence congénitale de la totalité ou de la plus grande partie du vagin, avec persistance de la menstruation et rétention menstruelle, trois procédés s'offrent au chirurgien. Or, je choisis sans hésiter celui que j'ai désigné sous le nom de procédé mixte. Je rejette donc aussi bien l'emploi exclusif de l'instrument tranchant, que les manœuvres mécaniques non moins exclusives.

M. Verneuil termine son rapport par la proposition suivante :

1° L'absence complète ou étendue du vagin peut être congénitale ou accidentelle. Cette dernière peut résulter d'une agglutination lentement et sourdement formée, ou d'un accolement inodulaire par suite de perte de substance. Dans le cas d'absence accidentelle, on ne peut que difficilement poser des règles opératoires ; mais il est certain que le plus souvent on devra frayer la voie d'un bout à l'autre à l'aide de l'instrument tranchant.

2° Dans l'absence congénitale, au contraire, on ouvrira la route avec le bistouri ; on progressera entre le rectum et l'urèthre avec les doigts ou des instruments mousses ; enfin, on reprendra le tranchant dans la profondeur pour ouvrir le foyer sanguin. Le procédé ainsi combiné est intermédiaire au procédé sanglant pur et au procédé mécanique de M. Amussat ; il réunit les avantages de chacun d'eux, sans en partager les inconvénients et les dangers.

Il pourra au besoin être exécuté en une seule séance et avec l'aide de l'anesthésie.

3° Le procédé sanglant en effet expose, vers le milieu du trajet qu'on veut créer, à des accidents opératoires, tels que la blessure de l'urèthre, de la vessie, du rectum, peut-être même du péritoine. Ces accidents sont fâcheux, moins graves cependant qu'on ne l'a dit, et aussi plus rares qu'on ne l'a insinué. Cependant, c'est un devoir pour le chirurgien de ne rien négliger pour les éviter.

4° Le procédé mécanique est long et douloureux ; il peut ne pas être conduit à son terme ; il met à l'abri des incidents opératoires fâcheux qu'on a reprochés à l'emploi exclusif du bistouri ; mais, comme suites consécutives et comme résultats définitifs, il ne garantit pas plus que les autres contre les complications viscérales redoutables, et n'assure pas mieux non plus la cure radicale.

5° Tout porte à croire que le procédé opératoire choisi n'exerce qu'une influence tout à fait secondaire sur le développement ou l'absence des accidents primitifs et consécutifs, et par conséquent sur la marche, l'issue et le résultat ultérieur du traitement institué. C'est ailleurs qu'il faut chercher les causes de la gravité très-grande que présentent les opérations du vagin artificiel entreprises pour remédier à la rétention menstruelle. La médecine opératoire n'intervient que pour décider le moment opportun pour l'opération, puis pour trancher la question indécise encore des évacuations en un seul ou en plusieurs temps des ouvertures grandes ou petites, etc., pour réaliser les conditions favorables à la permanence de la cure. C'est à la thérapeutique qu'incombe le soin de prévenir les complications, de les combattre, et d'établir enfin les préceptes au moyen desquels on pourra diminuer, sinon faire disparaître, les chances funestes trop nombreuses après des opérations dont l'exécution est en somme assez facile, moyennant l'observation de quelques règles assez simples.

DE LA CONSTITUTION MÉDICALE RÉGNANTE.

Bronchite catarrhale,

Par M. le docteur Félix AUBRY.

« Un rhume négligé est une phthisie commencée, » a dit Stoll avec son admirable tact d'observateur. Cette grande vérité clinique ne saurait être trop de fois répétée, car nous voyons tous les jours les fâcheux résultats de l'imprévoyance et de l'incurie. L'hiver de 1860-1861 marquera tristement dans les annales de la pathologie des organes respiratoires. Il n'est pas une famille où il ne se soit déclaré un ou plusieurs cas de bronchite catarrhale plus ou moins intense. Les malades n'opposent, en général, qu'une passive attention à ce trouble de leur santé; ils continuent à sortir, à vaquer à leurs affaires et à satisfaire à toutes les exigences de leurs professions ou de leurs plaisirs ; mais bientôt la toux devient opiniâtre, l'expectoration abondante; le sommeil est fréquemment interrompu, l'appétit diminue, la voix prend un certain caractère de raucité, les yeux sont rouges et humides, et il se manifeste de l'oppression, de la céphalalgie, et souvent un léger accès fébrile. Depuis deux ou trois mois, il n'est pas un seul médecin qui n'ait été à même d'observer ces phénomènes morbides qui résument brièvement la constitution médicale régnante.

Il ne suffit pas de signaler un tel état de choses, il faut arriver à le combattre avec des armes d'un effet sûr. Nous nous sommes, à l'imitation de tant d'autres confrères, adressé tour à tour aux émissions sanguines, aux boissons délayantes, au tartre stibié en lavage, et même aux vésicatoires; mais ces différents moyens produisent une débilité telle que le malade est souvent obligé de consacrer plusieurs jours, quelquefois une semaine, pour guérir du remède !

L'opium est le knout du thérapeutiste. Quel que soit le genre d'affection qu'il faille traiter, du moment où l'élément douleur apparaît, la médication stupéfiante est mise en œuvre. Il y a là un abus contre lequel on commence, du reste, à réagir avec force et autorité. Nous unissons donc notre voix à celle plus autorisée de M. Trousseau, par exemple, et nous espérons voir s'arrêter un engouement beaucoup trop digne des mœurs du Céleste Empire.

Après avoir ainsi procédé par exclusion, nous en sommes arrivé à mentionner un produit pharmaceutique dont l'action nous a toujours paru très-tranchée, nous voulons parler du *sirop béchique de Lebeault*. Ce n'est point une nouveauté thérapeutique dont nous ayons à dresser ici l'acte de naissance, car beaucoup de médecins le prescrivent depuis plusieurs années, et les anciens d'ailleurs, comme chacun le sait, accordaient une haute valeur à la classe des agents béchiques ou pectoraux. Ces substances, en effet, s'adressent directement à l'inflammation des bronches, cause première, d'une part, de la sécrétion exagérée des membranes muqueuses, et de l'autre, des efforts de toux, ce moyen mécanique qui permet de détacher et d'expulser au dehors les produits catarrhaux qui rampent jusque dans les dernières ramifications de l'arbre aérien.

M. Lebeault, pharmacien à Paris, a pensé, non sans quelque raison, qu'à côté des propriétés émollientes des espèces pectorales,

il pouvait se trouver dans leur assemblage une vertu en quelque sorte spécifique contre la toux, et il est arrivé à la préparation d'un sirop dont l'opium est rigoureusement exclu, et qui a pour base les dattes, les jujubes, les figues et les raisins de Corinthe.

Il ne nous appartient pas d'insister plus longtemps sur le côté pharmaceutique de la question, par la raison toute simple que nous sommes peu familiarisé avec les mystérieuses combinaisons du laboratoire; mais nous rapporterons simplement quelques faits empruntés à notre pratique personnelle : cela est beaucoup plus de notre ressort. Nous venons, par exemple, de soigner, rue Saint-Martin, un homme de quarante-quatre ans, d'une très-vigoureuse constitution et du tempérament sanguin le mieux accentué, qui dans la soirée du 1[er] janvier se refroidit, et rentra chez lui quelques heures après déjà un peu souffrant. Lorsque je le vis dans la nuit du 2 au 3 janvier, j'ouvris immédiatement la veine, et grâce à une copieuse déplétion sanguine, l'énorme oppression qui m'avait singulièrement effrayé s'affaissa.

Une pneumonie d'une certaine gravité s'étant déclarée, je mis en usage tous les moyens dont dispose la médecine rationnelle; mais j'eus à lutter pendant toute la semaine qui suivit contre une toux presque constante et extrêmement fatigante, qui discontinuait à peine dans la nuit pendant deux ou trois heures. Le malade se faisait acheter toutes ces préparations qui s'étalent pompeusement à la quatrième page des journaux politiques, et aucune n'arrivait à produire la sédation si désirée, lorsque je commençai l'administration du *sirop béchique de Lebeault*, après avoir préalablement prévenu la famille que je n'employais d'ordinaire ce médicament que dans les bronchites catarrhales, et que son effet dans la pneumonie m'était à peu près inconnu. J'en donnai deux cuillerées dans une tasse de tisane de lierre terrestre, et je recommandai qu'on renouvelât encore une ou deux fois cette même dose dans le cours de la journée.

A partir de ce moment, la toux commença à décroître; dès le cinquième jour, la convalescence s'établissait, et nous savons pertinemment qu'elle ne s'est pas démentie depuis.

Il y a trois semaines, nous avons tenté la même médication dans deux autres cas qui méritent également d'être mentionnés. Dans le premier, il s'agissait d'une de ces pleurésies qui s'accompagnent d'une petite toux sèche qui soulève si péniblement la poitrine et exaspère la douleur déjà si vive du point de côté; dans l'autre, d'une coqueluche chez un enfant de trois ans, dont les quintes étaient très-rapprochées et se terminaient la plupart par des vomissements. Ce jeune garçon effrayait sa mère, tant sa face s'injectait sous l'empire des efforts de toux; la dyspnée d'ailleurs ne laissait pas que de me causer d'assez vives inquiétudes. Grâce au sirop de M. Lebeault, nous avons été assez heureux pour réussir complétement, dans un espace de temps assez court, à enrayer la toux, et l'on comprend toute l'importance de ce résultat.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 février 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

M. le ministre d'Etat transmet une ampliation du décret impérial qui confirme la nomination de M. Duchartre à la place laissée vacante dans la section de botanique par le décès de M. Payer.

Il est donné lecture de ce décret.

Sur l'invitation de M. le président, M. Duchartre prend place parmi ses confrères.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce la perte que vient de faire l'Académie dans la personne d'un de ses correspondants pour la section de médecine et de chirurgie, M. Maunoir, décédé à Genève le 16 janvier.

M. Maunoir fils, dans une lettre adressée à cette occasion à M. le président de l'Académie, rappelle que son père, décédé à l'âge de quatre-vingt-douze ans et trois mois, avait été nommé correspondant le 3 septembre 1821.

— M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE présente à l'Académie la 4[me] édition de son ouvrage intitulé : *Acclimatation et domestication des animaux exotiques*. (Voir le *Premier-Paris*).

Influence de la sensibilité sur la circulation pendant l'anesthésie chirurgicale. — M. VIGOUROUX communique sous ce titre un mémoire dont voici un extrait :

Mon intention, dit l'auteur, n'est pas de traiter sous toutes ses faces la question des anesthésiques, mais bien de remettre en saillie une considération négligée. En jetant les yeux sur le tableau des cas de mort publiés jusqu'à ce jour en France (au nombre de 31), on ne peut manquer d'être frappé de plusieurs circonstances :

1° Dans plusieurs cas la mort a surpris l'opéré dans une attitude éminemment favorable à la syncope, c'est-à-dire assis.

2° Le pouls a disparu au moment de l'opération qui eût été le plus douloureux si la conscience n'eût pas été abolie.

3° Une circonstance qui donne à ces faits un caractère particulièrement désastreux, c'est que les malades étaient atteints d'affections peu graves par elles-mêmes. Mais les opérations qu'elles nécessitaient sont de nature à produire une douleur intense et soudaine. Ainsi nous voyons trois cas d'ongle incarné, quatre extractions de dents, trois incisions superficielles, deux réductions de luxation de l'épaule : n'est-il pas probable que, dans ce dernier cas, il y aura eu un tiraillement du plexus brachial? Quoi qu'il en soit, les affections que nous venons de citer occupent dans les listes de morts une place qui n'est pas en rapport avec leur fréquence. On comprend, au contraire, que les opérations qu'elles motivent puissent être placées au premier rang parmi les plus douloureuses.....

On sait quel lien étroit unit la sensibilité et la circulation. La douleur a été de tout temps notée parmi les causes de la syncope. Bichat recommande d'explorer le pouls pour reconnaître si une douleur est simulée. Parmi les effets réflexes de la douleur, celui qui agit sur le pneumogastrique peut être comparé à un courant galvanique qui, comme on le sait, arrête ou ralentit dans certains cas les battements du cœur. M. Claude Bernard a montré la relation qui existe entre les manifestations de la sensibilité directe ou récurrente, d'une part, et la pression artérielle et les pulsations du cœur, d'autre part.

Le rapprochement des faits cliniques et de ces notions physiologiques nous traçait la route à suivre pour apprécier le rôle de la douleur comme cause de la syncope pendant l'éthérisation; il fallait déterminer si la douleur conservait son influence sur la circulation pendant l'abolition des facultés cérébrales. Nous avons fait dans cette vue quelques expériences dont on trouvera le détail dans notre mémoire... Dans ces expériences, notre but n'était pas d'analyser l'influence de la sensibilité sur le cœur, question qui a été traitée et éclairée par M. Claude Bernard, mais bien de savoir si cette influence, quelle qu'elle soit, se fait sentir aussi pendant le sommeil anesthésique. Or l'expérience est affirmative sur ce point, et même cette influence paraîtrait être plus marquée dans le cas de l'anesthésie...

Quelques auteurs ont pensé que dans l'éthérisme la syncope recevait une gravité spéciale de l'impossibilité où l'on se trouvait d'employer la douleur pour réveiller le cœur. Cette supposition n'est pas vérifiée, puisque, nous le répétons, l'action de la sensibilité sur le cœur est augmentée dans ce cas. Les moyens de prévenir cet accident pour le cas qui nous occupe résultent de son mécanisme, et peuvent se résumer en deux indications :

1° Atténuer l'impression douloureuse;

2° En intercepter la transmission. Pour obéir à ces deux indications, on opérera autant que possible sans attendre la résolution complète. Celle-ci n'est pas nécessaire pour que le malade n'ait pas conscience de la souffrance qu'il témoigne, et d'un autre côté les mouvements réflexes des membres sont une dérivation à la douleur. Le chirurgien devra donc compter avec la douleur, et éviter les manœuvres qui peuvent la déterminer soudaine et intense.

L'anesthésie locale nous offre des moyens variés de remplir la première indication : froid, électricité, application d'éther et chloroforme ou de leurs vapeurs, compression des nerfs peut-être négligée à tort, et aussi leur narcotisation au moyen des injections hypodermiques. Pourquoi ne pas associer les deux méthodes d'anesthésie locale et générale? Leurs effets se surajouteraient ainsi, et elles n'auraient pas besoin d'être portées chacune à un point extrême.

Il est à peine nécessaire de dire que les précautions d'usage contre la syncope ne seront pas négligées pour cela....

Nous croyons pouvoir résumer ainsi notre travail :

1° L'influence des nerfs de sensibilité sur le cœur existe pendant le sommeil anesthésique.

2° Cette influence paraît même augmentée dans l'anesthésie.

3° Elle peut être portée au point d'arrêter les mouvements du cœur.

4° Cet arrêt du cœur doit être considéré comme la cause de la plupart des cas de mort observés pendant l'anesthésie chirurgicale (1).

5° L'anesthésie locale doit être employée en même temps que l'autre.

6° On doit opérer autant que possible avant la résolution complète. (Commissaires, MM. Flourens et Cl. Bernard).

Lithotripsie. — M. HEURTELOUP adresse un mémoire intitulé : *Du champ d'action des instruments lithotriptiques et de ses variations.*

J'appelle champ d'action des instruments lithotriptiques, dit l'auteur, la portion inférieure de la partie interne de l'organe vésical sur laquelle les corps étrangers qui se trouvent dans cet organe reposent lorsque la personne opérée est placée dans la position horizontale. Considéré en dehors des temps de contraction qui donnent des formes relatives à cette contraction, cet espace varie d'étendue et de formes absolues sous les deux principales influences de l'élévation plus grande du bassin et des degrés de distension de l'organe par un liquide injecté. Ces différences sont donc importantes à signaler pour concourir à la perfection de la lithotripsie; car les corps à détruire ayant eux-mêmes des formes et des volumes différents, l'art consiste à marier ensemble ces propriétés physiques pour les faire concorder avec les formes et l'action des instruments qui servent à exécuter la lithotripsie.

On trouvera dans la note que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, des détails très-précis sur les différentes formes et capacités que donnent à l'urèthre et à la vessie les quantités différentes d'eau introduite. Partant de l'état de vacuité absolue de la vessie, qui ressemble alors à un disque rond de 7 à 8 centimètres de diamètre placé derrière le pubis, disque formé des parois accolées à la manière d'un porte-monnaie rond, je montre quelles formes prend la vessie après des injections de 150, de 300 et de 400 grammes, quantités d'eau qui, réunies en sphère, donnent des globes de 65, 8[illegible] et 100 millimètres de diamètre. J'estime ainsi la mesure absolue des champs d'action.

Après avoir examiné l'effet des injections pour modifier les champs d'action, je passe à l'effet des instruments pour obtenir le même résultat. Je m'occupe ensuite des différents degrés d'inclinaison du bassin depuis l'horizontale jusqu'à son élévation à 45°; à l'horizontale, le point déclive correspond au coccyx; à 45°, il correspond au milieu de la cavité du sacrum. Je démontre que dans les degrés intermédiaires de ces inclinaisons le point déclive change, et que conséquemment le champ d'action s'agrandit, et que le chirurgien peut ainsi, avec légèreté, étudier, remuer, poser, disposer et faire basculer les pierres pour les charger le plus favorablement possible. Quand il s'agit des fragments, ces positions déclives différentes permettent au chirurgien de vider une place pour venir ensuite verser ces fragments ou sur l'instrument à cuiller ou sur le porte-à-faux, suivant qu'il veut extraire ou pulvériser ces fragments.

En résumé, les considérations présentées dans cette nouvelle note permettent d'établir les propositions suivantes :

1° L'instrument recto-curviligne coudé (le percuteur) ne peut, en raison de sa forme, avoir d'autre champ d'action que la partie inférieure et postérieure de la vessie, en la déprimant.

2° Il vaut mieux, pour bien exécuter la lithotripsie, et surtout pour soulager le malade, que les pierres viennent trouver l'instrument, que l'instrument n'aille chercher les pierres.

3° Il vaut mieux que le bassin puisse s'élever ou s'abaisser à volonté, ce qui s'obtient facilement avec le lit statique, que de laisser toujours le bassin dans la même position.

4° La quantité d'eau à injecter est, pour obtenir les meilleurs résultats lithotriptiques, de 150 à 250 grammes.

5° Le champ d'action pour prendre les pierres n'est pas le même que le champ d'action pour les briser. Le premier acte se passe sur la membrane, et le second se passe près de la membrane, ou au milieu de l'eau dont la vessie est remplie. On obtient invariablement cet important résultat au moyen du point fixe. (Commissaires, MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

— M. GUILLON adresse un supplément à sa réclamation de priorité à l'égard de M. Heurteloup. (Commissaires précédemment nommés : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert, de Lamballe.)

Convulsions des muscles de la vie animale, etc. — M. A. CHAUVEAU adresse un mémoire sur les convulsions des muscles de la vie animale et sur les signes de sensibilité produits chez le cheval par l'excitation mécanique localisée de la surface de la moelle épinière. (Nous publierons plus tard un extrait de ce travail.)

— M. FLOURENS, en présentant dans la précédente séance le nouveau volume que vient de publier M. L. Figuier, sous le titre d'*Année scientifique* pour l'année 1860, a signalé avec les plus grands éloges ces résumés, dont le succès s'explique, a-t-il dit, par la grande réputation d'écrivain vulgarisateur que l'auteur a su conquérir.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 25 janvier 1861, M. Auboyer, vétérinaire en 1[er] au train des équipages de la garde impériale, a été nommé vétérinaire principal, en remplacement de M. Gillet, admis à la retraite.

— M. Jourdier, vétérinaire en 1[er] aux dragons de la garde, a été nommé au train des équipages en remplacement de M. Auboyer.

— Dans sa dernière séance, la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier a inscrit parmi ses membres correspondants M. le docteur Edouard Cazenave, médecin aux Eaux-Bonnes.

—Un de nos confrères nous pose la question suivante : «Un officier de santé peut-il être nommé à une place de médecin de colonisation en Algérie? Le titre de docteur donne-t-il seul des droits à l'admission?» En principe, le doctorat est exigé pour les emplois de médecin de colonisation; mais en fait, des emplois de ce genre ont été accordés à des régnicoles et à des étrangers qui, s'ils avaient un diplôme, n'avaient certainement pas celui de docteur. Nous croyons donc que malgré la règle un officier de santé pourrait prétendre, avec chance de succès, à une position de ce genre.

La nomination des médecins de colonisation est à la diligence des préfets et du gouverneur général. (*Gaz. hebd.*)

(1) On a jusqu'ici confondu dans l'étude de cette question le mécanisme de la mort chez les animaux qu'on éthérise à outrance et celui de la mort chez l'homme pendant une opération. Il n'y a de commun que l'anesthésie.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 19. — JEUDI 14 FÉVRIER 1861. (34e ANNÉE.) N° 19. — JEUDI 14 FÉVRIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 13 février 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Trousseau a clos dans la séance d'hier, qu'il a remplie à lui seul, la discussion soulevée par sa communication sur les congestions apoplectiformes. Le but que se proposait l'éminent professeur est atteint; il l'a atteint en voulant le dépasser. C'est un procédé qui réussit souvent. Ce que sa proposition avait paru d'abord avoir d'exagéré, il a eu le soin lui-même de le réduire à des proportions plus conformes à la vérité; et dès lors les témoignages des savants les plus compétents, accourus à son appel, sont venus de toutes parts l'aider à affirmer ce fait, désormais incontestable aux yeux de tous, savoir : que la congestion cérébrale apoplectiforme n'est souvent autre chose qu'un véritable accès d'épilepsie. Si l'on dégage de la discussion tout ce qui n'y est intervenu qu'accessoirement, on reconnaîtra que c'est bien effectivement le résultat acquis par cette discussion.

Or, ce résultat est loin d'être sans importance. Il est important à plusieurs points de vue : d'abord, parce qu'il est toujours utile, l'art ne dût-il même en tirer aucun profit, de ne point confondre des phénomènes pathologiques distincts, et d'assigner à chacun son véritable caractère nosologique. Il est important, — et M. Trousseau a eu le soin de faire ressortir ce côté intéressant de la question, en exprimant le regret que la discussion ne l'ait pas abordé, — parce qu'il appellera désormais l'attention des médecins légistes sur une circonstance qui peut souvent les mettre à même d'arracher aux conséquences de la responsabilité légale des malheureux qui auraient été irrésistiblement et insciemment entraînés à des actions condamnables, par les fatales suggestions d'une affection morbide méconnue. Il est important enfin et surtout au point de vue qui touche plus particulièrement les praticiens, celui de la thérapeutique. On comprend, en effet, combien devra être différente la conduite du médecin, selon qu'il se trouvera en présence d'une congestion vraie, prodrome d'une phlegmasie ou d'une hémorrhagie cérébrale imminente, ou d'une de ces attaques d'épilepsie larvées sous les apparences d'une fausse congestion.

Que de considérations utiles n'y aurait-il pas encore à déduire de tout ce qui a été dit à cette occasion sur les congestions vraies elles-mêmes, presque toujours symptomatiques de quelque affection cachée ou de quelque lésion organique profonde que le médecin ne doit jamais négliger de rechercher ?

Nous exprimerons à notre tour le regret que la discussion se soit arrêtée juste à ce point où la médecine pratique commençait à s'y trouver engagée dans le plus vif de ses intérêts. C'est déjà beaucoup, sans doute, d'avoir formulé un fait nouveau, nouveau du moins pour la grande généralité des médecins, et d'en avoir laissé entrevoir quelques-unes des conséquences pratiques les plus importantes ; mais ce n'est pas assez encore pour diriger dans le choix des moyens appropriés aux nouvelles indications qui viennent d'être posées et pour dissiper les incertitudes dont on est assailli en présence d'aussi formidables accidents.

Nous saisirons cette occasion pour signaler à l'attention de nos lecteurs deux observations que nous a communiquées à ce sujet M. le Dr Bosmorin, de Blanquefort, et que nous publions plus loin. Ces deux observations tendent à prouver, comme on le verra, que la saignée, dont cette discussion semble destinée à restreindre encore davantage l'usage dans le traitement des congestions, n'est peut-être pas toujours contre-indiquée, dans le traitement de l'épilepsie, d'une manière aussi absolue qu'on le professe généralement aujourd'hui. Sans prétendre engager ici la question d'une manière générale, nous pensons que ces deux faits ont tout au moins une valeur individuelle, qui ne doit pas être complétement négligée.

Pour en revenir au résumé qui a mis un terme à cette discussion, M. Trousseau ne s'est pas borné à constater l'accord et la presque unanimité de tous ses collègues, pour admettre avec lui, sauf les quelques réserves que nous avons déjà plusieurs fois indiquées, la nature épileptique de certaines congestions apoplectiformes.

Pénétrant plus avant dans le cœur de son sujet, il a cherché à démontrer qu'il n'y avait pas seulement entre les faits confondus jusqu'alors sous la dénomination générale et vague de congestion cérébrale, et qu'il s'est efforcé de distinguer, des différences symptomatiques, mais bien une différence de modalité pathologique, qui, à défaut de toute notion précise sur les causes et la nature même de ces phénomènes, n'en implique pas moins à cet égard une différence radicale, et suffit pour mettre entre eux un abîme. C'est là la limite la plus extrême où pût pénétrer l'analyse pathologique. M. Trousseau s'y est prudemment arrêté. Nous ferons comme lui. — Dr Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Hérard.

De l'examen ophthalmoscopique comme élément de diagnostic dans certaines affections de l'organisme, et en particulier dans les cas de tumeurs de l'encéphale.

Par M. A. G. de Grandmont, externe des hôpitaux.

Si la découverte d'Helmholtz a rencontré de nombreux admirateurs qui se sont plu à contempler le spectacle si nouveau et si saisissant qu'elle est venue nous dévoiler, elle a trouvé aussi de nombreux détracteurs. Les uns refusaient à l'ophthalmoscope de nous rien faire voir dans l'œil; les autres, en majorité, plus indulgents, lui accordaient de pouvoir sans doute montrer la structure intime de cet organe; mais il ne servirait en tous cas, suivant eux, qu'à rendre plus palpables les lésions qu'on savait déjà diagnostiquer par la seule étude des symptômes.

Depuis cette époque les instruments ont été perfectionnés; les observations se sont répétées; on a appris, en un mot, à voir. L'ophthalmoscope a fait un tel pas dans la science, qu'il occupe aujourd'hui le premier rang en ophthalmologie, et bientôt il fera partie de l'appareil instrumental de la médecine générale.

Les mystères de l'œil dévoilés ouvrent un nouveau champ aux études physiologiques et pathologiques. Dans quel point de l'économie nous est-il donné d'observer mieux que dans la choroïde et la rétine la circulation capillaire? Est-elle anormalement développée, ces deux membranes nous paraissent turgides, les vaisseaux sont gorgés de sang. La circulation en retour est-elle gênée, les veines deviennent variqueuses. Des apoplexies capillaires, autrefois inconnues, nous sont aujourd'hui révélées à l'aide du spéculum de l'œil. L'exsudation suit-elle l'état inflammatoire, on voit apparaître des voiles plus ou moins colorés, qui nous masquent le trajet des vaisseaux. Le pigment est-il altéré, nous assistons à sa résorption ; est-il sécrété en plus grande abondance, nous devenons les spectateurs de sa production nouvelle. La trame choroïdienne vasculaire vient-elle à s'atrophier, il reste une trame cellulaire très-mince, qui nous permet de voir la sclérotique par transparence.

Sans multiplier les exemples, je rappellerai aussi que dans aucune région du corps humain la substance nerveuse ne peut être vue et étudiée comme au fond de l'œil. La nature y est pour ainsi dire prise sur le fait; et si les membranes de l'œil subissent la moindre altération, leur état pathologique nous est immédiatement révélé.

Mais ce n'est pas tout; une des parties les plus importantes de l'économie sous le rapport de la perfection de sa structure, de la multiplicité et de la délicatesse des impressions qu'il nous transmet, l'œil paraît être aussi l'un des organes les plus sensibles aux perturbations de l'économie. L'affection de la rétine, qui coïncide avec l'albuminurie, nous l'a bien prouvé. Cette altération est aujourd'hui si bien connue, elle est toujours si semblable à elle-même, elle a des caractères si tranchés, que la vue seule de la dégénérescence graisseuse de la rétine permet à coup sûr de diagnostiquer la même altération dans les reins.

C'est surtout dans les affections dont le diagnostic, hérissé de difficultés, reste toujours entouré, quelle que soit l'habileté du praticien, d'un certain doute, que l'ophthalmoscope pourrait rendre de précieux services; je veux parler des lésions de l'encéphale.

Les nerfs optiques, par leurs racines, sont intimement liés aux parties qui sont considérées comme les plus importantes du cerveau. Leur trajet est superficiel, leur étendue considérable; il doit en résulter que les affections de la base de l'encéphale s'accompagneront fréquemment de troubles de la vue. C'est là, en effet, un symptôme qui a été noté.

L'amaurose est souvent consécutive aux tumeurs de l'encéphale. J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs cas de ce genre dans les hôpitaux, et comme les phénomènes ophthalmoscopiques ont toujours été identiques, je viens les signaler comme pouvant servir à éclairer le diagnostic dans des lésions semblables.

Obs. Ire. — Il s'agit d'une malade du service de M. le docteur Hérard, à Lariboisière. Elle fut prise, il y a sept ans, après une chute de deux étages sur la nuque, d'accidents nerveux caractérisés par des étourdissements fréquents et par un trouble dans la marche, qui devint incertaine et semblable à celle des gens ivres. A ces phénomènes succède une demi-paralysie du côté gauche, avec diminution de la sensibilité ; des douleurs violentes, surtout à gauche, se font sentir à la nuque ; puis surviennent des vomissements, et les troubles de la vue apparaissent en 1859.

La malade entre dans le service de M. Hérard le 3 avril 1860. Elle a trente-huit ans, elle est petite et maigre. La vue est complétement abolie depuis quinze jours environ. Les pupilles sont dilatées, mais elles conservent encore un certain degré de mobilité.

L'ophthalmoscope fait découvrir une suffusion de la rétine. Les papilles et le trajet des vaisseaux paraissent masqués incomplétement par une exsudation grisâtre d'aspect œdémateux. La malade ne peut marcher seule ; le côté gauche est très-faible. La céphalalgie de la nuque est toujours très-vive, la bouche est déviée à droite. La sensibilité est surtout affaiblie au moment des crises et nulle pendant l'accès, qui est caractérisé par des mouvements convulsifs et par un spasme de la glotte qui amène une inspiration bruyante et saccadée. Une salive écumeuse s'échappe de la bouche.

A ces symptômes viennent bientôt s'ajouter la perte de l'odorat, la paralysie du voile du palais, l'affaiblissement des forces, l'anesthésie de la cornée gauche, l'insensibilité plus ou moins marquée du côté gauche, un peu de surdité, perte de l'appétit, amaigrissement considérable. Enfin la malade succombe le 28 octobre 1860 dans le marasme.

Le diagnostic avait été : *tumeur cérébelleuse*.

Autopsie. — On trouve une tumeur du cervelet située à gauche, à la partie antéro-inférieure. Elle reposait sur le corps du rocher, et refoulait vers la ligne médiane le lobe gauche du cervelet. Le chiasma des nerfs optiques est petit, grisâtre, mollasse ; les nerfs eux-mêmes sont grisâtres, comme infiltrés, transparents, pour ainsi dire aplatis ; les bandelettes sont étroites. La rétine présente un aspect œdématié; elle semble infiltrée dans toute son étendue, mais plus fortement dans certains points autour de la papille. De petits épanchements sanguins multiples sont dispersés dans toute l'étendue de cette membrane.

Ces différentes pièces sont présentées à M. Ch. Robin, qui trouve la tumeur formée de tissu fibreux. Dans les nerfs optiques, les tubes nerveux ont disparu par atrophie ; ils sont remplacés par un tissu composé d'une matière amorphe semblable à celle de la substance grise, et des noyaux dits myélocites que l'on rencontre dans cette même substance de l'encéphale. L'altération remonte à 3 ou 4 millimètres en arrière du chiasma. La rétine doit sa demi-transparence, comme œdémateuse, à l'atrophie des tubes nerveux, tandis que la substance grise est plus épaisse qu'à l'état normal. Les vaisseaux capillaires sont chargés de fines granulations graisseuses. De petits épanchements sanguins sont disséminés çà et là dans la rétine.

Obs. II. — A la même époque, j'eus l'occasion d'observer dans une autopsie une tumeur située exactement de même que celle de l'observation précédente. Elle avait amené comme elle l'amaurose. Les nerfs optiques et le chiasma étaient atrophiés. L'examen microscopique n'a point été fait. On n'avait point examiné la malade à l'ophthalmoscope.

Obs. III. — Des deux cas précédents, je rapprocherai celui d'une jeune fille de dix-neuf ans, du service de M. Hérard. Elle présentait du trouble dans la coordination des mouvements ; elle était prise tout à coup de frayeurs et de crises nerveuses épileptiformes ; elle était sourde et n'avait que la perception de la lumière. L'un des yeux était projeté en avant. Ces phénomènes ne remontaient qu'à huit ou dix mois environ. L'ophthalmoscope a fait voir une rétine recouverte d'une suffusion aussi et plus marquée dans certains points que chez la première malade. Les vaisseaux rétiniens étaient masqués dans une partie de leur trajet, et surtout à la région de la papille, qui ne se distinguait pas.

Ces symptômes que j'ai décrits furent rapportés à une tumeur du cervelet.

La malade sortit au bout de peu de jours de l'hôpital ; je n'en ai point eu de nouvelles.

Obs. IV. — Enfin, je citerai l'examen ophthalmoscopique d'une ma

lade du service de M. Briquet. Cette femme éprouve depuis longtemps des maux de tête très-violents, et depuis six mois environ elle a senti sa vue diminuer progressivement. Il a été diagnostiqué une tumeur de nature syphilitique de l'encéphale.

Les yeux, examinés à l'ophthalmoscope, m'ont présenté l'aspect que j'ai décrit tout à l'heure : suffusion grisâtre, œdémateuse de la rétine, masquant les papilles et le trajet des vaisseaux rétiniens dans une partie de leur étendue.

Ces faits rapprochés et comparés nous conduisent à plusieurs conclusions qui toutes sont fort intéressantes, et dont l'importance sera confirmée probablement plus tard par d'autres observations.

Les tumeurs de l'encéphale (du cervelet en particulier) amènent l'amaurose, en déterminant, probablement par compression, l'atrophie des tubes nerveux. Ceux-ci sont remplacés par la substance grise hypertrophiée de la rétine, altération qui donne à cette membrane l'aspect infiltré et œdémateux.

Cet état a été probablement pris jusqu'ici pour un œdème de la rétine, ou une exsudation superficielle de cette membrane.

Chaque fois donc que l'on rencontrera chez un amaurotique présentant des phénomènes cérébraux une suffusion grisâtre de la rétine masquant plus ou moins la papille ou les vaisseaux dans leur trajet, on pourra conclure à l'existence de l'altération des tubes nerveux que nous avons décrite plus haut, amenée par une tumeur de l'encéphale.

HOPITAL DE MARENGO (Algérie). — M. Garny.

Plaies de l'arcade palmaire superficielle. — Hémorrhagie abondante. — Deux cas de guérison ; l'un par la compression permanente, l'autre par la ligature de la brachiale.

Dans les cas de plaie de l'arcade palmaire superficielle, il n'est pas toujours facile de lier les deux bouts du vaisseau artériel ; et quand on a eu le bonheur d'y porter un fil, on ne doit point s'endormir dans une fausse sécurité. Quatre jours, cinq jours se passent, l'hémorrhagie a complétement cessé pendant tout ce temps ; mais tout à coup elle reparaît avec une nouvelle intensité, et alors rien n'y fait : hémostatiques, compression, tous ces moyens peuvent bien suspendre l'hémorrhagie pour quelques heures, mais elle se reproduit bien vite. Si la plaie, ayant une direction oblique, a intéressé les branches descendantes de l'arcade palmaire superficielle, communiquant aux branches descendantes de l'arcade palmaire profonde, une voie nouvelle est ouverte à l'hémorrhagie : alors on n'a plus de ressource que dans la ligature de la cubitale et de la radiale au-dessus du poignet, et encore ce moyen n'est-il pas toujours suffisant, et est-on obligé de recourir à la ligature de la brachiale, car il peut se faire qu'il se présente un cas où l'artère inter-osseuse naissant directement de la brachiale, ce qui, du reste, est assez fréquent, la ligature des deux troncs artériels de l'avant-bras n'empêchera donc point d'une manière inévitable le bout inférieur de donner du sang.

Dans le courant du mois de septembre dernier, deux exemples de plaies de l'arcade palmaire superficielle, l'une de la main droite, et l'autre de la main gauche, se sont offerts dans ma clientèle de la colonie de Marengo (Algérie).

Obs. I. — Le 5 septembre, J, C... étant à table, dans un mouvement d'humeur, frappe violemment un verre en cristal qu'il fait voler en éclats, et se fait une profonde blessure dans l'éminence hypothénar de la main droite. Le sang artériel jaillit aussitôt, et à mon arrivée, quelques heures après l'accident, le blessé a perdu au moins la valeur de deux litres de sang. Je reconnais aisément une plaie de l'arcade superficielle, et sur-le-champ, pour rassurer le malade, je me contente d'arrêter l'hémorrhagie en comprimant au-dessus du poignet. Pendant quatre heures il supporta assez patiemment cette compression faite à l'aide du tourniquet ; mais au bout de ce temps elle lui devint insupportable, et c'est alors que je me décidai à lui lier les deux bouts du vaisseau, que je ne saisis qu'avec la plus grande difficulté, au milieu des tissus adipeux de l'éminence hypothénar. Aidé de deux confrères qui se trouvaient par hasard chez moi, je parvins à porter un fil sur les deux bouts de l'artère ; je lâchai la compression en abandonnant la main pendant dix minutes, et l'hémorrhagie cessa complétement.

Cependant, redoutant l'humeur indocile de mon malade ; et n'étant point complétement satisfait de la solidité de mes ligatures, par précaution je coupe un bouchon de liége en deux dans le sens de sa longueur, et j'applique l'un des segments obliquement au-dessus de la plaie, en le maintenant avec un bandage médiocrement compressif.

Cinq jours se passent et pas une goutte de sang ne macule l'appareil ; la plaie donne seulement un peu d'odeur, et ce n'est qu'en cédant aux pressantes sollicitations du blessé que je changeai le bandage. La plaie n'a donné que peu de suppuration, un point de cicatrisation se fait voir vers le milieu, et il ne me reste plus aucun doute sur une prompte guérison.

Je remets exactement le même appareil compressif en recommandant au blessé un repos absolu. Malgré mes conseils, le jour même il fait une longue promenade à pied, rend des visites, boit et mange comme un homme en parfaite santé, lit jusqu'à quatre heures du matin, change de chemise, et jette brusquement de la main blessée le linge dont il veut se débarrasser. A son réveil, à huit heures du matin, il a perdu une quantité considérable de sang. Les fils des ligatures, sous l'influence de cet effort violent, se sont détachés, et je les retrouve dans les caillots de sang. Je rapproche la plaie avec trois points de suture, et j'exerce de nouveau une compression avec une plaque de liége ; l'hémorrhagie s'arrête et se reproduit de nouveau quelques heures après.

Les sutures sont enlevées, et je propose au malade de lui lier la radiale et la cubitale au-dessus du poignet ; il me supplie de tenter encore une fois la compression ; le tourniquet dans cet endroit se déplace trop facilement, les plaques de liége trop dures excorient la peau ; je recours alors à d'autres moyens : un large disque d'amadou recouvre entièrement la paume de la main ; un carré de caoutchouc est appliqué transversalement au-dessus de la plaie ; puis, par-dessus un segment de bouchon, une compresse longuette maintient en place toutes les pièces de cet appareil. Chaque doigt est enveloppé séparément d'un bandage roulé, ainsi que la main tout entière. L'hémorrhagie reparaît encore, et cette fois, sans toucher à l'appareil, je coupe en deux plusieurs petites balles élastiques de différents diamètres, et dans l'une des sections superposées comme des cornets à oublies, j'introduis une balle d'un diamètre plus petit, et à l'aide de rubans de fil entre-croisés, j'exerce une compression suffisante que l'on peut augmenter ou diminuer à volonté ; la main est tenue immobile dans l'élévation. L'hémorrhagie ne reparaît plus. Au bout de dix jours je lève l'appareil, en me gardant bien de toucher à l'amadou qui adhère fortement à la plaie ; toutes les pièces de l'appareil sont replacées dans le même ordre, en maintenant attentivement la compression et ne pansant la plaie que tous les cinq jours.

Le 28 septembre, il y a une cicatrisation complète de la plaie ; le malade a repris ses occupations ordinaires, malgré un peu de roideur dans la main, qui est légèrement amaigrie. Souvent il a la sensation d'un écoulement de sang dans la paume de la main, sensation analogue à celle qu'éprouvent ceux qui se plaignent de la douleur que leur cause un membre qu'ils n'ont plus depuis plusieurs années.

Obs. II. — Dans une fête de village, C..., âgé de vingt ans, ouvrier charron, ayant eu une rixe avec des jeunes gens, fut renversé violemment sur un tesson de bouteille, qui lui fit une large entaille dans l'éminence hypothénar de la main gauche, et lui coupa l'arcade palmaire superficielle. Après avoir perdu une grande quantité de sang, il vint me trouver à deux heures du matin. Instruit par l'exemple précédent, je fis une compression bien méthodique, et me promis de ne lever l'appareil que le plus tard possible. Pas une goutte de sang n'apparut pendant six jours ; mais au bout de ce temps, l'hémorrhagie apparaît successivement à plusieurs reprises ; ni la compression par-dessus la plaie comme je l'avais faite dans le cas cité plus haut, ni la compression dans la plaie, ni le perchlorure de fer, ne peuvent arrêter l'écoulement du sang. Je lie la cubitale au-dessus du poignet, et je comprime fortement la radiale à sa partie inférieure.

L'hémorrhagie reparaît plus forte pendant la nuit qui suit l'opération, et à ma visite du matin, 2 octobre, je lie la brachiale dans le milieu du bras ; n'ayant aucun aide à qui je puisse confier le chloroforme, je n'endormis point le blessé, qui supporta l'opération sans pousser une plainte et avec un courage dont j'ai rarement vu d'exemple.

Le jour de l'opération, bouillon et limonade.

Le 3, fièvre violente. — Bouillon, limonade citrique ; quinine, 8 décigrammes.

Le 4, mêmes symptômes et même régime.

Le 5, la fièvre est totalement tombée. Les plaies sont pansées tous les deux jours.

Le 15, la plaie de la main est complétement cicatrisée ; les plaies des ligatures se remplissent de bourgeons charnus.

Le 25, le malade est complétement guéri ; la circulation s'est rétablie par les collatérales ; la main conserve un peu de roideur ; le blessé exerce son bras au travail.

SUR LA SAIGNÉE DANS L'ÉPILEPSIE.

Par M. le docteur Bosmorin, de Blanquefort (Gironde).

Dans son premier discours à l'Académie de médecine, M. Trousseau affirme que déjà en 1845 il avait renoncé aux saignées dans l'apoplexie. Sa conduite auprès de son ami et du vieillard son voisin, atteste qu'il n'ouvre pas la veine dans *un coup de sang*, *dans une congestion cérébrale*, *dans les vertiges*, manifestations morbides qu'il considère en général comme des attaques d'épilepsie. Malgré *l'autorité du maître* en pareille circonstance, je me garderais bien d'imiter le traitement qu'a institué pour ses deux malades cet éminent professeur. Au contraire j'aurais, dans cette occasion, pratiqué une saignée du bras, souvent utile et toujours inoffensive, comme me l'enseigne ma pratique. Voici mes raisons :

Obs. I. — Marie F..., douée d'un tempérament nerveux, sanguin, est née d'un père épileptique, issu lui-même de parents épileptiques (deux membres de cette famille se sont pendus à la suite d'attaques de *mal sacré*). Cette enfant a eu dans sa première enfance *des convulsions ; elle était sujette aux vers.*

A l'âge de huit ans de véritables attaques d'épilepsie se déclarent chez elle très-fréquentes, et surviennent de préférence durant le jour. Pendant les récréations, au milieu de ses jeux, l'enfant pousse un cri, tombe sans connaissance, puis elle éprouve tous les symptômes formidables d'une grande attaque de mal caduc. Plusieurs fois je suis mandé en toute hâte auprès de cette enfant. La mère tout éplorée me raconte que sa fille vient d'avoir *un coup de sang, une congestion cérébrale, des convulsions, etc.*

Je connais les conditions fatales d'hérédité où se trouve la jeune malade : une année durant, j'épuise sans résultat les traitements préconisés contre l'épilepsie. Les crises reviennent toujours fréquentes. J'avais lu quelque part qu'une saignée du bras faite au début et pendant une attaque d'épilepsie avait été couronnée de guérison. Je me décide, de guerre lasse, à chercher l'occasion d'appliquer ce remède. Je m'arme donc de patience, me mets en vedette autour de l'enfant, comme à l'affût d'une attaque.

Enfin, le 25 novembre 1845, au milieu de ses jeux, la jeune Marie pousse un cri, tombe à mes pieds sans connaissance ; vite je lui pratique une saignée du bras au milieu de convulsions, de grimaces affreuses, de l'écume sanguinolente, des ronflements et de la stupeur. Je laisse couler la veine assez longtemps (huit onces de sang).

L'enfant est transportée chez elle. Les suites de la crise sont peut-être moins longues que d'habitude. Enfin, après quatre mois d'une surveillance active, n'ayant éprouvé dans ce laps de temps aucune attaque de *petit* ni de *grand mal*, la jeune Marie est rendue à son école, à ses compagnes et à ses jeux. Depuis, la guérison s'est maintenue. Marie F... a grandi, s'est développée et est allée dans le monde. Elle s'est mariée, est devenue mère ; puis, devenue veuve, elle a convolé à de secondes noces ; elle est redevenue mère sans éprouver jamais aucun accident de son ancienne affection. Aujourd'hui, Marie F..., jouit de la plus florissante santé.

Obs. II. — Chéri F..., frère puîné de Marie F..., est doué d'un tempérament lymphatique, d'une constitution grêle et très-maladive. A l'âge de douze ans, les mêmes phénomènes épileptiques remarqués chez sa sœur éclatent chez cet enfant. Sans lui faire subir aucun traitement préalable, je me décide à le saigner d'emblée au début, et pendant une attaque. L'occasion ne se fait pas longtemps attendre. Le 20 août 1849, au milieu de la cour de l'école, j'ouvre la veine à ce garçon tombé à terre sans connaissance, et dans les plus grandes convulsions ; je laisse largement couler le sang (10 onces).

Le 4 septembre, une légère attaque a lieu ; je rouvre la veine ; cette fois, je ne tire que quatre onces de sang, vu l'état anémique de l'enfant.

A partir de ce jour, Chéri F... n'a plus connu aucune crise. Peu à peu sa constitution s'est fortifiée ; il a grandi, appris un état. Devenu jeune homme, il a mené une existence semée de toute sorte d'excès, sans jamais éprouver de nouvelles attaques d'épilepsie. Sa vie s'est éteinte à l'âge de vingt-cinq ans, dans une consomption pulmonaire.

SUR LE DÉVELOPPEMENT DES OS EN LONGUEUR.

Par M. Flourens.

(Extrait d'une note lue à l'Académie des sciences.)

Après avoir rappelé, à l'occasion d'une communication récente de M. Ollier sur ce sujet, les faits exposés dans le mémoire qu'il a lu le 7 novembre 1842 pour démontrer que les os ne s'allongent que par leurs extrémités et par couches terminales et juxtaposées, M. Flourens s'est exprimé en ces termes :

« On remarquera que toutes ces expériences avaient été faites sur des *tibias*. Aussi en concluais-je que dans toutes « l'os s'était un peu » plus accru par en haut que par en bas. »

» Un expérimentateur très-habile, M. Ollier, vient de répéter mes expériences et les a trouvées de tout point exactes.

» Il en a de plus ajouté une. Il a fait sur chacun des os des deux membres ce que je n'avais fait que sur l'un d'eux, et il a trouvé que chacun de ces os avait son *surplus d'accroissement* distinct, les uns s'accroissant plus par en haut et les autres plus par en bas.

» Cette différence de crue, soit dans l'une, soit dans l'autre des deux extrémités, marque dans chaque os celle des deux qui sera la plus prompte ou la plus lente à terminer son accroissement, et se lie ainsi à une cause très-générale, très-élevée, et dont j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'entretenir l'Académie : je veux parler du rôle que jouent les épiphyses dans l'accroissement des os en longueur. Tant que l'os n'est point soudé avec ses épiphyses, il croît ; une fois la soudure faite, il ne croît plus.

» Or cette soudure a son époque marquée non-seulement pour chaque os, mais pour chaque bout, pour chaque extrémité de chaque os.

» Tous ceux qui se sont occupés d'anatomie humaine savent, et savent depuis longtemps, que sur le fémur c'est la soudure supérieure qui se fait la première, que sur l'humérus c'est au contraire l'inférieure ; que sur le radius et le cubitus c'est la supérieure, et que sur le tibia et le péroné c'est au contraire l'inférieure.

» Je renvoie sur tous ces points à l'ouvrage de M. Cruveilhier, ouvrage fondamental en anatomie humaine.

» Or le fait observé sur l'homme n'est pas un fait particulier, c'est un fait général. Je l'ai vérifié sur les singes, sur le lapin, sur le porc, sur le chien, sur le chacal, sur le cochon d'Inde, sur le cheval, sur l'âne, sur le bœuf, sur l'éléphant, sur le buffle, sur la girafe, sur l'élan, sur l'ours, la loutre, le chat, le chati, le tigre, la genette, l'agouti, le phoque, le phascolome, etc.

» Chaque os, chaque extrémité d'os ont donc leur époque marquée de soudure et de fin de crue. On conçoit dès lors très-facilement les faits d'ailleurs si bien observés par M. Ollier. Le tibia a dû croître plus par en haut que par en bas, puisque son extrémité inférieure est la première qui se soude, c'est-à-dire qui cesse de croître. Le fémur a dû croître au contraire plus par en bas que par en haut, puisque c'est son extrémité supérieure qui se soude la première, et ainsi de tous les autres os : chacun a moins crû par celle de ses extrémités qui se soude la première et plus par celle qui se soude la dernière.

» Mais je ne me suis pas arrêté là. J'ai voulu suivre par des expériences directes les rapports des os avec leurs épiphyses.

» Pour cela, j'ai mis deux clous, l'un sur le corps de l'os, sur la diaphyse, et l'autre sur l'épiphyse. Les clous que tout à l'heure je mettais sur le corps de l'os ne bougeaient pas, ne s'écartaient pas. Ceux-ci, au contraire, s'écartaient et s'éloignaient sans cesse l'un de l'autre tant que la soudure de l'os avec l'épiphyse n'était pas faite, et la soudure faite ils ne s'écartaient plus. »

MOYENS PROPRES A PRÉVENIR LA FORMATION DE CICATRICES difformes sur la face dans la variole confluente.

Il résulte des travaux de M. Stokes, de Dublin, que les chances de cicatrices difformes sont plus grandes dans les formes sthénique ou inflammatoire, que dans les formes asthénique ou typhoïde de la variole confluente.

Dans les formes typhoïdes, l'emploi d'un enduit artificiel à la surface de la peau, solution de gutta-percha, glycérine, rend souvent de bons services.

Dans les formes plus actives ou non typhoïdes, l'emploi extérieur des cataplasmes, ou de tous autres moyens propres à diminuer l'inflammation locale, semble le meilleur mode de prévenir les cicatrices difformes du visage.

Lorsqu'on emploie les préparations mercurielles, il faut faire bien moins honneur des résultats favorables à une action spécifique du mercure qu'à l'influence de la compression exercée sur le système vasculaire de la partie, à la soustraction de celle-ci à l'action de l'air et à l'abondance de la perspiration cutanée entretenue au-dessous de l'emplâtre.

Le rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique* ne partage pas cette opinion, et nous nous associons complétement à sa manière de voir. Voici ce que dit M. Debout :

Une expérimentation de plus de vingt années ne nous permet pas de partager l'avis de notre savant correspondant. Il suffira à notre confrère de Dublin, pour acquérir la conviction de l'action abortive du mercure, d'appliquer, sur l'un des avant-bras d'un malade affecté de variole, une couche de collodion mercuriel de même étendue. La différence des résultats qu'il observera ne tardera pas à lui faire modifier son opinion à l'égard de l'action spécifique du mercure. Pour obtenir tous les effets de cette action, il faut que la préparation contienne une certaine quantité du médicament. La formule suivante est celle qui nous a fourni les meilleurs résultats :

Collodion élastique.	30 grammes.
Bichlorure de mercure.	50 centigrammes.

C'est pour avoir employé de trop petites quantités de sel mercuriel que plusieurs expérimentateurs ont pu, à l'exemple de M. Stokes, nier l'action abortive des préparations hydrargyriques. Ce topique est d'une application beaucoup plus facile et fournit des résultats aussi satisfaisants que l'emplâtre de *Vigo cum mercurio*, qui jusqu'à présent a été le moyen sur lequel on a dû le plus légitimement compter.

TRAITEMENT DE L'ALBUMINURIE.

M. Corfe publie deux plans de traitement qui lui ont réussi, et dont chacun s'applique plus particulièrement à une période déterminée de la maladie en question.

Si l'albuminurie est récente, si le malade en est à sa première attaque, s'il avait eu jusque-là des habitudes tempérantes et une bonne santé, l'auteur conseille de pratiquer une petite saignée, et deux heures après d'administrer en trois doses, d'heure en heure, 15 grammes d'une infusion récente de digitale. Après un intervalle de vingt-quatre à trente-six heures, on répète la même dose, répétition qui peut avoir lieu trois et quatre fois. L'ingestion de chaque infusion doit être suivie de celle de boissons nitrées en abondance.

Si la maladie n'a pas cédé, que l'hydropisie augmente, que le dépôt albumineux devienne plus abondant, au lieu de s'exposer, comme on le fait généralement, à congestionner les reins déjà à demi enflammés par l'usage des diurétiques salins, M. Corfe emploie l'élatérium, secondé par une application quotidienne de ventouses scarifiées sur la région lombaire, et une sudation le soir. La forme sous laquelle il donne le purgatif est celle-ci :

Extrait récent d'élatérium (concombre sauvage).	25 milligr.
Piment en poudre.	10 centigr.
Gomme gutte	15 —
Extrait mou de jalap	20 —

Pour faire deux pilules.

On donne une de ces pilules à six heures du matin, une seconde à huit; et s'il n'y a pas eu un effet purgatif considérable, on en fait prendre une troisième à neuf heures.

Les vomissements et les évacuations qui résultent de cette médication, éprouvent beaucoup et alarment même d'abord le malade; mais il est amplement dédommagé de sa souffrance et de ses angoisses par la prompte diminution des symptômes. C'est au point que très-souvent il redemande instamment qu'on réitère ce traitement avant l'époque où le médecin juge convenable d'y recourir de nouveau.

Le régime devra être réparateur, animalisé. On prescrira, en même temps, des reconstituants tels que le fer, soit sous forme de sirop d'iodure, soit, et de préférence, mélangé à des boissons gazeuses. L'huile de foie de morue est aussi parfaitement indiquée. (*The Lancet.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 février 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements du Finistère, de l'Allier et du Jura;

2° Les rapports de MM. les docteurs Bolut (d'Antorpe), Gevrey (de Vesoul), Ragaine (de Mortagne), sur diverses épidémies (commission des épidémies);

3° Les rapports de MM. les docteurs Lhéritier et Delacroix, médecins inspecteurs des eaux de Plombières, et de M. Dimbarre, médecin inspecteur des eaux de Cautcrets, pour l'année 1859 (commission des eaux minérales);

4° L'ampliation d'un arrêté ministériel qui accorde l'application du décret du 3 mai 1850 à la formule de la poudre au sulfure de calcium pour eau sulfureuse artificielle, de M. Marcelin Pouillet.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Uno lettre de M. J. Cloquet, qui fait hommage à la Bibliothèque : I De l'ouvrage de Tiedemann sur les artères; II du *Sepulcretum anatomicum* de Bonnet;

2° Une note sur la vaccine par M. le docteur Ricou, de Valréas (commission de vaccine);

3° Une note intitulée : *Du mode de transmission des courants voltaïques et des courants d'induction à travers l'eau, et de leur action physiologique sur le poisson et la grenouille*, par M. le docteur Nivelet, de Commercy (commissaire, M. Gavarret);

4° Une note sur le moyen de conserver longtemps le vaccin, par M. le docteur Prosper Hullin, de Mortagne (commission de vaccine);

5° Une lettre sur les applications cliniques du pessaire dit élythroïde, par M. le docteur Cliet (voir la correspondance). [Commissaires, MM. Depaul et Huguier.]

6° Un pli cacheté relatif à la pathogénie et à la thérapeutique de certaines affections du foie, par M. le docteur Nérat. Le dépôt est accepté.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les congestions apoplectiformes.

La parole est à M. Trousseau pour résumer la discussion.

Discussion sur les congestions cérébrales apoplectiformes.

M. TROUSSEAU. Le terrain que j'ai choisi est assez glissant et mes adversaires assez redoutables pour que je doive tenir à ne pas me laisser placer dans une position moins favorable encore. Les uns m'ont attiré sur le terrain de la philologie, et j'avoue que les mots nouveaux ont pour moi si peu d'attrait que j'ai abandonné sans peine ceux que j'avais eu le malheur de commettre. D'autres ont voulu me pousser dans les hautes régions de la philosophie médicale, et je confesserai sans rougir mon peu d'aptitude à ces luttes si brillantes. J'aime le terre à terre de la médecine pratique, et je demande grâce pour la vulgarité de la défense. Je veux ramener la question au point où je l'avais placée, et c'est dans cette position que je veux confiner l'attaque et la défense.

Que suis-je venu lire à l'Académie? J'ai parlé des phénomènes apoplectiques transitoires, qui, prenant un homme au milieu de la plus florissante santé, le laissent peu après dans le même état où ils l'avaient surpris. J'ai voulu montrer que ces phénomènes étaient d'un autre ordre que ceux que l'on désigne habituellement sous les noms de congestions, d'hémorrhagies cérébrales, d'apoplexies, etc. Ici tout n'est pas fini après l'accès. Il en est de même à la suite des congestions qui surviennent chez les sujets atteints de paralysie générale; ceux-ci ne sont jamais après l'accès dans l'état où ils étaient immédiatement avant. Or, dans ces termes, je maintiens que nous sommes tous d'accord. Si j'étais resté sur ce terrain, on ne m'y aurait probablement pas attaqué. Si j'ai trouvé des contradicteurs, c'est que dans le cours de mon travail j'ai attribué à l'éclampsie quelques-uns des caractères de la congestion apoplectiforme... On m'a querellé aussi sur le sens du mot apoplexie. Je l'ai pris dans le sens général des auteurs. (Ici M. Trousseau lit un passage de Boerhaave, qui vient à l'appui de son interprétation.) C'est dans le sens de la définition de Boerhaave, continue-t-il, que j'ai parlé des accidents apoplectiformes, abstraction faite de leur cause.

Dans ma pensée, l'épilepsie et l'éclampsie sont deux névroses identiques dans leur expression phénoménale et dans leur cause prochaine. J'ai déjà établi que l'attaque éclamptique ne différait en rien de l'attaque épileptique, et jamais un médecin ne distinguera la convulsion d'une femme enceinte épileptique depuis longtemps, de la convulsion d'une femme qui est prise d'éclampsie au début du travail. Voilà pour l'expression phénoménale. Quant à la cause prochaine, je la crois encore identique dans les deux cas. Lorsque l'épilepsie se manifeste par accès mensuels chez un individu qui a un tubercule cérébral, il n'y a pas du côté du cerveau et de la moelle épinière d'autre lésion appréciable que celle qui existe dans le mal caduc indépendant de toute lésion. Si l'autopsie est faite, et si nous trouvons un tubercule, un cancer, une tumeur osseuse, le reste de l'encéphale pourra ne présenter rien autre chose que l'état de turgescence vasculaire que l'on trouve dans le cadavre d'un véritable épileptique mort en *état de mal*, pour me servir de l'expression généralement adoptée. Que devons-nous en conclure? C'est que si la tumeur cérébrale est la cause des phénomènes convulsifs, elle n'en est pas la cause prochaine et immédiate; cette cause prochaine nous échappe et nous échappera probablement toujours.

L'éclampsie survenant chez un enfant qui fait des dents ou qui a des vers, l'éclampsie éclatant chez un enfant atteint d'anasarque scarlatine, ne diffère en rien quant à la forme convulsive de l'attaque épileptique, ce qui n'empêche pas que ces maladies ne soient profondément différentes par leur nature. Ce que je veux dire, c'est que la modalité moléculaire de l'encéphale et de la moelle est probablement la même dans les deux cas.

Quand nous voyons un individu rester pendant vingt ans avec des attaques presque périodiques, sans avoir d'ailleurs de phénomènes d'aliénation mentale ou de paralysie générale, nous disons qu'il a une *épilepsie* franche.

Si entre ces attaques il a de l'hémiplégie, des douleurs de tête violentes ou des douleurs exclusivement nocturnes, nous supposons qu'il a une *épilepsie symptomatique* d'une tumeur cérébrale ou d'une vérole à accidents tertiaires.

S'il s'agit d'une femme enceinte albuminurique ou d'un individu ayant une anasarque scarlatineuse, ou d'un homme empoisonné par le plomb, nous disons qu'il y a *éclampsie*.

S'il s'agit d'un enfant au début d'une pyrexie exanthémateuse, de la variole, par exemple, nous disons encore qu'il y a *éclampsie*.

Mais si cet enfant prend des convulsions à la fin d'une encéphaloméningite (fièvre cérébrale), nous disons qu'il y a une *éclampsie*.

Si la convulsion épileptiforme a lieu chez un individu dont nous ouvrons la veine, chez un animal que nous faisons mourir d'hémorrhagie, nous disons encore qu'il y a *éclampsie*.

Si, comme dans l'expérience si curieuse de M. Brown-Séquard, un animal a une attaque convulsive épileptiforme sous l'influence de certaines excitations extérieures, nous disons encore qu'il y a *éclampsie*.

Qu'est-ce donc que l'éclampsie relativement à l'épilepsie, et réciproquement? En ne tenant compte que de la *forme convulsive*, l'épilepsie *symptomatique* ou *essentielle* n'est que de l'*éclampsie à retours*, et l'éclampsie n'est que l'épilepsie accidentelle et transitoire.

Pour être conséquent, il faut donc accepter que toutes les convulsions épileptiformes sont, bien que tenant à des causes éloignées très-diverses, sont, dis-je, suivant toute apparence, l'expression de la même modalité intime.

Si nous nous plaçons à ce point de vue, nous comprendrons mieux les relations de l'éclampsie et de l'épilepsie avec ce que l'on est convenu d'appeler la congestion cérébrale apoplectiforme.

Au moment de la période tonique de la convulsion épileptiforme, la glotte se ferme et il se fait un effort suprême pendant lequel le visage, les vaisseaux du cou et nécessairement les vaisseaux de l'encéphale deviennent turgescents. On peut donc considérer ici la congestion comme passive et secondaire.

Mais la profonde hébétude qui succède à une attaque d'éclampsie ou d'épilepsie n'est-elle que l'effet de cette congestion passive? J'avoue que je ne le crois pas; car la perte de connaissance subite qui signale le début de l'épilepsie, perte de connaissance accompagnée dès l'abord d'une pâleur mortelle, est le signe d'une modification si profonde dans les fonctions du cerveau et probablement dans sa texture intime, que la stupeur consécutive à l'attaque est plus probablement la suite de cette modification que celle de la congestion passive secondaire.

D'où résulte que ce que nous appelons la *congestion cérébrale apoplectiforme*, pourrait bien n'être rien autre chose qu'un état analogue à la stupeur apoplectique, qui succède à une grande commotion du cerveau, stupeur apoplectique certainement étrangère à la congestion.

L'éclampsie des femmes enceintes n'éclate pas au moment où la femme se livre à de violents efforts capables de congestionner le cerveau; elle se manifeste avant tout travail quelquefois, le plus souvent quand à peine l'utérus a éprouvé ces légères contractions qui n'éveillent pas l'attention de la malade.

Les enfants, au milieu d'accès répétés de coqueluche, arrivent à un tel état de congestion que le sang jaillit de leur nez, que le visage reste bouffi, et que dans quelques cas il se fait des ecchymoses sous les conjonctives. On ne doute pas que le cerveau ne participe à cette congestion. Après l'accès, il reste un instant comme hébété; mais comparera-t-on cela au coup de tonnerre d'une attaque épileptique et au phénomène apoplectique qui va suivre?

Il y a donc là autre chose que de la congestion; il y a le *coup*, l'*ictus*; il y a la modalité dont parlait M. Falret, modalité inappréciable par le scalpel.

Est-ce que je nie cependant une espèce de fluxion, de congestion telle que celle de la jeune fille qui rougit de pudeur, par exemple, et tant d'autres que je pourrais citer? Mais dans ces cas il n'y a pas de chute.

Un enfant est atteint de fièvre cérébrale; il a sans doute de la stupeur, mais cette stupeur existe dans des limites assez étroites; qu'il survienne une attaque d'éclampsie; et en une minute, d'une stupeur peu notable l'enfant tombe dans l'état apoplectique. Ce que je viens de dire d'une encéphalo-méningite aiguë des enfants, je le dis de la paralysie générale des aliénés, qui n'est, en fin de compte, que le symptôme d'une encéphalo-méningite chronique. Ce malade, à cela près des idées délirantes qui l'occupent, à cela près d'une certaine incertitude dans le langage et dans la marche, serait d'une bonne santé apparente. Il prend une attaque épileptiforme, et à l'instant il est foudroyé. Pour ce malade, pas plus que pour l'enfant dont je viens de parler, la phlegmasie encéphalo-méningée n'est la cause prochaine de l'attaque convulsive et apoplectique; mais je suis en droit de dire que si cette phlegmasie est la cause éloignée de la convulsion éclamptique, la modalité cérébrale, la modification moléculaire intime qui produit l'attaque, est la cause des phénomènes apoplectiques.

Pour MM. Falret, Baillarger, Moreau, Girard de Cailleux, les convulsions précédant l'attaque apoplectiforme seraient fort rares chez les paralysés. Mais d'après les renseignements qui m'ont été fournis par MM. Foville, Blanche et Calmeil, ces convulsions auraient été constatées dans tous les cas où l'on a pu être témoin de l'attaque. M. Calmeil déclare avoir observé les convulsions dans les trois quarts des cas, sans rien affirmer à l'égard des autres cas qu'il n'a pu observer au début. Si d'autres médecins aliénistes sont d'un avis différent, cela tient sans doute à ce que la durée de la période convulsive est extrêmement courte, et que ces phénomènes ont dû échapper le plus souvent à l'attention des surveillants.

Quant aux médecins de la ville, on sait qu'ils ont rarement l'occasion de voir des cas de paralysie générale.

Cela réduit donc beaucoup le nombre des cas d'accidents congestifs sans phénomènes convulsifs qui peuvent se présenter dans la pratique ordinaire. Ne soyez donc pas surpris de m'entendre déclarer que depuis quinze ans je n'en ai pas rencontré.

M. Trousseau termine en répondant à l'argumentation de M. Girard de Cailleux; il proteste contre l'assimilation que M. Girard fait entre les phénomènes qui suivent l'attaque d'épilepsie et ceux qui sont l'effet d'une ingestion de poison; et il s'élève à cette occasion contre la théorie qui attribue le sommeil à une congestion physiologique.

Personne ne demandant la parole après M. Trousseau, la discussion est déclarée close.

— La séance est levée avant cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 6 décembre 1860. — Présidence de M. Duhamel, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. MATTEI fait hommage à la Société d'un travail intitulé *De plusieurs points d'obstétrique où les faits n'étant pas en harmonie avec les principes généralement reçus, demandent de nouvelles études*. (Remerciments.)

RAPPORT.

M. A. LEGRAND lit sur la candidature de M. Bouchut un rapport fort long et fort détaillé dans lequel il examine les travaux du candidat, et en particulier son mémoire sur le *nervosisme* présenté par l'auteur à l'appui de sa demande.

Sur les conclusions favorables, on procède au scrutin, et M. Bouchut est élu membre titulaire.

De la valeur de la coagulation du sang dans les épanchements sanguins chez les nouveau-nés au point de vue médico-légal. — Le docteur ANCELET (de Vailly-sur-Aisne) a adressé à la Société, en lui demandant le titre de membre correspondant, plusieurs mémoires imprimés, et le travail manuscrit suivant (voir la *Gazette des Hôpitaux* du 22 janvier) :

M. Mattei, chargé du rapport, fait remarquer que la bosse séro-sanguine se forme sur l'enfant qui naît dans l'état de mort comme chez celui qui vient au monde vivant. Il n'y a alors que la nature du liquide qui varie. Mais ici encore une erreur est possible. Dès que l'enfant est mort, les liquides organiques, et surtout les globules sanguins, gagnent les parties déclives. Chez l'enfant, par conséquent, dont la tête était en bas pendant la grossesse, le cuir chevelu sera le

point où le sang se ramassera *post mortem*, et la tête, se présentant la première au moment de la naissance, pourra offrir une bosse sanguine assez volumineuse pour simuler le résultat d'une contusion. Un caractère peut mettre sur la voie du diagnostic. On peut chercher à savoir, en examinant par transparence, si les pariétaux sont infiltrés sur le point correspondant à la bosse sanguine. Cette infiltration n'a pas lieu si l'enfant vivait au moment du travail.

Les conclusions du rapport étant favorables, l'admission de M. Ancelet comme membre correspondant est prononcée au scrutin.

Emploi des feuilles de frêne contre la gravelle. — M. GAUCHER. Notre honorable confrère M. Mallez demandait dans la dernière séance si quelqu'un des membres de la Société avait connaissance que l'on eût employé les feuilles de frêne contre la gravelle. J'ai fait sur ce sujet quelques recherches bibliographiques que je vais exposer en peu de mots.

Usage et abus d'abord, indifférence et oubli ensuite, telles sont les phases de l'histoire d'une foule d'agents thérapeutiques ; c'est aussi celle des feuilles de frêne.

Il y a plusieurs espèces de frêne ; les feuilles du *fraxinus excelsior* étaient fort en usage, au dire de Césalpin, parmi les médecins de son époque, qui leur accordaient une vertu apéritive, diurétique et sudorifique, et s'en servaient comme succédané du gayac avec beaucoup de succès, surtout dans les maladies des voies urinaires. Elles étaient employées par Tragus, soit sous forme de décoction, soit sous forme d'eaux distillées, pour guérir la *jaunisse* et le *calcul*. Outre les feuilles, les médecins du siècle dernier employaient les graines. Le docteur Robinson leur reconnaissait une efficacité remarquable dans la pierre. Glauber leur attribuait au *souverain degré* la vertu de broyer la pierre dans les reins et dans la vessie ; telle était aussi l'opinion du docteur Bowles. Or, on ne saurait admettre que le principe actif contenu dans les graines ne puisse se trouver également dans les feuilles, surtout si l'on a le soin de récolter ces dernières avant la maturité de la graine.

Mais les feuilles présentées par M. Mallez à la Société paraissent appartenir à une autre espèce, au *fraxinus folio rotundiore*. Elle croît en abondance dans la Sicile et la Calabre, et fournit une grande quantité d'un suc que l'on extrait de son tronc, de ses branches, et que l'on trouve aussi dans ses feuilles en quantité notable. Ce suc, vous le connaissez tous, il n'est autre que la manne. Vous comprenez maintenant pourquoi, ayant ce produit, les médecins anglais du siècle dernier se soient peu préoccupés de prescrire les feuilles, beaucoup plus difficiles à récolter et à transporter. Tous, Sydenham à leur tête, qui l'a expérimentée sur lui-même, accordaient une grande confiance à la manne dans la gravelle, les calculs et les différentes affections de la vessie.

Que lui est-il resté de tous ces éloges ? L'oubli.

Le professeur Trousseau, dans sa *Thérapeutique*, la met au rang des purgatifs laxatifs et lui reproche d'occasionner des flatulences ; c'est ce qu'avaient observé aussi les médecins anglais, mais ils avaient trouvé moyen de remédier à cet inconvénient, beaucoup moins commun qu'on ne le pense, en l'associant aux sels neutres et à la rhubarbe. Valleix, dans son *Guide du médecin praticien*, n'en fait aucune mention.

Puisque M. Mallez est en position mieux qu'aucun de nous pour de nouvelles expériences, je pense qu'il pourrait en faire quelques-unes qui remettraient peut-être en honneur un agent précieux et commun un peu trop délaissé.

Quant au mode d'action des feuilles de frêne ou de la manne, les anciens en donnaient des explications que nous trouvons ridicules de nos jours ; les nôtres ne sont peut-être pas meilleures et seront appréciées de même par nos successeurs. Quoi qu'il en soit donc de leurs théories, ils ont constaté le fait, c'est à nous à le vérifier avec toute la rigueur de l'expérimentation moderne.

Empoisonnement par l'opium. — M. TERRIER fait un rapport sur un mémoire de M. Beaupoil (d'Ingrandes), relatif à un cas *d'empoisonnement par l'opium* (voir la *Gazette des Hôpitaux*) et sur divers autres travaux de même nature.

Sur les conclusions favorables, M. Beaupoil est élu correspondant.

Influence de l'alimentation exagérée dès la naissance. — M. CARON fait sur ce sujet une lecture dont voici le résumé :

Le 28 septembre dernier, je fus appelé pour accoucher Mme S... La grossesse avait été régulière, quoique accompagnée de malaises assez pénibles. Après quarante-huit heures de douleurs non continues, mais fréquentes, le travail se déclara franchement, et vers dix heures du matin nous reçûmes un enfant du sexe masculin, assez bien constitué, mais fortement cyanosé, présentant un commencement d'asphyxie ; mais que nous parvînmes à ranimer promptement par les moyens ordinaires.

Quelques minutes après se présentait un second enfant, beaucoup plus vigoureux, plus gros, mieux constitué encore que le premier. Les suites de couches furent heureuses, et le dixième jour la malade avait repris ses occupations.

Le premier né, qui avait subi probablement une gêne plus considérable de la présence de son frère, éprouva pendant les huit ou dix premiers jours des accidents qui ne lui permettaient de prendre que fort peu de liquide à la fois ; il vomissait tout ce qu'on lui faisait boire. Pour calmer cette susceptibilité exagérée de l'estomac, je réduisis sa nourriture à une infusion légère de fleurs de mauve et de coquelicot à peine blanchie d'un peu de lait. Sous l'influence de ce régime, les vomissements cessèrent ; la santé se rétablit, et en peu de temps sembla disparaître la différence de volume et de force qui existait entre les deux frères au moment de leur naissance.

Sur ces entrefaites, les deux jumeaux furent confiés à une nourrice étrangère, qui devait élever ces enfants au biberon.

Ils ne furent pas plutôt arrivés chez la nourrice, que l'aîné des enfants, qui jusque-là avait copieusement absorbé toute espèce de boisson, fut tout à coup pris d'une stomatite pultacée, le chancre ou muguet du vulgaire, qui n'est que le symptôme pathognomonique de l'entérite aiguë des enfants nouveau-nés.

Ces accidents prirent bientôt une intensité telle, que la nourrice, déconcertée, vint me trouver, craignant que l'on n'attribuât à son manque de soins le développement de ce phénomène, avec d'autant plus de raison, qu'ils sévissaient sur l'enfant le plus vigoureux, et sur lequel semblaient devoir se concentrer les espérances les plus fondées.

Je la rassurai, en lui faisant remarquer que le développement de la maladie dépendait uniquement de la manière dont cet enfant avait été alimenté pendant les premiers jours qui avaient suivi sa naissance, et qu'en conséquence il suffirait de modifier le régime pour arriver à une entière guérison. Les choses prirent effectivement la marche que nous avions prédite ; mais bientôt il se manifesta des accidents semblables chez le premier né, qui recevait ses aliments à l'aide du même appareil (le biberon) qui servait à son frère. Il fut, comme l'avait été l'autre, affecté du muguet ; il est facile de comprendre les terreurs de la nourrice en voyant tomber malade à son tour le plus délicat de ses deux élèves.

J'usai alors de mon autorité pour contraindre la nourrice à se conformer exclusivement à mes avis et à s'en tenir aux seules règles d'hygiène que l'expérience a consacrées, à soumettre en conséquence ces enfants à un régime émollient et complétement calmant. Lavements émollients, cataplasmes, bains, et régime extrêmement léger ; mauve, coquelicot, sirop de gomme, blanchis de lait, pris à des intervalles assez éloignés, et dans des proportions parfaitement spécifiées, en rapport avec la constitution des enfants. Sous l'empire de cette médication raisonnée, la convalescence survint assez rapidement. Ces enfants se trouvèrent bientôt débarrassés de ces graves accidents, et aujourd'hui ils se développent convenablement.

Cette observation, que nos confrères peuvent facilement rapprocher de tant d'autres analogues et trop communes dans la clientèle, prouve combien les règles d'hygiène relatives aux nouveau-nés sont méconnues des familles et des nourrices ; elle démontre combien il serait avantageux pour tout le monde que les préceptes que nous avons consignés dans la *Code des jeunes mères* fussent plus généralement répandus ; on arrêterait ainsi le chiffre toujours croissant de la mortalité des nouveau-nés, et on soustrairait assurément un bon nombre des autres aux éventualités maladives qui entravent leur développement. Il serait effectivement bien temps que l'on comprît que toutes ces maladies diathésiques de l'enfance et de l'adolescence sont plus souvent la conséquence du régime que de l'hérédité ou de toutes autres influences secondaires assez illusoires.

Les enfants à la mamelle chez lesquels on voit se développer les premiers phénomènes de la scrofule ou du rachitisme peuvent-ils être réellement solidaires de l'action des eaux plus ou moins salubres des localités qu'ils habitent ? L'espèce d'alimentation dont font usage les parents peut-elle directement retentir sur leur développement ? Eh bien, alors, ce ne serait plus à l'époque de la dentition ou plus tard encore, que devraient se manifester ces symptômes ; ils devraient, au contraire, naître avec toutes les variétés scrofuleuses, rachitiques ou autres, et cela est précisément le moins commun. S'il en était ailleurs comme on l'a soutenu jusqu'à présent, ces maladies héréditaires seraient bien certainement plus difficiles encore à guérir, puisque les pauvres malades continueraient à rester soumis aux influences hygiéniques générales, causes primordiales et essentielles du génie scrofuleux, rachitique originel.

L'expérience est là pour prouver qu'à une certaine époque de l'adolescence, et par le fait seul du développement organique, les scrofuleux guérissent tout seuls des manifestations morbides que les médications les mieux organisées n'étaient point arrivées à modifier.

Nous ne saurions donc trop insister pour démontrer aux familles, aux médecins même, combien cette alimentation intempestive, trop abondante, avec des éléments de mauvaise nature, est nuisible à la santé des enfants, combien elle contribue à faire naître toutes les maladies locales et générales qui déciment l'enfance ; que c'est effectivement par ce procédé que se développent vicieusement ces organes, et qu'une fois scrofuleusement constitués, ils tendent à vivre et à fonctionner toujours maladivement.

Ici comme ailleurs, cette affection a des degrés plus ou moins compatibles avec une sorte de vitalité relative ; il ne faudrait pas croire qu'un scrofuleux ne puisse jouir d'une viabilité particulière, avec cette conséquence cependant que sa physiogénie comme sa pathogénie se ressentira toujours de l'état constitutionnel de ses organes.

Si l'alimentation intempestive exagérée des premiers mois de la vie conduit à la diathèse scrofuleuse ou rachitique, etc., il ne faut pas perdre de vue que, pour en arriver là, la nature suit souvent des voies bien différentes.

En effet, on voit encore assez communément des enfants qui, soumis à cette hygiène routinière des nourrices, semblent cependant se développer rapidement et assez convenablement. Ils acquièrent ainsi en peu de temps une sorte d'embonpoint, d'obésité même, qui plaît aux familles, aux gens du monde, mais rarement aux médecins, car ils savent communément tous à quels accidents sont prochainement exposés les sujets trop précoces.

Mais aussi il n'en est pas toujours ainsi, car, dans l'immense majorité des cas, cette alimentation trop abondante n'est pas supportée par des organes trop délicats, et les éléments d'assimilation n'étant pas en conformité de vitalité avec les organes auxquels ils sont destinés leur nuisent plus qu'ils ne servent à l'accomplissement des fonctions physiologiques : et c'est là que prennent naissance les symptômes spécifiques du rachitisme et de la scrofule, quelquefois de la consomption tuberculeuse.

Le secrétaire annuel, Dr ELLEAUME.

Monsieur le Rédacteur,

La *Gazette des Hôpitaux* a publié dans son numéro du jeudi, 7 février, une note intitulée : *Expériences sur le gaz oxygène employé comme antidote du chloroforme et de l'éther*, par M. Ozanam.

Je n'attache pas une très-grande importance aux questions de priorité ; cependant, comme il est juste, après tout, de rendre à chacun ce qui lui appartient, veuillez être assez bon pour accueillir ma réclamation.

En 1847, j'ai adressé à l'Académie des sciences une communication exactement sur le même sujet, et qui se trouve au compte rendu de la séance du 27 décembre de cette année. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du jeudi 30 décembre 1847, page 637).

Veuillez agréer, etc. Dr A. BLANCHET.

Charenton-le-Pont, 6 février 1861.

Monsieur et très-honoré Confrère,

Retiré à la campagne après trente-six ans de pratique médicale, je viens de lire dans les numéros des 18 décembre 1860 et 22 janvier 1861 de la *Gazette des Hôpitaux*, le compte rendu des applications cliniques de l'*Elythroïde*, instrument inventé par M. le docteur Combes pour le traitement des maladies utérines.

Vous trouverez, je l'espère, bien naturel de ma part, qu'à cette occasion je fasse connaître à vos nombreux lecteurs que j'ai soumis moi-même, il y a plus de vingt ans, à l'Académie de médecine, ainsi qu'à l'Institut, un *procédé* (1) pour le traitement *continu* et *local* des affections de la matrice, et que l'appareil inventé par M. Combes en reproduit presque *similairement* les principaux avantages :

« Innocuité pendant un séjour prolongé dans le vagin ;

» Facile application des agents thérapeutiques sur le col de l'utérus ;

» Mêmes résultats curatifs obtenus. »

Cependant je dois constater ici, comme *dissemblance* importante de mon appareil avec celui de M. le docteur Combes, que le *sien* (dont il ne fait pas du reste connaître la composition) est *lui-même* activement *médicateur* (2) ! Mais si l'élythroïde possède en effet une propriété médicatrice qui soit constamment la même, soit styptique, soit tonique, soit astringente, il ne peut dès lors porter *utilement* sur le col de l'utérus, ainsi qu'on l'obtient avec mon procédé, les agents thérapeutiques *les plus divers*... les émollients, par exemple, assez souvent indiqués.

En ce qui concerne quelques autres *dissemblances*, d'ordre très-secondaire du reste, je ne ferai que simple mention des succès que M. Combes a l'espoir d'obtenir de l'emploi de son appareil dans les *déviations de l'utérus*. J'admets sans contestation, avec tous les médecins, que la guérison d'un organe puisse contribuer à le replacer dans sa position normale ; mais tout *praticien* conviendra aussi avec moi, que dans la question des *déviations de l'utérus*, il existe un abîme entre la *théorie* et la *pratique*, abîme que n'ont encore comblé ni l'instrument de Bond, ni la sonde Kiwisc, ni le redresseur de Simpson, ni le pessaire ballon, etc., etc. Dr CLIET.

M. le docteur Reboul de Cavaléry, inspecteur général des prisons, chevalier de la Légion d'honneur, vient de succomber aux suites d'une très-longue maladie, à l'âge de quarante et un ans. Ce très-honorable confrère n'avait jamais exercé la médecine d'une manière active, mais le début de sa carrière avait été signalé par un internat brillant à la maison de Charenton. Très-peu de temps après, il avait successivement été nommé inspecteur général adjoint des asiles d'aliénés, puis inspecteur général des prisons.

Les obsèques de M. le docteur Reboul de Cavaléry ont eu lieu hier mercredi, en l'église de la Madeleine, au milieu d'un grand concours d'assistants, parmi lesquels nous avons reconnu plusieurs membres de la Société médico-psychologique, la seule Société de médecine dont M. Reboul eût voulu faire partie.

(1) Ce procédé a été appliqué pendant quatre mois consécutifs, à la Charité de Paris, sous la direction du respectable docteur Bally.

Voir 1° le 2e numéro, novembre 1838, du *Journal des connaissances médicales pratiques* ; 2° le 5e numéro, février 1839, du même journal, page 137 ; 3° l'*Utérotherme*, par le docteur C. S. Cliet, édité en 1845 par Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Nota. La *Gazette médicale* et le *Journal des connaissances médicales pratiques* ont reproduit *in extenso*, en 1845, la partie scientifique de l'*Utérotherme*, ainsi que le dessin qui accompagne cette brochure.

(2) Les pessaires eux-mêmes *médicateurs* ne sont pas d'invention moderne.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la périnéphrite primitive. — De ses divers modes de terminaison et de son traitement.

Nous avons dit dans la dernière *Revue*, en parlant de la périnéphrite primitive, dont nous avons esquissé l'histoire générale d'après les faits cliniques réunis dans la thèse de M. Feron, que la terminaison la plus commune de cette maladie était la suppuration. L'évacuation du pus pouvant se faire par plusieurs voies, on conçoit, avons-nous dit, que l'issue ne soit pas la même, et que le pronostic doive être fort différent, selon les tendances qu'a l'abcès à se faire jour au dehors ou au dedans.

Il existe, ainsi que le fait remarquer M. Feron, pour les migrations du pus dans la périnéphrite, de grandes analogies avec ce qu'on remarque pour les tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques; ces deux affections se produisant également dans le tissu cellulaire extra-péritonéal, toutes deux ayant des contacts immédiats avec le gros intestin, et leurs produits pouvant s'ouvrir dans les mêmes organes.

C'est le plus souvent — heureusement — à la région lombaire que vient se former la tumeur. Lorsque l'abcès doit suivre cette voie, la tuméfaction de la région lombaire, ainsi que la rougeur et l'œdème des téguments, s'accusent de plus en plus; ceux-ci s'amincissent; il se fait aux dépens des fibres musculaires une ulcération d'étendue variable, par laquelle le pus arrive au dehors; l'ouverture établie à la paroi postérieure du tronc donne issue pendant plusieurs jours aux liquides purulents; puis, quand le foyer a cessé de sécréter, le trajet, creusé par l'ulcération éliminatrice, se rétrécit rapidement et s'oblitère. Cette terminaison, la plus rapide, peut amener la guérison après une durée moyenne d'un mois.

Quelquefois la maladie suit une marche chronique, la collection purulente se forme avec une grande lenteur; elle s'infiltre entre les muscles grand dorsal et sacro-lombaire, et jusque dans l'interstice du psoas et de l'iliaque. Dans ces cas, au lieu d'un appareil fébrile aigu, on voit se développer la fièvre hectique et toutes ses funestes conséquences.

Dans d'autres circonstances, le liquide, au lieu de suivre un trajet direct et unique à travers la paroi lombaire, s'infiltre lentement entre les deux feuillets aponévrotiques de la gaine du carré des lombes, pénètre ensuite entre le sacro-lombaire et le grand dorsal, décolle la peau, la mortifie, et finit, après avoir détruit et ramolli les muscles, par arriver au dehors par plusieurs ouvertures. L'affection prend alors aussi, comme dans le cas précédent, une grande gravité.

L'abcès lombaire peut se vider dans le côlon et même dans le cæcum. Le côlon lombaire, en contact avec le liquide, est frappé consécutivement d'inflammation; ses parois se ramollissent dans une étendue variable, se perforent, et le pus coule dans sa cavité; si l'ouverture de communication est large, l'abcès se vide rapidement; on remarque un affaissement subit de la tumeur des lombes, puis, très-peu de temps après, le malade éprouve des besoins de défécation, et l'on trouve les matières presque entièrement formées de pus. Si l'ouverture est étroite, le liquide ne pénètre qu'en petite quantité à la fois, et ce sera surtout pendant les efforts d'expulsion qui soumettent la collection liquide à une compression assez énergique. Il faut alors une certaine attention pour reconnaître le pus dans les garde-robes.

Le pus, dans la périnéphrite, se fraye facilement une route le long du tissu cellulaire des régions inférieures : ainsi on l'a vu fusant le long de l'uretère correspondant, atteindre la prostate, ou bien se dirigeant en avant et en bas, s'étendre dans une des fosses iliaques, ou encore venir faire saillie au-dessous du ligament de Poupart, quelquefois même au côté interne de la cuisse, offrant dans ce long trajet la plus grande ressemblance avec les abcès par congestion de la colonne vertébrale.

Le rupture de l'abcès dans le péritoine a été observée. La mort, comme on le pense bien, en a été la conséquence immédiate.

La science possède enfin plusieurs exemples de terminaison par le passage de l'abcès dans la cavité thoracique et l'évacuation du pus par la bouche, à la suite de l'ulcération du diaphragme et des bronches. L'un de ces cas curieux a été observé par M. Rayer; les autres sont rapportés dans son ouvrage. Il est remarquable que tous ces cas se sont terminés d'une manière favorable, et même assez rapidement. Il ne faudrait pas en conclure cependant que le pronostic dût toujours être favorable en pareil cas.

D'une manière générale, le pronostic est subordonné ici au traitement lui-même et à la prompte décision du médecin, qui, dès qu'il a reconnu l'existence d'un phlegmon périnéphrétique, doit chercher avant tout à prévenir les graves conséquences des suppurations prolongées et des infiltrations purulentes dans les organes profonds, en donnant le plus tôt possible issue au pus au dehors.

Le traitement de la périnéphrite est essentiellement chirurgical. Il faut se hâter de donner issue au pus, dès qu'il est possible de percevoir la fluctuation. L'absence même de ce signe ne serait pas toujours une raison pour rester dans l'inaction, car dans certains cas, l'abcès, au lieu de proéminer à la région lombaire, se porte en avant, en refoulant le péritoine, ou bien il fuse vers le tissu cellulaire des régions inférieures. Si donc, en l'absence de la fluctuation et de la manifestation d'une tumeur à la région lombaire, on venait à constater d'autres signes de phlegmasie, tels que la douleur limitée, augmentant par la pression et les mouvements, de l'œdème et de l'empâtement des téguments, s'accompagnant de frissons erratiques, il faudrait recourir aux moyens chirurgicaux.

La ponction se fait au moyen de longs trocarts droits ou courbes que l'on enfonce dans le point culminant de la tumeur des lombes. Quand le liquide a été évacué, on laisse la canule à demeure.

La méthode de drainage chirurgical de M. Chassaignac est ici parfaitement applicable. Au moyen d'un long trocart courbe, ce chirurgien fait aux tissus une double ponction, et par les deux ouvertures il introduit ses tubes, qu'il laisse dans le foyer pendant plusieurs semaines, quelquefois même pendant plusieurs mois. Le pus trouve ainsi un écoulement facile, permanent, et c'est seulement lorsque la source en est complétement tarie qu'il enlève l'appareil. Cette pratique est d'autant plus utile qu'il importe essentiellement ici d'éviter l'accumulation du pus dans le foyer, accident qui reproduirait la maladie et faciliterait la migration des liquides à travers des parties éloignées du siége primitif. On empêche ainsi l'abcès de s'infiltrer à travers les plaies musculaires de la région lombaire, et l'on peut, si cela est nécessaire, porter jusque dans le foyer des injections détersives et émollientes. Les tubes enlevés, l'oblitération du trajet creusé par le trocart ne se fait pas attendre longtemps.

Toutefois, M. Feron accorde encore la préférence au procédé de l'incision, qui donne lieu à un écoulement facile et prompt de tous les liquides, prévient les conséquences souvent fâcheuses de l'étroitesse et de la longueur du trajet, et permet d'explorer plus aisément l'état des parties et d'y faire parvenir les liquides détersifs. Il est bien entendu que l'incision dans ce cas doit être faite couche par couche, et avec les plus grandes précautions.

Voici le procédé qu'a adopté M. Demarquay, et qu'il a appliqué dans un des cas précédemment cités :

Il pratique à deux travers de doigt environ au-dessous des fausses côtes, immédiatement en dehors du muscle grand dorsal, une incision horizontale qui s'étend jusqu'à la masse sacro-lombaire; la peau incisée, il divise avec précaution l'aponévrose commune aux muscles petit oblique et transverse, en refoulant avec le doigt le grand dorsal en dehors. L'incision horizontale étant parallèle aux ramifications vasculaires fournies par les artères lombaires, donne moins de chances à la production des hémorrhagies.

Mais on a vu que la tumeur périnéphrétique ne se portait pas toujours du côté de la région des lombes, et que l'abcès pouvait venir faire saillie dans des points éloignés, comme l'aine, le vagin, etc. Le siége de la ponction et le procédé opératoire sont naturellement subordonnés à ces diverses circonstances. Dans un cas qui a été communiqué à M. Feron par un de ses collègues des hôpitaux, M. Saint-Laurent, l'abcès périnéphrétique était venu proéminer dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Ce fut là qu'on pratiqua la ponction.

Enfin, quelle que soit la région où la tumeur se porte, il serait prudent, ainsi que le conseille M. Feron, de commencer par une ponction exploratrice qui révélerait la nature du liquide et la profondeur à laquelle il est situé.

Rigidité du col de l'utérus.

Un fait qui vient de se passer dans le service de M. Paul Dubois, à la Clinique d'accouchement, a fourni l'occasion à ce professeur de rappeler à ses élèves quelques considérations pratiques de la plus grande importance sur la rigidité du col de l'utérus.

M. Paul Dubois distingue deux cas principaux de rigidité du col :

1° La *rigidité spasmodique* ou *spasme de l'orifice :* c'est la cause la plus commune. Dans ce cas, le vagin est sec et chaud, ainsi que le col, ce qui donne au doigt une sensation désagréable. Si l'on presse avec l'index, on a la sensation d'un col aminci, mais dur, et qui ne cède pas.

2° La *rigidité mécanique :* c'est la cause la moins fréquente. Dans ce cas, le col demeure dur et produit à l'index la sensation du tissu utérin à l'état de vacuité.

Quand l'accoucheur est appelé assez tôt, cette résistance de l'orifice n'offre aucun danger ; mais il n'en serait pas de même si le travail était abandonné à la nature. Des ruptures de l'utérus pourraient survenir, et provoquer la mort de la mère et de l'enfant.

Dans le premier cas, c'est-à-dire dans la *rigidité spasmodique*, si la femme est robuste, M. Pajot conseille une petite saignée, et un bain prolongé si la femme est d'une constitution moyenne. On sait que Chaussier ordonnait dans ce cas des onctions sur le col avec la pommade à la belladone, d'après la formule suivante :

Extrait de belladone. . . . . 4 grammes.
Axonge. . . . . 30 —

M. P. Dubois se sert de l'extrait de belladone, à la consistance de cire molle, et avec l'ongle il badigeonne le col; mais il n'ajoute pas une grande confiance à ce traitement, qui lui réussit rarement. Il pratique alors sur le col de petites incisions. Voici le manuel opératoire :

Après que la vessie et le rectum ont été vidés, la femme est placée sur le bord du lit, comme pour l'application du forceps. On accroche avec l'index le point le plus tendu du col; cela fait, un bistouri courbe et boutonné, enveloppé d'un linge jusqu'à 1 cent. ou 2 de la pointe, est introduit et poussé à plat sur l'index, puis on le retourne de manière à prendre 1 centimètre du tissu utérin. On peut impunément aller jusqu'à 2 et 3 centimètres. Il s'écoule un peu de sang, et l'accouchement ne tarde pas à se terminer.

M. Pajot cite l'exemple de femmes chez lesquelles les contractions duraient depuis quarante-huit heures et qui ont accouché un quart d'heure après cette petite opération. Il est à noter qu'aucun accident n'est jamais survenu.

Dans le cas de *rigidité mécanique*, M. Dubois ne veut même pas que l'on essaye d'autre moyen que des incisions, et ce moyen réussit toujours quand la lenteur du travail exige qu'on y ait recours.

Dans l'observation suivante, qu'a bien voulu nous communiquer M. le docteur Gyoux, l'un des assistants assidus de la Clinique, la nature a fait elle-même tous les frais, et l'accoucheur, se tenant dans l'expectative, n'a pas eu à intervenir.

La femme Marie D...., âgée de dix-neuf ans, primipare, est d'une bonne constitution et bien conformée.

Entrée dans la salle d'accouchement le 23 janvier, au terme de sa grossesse, elle présente depuis trois jours un orifice dur, comme s'il avait été le siége d'un travail inflammatoire, et assez dilaté pour qu'on puisse y introduire le doigt. Le travail a été lent pendant cette période; mais la femme ayant peu souffert, M. Dubois a attendu.

Le 26, les contractions sont devenues plus énergiques, et la dilatation étant presque complète, on sentait une présentation du sommet. M. Dubois a cru devoir rompre les membranes, afin que la tête, portant sur l'orifice, le dilatât complétement; c'est ce qui a eu lieu très-vite. Les membranes ont été rompues à 5 heures 15 minutes du soir; la dilatation a été complète un quart d'heure après, et à 6 heures 10 minutes l'accouchement était terminé.

La délivrance s'est effectuée normalement. La position était occipito-iliaque gauche antérieure. L'enfant, du sexe masculin, ne pesait que 2,300 grammes, et avait 44 centimètres de longueur.

La femme est sortie de l'hôpital le 5 février, en bon état de santé.

Au sujet de l'efficacité de la rupture des membranes, M. Gyoux nous a communiqué deux faits dont il a été témoin et dans lesquels le même moyen a amené immédiatement une dilatation complète au moment où l'on se disposait à inciser le col.

Le premier fait est tiré de sa pratique personnelle. Une femme primipare, âgée de vingt-deux ans, était en travail depuis vingt-quatre heures et avait des contractions énergiques,

sans que la dilatation, qui était grande comme une pièce de deux francs, pût devenir complète. Le col était rigide. Notre confrère avait employé l'extrait de belladone, prescrit un bain de deux heures, sans obtenir aucun résultat. Se rappelant les préceptes de M. Pajot, il rompit les membranes, et aussitôt les douleurs devinrent plus fréquentes et surtout plus fructueuses. Un quart d'heure s'était à peine écoulé que la tête avait franchi l'orifice utérin. D'autres circonstances particulières l'obligèrent à une application du forceps.

Le second fait s'est passé à l'hôpital des Cliniques, le 15 septembre 1859, époque à laquelle M. Pajot remplaçait M. le professeur Dubois. Une femme primipare, âgée de vingt et un ans, avait des douleurs depuis vingt-six heures, lorsque M. Pajot l'examina à huit heures du matin. L'orifice interne du col présentait un rebord fibreux contre lequel il prescrivit l'extrait de belladone et un bain d'une heure. Le travail n'en marcha pas davantage, et à neuf heures et demie M. Pajot rompit la poche des eaux. Il revenait à dix heures pour pratiquer quelques incisions sur le col, lorsqu'une contraction énergique termina l'accouchement au moment où l'on ne supposait pas que la dilatation fût encore complète.

Notre confrère incline avec raison à conclure de ces faits que la rupture artificielle des membranes peut favoriser la dilatation de l'orifice, et qu'il est bon d'y avoir recours avant de pratiquer des incisions sur le col, incisions dont l'efficacité et l'innocuité sont, du reste, démontrées.

Anesthésie locale. Cautérisation circulaire d'un bourrelet hémorrhoïdal à l'aide du caustique Filhos, mélangé avec de la morphine.

Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié les essais d'une méthode d'anesthésie locale proposée il y a quelques années par M. le docteur Piédagnel, pour faciliter l'usage des caustiques. Cette méthode, dont nous avons fait connaître dans le temps les premiers résultats, consiste, on s'en souvient, à appliquer sur les parties que l'on se propose de mortifier un mélange de caustique, soit la poudre de Vienne, par exemple, et d'hydrochlorate de morphine combinés de manière à former une pâte d'un maniement facile. Nous avons eu l'occasion d'assister récemment, il y a un mois environ, en ville, à une petite opération pratiquée par M. Alphonse Amussat, et à laquelle ce mode de combinaison d'un agent anesthésique avec l'agent destructeur des tissus, nous a paru particulièrement bien approprié.

Le sujet à opérer était une femme qui avait une procidence partielle de la muqueuse rectale, compliquant une autre lésion dont nous n'avons point à nous occuper en ce moment. Il s'agissait, préalablement à tout autre traitement, de détruire ce petit bourrelet hémorrhoïdal à l'aide du procédé de cautérisation circulaire auquel est attaché le nom de ce chirurgien. M. A. Amussat ayant jugé utile, vu l'extrême sensibilité de cette malade, de la soustraire autant que possible à l'influence fâcheuse de la douleur, qu'elle redoutait au delà de toute expression, a eu l'heureuse idée de recourir au moyen anesthésique local préconisé par M. Piédagnel.

En conséquence, la cuvette de la pince porte-caustique, cuvette très-étroite et calculée de manière à ne pratiquer qu'une cautérisation linéaire, fut remplie de pâte de caustique Filhos additionnée de 4 milligrammes de chlorhydrate de morphine.

L'application a duré quatre minutes. L'insensibilité a été presque absolue pendant tout ce temps. Ce n'est qu'après que les pinces ont été retirées que la malade a accusé une très-légère sensation de cuisson. Quant au résultat définitif de l'opération, il a été très-satisfaisant; la guérison est aujourd'hui complète. Nous reviendrons d'ailleurs plus tard sur cette malade, dont l'histoire présentera de l'intérêt à d'autres points de vue. Nous n'avons voulu signaler aujourd'hui dans ce fait qu'une seule chose, l'efficacité, dans le cas particulier, du moyen anesthésique local en question, et son adaptation facile au procédé de cautérisation circulaire de la muqueuse anale.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. DANYAU.

Goître congénital observé chez un fœtus de cinq mois et demi.

La nommée G..., âgée de vingt-huit ans, non mariée, est entrée le 5 février 1861 à la Maternité. Elle habite Puteaux (Seine) depuis un an, et elle est originaire de Saint-Isidore (Côtes-du-Nord). D'une forte constitution, bien conformée, cette femme a toujours joui d'une bonne santé, et elle exerce la pénible profession de journalière. Elle a été réglée à treize ans, et ses règles ne revenaient pas d'une manière bien exacte; quand elle les avait, c'était abondamment pendant l'espace de six jours. Elle a eu trois accouchements.

La première fois elle a accouché avant terme, et les deux autres fois à terme. Elle n'a pas gardé ses enfants vivants, de sorte qu'elle ne peut dire quel est leur état de santé.

Elle ignore la dernière apparition de ses règles, et sa grossesse actuelle paraît remonter à cinq mois et demi. Aucun accident ne s'est manifesté chez elle depuis qu'elle est enceinte.

Les premières douleurs ont paru, sans cause connue, le 5 février 1861, à deux heures du soir, c'est-à-dire deux heures avant son entrée à la Maternité. Ces douleurs devenant plus intenses, et le travail de l'avortement étant manifestement établi, on conduit cette femme à la salle d'accouchement à onze heures du soir.

A ce moment, le fond de l'utérus est incliné à droite, le col à gauche; l'orifice utérin est souple et épais; des douleurs se font sentir de temps à autre, à des intervalles assez éloignés.

Les membranes se sont rompues spontanément le 6 février 1861, à deux heures du matin, et à ce moment la dilatation de l'orifice utérin était presque complète. La partie qui se présente est le sommet, en position occipito-iliaque droite postérieure. A trois heures du matin, la dilatation a été complète. L'accouchement s'est terminé naturellement quelques minutes après. La durée totale du travail a été de treize heures. La délivrance fut naturelle.

Etat de l'enfant au moment de la naissance. — L'enfant est vivant, faible, du sexe masculin, du poids de 1 kilogramme, d'une longueur totale de 36 centimètres, et répartie de la manière suivante: du sommet à l'ombilic, 19 centimètres; de l'ombilic au talon, 17 centimètres.

Voici la mesure des principaux diamètres :

Diamètre occipito-frontal.	9 centimètres.
— occcipito-mentonnier. . . .	9 centimètres 1/2.
— bi-pariétal.	7 centimètres 1/2.
— sous-occipito-bregmatique. . .	8 centimètres.

Le placenta est en raquette, et du reste parfaitement sain; son poids est de 350 grammes, sa circonférence de 45 centimètres.

Le cordon, d'un volume en rapport avec l'âge du fœtus, sans nœud, avait 42 centimètres.

Les membranes sont rompues dans un point voisin de la circonférence du placenta.

Le liquide amniotique était blanchâtre.

Tel était l'état des annexes du fœtus; voyons maintenant celui du fœtus lui-même.

Au moment de la naissance, il a exécuté quelques mouvements; pas de cris; le cœur battait; pas de respiration. Il a vécu ainsi pendant environ une demi-heure, et il s'est éteint insensiblement.

Quand on m'a présenté cet enfant, le matin à ma visite, le 6 février 1861, j'ai constaté qu'il portait au cou une tumeur qui a de suite fixé mon attention, et que nous allons décrire actuellement d'une manière spéciale.

Cette tumeur occupe la partie antérieure et médiane du cou, un peu au-dessus du plan moyen de cette région, c'est-à-dire plus rapprochée du maxillaire inférieur que du sternum, et s'étend sur les parties latérales du cou.

Ses limites sont en haut et sur la ligne médiane, le corps de l'os hyoïde et le bord inférieur de la mâchoire inférieure, en dehors de la région parotidienne; sur les parties latérales, elle s'étend jusque vers le bord externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien de chaque côté. En bas, elle est limitée par une ligne fictive transversale et horizontale, passant à 1 centimètre au-dessus de la fourchette du sternum.

Son volume est considérable, il peut être comparé à celui d'un œuf de poule ordinaire. Si on mesure ses dimensions dans le sens transversal, on trouve 7 à 8 centimètres, et dans le sens vertical 4 à 5 centimètres.

Sa forme est celle d'un ovoïde qui serait placé transversalement au-devant du cou, mais en décrivant deux courbes, l'une postérieure embrassant les voies aériennes et digestives, l'autre supérieure, de sorte que vue par en haut cette tumeur a la forme d'un croissant dont le centre correspond au larynx, et les extrémités ou cornes se prolongent de chaque côté au-dessous de la région parotidienne. Telle est la forme générale de cette tumeur, mais si on l'examine en détail, on voit bientôt qu'elle offre trois lobes : un médian et deux latéraux. Le mode médian proémine sur la partie moyenne de la tumeur, il est le plus petit et il a le relief d'une noisette un peu grosse. Des deux lobes latéraux, le droit offre le volume le plus grand, et le gauche comme le droit sont arrondis, globuleux.

Cette tumeur en masse, pour être déplacée, entraîne le larynx avec elle, et cette mobilité existe dans tous les sens, en haut, sur les côtés. Les divers lobes qui constituent la masse totale ne sont point mobiles les uns sur les autres, de sorte que l'on reconnaît que cette tuméfaction du cou n'est pas le résultat d'une agglomération de tumeurs plus petites, mais bien celui d'une tumeur bosselée à sa surface cutanée.

La couleur générale de cette tumeur est celle de la peau; mais dans quelques points, là où les lobes sont plus particulièrement saillants, elle a une coloration bleuâtre qui au premier abord fait croire que la tumeur est transparente, et cependant l'examen au moyen d'une lumière ne fait point constater ce dernier caractère; on voit au contraire qu'elle est complétement opaque.

Sa consistance est molle, mais cependant d'une certaine résistance; elle est élastique et n'offre ni fluctuation, ni crépitation.

Tels étaient les caractères cliniques offerts par cette tumeur. Pouvait-on, avec leur constatation, arriver au diagnostic du siége et de la nature de la tumeur?

Au premier abord, on pouvait supposer qu'il s'agissait là de ces kystes congénitaux du cou dont nous ne possédons encore que quatre observations en France, dont les trois premières ont été publiées par M. Lorain et la dernière vous a été communiquée par M. Giraldès. Mais ces kystes congénitaux du cou sont plus volumineux, et leur siége n'est pas sur la ligne médiane. On les a rencontrés, au contraire, dans les parties latérales du cou, et leur volume, leur défaut de symétrie, leur siége, leur transparence, leur donnent des caractères qui ne permettent pas de supposer que la tumeur de notre fœtus était de même nature.

Une seconde supposition pouvait nous venir à l'esprit: on a rencontré quelquefois des inclusions fœtales dans la région cervicale, mais quand il s'agit de ces sortes de tumeurs, il y a, par places, une consistance inégale, et quelquefois une véritable crépitation osseuse.

Si nous n'avions pas affaire à ces tumeurs, nous devions croire qu'il s'agissait d'une tumeur du corps thyroïde. Et, en effet, son siége, sa forme, qui semblait l'exagération de la forme de lathyroïde, sa mobilité, tout portait à admettre l'existence d'une tumeur dans cette glande.

D'un autre côté, l'absence de fluctuation, de transparence, faisait rejeter l'idée qu'il s'agissait d'un kyste ou d'un abcès; il fallait donc admettre une hypertrophie du corps thyroïde, ou, en d'autres termes, un *goître congénital*.

A cet égard, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer combien ce fait est important. Jusqu'ici nous n'avons pas connaissance de l'existence du goître congénital. Les auteurs qui ont traité ce sujet gardent le silence le plus complet sur la possibilité d'un tel fait. Il était intéressant de rechercher les causes de cette altération du corps thyroïde. Or nos investigations ne nous ont rien appris. Ainsi la mère n'est pas elle-même atteinte de goître. Bien plus, par le fait de la grossesse, on le sait, très-souvent les femmes offrent une hypertrophie du corps thyroïde.

Or chez celle-ci il n'y avait pas de gonflement de cette glande. Pouvait-on admettre que la localité ait eu quelque influence? Pas le moins du monde. Ainsi cette femme habite Puteaux depuis un an environ, et dans cette localité on ne rencontre pas de goîtreux. Du reste, la femme n'a rien éprouvé pendant sa grossesse; elle accuse seulement qu'il y a trois jours elle a eu une frayeur vive. Mais c'est là une pure coïncidence, et qui ne saurait expliquer la formation de la tumeur du corps thyroïde, car on ne peut raisonnablement admettre que celle-ci s'est produite dans l'espace de deux ou trois jours. Ainsi nous croyons à l'existence d'une hypertrophie du corps thyroïde congénital, ou autrement dit à un goître congénital et ayant acquis un volume considérable chez un fœtus à peine âgé de cinq mois et demi. Nous allons voir que l'autopsie démontre que le diagnostic était fondé.

Autopsie cadavérique. — La peau est mince, plissée, surtout sur les parties latérales; elle semble participer à une sorte d'hypertrophie, et en la pinçant on la soulève comme si elle ne recouvrait pas une tumeur aussi grosse. Sa couleur est rosée; mais dans les points amincis, elle est bleuâtre. En l'examinant attentivement avant de l'inciser, on voit qu'elle offre dans son épaisseur de nombreuses ecchymoses, siégeant en haut et à droite principalement. Elles sont petites, et elles ont le volume d'une tête d'épingle, jusqu'à celui d'un grain de semoule. Si on cherche à la détacher de chaque côté, elle se sépare facilement des tissus sous-jacents. Rien dans le peaucier, si ce n'est un peu d'infiltration sanguine à droite. Tous les muscles sous-hyoïdiens sont au-devant de la tumeur et lui forment une sorte de gaine musculaire. Du reste, leurs fibres sont pâles et amincies. On peut les disséquer et les séparer assez facilement entre eux et de la surface de la tumeur qui est au-dessous d'eux, et sur laquelle ils laissent chacun une empreinte assez notable. Le sterno-cléido-mastoïdien se trouve sur le devant des lobes latéraux de la tumeur, qui passe au-dessous de lui, tout en le refoulant en dehors et le repoussant en avant.

Après avoir coupé transversalement et enlevé chacun de ces muscles, on isole la tumeur, et l'on reconnaît qu'elle est constituée par le corps thyroïde. Nous allons étudier ses caractères extérieurs, ses rapports et sa structure.

Sa conformation extérieure est celle que nous lui avons vue avant la dissection : trois lobes, un médian et deux latéraux. La surface de ces lobes est couverte de larges veines, qui comme des sinus la parcourent en tous sens. Mais les veines principales viennent à la partie inférieure et médiane de la tumeur, pour se jeter dans le tronc brachio-céphalique veineux gauche, ou à sa jonction avec le droit, en passant au-devant de la trachée artère.

Ses dimensions sont, dans le sens transversal, 5 centimètres et demi; dans le sens vertical des lobes latéraux, 3 centimètres. Son poids, constaté avec une balance de précision, est de 46 grammes. L'on comprendra combien ce poids est relativement considérable si l'on réfléchit qu'il s'agit d'un fœtus de cinq mois et demi, et que sur un fœtus à terme la glande thyroïde ne pèse que 2 grammes, ainsi que nous avons pu nous-même le constater dans la même séance.

Les rapports de cette tumeur avec les organes voisins ont particulièrement fixé notre attention. Ainsi pas de compression de la trachée ni de l'œsophage. Les vaisseaux du cou sont manifestement comprimés par les lobes latéraux, et en même temps ils sont refoulés en dehors, de sorte que la circulation devait nécessairement être troublée. Le pneumo-gastrique était aussi un peu comprimé, particulièrement à droite, où l'on voit un léger aplatissement, avec un peu d'ecchymose dans le névrilème.

Le grand hypoglosse, le lingual et le rameau pharyngien du pneumogastrique sont refoulés en haut, plus à droite qu'à gauche. Le tendon du digastrique semble brider la tumeur de chaque côté. Le grand sympathique n'offre pas de trace de compression.

Le thymus est un peu congestionné; il pèse 8 grammes 3 décigr.; il offre deux granulations isolées du volume d'une lentille, qui sont accolées à la surface du thyroïde. Le muscle long du cou droit est un peu ecchymosé dans l'étendue d'un centimètre, vers sa partie moyenne correspondant au lobe latéral de la thyroïde.

La structure de cette glande altérée est celle du corps thyroïde. Ainsi, une coupe dans divers points nous montre un tissu mou, spongieux, noirâtre, vasculaire, offrant un peu plus de consistance que dans l'état normal. Dans quelques points, ce tissu est moins rouge; il est même un peu fibreux, charnu et plus consistant. Dans certaines régions, il existe des canaux ouverts et béants. La coupe générale est celle d'un tissu érectile. Il n'y a pas de produits plastiques ou du pus qui indiquent un travail inflammatoire antérieur. Déjà nous avons vu que des veines volumineuses existaient à sa surface, et pour donner une idée de leur capacité, citons la veine thyroïdienne inférieure, qui nous a offert, étant vide, un diamètre transversal de 6 millimètres. L'artère thyroïdienne supérieure est aussi très-volumineuse; elle a près de 2 millimètres de diamètre, et elle est bien deux fois plus grosse que les artères carotides interne et externe prises séparément. Elle est véritablement la continuation de la carotide primitive. L'artère thyroïdienne inférieure n'est pas notablement augmentée de volume.

Les veines du thymus viennent se rendre en grande partie dans la veine thyroïdienne inférieure; la capsule fibreuse de cette thyroïde est pour ainsi dire creusée de sinus comme la dure-mère. Les vésicules n'existent plus; de sorte que ce n'est pas un goître cystique, mais bien plutôt un goître celluleux.

Le cerveau nous a paru offrir son développement régulier; pas de vice de conformation dans sa structure. La substance cérébrale était peut-être un peu plus consistante qu'elle ne l'est ordinairement chez un fœtus de cinq mois et demi. La partie antérieure des lobes cérébraux est normalement développée; le cervelet est peut-être un peu atrophié. Un peu de congestion dans les veines de la pie-mère.

Le cœur est régulièrement conformé; le trou de Botal n'est pas fermé par la valvule, qui arrive à recouvrir seulement la moitié de l'aire de cet orifice. Rien dans les poumons. Aucune altération dans les viscères abdominaux et dans les membres. Les os présentent leur développement régulier.

Telles sont les altérations que nous avons trouvées chez ce fœtus, et on le voit, c'est uniquement à cette hypertrophie du corps thyroïde qu'il faut rapporter la mort du fœtus et la cause de l'avortement.

MANIÈRE D'APPLIQUER LA SYPHILISATION dans les hôpitaux de Christiania.

Par M. le professeur W. BOECK.

Nous avons exposé, dans le numéro de samedi dernier, le ta-

bleau statistique des résultats obtenus par la pratique de la syphilisation comme moyen de traitement de la syphilis constitutionnelle dans les hôpitaux de Christiania. Pour avoir tous les éléments d'appréciation de cette méthode si diversement jugée, il convient de faire connaître la manière dont procèdent nos confrères norvégiens. Voici les détails que nous trouvons sur le procédé opératoire dans le travail déjà cité.

C'est M. Boeck lui-même qui parle : « Je prends, dit-il, le virus d'un chancre contracté par le coït ou bien d'une pustule ou d'un ulcère artificiel de ceux qui sont déjà en traitement par la syphilisation. Je fais les premières inoculations aux côtés, et j'en fais trois à chaque côté. Après trois jours, trois autres inoculations à chaque côté, en prenant la matière des pustules produites par la dernière inoculation. Je continue tous les trois jours d'inoculer aux côtés, en me servant toujours de la matière des dernières pustules, jusqu'au point où j'ai un résultat absolument négatif. Alors je commence à inoculer les deux bras, et je continue de la même manière qu'aux côtés, jusqu'au point où la matière ne produit plus d'effet non plus. Etant parvenu à ce point, je prends la matière d'un autre individu et je l'inocule aux côtés ou aux bras, ou bien à ces deux places à la fois, et je continue avec la nouvelle matière de la même manière qu'avec la première, jusqu'à ce qu'elle n'agisse plus. Quand il y a immunité aussi pour la seconde matière aux côtés et aux bras, je commence les inoculations aux cuisses, et je continue de la même manière que sur les places déjà nommées jusqu'à l'immunité. Sur les trois places indiquées, je fais encore l'inoculation avec de la matière prise d'autres malades, jusqu'à ce qu'aucune matière dont je peux disposer ne prenne plus. »

On vient de voir que la première matière d'inoculation est prise indifféremment d'un chancre quelconque ou des inoculations artificielles. On sait que plusieurs auteurs ont prétendu, dans ces derniers temps, que les chancres indurés ne donnent pas de matière inoculable. Cela serait inexact, d'après M. Boeck. Voici ce qui, d'après ses observations, serait la vérité :

Le chancre mou, aussi bien que le chancre induré, peut donner une matière qui n'est pas inoculable ;

Le chancre mou donne beaucoup plus souvent de la matière inoculable que le chancre induré ;

La matière du chancre mou est en général plus intense que la matière du chancre induré.

« Quand j'ai, dit-il, une matière qui a déjà passé par plusieurs individus et que je sais n'être pas trop intense, je la choisis pour commencer. A mesure que la syphilisation marche, la matière la plus intense peut être supportée ; elle ne produit plus de phagédénisme. »

M. Boeck regarde comme d'une grande importance de bien choisir la place pour les premières inoculations, la matière syphilitique, suivant lui, ne produisant pas un effet égal dans les différentes parties du corps. L'effet produit aux cuisses serait le plus fort, d'après ses observations, puis aux bras, puis aux côtés, et les ulcères les plus petits et qui se cicatrisent le plus vite, sont produits par les inoculations de la face. Aussi commence-t-il toujours ses inoculations dans les deux côtés, et les finit-il par les cuisses ; il n'a point ainsi à craindre de phagédénisme, et les ulcères ne laissent pas de très grandes cicatrices.

M. Boeck a soin de ne pas placer les inoculations trop près les unes des autres. Quand il fait les premières sur la partie supérieure du côté, il pratique les secondes à la partie inférieure, les troisièmes à droite, les quatrièmes à gauche, etc.

On a beaucoup agité la question de savoir combien il est nécessaire de faire d'inoculations. M. Boeck n'attache pas une grande importance au nombre des inoculations ; il en est à cet égard, à ses yeux, de la syphilisation comme de la vaccination. Sa pratique habituelle est de mettre trois inoculations à chaque côté, bien convaincu d'ailleurs qu'une seule serait tout aussi efficace ; s'il en fait trois, c'est parce qu'il arrive quelquefois que quelques-unes manquent. La chose capitale pour lui, c'est le temps pendant lequel on continue les inoculations et l'intervalle entre chacune d'elles. Il a fixé, dans ces dernières années, à trois jours l'intervalle de temps qui doit exister entre les inoculations, parce qu'il obtient ainsi des pustules bien développées, d'où il peut prendre la matière, et on n'arriverait pas au but plus vite et plus sûrement en inoculant plus souvent.

Pendant combien de temps doit-on continuer les inoculations ? On doit les continuer, suivant M. Boeck, autant qu'il est possible d'obtenir des résultats par une matière syphilitique quelconque, et on doit faire les inoculations avec beaucoup de soin et d'exactitude aux temps fixés. Si l'on cessait d'inoculer avant que l'immunité fût entière (même quand les symptômes syphilitiques ont disparu), ou si l'on inoculait irrégulièrement, on s'exposerait souvent à des récidives.

Quand on inocule des enfants qui ont la syphilis héréditaire, on remarque le plus souvent que les premières inoculations ne prennent pas. Dans ce cas on les répète tous les jours, jusqu'à ce qu'elles commencent à prendre, alors il arrive en général que non-seulement les dernières, mais encore toute la série des inoculations précédentes, produisent simultanément des pustules qui sont, aussi bien que les ulcères suivants, relatives pour leur étendue à l'âge et au développement de l'enfant. Les inoculations ayant commencé à prendre, on les continue tous les trois jours. Mais il arrive assez souvent que plus tard les inoculations n'aient pas la même marche régulière que la syphilisation faite pour la syphilis acquise en général ; le résultat positif des inoculations cesse souvent après une série assez courte, et après deux ou trois semaines il est possible de recommencer. La conséquence est que le traitement prend en général plus de temps. Pour calmer ces enfants, on leur donne en même temps un centigramme d'extrait aqueux d'opium trois fois par jour.

Chez les adultes affectés d'un exanthème syphilitique très-répandu, surtout d'un rupia ou d'une syphilide papulo-squameuse, on peut rencontrer les mêmes difficultés dans l'inoculation que chez les enfants qui ont la syphilis héréditaire, et il faut vaincre ces difficultés de la même manière.

Pendant la syphilisation il est nécessaire de s'attacher à la plus grande propreté ; les croûtes formées doivent être ramollies, les ulcères doivent être couverts avec des fomentations aqueuses ou avec du cérat ; s'il y a des papilles luxuriantes, il faut employer le nitrate d'argent.

Quant à la diète, il n'est rien changé dans l'hôpital à la nourriture ordinaire, et dans sa pratique privée, M. Boeck conseille aux malades une bonne nourriture, et leur interdit seulement l'usage des spiritueux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 février 1861. — Présidence de M. LABORIE.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. GUERSANT présente un malade auquel il a pratiqué, il y a quatorze ans, une **amputation dite de Lisfranc** (tarso-métatarsienne).

Ce jeune homme était alors un enfant ; il avait reçu sur le pied une solive qui lui avait écrasé cet organe. Les tendons de la face dorsale étaient dénudés, les os dépouillés des parties molles et mis à nu jusqu'au niveau des articulations tarso-métatarsiennes. Mais si la peau et les parties molles de la face dorsale du pied étaient tellement broyées que l'on ne pouvait plus espérer de les conserver même en partie, il n'en était pas de même de la face plantaire, où les tissus étaient sains.

M. Guersant se décida à pratiquer une amputation partielle du pied, et il fit la désarticulation dite de Lisfranc. Le malade guérit, quitta l'hôpital, et M. Guersant le présente aujourd'hui comme offrant un des plus beaux résultats que l'on puisse espérer. Ce jeune homme peut faire par jour quinze lieues à pied ; il marche, danse, se livre à tous les exercices du corps sans fatigue et sans gêne. Quant au moignon, il est très-régulier, très-beau ; et il n'y a aucune rétraction.

M. RICHARD. Les amputations de Lisfranc ont été rarement pratiquées ; aussi le malade présenté par M. Guersant est-il fort intéressant. Les cas dans lesquels cette opération est indiquée sont fort rares ; cette opération est difficile pour les personnes qui sont peu habituées aux manœuvres des amphithéâtres, et, dans presque toutes les circonstances, il doit être possible et même préférable de scier les métatarsiens dans leur continuité. C'est un point de pratique chirurgicale qui mérite de fixer l'attention.

M. LEGOUEST. Je demanderai à M. Guersant s'il se rappelle comment son jeune malade marchait dans les premiers moments où il a pu se lever, avant de quitter l'hôpital. J'ai pratiqué plusieurs fois cette amputation tarso-métatarsienne, à la suite de congélation, et j'ai toujours vu que, dans les premiers temps, le pied était fortement relevé en dedans, vers son bord interne, de façon que l'amputé marchait sur le bord externe. Peu à peu la plante du pied s'abaisse et la marche se régularise ; l'opéré s'appuie alors en plein sur son moignon.—Quant à l'opinion émise par M. Richard, je la crois peu fondée. Dans la désarticulation de Lisfranc, on ne fait pas une section régulière du pied, on coupe une plus grande partie du bord externe que du bord interne ; or cette irrégularité m'a toujours paru favorable à la marche des opérés.

M. GUERSANT se rappelle très-bien que, dans les premières semaines où il a pu se lever et s'appuyer sur son moignon, le malade marchait sur le bord externe du pied ; le bord interne étant fortement relevé. Il ajoute qu'il a eu trois fois l'occasion de pratiquer l'amputation tarso-métatarsienne : dans ce cas, c'était à la suite d'un écrasement du pied, une autre fois à la suite de gangrène, la troisième fois à la suite d'une maladie des métatarsiens.

M. BROCA. M. Richard semblait tout à l'heure se demander dans quel cas l'on pourrait, l'on devrait même donner la préférence à une amputation de Lisfranc sur la résection des métatarsiens ; mais, sans insister ici sur les cas dans lesquels une violence extérieure, un broiement, a en quelque sorte tracé au chirurgien la ligne qu'il doit suivre dans une amputation, je rappellerai seulement certaines maladies des métatarsiens, dans lesquelles il n'est pas permis de ménager même une portion de l'os malade. Dans ces circonstances, la désarticulation partielle du pied, tarso-métatarsienne, peut être indiquée, et elle a été pratiquée un certain nombre de fois.

M. RICHARD. Si le précepte de conserver le plus possible d'un membre doit être appliqué dans une région, dans un organe, c'est surtout pour le pied qu'il doit être suivi. Aussi, tant qu'il est possible de couper dans la continuité des métatarsiens, je pense qu'il vaut mieux agir ainsi que de porter le couteau dans ces articulations si difficiles à bien ouvrir, et qui constituent la ligne articulaire tarso-métatarsienne. Si le précepte indiqué par M. Legouest est reconnu vrai, rien n'empêche de scier les métatarsiens obliquement, au lieu de les couper perpendiculairement à l'axe du pied, de donner, par conséquent, plus de longueur au bord interne du pied qu'à son bord externe.

On s'est exagéré sans doute autrefois le danger d'ouvrir les articulations du pied ; l'on est bien revenu de ces craintes, que l'on pourrait maintenant presque appeler chimériques ; mais si cette considération a perdu de sa valeur, la première que je viens d'indiquer (conserver le plus possible dans la longueur du pied) reste tout entière. Enfin, l'on pourrait sans doute réunir un certain nombre d'opérations de Lisfranc, mais il est permis d'ajouter qu'elles ont été rarement pratiquées.

M. VERNEUIL n'a pas rassemblé toutes les opérations de Lisfranc rapportées dans nos recueils de chirurgie, mais on en trouverait encore une certaine quantité dans les journaux tant français qu'étrangers. La désarticulation tarso-métatarsienne est difficile sans doute ; mais cette difficulté n'existe que pour des chirurgiens qui ne se seraient pas exercés dans les amphithéâtres. D'un autre côté, scier les métatarsiens est une opération aussi longue et au moins aussi difficile et aussi laborieuse que la première. Enfin, l'opération de Lisfranc exige un lambeau plus petit que l'amputation dans la continuité du métatarse. C'est une considération qui a bien aussi sa valeur quand il s'agit de discuter les indications et les contre-indications de telle ou telle résection partielle du pied.

M. HUGUIER insiste de nouveau sur les indications de l'amputation de Lisfranc, et notamment sur les maladies chroniques des métatarsiens, scrofuleuses, tuberculeuses, etc.

Ce sont bien là des cas, ajoute M. Huguier, où l'on devra avoir recours à la désarticulation tarso-métatarsienne. M. Richard a déjà répondu lui-même en partie aux objections qu'on pourrait adresser à cette opération, quand il a dit que cette désarticulation offrait moins de danger qu'on aurait pu le craindre tout d'abord. Le manuel opératoire ne doit pas arrêter non plus le chirurgien. Quand cette opération est pratiquée à la suite d'un traumatisme violent, elle offre les mêmes points de repère que sur le cadavre. Si au contraire le pied est tuméfié, induré, que les saillies soient plus difficilement appréciables, j'ai l'habitude de faire d'abord une section perpendiculaire à l'axe du pied ; puis, si je ne tombe pas de suite sur les jointures, je dissèque profondément les parties molles, en remontant, et je ne tarde pas à tomber dans les articulations et à pouvoir terminer aisément l'opération. Les tissus indurés, fongueux, s'affaissent bientôt, et rentrent dans leur état normal. Aussi n'hésité-je pas à tailler un lambeau, même quand il doit être recouvert en partie de fongosités. Si celles-ci toutefois sont trop exubérantes, je les résèque avec des ciseaux courbes. Cette opération de Lisfranc est une bonne opération.

Je crois, du reste, avoir déjà démontré dans la Société que l'on avait trop critiqué, *à priori*, les amputations partielles du pied, notamment celle de Chopart. Or l'amputation de Lisfranc, quand elle est possible, me semble préférable à la désarticulation médio-tarsienne.

M. MOREL-LAVALLÉE présente un malade qui était entré dans son service avec une **luxation du coude** datant de trois mois, et qu'il a réduite. La lésion avait été prise pour une fracture, le bras était resté dans une extension permanente. La première fois que M. Morel fit des tentatives pour tâcher d'opérer la réduction de cette luxation, il n'obtint rien : cela tenait sans doute à ce que les aides ne pouvaient pas opérer des tractions régulières, continues et soutenues. Dans une seconde séance, M. Morel fit placer une échelle en travers dans l'amphithéâtre, et grâce à ce moyen les aides purent prendre sur les échelons un appui fixe ; ce qui permit d'augmenter leur force de traction et de la régulariser. L'olécrâne est descendue, le bras put être fléchi, la luxation fut réduite.

L'on sent bien encore la cupule du radius, mais elle ne se réduit jamais complétement, pourvu que la luxation date au moins de deux mois.

M. Morel cite, en terminant, une particularité qu'il a observée pendant la chloroformisation. Son attention fut détournée un instant du malade, et l'éponge au chloroforme continua d'être appliquée audevant des narines. Tout à coup il s'aperçut que le malade ne respirait plus, et que sa figure était tout à fait cadavérique. Il projeta immédiatement de l'eau froide sur la figure, le tronc ; imprima des mouvements au thorax, et le blessé ne revint à lui qu'au moment où il fit exécuter un mouvement brusque au bras malade.

M. RICHARD ne pense pas que la luxation soit réduite ; il retrouve tous les signes de la luxation du coude : saillie de la cupule du radius, saillie et écartement de l'olécrâne, saillie du tendon du triceps, saillie en avant de l'extrémité inférieure de l'humérus, etc. Il est surtout un signe qui, pour M. Richard, est pathognomonique. Il existe dans cette jointure des mouvements de latéralité que l'on ne peut jamais produire quand les os sont bien en place.

M. MOREL répond à M. Richard que M. Nélaton dit positivement dans la réduction des luxations anciennes du coude, la cupule du radius reste en arrière. L'olécrâne est abaissée et a repris sa position ; l'extrémité inférieure de l'humérus est tuméfiée, mais est à sa place normale ; le membre, qui était dans l'extension, peut être fléchi presque à angle droit. Enfin, les prétendus mouvements de latéralité n'ont rien qui doive étonner, attendu qu'il a rompu toutes les adhérences, tous les liens fibreux qui retenaient les os dans leur fausse position avant la réduction.

M. RICHARD ajoute que M. Morel a rendu sans aucun doute un grand service au malade, qu'il a converti une luxation complète en une luxation incomplète ; mais que, pour les mouvements de latéralité, ils ne seront jamais possibles, quand les os ont leur place normale, cette immobilité tenant non aux ligaments ; mais à l'engrènement des os.

MM. HUGUIER, GOSSELIN et LEGOUEST disent que la luxation n'est pas réduite : telle est l'opinion, dit M. Huguier, de tous nos collègues qui viennent d'examiner le malade ; ni le cubitus ni le radius n'ont repris leur position normale. M. Gosselin ajoute que l'on peut se laisser aller à certaines illusions, et croire parfois avoir obtenu la réduction d'une luxation quand la luxation persiste. Pour M. Legouest, non-seulement la luxation persiste, mais, en considérant l'ancienneté de la luxation, il eût été fort surpris si la luxation eût été réduite.

M. LARREY regrette l'absence de M. Michon. M. Michon avait appelé MM. Larrey, Robert, Maisonneuve et Monod pour un cas de luxation ancienne du coude ; toutes les tentatives de réduction restèrent infructueuses. M. Larrey se borne à mentionner ce fait, qui appartient à M. Michon.

M. HUGUIER trouve cette opinion émise par MM. Larrey et Legouest trop absolue ; l'on pourrait croire qu'une luxation datant de trois mois est irréductible fatalement. Mais M. Huguier a présenté à la Société un malade atteint d'une luxation du coude datant de trois mois, et il a pu réduire cette luxation.

M. RICHET. M. Morel nous a dit que pendant la chloroformisation le malade avait couru les plus grands dangers, et qu'il n'était sorti de cet état alarmant qu'au moment où l'on avait imprimé un mouvement au membre blessé. Mais la vie du malade a-t-elle été si menacée ? Si celui-ci avait été profondément endormi, complétement insensible, ce n'est pas un mouvement douloureux qui aurait pu le réveiller et le faire sortir de cet état de stupeur qui a tant effrayé M. Morel.

M. Richet ajoute qu'il a mesuré la distance entre l'épitrochlée et l'olécrâne, et qu'il a trouvé une différence de 2 centimètres entre le membre malade et le membre sain. La différence entre la distance de

l'épicondyle et l'olécrâne de l'un et l'autre côté est encore plus grande.

M. MARJOLIN. Les fractures partielles de l'extrémité inférieure de l'humérus peuvent être souvent prises pour des luxations. J'ai vu un grand nombre de semblables méprises. Il arrive même parfois que si tout d'abord on n'avait pas senti nettement et distinctement la crépitation, on pourrait douter quelques jours plus tard qu'il a existé une fracture, tant les signes disparaissent vite parfois, surtout chez les enfants. Aussi, dans les luxations anciennes, je me méfie toujours de ces causes d'erreur.

M. MOREL. Nous restons deux convaincus que la luxation est réduite : le malade, qui ne pouvait plus se servir de son membre et qui va pouvoir reprendre ses occupations, et moi, qui ai constaté la différence énorme qui existe entre les signes avant la réduction et ceux que nous trouvons aujourd'hui. Je me propose du reste de représenter le malade dans une autre séance, et de donner des détails plus précis sur la mensuration.

M. HOUEL possède dans le Musée Dupuytren une pièce de luxation incomplète du coude, qui a été donnée par M. Gélis (de Nantes), et il est convaincu que les altérations sont les mêmes chez le malade présenté par M. Morel.

— M. MOREL présente un autre malade atteint d'**exostose du fémur**, curieuse surtout à cause d'un bruit de claquement particulier que l'on entend lorsque le malade fait quelques mouvements. Cette exostose, du volume d'un œuf de pigeon, est située sur la face antérieure du fémur, à peu près à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de cet os.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEPAUL présente un exemple de **dépression de l'un des os du crâne** observé chez un nouveau-né. Ces lésions ont déjà été étudiées, notamment par M. Danyau, dans un mémoire publié dans le journal de M. Malgaigne. Voici les détails communiqués par M. Depaul :

La dépression existe sur le coronal gauche. L'enfant me fut présenté le 1er janvier, à l'hospice des Enfants assistés. En constatant cette dépression, je n'hésitai pas à affirmer qu'elle avait été produite au moment de l'accouchement, que la mère devait offrir un rétrécissement du bassin, et que la tête s'était trouvée en première position, occipito-cotyloïdienne gauche. Le premier et le second jour, il n'y avait pas d'ecchymose à la paupière correspondante. Le troisième jour, l'ecchymose parut; elle augmenta le quatrième, et je diagnostiquai non-seulement une dépression, mais une fracture du coronal.

L'enfant, mal alimenté, dépérit, maigrit, fut pris de diarrhée, et succomba à cet état d'épuisement que j'appelle entérite des nouveau-nés.

A l'autopsie, nous avons suivi l'ecchymose de la paupière, et plus haut, sous l'arcade orbitaire, au niveau de la partie interne, nous avons trouvé un petit épanchement bien circonscrit, et, en ce point une fêlure du frontal, commençant au niveau de l'arcade sourcilière, et se prolongeant un peu en arrière sur la voûte orbitaire.

La calotte crânienne enlevée avec précaution, on aperçoit sur l'hémisphère antérieur du cerveau une dépression correspondant à la lésion du frontal, dont nous allons parler; mais la pulpe cérébrale n'a subi aucune altération.

Quant à la dépression du coronal, elle siége au niveau de sa partie centrale; elle a un peu plus de surface qu'une pièce de 5 francs; l'enfoncement est nettement constitué, et atteint à son centre à peu près 8 ou 10 millimèt. Outre la fracture qui a déjà été mentionnée, on rencontre une fêlure parallèle à l'arcade orbitaire, et siégeant un peu au-dessus du sourcil, à 1 ou 2 millimètres au-dessous de la circonférence de la dépression. La table externe n'en présente aucune dans le reste de son étendue. La table interne, qui fait du côté de la cavité crânienne un relief en rapport avec la dépression extérieure, présente quelques petites fêlures dirigées en étoiles.

J'ai voulu savoir quel était cet enfant, et d'où il venait. J'ai appris qu'il était né à la Clinique le 28 décembre; je l'ai vu le 1er janvier. J'ai pu avoir de M. Blot tous les renseignements sur la mère, et sur la manière dont l'accouchement avait eu lieu.

La femme, âgée d'une trentaine d'années, a déjà eu deux enfants avant ce dernier : à chaque grossesse, l'accouchement a été laborieux, a duré plusieurs jours, et les enfants n'ont pas vécu. Mais elle affirmait de la manière la plus positive que les autres enfants ne présentaient à leur naissance aucune dépression sur la tête.

Elle entra à la Clinique le 28 décembre; elle était en travail, et l'on put constater que le col était dilaté, et que la poche des eaux était intacte; mais le doigt, porté aussi loin qu'il pouvait atteindre, ne rencontrait rien; les parois abdominales étaient flasques, et l'on pouvait très-facilement reconnaître la position de l'enfant. Le siége était à droite, la tête dans la fosse iliaque gauche, et les battements du cœur étaient forts et bien perceptibles au niveau de l'ombilic.

M. Blot voulut tenter la version abdominale. Il ramena sans peine la tête au niveau du détroit supérieur du bassin; mais aussitôt qu'il l'abandonnait, l'enfant se plaçait de nouveau dans sa première position.

M. Blot fit alors maintenir la tête au niveau du détroit supérieur, et pendant que le chef de clinique la fixait dans cette position, il rompit les membranes. Le liquide s'écoula, mais la tête ne descendit pas encore, et, comme il arrive presque infailliblement en pareil cas, une anse de cordon vint s'engager entre la tête et le détroit supérieur. M. Blot voulut la réduire; mais, comme il arrive encore, pendant qu'il repoussait une anse d'un côté, une autre faisait procidence d'un autre côté. M. Blot résolut alors de terminer promptement l'accouchement, et appliqua le forceps.

On avait constaté un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur, qui n'avait guère que 9 centimètres au lieu de 11. Le forceps fut facilement et très-régulièrement appliqué; la tête était en première position (occipito-iliaque gauche antérieure), le forceps embrassait les côtés de la tête. Il fallut employer une grande force dans les tractions; tout à coup il y eut une secousse brusque, et l'on entendit un petit craquement. Dès lors, le reste de l'accouchement fut très-simple. L'enfant vint au monde recouvert de méconium, ce qui indiquait qu'il avait souffert et que le cordon avait été serré; mais il respira aussitôt, et en peu d'instants il fut tout à fait remis et très-vivace. Quand je la vis le 1er janvier, cette petite fille était pleine de vigueur; mais elle succomba, comme succombent beaucoup des enfants assistés, à une alimentation d'abord insuffisante, et ensuite à cette entérite particulière que l'on rencontre dans ces circonstances.

Quant à la mère, dès le 28 décembre au soir, elle fut prise d'un frisson violent, et en trois jours elle fut emportée par une de ces fièvres puerpérales presque foudroyantes, comme on en voit surtout dans certaines épidémies.

A l'autopsie, on put constater le rétrécissement du bassin : il était déterminé par la saillie en avant de l'angle sacro-vertébral, et présentait 9 centimètres. Derrière la symphyse pubienne, le rétrécissement était encore plus prononcé, et l'on ne trouvait plus que 8 centimètres. Il existait en effet, derrière la symphyse, une saillie, une exostose qui proéminait en arrière et diminuait d'autant le diamètre sacro-pubien.

Cette observation montre un des mécanismes par lesquels les obstacles à la sortie de la tête de l'enfant peuvent être vaincus. La tête, en passant, a été violemment comprimée contre l'angle sacro-vertébral, et il en est résulté la dépression que je vous ai montrée.

Ces dépressions ne sont pas dangereuses, et chez cet enfant cette lésion n'a été pour rien dans sa mort; s'il n'était point survenu d'autres accidents, il eût survécu, et cette dépression eût même fini par disparaître. J'ai déjà vu beaucoup de faits semblables, et il n'en est point résulté de troubles chez les nouveau-nés. L'observation la plus curieuse est celle que j'ai recueillie avec notre confrère M. Ménière, chez une dame atteinte d'un rétrécissement du bassin. Cette femme a eu cinq enfants; tous les cinq sont nés spontanément, sans application de forceps, avec une dépression d'un des os du crâne; tous les cinq sont vivants, et n'ont jamais éprouvé le moindre accident. Cette dépression, au bout d'un certain temps, a fini par disparaître.

— M. MOREL-LAVALLÉE présente une **tumeur qu'il a enlevée sur le bras d'une femme** à l'hôpital Necker. Cette tumeur est ovoïde, grosse comme un œuf de dinde, d'une dureté fibreuse. La peau qui la recouvrait était saine. Une coupe transversale fait voir un tissu assez curieux *qui ressemble à de la sciure de bois, ou des particules osseuses qui auraient été pétries avec du suif*. Les micrographes qui ont vu cette tumeur ne sont pas encore d'accord; elle me paraît devoir être rapprochée des tumeurs produites par une altération des glandes sudoripares.

M. BAUCHET a vu une tumeur semblable enlevée aussi sur le bras par M. Jarjavay, à l'hôpital des Cliniques; seulement les particules qui ressemblent à de la sciure de bois étaient plus compactes. C'est un mélange de matière sébacée et de débris épidermiques. Le début, la forme, la marche de ces tumeurs leur donnent tous les caractères des *tannes*.

— M. BÉRAUD présente, au nom de M. Danyau et au sien, un exemple de **goitre congénital observé chez un fœtus de cinq mois et demi.** (Voir plus haut.)

— M. LARREY présente une **tumeur du cou** envoyée par M. Isnard (de Metz). C'est un exemple de cancer. (La pièce et l'observation sont renvoyées à une commission composée de MM. Larrey, Broca et Follin).

— La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire, BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 5 février 1861, le paragraphe IV de l'article 2 de l'arrêté du 15 juillet 1858 est rapporté.

La clôture du registre d'inscription des Facultés pour le premier trimestre de l'année classique est de nouveau fixée au 15 novembre, époque de l'ouverture du cours.

Les jeunes gens qui n'auraient obtenu le diplôme de bachelier que dans la session de novembre, seront exceptionnellement admis à prendre leur première inscription jusqu'au 20 novembre inclusivement.

— Par arrêté du 5 février 1861, M. Sappey, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, agrégé hors cadre près la même Faculté, est rappelé à l'activité comme agrégé dans la section des sciences anatomiques et physiologiques, en remplacement de M. Rouget, nommé professeur à Montpellier.

— Par arrêté du 8 février 1861, M. Delacalle, bachelier ès sciences, est nommé préparateur du cours de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris (emploi nouveau).

— Par arrêté du 8 février 1861, M. le docteur Lemaistre, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé professeur suppléant près ladite école, en remplacement de M. Boulland, nommé professeur adjoint.

M. le docteur Thouvenet est nommé professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, en remplacement de M. Montanceix, démissionnaire.

— Par arrêté du 8 février 1861, M. Kayser, chef des conservations et cabinets de la Faculté de médecine de Strasbourg, et chargé des fonctions de bibliothécaire de l'Académie, est admis par ancienneté de service à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Piton est chargé des fonctions de bibliothécaire, en remplacement de M. Kayser.

M. Engel, agrégé stagiaire près la Faculté de Strasbourg, est chargé des fonctions d'aide bibliothécaire à ladite Académie.

— Par arrêté du 11 janvier, M. le ministre de l'intérieur a nommé M. le docteur Lescellière-Lafosse, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, médecin de la maison centrale de détention de la même ville, en remplacement de M. le professeur Lordat, démissionnaire.

— En vertu d'un décret du 19 janvier, à l'avenir, les places de professeurs dans les écoles vétérinaires ne seront plus données par la voie du concours. Les professeurs seront nommés directement par le ministre de l'agriculture, et pris parmi les chefs de service.

— Les médecins-majors de 1re et de 2e classe aujourd'hui employés dans les corps de troupes et qui désirent passer dans le service des hôpitaux, sont invités à en formuler la demande écrite, en indiquant expressément la spécialité médicale ou chirurgicale à laquelle ils se destinent.

Cette demande sera adressée par la voie hiérarchique au ministre de la guerre (bureau des hôpitaux et invalides).

Les épreuves, réglées par le programme du 13 février 1860 inséré au *Journal militaire*, auront lieu entre médecins de même grade, c'est-à-dire que les médecins-majors de 1re classe concourront entre eux, et qu'il en sera de même pour les majors de 2e classe.

Il n'est imposé aucune condition d'ancienneté de grade.

Les demandes des concurrents devront être parvenues au ministre au plus tard le 10 mars 1861.

— Une société locale agrégée à l'Association générale, vient de se constituer pour l'arrondissement de Soissons. M. le docteur Missa a été présenté au choix de l'Empereur pour la présidence de cette société nouvelle, qui sera la troisième dans le département de l'Aisne.

— M. le docteur Rochard commencera un cours public sur les maladies de la peau, dimanche 17 février, à une heure, à son dispensaire, rue du Pont-de-Lodi, 6, et le continuera tous les dimanches à la même heure.

— M. le docteur Doumic ouvrira un cours clinique sur les maladies des yeux, à son dispensaire, rue du Pont-de-Lodi, 6, le lundi 18 février, à onze heures du matin, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 21. — MARDI 19 FÉVRIER 1861. (34e ANNÉE.) N° 21. — MARDI 19 FÉVRIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 6.000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7.000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 FÉVRIER 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Jobert (de Lamballe) a exposé à l'Académie l'histoire d'un blessé de l'armée de Crimée auquel il a pratiqué la trépanation crânienne pour extraire de la région frontale une balle qui avait séjourné pendant vingt-deux mois au-devant de la dure-mère. Nous avons publié l'histoire détaillée de ce fait intéressant à l'époque où le blessé est sorti de l'hôpital, il y a plus de deux ans. M. Jobert, avant de communiquer ce fait à l'Académie, a cru devoir laisser écouler un laps de temps suffisant pour que l'on pût juger de ses dernières conséquences. Ce délai lui a permis en effet de constater un résultat définitif extrêmement important, savoir : l'oblitération de l'espèce d'infundibulum résultant de l'extraction d'une virole osseuse du front, par le développement d'une lame fibro-cartilagineuse formée par la dure-mère : fait qui rentre dans la loi physiologique de la reproduction osseuse par le périoste, établie et formulée par M. Flourens.

Nous signalerons à cette occasion le nouvel acte de munificence et de haut encouragement dont M. le maréchal Vaillant a annoncé à l'Académie la bonne nouvelle. S. M. l'Empereur, s'associant aux intentions philanthropiques de l'Académie, a manifesté l'intention d'ajouter dix mille francs au prix qui sera ultérieurement fixé pour la question de la régénération des os, que ce corps savant se propose de mettre au concours.

Nous avons annoncé, par erreur, dans le numéro de jeudi dernier, la clôture de la discussion sur les congestions cérébrales apoplectiformes à l'Académie de médecine. La discussion n'est pas close. Nous avons appris depuis que M. Bouillaud s'était fait inscrire pour prendre de nouveau la parole mardi prochain.

Qu'il nous soit permis, puisqu'il en est temps encore, de revenir ici à ce sujet, et avec une nouvelle insistance, sur le regret que nous avons déjà exprimé relativement aux lacunes de cette discussion. Nous appellerons notamment l'attention des orateurs qui se proposent de prendre encore la parole, sur deux points essentiels qui n'ont pas été traités : sur les conséquences pratiques qui devront découler des points de pathologie mis en lumière dans cette discussion, par rapport à la thérapeutique et par rapport à la médecine légale. M. Trousseau a déjà fait un appel sur ce dernier point à ceux de ses collègues qui ont une compétence spéciale en cette matière. Nous nous joindrons d'autant plus instamment à cet appel, que nous croyons savoir que plusieurs membres ont des faits extrêmement importants à révéler à cet égard. — Dr Brochin.

DES APPROCHES DE LA MORT,

DE LEUR INFLUENCE SUR LES FACULTÉS DE L'INTELLIGENCE ET SUR LES ACTES DE DERNIÈRE VOLONTÉ.

L'homme est ainsi fait qu'il ne jouit jamais d'un équilibre permanent des facultés de l'intelligence. Lorsqu'il a tout acquis, il perd. S'il ne peut rien regagner, il continue à perdre. Rien n'est immobile : la vie a ses saisons, personne ne s'y arrête.

L'enfant qui babille et le vieillard qui radote sont l'un et l'autre dépourvus de raison, ce *maître intérieur* dont parle Fénélon. Le premier ne peut pas encore former des idées, le second n'en forme plus. « C'est la pensée qui fait l'être de l'homme, » a dit Pascal ; c'est elle qui nous guide dans les phases si accidentées de notre existence, et c'est elle aussi qui, saine, malade ou moribonde, nous assiste aux moments avant-coureurs de notre dissolution physique.

En mettant soigneusement de côté tous les troubles psychiques et convulsifs qui composent un groupe à part de la nosologie, et en étudiant, soit dans son extrême vieillesse, soit aux approches de la mort, *le seul animal* qui, d'après Aristote, « soit capable de réfléchir et de délibérer, » il nous a semblé que l'on n'avait point encore sévèrement analysé et signalé les anomalies intellectuelles de l'homme qui déjà meurt en détail, et de celui qui dans un instant aura totalement fléchi sous les coups de lésions anatomiques. Cependant il y a là quelque chose.

Trop exclusivement préoccupé du diagnostic et de la thérapeutique de l'affection qu'il est appelé à traiter, le médecin passe souvent à côté de faits d'un ordre élevé et dignes d'un grand intérêt ; il ne s'attache pas assez à reconnaître l'état exact de l'entendement chez son malade, et il ne saisit pas, en général, le moment opportun pour lui donner le conseil de songer à ses affaires et à son acte de volonté dernière. Il peut arriver alors que de trop tardives dispositions, émanant d'une raison qui chancelle et d'une volonté qui s'assoupit, viennent bouleverser la fortune des familles, et favoriser la ruse, l'hypocrisie et l'audace.

On ne peut se défendre d'une certaine émotion en parcourant les pages que Bichat (1) a consacrées à la description de la décrépitude corporelle. Avec quels mâles accents ne nous dépeint-il pas ce vieillard, isolé au milieu de la nature, privé de désirs, de sensations, que les idées abandonnent, chez lequel la mémoire des choses présentes se détruit, et dont les perceptions s'effacent par degrés !

Les progrès de l'âge apportent des changements surprenants dans le caractère du vieillard. Il devient un être profondément égoïste. Comme chaque pas qu'il fait est un pas vers la mort, il se surprend volontiers ne pensant qu'à lui et à sa conservation. Le temps se charge de déployer un voile sur ses facultés affectives, et si les liens qui l'unissent à sa famille et à ses amis vont chaque jour en s'affaiblissant, chaque jour il prend une douce revanche et s'aime davantage. Si, mettant ces tendances à profit, les personnes qui l'entourent ne semblent s'intéresser qu'à lui, à sa santé, à ses besoins, à son bien-être et même à ses plaisirs, on comprend qu'il subira lentement l'influence calculée de cœurs aussi *sympathiques*. Mais le législateur a prévu la *captation*, et ce serait sortir de notre cadre que de discuter cette question. Disons cependant qu'en cette matière les témoignages probatoires sont difficilement acceptés, qu'il y a toujours présomption en faveur de la liberté morale du testateur, et qu'il est rare que le médecin soit obligé d'intervenir.

Du vieillard au mourant il n'y a qu'une distance *imminemment* franchissable : or, à la phase ultime de notre existence, si ce dernier a encore le sentiment de son identité personnelle, il est très-souvent devenu incapable d'affection ; il ne se passionne pour rien, excepté pour la vie peut-être, et il est exposé à déférer automatiquement à une impulsion étrangère, contre laquelle il ne tentera même pas une lutte inutile. A ce moment suprême, la cupidité veille : une chance dangereuse est ouverte aux tentatives spoliatrices : *Demon circuit sicut leo quærens quem devoret.*

Sans vouloir tracer ici des règles fixes à l'endroit des phénomènes psychiques efferts par l'agonie, et sans quitter d'un seul instant notre point de départ, nous croyons qu'il est possible de ramener à trois cas distincts les différents genres de maladies qui conduisent à la mort.

Le premier genre comprend les nombreuses affections dans lesquelles le délire n'apparaît à peu près jamais, même aux approches du décès. Non-seulement l'intelligence est conservée jusqu'à la fin, mais elle acquiert quelquefois une très-remarquable pénétration.

Le second genre renferme les maladies qui n'intéressent que secondairement le cerveau. Les facultés mentales sont dans un état mixte, et le malade a en quelque sorte un pied dans le camp de la raison et l'autre dans celui du délire.

Nous plaçons enfin dans le troisième genre toutes les lésions de l'encéphale, et l'on sait qu'elles s'accompagnent à peu près toutes de la perte absolue de l'entendement.

Grâce à cette division, nous allons pouvoir passer en revue sans confusion tous les tons de la gamme pathologique, apprécier les dispositions de l'esprit propres à chacun, et préparer pour plus tard une réponse à peu près certaine à cette question si fréquemment posée par la justice : le testateur était-il sain d'esprit ?

1° Le délire est un phénomène tout à fait exceptionnel à la période terminale d'un groupe assez considérable de maladies, parmi lesquelles nous mentionnerons principalement la phthisie pulmonaire, les affections cardiaques et hépatiques, le cancer de l'estomac et de l'intestin, les hémorrhagies et la très-grande majorité des lésions chirurgicales. Il ne s'observe jamais dans aucune des phases du rhumatisme articulaire aigu, de la pleurésie, de la péricardite, de la péritonite, et en général des états morbides des membranes séreuses.

Le malade conservant l'usage de sa raison jusqu'au dernier soupir, reste libre et capable de *délibérer*. Or, sait-on ce que c'est que délibérer? Un philosophe va nous l'apprendre : « Délibérer est un acte de l'intelligence, acte complexe et multiple dans lequel, si on le voulait, il serait aisé de retrouver tous les modes de la pensée (1). » Nous n'aurions donc qu'à passer outre, si, à côté de cet état parfait d'intégrité mentale, nous n'avions à faire ressortir une circonstance particulière, qui, lorsqu'elle se rencontre, a le juste privilége de frapper beaucoup l'esprit.

On voit assez fréquemment, par exemple, l'attention, distraite par les désordres organiques, reprendre, un peu avant la mort, toute son activité et toute sa plénitude. La prostration physique est remplacée par l'exaltation intellectuelle. A ce moment où les illusions de la vie s'évanouissent à jamais, l'agonisant, écartant les plis du linceul qui va le dérober au monde, élève une dernière fois la voix. Ses paroles ont quelque chose de solennel, de terrible et de prophétique; les assistants sont étonnés, émus, subjugués. Il leur « semble entendre la sentence d'un condamné qui se lève pour aller au supplice (2) ».

Sans chercher à analyser une manifestation psychologique aussi curieuse, les auteurs ont vaguement entrevu cette situation *à demi céleste* que l'on observe parfois dans l'agonie, et ces heures révélantes des approches de la mort dans lesquelles le patient tire l'horoscope des siens, annonce des événements et prédit l'avenir. M. le docteur Moreau (de Tours) a cependant consacré dans l'ouvrage si original qu'il vient de publier (3), — et qui a servi de texte à une ingénieuse réfutation de la part de M. Flourens (4), — quelques lignes bien senties sur le fait dont il s'agit. Il rappelle que dans maintes occasions on a vu les facultés s'élever au-dessus de leur diapason normal et briller d'un éclat inaccoutumé; qu'Alfieri expirant récita avec enthousiasme des vers d'Hésiode qu'il n'avait lus qu'une fois; que l'empereur Adrien et que Ronsard improvisèrent sur leur lit de mort des vers qui sont restés des modèles, et que la pensée peut acquérir une pénétration et le jugement une sûreté en désaccord complet avec la mesure de l'esprit pendant la vie.

Cicéron et Sénèque, si nous en croyons Virey (5), ont pensé que la mort n'était point exempte de volupté, et Barthez, aussi bien que Cabanis, n'auraient point été éloignés de partager cette manière de voir; pour eux, « cet épanchement du songe dans la veille, » pour nous servir d'une expression de l'infortuné Gérard de Nerval (6), devrait être empreint d'une délicieuse poésie.

Zimmermann (7) a parlé d'enfants qui, sur la fin de leur dernière maladie, avaient donné tout à coup les preuves d'une intelligence presque supérieure. Ce fait est vrai, et il semble qu'au moment où l'âme « se dégage de la matière et aspire à sa délivrance » (8), le jeune être escompte les richesses mentales et affectives d'un autre âge. Un de nos savants confrères, M. le docteur Poinsot, nous en rapportait récemment un touchant exemple : un petit garçon de sept ans, quelques minutes avant de succomber, a fait approcher de son lit tous ses parents, et cela par ordre hiérarchique, leur a tenu un langage élevé et tendre, et après des adieux déchirants, a pu disposer encore d'un instant pour témoigner à son médecin la plus sympathique gratitude pour les soins qu'il lui avait prodigués. M. Poinsot s'est retiré très-vivement impressionné, et cherchant une explication. Quelque imparfaite qu'elle soit, nous essayerons d'en donner une dans un instant.

Il y a déjà un demi-siècle, Fodéré a écrit le passage suivant : « On connaît, dit-il, les actions et les discours de Sénèque et des autres victimes des tyrans de Rome, à leur heure suprême, dans le bain chaud, les quatre veines ouvertes; et l'on a raison, sur nos théâtres, de faire parler jusqu'au dernier soupir les héros blessés mortellement. » (9) Mais voyons à ce sujet ce qui se passe chez les aliénés.

---

(1) *Recherches physiologiques sur la vie et la mort.*

(1) Damiron. *Cours de philosophie*, première partie, p. 251.
(2) F. Byron Bradley, *Essai sur la raison et la folie*, p. 18.
(3) *Psychologie morbide*, p. 432 et suiv.
(4) *De la raison, du génie et la folie.*
(5) *De la physiologie dans ses rapports avec la philosophie*, p. 308.
(6) *Le rêve et la vie*, p. 28.
(7) *Traité de l'expérience*, ch. 4.
(8) H. Lauvergne. *De l'agonie et de la mort.*
(9) *Traité de médecine légale et d'hygiène publique*, t. I, p. 261.

L'aumônier, de regrettable mémoire, d'un grand hôpital spécial, nous a souvent rapporté qu'au moment où il administrait les derniers sacrements aux malades, il était à même de recevoir quelquefois des confessions empreintes de la netteté d'esprit la plus significative et de la piété la plus fervente. Le prêtre auquel nous faisons allusion était un observateur fin, sagace et réfléchi, et nous sommes peu porté à mettre en doute son témoignage. D'ailleurs, un médecin dont le nom fait autorité dans la science, M. le docteur Brierre de Boismont, a publié trois cas vraiment remarquables (1).

Le premier est relatif à un dément qui, après cinquante-deux ans de maladie, recouvra la raison à la veille de sa mort. Le second se rapporte à un paralytique qui parut se réveiller d'une longue léthargie. Pendant les deux jours qu'il vécut ainsi, il exprima « dans les termes les plus touchants les regrets amers que lui faisait éprouver l'abandon indigne dans lequel il avait laissé sa pauvre mère. » Une dame enfin, âgée de soixante-deux ans et en proie depuis plusieurs mois à une profonde mélancolie, se ranima, revint complétement à elle, s'entretint de ses affaires, et expira avec toute sa connaissance.

M. Brierre de Boismont ajoute : « Ce retour de la raison, cette phosphorescence plus grande de l'esprit qui semble déjà s'éclairer des feux de l'immortalité, étaient bien connus des anciens, qui recueillaient dans un religieux silence les paroles des mourants. »

M. Moreau (de Tours) a observé un cas analogue à ceux qui précèdent, et M. Baillarger, dont il faut toujours invoquer le profond savoir et la vaste expérience, nous a déclaré que le phénomène dont il s'agit se retrouvait dans le *délire aigu*, qu'il l'avait jusqu'à présent considéré comme un signe pronostique éminemment défavorable dans cette maladie, et qu'en général il précédait d'un jour ou de quelques heures la terminaison fatale.

Une chose que l'on a même avancée encore, c'est que chez les mourants la voix prend un timbre d'une suavité presque musicale : *Sonus consuetus, loquelæ planæ inclarum, canorum immutatur, cui cantitans quædam amœnitas conjuncta est* (2). Mais cette assertion n'est rien moins que démontrée.

L'explication de ces lucides et soudaines manifestations de la pensée, au moment du décès, est des plus difficiles à donner. Mais ne pourrait-on pas admettre, par exemple, que la mort étant occasionnée par une lésion dont le siége est ailleurs que dans les centres nerveux, une dérivation puissante est produite, et que le cerveau, entièrement dégagé, est plus libre que jamais? N'y a-t-il là, au contraire, qu'une simple excitation cérébrale, comme nous en éprouvons souvent dans le cours de la vie, sous l'influence de causes multiples, mais dont l'étiologie, pour cette fois, demeurerait insaisissable?

Pour ce qui concerne les aliénés qui récupèrent *in extremis* le libre usage de leurs facultés, M. Moreau (de Tours) n'hésite pas à ne voir là « autre chose qu'un pur effet de dérivation (3). »

2° A la suite des très-longues maladies, lorsque le sang est notablement appauvri, le système nerveux devient d'une grande impressionnabilité : la moindre cause, un malaise en apparence insignifiant, peuvent troubler l'exercice de la pensée. Ce phénomène, dû à une action sympathique ou réflexe, annonce la part prise par le cerveau à la souffrance d'un organe éloigné, ou trahit la participation de l'encéphale à la débilité générale. Il s'ensuit pour le patient une série d'oscillations intellectuelles et d'irrésolutions extrêmement curieuses à étudier : il se manifeste en ce moment une mobilité d'esprit telle, que les idées les plus contraires sont tour à tour adoptées, puis abandonnées, et que ces lueurs indécises de sentiment et de raison viennent démontrer jusqu'à l'évidence au médecin que la volonté ne tient plus qu'imparfaitement les rênes, et que l'activité va bientôt cesser d'obéir. Sans doute, tout le monde peut saisir au milieu de cet état mixte les saillies passagères d'un jugement sain, mais il n'en existe pas moins parallèlement des traces évidentes, quoique fugitives, d'aberration.

C'est dans cet état, alors que la vie abandonne lentement les centres nerveux, qu'il est possible de retrouver ce que l'on a appelé les *terreurs des mourants*, c'est-à-dire ce subdélirium entretenu par des hallucinations, des illusions des sens, et par des songes fantasques empruntés à une imagination que le principe coordinateur règle mal ou ne règle plus. Le subdélirium dans ce cas est loin d'être continu ; il alterne avec la jouissance pleine et absolue du libre arbitre, mais en général les instants de répit qu'il vient à laisser sont des instants d'une amère tristesse, d'un profond désespoir. « L'idée de notre heure suprême, dit Bichat, n'est pénible que parce qu'elle termine notre vie animale, que parce qu'elle fait cesser toutes les fonctions qui nous mettent en rapport avec ce qui nous entoure. C'est la privation de ces fonctions qui sème l'épouvante et l'effroi sur les bords de notre tombe. »

Nous ne devons pas omettre ici, à propos du second genre de maladies, — celles qui n'intéressent que très-secondairement le cerveau, — d'établir un diagnostic différentiel important. On voit quelquefois les familles et même les médecins attribuer aux progrès de la scène pathologique et aux approches de la terminaison fatale des conceptions délirantes, et une dépression ou une surexcitation nerveuse qui ne tiennent au contraire qu'aux agents thérapeutiques mis en œuvre ou qu'à une intoxication préalable. Il s'agit cependant de distinguer et de savoir remonter des effets aux causes, car un jour peut-être les derniers moments du malade seront l'objet de très-vives discussions devant la justice. Rappelons donc que les troubles de la raison dus à la belladone, à la jusquiame, à la digitale, au haschisch, s'accompagnent de loquacité, d'agitation et d'illusions d'*optique psychologique ;* que l'opium plonge dans la somnolence, les rêvasseries et le coma, à peu près comme l'intoxication par le plomb, et qu'enfin la dilatation des pupilles dans l'empoisonnement par les solanées vireuses, leur contraction dans le délire dû à l'opium, et la décoloration anémique de la peau, à la suite des accidents saturnins, sont autant de notions accessoires dont le médecin doit tenir compte, et que l'expert pourra ultérieurement mettre en relief.

La faculté de penser subsiste donc dans ce que nous avons appelé le second genre, mais on a vu au prix de quelles alternatives! Tant que le cerveau reçoit l'influence du sang artériel et que le cœur continue à battre avec une certaine force, les choses se passent comme nous avons essayé de le décrire, puis il n'est pas très-rare d'observer encore quelques éclairs d'intelligence comparables aux vives lueurs d'une lampe qui s'éteint.... et c'en est fait de la vie.

En médecine légale, les incertitudes mentales qui viennent à signaler les heures dernières, et dont le reflet va s'inscrire dans un acte solennel, provoquent souvent des orages que le médecin traitant aurait peut-être pu prévenir. Mais n'anticipons pas.

Dans le prochain numéro nous achèverons l'étude de cette question. Dr Legrand du Saulle.

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1850, p. 531 et suiv.
(2) *Dissertatio de morientium cycneo cantu*, par Alberti.
(3) Ouvr. cit. p. 438.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Des fièvres larvées et des fièvres pernicieuses (1).

Avant d'aborder l'étude des diverses formes de la fièvre pernicieuse, laissez-moi appeler votre attention sur un grand fait que nous avons eu maintes fois l'occasion d'observer. Des hommes, par exemple, entrent dans notre salle Sainte-Agnès avec des accidents de pyrexie intermittente dont le germe a été contracté en Orient ou en Algérie. Ils ont eu la fièvre loin de la France, et ont été traités sur place; un an, deux ans, trois ans après leur retour, alors qu'ils sont rentrés dans la vie civile, ils retombent malades et entrent dans les hôpitaux.

Une circonstance doit vous frapper, c'est cette récidive de la manifestation fébrile, malgré la disparition de la cause première. On a tellement l'habitude de voir revenir un rhumatisme, une pleurésie, une pneumonie, qu'on trouve tout simple que la fièvre réapparaisse. Ce n'est cependant pas la même chose. Il importe beaucoup au clinicien de ne point se placer au même point de vue quand il parle du retour de la fièvre intermittente ou de la récidive de phlegmasies diverses. En effet, qu'un poumon s'engoue, cet état pathologique reconnaîtra une cause occasionnelle, immédiate, prédisposante peut-être, qui n'aura agi que depuis peu de temps, l'individu étant sain la veille. De même on peut dire qu'un homme prend une pneumonie tous les ans, qu'il en a eu dix, quinze pendant sa vie; mais on ne pourrait exprimer dans le langage qu'il a pris la fièvre et qu'il en prend une autre chaque année. On dit qu'un malade a une pneumonie depuis huit jours, qu'il a la fièvre depuis un an. Il y a une grande différence entre ces affections : l'une est regardée comme maladie unique, l'autre est unique également, mais chacune de ses manifestations n'est point une maladie nouvelle. Prenez un épileptique : direz-vous de lui qu'il a des épilepsies? Non, il a une épilepsie; seulement cette affection ne se produit que tous les jours, que tous les mois, que tous les ans. Vous dites d'un goutteux qu'il a sa goutte, entendant par là qu'il est goutteux alors même qu'il ne souffre pas, et qu'il n'éprouve aucune atteinte de gravelle — cette goutte du rein — ni d'asthme, cette autre goutte thoracique. N'en est-il pas de même pour le dartreux?

Il y a donc des maladies diathésiques, des maladies *in posse*, qui n'empêchent pas l'individu de jouir des apparences de la santé, mais qui, une fois qu'elles se sont emparées de lui, ne le quittent plus ou très-difficilement, et qui quelquefois ne guérissent pas, comme la goutte, et même comme la dartre, quand elle a pris droit de domicile. L'empoisonnement palustre se comporte absolument comme une maladie diathésique, et la fièvre se traduit le plus ordinairement par des accès intermittents et périodiques ; ils ne revêtent pas quelquefois les formes ordinaires de son type le plus commun. Au bout d'un an, de deux ans, de trois ans, les malades reprennent la fièvre ; ils en portaient le germe avec eux, semblables en cela aux goutteux et aux dartreux, qui, malgré des rémissions marquées, conservent le germe de leur diathèse.

J'ajoute enfin que le miasme palustre est un poison particulier à l'homme, car dans les lieux les plus infestés les animaux vivent parfaitement bien.

Vous vous souvenez sans nul doute de la classification que j'ai tenté d'établir dans la dernière leçon ; eh bien, de toutes les formes, la plus commune et la plus terrible est la forme comateuse ou soporeuse, *febris comatosa, apoplectica*. Elle simule l'apoplexie alors qu'elle n'en est point une. Le premier phénomène qui frappe les assistants, c'est la somnolence, la céphalalgie violente. On ne dort guère en général avec le frisson de la fièvre, on ne sommeille que dans la période de sueur; or, dans cette variété fébrile, les malades dorment au milieu de leur frisson, mais ils dorment d'un sommeil qui rappelle la stupeur, le carus. Vous les secouez, ils ouvrent les yeux, se plaignent d'avoir été éveillés et retombent. Le deuxième accès est quelquefois mortel, le troisième l'est habituellement. Dans un très-grand nombre de cas, ces malades sont considérés comme de véritables apoplectiques, et l'on a certes d'assez bonnes raisons pour le croire. S'il s'agit d'une hémorrhagie cérébrale, la stupeur est analogue, mais le frisson est de très-courte durée, et d'ailleurs la violence du pouls et la chaleur à la peau que l'on observe dans l'accès de fièvre pernicieuse ne sont nullement comparables à ce qui se passe dans l'apoplexie. Le stade de sueur se prolonge pendant huit, dix, douze ou quinze heures, puis le retour à la connaissance des choses du monde extérieur survient, le malade parle, est étonné de l'état dans lequel il se trouve, et paraît presque revenu à son état normal. Le frisson reprend au bout de douze heures si la fièvre est tierce, et de vingt-quatre ou trente-six heures si elle est quarte, et je vous ai dit ce qu'il advenait par la suite.

La fièvre pernicieuse délirante trompe les médecins, qui souvent prescrivent contre elle les médications les plus extravagantes. Le délire commence avec le frisson, et il ne s'abat qu'avec la sueur. Les malades sont très-fréquemment en proie à des hallucinations. Quelque traitement que l'on ait employé, l'homme de l'art et les familles sont ravis lorsque le délire vient à cesser; mais l'armistice n'est pas de longue durée, et si la mort a respecté le deuxième accès, elle sera sans pitié pour le troisième. Cependant si, instruit par le frisson et par la longueur du frisson, par la chaleur à la peau et la profusion de la sueur, vous administrez sans retard le sulfate de quinine, il est encore temps de prévenir le deuxième accès.

Dès le début de la forme pernicieuse convulsive, on observe des accidents épileptiformes et quelquefois tétaniformes.

Je n'ai jamais pratiqué d'autopsies après des fièvres pernicieuses convulsives ou délirantes, ou alors je ne m'en souviens pas; mais je n'oublierai jamais l'observation d'un garçon de pharmacie de l'hôpital de Tours, qui, grâce à des soins appropriés et immédiats, guérit d'une fièvre comateuse. Il avait repris son service, et à quelques jours de là nous remarquions chez lui une énorme dilatation des pupilles et du trouble de la vue; aussi M. Bretonneau voulut-il lui faire prendre du quinquina. Sept ou huit jours se passèrent sans que le précieux fébrifuge fût pris; un deuxième accès apparut et mort s'ensuivit. Nous trouvâmes à l'ouverture cadavérique une rate en bouillie et d'un volume énorme, les circonvolutions du cerveau aplaties, les ventricules dilatés et un épanchement ventriculaire.

D'après les écrits des médecins militaires de l'Algérie, la fièvre pernicieuse à forme algide serait assez fréquente dans l'Afrique française. Le frisson débute, en général, d'une manière légère, mais un refroidissement universel s'opère, la langue elle-même se glace, et lorsqu'on pince la peau, le pli est conservé comme dans le choléra. Il se manifeste dans beaucoup de cas, du côté du ventre, un flux analogue à celui que nous voyons dans la maladie asiatique, et le pouls est presque insensible aux radiales. Cet état dure rarement moins de vingt-quatre heures, et les malades se fondent en eau, à ce point que les matelas sont traversés et qu'il y a bientôt une mare sous le lit. Quand la diarrhée est persistante, le flux aqueux se fait par l'intestin et non plus par la peau. Les doigts restent comme macérés, le visage prend une teinte livide, et l'on est obligé de réchauffer artificiellement le malade, dont la mort peut survenir dans un premier accès, ce qui n'a pas lieu pour les autres formes de la fièvre pernicieuse. Au sortir d'un orage pareil, l'esprit est affaibli, fatigué, la sueur et la diarrhée cessent, et si le médecin n'a point encore soupçonné à quel genre de lésion il a affaire, il ne doit pas se méprendre sur le calme bienfaisant, sur la résurrection, en quelque sorte, qui succède à l'accès.

Arrivons à la fièvre pernicieuse syncopale, que Torti a si admirablement décrite. C'est de toutes les formes la plus dangereuse, la plus grave, puisque les malades, ainsi que vous allez le voir, sont abandonnés et laissés pour morts.

Le chef de la gare du chemin de fer à Avignon, sujet d'ailleurs à quelques manifestations de pyrexie intermittente, eut des syncopes répétées. Après l'une d'elles, le pouls disparut, le décès fut constaté, et l'on transporta le cadavre dans l'amphithéâtre. Au bout de quelques heures, la Providence voulut qu'un garçon de salle entrât. Il entendit quelques grognements, prêta l'oreille et rapporta le malade dans son lit. M. le docteur Chauffard, médecin de l'hôpital, fut appelé, et après avoir administré le quinquina, il eut la satisfaction de voir le chef de gare revenir à la vie. Ce dernier se porte aujourd'hui à merveille.

Un autre individu avait déjà le drap étendu sur la face, lorsque M. Chauffard, constatant l'absence de tout battement aux artères axillaires, radiales et carotides, crut cependant apercevoir quelques mouvements lents dans la région cardiaque. Il fit donner un lavement avec 4 grammes de sulfate de quinine, et le malade eut la vie sauve.

Si vous avez donc un jour à traiter de ces fièvres à forme syncopale, ne renoncez pas trop vite à tout espoir, agissez sans retard et efforcez-vous de prévenir l'invasion d'un second ou d'un troisième accès, car, pour cette fois, la mort ne serait que trop réelle.

Lorsque la fièvre pernicieuse frappe le canal alimentaire, il se produit une dyssenterie parfois formidable. Je me souviens de jeunes soldats traités à l'hôpital de Tours, et qui, après avoir rendu sept ou huit bassins d'une eau sanglante, demeuraient très-prostrés, conservant un pouls dont les battements étaient innombrables, et offrant une excavation caractéristique des yeux. Le quinquina était administré sous toutes les formes, le

(1) Fin. — Voir les numéros des 22 janvier et 12 février.

flux hémorrhagique de l'intestin s'arrêtait, et la guérison ne se faisait point attendre. J'ai toujours présente à l'esprit l'observation d'un militaire atteint de fièvre tierce simple, qui prit un frisson violent, pâlit et perdit un litre de sang pur par les selles Il était presque à demi mort lorsque M. Bretonneau le vit, mais les préparations de quinquina eurent encore raison cette fois.

Dans la fièvre pernicieuse cardialgique, tout le système nerveux du centre épigastrique est atteint. Un frisson terrible se manifeste et de très-violentes douleurs se produisent jusqu'à la fin de l'accès. Là encore il importe d'intervenir avec promptitude.

Traitement. — Couper la fièvre n'est pas synonyme de guérir la fièvre. On coupe une blennorrhagie avec du copahu, mais on ne la guérit pas; elle ne coule pas pendant huit ou dix jours, on lui a barré le chemin, on lui a croisé la baïonnette, mais elle prend des moyens obliques et elle décrit des circonvolutions pour réapparaître. La fièvre revient de même toutes les fois qu'on n'administre pas le quinquina avec le plus grand soin.

La méthode de Sydenham est la méthode par excellence, et il n'y a point d'accès qui lui résistent. Je n'ai vu à Tours qu'une femme atteinte du type tierce, qui se soit montrée rebelle à l'action du médicament; la fièvre n'a cédé chez elle qu'après l'expulsion d'un énorme paquet de vers. C'est, je le répète, le seul cas que j'ai observé, car j'ai toujours guéri et vu guérir les fièvres palustres légitimes par une thérapeutique bien entendue. Seulement la difficulté est d'autant plus grande que l'invasion de la pyrexie date de plus longtemps, et qu'elle a apporté de plus profondes perturbations dans l'économie.

Une règle invariable et qui donne les meilleurs résultats, consiste à donner le quinquina le plus loin possible de l'accès à venir, immédiatement après la manifestation fébrile, et surtout à le donner à des doses assez élevées pour que la maladie soit promptement subjuguée. Le quinquina, administré à de faibles doses et pendant longtemps, est loin de produire des effets aussi rapides et aussi sûrs. La prescription de Sydenham était celle-ci :

Quinquina jaune royal en poudre très-fine. .	32 grammes.
Conserve de roses	āā q. s.
Sirop d'œillets	

F. S. A. un électuaire qu'on divise en douze doses. On en donne une tous les quarts d'heure, en commençant immédiatement après l'accès.

Aujourd'hui nous formulons à peu près de même; seulement nous remplaçons le sirop d'œillets par le sirop d'écorces amères, et nous faisons faire un opiat que l'on roule en forme de petites boulettes et que l'on reprend à cinq ou six reprises différentes dans l'intervalle des accès. La dose de Sydenham est évidemment trop forte; celle de Torti (2 gros, c'est-à-dire près de 8 grammes) peut très-bien suffire, à la condition expresse qu'elle sera donnée comme nous venons de l'indiquer. Le quinquina peut être pris dans une infusion de café noir sucré; l'amertume de l'agent fébrifuge sera de cette façon passablement dissimulée.

Il convient d'employer le quinquina de préférence au sulfate de quinine, d'abord parce qu'il coûte cinq ou six fois moins cher, et ensuite parce qu'il s'assimile plus lentement et que son action est plus certaine. Lorsque vous avez prescrit à votre malade une solution acide de sulfate de quinine, vous pouvez, trois heures après, en trouver des traces non équivoques dans son urine, ce qui prouve que la dose totale de ce médicament n'a point été absorbée.

Le quinquina (8 grammes) et le sulfate de quinine (1 gr.) doivent être prescrits deux jours de suite. La fièvre est coupée, mais non pas guérie : la diathèse reste. Pour prévenir le retour des accès, il faut lutter avec opiniâtreté contre la diathèse pendant un mois, pendant deux mois et plus encore. Pour cela, après avoir donné le quinquina deux jours de suite, vous laissez reposer votre malade le troisième, puis vous revenez au médicament le quatrième; vous laissez alors s'écouler un intervalle de deux jours et vous redonnez le quinquina. En éloignant ainsi l'administration du fébrifuge et en la continuant de cette manière pendant assez longtemps, vous verrez que le quinquina est bien réellement une ancre de salut, et que grâce à lui vous arriverez à éteindre cette intoxication palustre sous l'empire de laquelle on contracte si facilement la fièvre.

Les considérations qui précèdent, vous l'avez compris, ne s'appliquent qu'à la thérapeutique de la fièvre intermittente proprement dite.

Maintenant, si vous avez affaire au type pernicieux, si les accès s'imbriquent, sont subintrants, ordonnez non plus du quinquina, parce qu'il s'assimilerait trop lentement, mais du sulfate de quinine, et à la dose de 2 gr. Faites-le prendre à la fin du premier accès, quelques heures avant le début du second; vous ne serez pas alors sans avoir quelques chances de l'éloigner ou de le rendre simple.

Si la fièvre est larvée, elle sera plus difficile à atteindre. Contre cette forme qui s'accompagne de névralgie sus-orbitaire périodique si atrocement douloureuse, il vous faudra prescrire 1 gr. de sulfate de quinine pendant cinq ou six jours. Avant de cesser l'emploi du médicament, ne le faites jamais prendre à dose décroissante; c'est une détestable méthode, et la fièvre revient le plus souvent.

Du reste, n'allez pas croire que le retour de la pyrexie soit à jamais conjuré, malgré la plus intelligente manière avec laquelle vous ayez conseillé la préparation antifébrile; cela arrivera le plus souvent, il est vrai, mais il est des constitutions si profondément atteintes par les miasmes, des habitudes maladives si invétérées, que la fièvre réapparaîtra quand vous aurez suspendu le médicament pendant quelques jours. C'est dans de pareilles occasions que le médecin est heureux de recourir à la formule de Sydenham, et qu'il doit ordonner en trente-six heures soit 32 gr. de quinquina, soit 2 gr. de sulfate de quinine, mais en ayant soin, pour que l'agent antipyrétique soit non-seulement curatif, mais encore prophylactique, de le continuer de distance en distance pendant deux ou trois mois. En effet, comme dans des cas aussi rebelles il y a anémie et leucémie, alternez le quinquina avec les préparations ferrugineuses : c'est toujours le conseil de Sydenham.

POTION DIURÉTIQUE.

Par M. Hiard.

Teinture de digitale.	15 gouttes.
Teinture de castoréum. . .	25 —
Camphre dissous.	30 à 40 centigr.
Eau de fleurs d'oranger. . .	30 grammes.
Eau de menthe poivrée. . .	30 —
Sirop d'orgeat.	60 —

Contre les suffusions séreuses intra-thoraciques et les pneumonies chroniques.

A prendre par trois ou quatre cuillerées chaque jour.

(*Bulletin général de thérapeutique.*)

DÉCOCTION CONTRE LE PRURIT DE LA VULVE,

Par M. Hartmann.

Ellébore blanc concassé.	20 grammes.
Eau	750 —

Faites une décoction pour 500 grammes de colature.

Employée en lotion ou topique.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 février 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

M. JOBERT (de Lamballe) communique à l'Académie une observation de trépanation crânienne pour l'extraction d'un projectile du crâne, et il met sous les yeux de l'Académie le projectile extrait. (Nous avons publié cette observation dans tous ses détails, jusqu'au jour de la sortie du blessé de l'hôpital, dans le numéro du 20 juin 1857.)

Depuis la sortie de ce malade de l'hôpital, ajoute M. Jobert, je l'ai revu plusieurs fois, et je me suis assuré qu'il n'avait éprouvé aucun trouble local et fonctionnel, que l'espèce d'infundibulum s'était affaissé à l'extérieur. Les battements isochrones à ceux du pouls, si visibles lors de sa sortie, étaient devenus obscurs, et je crois en trouver la raison dans l'augmentation d'épaisseur des tissus, et probablement dans le développement d'une lame fibro-cartilagineuse formée par la dure-mère, sorte de périoste interne des os du crâne, comme le dit M. Flourens.

Le 14 octobre 1860, j'ai revu notre intéressant malade, dont la blessure, parfaitement guérie, n'offrait plus de trace de battements.

M. J. CLOQUET, à l'occasion de cette communication, fait remarquer, après avoir examiné la balle extraite par M. Jobert, que d'après les déformations qu'elle a subies sur plusieurs points de sa surface, elle n'a dû probablement frapper le crâne qu'après avoir ricoché contre quelque corps résistant et perdu une partie de sa force d'impulsion.

M. J. Cloquet rapporte ensuite l'observation d'un député tué en duel, et chez lequel une balle de pistolet se coupa en deux après avoir brisé l'os frontal au niveau de l'arcade sourcilière du côté gauche; la portion la plus volumineuse du projectile traversa le cerveau pour s'arrêter au niveau de la protubérance occipitale interne, tandis que la plus petite portion glissa en dehors, entre le crâne et les téguments sous lesquels elle resta cachée.

Pouvoir électro-moteur secondaire des nerfs. — M. MATTEUCCI communique un mémoire sur le pouvoir électro-moteur secondaire des nerfs, et son application à l'électro-physiologie.

Ce travail est destiné à faire connaître à l'Académie les résultats d'une longue série d'expériences qu'il vient d'achever, et qui l'a conduit à expliquer des phénomènes d'électro-physiologie à l'aide d'un principe d'électricité bien connu.

Dans une de ses dernières communications, M. Matteucci a montré qu'un nerf, après avoir été traversé par un courant électrique, acquiert dans tous ses points un pouvoir électro-moteur secondaire par lequel, en touchant deux quelconques de ces points par un arc conducteur homogène, on trouve que la portion intermédiaire du nerf est parcourue par un courant électrique dirigé en sens contraire du courant voltaïque qui l'a excité. Cette propriété, qui est indépendante de l'état de vie du nerf, est commune à tous les corps poreux imbibés d'un liquide conducteur. Se proposant uniquement dans ses dernières recherches d'appliquer ces phénomènes à l'électro-physiologie, l'auteur s'est borné à étudier le pouvoir électro-moteur secondaire des nerfs.

Nous ne nous étendrons pas ici à décrire les expériences qu'il a faites pour découvrir les lois générales de ces phénomènes, et nous nous bornerons à exposer les résultats obtenus en étudiant le pouvoir électro-moteur secondaire du nerf, à l'aide desquels M. Matteucci est parvenu à expliquer les phénomènes électro-physiologiques qui ont lieu à l'ouverture du circuit, sur un animal vivant ou récemment tué. Voici la proposition qu'il a établie sur un grand nombre d'expériences, et qui résume ces résultats :

« Le pouvoir électro-moteur secondaire d'un nerf n'est pas égal dans tous les points, et il est beaucoup plus fort dans la portion rapprochée de l'électrode positive que dans la portion qui est le plus rapprochée de l'électrode négative : cette différence est plus grande dans un nerf qui est parcouru par le courant en sens contraire à sa ramification, que dans le nerf parcouru dans le sens de cette ramification. »

— M. LE MINISTRE D'ÉTAT transmet deux mémoires qui lui ont été adressés de Tournon (Ardèche), par M. Ch. Fiévet : l'un, concernant le *choléra-morbus*, est destiné, comme une précédente communication dont il forme le supplément, au concours pour le prix du legs Bréant : l'autre est relatif à une des *causes de dégénérescence de l'espèce humaine*, celle qui dépend de mariages que la prudence devrait interdire, les uns en raison de la consanguinité des époux, les autres parce que l'un ou l'autre des conjoints est entaché d'affections héréditaires, ou, à plus forte raison, parce que tous les deux le sont.

Ce dernier mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Andral, Rayer et de Quatrefages; le premier à la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant.

— M. LE MARÉCHAL VAILLANT adresse à M. le président de l'Académie la lettre suivante :

« Si j'ai commis une indiscrétion, votre bienveillance obtiendra mon pardon de l'Académie.

» J'ai parlé à l'Empereur de la proposition faite par notre honorable et savant secrétaire perpétuel, M. Flourens, de mettre au concours la grande et belle question de la régénération des os brisés par accidents, coups de feu, etc. L'Empereur ne pouvait être indifférent à ce remarquable progrès de la science chirurgicale, intéressant à un si haut degré l'humanité tout entière, et dont nos soldats blessés ont déjà commencé à recueillir de si précieux avantages. Sa Majesté, s'associant aux intentions philanthropiques de l'Académie des sciences, m'autorise à vous dire qu'elle ajoutera « dix mille francs » au prix qui sera fixé par nos confrères. »

ADDITION A LA SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1861.

Sur les convulsions des muscles de la vie animale et sur les signes de sensibilité produits chez le cheval par l'excitation mécanique localisée de la surface de la moelle épinière. — M. A. CHAUVEAU expose en ces termes les résultats des expériences qu'il a faites sur ce sujet :

Ces excitations superficielles ont été pratiquées sur deux séries d'animaux. Ceux de la première série avaient la moelle séparée de l'encéphale, soit par une section dans la région du dos, soit par une section occipito-atloïdienne qui nécessitait bien entendu l'insufflation pulmonaire pour l'entretien artificiel de la respiration; dans les deux cas, la moelle était découverte et excitée vers l'origine de la région lombaire. Chez les animaux de la seconde catégorie, la moelle avait conservé ses connexions avec l'encéphale, et elle était découverte et excitée tantôt dans la région dorso-lombaire, tantôt à l'origine de la région cervicale, au niveau de l'espace occipito-atloïdien.

Voici les résultats des expériences de la première catégorie :

1° Si on gratte la face antérieure du cordon médullaire, soulevé e un peu renversé au moyen de pinces qui saisissent l'insertion du ligament dentelé préalablement détachée de la dure-mère, on ne provoque jamais le moindre effet, ni contractions ni signes de douleur. Cependant, pour peu qu'on touche les racines antérieures, on détermine de belles contractions locales dans les muscles animés par les racines excitées.

2° Quand l'aiguille est promenée sur les faces latérales de l'organe, les résultats de l'excitation sont encore absolument négatifs.

3° Lorsque l'instrument touche la face postérieure de la moelle, même avec la plus grande légèreté, il survient aussitôt dans les muscles de l'animal des contractions involontaires tout à fait semblables à celles qui se manifestent quand on excite les racines postérieures, c'est-à-dire des contractions réflexes. Ces contractions peuvent, suivant l'intensité de l'excitation, se montrer seulement en regard du point excité, ou bien encore au-dessus et au-dessous dans toute la longueur de l'animal, surtout dans le peaucier, le diaphragme et les muscles de la région génito-anale, dont les nerfs paraissent particulièrement propres à recevoir l'excitation propagée et réfléchie par la moelle. L'excitation sur un des côtés de la ligne médiane détermine le plus souvent des mouvements exclusivement de ce côté; les mouvements peuvent se montrer cependant des deux côtés du corps, tout en restant plus énergiques du côté excité.

4° En excitant la face postérieure de la moelle par une série de piqûres superficielles pratiquées de dedans en dehors à partir du sillon médian, on voit généralement les convulsions devenir d'autant plus vives qu'on s'éloigne davantage de ce sillon. Mais quand l'aiguille arrive en dehors de la ligne d'émergence des racines sensitives, sur le cordon latéral, ces signes d'excitabilité cessent tout à coup de se montrer : il ne faut qu'un déplacement imperceptible de l'instrument pour qu'ils passent de leur maximum à une disparition complète.

5° L'excitabilité de la face postérieure de la moelle est toujours exquise, même aux environs du sillon médian, au moment où l'organe vient d'être découvert. Le plus souvent cette grande excitabilité diminue beaucoup quand la moelle reste longtemps exposée à l'air; et le bord interne des cordons postérieurs peut devenir alors complétement inexcitable.

Quant aux expériences de la seconde catégorie, celles qui ont eu pour but d'observer les effets de l'excitation de la moelle l'organe étant en communication avec l'encéphale, elles ont permis de constater :

1° La même impossibilité absolue de provoquer la moindre contraction des muscles volontaires en excitant les colonnes antéro-latérales de la moelle;

2° La même excitabilité exquise des colonnes postérieures; seulement la mise en jeu de cette excitabilité provoquait à la fois des convulsions réflexes involontaires et des signes de douleur violente : celles-là faciles à démêler parmi ceux-ci, surtout lorsqu'on excitait près de la ligne médiane, et qu'on agissait dans la région occipito-atloïdienne; elles apparaissent dans ce dernier cas avec une extrême vivacité dans les muscles animés par le facial et le spinal.

Sur plus de quatre-vingts animaux solipèdes consacrés spécialement à ces expériences, les faits que je viens de signaler ont été constatés avec la plus remarquable unanimité.

J'ajouterai que les faits observés avant moi par les physiologistes qui ont expérimenté sur les animaux à sang chaud, sont, plus qu'on

ne serait tenté de le croire au premier abord, en accord avec les miens propres.

M. Flourens, qui a fait ses expériences sur la moelle épinière avant Ch. Bell, c'est-à-dire à une époque où la moelle était regardée comme un organe simple, a cependant signalé des faits qui ont une grande valeur au point de vue de la distinction physiologique à établir entre les diverses parties constituantes de l'organe ; il découvrait et excitait la moelle en arrière, c'est-à-dire que les effets qu'il obtenait étaient ceux de l'excitation des cordons postérieurs seulement : or ces effets sont, en principe, ceux que j'ai obtenus moi-même.

M. Longet, dans ses expériences qui ont eu un si long et si juste retentissement, a vu l'excitation de l'extrémité du tronçon céphalique d'une moelle coupée agir sur les cordons postérieurs et ne rien produire du tout sur les cordons antéro-latéraux. Il est vrai que les résultats des excitations qu'il a pratiquées sur le tronçon caudal ne sont plus en accord parfait avec les miens. Mais ces résultats, très-exactement observés du reste par M. Longet, ne s'obtiennent qu'à un moment où les propriétés de la moelle ne sont plus tout à fait à l'état physiologique.

Magendie a signalé les convulsions réflexes et les signes de douleur produits par l'excitation des cordons postérieurs, et l'inexcitabilité absolue des colonnes latérales. Il parle, il est vrai, des contractions localisées et de la douleur provoquées par l'excitation des cordons antérieurs ; mais il n'est pas prouvé que Magendie n'ait pas obtenu ces effets en piquant l'origine des racines motrices plutôt que les cordons antérieurs eux-mêmes.

M. Bernard et M. Brown-Séquard ont décrit des effets analogues à ceux de Magendie. Ce dernier signale même des différences d'excitabilité dans les divers points des cordons postérieurs.

La ville de Nevers (Nièvre) vient de perdre un de ses plus honnêtes habitants, et le corps médical un de ses plus dignes représentants. M. le docteur Thomas père, chirurgien en chef de l'hospice de Nevers depuis quarante ans, chevalier de la Légion d'honneur, président du conseil d'hygiène et de l'Association médicale du département de la Nièvre, vient de succomber dans sa soixante-neuvième année à une hémorrhagie cérébrale dont il a été foudroyé le 3 de ce mois, jour où il fit encore son service à l'hôpital.

Jamais regrets plus mérités et plus unanimes ne furent accordés à l'homme de bien qui sut toujours faire noble usage d'une fortune honorablement acquise, à l'habile chirurgien, à l'excellent et digne médecin qui porta toujours si haut l'honneur médical et les convenances professionnelles. Aussi la mort du docteur Thomas a-t-elle pris les proportions d'un deuil public dans la ville de Nevers, où riches et pauvres étaient ses obligés.

Honneur donc à cet habile et vaillant soldat de l'armée médicale qui mourut sur la brèche, à ce noble cœur qui soulageait encore des douleurs le jour même où il cessa de battre.

M. Thomas laisse un fils, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui sera le digne continuateur de son père. Dr David aîné.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 10 février, M. Dugé de Bernonville, chirurgien de première classe de la marine, chirurgien en chef de l'hôpital de Macao, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La chaire d'oculistique récemment créée à l'Université de Gênes, vient d'être inaugurée de la manière la plus brillante par M. le professeur Riccardo Secondi.

— Par un récent décret, il a été institué à Bologne une clinique universitaire des maladies mentales.

— M. le docteur Ch. Dufour, ancien interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique, vient de succomber à l'âge de trente-cinq ans, après une courte maladie.

— M. le docteur Vander Linden, ancien élève de l'hôpital du Val-de-Grâce, originaire de la Flandre, vient de mourir à l'âge de moins de soixante ans, dans une épidémie de typhus, à Mexico, où il résidait depuis vingt-cinq ans. Il était inspecteur général du service de santé de l'armée mexicaine, avec le grade et les prérogatives de général de division. (*Journ. des conn. méd.*)

— M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vincennes, a publié dans les *Annales d'hygiène* un article sur la rage, où nous trouvons quelques documents curieux.

En 1856, dit l'auteur, la taxe municipale sur les chiens avait constaté l'existence de 75,446 de ces animaux dans le seul département de la Seine. En 1857, le nombre des chiens y était encore de 64,408. M. Block, dans sa statistique de la France pour 1860, porte le nombre des chiens, pour les 88 départements de la France, à 2 millions. Or, la nourriture de chaque chien coûtant, au prix actuel des denrées alimentaires, 10 centimes en moyenne par jour, la dépense pour toute l'espèce canine, en France, serait de 200,000 francs par jour, et de 73 millions par an.

Sur 156 personnes mordues, en 1856 et 1857, à Milan et dans les environs de cette grande cité, le docteur Verga, médecin de l'hôpital Majeur, a remarqué que 136 l'ont été par des chiens non muselés, et 20 par des chiens muselés; circonstance, dit M. Boudin, qui prouve à elle seule que les chiens devraient être muselés pendant toute l'année, et que la muselière elle-même doit être l'objet d'une surveillance spéciale de la part des particuliers, et surtout de la part de l'administration.

Une autre remarque de M. Verga porte sur la libre circulation des chiens. Le plus grand nombre des hydrophobes traités à Milan provenaient des communes rurales ; ce qui, suivant cet observateur, doit être attribué à ce que dans les campagnes les chiens circulent librement. Nous ne savons si cette interprétation est exacte, mais ce qui est vrai, c'est qu'elle est en désaccord parfait avec l'opinion qui prétend que l'immunité dont jouit l'Orient à l'endroit de la rage est due à l'indépendance absolue de la race canine, à l'absence qui en résulte pour elle de tout obstacle à la satisfaction de ses instincts amoureux.

— On lit dans la *Gazette médicale de Lyon* :

En France, la réclame souille les noms, mais épargne du moins les méthodes. Serait-elle en progrès de l'autre côté des Pyrénées? Un journal de Madrid parle d'une affiche apposée dans cette capitale, et ainsi conçue : « Guérison des maladies secrètes sans mercure, par la méthode de Ricord, en quinze jours, sans que le malade ait à se priver du moindre caprice ! ! ! »

— La Société d'anthropologie de Paris vient de renouveler son bureau pour l'année 1861. M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, président sortant, a été remplacé par M. J. Béclard. Ont été ensuite élus : vice-président, M. Boudin; secrétaires, MM. Broca et V. Trélat; archiviste, M. Lemercier; trésorier, M. Bertillon.

La Société d'anthropologie a pour but l'étude scientifique des races humaines. Fondée le 19 mai 1859, cette Société a pris rapidement une grande extension ; elle compte aujourd'hui dans son sein la plupart des ethnologistes d'Europe et d'Amérique.

— Une Société se fonde à Londres, parmi les étudiants en médecine, sous le nom de *Junior medical Society of London*. Cette institution était presque indispensable dans une ville où chaque hôpital est à peu près une école de médecine distincte. Réunir les élèves, qui se connaissent à peine, les mettre à même de comparer, de discuter les doctrines qui leur sont enseignées dans chaque *collége*, voilà le but scientifique important de cet essai, dont la réalisation s'annonce sous les plus heureux auspices. Le 30 janvier, le président et le secrétaire ont été nommés dans un meeting.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM.

Desprez, né à Lyon (Rhône) ; *De la rétraction utérine pendant et après l'accouchement ; du mode d'action de l'ergot de seigle.*

Demeaux, né à Aoste (Isère) ; *De l'emploi de l'hydrothérapie dans le traitement de la fièvre typhoïde.*

Goudoulin, né à Saint-Lary (Gers) ; *De quelques applications médicales de l'eau froide.*

Dujardin-Beaumetz, né à Paris (Seine) ; *Observations sur quelques points de la chirurgie militaire pratique, recueillies à l'armée d'Italie.*

Rochas, né à l'île de Ré (Charente-Inférieure) ; *Essai sur la topographie hygiénique et médicale de la Nouvelle-Calédonie.*

Drouet, né à Nantes (Loire-Inférieure) ; *De l'ophthalmie blennorrhagique.*

Jalabert, né à Salsigne (Aude); *Des épanchements sanguins dans le tissu cellulaire.*

Soilacroix, né à Nardillac (Lot); *De l'amaurose au point de vue du diagnostic et du traitement.*

Basset, né à Lyon (Rhône) ; *De la simultanéité des maladies vénériennes.*

Nous recevons la lettre suivante que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs, espérant que l'acte qu'elle annonce trouvera des imitateurs.

Monsieur et honoré Confrère, la Société médicale du IXe arrondissement (ancien IIe), émue par la profonde infortune de la famille du Dr Lepeytre, a voulu donner à ses jeunes enfants un témoignage de sa sollicitude et de sa sympathie. La Société a voté, en conséquence, la somme de 200 fr., que j'ai l'honneur de vous remettre.

Agréez, etc. Dr Piogey.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES ORPHELINES LE PEYTRE.

MM. Cabriniat, de l'asile de Leyme. . .	10 fr.
Murat, idem.	10
Bonnefous, idem.	10
Louis.	20
Les médecins et les pharmaciens de Clermont-Ferrand.	182
Raymond Guérin.	20
Gyoux (d'Objat).	2
La Société du IXe arrondissement. .	200
Total.	354 fr.
Total des listes précédentes. .	474
Total général jusqu'à ce jour. .	928 fr.

Les souscriptions continuent à être reçues chez M. Brochin, rue Larrey, 1, chez M. Legrand du Saulle, boulevard de Sébastopol, 9 (rive gauche), et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*.

Les collections de la *Gazette* qui nous ont été remises avant le 31 janvier, pour être reliées, sont actuellement prêtes. On peut les faire prendre dès ce moment dans nos Bureaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères. Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouveau traité élémentaire d'anatomie descriptive, par M. A. Jamain, chirurgien des hôpitaux de Paris; suivi d'un *Traité d'embryologie*, par M. A. Verneuil, professeur agrégé à la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux. 2e édition revue et augmentée, avec 200 figures intercalées dans le texte. Un volume grand in-18 de 946 pages. Prix: 12 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines anciennes et de leur traitement, par le docteur Mattei. In-8°, 1860. Prix : 50 c. *franco*. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Des affections blennorrhagiques. Leçons cliniques professées à l'hôpital du Midi par le docteur Cullerier, chirurgien dudit hôpital, etc; rédigées et publiées par le docteur E. Royet, ancien interne des hôpitaux; revues et approuvées par le professeur. Un volume in-8° de 248 pages. Prix : 4 fr. *franco*.

Leçons sur le chancre, professées à l'hôpital du Midi par le docteur Ricord, recueillies et publiées par le docteur A. Fournier, ancien interne des hôpitaux. 2e édition, revue et augmentée. Un volume in-8° de 550 pages. Prix : 7 fr. *franco*.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Notice sur l'œuvre et sur la vie d'Auguste Comte, fondateur du positivisme, par le docteur Robinet. Paris, 1860. Un volume in-8° de 600 pages. Prix : 8 fr. En vente chez Louis Leclerc, libraire, rue de l'École de Médecine, 14. — On trouve aussi chez M. Leclerc les ouvrages d'Auguste Comte et ceux de l'École positiviste.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 FÉVRIER 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

Mis en demeure par une nouvelle interpellation de M. Bouillaud, de définir nettement les termes de sa proposition, M. Trousseau l'a fait par un petit manifeste que l'on trouvera dans le compte rendu, et sur lequel nous ne nous arrêterons pas ici. Ce serait revenir sans utilité sur ce qui a été déjà dit. M. Bouillaud a pris texte de ces nouvelles explications pour rentrer dans la lice. Ce n'était plus la question de la congestion cérébrale apoplectiforme qui était en cause. — Dans une première et solide argumentation, M. Bouillaud avait à peu près épuisé toutes les objections qu'avaient pu lui livrer les parties faibles du travail de son collègue. — C'est contre les principes mêmes et les tendances doctrinales générales de M. Trousseau qu'il a fait cette nouvelle et vigoureuse sortie.

Paraphrasant cette fameuse proposition de Bichat, qui, prise trop au pied de la lettre, a mis pendant tant d'années plus de la moitié de la pathologie hors la loi : Qu'est l'observation, si l'on ignore où siége le mal? l'orateur a fait une charge à fond de train contre l'ontologie. C'était évidemment vouloir ramener la discussion sur le terrain si souvent battu depuis quelques années, de la philosophie médicale. Nous ne croyons pas l'Académie très-disposée à s'y laisser entraîner. La discussion continuera mardi prochain ; mais à en juger par les noms des orateurs qui se proposent de prendre la parole, MM. Devergie, Tardieu et Baillarger (si nous ne nous trompons), la discussion prendra, suivant toute apparence, un autre cours. Ces noms disent assez dans quelle phase nouvelle va entrer maintenant la question. Nous nous en féliciterons volontiers pour notre part, si nous pouvions penser que l'appel que nous avons fait aux médecins légistes et aux aliénistes de l'Académie n'a pas été étranger à cette détermination. — Dr Brochin.

DES APPROCHES DE LA MORT,

DE LEUR INFLUENCE SUR LES FACULTÉS DE L'INTELLIGENCE ET SUR LES ACTES DE DERNIÈRE VOLONTÉ (1).

3° Dans les affections de l'encéphale, le délire est un phénomène symptomatique. Que l'on prenne l'inflammation des méninges, la méningite aiguë simple ou la méningite cérébro-spinale, la congestion cérébrale étendue, l'hémorrhagie, les tumeurs du cerveau, ou toute autre lésion venant frapper directement l'organe de la pensée, il y a en général obnubilation de l'intelligence, perte complète de connaissance, et le malade expire sans avoir conscience de sa situation.

Pour tout ce qui a trait au point de départ de nos recherches, la question se trouve jugée. Il n'y aura donc plus à y revenir.

Quelques minutes avant de commettre son crime sur lui-même, dans quel état mental se trouve l'homme qui va finir par le suicide? Il y a deux formes distinctes dans la mort volontaire : l'une qui permet à la liberté et à la volonté de demeurer intactes, l'autre qui témoigne du désastre des facultés. Nous n'avons à parler ici que de la première, puisque nous passons sous silence dans cette étude et la folie et les névroses. Que l'on sache donc que la plus grande partie de ceux qui désertent la vie ne résistent point au désir, au besoin de faire connaître les sentiments qui les agitent, les chagrins auxquels ils sont en proie, les malheurs ou les déceptions dont ils sont ou se croient les victimes.

M. Brierre de Boismont a rassemblé, lu et commenté 1,328 lettres, notes, écrits quelconques, où se reproduisent les souffrances les plus variées du cœur humain (1). En parcourant ces pages lugubres, on remarque que les derniers sentiments exprimés par les suicidés peuvent, par leur fréquence, se ranger à peu près dans cet ordre : reproches ; plaintes ; injures ; déclamations et réflexions sur les causes de la fin tragique ; adieux ; instructions pour les funérailles ; prière de n'accuser personne ; aveu d'un crime, d'une passion, d'une mauvaise action ; prière d'obtenir le pardon ; sollicitude pour l'avenir des enfants ; confiance en Dieu ; paroles bienveillantes ; regrets de la vie ; croyance à une vie future ; angoisses diverses ; fatalisme, etc.

Quant à l'homme frappé par un arrêt de cour d'assises et qui est destiné à gravir les degrés de l'échafaud, il perd rarement l'espoir de vivre. Sa condamnation le plonge dans un état fiévreux tour à tour mêlé de calme et d'agitation. Lorsque le tribunal suprême a rejeté son pourvoi, ne lui reste-t-il pas encore à implorer une haute clémence? Il conserve le plus souvent l'appétit et le sommeil, reçoit volontiers les visites de l'aumônier de la prison, et n'est justement terrifié que deux heures avant la sanglante expiation, lorsque l'exécuteur pénètre auprès de lui! A un violent accès de désespoir succède en général un très-visible abattement physique et moral, et c'est presque sur un cadavre que s'abat le glaive de la loi.

Avant d'aborder l'examen des actes civils auxquels les mourants peuvent prendre part, rappelons brièvement une cérémonie tombée en désuétude.

Il fut un temps où l'on pouvait contracter mariage *in extremis*. Tardive réhabilitation de liens secrets, légitimation presque posthume d'enfants naturels tenus à l'écart, ou réparation honorable d'outrageantes violences, cette union, scellée sous la protection de la mort, pouvait n'avoir pas été mûrement souhaitée et librement consentie. Lorsque la maladie a ouvert une brèche capable de livrer passage aux embûches, l'homme qui porte en lui-même un juge terrible — sa conscience — a bientôt capitulé avec les froids calculs de l'intérêt et peut-être de la ruse, surtout si sa vie n'a pas été exempte d'orages, et si, en palliant ses erreurs, il s'en fait un appoint méritant pour entrer dans un monde meilleur. La loi française, en exigeant que tout mariage soit contracté publiquement et en introduisant pour sa célébration des formalités qui laissent écouler un certain laps de temps, a tacitement aboli ces consécrations de la dernière heure. Le flambeau de l'hymen ne s'allume donc plus aujourd'hui pour servir de torche funèbre.

Il peut arriver que dans une enquête judiciaire des magistrats se transportent près du lit de mort d'un témoin ; qu'après un assassinat, la victime expirante soit appelée à déposer sur les circonstances mêmes du crime, ou qu'enfin d'importantes révélations viennent à s'échapper à la dernière extrémité de la poitrine d'un coupable dont les forfaits se seront soustraits à l'action des lois pénales. Dans ces trois cas, nous ne pensons pas que la justice puisse accorder une grande valeur à ces témoignages, si un médecin ne s'est point préalablement enquis de l'état des facultés intellectuelles du mourant, et si l'homme de l'art, sous la foi du serment, n'a pas sincèrement exprimé son opinion à cet égard. Que les juges interrogent le témoin, la victime ou le coupable, à titre simple de renseignements, nous l'accordons ; mais qu'ils viennent à tirer parti des dépositions *in extremis*, sans être guidés par la science, c'est ce à quoi nous nous opposons énergiquement. Nous les déclarons incompétents.

Enfin, avant de quitter la vie, l'homme a un acte solennel à accomplir, le dernier de tous, et celui qui par conséquent exige le plus de soin et d'attention, « *quod actorum hominis et præcipue curæ et ultimi est temporis* » (1). Son importance est attestée par les scrupuleuses formalités dont les législateurs de tous les siècles ont pris à tâche de l'environner : » *Voluntas defuncti consignata jure legibusque civitatis* » (2).

Dans l'un de ses admirables plaidoyers, d'Aguesseau, en parlant des testaments, a regardé l'expression des dernières volontés comme une espèce de consolation accordée aux hommes, « en leur permettant de revivre pour ainsi dire dans la personne de leurs successeurs, et de se procurer une image et une ombre d'immortalité par une longue suite d'héritiers qui puissent être un monument éternel de la sagesse et de la puissance du testateur. »

Ainsi que l'indique si nettement l'étymologie du mot *testament* (*testatio mentis*), la volonté ne saurait être assoupie, et la liberté morale visiblement évanouie ou tout au moins compromise au moment où l'on règle son hérédité. Ulpien n'a-t-il pas dit : *Testamentum est mentis nostræ* JUSTA CONTESTATIO, *in id solemniter facta, ut post mortem nostram valeat?* (3).

Le mourant qui dispose de sa fortune doit donc obéir à ses seules incitations. S'il écoute les perfides conseils d'un entourage impatient et avide, s'il s'assimile les suggestions étrangères, s'il défère à l'intimidation exercée sur sa faiblesse, il n'est plus libre. Or, d'après Leibnitz, « la liberté consiste dans le juste usage de la raison » (4).

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 février.

(1) *Du suicide et de la folie suicide*, p. 318.

(1) Valère Maxime, VII, 7.
(2) Quintilien, *Declam.*, 308.
(3) *Reg.* 20, § 1.
(4) *Opera philosophica*, p. 263.

MALADIE ET MORT DE L'AMIRAL BRUAT (1).

L'amiral Bruat était depuis de longues années sous l'influence d'une diathèse goutteuse. Des dépôts tophacés existaient autour de l'articulation du gros orteil avec le premier métatarsien ; tous les orteils offraient ces étranges distorsions qui les ont fait comparer à une botte de panais. Les articulations tibio-tarsiennes, fémoro-tibiales, étaient empâtées et crépitantes. Ces déformations, sans rendre la marche impossible, donnaient lieu à un balancement caractéristique.

Aux doigts, aux poignets, aux coudes, on trouvait des lésions analogues, quoique moins prononcées.

Pendant le séjour de l'escadre de l'Océan à Gallipoli, une violente hémoptysie avait menacé cette existence déjà profondément compromise. Depuis mon embarquement sur le *Montebello*, la goutte était constante. Il y avait sans cesse une ou deux articulations douloureuses. La fatigue, la préoccupation, un écart de régime, amenaient infailliblement soit une exacerbation dans les fluxions articulaires, soit des troubles digestifs. La thérapeutique adoptée consistait en un demi-verre d'eau de Vichy après chaque repas, en un bain alcalin tous les huit jours, en cinq ou dix gouttes de teinture de colchique dans un verre d'eau, le matin, quand les exacerbations acquéraient trop de violence. Le seul topique employé sur les articulations était un liniment camphré et opiacé.

Le régime régulier, sévère, indispensable en pareil cas, était peu compatible avec la position de commandant en chef d'une escadre. Tantôt l'amiral Bruat donnait à dîner, tantôt il dînait chez l'amiral anglais, une autre fois chez le général en chef, etc. Ses meilleures intentions s'évanouissaient devant des nécessités chaque jour renaissantes. J'ai lutté de tout mon pouvoir contre ces écarts ; afin d'éviter les tentations du repas en commun, j'avais obtenu à diverses reprises qu'il se fît servir isolément. Comme tous les malades, il acceptait résolûment les privations quand les souffrances étaient vives ; avec le mieux l'imprudence reparaissait. Il me faut avouer que je n'ai jamais vu supporter la douleur avec un stoïcisme plus complet. Au milieu des crises, sa figure conservait sa sérénité, son sourire. Bien rarement j'ai recueilli quelques plaintes, même alors une plaisanterie ne tardait pas à les tempérer.

Durant l'expédition de Kertch, à la suite des fatigues qu'il s'imposa, les fonctions digestives subirent un contre-coup fâcheux. Une diarrhée tenace résista au sous-nitrate de bismuth à haute dose, selon la méthode de mon maître et ami M. le professeur Monneret. La diète, l'usage soutenu du nitrate d'argent associé à l'opium, en triomphèrent avec peine. J'avais éprouvé de graves inquiétudes. Quoique l'amiral me recommandât de ne jamais parler de sa santé dans ma correspondance officielle, je fis part de ces inquiétudes à mon inspecteur général, en rendant compte de l'expédition de Kertch. La complication contre laquelle j'avais lutté était exposée avec soin.

Les mois de juillet, d'août, s'écoulèrent au milieu des alternatives qui caractérisent la goutte chronique. Il était évident que la cachexie faisait des progrès, que les forces de l'amiral diminuaient.

A la date du 11 octobre, en transmettant mon rapport à propos de la prise de Sébastopol, j'écrivais en ces termes à l'inspecteur général : « La santé de l'amiral continue à m'inspirer de vives appréhen-» sions. Malgré le mieux qui se dessine depuis quelques jours, je fais » des vœux pour son prochain retour en France. »

Ce mieux se soutint pendant l'expédition de Kinburn, grâce à la salutaire réaction du moral sur le physique. L'amiral avouait son bonheur. Il avait obtenu la haute dignité à laquelle il aspirait : son nom était désormais lié à deux importantes expéditions ; il allait revoir une famille dont il parlait avec effusion !...

Notre état sanitaire était à Constantinople aussi rassurant qu'à notre départ de Crimée. Il est vrai que cinq cas de choléra m'avaient été signalés ; répartis sur un personnel considérable de marins et de militaires, ils passaient pour ainsi dire inaperçus. Nous étions familiarisés avec ces manifestations inopinées...

En descendant la mer de Marmara et les Dardanelles, en traversant l'Archipel, nous fûmes favorisés par le temps. L'amiral Bruat naguère si confiant dans son étoile, laissait paraître une anxiété inexplicable. Pour la première fois on remarquait en lui de l'indécision. Il mangea le 18 un peu moins que d'habitude, sans répugnance

(1) Extrait de l'*Histoire médicale de la flotte française de la mer Noire pendant la guerre de Crimée;* par M. le docteur A. MARROIN, ex-médecin en chef de cette flotte. Cet ouvrage doit paraître prochainement en un volume d'environ 300 pages, chez J. B. Baillière et fils.

Sur cette matière, la législation romaine était très-nette. Qu'exigeait-elle, en effet? que le testateur eût la *faction* de testament: « *Imprimis advertere debemus, an is qui id fecerit habuerit testamenti factionem.* L'acte valablement fait d'ailleurs, ne contenant que des dispositions très-sages et en faveur des enfants, était infirmé par cela seul que l'on prouvait la diminution de tête, « *cum is capite deminutus est* ». Lorsque l'on cherche à bien se pénétrer des légitimes motifs de cette sévérité, on reçoit cette explication: « *Quia in eo qui testatur, ejus temporis quo testamentum facit, integritas mentis exigenda est.* »

L'article 901 du Code civil est ainsi conçu: « Pour faire un testament, il faut être sain d'esprit. » Malgré la très-remarquable clarté de cette disposition législative, on pourrait entrer ici dans d'interminables discussions, car nous ne connaissons pas toujours « les atomes divers, dont a parlé Voltaire, et qui font l'esprit juste ou l'esprit de travers. » Il y a là comme un ressort secret qui se dérobe parfois à nos investigations les plus patientes. Sans croire, comme La Bruyère, « que le discernement est ce qu'il y a de plus rare au monde après les diamants et les perles, » nous avons l'intime conviction que tous les jours des familles sont indignement frustrées par des actes irréfléchis et signés à la dernière heure sous la dissolvante pression de l'intérêt. Le testament n'est point attaqué dans la très-grande majorité des cas, à cause des frais si onéreux que suscite une opposition de cette nature; l'intrigue dépouille ainsi la probité, et le vice s'enrichit quand la vertu meurt de misère!

Mais à qui la faute, nous dira-t-on? La faute en est très-souvent au médecin traitant, qui, mû d'ailleurs par un sentiment de retenue et de délicatesse que nous apprécierions grandement s'il n'était intempestif, attend toujours trop tard pour prévenir les familles ou le malade, que la satisfaction de mettre des affaires en ordre donne un grand calme à l'esprit. Une réserve outrée dans ce cas met en péril de graves intérêts. Les praticiens ne sont pas seulement des thérapeutistes; ils doivent se montrer le défenseur et l'ami de celui qui souffre, le soulager souvent, le consoler toujours, et veiller jusqu'à un certain point, — si l'état mental périclite chez un mourant, — à ce que le vol ne s'organise pas à son chevet. Il ne sort pas de son rôle, puisqu'il se montre honnête homme.

Les malades que nous avons rangés dans le premier et le troisième genre, échappent aux manœuvres spoliatrices, puisque les uns jouissent de leur raison et de leur liberté, et que les autres n'ont même plus une lueur d'intelligence susceptible d'être exploitée; mais on comprend combien les très-nombreux individus qui succombent avec ce que nous avons appelé l'état mixte des facultés, sont exposés à devenir la proie de ces plantes parasites qui ne sont fécondées que par les rayons d'un soleil qui ne leur était pas destiné.

En ne définissant pas l'insanité d'esprit, la loi française a laissé aux tribunaux le droit d'apprécier les circonstances et de se prononcer selon la gravité des faits révélés. Il est évident que le pouvoir des juges ne pouvait être limité, qu'aucune règle certaine ne devait être tracée à l'avance, à cause de la très-grande dissemblance des cas, à la condition toutefois que ce pouvoir s'appuyât sur les données de la science, et que cette règle reposât sur le témoignage du médecin traitant. C'est ce dernier, en effet, qui doit être appelé à éclairer les magistrats sur la plénitude entière ou sur la lésion totale ou partielle des facultés d'un individu, au moment où il a fait son testament? On prévoit toute l'importance que va acquérir son intervention, et combien, à l'instant solennel de sa déposition, à la barre d'une chambre civile, ses paroles seront diversement accueillies par les parties intéressées. Aussi, pour qu'un homme de l'art puisse valablement jouir d'une certaine autorité près d'un tribunal, pour qu'il vienne discuter publiquement un point de psychologie morbide, faut-il que les questions de médecine mentale lui soient très-familières, sans quoi il ne saura jamais communiquer à des juges son opinion sur les conceptions délirantes, l'état hallucinatoire, le névropathisme exagéré, ou la débilité intellectuelle d'un homme à son lit de mort.

En vain le notaire qui a reçu le testament viendrait-il certifier que le testateur lui a paru répondre à la condition formelle stipulée dans l'article 901, il ne convaincrait personne. Le notaire est bien l'instrument, l'organe, l'interprète du testateur, mais il n'est pas l'appréciateur de sa capacité. « Comment pourrait-il l'être, dit Merlin; il ne voit son client qu'un moment? Pénétrerait-il en un instant dans le fond de son cœur et dans le secret de son âme (1)? »

Hâtons-nous d'ajouter que les testaments sont le plus fréquemment olographes, et que lorsqu'un acte de cette nature ne renferme que des clauses essentiellement raisonnables, il y a une présomption bien plus forte en faveur de l'*integritas mentis* du testateur; car « il est plus difficile, dit d'Aguesseau, de pouvoir supposer dans un insensé assez de patience, de docilité, de soumission, pour écrire de sa main un testament qui contiendrait une longue suite de dispositions. »

Bien que nous puissions opposer à l'esprit de la jurisprudence et aux paroles de l'illustre chancelier une foule d'exemples (2) cependant très-concluants contre cette manière de voir, nous sommes obligé de convenir qu'elle est logique dans une certaine mesure. Mais si le testament olographe est si difficilement cassé, n'est-ce pas une raison de plus encore à l'appui de la thèse que nous soutenons, et le médecin ne doit-il pas se faire un cas de conscience d'intervenir avant la ruine partielle de l'entendement, « cette faculté de percevoir jointe à celle de réfléchir, » selon Leibnitz? Lui seul est bon juge, lui seul connaît l'état des forces de son malade, et sait

..... *quid valeant humeri, quid ferre recusent.*

Descartes a dit un jour: « S'il est possible de perfectionner l'espèce humaine et de la faire entrer dans les voies de la véritable civilisation, c'est dans la médecine qu'il faut en chercher les moyens. » Ce philosophe aurait dû ajouter que le médecin peut souvent être l'instrument d'une intelligente moralisation, que son concours rend d'incommensurables services, et que son indifférence abrite parfois bien des turpitudes.

Grâce à une longue fréquentation des hôpitaux, nous avons pu doser la somme d'intelligence d'un grand nombre de mourants; — car il y a longtemps que notre attention s'est fixée sur ce point; — grâce à l'expérience consommée des confrères que nous avons interrogés, nous n'avons que trop appris ce qui se passe souvent dans les quelques heures qui précèdent l'agonie et la mort. Nous avons ainsi mis le doigt sur la plaie, afin que les médecins se persuadent intimement que l'état moral du malade est bien quelque chose, et qu'il convient de ne jamais oublier combien la raison est puissante et combien elle est fragile. Nous avons enfin dévoilé la cause trop fréquente d'iniquités testamentaires, parce que nous croyons, avec Pinel, que « la médecine ne peut concourir plus puissamment au retour d'une saine morale, qu'en faisant l'histoire des maux qui résultent de son oubli. »

Dr Legrand du Saulle.

(1) *Répertoire de jurisprudence*, t. XIII, p. 609.

(2) De la singularité de quelques testaments. *Gazette des Hôpitaux* nos des 21 et 31 janvier 1860.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Beau.

De la métropathie.

L'utérus est le siége d'un très-grand nombre de maladies. Les unes sont constituées seulement par une altération des rapports de l'organe; on pourrait les appeler *mécaniques*: ce sont les déplacements, les déviations et les flexions, en y ajoutant encore la mobilité utérine. D'autres sont caractérisées par une lésion du tissu de l'utérus: ce sont les métrites aiguës et chroniques, superficielles ou profondes de l'utérus, les cancers, les tumeurs fibreuses, etc.

A leur tour les affections non mécaniques de l'utérus sont utérines proprement dites, ou intra-utérines; ces dernières sont les fongosités utérines, les métrites internes, les polypes, les moles, les concrétions sanguines, etc.

Il y a encore les affections péri-utérines, telles que les phlegmons, les hématocèles, les phlegmasies des trompes et de l'ovaire, etc., qui sont en contact plus ou moins immédiat avec l'utérus.

Toutes les lésions que je viens d'énumérer sont étudiées et distinguées les unes des autres à l'aide de différents moyens d'exploration que tout le monde connaît, et qui sont: la palpation, le toucher, l'emploi du spéculum, de l'hystéromètre. Nous ne parlerons pas de ce diagnostic différentiel des différentes lésions utérines, bien qu'il soit d'une importance radicale pour la thérapeutique; il sera question seulement dans cette leçon des symptômes communs à toutes ces lésions, soit locaux, soit généraux ou éloignés. Mais comme il serait trop long de passer en revue toutes les lésions précitées pour montrer tous les effets qu'elles déterminent dans l'organisme, nous les comprendrons en masse sous le nom de *métropathie*. Ainsi donc, il n'y a pour nous dans cette leçon qu'une maladie de l'utérus, nous l'appelons *métropathie*; nous allons étudier les symptômes subjectifs, locaux, voisins ou éloignés, qui, sauf de rares exceptions, se présentent à peu près les mêmes pour les différentes lésions que nous avons énumérées plus haut, et que nous groupons sous le nom de métropathie.

Le but de cette réduction fictive des maladies de l'utérus en une seule, est de généraliser les symptômes utérins, et de distinguer les affections de l'appareil utérin des maladies de l'estomac, du cœur, de la tête, etc.; car nous allons voir que l'utérus malade va éveiller de nombreuses souffrances sympathiques immédiates ou médiates dans les organes importants du corps humain.

Symptômes locaux de la métropathie. — En première ligne, il faut citer les douleurs de l'utérus. Mais elles sont moins fréquentes qu'on ne croit; on prend souvent pour des douleurs utérines les douleurs de voisinage dont nous parlerons. Après elles viennent les modifications des règles, qui sont supprimées, diminuées ou augmentées, en avance ou en retard, constituées par un sang rouge, pâle ou noirâtre; dans l'intervalle des règles, il peut y avoir métrorrhagie, continue ou intermittente. De plus, il y a habituellement leucorrhée, caractérisée par un liquide filant, albumineux, crémeux, ichoreux ou roussâtre, mélangé avec le sang métrorrhagique ou alternant avec lui.

Tels sont en raccourci les symptômes subjectifs locaux de la métropathie. Ils sont beaucoup moins nombreux que les autres.

Symptômes de voisinage. — Après les symptômes locaux proprement dits, viennent les symptômes dits *de voisinage*. Ce sont des douleurs ou des sensations plus ou moins incommodes qui existent dans la paroi abdominale ou dans les viscères pelviens autres que l'utérus.

Douleurs de la paroi abdominale. — Ces douleurs ne sont autre chose que les douleurs de la névralgie lombo-abdominale décrite par Valleix, et caractérisée par l'existence des points lombaire, iliaque, inguinal, hypogastrique, et par celui de la grande lèvre; les irradiations douloureuses vont souvent jusqu'à la partie antérieure de la cuisse. Les points sont provoqués par la pression; d'autres fois ils existent spontanément dans les cas de grande intensité. Quelquefois ils se font sentir tous ensemble, d'autres fois il n'y en a qu'un ou deux vivement accusés par les malades; ce sont presque toujours alors les points lombaire ou inguinal. Ils existent plus souvent à gauche qu'à droite.

Cette névralgie lombo-abdominale, donnée par Valleix comme affection idiopathique, est dans la très-grande majorité des cas symptomatique des affections de l'utérus. C'est le syndrome presque constant de la métropathie légère ou grave. Je dois ajouter que cette névralgie entre pour la plus grande part dans la somme des douleurs de la parturition. Voilà ce que j'ai déjà dit il y a plusieurs années (1), et je viens le confirmer aujourd'hui.

La névralgie lombo-abdominale se produit par un mécanisme qui tient des actions réflexes. Il part de l'utérus malade un *aura* insensible qui monte par les nerfs de la vie végétative jusqu'aux nerfs lombaires, et qui de là se réfléchit *avec douleur* sur les branches lombaires, soit postérieures (points lombaires), soit antérieures (points abdominaux, cruraux, etc.).

(1) *Les névralgies lombo-abdominales considérées comme symptomatiques des affections de l'utérus*, par M. Axenfeld (*Union médicale*, avril 1850). — *De la localisation des douleurs de l'accouchement* (*Union médicale*, 2 septembre 1851).

---

pourtant. Nous doublions le cap Matapan à la chute du jour, lorsqu'il voulut absolument modifier la route de l'escadre. *Le Brandon*, qui se tenait à côté du *Montebello*, à portée de voix, reçut l'ordre de parcourir la ligne afin de faire rectifier la route précédemment donnée pour la nuit. Pendant l'exécution de cet ordre, l'amiral se livrait à des mouvements d'impatience inusités.

Tout à coup une syncope se déclare, je suis appelé. La défaillance fut lente à se dissiper. En reprenant ses sens, l'amiral éprouva un vomissement, puis il regagna lui-même son lit, préalablement garni de bouteilles chaudes. Sous l'influence d'une forte infusion de thé, le pouls se releva, la chaleur se rétablit. Je crus à une indigestion occasionnée par la fraîcheur de la soirée. Le sommeil ne tarda pas à venir; vers dix heures le pouls était plein, la peau chaude et moite, l'expression des traits naturelle.

A minuit, des nausées se manifestèrent, bientôt suivies de vomissements: trois selles se succédèrent coup sur coup. Il défendit à son domestique de me prévenir, affirmant qu'il allait mieux. En se remettant au lit, il demanda une tasse de thé.

A trois heures du matin, de violentes crampes le réveillent en sursaut; des coliques atroces se font sentir, des vomissements, des selles répétées se montrent, J'accours auprès de lui. Sa physionomie avait subi une altération profonde: ses traits tirés, sa pâleur livide, sa voix cassée, me révélèrent d'emblée un état excessivement grave. « C'est fini, docteur, me dit-il, mes forces sont à bout. »

Je refoulai au fond de mon cœur mes sombres pressentiments; je m'efforçai de détourner son esprit de cette tendance au découragement. Le pouls était d'une extrême faiblesse, la peau couverte d'une sueur glacée, la langue froide. Les crampes, les coliques, donnaient lieu à une agitation incessante. L'amiral me supplia de le laisser marcher quelques instants, appuyé sur deux de ses canotiers. Les vomissements et les selles se succédaient: c'était comme de l'eau de riz tenant en suspension quelques grumeaux blanchâtres.

J'ordonnai du thé punché, puis une potion fortement éthérée et laudanisée. Des frictions furent pratiquées sur les membres avec de l'alcool camphré tiède.

Les vomissements, les selles diminuèrent de fréquence après quelques cuillerées de la potion; mais le pouls ne se relevait pas, la langue, la peau, restaient froides; les crampes, devenues intermittentes, offraient de cruelles exacerbations.

Je fis entourer de larges sinapismes les membres inférieurs jusqu'aux genoux, les membres supérieurs jusqu'aux coudes.

Vers sept heures du matin, un commencement de réaction sembla poindre. Le pouls devenait sensiblement plus fort, la peau plus élastique, la voix moins cassée. Les selles ainsi que les vomissements étaient arrêtés. Les crampes, moins violentes, étaient séparées par de plus longues intermittences; enfin une petite émission d'urine s'accomplit à ma grande satisfaction.

Un instant j'espérai, cette illusion s'évanouit bien vite. Avec les vomissements et les selles reparaissent les crampes; l'algidité s'établissait définitivement.

A neuf heures, je plaçai des vésicatoires à l'épigastre et aux mollets; je fis alterner la potion prescrite avec quelques cuillerées de vin de Malaga. Malgré mes efforts, la prostration se prononçait de plus en plus. A midi commençait l'agonie, la mort arrivait deux heures après.

Telle a été la fin de l'amiral Bruat. Au milieu de ses tortures il eut des paroles bienveillantes pour tous les officiers qui assistaient, le cœur navré, à cette lutte cruelle. Il conserva l'intégrité de ses facultés. A partir de dix heures, la souffrance parut émoussée, la parole exigeait un effort auquel il se résignait avec peine, ses yeux se tinrent fermés.

L'amiral Bruat avait un esprit pénétrant et fécond: comme homme de guerre, il possédait dans l'exécution un calme, une patience, qui tranchaient avec la prodigieuse activité dont il faisait preuve dans les préparatifs. Ce qui mérite surtout d'être signalé, c'est son inépuisable bonté, son amicale familiarité avec les officiers appelés à vivre près de lui. Discernant très-vite les imperfections de chacun, il se montrait plus sensible aux qualités, qu'il mettait en relief avec une énergique persévérance.

Il fallait que la joie du retour fût interdite à celui qui avait déployé dans le commandement tant de puissantes qualités. L'amiral Bruat, mêlé à toutes nos victoires, ne devait pas être salué vainqueur dans son pays.

Dr Marroin,
médecin en chef de la marine.

Les collections de la *Gazette* qui nous ont été remises avant le 31 janvier, pour être reliées, sont actuellement prêtes. On peut les faire prendre dès ce moment dans nos Bureaux.

L'importance de cette névralgie comme signe diagnostique de la métropathie, doit être mise hors de doute. Toutes les fois donc qu'une femme ou une fille pubère accuse des douleurs séparées ou réunies, spontanées ou provoquées par la pression, aux lombes, à l'aine, au pubis, aux grandes lèvres, à la partie antérieure de la cuisse, il est extrêmement probable que l'utérus est le foyer de ces points douloureux, et qu'il est affecté gravement ou légèrement; c'est alors le cas d'examiner attentivement cet organe à l'aide de tous les moyens d'exploration physique que nous avons, pour connaître précisément l'affection dont il est atteint.

Douleurs des viscères pelviens. — On sait que les malades affectées de métropathie se plaignent souvent d'une sensation incommode et même douloureuse, de poids sur le rectum quand elles marchent, quand elles toussent, quand elles font un faux pas. Cela s'explique par une augmentation de volume de l'utérus qui, dans les diverses circonstances que nous venons d'indiquer, presse sur le rectum. Mais il n'en est pas toujours ainsi; souvent le volume de l'utérus n'est pas augmenté, et ces sensations incommodes ou douloureuses existent comme s'il y avait pression matérielle. D'autres fois les douleurs existent à l'anus, c'est-à-dire dans un point qui n'est pas directement atteint par la pression de l'utérus; on les observe souvent aussi au col de la vessie, en dehors de tout déplacement de l'utérus; et, chose remarquable, ces douleurs du rectum ou de la vessie se dissipent quelquefois immédiatement après une cautérisation du col utérin, comme cela arrive pour la névralgie des parois abdominales dont il a été question plus haut. D'après ces considérations, on doit regarder ces douleurs viscérales liées à une métropathie comme résultant d'une influence utérine qui va se réfléchir sur le plexus lombaire pour revenir affecter douloureusement le rectum ou la vessie. C'est, comme on le voit, la même symptomatogénie que celle de la névralgie des parois abdominales, et cela n'a rien d'étonnant, puisque les nerfs lombaires envoient des nerfs à la vessie et au rectum, comme ils en envoient aux parois de l'abdomen inférieur et du bassin.

Un médecin distingué de Verdun, M. Neucourt (1), vient d'augmenter l'histoire de la névralgie lombo-abdominale de Valleix de toutes les douleurs des branches internes ou viscérales des nerfs; eh bien, cette névralgie ainsi complétée est le symptôme habituel de la métropathie.

Ces douleurs de la paroi et des viscères du bassin ne se rencontrent pas toujours ensemble, et ne sont pas toujours en rapport avec l'intensité ou avec la gravité de l'affection utérine. Quelquefois une simple congestion menstruelle produira de ces douleurs réflexes qui arracheront des cris à la malade; d'autres fois un cancer détruira le col et le corps de l'utérus, sans que la malade accuse la moindre douleur dans le bassin. Telle femme sera donc sujette à ces douleurs, telle autre femme ne le sera nullement.

Dernièrement nous avons eu au n° 31 de la salle Saint-Vincent une femme qui nous a présenté un spécimen curieux de ce genre d'immunité. Elle était affectée d'un cancer du col utérin, et elle n'avait aucune douleur dans la région lombo-abdominale, soit spontanée, soit provoquée par la pression. Mais ce qu'il y a de plus remarquable à noter, c'est que cette femme, qui avait mis au monde dix enfants, avait toujours accouché sans éprouver les douleurs ordinaires de la parturition, c'est-à-dire les douleurs de la névralgie lombo-abdominale; elle n'avait jamais ressenti que la dernière et la grande douleur, celle qui est accusée si vivement lorsque la tête de l'enfant franchit l'anneau vulvaire.

Ainsi cette femme souffrait seulement quand la vulve était distendue, et elle n'avait pas souffert pendant le passage de la tête de l'enfant à travers le col utérin.

Ajoutons qu'en sus des névralgies dont nous venons de parler, l'utérus malade provoque aussi des névralgies du plexus sacré. Souvent des irradiations douloureuses vont jusqu'à la partie inférieure du membre abdominal par les nerfs sciatique et crural.

Il y avait donc chez cette femme une disposition individuelle, anatomique ou physiologique, qui empêchait l'utérus d'exciter des douleurs réflexes sur les nerfs lombo-abdominaux, dans les circonstances principales qui sont caractérisées par la présence de ces douleurs, c'est-à-dire dans le travail de la parturition et dans la métropathie cancéreuse.

Il y a une maladie de l'utérus qui s'appelle *hystéralgie*, et qui est caractérisée par l'existence de vives douleurs dans la région utérine. Eh bien, cette hystéralgie est constituée surtout par l'ensemble des points douloureux de la névralgie lombo-abdominale et sacrée, affectant soit les nerfs de la paroi pelvienne, soit ceux de la vessie ou du rectum. La douleur, qui dans cette névralgie viscérale peut affecter le col utérin lui-même, et qui serait augmentée par le contact du doigt sur cette partie, est tout à fait minime, comparativement à celles que la malade éprouve autour de la région utérine. Il arrive assez souvent que l'hystéralgie ne se borne pas aux douleurs que nous venons d'indiquer. Quelques auteurs lui assignent encore d'autres sensations douloureuses placées en dehors du bassin, comme par exemple la douleur de la névralgie intercostale. Cela ne peut être nié. Mais alors ces phénomènes éloignés de l'hystéralgie tiennent immédiatement à l'affection sympathique d'un viscère qui joue un rôle capital dans l'histoire de la métropathie, je veux parler de l'estomac. C'est ce que je développerai dans une seconde leçon.

(1) Neucourt, *Des maladies chroniques*. Paris, Baillière et fils, 1861, p. 388.

DES FISTULES RECTALES PAR CAUSE TUBERCULEUSE.

Par M. le Dr Barthélemy (de Saumur), médecin-major en retraite.

Frappé de la coïncidence des fistules anales avec la phthisie pulmonaire, je me suis souvent demandé si la cause qui engendre l'une ne pourrait pas être celle qui détermine les autres; en d'autres termes, si les tubercules miliaires ne produiraient pas ces deux affections, quoique dans des points bien différents et éloignés.

C'est ce que démontrent les trois observations suivantes :

Ire Obs. — Mlle A..., âgée de quinze ans, née de parents lymphatiques, et présentant elle-même les caractères de ce tempérament, vint me consulter pour une plaie qu'elle avait depuis six mois à un centimètre et demi de l'anus, laquelle avait succédé à un petit abcès qui avait été ouvert, puis cautérisé plusieurs fois avec la pierre.

Je diagnostiquai une fistule; je fus frappé du peu d'épaisseur des tissus qui séparaient le stylet de mon index gauche introduit dans l'intestin. A l'orifice interne, la muqueuse paraissait dénudée dans une assez grande étendue.

J'opérai cette fistule; la cicatrisation se fit attendre; je pansai la plaie avec des bourdonnets de charpie fine trempés dans de la teinture d'iode étendue de deux tiers d'eau.

La manière dont cette fistule s'était produite, son aspect particulier, le tempérament de la malade, tout me portait à croire qu'elle tenait à la cause lymphatique, lorsque des accidents survenus plus tard ne me laissèrent aucun doute à cet égard.

Quatre mois après la guérison de sa fistule, Mlle A... fut prise d'une toux très-vive; elle cracha un peu de sang, devint pâle, essoufflée et faible. L'auscultation me fit constater un bruit de souffle assez prononcé vers le sommet des deux poumons. Les règles devinrent moins abondantes.

Un régime fortifiant, l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, triomphèrent presque complétement de ces premiers symptômes.

Mais, au commencement de cet hiver, après avoir essuyé une ondée au retour du spectacle, notre malade a été reprise de toux violente et de crachement de sang abondant.

Le ventre est devenu très-douloureux, surtout vers les fosses iliaques et le côlon transverse; la fièvre s'est allumée, l'appétit a disparu.

L'hémoptysie a cédé en quarante-huit heures à l'usage du sirop de perchlorure de fer, mais le ventre est resté très-sensible et un peu tuméfié.

La mère de la jeune malade m'a signalé, il y a une douzaine de jours, un écoulement séreux par le fondement, même en dehors des garde-robes.

Quelques quarts de lavement avec la décoction de ratanhia ont arrêté cet écoulement, qui a été suivi de l'expulsion pendant trois jours de nombreux grumeaux, enveloppés de mucosités parfois purulentes et qui avaient tout à fait l'apparence de riz cuit, ou mieux de substance caséeuse; je crois fermement que c'était de la matière tuberculeuse ramollie. Un mieux marqué a succédé à cette évacuation.

Obs. II. — Mme C..., de Nogent-les-Vierges, trente-six ans, un peu amaigrie, vint me consulter pour une fissure anale. Je la traitai d'abord sans succès par la ratanhia et des mèches enduites d'onguent de la mère. Je dus donc l'opérer. En vingt jours la guérison était obtenue.

Néanmoins, comme Mme C... accusait encore une certaine douleur dans l'intérieur du rectum, au-dessus de la fissure guérie, j'examinai et je trouvai une assez grande étendue de la muqueuse dépourvue de son épithélium. Pendant plusieurs mois je cautérisai la surface dénudée avec le caustique Filhos solidifié, mais sans résultat satisfaisant.

En explorant le rectum avec le doigt, je sentis que la muqueuse s'affaissait sur une cavité sous-jacente. M. Robert constata cette dépression, fut d'avis d'agir comme dans l'opération ordinaire de la fistule, en ayant soin de commencer l'incision un centimètre ou deux au-dessus du point où l'intestin cédait sous le doigt. Quelques mois plus tard, la malade entra à l'hôpital Beaujon, où l'opération fut pratiquée.

La plaie touchait à sa guérison, quand tout à coup une douleur profonde se manifesta dans l'épaisseur du périnée et de la cloison recto-vaginale; les deux index introduits dans l'une et l'autre cavités sentaient des tissus rénitents et épais.

Quelques jours après, un abcès se montra à la base de la grande lèvre droite. M. Robert ouvrit le petit abcès, et nous pûmes voir sortir, avec quelques gouttes de pus mal lié, quelques petits grumeaux qui me semblèrent être de la matière tuberculeuse ramollie. Les injections iodées, la cautérisation de l'orifice fistuleux, l'élargissement de la plaie fistuleuse, ne purent amener la guérison.

La malade demanda sa sortie. Je la revis quelques mois après : elle s'était remise au régime fortifiant et aux préparations iodées. Je la trouvai assez fraîche, engraissée, et surtout débarrassée de sa toux sèche.

Quant à sa fistule, elle me dit que l'eau qu'elle s'injectait chaque matin dans le rectum, et qui coulait autrefois par l'orifice externe, ne passait presque plus.

Deux ou trois mois après, elle m'annonça qu'elle se croyait guérie, puisqu'elle pouvait prendre un lavement sans qu'il sortît la moindre goutte de liquide par le point accoutumé; elle ne s'était pas trompée.

Nous nous demandâmes, M. Robert et moi, quelle était la cause de cette affection vraiment bien compliquée. Nous pensâmes que tous ces désordres provenaient de tubercules miliaires développés à la périphérie et dans l'épaisseur de la muqueuse rectale.

L'état général de la malade au commencement de cette affection, les modifications heureuses qu'il a éprouvées par l'emploi de l'iode, permettraient déjà de le présumer, si la cure complète du trajet fistuleux uniquement par ces mêmes moyens n'en offrait la démonstration.

Obs. III. — J'ai opéré tout récemment un jeune homme de vingt-quatre ans, ayant eu dans son enfance une glande au cou qui a suppuré, et dont la mère et le frère ont eu des accidents analogues. Il y a cinq ans, il portait une légère fissure, qui céda rapidement aux injections et à la pommade de ratanhia. Il ressentait toujours une espèce d'embarras, une souffrance vague dans le rectum; ses matières présentaient souvent sur un point de leur surface une petite plaque de mucosités purulentes. Il vint me consulter de nouveau, et, grâce à mon spéculum bivalve, je découvris dans la direction et au-dessus de l'ancienne fissure une étendue notable de la muqueuse qui était dépourvue d'épithélium, et qui cédait sous la pression du doigt. Je touchai ce point avec la solution de perchlorure de fer; j'en amenai presque la cicatrisation, mais il venait toujours un peu de pus qui s'échappait par un petit pertuis. Une opération étant devenue nécessaire; M. Robert fut du même avis. Une incision d'un pouce et demi fut pratiquée de l'intestin sur la fesse gauche. Un assez fort décollement nécessita une seconde incision, plus petite, à droite. Si ce n'est une légère hémorrhagie veineuse que j'ai facilement arrêtée par la compression, les suites de cette grave opération ont été bonnes, et tout donne lieu d'espérer qu'avant peu M. B... sera complétement guéri.

Il me semble permis de croire que cette fistule borgne interne s'est formée sourdement, puisque le malade a pu la garder pendant plusieurs années sans presque s'en apercevoir, et que ses antécédents, comme ceux de ses proches, autorisent à croire qu'elle pouvait dépendre de tubercules miliaires.

M. Robert m'a montré ces jours-ci, à la salle Saint-Jean à l'Hôtel-Dieu, un homme de trente ans atteint de tubercules pulmonaires, et qui a également une fistule borgne interne tout à fait semblable à celles dont je viens de parler. Elle remonte à six ans, et ne l'incommode que peu. M. Robert est disposé à la regarder comme de nature tuberculeuse.

M'appuyant sur ces observations, et surtout sur ce fait, à savoir : que l'on rencontre assez souvent des fistules anales chez les sujets atteints de tuberculisation pulmonaire, je me crois autorisé à formuler les propositions suivantes :

La muqueuse rectale est un des points d'élection pour le développement des tubercules miliaires.

Là, comme partout ailleurs, ils peuvent en se ramollissant donner lieu à la formation de collections qui se font jour soit à l'intérieur de l'intestin, soit au dehors.

L'ouverture dans la cavité rectale doit être plus fréquente, vu que dans ces cas la muqueuse est toujours plus ou moins altérée.

Par cette même raison, l'orifice de ces fistules borgnes internes est large, dentelé, et présente plutôt l'aspect d'une petite déchirure.

Lorsque la collection se porte au dehors, elle chemine ou sous la muqueuse rectale ou en dehors de la musculeuse, auquel cas elle s'engage dans le petit sillon circulaire qui sépare le sphincter interne de l'externe.

Dans l'un et l'autre cas, elle vient s'ouvrir tout près de l'anus.

L'orifice que présentent ces sortes de fistules est généralement assez large, béant, à bords minces et bleuâtres, ressemblant aux ouvertures des plaies scrofuleuses.

Si l'on sonde ces fistules, on est frappé de la largeur de leur trajet et du peu d'épaisseur des tissus qui se trouvent entre le stylet explorateur et l'index placé dans l'intestin.

Les opère-t-on, on est souvent obligé d'exciser les bords qui sont minces et flottants.

Lorsque leur cicatrisation se fait par trop attendre, on l'active manifestement en pansant la plaie avec une mèche ou des bourdonnets trempés dans de la teinture d'iode étendue d'eau.

Leur symptôme le plus caractéristique est de se former lentement, sourdement, de telle façon que les malades n'en sont que peu incommodés, et d'être par conséquent exemptes de ces orages phlegmoneux qui accompagnent presque constamment les fistules stercorales proprement dites.

Comme il est bien rare que ces fistules ne coïncident pas avec quelques symptômes de tuberculisation pulmonaire, il faut être bien attentif à ce qui peut survenir de ce côté, parce qu'alors les préparations iodées peuvent conjurer des accidents redoutables.

GARGARISME ANTISYPHILITIQUE,

Par M. le Dr Remoussin.

En lisant le numéro du 31 janvier dernier de la *Gazette des Hôpitaux*, j'ai remarqué la formule d'un gargarisme employé contre les ulcérations syphilitiques de l'arrière-gorge. Cette formule m'a donné l'idée d'en communiquer une que j'emploie depuis longtemps, et qui m'a toujours réussi à guérir en peu de jours l'affection désagréable mentionnée plus haut. La voici :

Décoction de morelle et de ciguë.	300 gr.
Bichlorure de mercure.	0,20 centigr.
Alcool, q. s. pour dissoudre le chloride mercurique.	

L'action sédative des substances employées pour la décoction me paraît empêcher l'irritation douloureuse des parties malades que vous paraissez si justement redouter.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 février 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet une nouvelle formule des sirops iodhydriques et de proto-iodhydrate, par M. Galy, pharmacien. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note relative à l'indication d'une lésion organique des centres nerveux particulière à la paralysie générale, non encore signalée dans la science, par M. le docteur Joire, de Lille. (Commissaire, M. Falret.)

2° Une observation d'empoisonnement accidentel par le bleu de

Prusse, par M. le docteur Paillon, de Saint-Foy-lès-Lyon. (Commissaires, MM. Chevallier et Tardieu.)

3° Une lettre relative au traitement de l'épilepsie, par M. Fiévet, de Tournon. (Commissaire, M. Trousseau.)

4° Une deuxième note sur le goître exophthalmique, par M. le docteur Hiffelsbeim. (Commissaire, M. Baillarger.)

5° Une note en espagnol sur le traitement du choléra, par M. le docteur Francisco Fernandez Bover. (Commission du choléra.)

6° Un mémoire sur la fièvre typhoïde sporadique et épidémique, par M. Jean Hryniewicki, médecin cantonal à Joppecourt (Moselle). (Commission des épidémies.)

7° Une lettre de M. Blondeau de Jussieu (de Beaune), accompagnant l'envoi d'un échantillon de la substance noire résineuse ou gommeuse interposée entre les segments des cônes du *sequoia gigantea*. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

8° De la pathogénie des accès épileptiformes dans l'alcoolisme chronique ; de l'influence des accès épileptiformes en général sur les actes de violence. — M. AUG. VOISIN communique sous ce titre la note suivante :

La discussion qui a lieu à l'Académie de médecine me détermine à appeler l'attention sur quelques faits relatifs à la pathologie mentale que j'ai pu observer à l'hospice de Bicêtre, dans le service de mon grand-père M. le docteur Félix Voisin.

I. Dans l'étude si intéressante que M. Trousseau a faite de la pathogénie des attaques épileptiformes, certains états morbides des méninges cérébrales me paraissent avoir été laissés dans l'oubli.

En effet, en dehors des paralysés généraux atteints d'encéphalo-méningites chroniques, il est une classe de malades admis dans les établissements d'aliénés qui sont frappés d'alcoolisme et surtout d'absinthisme chroniques. Quelques-uns de ces aliénés tombent dans des attaques épileptiformes ; le fait a été rappelé par MM. Falret et Moreau. Mais quelle est la cause anatomique de ces phénomènes singuliers? Tel est en partie le but de cette note. Les autopsies démontrent chez ces malades l'existence de néo-membranes situées à la face interne de la dure-mère, et caractérisées, entre autres lésions, par la présence de nombreux éléments du sang, signes indicateurs de fluxions antérieures.

Je citerai une observation entre plusieurs :

Le nommé C... est amené de la Pitié à Bicêtre, dans le service de M. F. Voisin, avec un certificat constatant qu'il est atteint d'aliénation mentale consécutive à des attaques d'épilepsie. Des renseignements que je recueille, il résulte que C... se livre depuis de longues années à des excès d'absinthe, que chaque jour il rentre étourdi par l'ivresse, et qu'il a déjà eu plusieurs accès épileptiformes. Toutes les cinq minutes il bredouille quelques mots inintelligibles; ses membres, et surtout ceux du côté droit, sont alors saisis de convulsions, principalement toniques. L'accès dure une demi-minute, et se termine par le relâchement complet des muscles, le retour complet à la raison, et parfois par la sortie d'écume par la bouche. Le malade reste hébété, mais ne conserve ni paralysie ni contracture des membres.

Dans la journée qui suit son entrée, C... est pris de près de cent attaques semblables, et meurt dans la nuit.

A l'autopsie, je trouve à la partie antérieure de la dure-mère et du côté de l'hémisphère gauche, une néo-membrane que l'on peut détacher presque entièrement de la dure-mère.

Elle est rougeâtre, fine, assez molle; on y trouve, au microscope, un grand nombre de granules d'hématosine et quelques faisceaux de fibres lamineuses. La pie-mère est fortement congestionnée.

De semblables faits n'ont pas été, que je sache, signalés par les auteurs qui se sont occupés de l'alcoolisme chronique, entre autres par Magnus Huss; aussi, il m'a paru intéressant, à propos de la discussion actuelle, d'appeler l'attention de l'Académie sur ce point de pathogénie des accès épileptiformes observés dans cette affection. Ils me semblent avoir leur point de départ dans les fluxions, et quelquefois même les hémorrhagies qui se produisent dans l'épaisseur des néo-membranes ou dans ces néo-membranes, agissant à la façon d'une épine sur la substance cérébrale.

II. Les auteurs parlent des déterminations subites, irrésistibles, poussant au suicide et à l'homicide, qui sont du ressort de l'épilepsie, et sont, ainsi que le dit justement M. Trousseau, imputées à des motifs criminels. Ces faits ne sont pas très-rares; ils sont considérés comme appartenant à l'épilepsie essentielle. J'appellerai l'attention sur certains actes de violence commis par des malades atteints seulement d'attaques épileptiformes. Je choisis le fait suivant comme un des plus probants.

Le nommé X..., peintre en bâtiments, d'un caractère doux, atteint depuis longues années à plusieurs reprises de coliques saturnines, et en dernier lieu d'accès épileptiformes, entra pour ce dernier motif à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Bouillaud, salle Saint-Jean de Dieu, n° 20. Il est pris de plusieurs de ces accès dans la salle; après les deux derniers, il se met à injurier les infirmiers, la sœur du service, et à proférer des menaces qui nécessitent qu'on lui mette la camisole de force.

Il est conduit à Bicêtre, où il est encore aujourd'hui; il est tranquille, a recouvré la raison, et n'a plus eu de ces mouvements de violence.

En résumé : 1° les accès épileptiformes observés dans l'alcoolisme et l'absinthisme principalement, me semblent avoir leur raison d'être dans l'existence de néo-membranes de la dure-mère et dans les fluxions qui s'y produisent.

2° Certaines déterminations subites, irrésistibles, observées dans l'épilepsie essentielle, existent aussi dans l'épilepsie symptomatique, se caractérisent par les mêmes tendances à la violence dans les paroles et dans les actes, et doivent par conséquent être prises en considération en médecine légale.

— M. Michel Lévy fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, d'un volume intitulé : *Des maladies des Européens dans les pays chauds et les régions tropicales*, par M. le docteur Dutrouleau.

— M. Littré offre à l'Académie, de la part de M. le docteur Neucourt (de Verdun), un volume intitulé : *Des maladies chroniques; pratique d'un médecin de province*.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce que mardi prochain l'Académie se formera en comité secret immédiatement après la correspondance, pour entendre le rapport de la section d'anatomie et de physiologie. Elle rentrera immédiatement après en séance publique.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la congestion cérébrale apoplectiforme.

La parole est à M. Trousseau.

Suite de la discussion sur la congestion cérébrale apoplectiforme.

— **M. TROUSSEAU**, pour répondre à un désir que M. Bouillaud lui a exprimé dans une lettre, donne les définitions et les explications suivantes :

On donne vulgairement le nom de *congestion cérébrale apoplectiforme* à un état de l'appareil cérébro-spinal caractérisé par les phénomènes qui appartiennent à ce que l'on appelle ordinairement *l'apoplexie foudroyante* : perte subite de connaissance, résolution complète; respiration lente, profonde, stertoreuse; pouls plein et assez lent; en un mot, ce qui caractérise les *phénomènes apoplectiques*.

Ces accidents sont *essentiellement transitoires* dans ce que l'on appelle *congestion cérébrale apoplectiforme*.

Pour moi, *ces phénomènes apoplectiques* ne sont pas le résultat d'une congestion cérébrale, mais d'une manière d'être de l'encéphale, laquelle est connexe à la modalité, dont la grande attaque d'épilepsie ou d'éclampsie est le symptôme.

J'admets la *congestion de l'encéphale* : un ramollissement inflammatoire, une méningite, une encéphalo-méningite, une hémorrhagie, une blessure de l'encéphale, seront la cause d'une *fluxion* ou d'une *congestion*, pour le cerveau comme pour tout autre organe.

Mais cette congestion que j'admets ne sera pas soudaine et transitoire, comme les *accidents apoplectiques* qui succèdent à une attaque d'épilepsie ou d'éclampsie.

Épilepsie. — Expression vulgaire désignant une maladie de l'axe encéphalo-rachidien, caractérisée, *dans la forme la plus grave*, par la perte subite de connaissance, des convulsions générales prédominant ordinairement d'un côté, d'une durée qui n'excède pas habituellement deux minutes, suivies de *phénomènes apoplectiques* considérés à tort, suivant moi, comme congestifs. Cet état apoplectique est, suivant moi, le symptôme de la *modalité cérébrale* qui a produit l'attaque, et n'est pas plus que l'attaque elle-même une congestion cérébrale.

Le *petit mal* n'est que l'attaque avortée ou modifiée.

Éclampsie. — Mêmes phénomènes que ceux de l'épilepsie *accidentelle*, tandis que l'épilepsie est constitutionnelle et à retours.

Dans une maladie cérébrale, *chronique* ou *aiguë*, il y a des phénomènes de congestion irritative et inflammatoire. Mais ici même, dans la presque universalité des cas, les *phénomènes apoplectiques* qui surviennent subitement et qui disparaissent, sont de l'*éclampsie* ou de l'*épilepsie symptomatique*, déterminées, j'en conviens, appelées en quelque sorte par la lésion aiguë ou chronique.

M. BOUILLAUD. M. Trousseau s'est plaint d'avoir été attaqué sur un terrain autre que celui qu'il avait choisi. Mais c'est lui tout le premier qui, dans sa note, a parlé d'une foule d'états du cerveau différents de la congestion et de l'épilepsie. Il a même décrit, sous les noms d'étonnement et d'impatience du cerveau, des états nouveaux et encore mal définis. Il a soulevé enfin devant l'Académie des questions de philosophie médicale, tout en ayant l'air de s'en défendre; mais il l'a fait en péchant à la fois contre ce qui en fait la base, la logique et le langage. Ainsi M. Trousseau fait bon marché des mots, dit-il; mais les mots ne sont-ils donc pas la représentation des choses, et peut-on violer impunément la signification consacrée des mots? M. Piorry a à cet égard d'excellents principes; il a seulement le tort d'en pousser trop loin l'application, et de n'être pas assez français dans son langage. On doit, en effet, chercher autant que possible à désigner les maladies par un mot qui rappelle l'organe affecté.

Cette tendance, d'ailleurs, remonte aux premières origines de la médecine. On la retrouve dans Hippocrate, qui, malgré ses connaissances peu avancées en anatomie, faisait de la médecine organique positive. Elle est encore plus manifeste dans Galien, l'auteur des traités *De locis affectis* et *De usu partium*. C'est la direction générale qu'a prise la science depuis la Renaissance, et depuis Morgagni, partout l'anatomie et la physiologie sont à juste titre considérées comme la base de la médecine, qui n'est elle-même au fond que l'anatomie et la physiologie pathologique.

Il est vrai qu'il n'est pas toujours possible de mettre le doigt sur le siége de chaque maladie. Mais dans ce cas même encore on localise autant que possible. Broussais, malgré ses exagérations excusables et même nécessaires chez un novateur, a eu le mérite de combattre l'ontologie de son temps. Laënnec, dans l'introduction de son *Traité d'auscultation*, ne s'est pas élevé avec moins d'énergie contre les entités morbides considérées abstractivement des organes, contre ce qu'il appelait les fantômes. M. Trousseau lui-même n'a pas toujours été un ontologiste, et il rendrait de bien plus grands services à la médecine s'il revenait à sa première direction. Si dans la discussion actuelle il avait suivi la voie de l'anatomie, il n'aurait pas jeté, comme il l'a fait, une pomme de discorde au sein de l'Académie.

La question du reste était mal posée. La congestion cérébrale, état éminemment anatomique, ne peut être comparée à l'épilepsie, qui est une névrose. D'un autre côté, qu'est-ce que la congestion cérébrale apoplectiforme? Elle n'a été décrite nulle part; on consulterait en vain les auteurs là-dessus, et on en attend encore la définition. Il a fallu que M. Trousseau eût recours à Boerhaave pour en donner une idée à l'Académie. Mais la définition de Boerhaave, qui pouvait être excellente pour son temps, ne satisfera personne aujourd'hui; elle a le tort de conserver une entité pathologique avec des états morbides et des lésions qui diffèrent essentiellement. M. Trousseau aurait pu trouver des données plus précises à cet égard dans les ouvrages modernes sur les maladies de l'encéphale. Il y aurait vu qu'il ne suffit pas de considérer ces maladies dans l'ensemble de cet organe, mais bien dans chacune de ces parties, où elles se manifestent par des phénomènes et des symptômes différents. Il aurait pu nous dire peut-être alors dans quelle partie du cerveau il localise la congestion apoplectiforme, quelle est celle des différentes parties de l'encéphale qui est le siége ou le point de départ de l'*ictus*, cet *ictus* sur lequel il a tant insisté et dont il a fait un des caractères essentiels de l'épilepsie; il aurait dû nous dire au moins, puisqu'il n'a pu le définir, quels sont les cas où il n'a pas quelque congestion ou quelque autre lésion organique pour cause.

En résumé, M. Trousseau ne s'est-il pas condamné lui-même en déclarant que hors la question médico-légale pour laquelle il a fait appel aux aliénistes de l'Académie, cette discussion serait stérile, et que chacun garderait l'opinion qu'il avait avant? Ce serait une véritable calamité si on acceptait l'opinion de M. Trousseau dans les termes absolus dont il s'est servi, et d'une manière aussi générale. On serait conduit par là à ranger dans l'épilepsie tous les cas de perte de connaissance subite, soit qu'ils proviennent d'une véritable apoplexie, d'une syncope, et d'une foule d'autres causes.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Lélut vient de se démettre de ses fonctions de médecin de l'hospice de la Salpêtrière.

Plusieurs compétiteurs se préparent déjà, assure-t-on, au concours qui devra avoir lieu très-prochainement pour son remplacement.

— La Société médicale du XVII[e] arrondissement vient de renouveler son bureau pour l'année 1861.

Ont été nommés :

Président, M. Deschaumes; *vice-président*, M. Nérat; *secrétaire général*, M. Bertholle; *secrétaire*, M. Gaucher; *trésorier*, M. Pornot.

— M. le docteur Bermond, médecin en chef de l'Asile des aliénés du Bon-Secours, à Albi, vient de mourir à l'âge de soixante-dix-sept ans.

— Le célèbre poëte et romancier anglais Olivier Goldsmith avait d'abord étudié notre art à Edimbourg et à Londres; mais il n'avait pas obtenu de ce noviciat le moindre grade, et il est fort douteux qu'il y ait gagné plus de science. Si l'on croit son témoignage, il reçut plus tard un degré pour le doctorat à l'Université de Padoue : mais ce titre resta entre ses mains presque sans emploi. « Je ne m'en sers, disait-il souvent, que pour mes amis. — Eh! docteur, lui répliqua un jour Beauclerk, que ne vous en servez-vous contre vos ennemis? »

Il avait obtenu une place de médecin dans la Compagnie des Indes; mais il fut obligé de se démettre de son emploi; et après examen, il fut jugé impropre même pour l'humble office d'aide dans un hôpital naval. « Toutes ses connaissances en zoologie, écrit Johnson, n'allaient guère plus loin qu'à distinguer un cheval d'une vache. »

Ce sont, à n'en pas douter, ses déceptions dans la carrière médicale qui ont conduit l'immortel auteur du *Vicaire de Wakefield* à prendre la plume, qui nous a laissé de si parfaits modèles d'*humour* et de charmante bonhomie. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 23. — SAMEDI 23 FÉVRIER 1861. (34e ANNÉE.) N° 23. — SAMEDI 23 FÉVRIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Traitement des hallucinations par l'électricité. — Méthode de M. Hiffelsheim.

Nous avons fait connaître dans cette *Revue*, il y a plusieurs années, quelques-unes des tentatives de traitement par le courant voltaïque continu permanent faites à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Rayer, par M. le docteur Hiffelsheim. On n'a sans doute pas oublié que le principe de cette méthode est de faire passer par des points déterminés le courant d'une pile sans interruption, nuit et jour, tant que dure le traitement. Nous ne reviendrons ici ni sur les notions théoriques ni sur les détails pratiques de ce mode d'emploi de l'électricité, qui ont déjà été exposés dans les colonnes de ce journal (voir les années 1857 et 1858).

Nous voulons appeler aujourd'hui l'attention de nos lecteurs sur une application nouvelle de cette méthode thérapeutique, dont l'initiative est due à M. Baillarger. Il s'agit des hallucinations. Pensant qu'on pourrait obtenir quelques bons résultats d'une modification continue du système nerveux, telle que celle qui résulte de l'usage des appareils à courant continu permanent, dans ces affections nerveuses ordinairement si rebelles, M. Baillarger a engagé M. Hiffelsheim à traiter par cette méthode plusieurs hallucinées de son service.

La première malade sur laquelle ces tentatives ont été faites, et qui était atteinte d'hallucinations de l'ouïe durant depuis plus d'une année, en a obtenu une guérison complète. Chez deux autres malades, le traitement a également réussi, mais dans l'un de ces cas, les hallucinations dataient de deux mois à peine. La seconde avait de fausses perceptions de l'ouïe qui remontaient à plusieurs années, et elles semblaient avoir complétement cessé depuis deux mois au moment de la sortie.

Voici, d'après les notes recueillies par M. Duchemin, interne, et M. Geoffroy, externe du service, l'observation de cette première malade, qui présente un grand intérêt :

Mlle F..., âgée de soixante-quatre ans, ancienne institutrice en Angleterre, de retour en France depuis huit jours seulement, entre à la Salpêtrière le 27 février 1859. Elle raconte qu'il y a un mois elle a eu une vive frayeur, et que depuis ce temps elle entend des voix qui lui parlent presque continuellement. On lui dit toutes sortes de choses désagréables ; on la traite de voleuse, de menteuse ; on lui parle surtout d'un procès dans lequel elle serait impliquée avec une dame anglaise. Elle est faible sur ses jambes et ne peut rester longtemps debout. Sa santé est assez mauvaise.

Un traitement tonique est commencé aussitôt, et tout en améliorant l'état général de Mlle F..., il ne modifie pas les hallucinations.

Au mois de février 1860, la malade est toujours dans la même position ; elle entend des voix qui lui répètent qu'elle a menti, qu'elle a volé, qu'elle a dévoré un enfant, qu'elle doit retourner en Angleterre pour être jugée et punie de ses crimes. La malade s'accuse elle-même et pense que les voix ne disent que la vérité ; de là des pleurs et des lamentations.

La nuit, ces voix la poursuivent encore et l'empêchent souvent de dormir. Elles commencent toujours à parler dès qu'elle s'éveille. Sa physionomie exprime une souffrance morale profonde.

Le 13 février 1860, on place sur la tête de la malade une pile portative de 30 éléments. Des extrémités de cette pile partent deux fils isolés métalliques, portant des éponges, que l'on place dans les oreilles de la malade.

Au moment de l'application de la pile, la malade voit des bluettes et des éclairs qui cessent au bout de quelques instants. C'est l'effet de la fermeture comme aussi de l'ouverture d'un courant d'une certaine intensité.

Le 14, la malade entend moins ses voix ; elle ne sait pas, dit-elle, si cela tient à ce que les gens sont plus éloignés ou à ce qu'ils parlent bas.

Le 15, elle s'est réveillée dans la nuit sans entendre les voix. Mais elle les a entendues quelque temps après son réveil et le matin pendant son travail.

Le 16, les voix sont moins fortes ; elles ne sont plus aussi continues qu'auparavant.

Le 17, la malade a dormi jusqu'à six heures du matin sans entendre ses voix.

Le 18, les voix n'ont pas été entendues de toute la nuit.

Le 20, les voix ont été plus fortes que les jours précédents, sans cependant l'être autant qu'avant le commencement du traitement.

Le 24, Mlle F... est soumise à l'action d'une *batterie de soixante éléments*. Les pôles sont munis de deux fils conducteurs qui se rendent aux oreilles.

Le 27, depuis que l'on fait usage de la batterie, la malade dort bien, quoique pendant la nuit elle ne soit pas soumise régulièrement à l'action de l'électricité. Elle n'entend presque plus de voix.

Le 11 mars, la malade a entendu ses voix pendant un moment dans la matinée. Elle les attribue à l'ennui de rester assise toute la journée. On cesse l'emploi de la batterie et on la remplace par une pile de trente éléments disposée comme au début du traitement, et permettant le déplacement dans les cours, les ateliers.

Les jours suivants, la malade n'entend plus de voix.

Le 4 avril, les voix sont revenues depuis quelques jours ; mais on s'aperçoit que la pile ne fonctionne pas. Plusieurs fils de zinc sont cassés et rongés au milieu de la pile. Le traitement est interrompu quelque temps par suite de la difficulté de se procurer une nouvelle pile en bon état.

Le facies de la malade, qui était complétement changé, se tire de nouveau et revient à une expression de souffrance.

Cependant elle ne se met plus en colère contre ses voix ; elle ne leur répond plus, ce qui autorise à penser qu'elles n'existent pas avec toute l'intensité qu'elles avaient auparavant.

Le 3 mai, le traitement est recommencé au moyen d'une batterie portative. On ne la soumet pas à la pile au sulfate de plomb, afin de bien constater la possibilité d'atteindre le résultat avec la première variété, déjà essayée sur elle.

Les jours suivants, les mêmes phénomènes qui avaient signalé la première amélioration se produisent de nouveau.

Les mêmes alternatives se présentent.

Enfin, le 28 juin, la malade annonce qu'elle n'a plus rien entendu.

Les jours suivants il en est de même, et à partir de ce moment les voix ne sont pas revenues.

La malade a continué à être soumise au courant de la batterie, qui plus tard a été remplacé par celui d'une simple pile de trente éléments.

Le 6 août, la malade ne garde sa pile que de deux jours l'un, et enfin, le 14, elle cesse définitivement de la garder.

Le 5 décembre, enfin, quatre mois après la cessation du traitement, les voix n'ont pas reparu. Le facies de la malade est bon et suffirait à prouver la guérison.

Obstruction de l'artère pulmonaire, avec affection de cette artère et du cœur droit.

Nous avons rapporté dans l'une des *Revues* de l'année dernière deux exemples remarquables d'obstruction de l'artère pulmonaire par des concrétions fibrineuses formées sur place, coïncidant avec une dilatation considérable des cavités droites du cœur et une altération graisseuse du ventricule. M. Lancereaux, interne de la Pitié, qui avait recueilli ces deux faits, en a pris l'occasion de formuler à cette époque quelques propositions qui lui paraissaient découler naturellement de leur rapprochement.

Voici quelles étaient ces propositions :

1° La dilatation et l'altération graisseuse du cœur droit peuvent contribuer à la formation de concrétions fibrineuses dans l'artère pulmonaire. Cette cause agirait le plus souvent de concert avec l'altération de l'artère pulmonaire.

2° La vie est compatible pendant un certain temps avec l'oblitération de la plupart des divisions de l'artère pulmonaire, lorsque cette oblitération survient lentement et qu'elle est due conséquemment à des caillots qui se forment sur place.

3° Les caillots migrateurs, donnant lieu à des troubles subits, excessifs, et souvent rapidement mortels, peuvent être cliniquement distingués des précédents.

4° Bien que la coïncidence fréquente d'une affection cardiaque avec dilatation et de l'oblitération de plusieurs des divisions de l'artère pulmonaire rende plus difficile le diagnostic de cette dernière, néanmoins on peut être mis sur la voie de l'existence de cette dernière lésion par les phénomènes suivants : une dyspnée excessivement pénible, le défaut de rapport entre cette sensation et les efforts musculaires de la respiration, les plaintes du malade, la pâleur ou l'état violacé, le froid des extrémités, peut-être aussi la moindre fréquence et la petitesse du pouls.

5° L'oblitération d'une ou de plusieurs des divisions de l'artère pulmonaire n'entraîne pas nécessairement l'altération du parenchyme du poumon correspondant ; preuve que l'artère pulmonaire est un organe d'hématose, et que les artères bronchiques sont plus spécialement destinées à la nutrition des poumons.

M. Lancereaux a communiqué tout récemment à la Société de biologie un nouveau fait du même genre, qu'il a recueilli dans le service de M. Marotte, à l'hôpital de la Pitié, et qui confirme les conclusions que nous venons de rappeler. Voici cette nouvelle observation, dont nous empruntons la relation aux Comptes rendus de la Société de biologie.

Un homme âgé de soixante ans, d'une constitution robuste, à la poitrine large et aux membres bien développés, entre à la Pitié le 20 novembre dernier, accusant de l'essoufflement, des palpitations, de la dyspnée, du catarrhe revenant à peu près chaque année depuis son enfance. Il a toujours eu, dit-il, l'haleine courte, mais il ne peut préciser quel a été le phénomène initial de sa maladie. Depuis six mois il s'est aperçu de l'œdème des membres, qui est aujourd'hui considérable. Il n'a jamais été atteint de rhumatisme.

On constate à son entrée : facies tuméfié, livide ; lèvres grosses, violacées ; infiltration séreuse générale, plus prononcée aux membres inférieur et supérieur droits ; froid des extrémités ; ascite légère ; épanchement peu abondant de sérosité dans les cavités pleurales ; râles humides dans la plus grande étendue des deux poumons ; crachats épais, peu aérés, muco-purulents. A la percussion, sonorité un peu exagérée dans quelques points, diminuée à la base. Dyspnée intense ; efforts respiratoires peu énergiques (emphysème, œdème, catarrhe). — L'impulsion du cœur est faible ; le pouls d'une fréquence ordinaire et mal frappé, mou, dépressible ; léger reflux dans les veines du cou, un peu dilatées ; foie volumineux.

M. Marotte prescrit : vin diurétique et purgatif à la scammonée.

Durant les jours suivants, l'œdème persiste au même degré ; la cyanose et la dyspnée augmentent ; on constate de la matité en arrière et à droite, et absence du murmure vésiculaire.

A partir du 1er décembre, tous ces phénomènes vont en s'aggravant. L'affaissement est de plus en plus prononcé. Le malade succombe le 5 décembre.

Voici ce que révèle l'autopsie :

L'abdomen, le péricarde, les plèvres renferment un liquide séreux non inflammatoire. Les poumons présentent des bosselures qui paraissent tenir à la dilatation par l'air de quelques-uns de leurs lobules et au retrait de quelques autres, qui sont comme carnifiés. On y remarque, en outre, un peu d'œdème et de congestion, sans extravasation sanguine.

Le cœur, volumineux, a la forme d'une gibecière. Les valvules ne sont pas altérées ; l'orifice tricuspide est élargi. Le cœur gauche a ses dimensions à peu près normales. Le cœur droit, considérablement dilaté, a sa cavité plus que doublée. Sa paroi est épaissie, son tissu est un peu jaunâtre, ses fibres musculaires sont chargées de quelques granulations grises et graisseuses. Il renferme un sang noir et coagulé, sans trace de caillots fibrineux.

Nulle part, dans le système veineux, ne se rencontre la moindre concrétion fibrineuse.

L'artère pulmonaire est le siége d'une dilatation en quelque sorte proportionnelle à la dilatation ventriculaire. Sa paroi est jaunâtre, mais non épaissie ou ulcérée ; on voit dans plusieurs de ses divisions de troisième et de quatrième ordre, à droite comme à gauche, au sommet et à la base des poumons, des caillots fibrineux oblitérant pour la plupart la cavité du vaisseau, ayant généralement pour siége et pour point de départ l'angle de division des branches de l'artère, à laquelle un certain nombre adhèrent avec assez de force pour ne pouvoir en être détachées sans déchirure de la membrane interne. Quelques-unes de ces concrétions envoient des prolongements dans les divisions subséquentes ; d'autres, du volume d'un pois, sont arrondies et sans prolongements ; toutes sont constituées par de la fibrine, dans laquelle les granulations graisseuses sont encore très-rares. Elles sont lisses à leur grosse extrémité, où se rencontre parfois du sang noir plus récemment coagulé.

Voilà donc plusieurs exemples qui concourent à établir l'existence d'une lésion particulière du cœur, consistant en une dilatation de ses cavités droites, avec surcharge graisseuse du ventricule et concrétions fibrineuses dans les divisions de l'artère pulmonaire également dilatée ; lésion liée à un certain degré

d'emphysème et de catarrhe pulmonaire, qui diffère cliniquement de la plupart des maladies cardiaques par l'absence du souffle, et se reconnait, en outre, à la dyspnée excessive accusée par les malades, à l'œdème ordinairement très-prononcé et parfois plus considérable à droite qu'à gauche, à la mollesse du pouls, au froid et à l'état violacé habituel de la face et des extrémités.

Nous sommes loin d'avoir indiqué tous les points de physiologie pathologique intéressants que soulèvent ces observations; nous en avons voulu faire ressortir seulement les caractères les plus tranchés.

D'ailleurs, M. Laucereaux, à qui revient l'honneur d'avoir signalé ces faits et de les avoir analysés avec une grande sagacité, annonce dans sa communication qu'il a en ce moment même un nouveau fait du même genre en observation. Il y a donc toute apparence que nous aurons prochainement l'occasion d'y revenir.

Quelques mots sur l'action thérapeutique du sulfate de quinine.

Dans la *Revue* du 19 janvier dernier, nous avons rapporté quelques observations qui nous ont été communiquées par M. le docteur Simon, médecin des houillères de Ronchamp, tendant à prouver que le sulfate de quinine administré chez des fébricitants, peut donner lieu dans quelques circonstances à des hémoptysies. M. le docteur Gassand, médecin aide-major à l'hôpital militaire d'Aumale (Algérie), nous fait part à cette occasion de quelques réflexions pratiques qui lui ont été suggérées sur ce sujet par les nombreuses observations qu'il a été à même de faire sur l'emploi du sulfate de quinine dans les hôpitaux militaires d'Oran, de Coléah et d'Aumale, auxquels il a été successivement attaché depuis son séjour en Afrique.

« Le sulfate de quinine, nous écrit-il, a toujours été administré pendant plusieurs jours à des doses (1 gramme et souvent 2 grammes dans les vingt-quatre heures) que beaucoup de nos confrères de France taxeraient d'exagérées, et que justifient en Afrique la gravité des fièvres et leur tendance au type pernicieux. Néanmoins, je n'ai jamais vu l'accident signalé par M. le docteur Simon.

» Les recherches que j'ai faites dans ce qui a été écrit sur la matière par les médecins militaires qui se sont succédé sur le sol algérien depuis la conquête, m'ont également conduit à un résultat négatif à cet égard.

» Si le sulfate de quinine avait produit des hémorrhagies, il est probable que les médecins qui ont exercé en Algérie n'auraient pas manqué de signaler ce fait à l'attention du public médical. Dans les dix dernières années qui viennent de s'écouler, le conseil de santé des armées, pour répondre au désir de M. le ministre de la guerre de concilier les intérêts du trésor avec les exigences de la santé du soldat, a prescrit dans divers hôpitaux militaires l'expérimentation des succédanés du sulfate de quinine, tels que l'apiol, la colophane traitée par l'acide azotique, le sulfate de cinchonine, l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée, le ferro-cyanure de sodium et de salicine; plusieurs de ces substances possèdent quelques propriétés du sulfate de quinine; si ce dernier médicament eût donné lieu à un accident aussi grave que l'hémorrhagie, il est certain que son usage eût été restreint, au moins dans les cas légers.

» Lors de mes premiers débuts en Algérie, imbu des idées qui sont généralement reçues en France, il m'avait d'abord semblé qu'on exagérait inutilement les doses de sulfate de quinine, et j'avais pensé que les cas de fièvres intermittentes et de fièvres rémittentes pourraient la plupart du temps céder à une administration moins large de l'antipériodique. Les observations que j'ai faites à Coléah et à Aumale m'ont promptement désabusé, car quelques cas malheureux ont été le résultat de mon hésitation. Aussi, étant donné un accès de fièvre bien caractérisé, je ne crains plus d'administrer hardiment le sulfate de quinine, et je puis affirmer que sur plus d'un millier de malades atteints de fièvre intermittente à différents types et de fièvre rémittente que j'ai observés, les quatre cinquièmes d'entre eux, interrogés alors que le sel quinique était complétement absorbé, n'ont jamais accusé ni éblouissements, ni surdité passagère, aucun effet physiologique marqué, et cependant la maladie était enrayée. Toutes les fois que j'ai eu à constater quelque phénomène insolite, il existait toujours des complications, en particulier lorsque j'ai noté une hémorrhagie nasale. L'état typhoïde venait se greffer sur la maladie antécédente, ou bien j'avais à traiter un accès pernicieux.

» J'ajouterai encore que dans certains cas de dyssenterie grave le sulfate de quinine donné en lavement m'a paru modifier avantageusement l'élément hémorrhagie intestinale. »

Notre confrère nous fait remarquer, en outre, que l'action hyposthénisante admise dans le sulfate de quinine, et que l'on utilise souvent dans quelques affections inflammatoires, telles que le rhumatisme articulaire, la pneumonie, la méningite, etc., concorde peu avec la production d'hémorrhagies.

Par ces diverses considérations, M. Gassand se montre peu disposé à admettre la conclusion de M. le docteur Simon. Les cas d'hémoptysie qui ont coïncidé avec l'administration du sulfate de quinine lui paraissent devoir être attribués à une tout autre influence, telle que la constitution médicale de la localité, ou même la congestion qui a lieu momentanément dans les organes internes pendant l'accès de fièvre. Aussi conclue-t-il, à son tour, que l'administration méthodique du sulfate de quinine est exempte de toute espèce d'accident, et que la plupart des phénomènes insolites qu'on a signalés sont dus non à l'action du médicament, mais bien à la maladie elle-même ou à ses complications.

— Nous ferons remarquer que les faits et les raisonnements produits par notre confrère d'Aumale pour établir l'absence habituelle des hémorrhagies chez les sujets soumis à la médication quinique, bien qu'ayant une grande importance à nos yeux, autant par la valeur des observateurs dont le témoignage a été invoqué, que par la constitution même des lieux où ont été faites les observations, ne sauraient néanmoins détruire les faits rapportés par M. Simon. Tout ce qu'on en pourrait conclure tout au plus, c'est que ces faits sont exceptionnels, et qu'il y aurait lieu, par conséquent, de rechercher, soit dans l'existence de quelques complications inaperçues, soit dans les éléments même de la constitution médicale sous l'influence de laquelle ces faits ont été recueillis, les conditions particulières qui ont pu favoriser la manifestation des accidents hémorrhagiques pendant la durée du traitement quinique.

HOPITAL DE CHATELLERAULT. — M. J. Mascarel.

Observation de diabète non sucré.

Un homme âgé de cinquante ans, d'un tempérament lymphatique et nerveux, ayant passé vingt ans de sa vie soit dans les prisons, soit à vagabonder, fut admis le 12 septembre 1860 à l'hôpital. Il raconte qu'il vient de passer six mois dans une autre maison de refuge, où il n'a pu être guéri d'une soif qui le dévore.

Ce malade est pâle, amaigri; le facies est comme crispé. Il n'a pas de fièvre et ne se plaint que d'une soif excessive et de besoins fréquents d'uriner. La langue est rouge, sans aucun enduit, sèche et comme collée au palais; le pharynx participe à cet état; le creux épigastrique est un peu sensible à la pression; le ventre est bien conformé et indolent dans le reste de son étendue. Le malade a toujours soif, il a de l'appétit, mais il ne peut digérer aucun aliment solide sans éprouver des nausées et même des vomissements: il y a de la constipation. Il boit de cinq à six litres dans les vingt-quatre heures, c'est le moins qu'il puisse boire, et urine un peu plus de six litres de liquide dans le même espace de temps.

L'urine est pâle, semblable à du petit lait clarifié, sans odeur prononcée, et ne forme pas de dépôt, même après le refroidissement. Soumise par nous et par un pharmacien très-expérimenté, aux divers procédés propres à reconnaître la présence du sucre, les résultats ont été complétement négatifs; il n'y a jamais eu un atome de matière sucrée.

La peau était sèche et comme parcheminée, la sueur nulle; toutes les autres fonctions paraissaient assez bien s'accomplir.

Après sept ou huit jours de séjour, il survint un peu de fièvre, le soir d'abord, puis continuellement; les nausées et la sensibilité épigastrique à la pression restèrent telles, la soif aussi vive, les urines aussi copieuses, l'appétit nul. Les urines ne donnèrent jamais ni sucre ni albumine; mais une fois la fièvre devenue continue, elles laissèrent déposer par le refroidissement un léger dépôt d'un blanc jaunâtre, non muqueux et comme purulent; ce dernier caractère ne fut bien sensible que deux jours avant la mort, qui eut lieu le 4 janvier 1861.

Autopsie le 5 *janvier*. — Le prépuce et le devant des bourses sont violacés et comme corrodés par le passage incessant de l'urine. Les poumons sont légèrement engoués dans leur partie postérieure, mais sains partout, à l'exception du lobe supérieur du poumon droit, qui est comme enchevêtré dans de nombreuses mailles d'adhérences celluleuses anciennes.

Le cœur est sain, un peu flasque, et contient dans ses cavités droites des caillots de sang un peu décolorés et non adhérents. Les nerfs pneumo-gastriques n'offrent rien de particulier.

La rate est petite, ratatinée, et sa capsule couverte de concrétions fibro-cartilagineuses anciennes; son tissu est condensé et comme raréfié. Le foie, la vésicule du fiel et le pancréas, paraissent être dans l'état normal sous le triple rapport de leur situation, de leur couleur et de leur volume; les granulations du pancréas paraissent seulement hypertrophiées, et cette glande est peut-être un peu plus grosse qu'on ne la rencontre ordinairement.

L'estomac est petit; il renferme une petite quantité de liquide grisâtre; ses parois sont amincies, mais nulle part on ne trouve d'injection ni de ramollissement de la muqueuse. Le reste du tube intestinal est sain.

La vessie est vide, hypertrophiée, la membrane muqueuse non injectée.

Le rein droit a son volume normal; la couche corticale est hyperémiée, comme hypertrophiée; la substance mamelonnée est plus rouge, plus injectée, et une pression exercée avec le manche du scalpel sur cette partie en fait suinter un liquide lactescent semblable à celui qui remplit les bassinets. Du reste, il n'y a point de collection purulente. Mais dans le rein gauche, qui est un peu plus volumineux que le précédent, nous trouvons creusés dans la substance corticale huit ou dix petits abcès du volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une petite aveline. Les plus petits abcès renferment du pus presque concret, les plus gros du pus liquide sans trace de matière tuberculeuse. Les bassinets sont remplis d'une matière crémeuse qui se prolonge jusque dans l'uretère; la couche corticale est d'autant plus friable qu'on l'examine plus près des abcès, qui presque tous font un relief conique à sa surface. Le cerveau n'a pas été ouvert.

Voilà donc l'observation d'un malade qui offre pendant sept à huit mois, après des écarts de régime et des privations de toute sorte, tous les symptômes caractéristiques du diabète, moins la matière sucrée dans les urines, et qui finit par succomber à une double néphrite purulente, sans avoir jamais accusé de douleurs dans ces régions. On remarquera qu'aucun des symptômes diabétiques ne manquait, si bien que nous avions de prime abord institué le traitement antidiabétique, lorsque l'analyse chimique plusieurs fois répétée est venue nous démontrer qu'il n'y avait pas glycosurie.

Ce fait prouve une fois de plus que rien ne doit être négligé pour asseoir un diagnostic, même dans les cas qui paraissent les plus simples, et combien il importe de tenir compte de l'exploration physique et chimique des liquides de l'économie, surtout lorsque les organes sécréteurs de ces mêmes liquides paraissent être le siége de la maladie.

DES PRODUCTIONS DERMOÏDES ET PILEUSES à l'intérieur de l'œil,

Par E. Follin, chirurgien de la Salpêtrière, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Le développement de poils à la surface de certaines membranes muqueuses qui n'en possèdent point à l'état normal, n'est pas un fait rare, et il serait possible de réunir un grand nombre de cas dans lesquels on a constaté des poils sur la muqueuse de la langue, dans le pharynx et même plus bas sur la muqueuse de l'estomac. Il ne faut pas prendre pour des poils de la langue certaines formations épithéliales qui ont lieu à la surface des papilles et qui leur constituent une gaîne d'une longueur exagérée; mais on voit sur la langue de véritables poils provenant d'un bulbe pileux.

M. le professeur Natalis Guillot m'a communiqué le fait remarquable d'un individu qui avait des poils dans le pharynx et les enlevait assez facilement; enfin, les vétérinaires savent qu'on rencontre de temps en temps dans l'estomac du cheval de véritables productions pileuses insérées dans les parois de ce viscère.

Sur d'autres muqueuses que les muqueuses digestives, le développement des poils est beaucoup moins fréquent. Ainsi, l'on n'observe que fort rarement des productions pilifères sur la conjonctive ou la cornée; et les exemples de ce genre cités par Mackensie, Wardrop, Wharton Jones et de Graëfe, sont tout à fait exceptionnels. Le *trichosis bulbi*, dont M. Edwards (1) a rapporté récemment un exemple consistait en la formation sur la sclérotique et la cornée d'une masse dermoïde avec tous les caractères de la peau et de poils dont les uns étaient follets et les autres semblables à des cils.

Mais des faits plus rares encore que les précédents ont été observés et décrits; ce sont des cas de productions dermoïdes et pilifères à l'intérieur de l'œil. C'est aussi d'un de ces faits que je veux entretenir la Société, en le rapprochant des faits analogues qui sont dans la science.

La littérature chirurgicale ne contient à ma connaissance que cinq cas qui puissent être cités à côté de celui que j'ai observé, et encore ce dernier n'a pas d'analogue quant au siége de la lésion. Cependant, dans aucun de ces cinq cas on n'a pu faire un examen cadavérique de la lésion; dans le cas que j'ai observé, on a pu compléter par de fines dissections l'histoire de ces singulières productions dermoïdes ou pilifères.

Avant d'exposer le cas qui m'est propre, je vais donner un résumé de tous les faits qui sont antérieurs au mien, et qui ont été observés par MM. Pamard, Ruete, Florent Cunier, Von Græfe et Laugenbeck.

Obs. Ire. — Un homme, âgé de vingt-huit ans, battait le briquet (janvier 1838), lorsqu'il sentit un corps étranger qui pénétrait dans l'œil. Il résulta de cet accident une légère ophthalmie qui dura deux jours, et qui s'accompagna d'un certain trouble de la vue.

On ne fit pas de traitement, mais l'inflammation disparut peu à peu, sans toutefois que la vision revînt à l'état normal.

Dès le lendemain de l'accident, en examinant son œil, le malade crut y voir un poil, et des médecins qu'il consulta reconnurent aussi l'existence d'un poil dans l'œil, sans pouvoir déterminer si ce poil était situé entre les lames de la cornée ou dans la chambre antérieure.

Le blessé vint alors consulter M. Pamard, d'Avignon (21 mars 1839). Il n'existait pas d'irritation dans l'œil; les membranes et les humeurs étaient à l'état normal. On voyait distinctement à la partie inférieure de la chambre antérieure un corps sphérique, du volume et de la forme d'un pois, dont le segment supérieur atteignait la pupille et empiétait sur elle lorsqu'elle était dilatée. A ce corps était attaché un poil qui se dirigeait obliquement en haut et en dedans, et traversait la pupille. L'iris se contractait avec moins de facilité que dans l'autre œil. La vue était incertaine et les objets paraissaient au malade comme coupés par une ligne noire; il n'y avait pas trace de cicatrice à la cornée.

Le 22 mars, M. Pamard fit une ponction à la cornée, et chercha à extraire ce corps; mais il adhérait assez fortement à l'iris. A l'aide des ciseaux courbes de Daviel, M. Pamard excisa les parties adhérentes le plus près possible du corps étranger, qui fut entraîné par les pinces.

Cette opération ne fut pas suivie d'accidents graves, et une petite hernie de l'iris fut combattue par un léger attouchement avec le nitrate d'argent.

Le 22 avril, le malade retournait dans son pays avec une vue parfaite.

L'examen anatomique de la production morbide a fait voir un corps de forme sphérique, du volume d'un pois, d'une couleur blanc nacré, de consistance molle, mais assez résistante; l'apparence de ce tissu morbide était celle du tissu fibreux uni à du tissu cellulaire. Ce corps, par le point où il adhérait à l'iris, était recouvert d'une tache noire; il était traversé par un poil qui y adhérait fortement, et faisait saillie en dehors de 5 ou 6 lignes; ce poil, par ses dimensions, sa forme et sa couleur, avait l'aspect d'un cil du malade. (*Annales d'oculistique*, 1841, 4e année, t. V, p. 157.)

Obs. II. — M. Ruete a rapporté l'observation d'un homme de trente ans qui avait sur un de ses yeux les lésions suivantes: il existait une légère cicatrice sur la cornée, la chambre antérieure était saine; l'iris était normal, mais avec le bord pupillaire adhérent à la capsule, qui portait quatre taches pigmentaires. Le cristallin était opaque et fendillé; la pupille semblait immobile.

On voyait derrière la pupille quatre poils, deux longs et deux courts, implantés au fond de la chambre postérieure sur la surface antérieure du cristallin. Un poil encore plus long que les autres perçait l'iris à gauche de la pupille, et marchait étendu sur l'iris dans la chambre antérieure.

La vue était perdue du côté où les poils se voyaient; l'autre œil était resté sain.

(1) *Edimburgh, veterinary Review*, oct. 1860.

M. Ruete a appris que les yeux avaient toujours été sains jusqu'en 1834, mais qu'à cette époque une parcelle de fer-blanc rougie au feu avait été projetée dans l'œil, qui devint dès lors le siége de très-vives douleurs, lesquelles ne cessèrent qu'avec la perte totale de la vue de ce côté.

M. Ruete a revu le malade une année après le premier examen auquel il s'était livré; ce malade était à peu près dans le même état, mais les poils n'avaient que très-peu grandi. (*Monatschrift für Med. Chir. und Augenheilkunde*, vol. II; p. 81, janvier et février 1839.)

Obs. III. — M. Florent Cunier a rapporté l'observation d'une fille qui avait perdu la vue à la suite d'un coup reçu sur la région frontale. A gauche, le globe était déformé, la cornée avait disparu; à droite, la cornée était restée saine, le globe avait conservé sa forme et son volume naturels; la chambre antérieure était plus volumineuse, l'iris ballottant; derrière la pupille, qui était tirée de haut en bas et de dedans en dehors, apparaissait un corps en tout semblable à la capsule ouverte en son milieu et vide de son cristallin. De l'ouverture de ce corps partaient six poils, s'éloignant à leur sortie et se contournant sur eux-mêmes pour se réunir en cercle dans le centre pupillaire.

Cette fille avait commencé à souffrir de l'œil droit, où la violence exercée avait occasionné la chute du cristallin et sans doute une déchirure de la rétine. La vue avait été instantanément perdue de ce côté.

Ce n'est que six mois plus tard que l'autre œil était devenu malade d'une ophthalmie que l'auteur qualifie d'arthritique, mais qui était sans doute une de ces ophthalmies sympathiques qui se terminent par la perte de la vue. (*Annales d'oculistique*, 1841, 4e année, tome V, p. 164.)

Obs. IV. — Le malade observé par M. de Græfe était âgé de vingt-huit ans lorsqu'il fut blessé à l'œil droit par la pointe d'un instrument piquant. Une ophthalmie assez intense succéda à cette lésion et dura quatre semaines. Peu de temps après, on trouva dans l'iris une petite tumeur d'un blanc nacré. Cette grosseur, qui semblait située dans l'épaisseur de l'iris, faisait une légère saillie en avant dans la chambre antérieure, et une autre en arrière vers la capsule antérieure du cristallin. Il existait un coloboma inférieur de l'iris vers une petite tache blanche cicatricielle de la cornée. La tumeur de l'iris augmentant peu à peu de volume finit, par gêner la vision, d'abord en rétrécissant la pupille, puis en provoquant un certain degré de phlegmasie, lorsqu'elle arriva à toucher la face postérieure de la cornée.

M. de Græfe crut devoir extraire cette tumeur à l'aide d'une ponction faite à la cornée; mais cette masse, dont la partie superficielle était seule assez résistante, ne put être extraite en totalité, et l'on ne put en enlever que des lambeaux à l'aide de pinces et d'une curette.

Le contenu grumeleux de cette tumeur était formé en partie de poils très-fins qui naissaient évidemment de la tumeur même. On termina l'opération en incisant les brides qui séparaient la pupille de l'ouverture que la tumeur enlevée avait laissée à l'iris.

A l'examen microscopique, on ne trouva dans la tumeur que des lamelles épidermiques, des poils, un peu de graisse et de cholestérine.

Il n'y eut point d'accident; mais la paroi du fond de la tumeur n'ayant pu être extraite, il fallait craindre une récidive, qui du reste ne tarda pas à se manifester, et au moment où M. de Græfe publiait son observation, la tumeur était tout à fait en voie de récidive. (*Archiv. für Ophthalmologie*, tome III, 2e partie, page 412.)

Obs. V. — Langenbeck a montré à Græfe une pièce où l'on voyait un poil probablement implanté dans un exsudat faisant saillie dans la chambre antérieure. Ce poil n'était pas contenu dans une tumeur. Malheureusement les détails manquent sur ce fait intéressant.

Toutes les productions pilifères dont je viens de parler ont été observées sur le vivant, et avaient leur siége soit sur l'iris, soit aux environs de cette membrane. La tumeur que je présente aujourd'hui à la Société a été trouvée sur le cadavre, ce qui a permis un examen plus détaillé; et elle était située dans un lieu différent des autres, entre la rétine et la choroïde.

L'œil qui contenait cette production dermoïde et pilifère avait été enlevé sur le cadavre d'une femme de soixante-dix ans. Il était cataracté; mais c'était là la seule lésion de cet œil apparente à l'extérieur. La cornée, la sclérotique, l'iris, les chambres antérieure et postérieure, le corps vitré, étaient à l'état sain. Mais en ouvrant cet œil et en séparant les membranes l'une de l'autre, je constatai entre la rétine et la choroïde, à la partie supérieure du globe, une production jaunâtre de 1 centimètre 1/2 de long sur 1 de large, que je pris d'abord pour un de ces amas de cholestérine qu'on trouve assez souvent au-dessous de la choroïde. Cependant, à un examen un peu plus attentif, je vis qu'il s'agissait de quelque chose de tout à fait différent de la cholestérine, d'une sorte de plaque résistante dont une face, bombée, répondait à la choroïde, et l'autre, plane, à la rétine. La face choroïdienne était chagrinée, grenue, traversée par des sillons comme la peau, et couverte de poils; les uns assez gros, les autres plus petits. Quelques-uns de ces poils étaient visibles à l'œil nu, et avaient 2 millimètres; d'autres ne pouvaient être bien distingués qu'à la loupe: leur nombre s'élevait environ à 25. Ils prenaient naissance dans la profondeur des sillons cutanés. Sur un point de cette face choroïdienne, il existait une tache noirâtre de 4 millimètres de largeur, et qui répondait profondément à un amas d'une matière noire.

Par sa face plane, cette plaque tenait à la rétine par quelques adhérences celluleuses faciles à rompre. On n'y découvrait pas de poils. La rétine conservait l'impression de cette tumeur d'une façon très-distincte par des brides celluleuses légères et par quelques taches pigmentaires. La choroïde, dans le point où la plaque pilifère lui correspondait, était dépourvue de pigment, mais partout ailleurs elle était saine.

J'ai procédé à un examen micrographique de la structure de la tumeur, à l'aide de coupes minces faites dans toute son épaisseur et sur divers points, de la face choroïdienne à la face rétinienne. De cet examen, il résulte que la tumeur est composée de plusieurs couches analogues à celles qui représentent la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

1° C'est d'abord une couche épidermique analogue à l'épiderme cutané; cet épiderme est formé de petites cellules arrondies, pourvues d'un noyau et d'un nucléole, très-rapprochées les unes des autres.

2° Au-dessous de cette couche épidermique, on constate plusieurs couches fibro-celluleuses d'aspect et de résistance différents. Une première couche, qu'on pourrait très-bien comparer au derme, est formée de fibres serrées les unes contre les autres, et disposées en faisceaux assez réguliers. Au-dessous de cette couche, qui a 2 millimètres d'épaisseur, on en trouve une autre formée de fibres irrégulièrement entre-croisées, un peu écartées les unes des autres; c'est dans cette couche que viennent aboutir les bulbes pileux. Enfin, au-dessous de cette couche aréolaire, on en découvre une autre plus dense et renfermant en assez grand nombre des vésicules adipeuses.

Une coupe mince fait voir un assez grand nombre de poils contenu dans une gaîne épithéliale et munis d'un bulbe. Ces poils, brunâtres, de différentes longueurs, perforent la face choroïdienne de la plaque dermoïde par un orifice un peu déprimé; leur gaîne épidermique se continue avec la couche épidermique superficielle; leur extrémité bulbaire est dans la couche fibro-aréolaire à faisceaux écartés les uns des autres. Sur le point de la plaque dermoïde qui était d'une couleur foncée, on trouve des agrégats d'une matière brunâtre disposés sous forme de tubes arrondis, entrelacés, mais assez irrégulièrement pour qu'on ne puisse pas dire si ces masses sont de simples dépôts pigmentaires ou des canalicules de glandes sudoripares remplis d'une matière noire. La structure des poils est identique à celle des poils normaux.

De ces six faits, qui se complètent les uns les autres, il est facile de tirer quelques conclusions qui serviront à éclairer l'histoire de ces productions dermoïdes et pilifères de l'intérieur de l'œil.

Ces tumeurs ont été toutes observées sur des adultes, et paraissent, dans la plupart des cas, avoir succédé à des violences exercées sur l'œil. Ainsi, dans les cinq faits antérieurs au mien, le malade donne à cette affection une origine traumatique. A la vérité, dans l'observation de M. Pamard, le malade dit avoir observé le poil le lendemain de l'accident; mais c'est là un simple dire du malade. Du reste, cet accident peut bien avoir appelé l'attention sur une lésion qui n'avait pas encore manifesté sa présence par quelques symptômes. On avait supposé, dans ce cas, qu'un cil avait pu être entraîné dans la chambre antérieure à travers la blessure faite à la cornée; mais les faits de poils multiples ne permettent pas de s'arrêter un instant à cette hypothèse.

On a supposé qu'il s'agissait ici de petits kystes dermoïdes analogues à ceux qu'on trouve dans d'autres régions, et en particulier au pourtour du sourcil; mais en admettant cette hypothèse d'une façon générale, on oublie que dans les kystes dermoïdes la formation pileuse se fait à l'intérieur d'un sac clos, tandis que dans la plupart des cas cités les poils se sont développés librement à l'extérieur. Dans le cas de M. de Græfe, c'était sans doute un véritable kyste dermoïde dans l'épaisseur de l'iris; mais dans le cas que j'ai observé, il ne peut pas être question d'un kyste dermoïde, mais bien d'une plaque dermoïde, et c'est sans doute quelque chose d'analogue dans la plupart des autres observations où l'on apercevait distinctement les poils.

Ces formations dermoïdes et pilifères se sont montrées tantôt sur l'iris, tantôt sur la capsule du cristallin; enfin, dans le cas qui m'est propre, sur la rétine, entre cette membrane et la choroïde.

Le nombre des poils, dans quelques cas, est assez minime; mais peut-être n'a-t-on pas bien vu tous ceux qui étaient présents; car dans mon observation il faut se servir d'un grossissement de dix fois environ pour reconnaître tous les poils.

La plupart des malades sur lesquels on a trouvé ces productions dermoïdes ont eu des troubles visuels variés.

Chez les uns, au début du mal, la vue était moins nette, les images paraissaient coupées; chez les autres, des accidents inflammatoires violents ont amené la perte de la vue et la formation de cataractes. Dans l'observation de M. de Græfe, les symptômes inflammatoires paraissent ne s'être montrés qu'au moment où la tumeur a touché la face postérieure de la cornée.

Chez la plupart des malades, on a trouvé une petite cicatrice sur la cornée.

Le pronostic de ces formations pilifères à l'intérieur de l'œil me paraît assez grave dès qu'on constate une augmentation progressive, quoique lente, de la tumeur. Donc, si l'on se trouvait en face d'un cas semblable à celui de M. de Græfe, où la tumeur faisait peu à peu saillie en avant vers la face postérieure de la cornée, et en arrière vers la capsule antérieure du cristallin, il ne faudrait pas hésiter à l'enlever avec la portion d'iris qui la supporte. On ne devrait pas se borner à une extraction incomplète qui, laissant en place la base de la tumeur, serait favorable à une récidive. Une excision nette de l'iris serait en tous points préférable.

INDICATION D'UNE LÉSION ORGANIQUE DES CENTRES NERVEUX particulière à la paralysie générale, non encore signalée dans la science,

Par M. le docteur A. Joire, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lommelet (Lille).

(Note communiquée à l'Académie de médecine.)

Les altérations organiques de l'encéphale, rencontrées chez les aliénés qui succombent à la suite de la démence paralytique, ont été l'objet de recherches nombreuses et importantes dans ces dernières années. De grandes dissidences règnent encore néanmoins dans la science sur la valeur à attribuer à ces diverses lésions dans la production de la paralysie générale. Cette affection, on le sait, n'a été guère étudiée jusqu'à nos jours que comme une complication grave, et la plus grave de toutes, de la folie. Ce n'est que dans ces derniers temps qu'on a signalé des faits de paralysie générale progressive manifestée en dehors de toute coïncidence avec l'aliénation.

Cette association habituelle des deux formes morbides a conduit les auteurs de ces recherches à considérer les mêmes parties de l'appareil encéphalique comme étant par leurs lésions la cause commune qui les détermine.

L'un de ceux qui se sont livrés plus spécialement à l'étude de la paralysie générale, M. Calmeil, considérait l'inflammation de la substance grise des circonvolutions comme la cause à la fois de la démence et de la paralysie; cette affection était pour lui anatomiquement une péri-encéphalite chronique diffuse. D'autres, plus tard, ont admis comme caractère anatomique de la paralysie le ramollissement de la couche moyenne de la substance corticale des circonvolutions résultant également d'un état phlegmasique. Une autre opinion soutenue par MM. Delhaye et Pinel-Grandchamp, et reproduite plus tard par M. Foville, considérait les dérangements intellectuels comme liés aux altérations de la substance grise, et les désordres du mouvement aux lésions de la substance blanche du cerveau. On voit ici surgir déjà l'idée d'une distinction dans le siége organique des deux formes morbides. Mais remarquons que c'est dans le cerveau seul qu'on place la cause du double phénomène. Or les recherches de la physiologie moderne ne permettent plus de rattacher aux lésions des hémisphères cérébraux les troubles généraux de motricité manifestés dans la paralysie générale.

Ces organes sont reconnus, de nos jours, comme les agents matériels des actes intellectuels et instinctifs; mais les phénomènes de sensibilité et de motricité sont dévolus dans l'encéphale à d'autres parties.

C'est donc uniquement basé sur les données expérimentales de la physiologie moderne, et spécialement sur les distinctions établies par M. Flourens pour les fonctions respectives des diverses parties de l'encéphale, que doivent être dirigées les recherches relatives aux altérations organiques propres à la paralysie générale, et les hémisphères cérébraux doivent dès lors être mis immédiatement hors de cause.

Telles étaient mes impressions, lorsque, me rappelant les nombreuses altérations organiques que des recherches nécroscopiques persévérantes, poursuivies depuis plus de treize ans, m'avaient permis de constater dans la démence paralytique, mon attention fut vivement fixée sur une lésion spéciale siégeant en dehors des hémisphères cérébraux, que je n'ai pas cessé de rencontrer depuis neuf mois dans la paralysie générale, et que je ne rencontre pas chez les aliénés non paralysés.

Cette lésion a pour siége la surface interne du ventricule cérébelleux (quatrième ventricule), et consiste dans la présence d'une *couche comme gélatineuse, transparente*, d'épaisseur variable, qui va parfois jusqu'à un millimètre; *la surface de cette couche est couverte, surtout au niveau de la paroi antérieure et inférieure du ventricule, d'un nombre considérable de saillies mamelonnées, ou granulations* tout à fait analogues aux élevures de la peau manifestées sous l'influence du froid, et désignées sous le nom de chair de poule.

J'ai constaté que, chez les sujets qui succombent à une époque peu éloignée du début de la paralysie générale, cette couche additionnelle est très-mince, les granulations de la surface sont infiniment plus nombreuses, plus petites, et leur aspect donne l'idée de grains de sable disséminés, ou bien de l'altération particulière de la muqueuse palpébrale, indiquée sous le nom de granulations de la conjonctive. Cette lésion que j'ai désignée sous le nom de *granulations des parois du quatrième ventricule*, est constante dans la paralysie générale, et n'occupe pas d'autre siége.

Dans mes recherches nécroscopiques, j'ai observé avec soin les parois des ventricules latéraux et celles du troisième ventricule; je n'y ai rencontré rien de pareil.

Je ne compte pas soulever ici les importantes questions que pourrait susciter l'étude des rapports de la lésion que je viens de signaler avec les manifestations symptomatiques que j'y rattache; je n'examine pas non plus si cette lésion peut se manifester isolément dans l'encéphale, ou si elle se trouve liée à l'existence préalable d'une altération plus générale du cerveau d'où peut dépendre le désordre de l'intelligence; un travail complet comportant l'étude de ces diverses questions, et accompagné des observations recueillies à ce sujet, sera prochainement communiqué à l'Académie.

Mon but en ce moment est de signaler une altération organique particulière à la paralysie générale sur laquelle l'attention jusqu'ici ne s'était pas portée, et de solliciter de la part de mes collègues aliénistes des recherches qui deviendront, j'en suis sûr, confirmatives de mes assertions.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 février 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Cazeaux écrit pour demander à échanger son titre de membre titulaire pour celui de membre honoraire.

PRÉSENTATION D'UNE MALADE.

M. Richard présente à la Société une malade nommée Castellan, et qui est à la Salpêtrière. Cette femme est âgée de soixante-dix-sept ans, et atteinte d'une **tumeur du sein fort curieuse.**

Au mois d'août 1851 cette femme fut opérée, dans le service de M. Velpeau, par M. Jarjavay. La tumeur enlevée au sein droit était volumineuse, et constituée par une multitude de petits kystes creusés au milieu d'une hypertrophie mammaire. La pièce a été représentée dans une des planches du *Traité des maladies du sein*, de notre maître M. Velpeau (1). Cette tumeur offrait un type remarquable de *sarcome kystique*.

Cette femme, depuis cette époque, a été opérée onze fois par M. Richard: la formation et la reproduction des kystes se faisaient avec une grande rapidité, et à chaque opération M. Richard enlevait toujours plusieurs groupes de petites tumeurs, formées par des kystes ou par de l'hypertrophie mammaire, tantôt 3 ou 4, tantôt 7, 8 et même 10 de ces productions.

Depuis deux ans, voyant tous ses efforts impuissants à triompher de cette repullulation, il n'opéra plus cette femme. Aujourd'hui on rencontre dans les environs des cicatrices, et dans toute la région mammaire, une grande quantité de petites tumeurs, les unes réunies, les autres isolées, de volume variable, et n'ayant aucune adhérence avec les parties profondes. Les unes sont bleuâtres, les autres ont laissé à la peau sa coloration normale; quelques-unes sont franchement fluctuantes, d'autres sont un peu plus dures, plus élastiques. Les ganglions sont sains, et la santé générale est parfaite.

Cette tumeur, par la production incessante des kystes, semblerait devoir sortir du cadre des tumeurs bénignes; et d'un autre côté, il n'est pas possible d'appliquer le nom de malignes à ces productions, qui ont pullulé avec tant d'opiniâtreté sans attaquer les ganglions, sans retentir sur l'économie et sans altérer la santé.

(1) Voyez planche II, fig. 1 (1re et 2e édition), page 526 de la 1re édition, ou page 494 de la seconde.

COMMUNICATION.

M. FOLLIN montre à la Société un exemple curieux de **tumeur de l'œil, avec production de poils.** (Voir plus haut).

M. HOUEL rappelle les faits décrits par M. Lebert et relatifs à la formation de kystes pileux. Si dans la pièce de M. Follin ce n'est pas un kyste, mais une plaque revêtue de poils, il pense que ces deux variétés ne constituent qu'une seule et même lésion, et que cette pièce doit être rapprochée de celles qui ont été décrites par M. Lebert. Il ne pense pas, comme semble le faire supposer M. Follin, qu'un coup porté sur l'œil ait pu déterminer la production de ces poils. Il n'y a eu probablement qu'une simple coïncidence entre le coup et le développement de ces tumeurs pileuses.

M. FOLLIN connaissait tous les faits de M. Lebert que vient de rappeler M. Houël, et dans lesquels il ne s'agissait que de kystes pileux. Chez tous les malades cités par M. Follin, l'observation ne peut laisser aucun doute sur la cause qui a produit ces lésions singulières. Ces malades n'avaient rien à l'œil avant l'action du coup, et on a pu assister au début et à l'évolution de la lésion. Du reste, cette hypothèse, qui porterait à penser que ces tumeurs se sont formées de toutes pièces, ne doit plus paraître si extraordinaire aujourd'hui. On admet bien la création de véritables glandes dans les productions hétéradéniques, et il n'est pas plus singulier qu'un morceau de peau puisse se développer aussi de toutes pièces.

M. VERNEUIL. Il se forme tous les jours, dans nos organes, du tissu osseux, du tissu nerveux, voire même des glandes. Mais la peau est un organe bien plus compliqué, et je n'ai jamais pu me convaincre de la formation de toutes pièces du tissu cutané avec ses dépendances, bulbes pileux, poils, etc. J'ai étudié avec soin les kystes de la région sourcilière, qui occupent autour de l'orbite un siége constant (côté externe, à l'angle externe des paupières), et qui renferment habituellement une grande quantité de poils, et avant d'admettre une néo-génèse, j'ai cherché une autre théorie pour expliquer ces productions, et il m'a paru qu'elles avaient pour origine l'inclusion d'une portion de peau au moment de la soudure embryonnaire.

Pour en revenir au fait de M. Follin, à la présence de ce lambeau de peau recouvert de poils et trouvé dans l'œil, on pourrait encore en appeler aux recherches de l'embryologie. Certains embryologistes ont de la tendance à admettre que le globe oculaire est formé par la soudure de deux feuillets, dont l'un serait une dépendance du feuillet tégumentaire externe, de façon que la moitié antérieure du globe oculaire, et avec lui la cornée et l'appareil cristallinien, devraient être rapprochés dans sa formation de l'enveloppe extérieure du corps. Dès lors ne pourrait-on pas supposer, pour expliquer le fait que vient de nous communiquer M. Follin, une inclusion d'une portion de peau dans l'appareil oculaire? On pourrait représenter, comme objection à cette théorie, le temps qui s'est écoulé depuis l'époque de la naissance et le moment où a paru cette lésion; mais ne voit-on pas des tumeurs, qui peuvent être rapprochées de celles-ci, ayant pour siége le testicule ou la région circumorbitaire, persister pendant cinq, dix, quinze ans, sans augmenter de volume et sans donner lieu à aucun accident?

M. FOLLIN ne trouve pas de raisons suffisantes pour admettre d'une manière générale la théorie de l'inclusion. Pour le cas présent, la théorie ingénieuse des embryologistes, citée par M. Verneuil, serait en défaut : la plaque cutanée ne se trouvait pas dans la moitié antérieure de la coque oculaire, mais entre la choroïde et la rétine.

M. BROCA. A l'époque où M. Lebert vint communiquer à la Société anatomique son travail sur l'hétérotopie plastique, j'ai résisté à cette théorie; mais je me suis rendu à l'évidence des faits; et aujourd'hui je n'ai aucune répugnance à admettre la formation de toute pièce du tissu osseux, glandulaire, nerveux, et même d'un bulbe pileux, ou d'une portion de peau. Nous pouvons invoquer ici deux ordres de faits à l'appui de cette théorie : d'abord les exemples de kystes pileux, de kystes renfermant des portions d'os, de dents, etc., sont rares, très-rares, chez les nouveau-nés. Cette proposition est bien contraire à la théorie de l'inclusion; mais, il faut bien l'avouer, nous ne possédons pas de statistique rigoureuse sur ce point, et nous ne savons pas d'une manière précise à quel âge se sont spécialement développés ces kystes. Mais si ce premier ordre d'arguments laisse à désirer, les seconds me paraissent plus concluants. Ces kystes ne contiennent pas un seul poil, une seule portion osseuse, mais un grand nombre de poils. En admettant qu'ils soient le résultat d'une inclusion, comment ne pas être frappé par ce fait, que tous ces poils n'ont pas pu primitivement être contenus dans une poche étroite et je dirai presque imperceptible? Il a donc fallu que, à côté d'un premier bulbe pileux, à côté d'un premier poil, il s'en formât d'autres; il faut donc admettre qu'il s'est formé dans une poche de nouveaux organes semblables à ceux qui auraient primitivement été renfermés dans cette espèce de kyste.

J'ajouterai, enfin, que pour les faits cités par M. Follin il est difficile d'admettre que ces portions cutanées aient pu si longtemps passer inaperçues dans un organe comme l'œil, qui est à chaque instant soumis à l'observation non-seulement des médecins, mais des personnes étrangères à la médecine.

M. VERNEUIL ajoute que ce n'est pas seulement un follicule pileux qui serait renfermé dans ces kystes dermoïques, mais une portion de peau; que dès lors il est moins surprenant qu'il y ait une grande quantité de poils. Le kyste ne renferme pas seulement des poils, mais aussi de la matière sébacée; et c'est la sécrétion de cette matière qui détermine l'accroissement du kyste, où l'on retrouve, mêlée avec elle, une multitude de petits poils. Ce n'est pas une inclusion proprement dite, si l'on donne à ce mot une valeur absolue, mais une inclusion partielle, une inclusion d'une portion de peau, au moment où se fait la soudure des différents feuillets dans le développement embryonnaire.

M. BROCA cite à l'appui de l'opinion qu'il a acceptée et qu'il défend, le fait suivant. Un de nos confrères a reçu une balle dans le bras; au niveau du trou d'entrée de la balle, la peau a été complétement détruite, et, chose curieuse, au centre de la cicatrice s'est développé un poil. Pour M. Broca et les personnes qui ont pu observer ce fait, il ne peut pas exister le moindre doute, et il faut évidemment admettre qu'il s'est formé là, de toute pièce, un nouveau bulbe pileux.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit une observation qui a été adressée à la Société par MM. les docteurs A. Mazel et A. Boniface, d'Anduze.

Il s'agit d'une **d'une tumeur veineuse réductible de la paupière inférieure.**

Le nommé P. R..., âgé de quatorze ans, d'une bonne constitution, a reçu, il y a trois ans, à la partie inférieure et externe de l'œil droit, un coup de champignon de l'ordre des Bosiosporés, connu vulgairement sous le nom de vesse de loup. La douleur fut assez vive sur le moment, mais aucune tuméfaction, aucune ecchymose, aucune inflammation de l'œil ou des parties environnantes n'étant survenues, rien n'attira l'attention du malade ni des parents. Trois mois s'étaient écoulés depuis cette contusion, lorsque l'enfant sentit en se baissant que sa paupière inférieure se gonflait peu à peu jusqu'au point d'amener une sensation de tension et de gêne, sans aucune douleur ni aucun trouble de la vision. La tuméfaction disparaissait peu à peu lorsqu'il reprenait la position verticale. Depuis cette époque, la tumeur a augmenté de volume.

Examen du 15 janvier 1861. — L'enfant étant debout depuis un moment, nous examinons attentivement la région circumorbitaire droite sans y découvrir rien d'anormal. Le globe de l'œil est sain; il ne fait pas saillie en avant; la vision est nette; la conjonctive palpébrale est légèrement injectée, mais il existe une injection semblable du côté opposé. La peau de la paupière inférieure a sa coloration normale; on n'y trouve aucune tumeur à la simple inspection.

Sur un ordre du père, l'enfant courbe la tête. Au bout d'une minute, il la redresse, et voici ce que nous constatons à notre grande surprise.

Aux deux tiers externes de la paupière inférieure droite existe une tumeur de la grosseur d'une amande, obliquement dirigée de haut en bas, et de dehors en dedans. La peau est visiblement distendue à ce niveau, et présente une coloration violacée.

L'ouverture palpébrale est diminuée, et le globe oculaire légèrement repoussé en dedans.

Cette tumeur est molle, sans aucun battement, réductible presque instantanément par la pression; d'une manière lente, par le seul fait du retour à la station verticale. Nous replaçons la tête de l'enfant dans une position déclive, et nous voyons la tumeur se former graduellement sous nos yeux. Au bout de trente secondes, la tuméfaction est appréciable; elle s'accroît pendant une minute, pour rester ensuite stationnaire. Dans le décubitus dorsal, la tumeur se produit, mais elle n'atteint pas à beaucoup près les dimensions que nous avons indiquées. Dans le décubitus latéral droit, la tumeur devient globuleuse et arrive vite à la grosseur d'une amande. Elle décroît sans disparaître lorsque le malade se place dans le décubitus latéral gauche, pour reprendre le volume qu'elle avait dans le décubitus dorsal.

Examen du 6 février. — L'état de l'enfant est le même; la tumeur se reproduit dans les mêmes circonstances que précédemment. Toutefois nous remarquons que dans la station verticale la paupière inférieure est creusée d'une dépression au niveau où se produit la tumeur. Si sur ce point on exerce une pression assez profonde avec la pulpe de l'indicateur, on rencontre un vide dans lequel on refoule aisément la peau. Le godet ainsi creusé, sans douleur pour le patient, ne disparaît que d'une manière lente et incomplète. Remarquons que ce godet ne tient nullement à l'œdème des paupières, dont il n'existe aucune trace.

Passons maintenant en revue les diverses questions que ce cas soulève. Et d'abord, quelle est la nature de cette tumeur? par quoi est-elle constituée?

Elle se produit et disparaît à volonté; elle a une consistance molle, une coloration bleuâtre, rendue évidente par la quasi-transparence du voile membraneux qui la recouvre : elle est donc constituée par du sang? Elle n'est le siége d'aucun battement, d'aucun mouvement d'expansion : ce sang est donc veineux? Elle est sans consistance, et réductible spontanément : ce sang est donc fluide? Elle vient de se former sous nos yeux; elle disparaît dès que nous relevons la tête du malade : donc ce sang vient de quitter le torrent circulatoire et y rentre aussitôt. Car, s'il n'y rentre pas, où passe-t-il? Dans cette dernière hypothèse, il est impossible d'expliquer ce que devient le sang qui forme la tumeur chaque fois qu'on la reproduit par la position donnée au malade.

Nous voilà conduits, par une série de déductions logiques, à admettre que cette tumeur est constituée par *du sang veineux fluide, récemment sorti du torrent circulatoire, dans lequel il rentre bientôt après.*

Quelles sont les conditions anatomiques qui doivent exister pour que pareille chose puisse avoir lieu?

Il faut évidemment qu'il existe une solution de continuité sur une veine de cette région, et que le sang épanché soit reçu dans une cavité où il s'accumule pendant quelques instants, jusqu'à ce que la pression des doigts ou la force de la pesanteur l'obligent à rentrer dans le vaisseau d'où il est sorti. Pour rendre notre pensée, nous donnerons à cette maladie le nom d'anévrysme veineux faux consécutif. C'est un cas fort rare sans doute, puisque les traités spéciaux (Desmarres, Mackenzie) n'en font aucune mention.

Mais ce diagnostic, outre qu'il est presque obligé, nous permet seul de nous rendre un compte satisfaisant des particularités suivantes si souvent mentionnées : apparition tardive de la tumeur, production à volonté lorsqu'on place la tête dans une position déclive, réduction par le retour à la station verticale.

Voici comment nous estimons que les choses ont pu se passer. Bien que trois mois se soient écoulés entre le coup reçu et l'apparition de la tumeur, nous nous croyons autorisé à établir entre les deux faits un rapport de causalité intime. Sous l'influence de ce traumatisme, il y a eu rupture incomplète d'une veine (la sons-orbitaire vraisemblablement). En raison de son faible calibre, la quantité de sang primitivement épanché a été peu considérable, et ce n'est que lentement qu'il a pu refouler devant lui le tissu cellulaire lâche de cette région qui lui faisait obstacle. Mais insensiblement l'espèce de cavité ainsi creusée s'est agrandie jusqu'à ce que ses dimensions aient été supérieures à celles de la région qu'elle occupait.

Ainsi peut s'expliquer l'apparition tardive de la tumeur. La petite dépression que nous avons constatée sur la paupière inférieure reconnaît sans doute pour cause l'absorption du tissu cellulaire sous-palpébral et son tassement successif amené par l'ondée sanguine.

Quel traitement doit-on instituer en pareille occurrence?

L'enfant est incommodé par cette tumeur qui se reproduit souvent, parce qu'en raison de ses occupations de manœuvre, il est fréquemment obligé de se courber. Nous avons songé tout d'abord à la compression, et voici comment nous l'avons établie : une boulette de charpie, grosse comme une noisette, est placée sur le siége de la tumeur; un gâteau de charpie de forme ovale, assez épais pour combler le vide de la cavité orbitaire, le recouvre, et nous exerçons la compression au moyen d'un bandage monocle. Nous conseillons en outre d'éviter la position horizontale pendant la nuit, en relevant le tronc autant que possible à l'aide de coussins; nous recommandons surtout d'éviter le décubitus latéral droit, qui est le décubitus ordinaire de l'enfant pendant le sommeil.

On pourrait peut-être, après avoir provoqué l'apparition de la tumeur, injecter, à l'aide de la seringue Pravaz, quelques gouttes de perchlorure de fer, pour obtenir la coagulation du sang. Nous avons donné la préférence à la compression, parce qu'elle nous a paru mieux appropriée et exempte de tout danger.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés du 18 février 1861, M. le docteur Chenantais, chef des travaux anatomiques et professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de Nantes, est nommé professeur de pathologie externe à ladite Ecole, en remplacement de M. Gély, décédé.

M. le docteur Heurtaux est nommé professeur suppléant d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Chenantais; et M. le docteur Laënnec chef des travaux anatomiques à ladite école.

— M. de Castella, médecin et chirurgien honoraire de l'hôpital de Pourtalès, chevalier de l'Aigle rouge, vient de mourir à Fribourg (Suisse), à l'âge de soixante-douze ans. Après avoir été interne à la Charité de Paris, il s'était fait recevoir docteur à Landshut en 1808, sous la présidence du célèbre Frédéric de Walther.

— M. le docteur Jacquet, propriétaire à Rians, canton des Aix-d'Angillon (Cher), vient de mourir dans cette commune. Par son testament, il avait institué pour légataire universelle une dame de Paris, qui avait également testé en sa faveur. Par une singulière coïncidence, cette dame est décédée le même jour et presque à la même heure que notre confrère. Il est dès lors d'un grand intérêt pour les héritiers d'établir lequel des deux a survécu à l'autre.

Le journal de M. Caffe, auquel nous empruntons ces détails, fait remarquer que si, après enquête, il subsistait du doute sur ce point, le fait de survivance est acquis au moins âgé des deux décédés; et dans le cas d'identité d'âge, au sexe mâle appartient la présomption de survie. Plusieurs arrêts ont déjà prononcé dans des espèces analogues, en invoquant ces données de la physiologie.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. ADOR-MARGRAS, de Nancy, médecin à Paris. Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 3 fr. 50 c.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 24. — MARDI 26 FÉVRIER 1861. (34e ANNÉE.) N° 24. — MARDI 26 FÉVRIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 15, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 FÉVRIER 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. le docteur Roy, dans un voyage sur les frontières du Maroc, a fait des observations curieuses sur la relation des fièvres endémiques d'Afrique avec la nature du sol et les modifications que lui impriment, à certaines époques de l'année, les diverses qualités de l'atmosphère. L'auteur a déduit de ces observations une théorie sur la production des fièvres et du choléra, que nous nous bornons pour le moment à exposer sous les yeux de nos lecteurs, nous réservant de chercher à en apprécier plus tard la valeur, si, comme il le fait espérer, il donne suite à ce premier travail.

M. Fiévet a fait parvenir à l'Académie, par l'intermédiaire du ministre d'Etat, un nouveau mémoire sur le mariage considéré chez les individus entachés de maladies héréditaires. L'importance hygiénique et sociale d'un pareil sujet, nous fait regretter que le *Compte rendu* ne nous ait fait connaître cette communication que par son titre, et désirer vivement que la commission s'enquière de sa valeur réelle et fasse part à l'Académie et au public savant du jugement qu'elle en aura porté.

Le cas d'anomalie curieuse des membres pelviens que M. H. Larrey a présenté, il y a quelques semaines, à l'Académie de médecine, a été exposé devant l'Académie des sciences par M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, qui en a pris l'occasion d'émettre quelques considérations intéressantes de tératologie, à l'aide desquelles il a pu déterminer le genre de monstruosité auquel se rattache ce cas, dont il n'existe que de très-rares exemples dans la science.

MM. W. Kuhne et Maggiorani, deux savants étrangers, ont communiqué: le premier, une note sur un nouvel organe du système nerveux — il désigne ainsi, sous le nom de *bourgeons nerveux périphériques,* de petits corps granuleux microscopiques existant à l'extrémité des derniers ramuscules nerveux perdus dans la substance musculaire contractile; — le second, un mémoire sur la fonction de la rate, fonction complexe suivant lui, et qui aurait pour double objet de présider à une métamorphose de la matière organique, et d'accumuler le fer pour la confection de l'hématosine.

Nous avons à signaler enfin, parmi les communications importantes de cette séance, celle de M. le professeur Sédillot (de Strasbourg) sur les luxations traumatiques sous-pubiennes du fémur. L'honorable professeur s'est proposé, en faisant connaître plusieurs cas de ce genre de luxation avec conservation des usages du membre, immédiatement même après l'accident, de signaler aux praticiens la valeur trop absolue que les chirurgiens ont donnée jusqu'à présent à la gêne ou à l'impossibilité des mouvements comme caractère des luxations récentes, et de les prémunir contre les dangers de la fausse sécurité que pourrait leur inspirer en pareil cas un diagnostic erroné basé sur l'absence de ce caractère. On trouvera plus bas, à l'article *Clinique,* les développements de cette proposition et l'exposé des faits qui l'appuient. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

De la métropathie (1).

Symptômes gastropathiques. — L'utérus, comme je l'ai dit dans la précédente leçon, exerce une influence irréfragable sur l'estomac; il suffit pour s'en convaincre de se rappeler les phénomènes gastriques si nombreux que l'on observe pendant la grossesse. Les nausées, les vomissements, l'anorexie, la boulimie, le pica, etc., sont depuis longtemps été notés comme effets et signes de la grossesse. On a peut-être oublié de les étudier en masse, et de les réunir sous un nom qui les généralisât au point de vue de la pathologie organique, comme, par exemple, sous celui de *dyspepsie gravide.* L'utérus malade, comme l'utérus à l'état de gestation, influence l'estomac et le frappe de dyspepsie. Cette dyspepsie se présente avec tous ses symptômes et toutes ses conséquences.

C'est ainsi que la métropathie peut donner lieu à tous les symptômes primitifs de la dyspepsie, à l'anorexie, au dégoût, à la boulimie, au pica, aux nausées, aux vomissements, aux flatulences, à la gastralgie, à la gastrorrhée, à la lenteur et à la difficulté de la digestion, etc. Elle donne lieu aussi aux symptômes secondaires, soit anémiques, soit névropathiques, de la dyspepsie, tels que la pâleur, la langueur, l'amaigrissement, la toux gastrique, la dyspnée gastrique, la névralgie intercostale, la dysphagie, le vertige, le coma, le délire, etc. Enfin, il n'est pas jusqu'aux lésions de tissu, comme les tubercules, qui ne viennent s'ajouter à tous les symptômes que nous venons d'indiquer à titre de symptômes ternaires. Nous avions, il y a quelques mois, un cas de ce genre tout à fait probant chez une jeune femme qui, après avoir été affectée de métrite granuleuse à la suite de ses couches, a présenté des phénomènes gastralgiques suivis des symptômes rationnels et physiques de la tuberculisation. Depuis que le col utérin a été soumis à des cautérisations régulières, la douleur d'estomac a diminué, l'appétit est revenu, et, chose importante, il y a du côté de la lésion pulmonaire une grande amélioration, marquée par une diminution évidente de la toux, de l'expectoration et des râles tuberculeux.

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 février.

Il n'est pas hors de propos de revenir sur quelques-uns des symptômes secondaires dyspeptiques produits sympathiquement par la métropathie. Nous parlerons seulement de trois d'entre eux : la névralgie intercostale, la dyspnée gastrique, l'anémie globulaire.

1° *La névralgie intercostale.* — Cette névralgie est une douleur réflexe immédiate de la gastropathie, de la même manière que la névralgie lombo-abdominale est une douleur réflexe de la métropathie. Mais comme ici nous supposons que la gastropathie est un symptôme de la métropathie, il en résulte que la névralgie intercostale est elle-même un symptôme de la métropathie, mais un symptôme éloigné et médiat. Chez beaucoup de femmes comme chez les hommes, la névralgie intercostale est un symptôme de gastropathie tout à fait indépendant de l'utérus.

2° La *dyspnée gastrique.* — Ce symptôme s'appelle encore *boule hystérique,* parce qu'il donne souvent la sensation d'une boule. Cette dyspnée, qui suit probablement le trajet du pneumo-gastrique, monte de l'estomac au larynx, et de là elle excite une convulsion réflexe, qu'on appelle vulgairement convulsion hystérique; elle est comparable en quelque sorte à la toux gastrique, précédée, comme on sait, par une sensation qui part de l'estomac et remonte jusqu'au larynx, où est produit le picotement qui, par action réflexe, va exciter l'expiration brève et irrésistible de la toux.

On appelle depuis fort longtemps *hystérie* la dyspnée gastrique et la convulsion qui la termine, parce qu'on disait qu'elle avait pour foyer ou pour première origine une affection soit fonctionnelle (fluxion menstruelle, etc.), soit anatomique de l'utérus. Mais, comme on le voit, la métropathie, soit fonctionnelle, soit anatomique, ne produit l'hystérie que par l'intermédiaire obligé de la gastropathie, et de même qu'on voit des névralgies intercostales qui ne sont pas le symptôme médiat ou éloigné de l'utérus, on voit également et souvent des hystéries, c'est-à-dire des dyspnées gastriques avec réflexion convulsive, qui ne dépendent pas davantage d'une métropathie.

3° *L'anémie globulaire.* — La diminution des globules sanguins, qui dépend d'une diminution des produits digestifs déterminés par un état dyspeptique consécutif à la métropathie, s'appelle *chlorose,* quand la métropathie se lie à la difficulté de la menstruation, soit chez une jeune fille, soit chez une jeune femme.

Voilà le sens précis que les anciens attachaient au mot de chlorose, et ils étaient conséquents dans cette manière de voir quand ils traitaient cette affection par les emménagogues. Comme on le voit, la distinction qu'on s'efforce d'établir entre la chlorose et l'anémie n'est autre chose qu'une différence étiolo-

---

FEUILLETON.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE.

SÉANCE ANNUELLE. — RAPPORT DE M. L. ORFILA.

Le nouveau médecin de campagne. — Le baiser d'un agonisant. La pomme et l'enfant.

Nous n'avons pas encore parlé de la séance annuelle de l'Association des médecins de la Seine, qui a eu lieu le 27 janvier dernier. A ce retard, nos lecteurs devront une bonne fortune, car nous leur en offrons aujourd'hui le compte rendu publié il y a quelques jours par l'*Indépendance belge.* A l'élégance et à la délicatesse du style, ils auront bientôt reconnu le prince des feuilletonistes de la grande presse française, qui cache sous le nom d'Eraste les initiales bien connues de J. J.

Ces fêtes de la parole auxquelles nous sommes conviés si rarement, et qui, dans les temps libres, étaient nos fêtes les plus heureuses; sitôt que par hasard une de ces fêtes est annoncée, on voit accourir de toutes parts des auditeurs attentifs, curieux, enthousiastes. Nous ne vous parlons pas ici des deux fameux discours, le discours protestant et l'oraison catholique... Ils ont fait leur temps, ils ont donné tout leur bruit : à peine on s'en souvenait hier.

Et ces deux grands *discours* se consolent entre eux. Nous vous parlons d'un jeune orateur qui porte un des plus grands noms de la science moderne : Orfila! Le jeune docteur Louis Orfila, digne élève et continuateur de ce maître éloquent dont la voix et le génie ont rempli notre illustre école de médecine; infatigable ennemi du plus atroce et du plus méprisable de tous les meurtres; la juste épouvante des empoisonnements, homme habile à retrouver dans les entrailles et jusque dans les veines de la victime la preuve irrécusable du crime et la délation du meurtrier. Chaque fois qu'il paraissait dans cette chaire éloquente dont il avait fait un appendice à la justice humaine et parfois à la justice divine, Orfila se voyait entouré d'une foule attentive à sa parole, à son geste, à son regard. Chacune de ses leçons était un événement dans cette école, où tant d'idées, tant de faits, tant de problèmes, tant de phénomènes d'une variété infinie et constante, sont débattus, à chaque heure et chaque jour, par les hommes les plus doctes et les plus illustres. Ajoutez que ce grand maître Orfila était, de son vivant, le plus infatigable et le plus habile administrateur que pût rencontrer une pareille école. Il prévoyait toutes choses; il présidait à toutes choses; il protégeait le passé; il songeait à l'avenir. Pas une institution, grande ou petite, au dedans de l'école, hors de l'école, à laquelle Orfila n'ait pensé. Son nom est partout, son souvenir est partout... Eh bien, de toutes les fondations auxquelles il avait présidé, pas une, en ces derniers jours, ne lui parut plus intéressante, et, disons-le, plus glorieuse à sa mémoire que l'Association des médecins du département de la Seine, dont il fut le bienfaiteur magnifique, intelligent et dévoué. Et de même qu'un grand empressement s'était manifesté à entendre le neveu d'Orfila, lorsque, dans la chaire et dans l'école de son oncle, il se montrait le digne héritier de ses leçons, l'heureux commentateur de sa doctrine, il y eut un grand zèle pour savoir comment, dans sa nouvelle tâche de secrétaire général de l'Association fondée par son oncle, il servirait à son tour la cause si noble et si touchante désormais confiée à ses soins. C'est pourquoi, pour la seconde fois, nous sommes arrivés, les uns et les autres, en grand nombre, à l'assemblée générale des médecins de Paris, convoqués pour entendre le rapport annuel du docteur Louis Orfila.

Dans ce rapport, tout rempli du vrai style et du véritable accent des choses bien dites, l'auditeur sérieux des événements sérieux de chaque jour trouverait facilement certains détails à la portée de tout le monde, et qui prennent place, aussitôt qu'ils sont recueillis, dans les faits nombreux que le voisin répète à son voisin. C'est ainsi que nous sommes restés touchés d'un intérêt irrésistible au portrait de ce médecin de campagne dont M. Louis Orfila a si bien parlé, et qui laisse bien loin l'ingénieuse image du médecin de campagne inventée par M. de Balzac. Le médecin de Balzac est une fiction charmante; le nôtre est d'une réalité si vraie et si respectable, que ce serait une ingratitude, une injustice, de lui rien comparer. Il est né au bout du monde, en certain petit village, dont il est devenu la providence. Après avoir fait des études très-sérieuses et très-complètes, il était devenu médecin militaire, et déjà un bel avenir s'ouvrait devant lui, lorsque soudain il fut rappelé par son père, qui était, comme feu son père, le bienfaiteur et le médecin de cette commune, placée en deçà de toutes les limites de la civilisation : « Mon fils, disait son père à ce bon fils, j'espérais vivre cinq ou six ans de travail avant de mourir; mais je succombe à la peine, et si tu ne viens pas à mon aide, les braves gens qui comptent sur moi, qui comptent *sur nous,* manqueront désormais de toute espèce de secours. » Et ce digne enfant d'un tel père, aussitôt qu'il eut reçu cet ordre absolu, mieux qu'un ordre... une prière, abandonna toutes ses espérances. Certes, il n'ignorait pas qu'il acceptait une position voisine de la misère, une tâche ingrate au milieu d'une pauvre contrée... il n'hésita pas un seul instant à remplir ce devoir de la piété filiale. Après sa première année de noviciat, et quand la *clientèle* de son père lui fut acquise, il épousa une des plus riches héritières du pays, qui lui apporta une dot de vingt mille francs, avec lesquels il acquitta les dettes paternelles. Quoi de plus juste ? Ces dettes avaient été contractées au service de la contrée! Il faut dire aussi que notre médecin de campagne, entouré

gique. L'anémie est le genre, et la chlorose est l'espèce; mais toutes les deux sont constituées par des symptômes identiques.

D'après cette manière de voir, les anciens médecins n'auraient pas donné le nom de chlorose à la cachexie (c'est ainsi qu'ils appelaient l'anémie), quand la cachexie ou l'anémie dépend d'une dyspepsie consécutive à une lésion profonde de l'utérus chez une femme d'un âge avancé; bien moins se fussent-ils servis du mot de chlorose pour désigner une anémie non consécutive à une métropathie, comme elle existe chez l'homme et comme on en voit chez beaucoup de femmes.

Symptômes paraplégiques. — Depuis plusieurs années on reconnait que des paraplégies se manifestent sous l'influence des affections utérines. On a cité un assez grand nombre d'observations dans lesquelles le fait est noté, et l'on cherche à savoir précisément quelles sont les lésions utérines qui ont cette influence paralysante. Je pense que des affections utérines de toutes sortes peuvent produire ce résultat, et c'est le cas plus que jamais de réduire toutes ces affections à l'abstraction générique que nous appelons métropathie. Ainsi donc, la métropathie agit sur la moelle pour produire des paraplégies. Comment agit-elle? Très-probablement comme elle agit pour produire la névralgie lombo-abdominale. Il monte de l'utérus malade, par les plexus de la vie végétative, un *aura* qui va gagner la partie lombaire de la moelle, et qui, la trouvant déjà débilitée par une anémie coïncidante, l'affecte au point d'altérer profondément et même d'annihiler les fonctions d'innervation qu'elle exerce sur les membres inférieurs. Ce serait donc, si l'on pouvait employer cette expression, une paraplégie réflexe de la métropathie, comme nous avons déjà une névralgie réflexe portant sur les nerfs lombaires. Car l'on sait qu'il n'y a pas loin, sous le rapport pathogénique, de la névralgie à la paraplégie.

Je pense que beaucoup de paralysies, données comme hystériques, rentrent dans cette catégorie de paralysies réflexes, pour cette raison que les hystéries s'accompagnent souvent de métropathies, et toujours d'anémie; on a dans ces deux circonstances morbides les conditions ordinaires nécessaires, sauf l'aptitude individuelle, à la production de la paralysie dont il est question.

Les affections des organes urinaires donnent lieu, comme la métropathie, à une paraplégie qui, selon moi, se produirait aussi par une influence morbide réflexe. Ce genre de maladie a été, comme l'on sait, popularisé en France par un mémoire de M. Raoul Leroy (d'Étiolles).

Enfin, l'on doit, ce me semble, assimiler aux paraplégies descendantes de la métropathie et des affections des organes urinaires, ces paraplégies qui sont produites par le coït debout, et qui sont tout aussi certaines que les précédentes. Les sensations profondes de l'éréthisme génésique arrivant alors par les nerfs ganglionnaires à la moelle dans un moment où elle fonctionne pour maintenir le corps dans l'état de station, doivent l'affaiblir considérablement; et à la longue, la répétition de ces actes accomplis dans la fâcheuse circonstance de la station, rend la moelle impuissante à maintenir dans les membres inférieurs la contractilité et la sensibilité normales.

On voit donc, pour généraliser, que les affections des organes génito-urinaires, et que certains actes violents ou peu naturels des mêmes organes, déterminent par leur influence réflexe sur la moelle une action énervante, qui entraîne la paralysie des membres inférieurs.

Je ne pense pas avoir épuisé la liste de tous les symptômes de la métropathie, car je pourrais encore signaler ici des fièvres intermittentes que j'ai vues se produire sous l'influence des affections utérines, comme on en voit se produire sous l'influence des maladies des voies urinaires; mais il faut ajouter que ces fièvres intermittentes, qui se développent surtout chez les jeunes filles mal réglées, sont moins fréquentes et moins graves que les fièvres liées aux affections uropathiques.

J'ai observé deux ou trois fois ces diarrhées glaireuses qui ont été signalées par M. Nonat, en coïncidence avec la métropathie, et probablement produites par elle.

Nous avons eu dernièrement une jeune fille, qui, à la suite d'une aménorrhée produite par une cause morale, a été affectée d'un goitre volumineux. Ce résultat de la métropathie était-il immédiat ou médiat? Je n'en sais rien.

La conséquence pratique à tirer de cette leçon est que les symptômes locaux, voisins ou éloignés, de la métropathie, sont extrêmement nombreux. Il y en a dans tous les organes et dans toutes les cavités. Qu'il faut être sur ses gardes, quand il s'agit de fixer le foyer *protopathique* d'une lésion fonctionnelle ou anatomique chez la femme. Que ce foyer protopathique est souvent l'utérus, surtout dans le cas où le symptôme prédominant dont on se plaint, quel qu'il soit, existe depuis l'accouchement, ou qu'il se montre au commencement et à la cessation de la vie génitale ou menstruelle.

Disons pour terminer que si la métropathie influence l'estomac, d'autres fois l'estomac, primitivement malade, influence l'utérus et produit la métropathie; à son tour cette métropathie secondaire réagit, par une sorte de cercle vicieux, sur l'estomac, dont elle augmente l'état morbide. L'affection protopathique est souvent très-difficile à diagnostiquer, et il est pourtant très-important qu'elle le soit, parce que de ce diagnostic découlent des médications thérapeutiques.

HOPITAL MILITAIRE DE STRASBOURG.

M. Sédillot.

Luxations traumatiques sous-pubiennes ou ovalaires du fémur, avec conservation immédiate des usages du membre.

La gêne et l'impossibilité des mouvements ont toujours été comptés parmi les caractères les plus constants des luxations récentes, et particulièrement de celles qui ont pour siége les articulations diarthrodiales. Il semble, en effet, difficile qu'un os sorti de sa cavité articulaire, et porté, par suite d'un violent effort, dans une situation anormale, avec déchirure des ligaments, tension des muscles et changement de position et de direction, puisse encore exécuter des mouvements assez étendus et assez exempts de douleur pour permettre la continuation des usages du membre. Aussi les hommes de l'art n'ont-ils admis ni supposé qu'un malade pût se servir assez librement d'un membre luxé pour continuer sans interruption ses occupations habituelles, comme s'il avait seulement subi une simple et légère contusion. Des faits de ce genre existent cependant, et comme ils sont de nature à inspirer une sécurité dangereuse et à causer des erreurs de diagnostic d'une grande gravité, il est bon de les signaler. Je peux citer plusieurs observations de luxations du fémur en bas et en dedans (sous-pubiennes, ischio-pubiennes ou ovalaires) qui n'ont pas empêché ceux qui en étaient atteints de marcher immédiatement et de se livrer à leurs exercices ordinaires, sans douleur très-marquée et sans beaucoup de claudication.

Depuis que je pratique la chirurgie, j'ai eu l'occasion de réduire cinq luxations de ce genre. Une première fois à Paris (voir les *Annales de la chirurgie française et étrangère*, Mémoire de M. le professeur Marchal (de Calvi) *sur la réduction des luxations au moyen des moufles*, p. 163, t. II; Paris, 1841), et quatre fois aux cliniques civiles et militaires de Strasbourg. Aucune des luxations iliaques, sous-pubiennes et sacro-sciatiques dont j'ai été témoin, n'atteignait ce nombre, et je serais ainsi personnellement autorisé à me ranger de l'avis de Boyer, pour lequel les luxations sous-pubiennes étaient les plus fréquentes, opinion déjà professée par le père de la médecine (*Hippocrate*, traduction de M. Littré, t. IV, p. 225).

Je n'ai gardé aucun souvenir des conditions de mobilité dans lesquelles s'était trouvé mon premier malade à la suite de sa luxation traumatique. Plusieurs tentatives de réduction avaient été faites inutilement avant moi, et l'application des moufles régularisées par le dynamomètre, donna entre nos mains les résultats les plus heureux.

Notre second malade était un étudiant en médecine. La réduction fut obtenue assez facilement. Même absence de renseignements sur la liberté des mouvements.

Mon troisième malade, charretier de profession, étant tombé de dessus les brancards de sa voiture, s'était luxé la cuisse sur le trou ovalaire. Cette lésion ne l'avait pas cependant empêché de se relever et de continuer à conduire ses chevaux au prochain relai. Plus tard, il se rendit à l'hospice pour y être traité de la gêne des mouvements dont il se plaignait, et nous y constatâmes l'existence de la luxation dont la réduction fut opérée. J'avais à cette occasion signalé aux élèves de la clinique la persistance des mouvements et la possibilité de la marche comme des faits nouveaux et extraordinaires, et j'en avais été vivement frappé.

L'année dernière, M. le docteur Ruhlmann, l'un de mes anciens internes les plus distingués, m'adressa une jeune fille qui avait été précipitée à terre de la sellette d'une balançoire, et avait toujours boité un peu depuis ce moment, sans avoir un seul instant cessé de marcher avec une assez grande facilité. Nous constatâmes l'existence d'une luxation ovalaire, et la réduction n'en fut obtenue qu'après plusieurs essais infructueux. M. le docteur Buez, alors interne de mon service, a publié cette curieuse observation avec les plus grands détails (*Gazette médicale de Strasbourg*, n° 6, année 1859), et M. le docteur Ruhlmann m'a confirmé, il y a peu de temps encore, la parfaite guérison de cette enfant.

Tout récemment un jeune militaire fut envoyé à l'hôpital pour une claudication dont la nature paraissait douteuse, et qui avait même donné lieu à des soupçons de simulation.

Voici cette observation, dont les traits principaux furent inscrits sous ma dictée, par M. Bordères, médecin sous-aide, en présence de MM. Leuret, médecin principal, Rouis, médecin-major, sous-directeur de l'École impériale du service de santé militaire; Gaujot et Lhonneur, médecins aides-majors, répétiteur et surveillant de la même École.

Gustave P..., âgé de dix-huit ans, chasseur à pied au 4e bataillon, est tombé dans un bateau le 6 octobre 1860, sans pouvoir donner aucun renseignement sur les circonstances de sa chute.

Trois jours après, cet homme, qui avait continué à marcher, s'aperçut le matin en se levant que sa jambe et sa cuisse droites restaient inclinées en dehors dans une légère abduction, et qu'il en résultait un peu de claudication.

Entré à l'hôpital le 22 octobre 1860.

1° La cuisse et la jambe droites sont légèrement écartées en dehors.

2° L'épine iliaque antéro-supérieure droite est plus basse que la gauche de 5 millimètres.

3° La largeur de la hanche, à partir de la ligne médiane, au niveau du grand trochanter, sur un plan latéral perpendiculaire fictif, est de 17 centimètres à gauche, de 15 centimètres à droite.

4° De la ligne médiane au sommet du grand trochanter : à gauche, 18 centimètres, à droite, 25 centimètres (il faut tenir compte de l'abaissement du bassin à droite et de l'allongement de la cuisse).

5° De l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la rotule, 43 centimètres à gauche, 45 centimètres à droite.

6° La circonférence de la partie supérieure de la cuisse droite est de 46 centimètres; même circonférence à gauche.

7° Aplatissement très-marqué de la région trochantérienne à droite; saillie de la même région à gauche.

8° L'allongement apparent du membre droit est de 45 millimètres.

9° Dans la marche, la cuisse et la jambe droites restent inclinées en dehors.

10° Du pli inter-fessier droit au grand trochanter, 17 centimètres; à gauche 22 centimètres (le grand trochanter droit est porté en arrière et en dedans; le pli fémoro-fessier du même côté est abaissé).

11° Les mouvements d'abduction sont parfaitement libres. La cuisse droite peut être amenée dans l'axe de la ligne médiane, le pied restant tourné en dehors; autrement ce mouvement est impossible.

---

de l'estime et de la considération de tous, est devenu père de six enfants, maire de son village, conseiller municipal, membre du bureau de bienfaisance et du conseil de fabrique; il est un des hommes les plus notables et les plus utiles de la commune. « Eh bien, c'est » à peine croyable, et c'est surtout pénible à dire pour la dignité » d'une profession si noble et si utile, c'est à peine si sa nombreuse » clientèle lui donne une recette annuelle *en grain*, valant six à sept » cents francs; c'est un usage établi de temps immémorial dans cette » contrée, que les honoraires du médecin soient soldés par les abon- » nements annuels de cinq à dix francs payables en grain. »

Qui parle ainsi? Un des conseillers municipaux du susdit village un homme rustique: « Et, dit-il encore, si vous ajoutez à ces six ou » sept cents francs, le revenu d'un bien patrimonial n'atteignant » peut-être pas 400 francs par an, vous vous demanderez, comme » nous nous le demandons tous, comment le docteur, quels que » soient les sacrifices secrets et intérieurs qu'il s'impose, peut sub- » venir aux besoins de sa nombreuse famille. »

Il a raison, ce brave conseiller municipal, ceci touche au mystère, le mystère du dévouement, de la charité, de la bienveillance, et ce médecin de campagne est tout simplement *un héros*... L'Association des médecins de Paris a voulu adopter le fils aîné de ce galant homme; elle l'a demandé à son père, et le père a consenti, à condition que son fils deviendrait quelque jour le médecin de ce canton misérable, et qu'il remplacerait son père et son grand-père dans l'exercice assidu, dévoué des mêmes vertus. Ce nouveau docteur qui s'élève ainsi représentera dans la même commune et dans la même famille une troisième génération de pauvres et grands médecins. Cette histoire, vraiment touchante et beaucoup mieux racontée par M. Orfila que nous ne le faisons ici, a rendu tout soucieux plus d'un front illustre parmi nos grands médecins de Paris qui touchent en deux matinées plus d'argent que notre médecin de campagne. Je voudrais bien les voir, le professeur Trousseau ou le professeur Nélaton, ces deux lumières, posés sur les deux candélabres de l'école, recevant pour une consultation plein leur chapeau de féverolles ou de blé noir!

Le croiriez-vous? Une affreuse histoire d'*affection cancéreuse de la face* a fait sourire, et voici comment. Un docteur-médecin, qui n'était plus qu'un humble professeur de bandages (il compte parmi ses élèves M. Nélaton, M. Richard, M. Robert, les premiers chirurgiens de Paris), s'était vu forcé par ce mal implacable, odieux, à renvoyer tous ses élèves, et, pauvre et superbe, il se mourait sans plainte et sans bruit à côté de sa vieille femme, expirant sous les toits d'une froide maison. Dans cette agonie, arriva le trésorier de l'Association portant des secours inespérés à ces deux pauvres gens, et le malheureux *professeur*, oubliant sa maladie, *embrassa* de tout son cœur le courageux trésorier! Trois jours après, le pauvre homme et sa femme étaient morts comme des riches, mais comme des riches qui béniraient leurs bienfaiteurs.

Il y a quatre ou cinq ans, chez ce même trésorier qui se laisse embrasser par cet homme infecté d'un si grand mal, se présentait une dame âgée et pauvrement vêtue. Elle venait, tremblante, implorer les secours de l'Association des médecins du département de la Seine, et son mari n'appartenait pas à l'Association! Mais ces généreux esprits, d'une charité indépendante, n'ont pas fait de cette condition d'être associé une condition suprême, et le docteur Louis Orfila, dans son discours, a rencontré toutes les sympathies lorsqu'il a vivement déclaré que, pour être secouru, le malheur suffisait. Donc la vieille dame est bientôt rassurée; alors elle raconta que son mari, aux jours les plus affreux de la terreur, avait été appelé dans la prison du Temple par le savetier Simon. Dans ces murailles sombres, le théâtre affreux des plus grands crimes de notre histoire, ce médecin avait rencontré le jeune Dauphin, que ses geôliers appelaient *Louis Capet*. C'était un frêle enfant, étiolé par la misère et les plus abominables outrages. Orphelin du roi son père, orphelin de son auguste mère, et séparé de tous les siens, il se mourait faute d'un peu d'espace, de tendresse et de soleil! C'est pourquoi Simon lui-même avait fait venir le médecin, et celui-ci, qui savait le mal et qui connaissait l'enfant, fit une ordonnance qui pût s'accommoder avec la jeunesse du malade, avec les ordres implacables de la prison. Puis, son ordonnance écrite, il partait, saluant de l'âme et du cœur cette majesté vaincue; mais l'enfant, ne voulant pas laisser partir ce brave homme sans lui donner un salaire, lui offrit (avec un sourire si calme et si doux!) la pomme de son déjeuner.

A ce récit, d'une grâce irrésistible et touchante, le trésorier de l'Association répondit que feu le docteur X... était resté sous la protection du jeune roi Louis XVII, et que l'Association se faisait un devoir de payer la dette du prince à la veuve du docteur X.....

Éraste.

Traité de pathologie externe et de médecine opératoire, avec des résumés d'anatomie des tissus et des régions, par Aug. Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. 5e édition, revue, corrigée, avec des additions et des notes par le docteur Fano, professeur à la Faculté de médecine de Paris, ex-prosecteur de la même Faculté. 5 volumes in-8° avec 761 figures intercalées dans le texte. Prix : 40 fr. Chez J. B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Du croton-tiglium. Recherches botaniques et thérapeutiques, par le docteur Léon Marchand. In-4° de 94 pages et 2 planches. Prix, 3 fr. 50. Paris, 1861, chez Adrien Delahaye, place de l'École de Médecine, 23.

12° La rotation en dedans du pied droit ne peut avoir lieu.

13° La flexion de la cuisse droite est facile dans une forte abduction; dans l'adduction, la cuisse ramenée sur la ligne médiane ne peut être fléchie.

14° Les mouvements d'adduction, et surtout d'abduction du membre sain, sont d'une étendue exceptionnelle.

Réduction. — Le malade, chloroformé d'après notre méthode, est couché horizontalement. L'extension est faite au moyen d'un drap roulé, placé dans le pli de l'aine du côté malade, les deux extrémités ramenées en dehors, l'une en avant vers l'épine iliaque antéro-supérieure, l'autre en arrière au-dessous de l'ischion et roulées l'une sur l'autre; je pratique la coaptation et la contre-extension en fléchissant la jambe sur la cuisse, la cuisse sur le bassin, imprimant au membre luxé des mouvements de rotation, puis le ramenant dans l'adduction et la rotation en dedans; la réduction est ainsi obtenue vingt jours après l'accident.

Toutes les formes et les dimensions normales du membre sont rétablies. La distance de la ligne médiane au sommet du grand trochanter est la même (25 centimètres) des deux côtés.

Pendant six jours le malade garde le lit, le membre droit maintenu dans l'extension et l'adduction, fixé au membre gauche au moyen de tours de bande passant au-dessus des malléoles et des genoux.

P... se lève le septième jour, la marche est régulière. Il quitte l'hôpital parfaitement guéri et retourne à son corps y continuer son service trois semaines plus tard.

J'ai eu l'occasion de faire en Pologne l'autopsie d'un militaire mort du choléra, qui avait excité mon attention par la claudication dont il était manifestement atteint, et qui ne l'avait pas empêché de participer aux marches de l'armée. Je découvris une fausse articulation formée au-devant du trou ovalaire par la tête du fémur déplacée et aplatie. Les mouvements étaient très-gênés, mais le fémur exécutait toutefois assez bien un glissement d'avant en arrière et de dehors en dedans suffisant pour la marche et sans atrophie très-considérable du membre.

Dernièrement enfin, on m'a présenté à l'hôpital militaire, et en présence de MM. Leuret, Rouis, Lhonneur, et de M. le médecin-major Bourdeau d'Audejos, un militaire qui présentait un allongement du fémur droit de 15 millimètres de hauteur. Les mouvements de la cuisse étaient très-bornés, principalement l'adduction et la flexion; l'atrophie du membre assez marquée; le malade rapportait ces accidents à une chute faite plusieurs années auparavant.

Avions-nous sous les yeux une ancienne luxation ovalaire non réduite? Je le suppose sans l'affirmer; mais ces observations semblent de nature à appeler la sérieuse attention des chirurgiens sur la persistance des mouvements et des fonctions du membre à la suite de ce genre de luxations; faits contraires à la doctrine hippocratique, et que personne n'a, je crois, mis en doute jusqu'à ce jour.

Les observations que nous venons de rapporter ne nous paraissent laisser aucune incertitude sur la possibilité de la marche, sans gêne et sans douleur très-sensibles, à la suite des luxations ovalaires, circonstance qui pourrait faire douter de la nature de l'accident et exposer à des erreurs de diagnostic si elle restait méconnue. La persistance des mouvements et des fonctions du membre s'explique par les rapports de la tête fémorale avec le trou ovalaire, dont la profondeur et les contours offrent des points d'appui très-favorables à la mobilité de l'os luxé. Il serait parfois intéressant de constater anatomiquement la situation exacte de la tête fémorale par rapport à la cavité cotyloïde et au trou ovalaire.

Malgré le rétablissement immédiat et spontané de la marche et de la station verticale, les principaux symptômes du déplacement sous-pubien ou ovalaire n'en restent pas moins très-distincts pour un observateur attentif.

1° Le membre luxé est allongé de 1 à 3 centimètres, et ce symptôme pathognomonique frappe d'autant plus que l'abaissement de la hanche du même côté l'exagère encore.

2° Le grand trochanter est porté en dedans, en arrière et en bas, et la région qu'il forme et qui est normalement saillante, paraît, au contraire, déprimée et aplatie.

3° Tout le membre inférieur est manifestement porté en dehors et le pied est tourné dans l'abduction.

4° La rotation du pied en dedans est généralement impossible.

5° La flexion de la cuisse sur le bassin est assez aisée pendant l'abduction du membre, mais cesse de pouvoir être exécutée si l'on place la cuisse dans l'adduction.

6° L'extension est complète et sans obstacle.

7° Les luxations ovalaires sont les plus fréquentes et les moins graves.

8° Ces luxations sont plus communes dans la jeunesse et chez les personnes dont les jointures offrent naturellement une grande laxité.

9° La réduction s'en obtient assez aisément, même après plusieurs semaines, par la traction de dedans en dehors de la partie supérieure de la cuisse pendant que le genou est dirigé en dedans et en avant et tourné dans l'adduction dès qu'on suppose la tête fémorale parvenue au niveau de la cavité cotyloïdienne.

10° La seule précaution nécessaire pour éviter la récidive de la luxation, est de maintenir le membre inférieur allongé et tourné dans une légère adduction.

11° La guérison s'opère rapidement et d'une manière complète.

12° En cas de non-réduction, les os se moulent et s'appliquent l'un sur l'autre, et les malades parviennent fréquemment à se servir de leur membre, tout en restant affectés de claudication.

INVERSION DE L'UTÉRUS DATANT DE SIX ANNÉES; réduction.

Par M. Bockendahl.

En décembre 1852, A. L..., âgée de vingt ans, primipare, après un travail prolongé pendant vingt-quatre heures, fut accouchée avec le forceps, et le placenta vint immédiatement : le cordon était enroulé plusieurs fois autour du cou de l'enfant. Elle tomba en faiblesse, mais ne perdit pas, à ce qu'il paraît, une quantité de sang plus considérable que cela n'a lieu d'ordinaire.

Pendant longtemps, à la suite de son accouchement, elle resta malade, atteinte de paralysie de la vessie et de tuméfaction d'un des membres inférieurs; et durant six ans à peine se passa-t-il un jour sans qu'elle perdît du sang par les organes sexuels, indépendamment des règles, qui avaient lieu environ toutes les six semaines. Après divers genres de traitement employés sans succès, elle fut présentée à M. Bockendahl en août 1857, qui, à son grand étonnement, découvrit une inversion de l'utérus au deuxième degré.

L'organe utérin formait dans la cavité vaginale une tumeur piriforme ayant environ 7 centimètres de longueur, rénitente, sur laquelle la pression ne produisait pas d'autre effet que d'accroître l'écoulement sanguin.

Un pli du vagin, circulaire et à bord mince, entourait étroitement l'utérus, donnant, jusqu'à ce qu'un examen plus approfondi eût été fait et que les rapports eussent été bien appréciés, une sensation très-semblable à celle que donne le toucher du col utérin.

Le spéculum faisait découvrir la muqueuse utérine d'un rouge foncé, laissant filtrer du sang. Le vagin était pâle, de même que toutes les autres membranes muqueuses chez cette femme, qui était profondément anémique.

Selon toute probabilité, l'inversion s'était produite graduellement; et comme dans tout le cours de sa production il n'y avait jamais eu aucun symptôme de péritonite, M. Bockendahl résolut, bien que l'inversion fût complète, et malgré la densité de l'organe, de tenter la réduction. Après l'emploi répété de bains chauds, il essaya d'introduire la main entière dans le vagin, mais il ne put y parvenir, l'entrée de ce canal ayant été rétrécie par une cicatrice suite d'une déchirure du périnée.

Le traitement fut alors interrompu, et le médecin perdit de vue la malade jusqu'en octobre 1858.

A cette époque, redoutant l'emploi de tout instrument rigide, il malaxa chaque jour l'utérus avec les doigts, cherchant à assouplir les tissus afin de pouvoir refouler en haut le fond de l'organe; mais le retour des règles vint l'obliger à s'arrêter, et il ne revit pas la malade jusqu'à la fin de novembre.

Sur ces entrefaites, ayant lu le compte rendu du cas du docteur Tyler Smyth, il forma le dessein d'essayer des effets d'une pression continue, et en conséquence, le 27 novembre, il introduisit dans le vagin un des pessaires en caoutchouc de Braun. Ce pessaire était retiré tous les jours, dans le but de s'assurer de l'effet produit, puis réintroduit rempli d'eau et insufflé avant de le fermer, de façon à en augmenter le volume autant que possible. L'instrument donnait lieu seulement à un peu de malaise pendant les deux heures environ qui suivaient l'introduction.

Le 2 décembre, la malade se plaignant d'un peu de douleur dans l'abdomen, le pessaire fut retiré, et M. Bockendal procéda à un examen. Grande fut sa surprise en trouvant l'inversion utérine disparue, l'orifice utérin capable de recevoir trois doigts, et ses deux lèvres bien circonscrites. Mesurée avec la sonde, la matrice dépassait sa longueur normale de plus de six lignes.

Sous l'influence de la douche froide, l'organe ne tarda pas à revenir à son volume naturel, et l'hémorrhagie, qui avait duré si longtemps, disparut tout à fait. (*Deutsche Klinik.*)

SUR L'URÉMIE.

Par M. le docteur Treitz.

1° Toutes les fois que la sécrétion urinaire est supprimée, les substances destinées à l'excrétion, et surtout l'urée, s'accumulent dans le sang, comme la chimie moderne l'a suffisamment démontré.

2° Cette accumulation se produit aussi par la résorption de l'urine déjà sécrétée.

3° La surabondance de l'urée dans le sang (l'urémie) forme en elle-même un état pathologique important, et prédispose probablement à des travaux exsudatifs dans divers organes.

4° L'urée passe du sang dans toutes les sécrétions, et on a constaté sa présence dans la salive, dans le lait, dans la sécrétion cutanée, ainsi que dans les transsudations.

5° Le plus souvent et en même temps le plus abondamment, c'est sur la muqueuse intestinale qu'on la rencontre.

6° Elle y est décomposée régulièrement par les liquides intestinaux en carbonate d'ammoniaque, fait dont l'auteur s'est assuré par l'expérimentation.

7° Le carbonate d'ammoniaque provoque de l'irritation, de la blennorrhée, du ramollissement, du catarrhe, des eschares et la destruction dyssentérique de la muqueuse intestinale; plusieurs formes de dyssenterie remontent à cette source. La mortification peut amener la perforation et la gangrène de l'intestin; d'un autre côté, la guérison par la cicatrisation est aussi possible si les liquides intestinaux perdent leurs propriétés corrosives.

8° Le carbonate d'ammoniaque répandu dans tout le canal intestinal est résorbé par la muqueuse et transporté par les voies ordinaires dans le sang; il en résulte un empoisonnement du sang par de l'ammoniaque, l'*ammonihémie*, et les phénomènes qu'on appelle communément urémiques. L'auteur établit une différence entre l'ammonihémie et l'urémie, en réservant cette dernière dénomination uniquement pour l'accumulation de l'urée dans le sang, tandis qu'il entend par la première la présence de l'ammoniaque dans le sang avec les phénomènes qui en dérivent. Il n'accorde pas que l'ammonihémie se développe de la façon que Frerichs l'a prétendu, c'est-à-dire par une décomposition de l'urée qui aurait lieu dans le sang même, mais il l'attribue à la résorption de l'ammoniaque qui se forme par la décomposition de l'urée sécrétée dans l'intestin.

9° L'ammonihémie se développe aussi par voie directe, moyennant la résorption de l'urine décomposée et ammoniacale, comme dans les rétrécissements, les fistules urinaires, etc.

10° L'infection du sang par les substances ci-dessus mentionnées n'a de conséquences graves que si leur excrétion par les organes de la sécrétion normale est empêchée.

(*Presse médicale belge*).

CORPS ÉTRANGER DANS LA BRONCHE DROITE. TRACHÉOTOMIE.

Extraction du corps étranger. Guérison.

Le *Northern-American medical Review* contient sous ce titre une observation intéressante de corps étranger introduit dans les voies aériennes chez un enfant de sept ans. Il s'agit d'un tuyau de pipe qui, de la bouche, était passé dans le larynx. Après l'emploi de l'émétique et de divers autres moyens, on crut que le corps étranger avait été expulsé des voies respiratoires et avalé. Six jours après l'accident, la toux et la dyspnée continuant, M. Adler fut appelé.

Les résultats de l'auscultation étaient remarquables. Absence presque complète de bruit respiratoire dans le poumon droit; on y entendait seulement par intervalles un sifflement rauque, analogue à celui qu'on produirait en soufflant dans un tuyau de pipe. Le décubitus sur le côté gauche amenait une aggravation de l'étouffement et une interruption du bruit respiratoire dans l'arbre bronchique de ce côté; si alors le sujet se couchait sur le côté droit, la dyspnée diminuait et l'air pénétrait tout à fait librement dans le poumon gauche. Ces signes stéthoscopiques donnèrent à penser que le corps étranger siégeait dans la grosse bronche droite, et peut-être que, placé au-dessus de l'éperon, il interceptait dans certaines positions le passage de l'air.

Le lendemain, la trachéotomie ayant été pratiquée, et quatre anneaux de la trachée incisés, on pénétra jusque dans la bronche droite avec une pince œsophagienne.

L'extrémité de l'instrument vint heurter le tuyau de pipe, qui aussitôt glissa dans la bronche gauche. Tous les efforts d'extraction échouèrent. On ne fut pas plus heureux avec d'autres instruments, et l'on se décida à s'en fier à la suppuration du soin d'expulser le corps étranger. Mais le lendemain, les accidents s'étant aggravés, on fit avec un fil métallique recourbé en crochet des tentatives qui réussirent.

Cet enfant a parfaitement guéri.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres : elle est également remarquable et par la profondeur à laquelle le corps étranger avait pénétré, et par les éléments de diagnostic qu'elle met en lumière, et enfin par les difficultés qu'a présentées l'extraction. (*Gaz. hebdomad.*).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 février 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

M. Sédillot fait une communication relative à plusieurs cas de luxations traumatiques sous-pubiennes du fémur, avec conservation immédiate des usages du membre (voir la Clinique de l'hôpital militaire de Strasbourg).

Observations sur les circonstances et sur les causes des fièvres et du choléra en Algérie, et sur les moyens de les combattre. — M. Roy communique sous ce titre la première partie d'un travail qu'il résume en ces termes :

I. J'ai observé dans la subdivision de Tlemcen quelques points des frontières du Maroc : Lala-Maghnia, les environs du pont de l'Isser et notamment les carrières de marbre onyx où j'avais établi le siége de mes observations. Le sol de ces localités est essentiellement composé de terrains argileux accidentés par des ravins profonds fort secs et imperméables; on y constate néanmoins les mêmes affections que sur les marais. Les masses argileuses, échauffées et fortement fendillées par les chaleurs de l'été, répandent sous l'action des premiers brouillards et des rosées abondantes, vers la fin du mois d'août, des odeurs toutes particulières. L'étude des produits gazeux que peuvent émettre des masses d'argile ne renfermant pas de débris organiques, sous l'action des vapeurs aqueuses, m'a paru propre à révéler la nature des émanations qui produisent les fièvres et le choléra. Certaines argiles et certaines roches volcaniques anciennes poreuses, soumises aux vapeurs aqueuses de l'haleine, répandent l'odeur dite argileuse. L'argile cependant n'a pas d'odeur. Les roches volcaniques anciennes et les argiles provenant de la décomposition des roches primitives basiques de la partie supérieure de l'enveloppe primordiale consolidée, renferment du phosphore à un état d'oxydation plus ou moins imparfait. Sous l'action des vapeurs aqueuses, les phosphores des argiles émettent des principes gazeux à base d'hydrogène phosphoré. Dans les marais et sur tous les lieux contenant des matières organiques phosphorées en décomposition, la présence des principes gazeux émis par les masses d'argile est accusée par le dégagement de l'hydrogène phosphoré. Les brouillards qui provoquent la formation des émanations phosphorées sur les argiles les dissolvent et les concentrent : la présence de l'ammoniaque dans les rosées facilite leur concentration. Les brouillards forment des nuages de vapeurs légères qui lèchent et balayent les terrains susceptibles d'émettre des produits phosphorés : ils acquièrent ainsi des degrés variables de puissance toxique selon les points de leur parcours.

On a vu dans la dernière expédition de l'armée française au Maroc des camps frappés de fièvres foudroyantes sur des parties nettement séparées de celles qui ne l'étaient pas : les lignes tranchées de séparation accusaient les lignes de passage des brouillards, le peu de diffusion et la concentration des principes toxiques.

II. L'étude physiologique de tous les phénomènes pathologiques produits par les émanations en confirme la nature. La fièvre intermittente n'est qu'une modification de l'état périodique de la veille et du

sommeil : ces divers états résultent de modifications dans le phénomène de la respiration. De justes proportions entre les éléments respiratoires et les éléments phosphorés nerveux, déterminent une action respiratoire sur ces derniers éléments, d'où dépend l'état normal de la veille. Les éléments nerveux faisant relativement défaut par leur moindre abondance dans l'alimentation, il en résulte une prédominance de la respiration sur les éléments respiratoires qui correspond à l'état de sommeil.

Si l'on considère que les éléments respiratoires entrent en masse et tout formés dans l'économie, que les éléments nerveux doivent être extraits des aliments, que les aliments subissent des transformations pour former des combinaisons capables d'émettre graduellement les éléments phosphorés, on comprend que, pendant la formation de ces combinaisons, l'émission des principes nerveux est ralentie, et que l'intensité de leur action dans les phénomènes respiratoires varie d'une manière intermittente. De là la périodicité de la veille et du sommeil. C'est ainsi qu'on produit le sommeil et l'insensibilité par les principes alcooliques et l'éther.

Les narcotiques agissent par des bases énergiques, telles que la morphine, qui saturent les éléments phosphorés et ralentissent l'alimentation nerveuse.

Inversement, j'ai introduit dans mon alimentation des combinaisons capables d'émettre directement et graduellement des éléments phosphorés convenablement saturés : j'ai combattu les effets des principes alcooliques, prolongé l'état de veille sans trouble et sans fatigue. Enfin, en faisant prédominer les éléments nerveux saturés, j'ai obtenu sur un chien une telle action respiratoire sur les éléments histologiques du système nerveux, qu'il en est résulté un violent état tétanique qui n'a cessé que par l'épuisement des éléments phosphorés.

Si, dans les actions locales ou générales de la respiration, les éléments phosphorés ne sont pas suffisamment saturés par des bases qui en règlent le degré de combustibilité, il en résulte une augmentation de la température propre, une excitation du système nerveux activant les battements du cœur, qui caractérise l'état fiévreux. C'est ainsi que les éléments phosphorés fiévreux alternant avec des éléments phosphorés nerveux normaux, détermineront des fièvres dont l'intermittence sera réglée par des circonstances de même ordre que celles qui règlent la périodicité de la veille et du sommeil.

Si des principes phosphorés gazeux s'introduisent par les voies respiratoires, ils se combinent avec les éléments histologiques, comme les divers principes alimentaires se combinent pour former ces éléments. Si les principes basiques prédominent dans les éléments histologiques, les émanations seront saturées et ne produiront que des effets favorables à la vie, ainsi que cela se présente pour certains animaux. Si les principes basiques tendent à faire défaut, les émanations phosphorées détermineront la formation d'éléments fiévreux d'autant plus actifs, qu'elles pénètrent par les poumons.

Pour une alimentation où dominent de plus en plus les principes phosphorés, dans les constitutions qui élaborent de moins en moins les principes basiques, non-seulement les émanations détermineront les phénomènes fiévreux, mais les tissus organiques, participant à la nature phosphorée des éléments histologiques, concourront à la production de la fièvre et produiront d'abondantes sécrétions muqueuses capables d'enflammer les surfaces épithéliales. Et sous l'action d'émanations contraires, il se produira une véritable combustion du sang, qui pénétrera les tissus organiques, les décomposera. C'est le cas du choléra foudroyant.

Ces considérations sont confirmées par les moyens employés pour combattre la fièvre. On n'emploie pas les bases énergiques des narcotiques. On a employé avec succès la potasse pour saturer les principes fiévreux. Le fébrifuge le plus en usage est la quinine : on atténue l'énergie de cette base en la saturant par un acide. Le sulfate de quinine se décompose, l'acide sulfurique se porte sur les bases fixes de l'économie.

Inversement, j'ai produit des émanations phosphorées du genre de celles qui se dégagent des argiles, je me suis soumis à leur action et j'ai produit sur moi tous les premiers symptômes des fièvres d'Afrique dont j'avais gardé le souvenir. En introduisant par la voie alimentaire des principes phosphorés imparfaitement saturés, on produit une mort rapide sur des animaux, lorsqu'on dépasse la puissance de saturation de leurs éléments histologiques. (Commissaires, MM. Rayer et Boussingault.)

M. LE MINISTRE D'ÉTAT transmet un deuxième mémoire de M. Fiévet sur le mariage considéré chez les individus entachés de maladies héréditaires.

(Renvoi aux commissaires désignés pour le précédent mémoire de l'auteur sur le même sujet : MM. Andral, Rayer, de Quatrefages.)

Anomalie des membres pelviens. — M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE présente, de la part de M. le baron Larrey, un dessin figurant, de grandeur naturelle, une anomalie fort rare des membres pelviens chez l'homme.

Il s'agit d'un jeune garçon de quatorze ans, d'origine belge, l'aîné de sept enfants, tous bien conformés, offrant lui-même, dans les autres parties de son individu, toutes les apparences d'une bonne constitution.

Le membre pelvien droit est double. Il se compose de deux cuisses, de deux jambes et de deux pieds, sans être également complet dans toutes ses partes similaires. Les deux cuisses, distinctes l'une de l'autre par deux fémurs que séparent des tissus fibreux et musculaires, sont recouvertes d'un tégument commun jusque vers leur tiers inférieur.

L'un de ces deux membres, supportant le poids du corps, est situé en dedans et bien étendu; son genou, d'ailleurs normal, est flexible, mais la jambe n'est composée que d'un seul os, le tibia, et de muscles atrophiés très-peu contractiles, en même temps que le pied, tout à fait informe et redressé en avant avec ankylose, est pourvu seulement de trois orteils, dont l'un même reste à l'état rudimentaire. Le point d'appui du membre se prend ainsi sur le talon, qui suffit à la marche, sans nécessiter l'emploi d'aucun support.

L'autre membre, qui paraît être le membre parasite, inactif et atrophié, mais non privé de sensibilité, se trouve placé en dehors, dans la flexion à l'angle aigu de la jambe sur la cuisse, avec ankylose complète du genou, déviation en arrière et déformation totale du pied, offrant sept orteils très-mobiles, dont deux gros et un rudimentaire.

Quant au membre pelvien gauche, ou naturel, il n'a rien d'anormal et est fortement musclé.

Nulle autre anomalie extérieure n'est appréciable chez cet individu.

— M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE, après avoir présenté le dessin de M. Larrey, fait remarquer que les faits de cet ordre sont fort rares dans la science, et pour la plupart très-mal connus.

A l'aide du dessin très-exact qui vient d'être présenté, à l'aide aussi d'un moule et d'une photographie, qui ont été faits aussi par les soins de M. Larrey, on pourra suivre les changements qui se produiront dans l'état du membre surnuméraire; et cette observation, déjà très-intéressante, acquerra dans l'avenir un intérêt beaucoup plus grand encore.

M. Geoffroy Saint-Hilaire pense que le membre surnuméraire doit être considéré comme résultant lui-même de la fusion de deux membres qui deviennent distincts à l'extrémité du pied. L'anomalie paraît une de ces monstruosités parasitaires dans lesquelles le parasitaire est réduit à deux membres imparfaitement développés et plus ou moins confondus, soit entre eux, soit avec le membre de l'autosite, ainsi qu'on l'observe souvent dans la pygomélie.

— M. FLOURENS signale parmi les pièces imprimées de la correspondance la première partie d'un travail de M. Rodolphe Wagner, intitulé : *Prolégomènes d'une morphologie et d'une physiologie de l'encéphale humain considéré comme organe de l'âme.* Cette première livraison est accompagnée d'un atlas de six planches gravées sur cuivre.

Nouvel organe du système nerveux. — M. W. KUHNE communique la note suivante sur un nouvel organe du système nerveux.

La distribution des nerfs moteurs dans les muscles a été jusqu'ici le sujet de beaucoup de recherches, mais on ne sait rien encore sur leur dernière terminaison et leur connexion avec la substance contractile. Le seul fait bien connu est la division des fibres primitives, que l'on trouve facilement en regardant un muscle mince et transparent au microscope. Au delà de ces ramifications on a vu les nerfs se cacher entre les fibres musculaires, sans qu'on ait pu les suivre jusqu'à un bout terminal bien déterminé.

Après avoir fait des recherches sur la distribution des nerfs dans le muscle couturier de la grenouille par une méthode expérimentale, dont on trouve les résultats dans mon mémoire : *Myologische Untersuchungen,* j'ai continué ce sujet en examinant au microscope les muscles des différentes espèces d'animaux, des batraciens, des poissons, des oiseaux, des mammifères et de l'homme. Voici les résultats nouveaux que j'ai obtenus de ces dernières recherches :

1° Chaque fibre nerveuse primitive qui entre dans un muscle se divise bientôt en deux. Ce sont des divisions de premier ordre qui se trouvent déjà dans les petits filets nerveux que l'on voit à l'œil nu.

2° Toutes les fibres nerveuses sorties de cette première division se divisent de nouveau après s'être séparées des petits filets intermusculaires.

3° Les fibres nerveuses qui prennent origine de cette subdivision arrivent à une fibre musculaire où elles vont se diviser pour la troisième fois.

4° Cette division est généralement très-multiple, de sorte qu'il en sort jusqu'à dix et vingt branches très-courtes.

Quand on a une de ces divisions sur une fibre musculaire isolée, on est sûr d'y trouver le dernier bout périphérique d'un nerf moteur. Voici ce qu'on voit en suivant les branches nerveuses, qui se trouvent réunies en grand nombre sur une très-petite partie de la fibre musculaire.

1° L'enveloppe du nerf se réunit constamment au sarcolème de la fibre musculaire, et c'est jusqu'ici que l'on observe les noyaux de l'enveloppe.

2° Le double contour du nerf produit par son enveloppe médullaire cesse subitement.

3° Le cylindre d'axe passe ici au-dessous du sarcolème et se trouve dès lors en contact avec la substance contractile striée.

4° Le cylindre d'axe devient alors plus large en quelques parties où il est garni de petits corps très-granuleux, que j'appelle les *bourgeons nerveux périphériques.*

5° Quand le cylindre d'axe intramusculaire est court, il se termine par un de ces bourgeons. A côté de ces cylindres d'axe court on en trouve aussi qui sont longs jusqu'à $0^{mm},1$ et $0^{mm},5$, et ceux-là sont pourvus de plusieurs bourgeons, et se terminent généralement par une pointe bien claire et nette qui se trouve entre les stries de la substance contractile.

Les bourgeons nerveux périphériques sont fixés sur le cylindre d'axe. Ils en font partie. Ils sont grands de $0^{mm},005$ à $0^{mm},01$, très-granuleux et généralement pointus à un bout. Jamais on n'y voit de nucléole, et c'est par ces appareils que le cylindre d'axe du nerf moteur se trouve en contact le plus intime avec la substance contractile du muscle dans laquelle s'enfoncent les granulations du nerf.

— M. MAGGIORANI, professeur de médecine à l'université de Rome, fait hommage à l'Académie d'un mémoire sur les fonctions de la rate, qu'il a récemment communiqué à l'Académie des *Nuovi Lincei.*

Mon mémoire, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, renferme deux observations qui me paraissent dignes d'être étudiées, et sur lesquelles je prends la liberté d'appeler l'attention de l'Académie, savoir :

1° La formation de graisse pendant la fermentation du sucre, déterminée par la pulpe splénique et son dédoublement en glycérine et acides gras :

2° La modification du sang chez des lapins privés depuis six mois de la rate, et comparés à d'autres individus placés dans les mêmes circonstances à qui on ne l'avait pas ôtée : la différence principale consiste dans la moindre intensité de la couleur et sa pauvreté relative en fer chez les sujets mutilés ; d'où semble résulter pour la rate la double fonction de présider à une métamorphose de la matière organique et d'accumuler le fer pour la confection de l'hématosine.

Le corps médical de Paris vient de faire une perte des plus regrettables. M. le docteur Aran, agrégé à la Faculté de médecine et médecin de l'hôpital Saint-Antoine, vient de succomber à l'âge de quarante-quatre ans, à un rhumatisme cérébral.

La mort de M. Aran ne sera pas seulement un sujet de profonde affliction pour ses nombreux amis ; c'est une perte réelle pour la profession, qu'il honorait par la dignité et l'élévation de son caractère, et pour la science, qu'il cultivait depuis les débuts de ses études avec un zèle et un dévouement qui n'ont pas dû être étrangers à sa fin prématurée. C'est en effet à un travail opiniâtre et de tous les instants, dont témoignent plusieurs ouvrages estimés et une importante publication en voie d'exécution, qu'il a dû la position distinguée qu'il a su se faire d'abord dans la presse médicale, et le rang élevé qu'il s'est acquis plus tard dans l'enseignement et dans la pratique de la médecine. Nos lecteurs ont dû conserver le souvenir encore tout récent des excellentes leçons de clinique qu'il a faites l'année dernière à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. le professeur Rostan. Cet enseignement, que nous avons suivi, pour notre part, avec le plus vif intérêt, nous avait fait pressentir pour lui un brillant avenir dans le professorat. M. Aran meurt au moment où il commençait seulement à recueillir en honneur et en fortune les premiers fruits de sa laborieuse et trop courte carrière.

Nous n'avons pu avoir la triste satisfaction de rendre les derniers devoirs d'usage à ce regretté confrère et ami. Ses dépouilles mortelles ont été immédiatement transférées à Bordeaux, son pays natal.

Puissent ces quelques mots, écrits à la hâte et sous la pénible impression d'un événement aussi inattendu, répondre au sentiment de profonde estime que M. Aran avait su inspirer à tous ceux qui l'ont connu et aux vifs regrets que cette triste nouvelle va porter dans le cœur de tous ses amis.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite de la démission de M. Lélut, un mouvement va s'opérer au premier jour dans le personnel médical des hospices d'aliénés. On nous assure que M. le docteur Moreau (de Tours) passerait de Bicêtre à la Salpêtrière, et M. le docteur Marcé de la ferme Sainte-Anne à Bicêtre. Si nos renseignements sont exacts, l'administration générale de l'Assistance publique renoncerait à employer la voie du concours pour le recrutement des médecins des services d'aliénés. On assure aussi que la résidence à Bicêtre ne serait plus obligatoire pour l'un des chefs de service. Quant à la place gratuite laissée vacante à la ferme Sainte-Anne par la promotion de M. Marcé, elle serait supprimée. Dans le cas contraire, M. le préfet de la Seine y nommerait directement.

— Les deux concours ouverts devant la Faculté de médecine de Strasbourg pour des places d'internes et d'externes à l'hôpital civil se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Bœll et Magnant.

Internes provisoires : MM. Ch. Levy, Münch, Nogier.

Externes : MM. Pingaud, Schmidt, Toussaint, Gérard, Fabriès, Jœssel, Cuvillon, Rinaldi.

— M. le docteur Silvy, directeur de l'Ecole secondaire de médecine et de pharmacie, chirurgien en chef de l'hospice de Grenoble, vient de mourir dans cette ville.

— Un médecin estimé de New-York, M. le docteur John W. Francis, vient de mourir à l'âge de soixante-douze ans. Il laisse de nombreux écrits qui font autorité dans l'enseignement universitaire américain.

Les collections de la *Gazette* qui nous ont été remises avant le 31 janvier, pour être reliées, sont actuellement prêtes. On peut les faire prendre dès ce moment dans nos Bureaux.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 25. — JEUDI 28 FÉVRIER 1861. (34e ANNÉE.) N° 25. — JEUDI 28 FÉVRIER 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 15, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3.000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 FÉVRIER 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

La plus grande partie de la séance s'est passée en comité secret pour la discussion des titres des candidats à la place vacante dans la section de physiologie. La suite de la discussion sur la congestion cérébrale apoplectiforme s'est trouvée ainsi ajournée. A la reprise de la séance publique, l'Académie a entendu la communication d'un médecin de Lyon, M. le docteur Chassagny, qui a soumis à son examen un nouveau forceps de son invention.

Dans le mémoire qu'il a déposé sur le bureau, et dont il n'a pu, faute de temps, qu'indiquer sommairement le contenu, M. Chassagny, après un examen critique des divers forceps employés jusqu'ici, résume ainsi les inconvénients qu'il attribue au forceps croisé, et les avantages de celui qu'il propose de lui substituer :

Dans tous les cas de disproportion entre la tête et le canal qu'elle doit traverser, l'accouchement n'est possible qu'à l'aide de la réduction de la tête, que cette réduction s'opère soit par la pression concentrique du bassin, soit par le forceps, qui doit en être l'agent toutes les fois qu'il est interposé entre la tête et les diamètres rétrécis. Dans le premier cas, il est seulement un agent de traction ; dans le second, il est un agent de compression. Or le forceps croisé n'a pas une prise suffisante pour remplir la première indication, celle de la traction ; quant à la seconde, la compression, il la remplit d'une manière dangereuse en la faisant porter sur les diamètres incompressibles de la base en protégeant les diamètres compressibles de la voûte.

Rendre la traction suffisamment énergique et soutenue, et la pression inoffensive en l'exerçant d'une manière progressive et la faisant porter exclusivement sur les parties compressibles du crâne, tel est le double but que s'est proposé l'auteur avec le nouveau forceps qu'il soumet à l'Académie, et dont on trouvera la description dans le compte rendu de la séance.

Si cet instrument, auquel on est tout disposé, au premier abord, à reprocher sa complication et l'espèce d'appareil effrayant qu'il offre aux yeux, remplit le double but que s'en est proposé son auteur, ainsi que sembleraient le témoigner déjà quelques-uns des faits cités dans son mémoire ; s'il peut, surtout, comme M. Chassagny en exprime l'espoir, contribuer à restreindre le nombre des cas où l'accoucheur est réduit à recourir à la triste ressource de la céphalotripsie, nous ferons bon marché de cette première impression. C'est à l'expérience d'en décider, et à la commission d'en formuler le jugement.

— Voici, d'après les bruits de couloirs, quel serait le classement des candidats pour la section de physiologie :

En 1re ligne	M. Cl. Bernard.
En 2e ligne et *ex æquo*. . .	MM. Béclard et Sappey.
En 3e ligne	M. Verneuil.
En 4e ligne	M. Béraud.

A mardi prochain l'élection. — Dr Brochin.

EXEMPLES DE FANTAISIES THÉRAPEUTIQUES.

Si notre époque prend jamais un nom dans l'histoire de la thérapeutique, elle devra s'appeler l'époque des *fantaisies*. De quel autre nom, en effet, pourrait-on qualifier les conceptions singulières qui nous montrent chaque jour, pour ainsi dire, jusqu'où peut mener le goût des excentricités? Cette tendance des temps présents est-elle un indice de la lassitude que produit parfois l'aridité des investigations laborieuses et méthodiques, ou bien n'est-elle qu'une simple récréation qui consiste à tirer des coups de fusil en l'air, pour l'unique satisfaction de faire du bruit?

Il y a peut-être bien un peu de tout cela dans le mobile de ces fantastiques innovations dont le public se méfie instinctivement, mais qui, pour nous, plus complaisants ou plus crédules, deviennent une source perpétuelle de mécomptes. Nous cédons volontiers aux attraits de la nouveauté, et en cela nous avons quelquefois tort. Il est vrai que d'ordinaire nous ne subissons cette influence que quand des remèdes nouveaux ou des médications nouvelles se présentent à nous sous le patronage d'un nom illustre ou avec la sanction d'un corps savant. Qui pourrait, en effet, sans passer pour récalcitrant, refuser de prendre au sérieux l'idée d'une *diète respiratoire*, par exemple, quand un homme célèbre et parfaitement estimable donne à cette idée une adhésion enthousiaste? quand l'Académie tout entière reconnaît dans l'invention d'une *muselière goudronnée* une immense découverte!

Chacun de nous dut se dire : Une appréciation aussi flatteuse, un assentiment aussi unanime ne s'accordent guère à des puérilités ; théoriquement, la possibilité d'une diète respiratoire semble en contradiction avec les données de la physiologie et de la chimie ; mais peu importe, consultons l'expérience clinique. Or l'expérience clinique répond que les grands hommes ne sont point exempts d'illusions, et que les académies ont d'inépuisables indulgences.

— La saignée générale a pour effet naturel de désemplir les gros vaisseaux et consécutivement les vaisseaux capillaires ; en enlevant au cœur un excès de stimulation, elle abat ou diminue la fièvre ; par son action spoliatrice et sédative, elle contribue à éteindre l'irritation. La saignée se trouve donc indiquée comme le moyen le plus direct et le plus sûr de remédier aux congestions actives, aux phlegmasies franches.

Mais, de même que tous les remèdes les mieux indiqués, la saignée pratiquée à propos échoue quelquefois : de même que tous les remèdes les plus efficaces, la saignée mal appliquée peut être suivie de fâcheux résultats. On peut en dire autant de tous les agents curatifs.

La pneumonie franche à l'état de simplicité a toujours passé pour le type classique de l'inflammation : jusque dans ces derniers temps, la coutume était de combattre l'élément inflammatoire et de guérir la maladie au moyen des émissions sanguines, du tartre stibié, et subsidiairement des révulsifs. Mais on a fini par se blaser sur les succès, et voilà qu'aujourd'hui la fantaisie fait des siennes dans le traitement de cette affection, en y remplaçant la saignée par les lavements de tabac, l'huile de raie, le chloroforme, la vératrine, l'acétate de plomb, l'alcool, le *suboxygène*, etc. !

Que l'on n'ouvre pas invariablement la veine dans les cas de pneumonie, c'est une réserve que nous approuvons ; mais qu'on ne l'ouvre jamais, c'est un système qui nous paraît excessif.

— Il y a dans ce que l'on nomme la *fièvre typhoïde*, des éléments morbides variés : il y a l'état inflammatoire, la lésion intestinale, l'état adynamique, putride, l'état ataxique, la fièvre, la diarrhée, le délire, la broncho-pneumonie, l'embarras gastrique bilieux, l'anorexie, etc. Un traitement univoque contre la fièvre typhoïde est donc une chimère ; les indications thérapeutiques restent au contraire subordonnées à la variété des éléments pathologiques. Aussi n'est-ce pas sans surprise que nous entendons, depuis peu, des médecins d'un ordre élevé prescrire, comme une condition de salut, l'alimentation dans toutes les formes et durant toutes les périodes de la fièvre typhoïde, et cela pour obvier au dépérissement du malade!

Mais, comme le dit avec raison M. Forget, ce n'est pas par défaut d'aliments que l'on tombe malade et que la maladie se prolonge ; c'est, au contraire, parce qu'on est malade qu'on ne se nourrit plus et que l'on dépérit, et le malade ne se nourrit pas parce qu'il a perdu l'appétit et souvent la faculté de digérer. Faire violence à cette répulsion ou à cette inaptitude de

FEUILLETON.

De la présence du seigle ergoté dans la farine. — Les serpents de la Vendée et de la Loire-Inférieure.

Il n'est pas besoin, auprès des médecins, d'insister sur les accidents que peut développer une alimentation dans laquelle entrerait le seigle ergoté ; et tout moyen propre à déceler la présence de l'ergot dans une farine intéressera certainement un praticien. C'est à ce titre que nous allons reproduire les procédés proposés par MM. Elsner et Wittstein, dans le *Journal de pharmacie et de chimie.*

Le premier de ces deux chimistes fait remarquer qu'une farine de seigle pure et blanche, délayée avec de l'eau dans un mortier, conserve parfaitement sa couleur. Si on ajoute à cette farine pure 2 pour 100 de seigle ergoté en poudre, ce mélange délayé n'offrira plus une teinte blanche, mais bien une couleur chamois, que fera encore mieux ressortir la blancheur de la capsule en porcelaine à émail blanc, dont il est bon de se servir. Un peu d'habitude de cette réaction permettra de constater 1 pour 100 de seigle ergoté.

Si l'on doit traiter une farine de seigle de qualité inférieure, on pourra encore retrouver les traces de 3 pour 100 de seigle ergoté, celui-ci donnant à la pâte une couleur *brun sale* prononcée. On peut même, avec un peu d'habitude, découvrir jusqu'à 2 pour 100 de l'ergot.

M. Wittstein fait reposer son procédé sur le dégagement de triméthylamine qui suit le traitement du seigle ergoté par la potasse.

Il n'est pas inutile de dire que la triméthylamine C^6H^9Az n'est que de l'ammoniaque $Az H^3$, dans laquelle H est remplacé par le méthyle. Elle est isomère de la propylamine, se trouve toute formée dans le *chenopodium vulvaria*, auquel elle donne son odeur repoussante, et a été récemment très-vantée en Russie et en Allemagne comme un spécifique contre la goutte.

Mais revenons à notre expertise. Après avoir délayé dans un peu d'eau la farine suspecte, on l'introduit dans un tube et on la recouvre d'une couche de solution de potasse caustique. Au bout de peu de temps, il se dégage une odeur de saumure très-prononcée et qui se développe plus rapidement par l'emploi de la chaleur. Il est cependant préférable d'opérer à froid, car l'odeur développée par la chaleur ne tarde pas à disparaître. M. Wittstein propose donc de mettre le mélange dans un tube et de le boucher. Alors on voit la farine prendre la consistance d'empois et devenir jaune : en même temps se produit l'odeur caractéristique.

La simplicité de ces deux procédés d'analyse nous semble devoir mériter l'attention de nos confrères de la campagne.

— Un des jeunes médecins les plus distingués de la ville de Nantes, M. le docteur Viaud-Grandmarais, vient de publier dans le *Journal de médecine* de la Loire-Inférieure une étude fort intéressante sur les serpents venimeux et non venimeux du pays qu'il habite. Cette étude, très-consciencieuse au point de vue zoologique et médical, forme une véritable monographie que nous ne saurions — dans le court espace qui nous est accordé — analyser d'une manière complète ; mais nous aurons occasion de revenir sur ce sujet.

Les serpents de France sont tous un peu les mêmes. Telle région en a plus qu'une autre ; mais une étude comme celle de M. Viaud-Grandmarais, toute locale qu'elle paraisse, peut s'appliquer à peu près à tous nos départements ; aussi pensons-nous que nos lecteurs, même éloignés des lieux observés par notre confrère nantais, auront à gagner à ce travail.

Il existe dans la Vendée et dans la Loire-Inférieure huit espèces de serpents, dont deux seulement (la péliade et la vipère commune) sont venimeuses. Les autres, désignées sous les noms de *couleuvres* et d'*orvets*, sont tout à fait inoffensives.

A propos de ce dernier, nous ne pouvons résister au désir de citer un proverbe du pays qui montre une fois de plus la fausseté de certaines croyances populaires : « *Si envin* (orvet) *voyait, si sourd entendait, si bœuf connaissait sa force, aucun homme ne vivrait.* » Et l'orvet voit clair, malgré sa membrane clignotante qui en impose au vulgaire, et c'est un animal dont les faibles dents ne sauraient entamer notre peau.

M. Viaud-Grandmarais, après une très-bonne étude zoologique, aborde la partie médicale. Celle-ci offre un véritable intérêt, et méritera d'être mise en partie sous les yeux de nos lecteurs ailleurs que dans un feuilleton. Pour nous, il est une partie fort bien tracée et si pratique, que l'on nous saura gré de la donner ici. C'est la diagnose de serpents communs, qu'un médecin devrait parfaitement connaître pour établir sûrement son pronostic et son traitement lors d'un accident par morsure de serpent.

Nous conserverons à cette partie sa forme de tableau synoptique. Tous ceux qui font de l'histoire naturelle savent les services que rend cette manière d'exposer. Commençons l'analyse :

1 {
Ecailles du dos et du ventre semblables ; œil allongé d'avant en arrière, très-petit, muni de paupières et d'une membrane clignotante ; queue plus longue que le reste de l'animal. (Orvet fragile, *Anguis fragilis*, L.)
Dos couvert de petites écailles se recouvrant partiellement comme les tuiles d'un toit ; ventre offrant de larges plaques transversales ; œil entouré d'écailles mobiles ; queue beaucoup plus courte que le corps. . 2
}

2 {
Tête ovale allongée, couverte de neuf grandes plaques en écussons ; pupilles rondes ; pas de crochets à venin ; écailles du dos lisses ou carénées. Couleuvres. 3
Tête élargie en arrière, aplatie, couverte en tout ou en partie de petites écailles granuleuses ; pupille offrant une fente verticale, comme chez les chats ; mâ-
}

l'estomac pour les aliments, n'est-ce point là faire de la médecine de garde-malade?

Tous les praticiens judicieux considèrent les inflammations graves, celles de l'appareil digestif surtout, la fièvre, la diarrhée, comme des contre-indications de l'alimentation substantielle. Les partisans de la nouvelle doctrine assurent, au contraire, que l'alimentation, dans toutes les espèces typhoïdes, fait toujours du bien et par conséquent jamais de mal ; ils prétendent même qu'elle guérit tous les malades d'une façon miraculeuse.

Il n'y a, en vérité, que les novateurs qui aient de ces constantes bonnes fortunes.

— Jusqu'à présent on avait cru que l'épilepsie se manifeste par des signes non équivoques. Il vient d'être démontré que le diagnostic de cette névrose est pour quelques cas fort difficile, en ce qu'elle peut être confondue avec des congestions cérébrales ou avec des accidents épileptiformes. Ces méprises, dit M. Moreau, nous expliquent comment il se fait que des médecins obtiennent la guérison de l'épilepsie dans des proportions véritablement extraordinaires (54 pour 100), tandis que d'autres médecins voient bien, il est vrai, quelques guérisons s'opérer *spontanément*, mais n'osent guère en revendiquer pour eux-mêmes.

Pendant plus de deux mille ans on a cherché le remède de l'épilepsie : ce n'est que de notre temps qu'on a découvert que l'oxyde de zinc guérit la moitié des malades. Voilà peut-être la seule fantaisie digne de notre reconnaissance, à moins cependant que le succès ne soit une pure forfanterie.

— La quinine, unie à l'acide sulfurique, constitue un antipériodique à peu près irréprochable. Quel que soit l'acide combiné à cet alcaloïde, l'effet thérapeutique est toujours le même, parce que les sels de quinine étant décomposés par les alcalis du sang, c'est uniquement par leur base que ces sels agissent.

Que l'on remplace le sulfate par le tartrate, le tannate, le lactate ou l'urate de quinine, peu importe; mais qu'on veuille bien ne pas nous faire prendre ces substitutions pour une amélioration quand ce n'est que du caprice.

Nous ne savons nous contenter de rien, pas même du bonheur. La quinine est pour nous un moyen de triomphes presque constants; bien qu'elle n'ait rien perdu de son efficacité depuis l'époque de sa découverte, cependant on lui préfère aujourd'hui, comme succédanés, des ingrédients dont le nombre est incalculable, car, depuis la toile d'araignée jusqu'à l'eau de mer, toute la nature minérale et organique y a passé. C'est ainsi qu'en déplaçant notre estime, sous couleur d'économie, mais en réalité pour obéir à notre inconstance habituelle, nous donnons le scandale de l'ingratitude envers l'un des agents qui font le plus d'honneur à la médecine.

— L'art de doser, art très-complexe, est bien certainement l'un des points les plus défectueux de l'état actuel de la médecine; cela tient à ce qu'on néglige trop parmi nous l'étude et la vérification expérimentale des agents médicamenteux. Il règne tant d'arbitraire encore dans le dosage des remèdes, qu'il n'est pas surprenant que ceux-ci se montrent quelquefois inertes ou nuisibles, tandis qu'un peu plus de précision dans leur emploi les sauverait du discrédit. Toutefois, il est certaines drogues qui, malgré les méfaits qu'on leur reproche, conservent cependant la faveur publique. C'est ainsi que l'iodure de potassium, par exemple, s'est acquis le privilége de l'impunité. Il n'est certes pas dans notre pensée de vouloir méconnaître ou contester les immenses services rendus chaque jour par ce précieux médicament; mais nous ne croyons pas nous montrer injuste à son égard, en signalant une fois de plus les désastreux effets de son usage intempestif ou porté jusqu'à la débauche.

M. N... contracta à l'âge de vingt-huit ans une blennorrhagie virulente qui suivit son cours naturel, c'est-à-dire que six semaines environ après la cessation de l'écoulement, les symptômes de l'intoxication syphilitique se multiplièrent sur la peau et dans la gorge. L'iodure de potassium fut administré d'emblée à la dose de 5 grammes par jour, dissous dans un verre de tisane sudorifique. Dès le cinquième jour il fallut suspendre cette médication, parce qu'elle avait déterminé une forte diarrhée, des vomissements, *des crampes d'estomac* et une sialorrhée importune. Une fois ces troubles apaisés, on revint à l'iodure, mais à la dose d'un gramme seulement. Cependant, enhardi par la tolérance, le médecin traitant poussa jusqu'à 10 grammes par jour, et cette dose, bien que les accidents syphilitiques eussent disparu, fut continuée pendant quatre mois, sous prétexte de garantir le malade de tout retour offensif.

Voilà donc M. N... guéri; mais lorsque ce jeune homme voulut rompre avec la continence qu'il avait observée pendant toute la durée de son traitement, il resta fort étonné en se trouvant complétement impuissant. Supposant que peut-être les organes génitaux n'étaient qu'engourdis par le repos, il recourut aux artifices ordinaires de l'excitation; mais il n'en put rien obtenir. Depuis cinq ans qu'il met à contribution tous les aphrodisiaques connus, qu'il s'adresse à tous les personnages qui se donnent comme les restaurateurs infaillibles de la puissance génitale, M. N... n'a réussi qu'à ruiner son estomac, qu'à détériorer sa vessie, sans avoir amélioré son sexe. Cependant, sous l'influence des toniques locaux et généraux, une sorte d'amélioration vient de se manifester ; M. N... a des érections, mais il ne conclut pas.

Quelle peut être la cause de cette infirmité? Né de parents sains et robustes, bien constitué lui-même, M. N... n'a jamais porté jusqu'à l'abus les ardeurs de la jeunesse ni usé prématurément de la faculté de les satisfaire. De ses deux testicules, l'un est resté dans l'abdomen, l'autre est logé dans le scrotum ; aucun d'eux n'a été le siége d'une lésion quelconque. Cependant le malade croit pouvoir assurer qu'à l'expiration du traitement par l'iodure, le testicule libre lui a paru avoir acquis un peu plus de consistance qu'auparavant. Il n'y a pas d'atrophie sensible de la glande, mais nous pensons qu'elle ne sécrète plus parce que ses cellules sont oblitérées (simple hypothèse).

Cette supposition est-elle purement imaginaire? En médecine, les rapports de causes à effets sont souvent délicats et difficiles à saisir : toutefois, pour ce qui concerne l'iode, il est surabondamment établi que s'il résout les engorgements glandulaires, remédie aux accidents consécutifs de la syphilis, « c'est quelquefois aux dépens d'organes précieux aux deux sexes. » (Forget.)

Quant au cas présent, on peut dire qu'il y a eu abus de l'iodure de potassium et dans l'élévation de la dose et dans la durée de l'emploi.

Quelques praticiens, il est vrai, se vantent d'avoir administré 50 grammes de ce sel en une seule fois, sans autres effets qu'une purgation énergique. Cela doit être ainsi, car à cette dose l'iodure de potassium n'est plus absorbé; il est éliminé par l'intestin, comme le sulfate de soude ou le sulfate de potasse, mais après avoir donné lieu à des douleurs gastriques très-vives.

Nous manions l'iodure de potassium depuis longtemps ; nous croyons être assez familier avec ses divers modes d'action pour témoigner qu'à haute dose ce sel est un purgatif brutal; qu'il n'est pas prudent de le porter au delà de 4 grammes, si l'on veut trouver en lui un *altérant efficace;* qu'élever la dose au delà de cette limite, c'est se jeter dans les aventures et courir le risque d'accidents sérieux.

Nous n'élevons point notre ambition jusqu'au rôle de réformateur. Comme l'indique le titre de cette communication, nous nous bornons à signaler quelques déviations capables de compromettre dans le monde le sort de la médecine : c'est notre manière de l'honorer et de la servir. — Dr Champouillon.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Mandl.

De la laryngite chronique granuleuse.

Dans la laryngite chronique granuleuse, la congestion occupe les glandes du larynx, et elle est due presque constamment à un état pathologique analogue de la muqueuse voisine du pharynx, c'est-à-dire à une *angine granuleuse*. Pour l'intelligence de ces altérations, il est nécessaire de se rappeler quelques détails anatomiques. On aperçoit déjà à l'œil nu, dans la muqueuse pharyngienne, outre les papilles rudimentaires, des saillies pourvues d'une ouverture centrale, des follicules formés par l'agglomération de capsules ou vésicules closes, analogues à celles que l'on trouve dans les glandes solitaires de l'intestin et dans les glandes de Peyer, rondes ou oblongues, ayant 1/4 à 1/2 millimètre de diamètre, et placées dans le tissu cellulaire d'un repli de la muqueuse, repli dont la cavité a la forme d'un entonnoir renversé. Les tonsilles sont une agglomération de follicules analogues. Un autre ordre de glandes est constitué par les glandes en grappe, dont les conduits excréteurs s'ouvrent soit librement à la surface des muqueuses, soit au fond des follicules, de sorte que ceux-ci ne semblent former qu'un renflement de ces derniers. Sur la paroi postérieure du pharynx les follicules sont nombreux et accumulés, formant des espèces de petites tonsilles. Des vaisseaux sanguins se répandent sous la muqueuse et à la surface des glandes et des vésicules. Les uns ou les autres peuvent devenir le siége d'une congestion chronique, ou bien d'exsudations pseudo-plastiques : les culs-de-sac des glandes sont gonflés par l'épaississement de la paroi propre, par l'exsudation d'une matière amorphe, par le développement plus abondant d'épithélium ; parfois ils renferment de petits calculs calcaires. Les follicules eux-mêmes peuvent prendre l'apparence de petits phlyctènes ; l'ouverture centrale a disparu ; la muqueuse est soulevée, et la cavité paraît remplie d'un liquide plus ou moins transparent, parfois jaunâtre ou purulent ; la couleur de ces saillies tranche sur celle de la muqueuse par sa pâleur ou par le ton foncé. Parfois on aperçoit dans les glandes l'existence d'une matière jaune, caséeuse, analogue à de la matière tuberculeuse.

L'inflammation des glandes et surtout celle des follicules, *l'angine granuleuse*, est caractérisée par des saillies, isolées ou confluentes, bornées à un seul côté du pharynx ou s'étendant sur toute la paroi postérieure. Les *piliers* et la *luette* sont souvent le siége de granulations ; cette dernière est allongée, vasculaire, plus ou moins contractile, parfois comme paralysée, œdématiée, hypertrophiée au point de provoquer des accès de suffocation lorsque l'extrémité est portée en arrière, ou bien des vomissements ou une toux laryngée avec sentiment de chatouillement et d'embarras à la gorge, accompagnée de crachotements et altération de la voix. Les glandes et les follicules sont le siége d'altérations comme sur la muqueuse pharyngienne ; il en est de même pour les *tonsilles*, qui souvent sont le siége de concrétions ou qui sécrètent une matière jaune, caséiforme, d'aspect tuberculeux. Ces diverses altérations peuvent s'étendre d'une part jusque dans les *trompes d'Eustache* et compromettre l'ouïe ; d'autre part sur la *base de la langue*, dont la muqueuse, renfermant les mêmes éléments que la muqueuse pharyngienne, peut subir les mêmes altérations.

L'inflammation de ces diverses parties, *l'angine chronique*, peut s'étendre jusque sur l'épiglotte et la glotte, et déterminer ainsi une *laryngite chronique, simple ou granuleuse*, suivant que la muqueuse est enflammée avec ou sans ses glandules.

Les *symptômes* par lesquels se manifeste l'angine chronique granuleuse varient suivant le dégré et l'étendue de l'inflammation, suivant qu'une portion plus ou moins considérable du larynx est atteinte, suivant la marche et le siége primitif de l'in-

---

choire supérieure portant de chaque côté une longue dent mobile (crochet à venin) ; écailles du dos carénées, c'est-à-dire offrant une légère saillie longitudinale. Vipères. 8
Écailles du dos carénées. 7

3 Écailles du dos et des flancs lisses, c'est-à-dire sans saillie longitudinale, ou présentant quelquefois à la région dorsale un petit tubercule central, rudiment de carène. 4

4 Dessus de la tête sans tache ; trait noir vertical sous l'œil, traversant les deux mâchoires; dos brun, olivâtre ou roussâtre ; série de points blancs sur les côtés du corps ; ventre jaune-paille ; à l'union de la tête et du corps, la teinte jaune du ventre s'avance sur les côtés du cou en devenant plus foncée, mais sans former de collier complet. Dents toutes semblables en longueur et en intervalles. (Couleuvre d'Esculape, *Elaphis Esculapii*, Dum.)
Taches noirâtres diverses sur le dessus de la tête ; dents inégales. 5

5 Tache noirâtre, échancrée en forme de cœur ou d'U en arrière sur la tête ; œil placé dans une bande de même couleur ; queue formant à peine le cinquième de la longueur totale. Dessus du corps gris ou rougeâtre : ventre noirâtre ou violacé. Quatre rangs de petites taches sur le corps. Dents inégales en longueur, mais non en intervalles. (Couleuvre lisse, *Coronella lævis*, Laur.)
Tête offrant des lignes noires très-irrégulières sur un fond jaune, blanc ou bleuâtre. Queue formant le tiers environ de la longueur totale. Dernières dents sus-maxillaires plus longues que les autres, et séparées par un intervalle libre. (Couleuvre verte et jaune, *Zameris viridi flavus*, Wagn.). 6

6 Vert noirâtre en dessus, avec des lignes jaunes et des taches de la même couleur formant des mouchetures ; dessous du corps jaune. (Couleuvre verte et jaune adulte.)
Corps sans taches, cendré bleuâtre en dessus, avec écailles ombrées ; blanchâtre en dessous. Tête bleuâtre en arrière, plus pâle en avant, marquée de lignes irrégulières et de taches blanches entourées de noir foncé. (Couleuvre verte et jaune, jeune, regardée à tort comme un autre serpent, sous le nom de Couleuvre glaucoïde, Delal.)

7 Sur la nuque, collier blanc, jaune pâle ou citrin, plus rarement orangé, suivi d'une large tache noire de chaque côté du cou. Tête grise sans tache. Dos plus ou moins cendré, avec trois ou quatre rangées de petites taches noires. Ventre noirâtre, tacheté de blanc, surtout vers les flancs. (Couleuvre à collier, *Tropidonotus natrix*, Kull.)
Point de collier, mais deux taches noirâtres sur la nuque, imitant souvent par leur jonction la forme d'un V ouvert en arrière; autre tache noire derrière l'œil; dos grisâtre ou roussâtre, avec une série de taches noires formant une ligne en zigzag longitudinale ; sur les flancs, série de taches noires entremêlées ordinairement de taches jaunes ; ventre à taches ardoisées, ou grisâtres ou jaunâtres, disposées en damier. (Couleuvre vipérine, *Tropidonotus viperinus*, Boié.)

8 Tête ovale recouverte de petites écailles granuleuses, entre lesquelles se trouve un groupe de trois plaques larges, polygonales, lisses, rapprochées en triangle, l'antérieure plus large que les deux postérieures. Museau droit, non bordé. Taches hiéroglyphiques souvent en forme de V sur la tête. Ligne noire en zigzag le long du dos. (Vipère à trois plaques, *Pelias berus*, Merren.)
Tête triangulaire nettement séparée du cou, totalement couverte de petites écailles granuleuses. Museau fortement retroussé en rebord saillant, qui se prolonge jusqu'aux yeux. Taches hiéroglyphiques et zigzag dorsal de la péliade. (Vipère commune, *Vipera aspis*, Merren.)

Nous n'entrons pas dans la discussion des variétés, cela nous entraînerait trop loin. Tout en nous réservant de revenir sur quelques points de la très-intéressante monographie de M. Viaud-Grandmarais, nous nous empressons de recommander ce travail plein de faits bien observés, et nous nous associons à la conclusion de l'auteur, qui réclame la destruction des serpents venimeux et la création de primes offertes au chasseur de serpents. Dr E. Renaud.

Traité des maladies des Européens dans les pays chauds, régions tropicales, climatologie, maladies endémiques, par le docteur Dutroulau, ancien médecin en chef de la marine. In-8° d'environ 700 pages. Prix : 8 fr. Chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

L'art dentaire, revue mensuelle de la chirurgie et de la prothèse dentaire, 5e année, par A. Préterre, dentiste américain, 29, boulevard des Italiens, à Paris.

Les quatre dernières années contiennent les observations détaillées des malades confiés à M. Préterre par MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires, soit à Paris, soit en province, et la description des appareils construits pour les diverses lésions traumatiques ou congénitales de la bouche : *bec-de-lièvre, résection partielle ou totale des mâchoires inférieure ou supérieure, nécroses ou perforations, difformités dentaires, anomalies, etc., etc.*

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. Adde-Margras, de Nancy, médecin à Paris. Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 3 fr. 50 c.

flammation. L'angine granuleuse, à son moindre degré de développement, se manifeste par des sensations particulières uni ou bilatérales sur la voûte du palais, la paroi postérieure du pharynx, dans la région du cou, au haut du sternum; des phénomènes spasmodiques très-légers, simulant une dyspnée, une sensation de sécheresse, d'embarras, de picotement, de chatouillement, de cuisson dans le gosier; de fréquents mouvements de déglutition, accompagnés parfois d'un peu de douleur. L'inflammation très-légère des tonsilles ou de la luette s'accompagne de symptômes analogues; mais en général le malade n'en tient pas compte avant que le larynx lui-même soit pris. Alors le premier symptôme qui frappe, c'est l'expiration brusque, rauque, plus ou moins sonore, et que j'appellerai *râpée* (*hem* des Anglais), que le malade est obligé de faire fréquemment, comme pour se débarrasser d'un corps étranger. A la suite d'une légère fatigue, la voix devient voilée ou rauque, surtout dans un salon d'une température élevée, ou à la suite de toute circonstance qui congestionne la tête, comme, par exemple, le refroidissement des pieds. Chez les chanteurs et les orateurs, la voix devient moins puissante, moins pure, voilée dans certaines notes. La toux est rare; l'expectoration se compose de quelques grumeaux visqueux, transparents, opalins ou grisâtres, et rarement mêlés de sang, provenant de l'arrière-gorge. Les malades deviennent très-sensibles aux variations atmosphériques et se préoccupent vivement de leur santé.

Avec ces symptômes coïncide la fréquence de petites saillies semblables à des grains de semoule sur la muqueuse plus ou moins injectée du pharynx, du voile du palais, de la luette, des amygdales. A mesure que ces granulations deviennent plus saillantes, plus confluentes, que l'inflammation envahit davantage le larynx, la gravité des symptômes augmente : la voix devient dure, éraillée, rauque, pour s'éteindre par moments ou complétement; les sons s'articulent avec effort, avec fatigue, conséquemment d'une manière bien différente de l'aphonie nerveuse dont nous avons parlé précédemment. Les mucosités accumulées forcent souvent le malade à faire des expirations brusques, râpées. Le chatouillement laryngien devient plus incommode, plus continu; et augmente au contact de l'air froid. Les sensations de sécheresse, de cuisson, de picotement, de constriction, de pesanteur derrière le sternum ou à la nuque, etc., deviennent plus vives; parfois une brûlure semble descendre le long de l'œsophage. Une toux parfois rauque et quinteuse survient, surtout à la suite d'exercices de la voix. L'expectoration devient opaque, purulente, verdâtre, surtout lorsqu'il y a un rhume intercurrent. D'autres fois les crachats sont des concrétions cylindriques, demi-solides, verdâtres, ou bien solides, calcaires; ces dernières ont été regardées chez les tuberculeux comme résultant d'une métamorphose des tubercules; mais elles pourraient provenir, dans la phthisie aussi bien que dans l'angine granuleuse, de la transformation de cette matière jaune, caséiforme, dont la présence dans les glandes et dans les amygdales a été signalée précédemment.

En même temps augmentent les symptômes morbides provoqués par l'inflammation plus forte de la muqueuse pharyngienne; ainsi la déglutition peut devenir plus pénible, ce qui du reste peut tenir aussi à l'irritation de l'épiglotte et des arythénoïdes; l'ouïe peut être hyperesthésiée ou perdre sa sensibilité; la faculté des odeurs est abolie s'il y a coryza chronique.

Le *diagnostic* de cette affection est très-facile par l'inspection de l'arrière-gorge, en déprimant la base de la langue; le laryngoscope révélera l'état du larynx, qui peut être affecté d'une simple inflammation chronique, ou bien être le siége de granulations. Celles-ci peuvent se développer dans le larynx indépendamment de celles du pharynx, et réciproquement. Je fus consulté par M. le docteur Béhier pour un homme affecté depuis plusieurs années d'une angine granuleuse; la voix, la toux et quelques autres symptômes, indiquaient manifestement un état morbide du larynx. Cependant l'examen laryngoscopique n'a permis de constater aucune granulation à l'intérieur du larynx, mais bien une inflammation chronique de l'épiglotte, plus prononcée aux arythénoïdes. Parfois on aperçoit des granulations plus ou moins volumineuses, isolées ou confluentes, sur l'épiglotte, les arythénoïdes, la paroi antérieure du larynx, les replis supérieurs.

La diathèse herpétique, proclamée dans l'école de Chomel comme une des causes principales, sinon unique, de l'angine granuleuse, ne me paraît nullement jouer le rôle important qui lui fut attribué par cet éminent professeur. Nous avons vu très-souvent, dans l'immense majorité des cas, l'angine granuleuse se développer indépendamment de tout symptôme herpétique; d'autre part, comme nous le verrons tout à l'heure, le traitement antiherpétique n'amène presque jamais une guérison radicale.

Enfin, il n'existe aucun symptôme pathognomonique ou anatomique capable de faire distinguer cette angine herpétique d'une angine granuleuse due à toute autre cause chez des personnes non herpétiques. Quelque séduisante que soit par conséquent cette théorie de l'herpétisme, et quelque imposantes que soient les autorités qui l'ont adoptée, je me permets de faire des réserves en attendant des preuves plus précises.

Le froid, les climats, en général toutes les circonstances qui congestionnent le sang vers l'arrière-gorge et l'organe de la voix, par conséquent au premier rang les professions qui demandent un exercice constant ou des efforts de la voix, sont des *causes occasionnelles* de l'angine granuleuse, et conséquemment ou directement de la laryngite chronique. On comprend alors pourquoi ces affections sont plus rares dans l'enfance et chez les femmes. Chez les chanteurs, les orateurs, l'angine granuleuse se développe fréquemment, pas autant par les efforts qu'à cause du mode vicieux de la respiration. (Voir notre *Mémoire sur la fatigue de la voix*, *Gazette médicale*, 1855.)

Le *début* de la laryngite chronique est déterminé lorsque le froid est la cause occasionnelle; dans toute autre circonstance, on ne saurait remonter avec certitude à son origine. La *marche* est lente, graduelle, entremêlée parfois d'exacerbations, stationnaire parfois pendant des années. La bénignité de l'affection permet d'établir un *pronostic* favorable.

Il nous reste à parler du traitement; c'est ce que nous ferons dans une leçon suivante.

DES SÉCRÉTIONS EN GÉNÉRAL.

De l'influence de la digestion gastrique sur l'activité fonctionnelle du pancréas.

Par M. le docteur Lucien CORVISART.

(Résumé d'un Mémoire présenté à l'Académie de médecine.)

Les excitants de toutes sortes et les vivisections ont été prodigieusement multipliés pour l'étude des sécrétions; mais, à proprement parler, on n'a par eux étudié que l'excrétion, acte presque mécanique de dilatation et de pression des vaisseaux et des conduits. L'acte tout différent en vertu duquel les glandes sécrètent, c'est-à-dire *forment*, élaborent des principes nouveaux, étrangers au sang, reste à connaître; l'étude de l'élaboration des ferments digestifs est, par exemple, tout entière à faire.

C'est à ce genre d'étude délaissé que s'adressent surtout les expériences que nous avons faites sur la glande pancréatique. Nous avons fait usage du procédé de l'infusion.

On conçoit comment le pancréas étant surtout un organe supplémentaire de l'estomac pour la digestion des aliments azotés, il importe de savoir les influences capables de faire varier ou d'augmenter son activité, c'est-à-dire la formation de son ferment actif, pour la mettre au service de l'économie.

Voici les conclusions sommaires auxquelles j'ai été conduit :

La *formation minima* de ferment pancréatique (1) a lieu pendant le jeûne simple, de la neuvième à la douzième heure du repas, époque à laquelle les digestions gastrique et intestinale ont fait disparaître les aliments; le pancréas, à ce moment, est épuisé. Mais après la douzième heure, le sang, pendant le jeûne prolongé, refait, par un mécanisme inconnu, une certaine quantité de ferment.

Le pancréas, soit qu'il verse son suc dans le duodénum, qu'il l'épanche au dehors par la fistule pancréatique, ou qu'il le garde dans sa trame pour ne le céder qu'à l'infusion, décèle toujours, dans les expériences, la *formation maxima* du ferment pancréatique à la même époque qui coïncide avec le milieu de la digestion (6e ou 7e heure d'un repas mixte et type).

L'heure maximum de production du ferment pancréatique suit exactement les oscillations de l'accomplissement de la digestion gastrique, avance et retarde absolument comme cette dernière, *à laquelle elle est subordonnée*.

L'abondante formation du ferment pancréatique apparaissant au milieu de la digestion, est évidemment liée à celle-ci comme un effet à sa cause. Cette connaissance ne peut suffire; la digestion, loin d'être chose simple, est le résultat, en effet, d'une réunion de phénomènes très-divers : phénomènes d'ingestion, de contact, d'excitation produite, de sécrétion, de liquéfaction des aliments, de formation des peptones, d'absorption. Or lequel d'entre ces phénomènes est la cause nécessaire, le véritable agent de la formation du ferment pancréatique?

L'excitation nerveuse ou sympathique provoquée par le contact des aliments solides sur l'estomac ou sur le duodénum, et qu'on supposerait transportée par les voies nerveuses de l'un ou de l'autre de ces organes au pancréas, n'est pas la cause de l'apparition abondante du ferment pancréatique dans la glande.

La sécrétion seule du suc gastrique dans l'estomac, du suc intestinal, pancréatique ou biliaire dans l'intestin, abstractivement de la digestion qu'ils opèrent, n'est pas non plus cette cause.

Ce n'est pas plus la simple liquéfaction des aliments dans les voies digestives, qui amène l'élaboration du suc du pancréas.

Ce qui provoque la formation et l'élaboration *maxima* du ferment pancréatique, *c'est la formation des peptones gastriques*.

Cette formation des peptones gastriques, pour être suivie d'effet, doit être accompagnée de l'absorption de ces mêmes peptones *par l'estomac*.

Ainsi l'intégrité de la digestion pancréatique duodénale des aliments se trouve sous la dépendance de l'intégrité de la digestion gastrique préalable.

La quantité et l'activité du ferment pancréatique, dont les peptones gastriques provoquent la formation sécrétoire, dépendent de la quantité de ces peptones absorbées.

Mais cela n'a lieu que jusqu'à un certain point.

La rapidité ou la lenteur de la formation du ferment pancréatique varie comme la rapidité ou la lenteur de la formation et de l'absorption des peptones gastriques. Cette relation est constante.

Chose remarquable, la transformation digestive intestinale (peptones intestinales) n'a pas les propriétés des peptones gastriques pour provoquer la formation du ferment pancréatique; elle est impuissante.

(1) Capable de digérer les aliments azotés.

Il est à noter que l'absorption des peptones gastriques elles-mêmes, si elle a lieu *par l'intestin seul*, devient également impropre à cet effet. Apportées par cette voie, les peptones gastriques perdent leur influence sur la formation du ferment pancréatique.

Ces relations entre les peptones gastriques et la formation du ferment glandulaire, qui donnent une nouvelle théorie de la sécrétion, théorie différente de celle qui s'appuie sur les excitations nerveuses ou la pure dilatation des vaisseaux glandulaires, mettent aussi à nu un phénomène de nutrition spéciale, et font entrevoir la possibilité de l'étude *des nutritions locales*.

Si toutes celles-ci étaient connues, si toutes pouvaient être réglées, la formation des tissus, le règlement des fonctions, l'anéantissement de bien des diathèses seraient accessibles à la médecine. Si le ferment pancréatique se fait ainsi qu'il a été dit, par quels matériaux déterminés se font la bile, le sperme, le tissu cellulaire cancéreux? A quelles nutritions locales déterminées servent les peptones gastriques absorbées par l'intestin, les peptones intestinales, etc.? Ces questions commandent un puissant intérêt.

J'ai annoncé en juillet 1859, d'après mes études, cette destination (1) des peptones gastriques. Un travail qui m'est commun avec le professeur Schiff, et qui résulte d'expériences faites avec lui en septembre 1859 (2), apportera à ce sujet une confirmation et des développements nouveaux, qui pourront jeter quelques lumières sur les dyspepsies.

J'appelle toute l'attention des physiologistes sur l'incertitude des résultats précédents, si l'on se décide, d'après un petit nombre d'expériences, et sur la nécessité, dans un sujet si difficile, de suivre avec une rigueur extrême des règles fixes pour avoir des expériences comparables; ces règles doivent porter sur le choix des animaux, leur captivité, le poids et la composition déterminée du repas préparatoire, l'heure du repas expérimental, la composition fixe ou variable de celui-ci, l'examen de l'état de la digestion et de l'absorption gastriques, avant toute exploration du pancréas (3), etc.; la moindre condition différente pouvant amener des résultats absolument contraires.

DU TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

par l'acétate neutre de plomb.

Par M. le Dr STROHL, professeur agrégé de la Faculté de Strasbourg.

Après avoir employé, à l'exemple de Ritscher et de Burkhardt, le sucre de Saturne dans des pneumonies qui avaient résisté au tartre stibié, etc., M. Strohl est arrivé à prescrire ce sel de plomb dans les formes les plus diverses de pneumonie, et enfin à le prescrire exclusivement, qu'il s'agisse d'un enfant, d'un adulte ou d'un vieillard, et cela, dit-il, avec des résultats qui l'engagent de plus en plus à persévérer dans cette voie.

« Je suis sobre, dit M. Strohl, d'émissions sanguines générales. Quand il y a pléthore, forte congestion sanguine, je saigne une fois, rarement deux; sinon, je me borne à faire appliquer quelques ventouses scarifiées ou quelques sangsues.

» Dès le début, je donne l'acétate de plomb; je le donne à doses assez élevées, de 25 à 35 centigrammes, et je vais parfois jusqu'à 50 centigrammes.

» Le pouls ne tarde pas à baisser de dix à quinze pulsations; il tombe même quelquefois au-dessous du chiffre normal. Les symptômes locaux continuent d'abord à s'étendre, le souffle persiste et augmente même, les râles crépitants semblent gagner en force et en étendue. Mais bientôt le malade éprouve une sensation de bien-être; c'est qu'alors commence à s'opérer la résolution de l'inflammation pulmonaire. Dès ce moment, dès que les symptômes locaux s'améliorent, je suspends l'administration du sucre de Saturne : le travail de résolution achève de s'accomplir tout seul.

» La convalescence se déclare au bout de cinq, six, huit, quelquefois douze jours de traitement, mais une convalescence bien franche; l'appétit se fait sentir avant que la résolution soit complète; les forces reviennent promptement. . . .

» Chez les enfants, même très-jeunes (de six à huit mois), et chez les vieillards, l'acétate de plomb fait obtenir des résultats tout aussi satisfaisants, même dans les cas les plus difficiles. Cet agent thérapeutique m'a encore parfaitement réussi dans quelques cas de pneumonies secondaires sur des sujets phthisiques, et de pneumonies venant à compliquer des fièvres typhoïdes. Toutefois, dans ce dernier cas, je n'ai pas par devers moi les résultats d'une expérimentation assez multipliée pour me permettre de me prononcer d'une manière absolue. »

M. Strohl trouve, en définitive, le traitement de la pneumonie par l'acétate de plomb plus avantageux que le traitement classique. Il est au moins aussi prompt. « Il ménage, dit l'auteur, les forces du malade; il peut être toujours employé, même malgré la coïncidence de quelques autres états maladifs; la convalescence ne se fait pas attendre, et jamais je n'ai vu d'accidents être la suite de l'administration de ce médicament. Ce n'est pas à dire que je n'aie pas subi des insuccès, mais ils ont été plus rares que ceux qu'enregistre le traitement classique. »

(*Gaz. méd. de Strasbourg*.)

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1859, p. 442 et 456.

(2) M. Schiff en a déjà dit quelques mots dans *Schmidt's Jahrbücher*, 860, vol. CV, n° 2, p. 269.

(3) Voyez *Sur une fonction peu connue du pancréas*, p. 11 à 14. Victor Masson, libraire. — Réponse à M. Brinton dans *Journal de Brown-Séquard*, 1860. — *Parallèle entre le procédé de la fistule et celui de l'infusion*, passim, et p. 17. — Le présent mémoire, *passim*.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 février 1861. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet : 1° Deux rapports de M. le docteur Fouquet (de Vannes), sur l'épidémie de scarlatine et une épidémie de fièvre typhoïde.

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements de l'Ariége, des Landes et des Pyrénées-Orientales. (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° M. le docteur Lucien Corvisart communique un mémoire intitulé : *Des sécrétions en général, de l'influence de la digestion gastrique sur l'activité fonctionnelle du pancréas.* (Commiss., MM. Wurtz, Longet et Bourdon.) [Voir plus haut le résumé de ce mémoire].

2° M. le docteur G. Saint-Martin de la Plagne, de Nantes, communique une note *sur une nouvelle sonde utérine.*

Cette sonde utérine, sous forme d'une espèce de levier creux, est destinée à procurer le complet écoulement des eaux de l'amnios, après la rupture des membranes et le col étant à demi-dilaté, quand la main ni les doigts ne peuvent amener cette évacuation.

Parmi les causes qui dans les accouchements déterminent la lenteur du travail, dit l'auteur, les fausses douleurs et l'inertie de l'utérus après la rupture des membranes, la principale, la plus fréquente et la plus tenace à la fois, à part les vices de conformation et les diverses positions défectueuses, est la rétention prolongée des liquides amniotiques.

Cette rétention des eaux de l'amnios s'oppose aux contractions de l'utérus ou les paralyse, en même temps que la mère s'épuise en vains efforts en distendant la matrice outre mesure.

C'est en vue d'obvier à ce fâcheux inconvénient et aux dangers qui en sont la conséquence pour la mère comme pour l'enfant que les plus habiles accoucheurs enseignent de rompre les membranes, quand les indications sont favorables ; ils conseillent en même temps de faciliter le complet écoulement des eaux et de favoriser ainsi les contractions utérines, en soulevant avec les doigts la tête qui se présente habituellement et peut obstruer l'orifice.

La prudence exige en pareille circonstance que l'accoucheur s'informe s'il y a eu un notable écoulement d'eaux, et que, dans le doute, tenant surtout compte du développement marqué de l'utérus, il s'assure par tous les moyens possibles du véritable état des choses.

C'est ce qui m'a fait concevoir l'idée d'un instrument à l'aide duquel on parviendra, je l'espère, à restreindre les cas inutiles d'application du forceps, et ceux où l'on a recours au seigle ergoté.

La sonde d'homme en gomme élastique, dont on se sert en pareil cas, a de nombreux inconvénients, tels que sa terminaison pointue, sa longueur insuffisante, sa mollesse et sa flexibilité, l'absence d'une forme appropriée à celle de l'organe, l'exiguïté de son champ si restreint, et surtout les difficultés que doivent rencontrer le plus souvent son maniement autour du bassin et même son introduction faute de bons conducteurs en raison de son peu de volume. Tels sont les écueils auxquels j'ai essayé d'obvier.

L'instrument que je propose, et dont j'ai confié la fabrication à l'habileté si connue de M. Charrière, consiste en une sorte de levier creux, espèce de sonde plate ayant plusieurs yeux ou fentes en dehors et surtout en dedans de son extrémité courbe et l'issue de son canal intérieur à l'extrémité du manche, pouvant s'introduire comme le levier, pénétrer au besoin plus haut que d'habitude au moyen des doigts servant de conducteurs, et être, sans peine ni douleur, promené dans tous les sens, s'il le fallait, autour de l'excavation du bassin, dont son extrémité courbe dépasserait facilement le détroit supérieur jusqu'à rencontrer les eaux de l'amnios et en déterminer la sortie par sa cavité ou le long de ses branches. (Commissaire, M. Jacquemier).

3° M. le docteur Mallez adresse une note relative à de *nouvelles sondes* et *bougies en séve de balata*, que M. Béras, fabricant de bougies en cire, a faites sur ses indications.

L'achras balata (*Achras dissecta* de Linnée), qui fournit cette séve, appartient, dit l'auteur, à la famille des Sœpoties, groupe des Balatas, que l'on rencontre à la Guyane, à la Martinique et aux Antilles.

Envoyée, il y a deux ans, à l'exposition permanente des produits de l'Algérie et des colonies, elle s'y trouve sous forme de masse spongieuse légère, d'un blanc rosé, s'émiettant sous la pression des doigts, et recouverte d'une matière semblable à du lait.

Son analyse, confiée aux soins de M. Serres, a donné : Eau, 10 pour 100 ; éther butyrique ; acide butyrique ; caséine, albumine soluble ; gutta-percha ; sels minéraux en petite quantité ; résine, traces ; matière cireuse.

Ramollie dans l'eau chaude, elle se façonne très-bien en feuilles minces, mais ces feuilles n'offrent aucune résistance, et il est impossible de les coller les unes avec les autres de manière à former une masse compacte. L'extraction d'une certaine quantité de matière grasse modifie heureusement ses propriétés, et elle se présente après cette opération avec les caractères suivants : Pâte plus fine, souplesse et élasticité plus grandes que celles de la gutta, mais résistance à une traction moindre que celle de cette dernière. Elle se ramollit dans l'eau chaude à partir de 30°, et ne devient jamais cassante, à quelque dessiccation ou à quelques variations brusques de température qu'elle soit soumise.

Les bougies que je mets sous les yeux de l'Académie réunissent ces précieuses qualités. Elles s'assouplissent à la seule chaleur du canal, de manière à en suivre toutes les flexuosités normales ou pathologiques, dont elles conservent la forme, devenant ainsi un excellent moyen de diagnostic.

J'ai déjà eu l'occasion de les employer dans un certain nombre de cas, et les avantages que j'ai retirés de leur emploi m'engagent à les signaler à l'attention des chirurgiens. (Commissaires, MM. Ségalas et Guibourt.)

La correspondance manuscrite comprend en outre :

4° Une observation de congestion cérébrale sans épanchement, suivie de mort, et ayant donné lieu à une information judiciaire, par M. Lecadre, du Havre. (Commissaire, M. Trousseau.)

5° Un travail intitulé : *Études historiques et critiques sur l'opuscule des hémorrhoïdes et celui des fistules*, par M. le docteur Pétrequin, de Lyon. (Commissaire, M. Littré.)

6° Un pli cacheté concernant les phénomènes de la déglutition révélés par l'observation laryngoscopique, par M. le docteur Moura-Bourouillon.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL, en annonçant à l'Académie l'envoi de plusieurs mémoires pour les prix, fait savoir que l'un des mémoires adressés pour le prix Capuron (accouchements) n'est pas accompagné du pli cacheté de rigueur. L'auteur de ce mémoire, qui a pour épigraphe cette phrase : *La fécondité gît dans la misère*, est invité à envoyer ce pli cacheté renfermant son nom avant le 1er mars.

— M. POGGIALE dépose sur le bureau un mémoire intitulé : *Recherches sur le tartrate ferrico-potassique*, par M. Roger, pharmacien au Val-de-Grâce.

— M. VELPEAU fait hommage, au nom de l'auteur, d'une brochure sur les tumeurs osseuses à myéloplaxes, par M. Eugène Nélaton.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie qu'elle vient de perdre un de ses correspondants, M. Murville (de Lille).

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre de M. Aug. Duméril, qui fait hommage à l'Académie du portrait de son père.

— L'Académie, immédiatement après le dépouillement de la correspondance, se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Poiseuille sur les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

A quatre heures et demie, l'Académie rentre en séance publique.

COMMUNICATION.

Forceps à traction soutenue. — M. CHASSAGNY (de Lyon) soumet à l'examen de l'Académie un forceps nouveau de son invention, qu'il désigne sous le nom de forceps à traction soutenue et à pression progressive.

Ce forceps n'est pas croisé ; ses branches se joignent par juxtaposition vers leur extrémité manuelle, où elles s'articulent à l'aide de deux ailerons fixés à chacune d'elles. L'un d'eux est porteur d'une vis, l'autre est percé d'un trou ouvert sur les côtés pour laisser entrer la tige de la vis, et évasé à sa surface supérieure pour en recevoir la tête.

Chaque branche de l'articulation à l'extrémité des cuillers a une longueur de 40 centimètres, parfaitement suffisante pour arriver à toutes les hauteurs du bassin ; la courbure sur le plat commence à 20 centimètres de l'extrémité des cuillers ; elle est peu prononcée ; le sinus ménagé entre les deux branches ne mesure pas à sa partie la plus large plus de 5 centimètres et demi. La courbure sur le champ est très-prononcée ; cette courbure, un peu exagérée, ne gêne en rien les applications au détroit inférieur, et dans l'excavation, dans les applications au détroit supérieur, elle permet de saisir la tête d'une manière plus sûre et de tirer dans l'axe du détroit sans déprimer trop fortement le périnée.

Jusqu'ici ce forceps ne présente rien de particulier ; il a sur le forceps croisé l'avantage que lui donne la longueur de ses branches, mais il aurait tous les défauts que constitue cette longueur ; il n'est encore que le forceps de Thenance. Voici les différences radicales et caractéristiques qui constituent son individualité.

Les branches du forceps de Thenance sont rigides, et leur inflexibilité est une des conditions essentielles de cet instrument ; pour l'obtenir, on les faisait excessivement fortes et volumineuses. Les branches de mon forceps, au contraire, sont flexibles ; je me suis appliqué à leur donner une élasticité telle, que, leur longueur aidant, il m'est facile de faire disparaître une grande partie de la courbure sur le plat. Le résultat que j'ai obtenu est tel que, si l'on place à l'extrémité des cuillers un corps solide ayant, je suppose, un diamètre de 10 centimètres, si l'on rapproche la partie moyenne des branches à l'aide d'une certaine compression, le sinus qu'elles circonscrivent, et qui avant cette pression mesurait 5 centimètres et demi, pourra être réduit à 4 centimètres et demi.

Plaçons une tête dans ses cuillers, et saisissons-la, comme nous l'avons fait avec le forceps croisé, par son diamètre bipariétal. Les bosses pariétales vont subir une certaine pression avant que l'extrémité des cuillers vienne se mettre en contact avec la base du crâne ; cette pression sera, en raison du rapprochement presque parallèle des branches, plus considérable que celle obtenue par le forceps de Levret. Mais supposons les extrémités de ces branches arrêtées sur les diamètres incompressibles de la base, c'est-à-dire au point où les forceps employés jusqu'ici ne peuvent plus exercer aucune pression, le mécanisme de l'instrument va se transformer d'une manière complète.

Si l'on continue d'exercer une certaine compression sur sa partie moyenne, on va diminuer la courbure de ses cuillers et faire subir à la tête une diminution équivalente à celle que subit le sinus ; en un mot il va agir sur la tête à la façon de ces instruments que l'on sert sur nos tables pour casser les fruits secs. La base du crâne représentera la pièce intermédiaire à laquelle s'articulent les branches de ces instruments ; l'articulation ne se fera pas à l'aide d'une charnière, mais par une simple juxtaposition qui produira un résultat parfaitement identique, c'est-à-dire que la voûte du crâne sera non-seulement aplatie, mais attirée vers la partie postérieure des cuillers, et par conséquent allongée comme le fait la nature, et, chose de la plus haute importance, cette réduction de la tête s'opérera sans qu'il soit possible, quelque force que l'on emploie, de transmettre à la base du crâne une pression plus considérable que celle qui résulte de l'élasticité des branches.

Mais la main ne saurait soutenir pendant toute la durée de l'application la force nécessaire pour produire ce rapprochement et le rendre permanent ; il fallait trouver un mécanisme qui pût le maintenir dans cette position. On ne pouvait penser ni à la serviette de Thenance, ni à l'encliquetage dont parle le docteur Martin jeune ; tous ces moyens ne présentent pas assez de fixité, et ne pourraient pas d'ailleurs s'appliquer assez haut dans le vagin pour ne laisser de libre au-devant d'eux qu'une courte portion des branches.

Pour atteindre ce résultat, une double corde de boyaux est fixée à chacune des branches et va passer sur une poulie de renvoi fixée à la branche opposée, à 21 centimètres de son extrémité, puis vient s'accrocher à une crémaillère jouant sur la face externe de chacune des branches, de façon qu'en tirant le crochet par lequel se terminent les crémaillères, on tend les cordes de boyaux et l'on conserve ainsi le rapprochement qu'a produit la pression de la main ; un double cliquet empêche ces crémaillères de remonter. Dans cet état, on peut facilement s'assurer que la tête est saisie de la manière la plus solide, car, avec un effort assez considéaable, il est impossible de produire à l'extrémité des cuillers le moindre écartement.

L'instrument ainsi complété, on possède un nouveau forceps satisfaisant aussi exactement que possible à toutes les conditions du programme posé par la théorie, et paraissant devoir remplir toutes les indications.

M. Chassagny, après avoir fait cette démonstration, dépose sur le bureau un mémoire détaillé dans lequel il fait un examen critique des forceps employés jusqu'à ce jour.

L'instrument et le mémoire sont renvoyés à l'examen d'une commission.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 23 février 1861, M. Loir, professeur titulaire de la chaire de chimie à la Faculté des sciences de Besançon, est nommé professeur titulaire de la chaire de chimie à la Faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. Bineau, décédé.

— Par arrêté du 23 février, M. Bussy, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, et professeur de chimie dans cet établissement, est autorisé, sur sa demande, à se faire suppléer dans cet enseignement, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1860-1861, par M. Riche, agrégé de chimie près ladite Ecole.

— Par arrêté du 25 février, M. Dumas, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de la présente année scolaire, par M. Sainte-Claire-Deville, docteur ès sciences.

— M. Reboul, docteur ès sciences, est chargé du cours de chimie à la Faculté des sciences de Besançon, en remplacement de M. Loir, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Gigon vient d'être nommé médecin du lycée impérial d'Angoulême, en remplacement de M. Levallois, dont la démission a été acceptée, et qui a été nommé officier d'Académie.

— La Société médicale d'Amiens décernera, dans sa séance publique annuelle de 1861, une médaille d'or de la valeur de 200 fr., à l'auteur du meilleur *Traité élémentaire sur l'hygiène des campagnes.*

Indiquer les mesures générales qui pourraient être prises dans l'intérêt de cette hygiène par les autorités communales et départementales.

Le lauréat sera nommé membre correspondant de la Société médicale. Une ou plusieurs mentions honorables seront accordées.

Les mémoires devront être remis au secrétaire de la Société, à Amiens, avant le 30 juin 1861 ; ils seront sans signature et porteront seulement une devise et un numéro, répétés sur un billet cacheté contenant le nom de l'auteur.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 26. — SAMEDI 2 MARS 1861. (34e ANNÉE.) N° 26. — SAMEDI 2 MARS 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL. Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT : PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Polyurie. Lésion du quatrième ventricule du cerveau.

On connaît les faits de coïncidence de certaines lésions cérébrales avec le diabète et la polyurie. Depuis que les expériences si curieuses de M. Cl. Bernard sur les effets de la lésion du quatrième ventricule ont appelé l'attention des pathologistes sur ce sujet, nous avons eu l'occasion d'entretenir plusieurs fois déjà nos lecteurs de faits de polyurie coïncidant avec une lésion soit traumatique soit spontanée de cette partie de l'encéphale. Mais ces lésions ne sont pas toujours faciles à constater, et cette difficulté a dû plus d'une fois sans doute faire méconnaître l'existence de cette relation. Un fait qui vient de se passer tout récemment dans le service de M. le professeur Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, montre en même temps un nouvel exemple de cette relation, et le soin qu'il faut apporter dans sa constatation.

Un homme de trente-cinq à trente-six ans environ, est entré à l'Hôtel-Dieu pour une polyurie dont l'origine paraît remonter assez loin. Il paraîtrait, d'après les renseignements qu'on a pu recueillir sur son compte, qu'il aurait rendu autrefois des urines sucrées. Lors de son entrée à l'hôpital, on n'a point constaté de sucre. Nous reviendrons du reste plus tard sur les détails principaux de ce fait, que nous ne rapportons aujourd'hui que d'une manière très-sommaire, et pour en venir de suite à la lésion qui a été constatée.

Cet homme, arrivé graduellement à un état de cachexie, a eu dans ces derniers jours un purpura hæmorrhagica auquel il n'a pas tardé de succomber.

Voici ce que l'examen du cerveau, confié à M. le docteur Luys, qui a déjà eu l'occasion de faire des recherches sur ce sujet, lui a fait reconnaître :

La paroi antérieure du quatrième ventricule était plus vasculaire qu'à l'état normal : de gros troncs vasculaires se dessinaient à sa surface. De plus, en y regardant de près, on voyait nettement quelques taches fauves disséminées et diffuses aux régions supérieures, au-dessous des processus supérieurs du cervelet; quelques autres taches semblables se voyaient également au-dessous des points d'insertion des branches de l'acoustique.

En faisant une section transversale de la région, M. Luys a constaté que toute la substance grise était le siége d'une vascularisation insolite, qui lui donnait un aspect rosé, et de plus l'examen histologique des taches fauves lui a fait voir que ces colorations insolites étaient dues à la dégénérescence graisseuse de toutes les cellules nerveuses des régions correspondantes. Ces cellules nerveuses, au lieu de se présenter, en effet, avec leurs contours nets, avec leurs prolongements effilés et leur noyau bien circonscrit, étaient toutes converties en un amas granulé informe, constitué exclusivement par des granulations jaunâtres plus ou moins lâchement agrégées entre elles; de telle sorte que l'on pouvait dire que, dans ce cas, les éléments histologiques, arrivés aux dernières phases de l'évolution rétrograde, avaient complétement cessé d'exister en tant qu'individualités anatomiques propres.

Déjà M. Luys avait eu l'occasion d'observer un cas analogue, qu'il a communiqué l'année dernière à la Société de biologie. Il s'agissait d'un homme d'une cinquantaine d'années, qui, diabétique depuis deux ans, fut pris dans les derniers temps de son existence de tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire, à laquelle il succomba. Ce malade portait en même temps une double cataracte.

A l'autopsie, on constata une vascularisation considérable avec coloration brunâtre de la paroi antérieure du quatrième ventricule, dont la consistance était en même temps notablement diminuée. L'examen histologique fit reconnaître, outre une turgescence remarquable des capillaires du plus fin calibre, que la présence de ces taches jaunes, fauves et brunâtres par place, n'était due qu'à une dégénérescence particulière de toutes les cellules nerveuses de ces régions. Toutes ces cellules, en voie d'évolution rétrograde, étaient remplies de granulations jaunâtres, déchiquetées sur leurs bords, à moitié détruites, et ne présentant plus que quelques fragments à peine reconnaissables.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'intérêt que présente le rapprochement de ces deux faits si semblables entre eux au point de vue de la relation pathologique qui existe entre les lésions du quatrième ventricule et les perturbations des fonctions sécrétoires de l'urine, et de la confirmation que les expériences physiologiques trouvent dans l'anatomie pathologique.

Corps étrangers volumineux multiples de l'articulation du genou, datant de trente années.

Les corps mobiles intra-articulaires, désignés assez improprement sous le nom de corps étrangers, ne sont pas une affection très-rare; on les rencontre assez souvent, notamment dans l'articulation fémoro-tibiale; depuis que le premier fait de ce genre a été signalé par A. Paré, les chirurgiens, surtout ceux de notre siècle, en ont fait connaître un assez grand nombre. Mais ce qui est beaucoup moins commun, c'est de trouver plusieurs de ces corps mobiles à la fois dans la même jointure. Encore dans ce cas sont-ils le plus ordinairement d'un volume peu considérable. Aussi croyons-nous devoir enregistrer ici, comme un fait curieux à ce point de vue, l'histoire d'un malade actuellement à la Maison municipale de santé, qui porte dans l'articulation du genou un grand nombre de ces corps mobiles, d'un volume assez considérable.

Ce fait semble donner raison à la théorie de Hunter, remise en honneur par M. Velpeau, théorie qui donne pour point de départ à ces concrétions des caillots sanguins intra-articulaires, résultat d'une contusion. Nous devons faire nos réserves toutefois au sujet de cette explication, dont nous n'avons pu avoir la preuve anatomique.

Quoi qu'il en soit, voici sommairement l'histoire de ce malade.

X... est un homme de soixante-sept ans, qui a toujours été très-sobre et présente encore une constitution assez bonne, quoique un peu affaiblie par de longues souffrances.

Il y a environ trente ans, étant alors gardien du musée du Louvre, il eut à supporter brusquement sur l'épaule gauche le poids d'un tableau très-lourd qu'il portait avec d'autres gardiens; ceux-ci ayant lâché leur charge, X... fit intempestivement un effort violent pour le retenir. Immédiatement il ressentit dans la cuisse une très-vive douleur. Il survint aussitôt un gonflement considérable du genou.

Le malade resta huit mois sans pouvoir reprendre son service. Pendant ce temps, il prit un grand nombre de bains simples, de bains de vapeur, de fumigations ou sulfureux, puis on lui fit porter une genouillère.

Au bout de ces huit mois, ayant voulu reprendre son service, il fut forcé d'y renoncer bien vite et d'entrer à la Maison royale de santé, sise alors faubourg du Roule. Là on lui appliqua autour du genou cinq ou six vésicatoires. Il existait encore du gonflement articulaire, et le malade sentait déjà à cette époque des petites tumeurs mobiles en divers endroits de l'articulation.

Deux mois après, le genou étant un peu désenflé, il quitta la Maison de santé pour reprendre un poste sédentaire, mais qui le retenait de huit heures du matin à six heures du soir, passant le reste de la journée à soigner sa femme malade.

Tout cela le fatiguait beaucoup; il marchait très-difficilement; de temps en temps le genou enflait; quelques jours de repos dissipaient cette enflure, et le malade reprenait son service.

Les choses allèrent ainsi avec des alternatives de bien et de mal pendant les trente ans qui se sont passés depuis son accident.

Le 20 janvier de cette année, il glisse et fait une chute; en voulant se retenir, il roidit fortement le membre inférieur droit, celui du côté sain. Il y éprouva une sensation douloureuse qui a persisté depuis. Ainsi pris par les deux jambes et ne pouvant plus du tout marcher, le malade se décide à entrer, le 27 janvier 1861, à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay.

Voici l'état qu'offrait alors l'articulation du genou du côté gauche.

Il n'y a pas de gonflement articulaire proprement dit, on voit très-distinctement la rotule, le ligament rotulien et le tendon du droit antérieur avec les deux dépressions latérales que l'on remarque en arrière de ce tendon. Seulement au côté interne de l'articulation, dans le quart inférieur de la cuisse, existe une tumeur semi-ovoïde qui n'offre à l'œil rien de particulier; il n'existe pas le moindre changement de couleur à la peau; mais si l'on presse cette tumeur entre les doigts, elle donne très-distinctement la sensation de crépitation que produit le contact de la neige récente que l'on malaxe entre les doigts, sensation superficielle due à l'altération de la synoviale.

A cette sensation se joint celle que donnerait le contact d'un sac de noisettes; on peut en effet sentir et isoler plusieurs corps intra-articulaires mobiles ayant à peu près ce volume; on peut en compter jusqu'à huit, mais il y en a probablement davantage. Le plus gros a le volume d'une petite noix. Tous ces corps occupent le cul-de-sac de la synoviale articulaire au-dessous du droit interne, ou du moins c'est là que le malade les ramène instinctivement, cette position étant pour lui la moins gênante. L'un d'eux cependant, de forme aplatie, est fixe à la partie supérieure externe de l'articulation. On peut facilement les faire passer tous, sauf un ou deux, du côté externe; mais dans cette situation, ils rendent la marche impossible, vu la douleur que détermine le frottement des tendons contre ces corps mobiles; d'ailleurs, alors même qu'ils ont été éloignés de leur situation habituelle dans le cul-de-sac interne de la synoviale, ils y sont ramenés par la marche et les mouvements de flexion de l'articulation.

En présence d'un tel état, y avait-il lieu de recourir à une opération? C'est ce qu'a dû se demander tout d'abord M. Demarquay. La seule que l'on aurait pu proposer eût été l'extraction de ces corps mobiles, car il était impossible de songer à la fixation ou au broiement de ces concrétions. Mais l'extraction de corps mobiles de ce nombre et de ce volume, alors même qu'on l'eût exécutée à l'aide du procédé de M. Goyrand, modifié par Bonnet (de Lyon), procédé auquel M. Demarquay donne la préférence sur tous les autres, aurait été une opération longue et difficile, et dont les suites pouvaient être fâcheuses, vu l'impossibilité d'éviter l'accès de l'air dans l'articulation. D'ailleurs la présence de ces corps étrangers n'est pas douloureuse, et, quoique gênante, elle n'empêche pas le malade de marcher. M. Demarquay a donc pensé qu'il n'y avait point lieu de songer à l'en débarrasser. Mais le cas ne nous en a pas moins semblé intéressant à faire connaître, tant à cause de l'ancienneté de cette altération que de sa rareté.

Cyanose. — Ventricule unique. — Artère pulmonaire étroite à son origine.

Depuis les belles recherches de MM. Louis et Gintrac sur les causes organiques de la cyanose, ou maladie bleue, la plupart des auteurs classiques sont d'accord pour considérer ce phénomène comme le résultat du mélange des deux sangs, et pour exprimer le vœu que cette dénomination soit exclusivement réservée désormais aux cas de lésions organiques des centres circulatoires, quitte à désigner sous un autre nom les diverses variétés de cyanose plus ou moins passagères qui tiennent à quelques obstacles de la circulation veineuse ou à une altération générale du sang. Quoi qu'il en soit, c'est de l'un de ces cas de cyanose par vice de conformation du cœur que nous allons entretenir nos lecteurs.

M. le Dr Le Barillier (de Bordeaux), médecin de l'hôpital des enfants de cette ville, vient d'avoir l'occasion d'observer un exemple très-remarquable de ce genre chez un enfant de sept ans, chez qui l'autopsie a fait reconnaître l'existence d'un cœur à ventricule unique. Cette observation est d'autant plus digne d'intérêt qu'en confirmant les faits établis par les deux savants observateurs que nous venons de nommer, elle confirme aussi, en montrant un exemple rare chez l'homme de la conformation du cœur des reptiles, cette donnée physiologique qui attribue au mélange des deux sangs le défaut de calorification de cette classe d'animaux.

Voici la relation détaillée de ce fait intéressant, que nous empruntons au dernier cahier du *Journal de médecine de Bordeaux :*

Antoine L..., né le 14 mars 1852, est admis le 15 à l'hôpital des Enfants de Bordeaux, où il est resté jusqu'au 30 du même mois, époque à laquelle il fut placé en nourrice dans un département voisin. La nourrice a rapporté que cet enfant, pendant tout le temps qu'il est resté avec elle, n'avait jamais gardé le lit, quoique sa santé laissât beaucoup à désirer. Après la moindre fatigue, et surtout après la marche, il était oppressé, et ses lèvres et ses mains devenaient bleues. Son état s'aggravant de jour en jour, l'enfant fut renvoyé à l'hôpital le 11 mai suivant. Il fut soumis alors à l'examen de M. Le Barillier, qui constata ce qui suit :

L'enfant, âgé de sept ans, est assez grand pour son âge : taille de 1 mètre 15 centimètres; il a la peau fine et blanche, les cheveux blonds, les yeux bleus, tempérament lymphatique, constitution délicate, système musculaire peu développé, surtout aux membres inférieurs; caractère doux et docile, intelligence ordinaire. La peau du visage est légèrement colorée en bleu; cette

coloration est beaucoup plus prononcée sur les lèvres, les paupières et les oreilles. Les pieds et les mains sont froids et d'un bleu livide, surtout les doigts et les orteils, qui, longs et grêles, sont renflés à leurs extrémités; les ongles présentent la conformation olivaire. La teinte bleue disparait presque entièrement par moments, après un long repos, le matin principalement; mais elle devient beaucoup plus foncée pendant la digestion, les efforts de la toux, la marche et le froid, auquel l'enfant L... est excessivement sensible. Le petit malade se complaît au lit, où il est toujours ramassé sur lui-même, les genoux contre le menton.

La poitrine, maigre et un peu rétréeie supérieurement, est remarquable par la saillie en avant du sternum. Pas de voussure à la région précordiale; matité très-prononcée, mais peu étendue, au niveau des cinquième et sixième côtes gauches; les battements du cœur, violents et tumultueux, sont facilement visibles. L'auscultation permet de constater un bruissement sourd s'étendant dans toute la région du cœur; il a été difficile de reconnaitre si ce bruit se faisait entendre avant ou après le premier temps des mouvements du cœur, qui sont obscurs et paraissent confondus. Le malade accuse une douleur dans la même région, douleur qui l'empêche parfois de respirer, et qui précède toujours les accès dont il va bientôt être question. On entend dans les carotides un bruit de souffle très-manifeste. Le pouls est petit, fréquent, irrégulier, de 90 à 100 pulsations. La respiration est courte; toux fréquente, dypsnée assez prononcée; l'auscultation des poumons n'offre rien de particulier, si ce n'est une accélération dans le mouvement respiratoire (de 30 à 32 par minute).

Deux ou trois fois le jour, le malade éprouve un accès de suffocation, avec dyspnée extrême, toux sèche et quinteuse; la face devient complétement bleue et l'asphyxie parait imminente; le pouls est alors filiforme, serré, de 110 à 120. Après l'accès, qui dure 5 ou 6 minutes et qui se termine par des bâillements et des sanglots, l'enfant ressent un malaise indéfinissable qui dure au moins une demi-heure.

Céphalalgie assez fréquente et s'exaspérant, après les accès, appétit peu développé, digestions habituellement faciles; voix faible; les extrémités ont une tendance très-manifeste au refroidissement; la température du corps est inférieure à la température normale des enfants de cet âge.

Dans le mois de septembre, l'enfant s'affaiblit de plus en plus, il a de la peine à se mouvoir; le moindre effort détermine un de ces accès de suffocation qui deviennent plus fréquents surtout vers le soir; la céphalalgie est persistante, la toux presque continuelle; l'émaciation fait des progrès; un peu d'œdème se montre aux membres inférieurs; les sens sont affaiblis; la peau devient sèche et rugueuse, le pouls de plus en plus fréquent et filiforme.

En octobre, tous ces symptômes s'aggravent encore; l'œdème des extrémités se prononce davantage, la toux devient plus fréquente, le pouls presque insaisissable, les mouvements du cœur s'affaiblissent; excrétions involontaires.

Le 10 novembre, l'enfant contracte la rougeole; la toux et la dyspnée augmentent considérablement, et le 18 il s'éteint insensiblement, sans que les personnes qui l'entouraient aient pu saisir le moment précis où il avait cessé d'exister.

Le traitement, comme on le pressent bien, a été nul; on s'est contenté de soutenir les forces du petit malade par un régime convenable et d'entretenir autour de lui une température uniforme. La toux et les accès de suffocation ont été combattus par des calmants et de légers antispasmodiques.

La nécropsie a donné les résultats suivants :

Coloration bleuâtre des téguments beaucoup plus prononcée aux extrémités, sur les lèvres et les narines.

Les veines de toutes les régions sont gorgées d'un sang noir et très-épais, surtout les veines jugulaires. Les veines qui sillonnent les méninges et le cerveau, les artères vertébrales, les carotides internes sont injectées d'un sang violet qui les distend; la substance cérébrale est compacte, et en la coupant par tranches, on trouve la substance blanche semée de points rouges assez nombreux.

Les poumons sont sains, mais petits et affaissés sur eux-mêmes.

Le thymus est très-développé.

Le péricarde contient de 45 à 60 grammes de sérosité citrine.

Le cœur, dont les parois sont très-épaisses, est rempli de sang noir et de caillots fibrineux, ainsi que l'origine des gros vaisseaux.

Le cœur ne présente pas de sillon médian antérieur et postérieur, peu d'échancrure du sommet. La portion ventriculaire ayant été incisée dans le sens longitudinal, on constate que la cloison inter-ventriculaire n'existe pas.

L'artère pulmonaire tire son origine de l'extrémité droite du ventricule, avec lequel elle communique par un orifice rétréci; ses valvules sygmoïdes ne présentent rien de particulier. Son calibre est diminué.

L'aorte est dilatée; elle naît du milieu du ventricule unique, entre l'oreillette droite, qui est elle-même très-dilatée, et l'oreillette gauche, dont les dimensions sont bien moins considérables. L'orifice auriculo-ventriculaire droit est très-développé; ses valvules ne présentent ni ossifications ni points endurcis. La disposition des veines-caves supérieure et inférieure, celle des veines pulmonaires, n'offrent rien de remarquable à signaler. Le trou de Botal est oblitéré, ainsi que le canal artériel ou pulmo-aortique.

HOTEL-DIEU. — M. Bauchet.

Hernie crurale étranglée. — Opération le cinquième jour des accidents; perforation de l'intestin; réduction immédiate. — Érysipèle. — Écoulement de matières fécales par la plaie le huitième jour. — Mort le vingtième jour après l'opération. — Autopsie. — Anus contre nature.

Observation recueillie par M. Valery Meunier, interne des hôpitaux.

Augustine-Adélaïde L..., âgée de quarante-neuf ans, chapelière, est d'une taille moyenne et d'une bonne constitution; mariée, ayant eu quatre enfants; réglée pour la première fois à seize ans; encore réglée actuellement, mais avec quelques intermittences; de bonne santé habituellement, ayant eu la petite vérole à l'âge de onze ans, et depuis lors aucune maladie.

Rien d'intéressant dans ses antécédents de famille au point de vue de son état actuel.

Il y a quinze ans environ, à la suite de son second accouchement, qui n'avait pas été plus pénible que le premier, elle sentit dans l'aine gauche une petite tumeur arrondie, du volume d'une noisette, rentrant à la plus légère pression et dans le décubitus, augmentant au contraire sous l'influence des efforts. Cette tumeur n'a déterminé aucun changement dans la santé habituelle de cette femme; mais il y a deux ans son volume avait un peu augmenté, et à la suite d'un travail plus pénible que de coutume, il y a trois mois, elle était devenue de la grosseur d'une noix. Sa réduction était toujours aussi facile; aucun accident ne s'était manifesté encore, et la malade pouvait continuer ses occupations sans porter de bandage.

La semaine qui a précédé l'accident actuel, cette femme se portait aussi bien que possible, et sa tumeur était même rentrée depuis quelques jours, lorsque samedi matin 29 septembre, après avoir été à la selle sans grands efforts, elle fut prise de coliques très-vives, et reconnut la réapparition de sa tumeur, qu'elle trouva douloureuse et tendue; des vomissements survinrent, et se répétèrent dans le milieu de la journée, au point de jeter la malade dans un grand abattement et de la forcer à s'aliter. Elle prit deux lavements simples, qui facilitèrent l'excrétion d'une petite quantité de matière dure et arrondie, mais sans apaiser en rien la violence de ses douleurs.

Le lendemain 30 septembre, les symptômes de douleur ayant persisté, un médecin fut appelé, qui, après avoir constaté la tumeur, fit quelques tentatives inutiles de réduction, conseilla un grand bain, et invita la malade à se faire transporter à l'hôpital.

Les vomissements étaient suspendus, mais les nausées étaient toujours très-fatigantes et les coliques très-vives, malgré l'application continuelle de cataplasmes.

La nuit fut mauvaise, et se trouvant toujours dans un état aussi pénible, la malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 13, le 1er octobre, à midi.

Le soir, à la visite, on constate l'état suivant :

Facies un peu altéré; pouls assez fort, à 84; ventre assez volumineux, sonore à la percussion, peu douloureux au toucher. Dans l'aine gauche, une tumeur ovoïde, à grand diamètre transversal, ayant 7 ou 8 centimètres de longueur, assez régulière, sauf un point globuleux à la partie inférieure correspondant plus spécialement à la portion crurale de la région et au siége de la tumeur à son début; mate à la percussion, résistante, à peine mobile, très-douloureuse au toucher; la peau qui la recouvre est un peu chaude et rosée, et on perçoit en deux ou trois points une fluctuation obscure.

La malade urine comme de coutume; les vomissements n'ont pas reparu, mais les coliques sont assez pénibles et les nausées assez fréquentes. La langue est blanche, la soif modérée; absence complète de garde-robes depuis lundi matin.

Une tentative très-modérée de taxis est faite pendant quelques instants; elle ne donne aucun résultat; on prescrit alors un lavement purgatif et des applications de glace sur la tumeur.

Le mardi 2 octobre, à la visite du matin, M. Bauchet trouve la malade à peu près dans le même état; la tumeur a un peu diminué de volume; elle présente superficiellement une fluctuation légère, qu'il attribue à une couche de liquide située à la partie antérieure. La sensibilité du ventre a diminué, les vomissements n'ont pas reparu, mais la constipation persiste, et les coliques sont toujours très-vives. La malade n'a pas eu de repos pendant la nuit. Le pouls est assez fort, et sa fréquence n'a pas augmenté.

M. Bauchet fait pendant quelques instants une tentative de taxis; mais la nature du liquide épanché n'étant pas déterminée, il n'insiste pas, bien qu'il ait senti une bulle de gaz filer sous ses doigts. Les symptômes locaux et généraux paraissent trop bénins pour justifier l'opération; on les rapporte plutôt à l'inflammation herniaire, et on prescrit :

Cataplasmes sur la tumeur; 30 grammes d'huile de ricin; un nouveau lavement purgatif. Eau de Seltz pour boisson.

A la visite du soir, la malade se plaint davantage, elle n'a pas eu de selles, et le ballonnement du ventre a augmenté, ainsi que sa sensibilité; quelques envies de vomir; pouls à 92, petit et un peu serré.

Le mercredi 3 octobre, pas de selles; les vomissements bilieux ont reparu depuis hier soir. Le ballonnement est prononcé et les coliques presque continuelles. La tumeur est tendue, douloureuse au toucher, et la peau qui la recouvre est chaude et colorée. Le pouls est fréquent et serré, 100 pulsations.

L'opération est décidée, et pratiquée le matin même avec l'aide du chloroforme.

La division des couches cutanées donne issue à deux cuillerées environ de liquide séro-purulent d'odeur stercorale, qui s'écoule d'une cavité d'apparence séreuse. Cette incision a mis à découvert une masse arrondie d'un blanc bleuâtre, d'aspect un peu graisseux, dont le doigt fait aisément le tour; elle a un pédicule qui sort au-dessous de l'arcade crurale. Est-ce le sac? est-ce l'intestin? Après quelques hésitations d'autant plus légitimes que l'on se trouvait dans une véritable cavité séreuse, M. Bauchet incise la tumeur dans une très-petite étendue, et cette perte de substance donne passage à un liquide presque identique à celui qui était sorti déjà. L'incision est agrandie, tout le liquide s'écoule, le sac s'affaisse, et après en avoir écarté les lambeaux, on découvre au fond l'intestin à nu, sans épiploon, formant une masse arrondie, régulière, du volume d'une grosse aveline. Sa teinte est un peu violette, uniforme; sa surface est lisse, brillante, et est distendue par des gaz et des matières intestinales.

Un débridement multiple est pratiqué en haut, puis en dehors, avec un bistouri boutonné: le craquement caractéristique de la division du tissu fibreux est facilement perçu; l'intestin étant devenu mobile, est légèrement attiré, et on constate un peu d'amincissement circulaire au niveau de la constriction; à la partie antérieure et externe de cette zone amincie, se remarque un petit point noir de la grosseur d'une tête d'épingle. M. Bauchet veut réduire l'intestin: dès la première tentative, un petit sifflement se fait entendre; ce sont quelques bulles de gaz qui s'échappent par le petit point noir dont nous venons de parler.

L'intestin est examiné de nouveau, et une compression légère en ayant expulsé des matières liquides par le même pertuis, M. Bauchet déclare que la lésion constatée, vu le bon état de l'anse intestinale, ne contre-indique pas absolument la réduction, M. Velpeau ayant obtenu quelques succès dans des cas analogues.

Par une pression légère, il vide alors en partie l'anse herniée, qui devient flasque et molle; ainsi diminuée de volume, elle se réduit assez facilement, et l'introduction du petit doigt dans le trajet, jusque dans la cavité abdominale, fait constater que le débridement a été suffisant. Aussitôt l'intestin réduit, la malade se plaint de coliques, et est prise d'un hoquet qui dure peu. Pour pansement, boulettes de charpie dans la plaie, gâteau de charpie et spica, huile de ricin par cuillerées à café, lavement purgatif le soir.

Le 4 octobre, hier, avant le lavement, deux petites selles liquides, sans autres accidents que quelques petites coliques; depuis le lavement purgatif, selles abondantes et répétées pendant toute la nuit. Plus de vomissements ni de coliques pareilles à celles qui précédaient l'opération. Ce matin, la malade est bien; légère réaction; pouls à 100; soif assez vive.—Tisane de chiendent; julep avec 7 centigrammes d'extrait gommeux d'opium.

Le 5, sommeil toute la nuit. Plusieurs selles encore depuis hier matin. Ventre un peu ballonné. Coliques autour de l'ombilic. Pas de vomissements. — Julep opiacé; bouillon; lavement simple.

Ce lavement détermine encore quelques selles, après lesquelles cèdent les coliques. Pouls à 92 le soir. — Eau de Seltz sucrée pour boisson.

Le 6, pouls à 84; peau fraîche; nuit excellente; ventre souple. On lève l'appareil: un peu de suppuration; la plaie est rose, excepté à la partie interne, au niveau du sac, qui a l'aspect d'un lambeau de tissu cellulaire mortifié. Langue un peu blanche; soif modérée.

Le 7, la malade a sué abondamment une partie de la nuit; sommeil assez bon; pas de coliques; ventre souple; pouls à 82; langue un peu blanche, mais bien humide. Ensemble très-satisfaisant. — Bouillon; petit potage léger.

Le 8, on renouvelle le pansement pour la deuxième fois. Peu de suppuration.

Le 9, tout autour de la plaie une zone érysipélateuse, large de trois doigts environ; ni frisson, ni envies de vomir, ni fièvre. La malade n'accuse qu'un peu de prurit. — Poudre d'amidon; pansement simple de la plaie.

Le 10, l'érysipèle s'est étendu depuis hier; il gagne le dos et la partie supérieure de la cuisse gauche. On renouvelle le pansement; l'escharre noirâtre formée par le sac n'est pas encore détachée. — Lavement simple; une selle dans la soirée.

Le 11, c'est-à-dire le neuvième jour après l'opération, les pièces de l'appareil sont tachées en jaune, comme si elles étaient imbibées de matières intestinales; en enlevant les boulettes de charpie qui remplissent la plaie, on entend siffler quelques gaz dans l'angle interne, et une petite quantité de matières fécales jaunâtres vient sourdre de ce point.

Le 12, les matières intestinales sont expulsées en assez grande quantité par la plaie, au point de souiller tout l'appareil et le lit de la malade. Pendant le pansement, le même phénomène se répète sous nos yeux. L'érysipèle s'étend, et continue à envahir le tronc et la cuisse gauche, dont il occupe toute la face interne.

Le 14, on retire un lambeau du sac sphacélé. Ecoulement très-fréquent de matières fécales. On dispose le pansement de façon à pouvoir tenir les fesses dans un état de propreté aussi satisfaisant que possible.

Le 15, pas de selles par l'anus depuis trois jours. — Lavement purgatif.

Le 16, hier *plusieurs selles abondantes après le lavement.* La plaie donne issue à une moins grande quantité de matières fécales. La nuit a été mauvaise; frissons; envies de vomir; fièvre. L'érysipèle est très-étendu. On enlève une nouvelle escharre.

Le 17, depuis hier soir un peu d'amélioration; la malade se trouve mieux, mais son abattement est très-grand. Quelques plaques de muguet sur la langue et les joues. Une selle pendant la nuit.

Le 18, frissons et vomissements une partie de la nuit. La malade est très-abattue; peau chaude; pouls à 112, mou et dépressible; respiration accélérée; râles muqueux très-abondants des deux côtés de la poitrine, surtout à droite. L'érysipèle a envahi les parties antérieure et latérale du tronc jusqu'aux aisselles et aux clavicules. — Looch avec kermès, 25 centigr.; vésicatoires sur les parties latérales du thorax, au milieu des surfaces érysipélateuses; lavement simple. L'érysipèle ne s'est pas arrêté.

Le 19, encore quelques vomissements. L'état général ne s'est guère modifié. Pas de selles; les matières intestinales s'écoulent toujours par la plaie, elles sont devenues verdâtres. — Deux nouveaux vésicatoires. Même prescription.

Le 20, l'érysipèle a atteint le cou, qu'il occupe presque en totalité; quelques envies de vomir pendant la nuit; muguet confluent. — Collutoire boraté; looch kermès.

Le 21, l'érysipèle pâlit un peu, et l'état général s'aggrave; faiblesse extrême; figure très-amaigrie; pouls mou et fréquent; excrétion fréquente par la plaie de matières vertes ayant la consistance et la couleur de la chicorée cuite; plus de selles par l'anus.

Le 22, affaiblissement plus grand.

Le 23, mort à neuf heures du matin.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort.

Siége de la hernie. — Au-dessous de l'arcade crurale, dans l'espace triangulaire compris entre les vaisseaux fémoraux et le bord interne du pectiné, se voit une ouverture elliptique, à grand diamè-

tre oblique en bas et en dedans, ayant cinq centimètres environ. Cet orifice, que nous appellerons l'ouverture cutanée, est limité de tous côtés par une lame fibreuse dépendant de l'aponévrose crurale ; les pertuis nombreux que présente la portion de cette aponévrose voisine de l'orifice ne permettent pas de douter que ce ne soit le *fascia cribriformis*. A mesure qu'on la considère plus profondément, cette ouverture cutanée se rétrécit, et sa portion superficielle figure assez bien la base d'une pyramide triangulaire dont les angles seraient un peu arrondis. En y introduisant un stylet, on arrive dans un espace qui correspond à la concavité d'une anse intestinale dont les deux branches sont adhérentes d'abord entre elles, puis à la séreuse viscérale qui y confine. La portion herniée de cette anse appartient à la fin de l'iléon (40 centimètres environ au-dessus de l'insertion cæcale).

Adhérences. — Les altérations que l'on constate dans la cavité abdominale offrent un grand intérêt. Trois anses intestinales, appartenant également à l'iléum, viennent contracter des adhérences au voisinage de l'anneau crural. La première, située en haut et un peu en dehors de cet orifice, répond à peu près à l'union du second et du troisième tiers de l'intestin grêle ; c'est par son bord libre, et dans une étendue de 6 centimètres environ, que l'intestin adhère : 1° à la paroi abdominale antérieure ; 2° à la convexité de l'anse herniée.

A 90 centimètres plus bas, l'intestin grêle contracte une deuxième adhérence en dedans et en arrière de la première; beaucoup moins étendue que la précédente, ayant à peine un centimètre de longueur, elle unit une face de l'intestin à l'angle formé par l'extrémité interne de l'adhérence précédente. — 40 centimètres plus loin, nouvelle adhérence au-dessous des deux premières, celle-ci contractée par l'anse herniée. Repliée sur elle-même de manière à former une demi-circonférence ou plutôt un U à convexité antérieure, cette anse adhère par sa convexité aux deux anses précédentes, et au-dessous à la paroi abdominale ; par sa concavité elle s'adosse à elle-même, et les branches de l'U sont assez intimement unies pour ne figurer qu'un seul calibre intestinal. La vessie vient elle-même s'adosser au point où cesse l'adhérence de ces branches.

La structure de toutes ces adhérences n'est pas absolument la même; les deux premières, celluleuses et filamenteuses, ont une assez grande solidité ; la troisième, que nous sommes obligé de diviser pour constater l'état des parties profondes, semble plutôt formée par une substance albumino-gélatineuse homogène, sans texture appréciable.

Anus contre nature. — On se rappelle que l'écoulement des matières intestinales par la plaie n'avait pas empêché la malade d'avoir des selles naturelles ; il était donc intéressant de rechercher si nous avions affaire à une fistule stercorale ou à un anus contre nature. Pour cela, on a d'abord divisé l'adhérence gélatineuse de la concavité de l'anse herniée ; on est alors arrivé sans détruire aucun autre élément dans une cavité où l'on trouva trois orifices distincts : deux supérieurs, ayant plutôt la forme de fente, d'inégale dimension, permirent l'introduction d'un stylet dans chacun des bouts de l'anse herniée ; le plus grand, situé en dehors, correspondait au bout supérieur de l'intestin ; l'autre, interne, au bout inférieur ; le troisième orifice, situé à la partie inférieure de la cavité, de forme circulaire, ayant environ 5 millimètres de diamètre, constituait le sommet de cette pyramide, ou plutôt de ce canal triangulaire dont nous avons décrit la base sous le nom d'orifice cutané.

Tout l'intérieur de cette cavité, ainsi que le prolongement canaliculé qui la fait communiquer avec l'extérieur, présente l'aspect tomenteux de la muqueuse intestinale, sans offrir pourtant ni replis ni valvules.

Nous avions donc sous les yeux un véritable anus contre nature ; l'ouverture cutanée, l'ouverture intestinale et le trajet intermédiaire ou cloaque, dans lequel s'ouvrent les deux bouts de l'intestin, rien n'y manquait. Quelques détails sur les ouvertures de l'intestin dans le cloaque compléteront notre description.

L'intestin n'est pas détruit dans toute sa continuité; à la partie antérieure et supérieure du cloaque, il est encore représenté par un pont de 5 à 6 millimètres de longueur sur 4 de largeur, qui réunit les deux bouts. Ce pont n'a rien qui rappelle la disposition de l'éperon ; au lieu d'être tranchant et de proéminer dans la cavité, il adhère à la première anse intestinale décrite, et fait pour ainsi dire paroi. De plus, il n'est pas situé en face de l'orifice externe, qui correspond assez directement à l'orifice du bout anal de l'intestin.

Nous n'avons constaté ni cordes mésentériques, ni dilatation notable du bout supérieur; mais, en revanche, un rétrécissement considérable du bout inférieur et même de tout le gros intestin, dont le calibre dépasse à peine celui de l'iléum.

Notons encore une augmentation de volume des ganglions mésentériques correspondant aux anses adhérentes, et l'absence complète de liquide dans la cavité péritonéale.

L'examen des autres appareils ne nous a fait constater rien d'anormal, si ce n'est dans les poumons, qui présentaient à leur partie postérieure une congestion très-intense, et même par places une certaine friabilité.

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'EAU DISTILLÉE DE COPAHU

dans le traitement de la blennorrhagie uréthrale.

Par M. le Dr Ed. LANGLEBERT.

Je crois devoir appeler l'attention des praticiens sur un médicament nouveau, *l'eau distillée de copahu*, que j'emploie depuis environ un an et avec succès dans le traitement de la blennorrhagie uréthrale.

Tous les médecins savent que le copahu, administré à l'intérieur, agit *localement*, c'est-à-dire par l'intermédiaire de l'urine, à laquelle il communique une action médicatrice spéciale. Pour expliquer cette action, on a supposé que le copahu, en passant par les reins, subissait une modification particulière, en vertu d'un certain acte inconnu et insaisissable de *chimie vivante*.

Or c'est là une erreur que nous avons déjà réfutée dans un mémoire adressé il y a quelques années à l'Académie de médecine.

Le copahu est une oléo-résine composée d'une résine fixe et d'une essence isomérique avec celle de citron. En traversant le filtre des reins, ce médicament y subit non pas un changement moléculaire, — les reins ne font pas de chimie, — mais une véritable distillation, par laquelle son essence se sépare et se dissout dans l'urine, à qui elle transmet une odeur *sui generis*, hélas, trop connue.

C'est ce fait qui m'a donné l'idée de distiller de l'eau sur du copahu pour en obtenir une solution saturée d'essence, dont je me sers principalement comme véhicule pour dissoudre les substances astringentes employées en injections contre l'uréthrite.

Voici quelques-unes des injections que je prescris le plus fréquemment :

Eau distillée de copahu.	100 grammes.
Sulfate de zinc.	de 30 à 40 centigram.
Teinture de cachou.	1 gramme.
Mêlez.	
Eau distillée de copahu.	100 grammes.
Sulfate de zinc.	30 centigram.
Pierre divine.	10 —
Mêlez.	
Eau distillée de copahu.	100 grammes.
Sulfate de zinc.	40 centigram.
Oxyde de zinc porphyrisé.	4 grammes.
Mêlez.	
Eau distillée de copahu.	100 grammes.
Acide tannique ou extrait de cachou. . . .	1 —
Mêlez.	

Des expériences comparatives, faites sur un très-grand nombre de malades, m'ont démontré la supériorité de ces préparations sur les injections ordinaires, composées des mêmes substances, dissoutes soit dans l'eau distillée simple, soit dans de l'eau de roses.

L'eau distillée de copahu se prépare comme tous les hydrolats du même genre, en faisant distiller de l'eau sur du copahu, et en recueillant le produit dans un récipient florentin. Elle est incolore, et elle exhale une forte odeur de copahu.

Administrée à l'intérieur, l'eau de copahu possède également une action antiblennorrhagique très-manifeste, mais moins puissante cependant que celle du copahu pur.

J'en ai surtout obtenu de bons effets dans certains cas de blennorrhées des parties profondes de l'urèthre, accompagnées d'un état catarrhal de la muqueuse du col ou du corps de la vessie.

Je la prescris en potion à la dose de 150 à 200 grammes par jour, et en y ajoutant quelques grammes d'eau de laurier-cerise, pour en masquer la saveur. Les malades la prennent sans la moindre répugnance, et l'estomac la tolère très-facilement. Jamais elle ne donne lieu à ces douleurs de reins que produit si fréquemment le copahu ordinaire.

ARSÉNIATE DE SOUDE DANS LES SCROFULES,

Par M. le Dr BOUCHUT.

Voici une application des arsenicaux qui mérite de fixer l'attention des praticiens, mais qui, dans tous les cas, doit être surveillée et suivie plus longtemps, pour que l'on puisse se former une opinion exacte sur sa valeur.

« Dans tous les cas, dit M. Bouchut, l'arséniate de soude a été employé d'abord à 5 milligrammes, puis au bout de quelques jours à 10 milligrammes, à 15, et enfin à 20 milligrammes. Au delà de cette dose, on peut déterminer des accidents de gastralgie, de vomissements et de diarrhée, ce qu'il faut éviter.

» Je l'administre dans un julep gommeux, dans du vin de Bordeaux, dans du sirop de quinquina ou du sirop de gomme.

» Voici une formule facile à retenir, et dans laquelle le médicament tout préparé peut être laissé à la disposition des familles pour en faire usage pendant plusieurs semaines :

Sirop de quinquina.	300 grammes.
Arséniate de soude.	5 centigrammes.

» D'une à cinq cuillerées à café par jour. Chaque cuillerée renferme à peu près 1 milligramme d'arséniate de soude.

» A cette dose et avec la précaution de l'augmenter progressivement, l'arséniate de soude n'a aucune espèce de danger. Il a pour effet d'exciter l'appétit, et, avec l'appétit, comme conséquence, une sanguification plus riche, caractérisée par la coloration de la peau, l'énergie musculaire et une apparence incontestable de santé.

» De pareils résultats chez des scrofuleux pâles, amaigris, fatigués par de longues suppurations, par des écoulements muqueux, ne sont pas à dédaigner, et c'est à ce titre que je recommande l'arséniate de soude dans la scrofule.

» Qu'on ne croie pas que ce soit à titre de spécifique que je propose son emploi. Assurément non. L'arséniate de soude convenablement donné est un corroborant; c'est le meilleur de toniques, parce qu'il stimule l'appétit et active la nutrition moléculaire des tissus. Or, chez les scrofuleux, c'est la longueur du mouvement nutritif et de l'échange des parties en circulation qui donne à leurs maladies ce caractère de chronicité qui les distingue entre toutes les autres. Sous ce rapport, la médication arsenicale est utile comme le peut être l'huile de foie de morue, à titre de corps gras nutritif, et les résultats que je viens de signaler doivent engager les praticiens à y recourir.

» Seulement, d'après ce que j'ai vu, l'arséniate de soude ne convient que dans les scrofulides cutanées, muqueuses et glandulaires. Son efficacité est douteuse dans les maladies des os. Ce n'est qu'un palliatif dans les cas de scrofule tertiaire, c'est-à-dire dans la tuberculisation. » (*Bull. de thérap.*)

DEUX CAS DE FRACTURE DE L'OS INNOMINÉ

avec enfoncement de la cavité cotyloïde.

Un homme âgé de soixante-dix ans fut admis à l'hôpital Saint-Georges, à la suite d'une chute d'un échafaud de dix pieds de haut. Il ne fut pas possible d'obtenir de plus amples renseignements. Les fesses avaient été fortement contusionnées. Il n'y avait pas de raccourcissement du membre, pas de renversement du pied ; les mouvements communiqués ne donnaient lieu à aucune crépitation soit vers les os iliaques, soit dans le fémur ; les seuls symptômes locaux étaient, avec les contusions, la douleur siégeant dans la hanche et l'impossibilité de mouvoir le membre. Au bout d'une quinzaine de jours de repos au lit, il se forma une eschare dans la région sacrée. La douleur continuait à être très-vive, et le malade ne pouvait quitter le lit. Les extrémités inférieures devinrent œdémateuses ; des abcès se formèrent dans un des poignets et dans une des épaules, sans qu'il y eût toutefois de signe manifeste de pyohémie. Le blessé succomba, et à l'autopsie l'on trouva une fracture de l'os iliaque au niveau de la cavité cotyloïde ; une portion de l'os avait été détachée et repoussée dans le bassin ; la capsule de l'articulation coxo-fémorale n'était pas déchirée, mais l'article était rempli de pus. Dans l'intérieur du bassin existait un épanchement sanguin sous-péritonéal, mais pas de dépôt purulent.

A l'occasion de ce fait rapporté par M. T. Holmes à la Société pathologique de Londres, M. Partridge a cité le cas suivant :

Une jeune personne âgée de dix-sept ans, ayant fait une chute de cheval, se blessa à la tête et à une hanche, et fut emportée chez elle dans un état d'insensibilité complète. L'attention de son médecin se porta d'abord surtout sur les lésions de la tête ; mais quand M. Partridge la vit, il trouva que le fémur était luxé dans l'échancrure sciatique, et il procéda à la réduction.

La malade se rétablit avec un raccourcissement d'un demi-pouce et une très-légère claudication ; il y avait en même temps disparition de la proéminence normale au point où l'on sent d'ordinaire le grand trochanter.

Dans la suite, cette jeune personne se maria et devint grosse. Au moment de son accouchement, on trouva dans le bassin un rétrécissement dont le siége correspondait au niveau de la cavité cotyloïde, et il fallut terminer le travail au moyen du forceps.

Elle redevint enceinte, et l'on eut recours, à huit mois, à l'accouchement prématuré artificiel. Les suites de couche se passèrent bien d'abord ; mais ensuite il survint des accidents, et la malheureuse jeune femme succomba avec des dépôts purulents. A l'autopsie, on trouva la cavité cotyloïde enfoncée et le grand trochanter séparé du corps de l'os. (*Medical Times*).

CONSTIPATION OPINIATRE. ÉLECTRICITÉ.

M. le docteur Clemens (de Francfort-sur-le-Mein) fait usage de l'électricité dans les cas de constipation opiniâtre. Voici comment il opère : le pôle positif, sous forme d'une petite boule d'argent, est placé à la hauteur de la valvule de Bauhin; le pôle négatif aboutit à l'abdomen, vers le milieu du côlon descendant. A la première séance, le patient essuie cinq ou six décharges électriques; tous les jours les séances doivent augmenter en durée et les décharges électriques en puissance. Le docteur Clemens, se fondant sur ce que ce moyen augmente la force et la rapidité des mouvements péristaltiques, croit pouvoir l'utiliser avec avantage pour surmonter les constipations provenant d'un rétrécissement intestinal.

L'expérience est encore à faire sur ce dernier point, mais elle était faite pour la constipation ordinaire, indépendante d'une lésion organique de l'intestin. Nous avons souvenir, entre autres communications à ce sujet, d'une note publiée il y a plusieurs années par M. le docteur Abeille, et qui établissait les bons effets de ce genre d'application de l'électricité. (*Deutsche Klinik*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 février 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Cullerier dépose sur le bureau un exemplaire de ses leçons cliniques à l'hôpital du Midi, publiées par M. le docteur Royet, sous le titre suivant : *Des affections blennorrhagiques*. Paris, 1861, in-8°.

— M. Larrey dépose un exemplaire de son travail sur un cas *d'anomalie des membres pelviens*. Paris, 1861, in-8°.

— Il fait don en même temps à la Société de la collection du *Moniteur des sciences*, 1860.

— M. Bonifas adresse une observation de fractures multiples du membre supérieur. (Commissaire, M. Boinet).

— M. le docteur G. de Saint-Martin adresse un manuscrit intitulé : *Notice sur une sonde creuse utérine sous forme de levier, etc.* (Commissaire, M. Depaul).

— M. Perrier, de la Charité-sur-Loire, adresse une observation manuscrite intitulée : *Cancer encéphaloïde et cancer épithélial survenus, le premier chez le fils, le deuxième chez le père.* (Commissaire, M. Perrin).

— L'on procède au vote, au scrutin secret, sur la demande de M. Cazeaux, pour l'échange de son titre de membre titulaire en celui de membre honoraire.

Dépouillement du scrutin :

Votants.	25
Oui.	25

En conséquence, M. Cazeaux est nommé membre honoraire.

COMMUNICATION.

M. BAUCHET. Je désire appeler l'attention de la Société sur un fait que j'ai observé dans mon service à l'Hôtel-Dieu, pendant que je remplaçais M. Robert, et qui me paraît important au point de vue de la pratique chirurgicale. Je tiens d'autant plus à provoquer l'attention de la Société sur cette observation, que j'espère connaître ainsi les observations que nos collègues ont pu recueillir sur ce sujet. Il est peu de chirurgiens qui possèdent assez de faits pour établir leur pratique sur une longue et difficile expérience, et peut-être qu'en fixant l'attention de nos collègues sur ce point de thérapeutique chirurgicale, nous pourrons voir sortir de cette discussion des règles importantes et positives au point de vue de la pratique.

Il s'agit *de la réduction dans les hernies*, lorsque l'intestin est *perforé*.

Une femme est entrée dans mon service, à l'Hôtel-Dieu; elle était depuis longtemps atteinte d'une hernie crurale. Cette hernie, facilement réductible habituellement, était sortie et n'avait pas pu être réduite. Il en était résulté la production d'une tumeur grosse comme un œuf de dinde, rouge, fluctuante, etc. La malade avait eu des garde-robes jusqu'à la veille de son entrée à l'hôpital, et il n'y avait eu des vomissements que le premier jour de l'accident. Il s'agissait en un mot d'une tumeur herniaire, enflammée et étranglée.

Voici, du reste, l'observation telle qu'elle a été recueillie par M. Meunier, interne du service. (Voir plus haut).

Le jour où je vis la malade pour la première fois, le diagnostic ne me parut pas douteux, et je reconnus une inflammation du sac herniaire, avec formation de pus, et probablement un étranglement d'une anse intestinale. Pourtant l'absence de vomissements, le bon état du ventre et la persistance des garde-robes, constituaient autant de contre-indications à une opération immédiate. Quant à la réduction de l'intestin hernié, je ne voulus pas la tenter, de crainte de pousser dans la cavité péritonéale le liquide purulent dont l'existence dans le sac ne pouvait être douteuse.

Il survint des vomissements dans la soirée, et le lendemain je décidai que l'opération serait pratiquée immédiatement.

Je n'insisterai pas sur l'opération, qui a été si bien rapportée par M. Meunier, mais je signalerai spécialement le fait de pratique chirurgicale sur lequel j'ai surtout voulu appeler votre attention.

L'état d'intégrité parfaite de l'intestin, excepté dans le point si limité où existait la perforation, et le souvenir des cas rapportés par notre maître M. Velpeau, et surtout d'un fait publié par M. Piachaud, pendant son internat à la Charité, dans le service de M. Velpeau, me décidèrent à réduire l'anse herniée. Pendant neuf jours, je m'applaudissais du résultat que j'avais obtenu. Vous savez le reste. Or, si cette femme n'avait pas été prise d'érysipèle, et que la plaie se fût fermée complétement, j'aurais rapporté cette observation comme un exemple curieux de guérison à la suite de la réduction d'une anse intestinale, saine du reste dans presque toute son étendue, et sur laquelle j'avais constaté l'existence d'une très-petite perforation. J'aurais cité ce fait en engageant à suivre cette voie en pareille occurrence. Et pourtant la femme aurait couru les plus grands dangers, et la guérison n'aurait été obtenue que grâce aux adhérences contractées par l'intestin, et à la gangrène et à l'élimination de l'anse intestinale herniée. Pendant ce travail pathologique, n'aurait-on pas eu à craindre la formation d'un abcès stercoral, une perforation, etc.?

Aussi, instruit par ce fait, et malgré le cas heureux, on peut le dire, que nous publions, je pense qu'en pareil cas je ne réduirais plus une anse herniée présentant une perforation, si petite qu'elle fût, et que je préférerais, dans une circonstance semblable à celle où je me suis trouvé, établir de suite un anus artificiel, ou au moins jeter une ligature autour de la perforation.

M. CHASSAIGNAC. Ce fait me paraît fort important et soulève une question pratique intéressante. Il faut distinguer dans ces perforations deux cas bien séparés l'un de l'autre.

Si une anse intestinale saine est blessée accidentellement et que la perforation soit peu étendue, peut-être serait-on autorisé à la réduire; et encore, même dans ces cas, je préférerais suivre la pratique surtout recommandée par les chirurgiens anglais, et sur laquelle je vais appeler l'attention. — Mais si l'anse intestinale est malade, que l'étranglement ait été porté au point de l'altérer profondément, de détruire les tuniques interne et moyenne, si surtout il existe une petite perforation, j'aimerais mieux pincer la portion d'intestion perforée et jeter une ligature autour de ce point, le pédiculiser en un mot.

Cette ligature ferme la perforation, des adhérences sont établies quand la ligature tombe, et l'on peut prévenir ainsi les dangers d'un épanchement dans la cavité péritonéale. Si l'on fixe l'intestin, le cours des matières se rétablit moins bien, et je pense que ce n'est pas là une bonne pratique.

M. VERNEUIL cite le cas suivant : Dans une opération de hernie crurale qu'il a pratiquée à l'hôpital Beaujon, il fit une petite ponction à l'intestin : c'était une portion du cœcum qui était comprise dans la hernie. — Par cette petite ouverture sortirent quelques bulles de gaz et quelques gouttelettes de liquide intestinal, d'un blanc laiteux. M. Verneuil, avant de réduire l'anse herniée, appliqua deux points de suture et fixa les bouts du fil au niveau de la plaie.

Pendant les trois premiers jours, tout se passa si bien qu'il s'applaudissait du résultat qu'il avait obtenu : les selles se rétablirent promptement, tous les accidents disparurent, la plaie extérieure se réunit immédiatement.

Au quatrième jour survinrent autour de la plaie du gonflement, de la rougeur, et un empâtement qui prit vite de l'extension; il se forma en un mot un phlegmon stercoral. La plaie fut désunie; le pus, mélangé de gaz et de matières fécales, s'échappa en abondance. Le malade succomba le sixième jour à des accidents de péritonite.

A l'autopsie, on trouva que le cœcum avait contracté des adhérences au niveau de la fosse iliaque, et était fixé en cet endroit. La suture n'avait fermé la perforation que momentanément, au moment où elle était tombée la plaie s'était rouverte, de là les accidents inflammatoires et l'épanchement des matières stercorales au niveau de la perforation.

On a cité, il est vrai, ajoute M. Verneuil, bien des cas de guérison à la suite de perforation, traités par la ligature, mais on n'a pas rapporté assez de cas de mort; cela tient sans doute à ce que la plupart des auteurs ont publié leurs succès et non leurs revers. — Aussi, instruit par ce fait, n'hésiterait-il pas, en pareil cas, à pratiquer un anus artificiel.

M. BROCA. Si la perforation était étendue, je partagerais cette opinion, et je n'hésiterais pas à établir un anus contre nature; mais avec une petite perforation, je ne me résoudrais pas facilement à adopter cette pratique. Que faut-il faire alors? Trois routes sont ouvertes au chirurgien : ou bien *réduire*, comme l'a fait M. Bauchet; ou bien *établir une ligature perdue*, à l'imitation des chirurgiens anglais; ou bien *fixer* autour de la plaie, ou dans la plaie, la *ligature*, comme a fait M. Verneuil. Dans un cas semblable à celui de M. Verneuil, quand l'intestin a été blessé par l'instrument tranchant, j'aimerais mieux établir une ligature perdue. Dans d'autres cas, je préférerais chercher à provoquer des adhérences entre l'intestin et un point voisin de l'ouverture herniaire.

M. Chassaignac me paraît avoir exagéré un peu les dangers de fixer ainsi l'intestin. Voici en effet un cas qui vient détruire, je le crois du moins, ces préventions.

J'ai opéré, rue Ménilmontant, une femme atteinte de hernie crurale, et chez laquelle l'étranglement datait de deux jours. Le taxis n'ayant rien produit, je procédai à l'opération. Après avoir opéré le débridement, j'attirai l'intestin au dehors (ce que je ne fais pas toujours), et je constatai, à la face intérieure de l'anse herniée, une petite perforation : je fis une ligature circulaire, et j'en gardai les deux chefs dans la plaie. Le cours des matières se rétablit promptement, la ligature tomba au huitième jour, et tout allait au gré de nos désirs, lorsque le treizième jour cette femme fut prise de coliques, de vomissements, et elle fit un avortement à deux mois et demi de grossesse. A la suite de ces accidents, elle mourut promptement.

L'avortement a-t-il été provoqué par les accidents de la hernie, ou a-t-il lui-même été la cause de la mort de cette femme? En résumant par la pensée ce qui s'était passé depuis l'opération, je suis plutôt porté à admettre la seconde hypothèse, et ce fait me paraît devoir être invoqué au point de vue de la pratique, qui consiste, dans un cas semblable, à retenir dans la plaie les deux chefs de la ligature.

M. GIRALDÈS. Lorsque l'intestin est perforé, soit spontanément, soit accidentellement, je pense qu'il est bon de pratiquer la ligature, et je donne la préférence à la suture de Gély (de Nantes). C'est une suture ingénieuse et facile dans son exécution, surtout quand on se sert d'une seule aiguille.

Pendant que je faisais à la Pitié (en 1847) le service d'A. Bérard, j'ai ouvert, dans une opération de hernie étranglée, l'intestin dans une étendue de deux centimètres; j'ai pratiqué la suture de l'intestin suivant la méthode que j'indique, et le malade a très-bien guéri.

M. GOSSELIN. La question a été nettement posée par M. Bauchet. Que faut-il faire lorsque l'on constate sur une anse intestinale une petite perforation? Si l'anse intestinale est très-profondément altérée, ou si la perforation est très-étendue, il n'y a pas de doute; il faut établir un anus contre nature. Mais si l'intestin paraît en bon état, si la perforation est petite, et surtout si elle a été faite accidentellement par la main du chirurgien, le cas est plus difficile, et aucun de nous ne possède assez de faits pour établir des règles certaines et positives pour la pratique.

Pour ma part, dans ces circonstances, j'ai suivi une conduite intermédiaire entre celle des chirurgiens qui veulent réduire après ou sans ligature, et celle de ceux qui recommandent d'établir de suite un anus contrenature.

Trois fois j'ai abandonné l'intestin dans la plaie, et sans le réduire. Une fois, il s'est formé une petite fistule stercorale, puis l'intestin s'est réduit spontanément, et la malade a succombé. Dans deux autres cas, l'intestin s'est gangréné, et il s'est formé un anus contre nature. Dans un de ces deux cas, la perforation était spontanée; dans l'autre elle avait été le résultat d'une plaie produite par le bistouri.

Je demanderai enfin à M. Bauchet s'il s'est entouré de toutes les précautions pour être bien sûr que les garde-robes ont persisté chez cette femme; s'il s'est mis à l'abri de toutes les causes d'erreur si communes dans ces circonstances; si enfin il s'en est rapporté aux affirmations de la malade ou des personnes qui l'entouraient.

M. BAUCHET. J'ai tâché par tous les renseignements possibles, et pris de toute manière, de m'assurer que les garde-robes avaient persisté depuis le moment où la hernie s'était enflammée. Je n'ai rien vérifié moi-même, mais les commémoratifs étaient si précis, qu'il ne me reste aucun doute sur ce fait.

Quant à la question pratique, elle n'a pas encore fait un pas. Les deux malades de MM. Verneuil et Broca ont succombé après la ligature. Des trois malades de M. Gosselin, l'un, chez lequel la réduction a eu lieu, est mort; les deux autres ont eu un anus contre nature. Dans l'observation que j'ai rapportée, la malade a succombé à un érysipèle; l'intestin a été réduit sans ligature, et il n'est résulté de cette pratique aucun accident, grâce aux adhérences qui se sont constituées à l'entrée du canal crural. Ces adhérences se forment-elles toujours, même quand l'intestin est réduit sans être maintenu par un fil?

Enfin, lorsqu'une anse intestinale, saine dans le reste de son étendue, présente une petite perforation, faut-il faire une ligature, faut-il réduire, faut-il établir un anus contre nature?

Pour ma part, si pareil fait se présentait encore à mon observation, voici ce que je ferais : Je passerais un fil dans le mésentère, et je le laisserais à l'extérieur, de façon à empêcher l'intestin de quitter la région où il est hernié; je réduirais l'anse intestinale, avec ou sans ligature, suivant la perforation, et au lieu de provoquer les garde-robes par des purgatifs (ce qui me paraît, en ce cas, une mauvaise pratique), je donnerais à l'intérieur des opiacés, soit par la bouche, soit en lavements. La cicatrice se ferait de cette manière plus aisément, et l'anse intestinale elle-même resterait fixée par des adhérences dans une partie de la cavité abdominale. Ces adhérences peuvent avoir des inconvénients sans doute, mais elles sont salutaires, indispensables; elles mettent à l'abri d'un épanchement rapidement mortel; et ne sont-elles pas, du reste, inévitables dans l'établissement d'un anus contre nature?

— A cinq heures moins un quart, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire annuel, Dr BAUCHET.

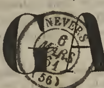
Les journaux anglais annoncent que notre illustre confrère sir Benjamin Brodie a dû subir l'extraction du cristallin, pour une cataracte traumatique développée par suite de la lésion accidentelle de la lentille, lésion reçue pendant l'iridectomie à laquelle il s'était soumis. Les dernières nouvelles ne donnent qu'un espoir modéré de voir les fonctions de l'œil se rétablir.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 27. — MARDI 5 MARS 1861. (34e ANNÉE.) N° 27. — MARDI 5 MARS 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,



GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.
Un acte du 10 octobre 1353 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »
POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 MARS 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a reçu dans cette séance qu'un très-petit nombre de communications qui nous touchent, et encore sont-elles rapportées dans les *Comptes rendus* avec un tel laconisme, que nous sommes réduits à peu près à n'en faire connaître que les titres. Mais voici une communication qui, bien qu'un peu éloignée en apparence des sujets habituels de nos études, n'en mérite pas moins ici une mention spéciale, à cause de son haut intérêt pour la physiologie générale.

M. Pasteur, dont nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion de signaler dans ces colonnes les belles recherches de chimie physiologique, a fait part à l'Académie — ou plutôt M. Dumas a fait part en son nom, — d'un fait extrêmement intéressant, qui se rattache à l'histoire de la fermentation, dont il tend à éclairer les actes mystérieux.

On sait combien sont variés les produits qui se forment dans la fermentation appelée *lactique*. L'acide lactique, une gomme, la mannite, l'acide butyrique, l'alcool, l'acide carbonique et l'hydrogène, apparaissent simultanément ou successivement en proportions extrêmement variables et tout à fait capricieuses. M. Pasteur a été conduit peu à peu à reconnaître que le végétal ferment qui transforme le sucre en acide lactique, est différent de celui ou de ceux qui déterminent la production de la matière gommeuse, et que ces derniers à leur tour n'engendrent pas d'acide lactique. D'autre part, il a également reconnu que ces divers végétaux ferments ne pouvaient dans aucune circonstance, s'ils étaient bien *purs*, donner naissance à l'acide butyrique. Il devait donc y avoir un ferment butyrique propre. — C'est ce qu'établissent ses dernières recherches, qui lui ont fait découvrir en outre que ce *ferment est un infusoire*.

« J'étais bien éloigné, dit M. Pasteur, de m'attendre à ce résultat, à tel point que pendant longtemps j'ai cru devoir appliquer mes efforts à écarter l'apparition de ces petits animaux, par la crainte où j'étais qu'ils ne se nourrissent du ferment végétal que je supposais être le ferment butyrique, et que je cherchais à découvrir dans les milieux liquides que j'employais. Mais n'arrivant pas à saisir la cause de l'origine de l'acide butyrique, je finis par être frappé de la coïncidence, que mes analyses me montraient inévitable, entre cet acide et les infusoires, et inversement entre les infusoires et la production de cet acide, circonstance que j'avais attribuée jusque-là à l'utilité ou à la convenance que l'acide butyrique offrait à la vie de ces animalcules. »

Depuis lors les essais les plus multipliés ont convaincu M. Pasteur que la transformation du sucre, de la mannite et de l'acide lactique en acide butyrique, est due exclusivement à ces infusoires, et qu'il faut les considérer comme le véritable ferment butyrique.

L'existence d'infusoires possédant le caractère des ferments était déjà un fait considérable et bien digne d'attention ; mais ce n'est pas le seul fait curieux qui ressorte de ces recherches. Il est une autre particularité singulière qui l'accompagne, c'est que ces animalcules infusoires vivent et se multiplient à l'infini sans qu'il soit nécessaire de leur fournir la plus petite quantité d'air ou d'oxygène libre. Non-seulement ces infusoires vivent sans air, mais l'air les tue.

Ainsi, le ferment butyrique est un infusoire ; — premier exemple connu de ferments animaux.

Cet infusoire vit sans gaz oxygène libre ; —premier exemple connu d'animaux vivant sans gaz oxygène libre.

Tels sont les deux faits que cette communication a eu pour objet de faire connaître. Ils ont l'un et l'autre, et par eux-mêmes, le plus grand intérêt en physiologie, indépendamment des conséquences qu'on en pourra déduire et des applications que les physiologistes sauront en faire sans doute, à l'étude de plus d'un phénomène intime de l'économie. Personne n'est mieux en mesure que M. Pasteur de nous faire connaître par la suite toutes les conséquences de sa découverte. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Des lipomes.

(Leçon recueillie par M. A. DESPRÉS, interne du service.)

La tumeur que vous avez sous les yeux, et que nous avons enlevée dans la dernière séance, est une de ces tumeurs connues autrefois sous le nom de loupes, et qui depuis une vingtaine d'années sont mieux étudiées sous le nom de lipomes.

On distingue aujourd'hui sous cette dénomination une tumeur hypertrophique dont l'élément graisseux normal forme la plus grande part. Il y a loin, comme vous le voyez, de cette définition au mémoire de Chopart, couronné par l'Académie de chirurgie, mémoire sur les loupes, et où vous trouvez le lipôme placé à côté du mélicéris, de l'athérome et du stéatome. Boyer a reproduit à peu près ce mémoire dans son *Traité des maladies chirurgicales*. Cet auteur, si clair d'ailleurs, confond le lipôme avec les loupes, auxquelles il se contente de reconnaître deux genres : les loupes enkystées et les loupes non enkystées, et c'est ainsi qu'il arrive à placer le lipôme à côté du stéatome, et qu'il conçoit la possibilité de la dégénérescence du lipome et même de la récidive.

Les livres de pathologie moderne ont concouru à isoler le lipome comme une espèce à part, aussi bien d'après des études anatomo-pathologiques qui ont déterminé sa nature qu'en considérant des caractères génériques, tels que la lenteur de l'accroissement de la tumeur, son indolence et sa bénignité. Depuis longtemps le mélicéris et l'athérome ont été rangés parmi les affections glandulaires, et le stéatome a été envisagé comme une variété de cancer, comme un encéphaloïde. Et les lipomes soi-disant récidives ne peuvent plus être regardés que comme des erreurs de diagnostic. L'examen des observations que la science possède, témoigne clairement de la vérité de cette interprétation.

La nouvelle édition du *Traité de pathologie externe* de Vidal (de Cassis) résume les données actuelles sur la maladie qui nous occupe, et l'on y trouve même le prélude d'une distinction qui doit être faite dans l'espèce du lipome. Ainsi l'auteur qui a annoté cette édition fait pressentir que les lipômes peuvent présenter l'aspect fibreux, et que dans quelques points on trouve à ces tumeurs la dureté des corps fibreux de l'utérus.

Depuis longtemps j'ai rencontré des faits qui établissent nettement des différences qui peuvent exister entre les lipomes et les variétés que ces tumeurs présentent.

Et d'abord je dois dire que je n'ai jamais vu aux lipomes trace d'enveloppe qui ait pu me faire supposer qu'ils puissent jamais être enkystés. Dans tous les cas que j'ai observés, les lipomes apparaissaient toujours comme une hypertrophie du tissu cellulo-graisseux développée dans tous les points où ce tissu existe, aussi bien sous la peau que dans les interstices musculaires et au voisinage des articulations. J'ai vu des lipômes dans le creux du jarret.

Mais dans le nombre des lipomes, il y a des tumeurs dont les éléments constituants ont dans leur arrangement un aspect spécial, et qui correspond cliniquement à des signes particuliers. On se trouve donc ainsi amené à distinguer plusieurs variétés de lipome.

En premier lieu, il y a l'hypertrophie d'un ou plusieurs pelotons graisseux, et où le scalpel de l'anatomiste ne trouve autre chose que de la graisse avec quelques lames celluleuses inégalement résistantes qui restent attachées à la tumeur que l'on enlève. Quelquefois les pelotons graisseux qui composent la tumeur sont disséminés, distants les uns des autres, ou lâchement unis entre eux. Ils forment alors une tumeur irrégulière, et qu'une opération n'enlève pas toujours en entier.

En second lieu viennent les lipomes fibreux, que je divise en deux classes : les *lipomes fibreux libres* et les *lipomes fibreux adhérents* à la peau. Anatomiquement, ils sont tous deux composés de graisse et de tissu conjonctif hypertrophié, transformé même en tissu fibreux. Mais tandis que les premiers, situés entre les deux lames du *fascia superficialis*, paraissent ne point tenir aux parties voisines, les seconds, attachés à la peau, semblent formés aux dépens de la graisse enfermée dans les aréoles de la face profonde du derme. Par suite de l'hypertrophie des pelotons graisseux, la peau se trouve distendue au niveau de chaque masse de graisse hypertrophiée, pendant que des brides fibreuses, dépendant du derme accru en volume, pénètrent dans le tissu graisseux, où elles sont emprisonnées.

Du reste, lorsque l'on fend l'un ou l'autre de ces lipomes, on trouve des amas de graisse séparés par des cloisons fibreuses très-résistantes, et qui crient sous le scalpel, comme vous pouvez le remarquer sur la tumeur que vous avez devant les yeux.

Les lipomes sont très-peu vasculaires; les seuls vaisseaux que l'on y rencontre sont d'un petit calibre, et se distribuent à la périphérie de la tumeur. Le microscope ne trouve dans leur structure que de la graisse et du tissu conjonctif, cet élément primordial aux dépens duquel se font un grand nombre de tissus secondaires.

La graisse apparaît avec ses cellules normales; le tissu conjonctif est plus ou moins condensé. Tous les lipomes ont la même structure; l'arrangement et le nombre des éléments constituent seuls la différence de ces tumeurs entre elles.

On sait peu de chose sur la cause des tumeurs hypertrophiques; l'origine du lipome n'est pas plus accessible à nos investigations. Les violences extérieures ont été invoquées, mais cette étiologie est bien incertaine.

Le volume des lipomes est variable. Il peut être très-petit, mais ce n'est guère à cet état que nous le voyons. La bénignité de l'affection, l'accroissement insensible de la tumeur laissent longtemps la sécurité à ceux qui les portent. On ne vient généralement consulter un chirurgien que quand cette affection est devenue une incommodité, encore certains malades attendent-ils que leur tumeur ait acquis des proportions énormes.

C'est ainsi que Rhodius, par exemple, a vu un lipome du poids de 30 kilogrammes; A. Cooper, un de 21; J. L. Petit, un de 22; M. Nélaton et Smith, chacun un de 15 kilogrammes; Warren m'a envoyé un lipome qui pesait 20 kilogrammes, et j'en ai enlevé un du poids de 17 kilogrammes.

Ces tumeurs peuvent siéger partout où il y a du tissu cellulo-graisseux, ce qui veut dire que les lipomes peuvent se montrer aux membres, dans les interstices musculaires et dans les cavités dont les vides sont comblés par de la graisse.

Elles ont en général une forme arrondie, globuleuse; quelques-unes d'entre elles peuvent être pédiculées. La peau qui les recouvre est exempte d'altérations dans la plupart des cas au moins, la suppuration des lipomes et l'ulcération du tégument étant des faits exceptionnels.

La mobilité et la mollesse sont le caractère dominant du lipome constitué par une simple hypertrophie de la graisse. On constate, en outre, une sensation de fausse fluctuation, qui en impose souvent et conduit à des erreurs de diagnostic.

Lorsque les pelotons graisseux sont écartés et peuvent rouler les uns sur les autres, il y a un symptôme particulier qui frappe l'attention, une certaine crépitation; on sent sous la main quelque chose d'analogue à ce que l'on éprouve en pressant sur un ancien foyer sanguin où il resterait des dépôts fibrineux. J'ai observé un cas de ce genre dans le service de Gerdy. J'en ai rencontré d'autres depuis. C'est un signe qu'il faut connaître, et que l'on doit rechercher sur les lipomes mal limités, et qu'au premier abord on pourrait prendre pour d'autres tumeurs.

Les lipomes fibreux libres sont arrondis, bosselés quelquefois. Ils présentent une mobilité manifeste, mais ils sont plus durs que les précédents. Il y a bien quelques points où l'on trouve une fausse fluctuation, mais en d'autres endroits on sent des brides très-résistantes. Ces lipomes peuvent acquérir un très-grand volume.

Les lipomes fibreux adhérents, plus petits en général, se reconnaissent à la multitude d'élevures et de dépressions que l'on aperçoit à leur surface. Au niveau de chaque bosselure on constate les caractères de l'hypertrophie graisseuse. Les dépressions correspondent aux brides qui pénètrent dans la tumeur et la fixent à la peau. Ces lipomes sont néanmoins mobiles sur les parties profondes, et indépendamment des adhérences de la tumeur avec la peau, cette membrane ne présente aucune altération.

Les lipomes ont une marche très-lente; c'est par dix et quinze années que les malades comptent. L'accroissement au début se fait insensiblement; plus tard, au contraire, soit que cette propriété appartienne au lipome, soit que les froissements donnent une nouvelle activité au développement de la tumeur, l'accroissement devient plus rapide.

Je n'ai jamais vu de lipome récidiver. Il peut se développer un lipome ailleurs ou dans le voisinage, mais rien ne fait supposer que cette tumeur hypertrophique puisse faire exception à une règle généralement admise. La transformation des lipomes, leur dégénérescence, sont plus que problématiques, et leur suppuration est un fait excessivement rare.

Les lipomes ont été l'occasion de nombreuses erreurs de diagnostic. Beaucoup de tumeurs peuvent simuler cette affection. Mais ce sont surtout les abcès froids, les cancers encéphaloïdes et les tumeurs fibreuses qui ont trompé le plus de chirurgiens.

Un abcès froid est fluctuant; il peut présenter des bosselures, et la poche qui le renferme peut permettre une fausse mobilité. Quelquefois la ressemblance est si grande, que l'on ne peut se prononcer qu'après avoir fait une ponction exploratrice. Ce moyen, d'une innocuité parfaite dans les deux cas, donne les éléments du diagnostic; l'issue du pus ne laisse aucun doute. Le lipome fibreux ne peut être confondu avec un abcès froid, mais en revanche il se rapproche des cancers encéphaloïdes et des tumeurs fibreuses; l'encéphaloïde est dur inégalement, en quelques points il donne une fausse fluctuation; il peut être mobile. Dans ce cas une ponction exploratrice est au moins inutile, parce que le résultat est le même, que l'on ait piqué un lipome ou un encéphaloïde. Il ne reste alors comme moyen de jugement, que les commémoratifs. Ils apprennent que la durée de l'encéphaloïde est beaucoup moins longue que celle du lipome fibreux, et que les cancers s'accompagnent de douleurs. Une tumeur exclusivement fibreuse n'a pas, comme le lipome, une résistance inégale; elle n'atteint pas, en général, un volume aussi considérable. De son côté, le lipome est toujours une tumeur remarquablement indolente.

Les lipomes adhérents ne sont pas difficiles à diagnostiquer. Il suffit de les avoir vus une fois pour ne jamais les méconnaître. Quant aux lipomes sur lesquels on peut observer de la crépitation, on peut les prendre pour un ancien foyer hématique. Mais si cela a pu arriver, la connaissance de ce fait mettra assez le chirurgien en garde contre une erreur qu'une ponction exploratrice permet d'éviter.

Les lipomes sont moins graves par leur nature que par les conséquences auxquelles exposent les opérations qu'ils nécessitent. Les érysipèles surtout sont une des complications du traitement que l'on doit le plus redouter. Je ne parle pas des accidents graves auxquels plus d'une fois ont donné lieu les manœuvres des charlatans qui trompent les malades, et disent les guérir sans opération sanglante.

Les topiques ne font rien aux lipomes; on ne saurait faire fondre de telles tumeurs. Les enlever constitue une opération bénigne par elle-même, attendu que la peau considérablement amincie, est la seule partie qui soit entamée dans la plupart des cas. Une fois l'incision faite, les lipomes libres s'énucléent très-facilement. Vous avez vu comme notre malade a supporté, sans chloroforme et sans presque souffrir, une incision qui nous a permis d'énucléer un lipome du volume des deux poings.

Les lipomes adhérents sont plus difficiles à enlever. Il faut séparer la tumeur de la face profonde de la peau. L'opération est longue, et la peau que l'on a disséquée se sphacèle quelquefois. Aussi, dans les cas de ce genre, vaut-il mieux enlever avec la tumeur la portion de peau qui lui adhère. Il y a longtemps, j'avais affaire à un lipome adhérent; en voulant disséquer la peau après avoir fait une incision cruciale, je me trouvai dans le lipome, et en continuant je suis arrivé jusque sur l'aponévrose; je fus obligé d'enlever la tumeur en quatre morceaux. Ce procédé opératoire m'a servi, mais je ne le conseille pas. Mieux vaut tenter de disséquer la peau qui recouvre la tumeur, sinon enlever la peau avec la tumeur.

Les caustiques de toute nature ont été employés. C'est la grande ressource des guérisseurs de loupes: le vrai chirurgien emploie peu cette méthode. Ce n'est guère que chez les malades pusillanimes qu'il se sert d'agents qui, pour paraître moins effrayants, n'en ont pas moins des effets redoutables.

La ligature et l'amputation sont employées avec succès dans le cas où les lipomes sont pédiculés. L'amputation même par les caustiques y compte des succès.

Mais le plus souvent les lipomes ne sont point pédiculés, et l'on a le choix entre les caustiques et l'extirpation. Cette dernière opération est de beaucoup préférable; elle n'expose pas à des hémorrhagies même inquiétantes. Si, dans le cas de lipome adhérent, on est obligé de faire éprouver une perte de substance à la peau, la suppuration, surveillée soigneusement, n'a rien de périlleux pour le malade. Quant à l'érysipèle, si l'on ne peut pas le prévenir, on peut du moins souvent en conjurer les funestes effets.

LEUCOCYTHÉMIE.

Par M. le docteur A. Corlieu (de Charly).

Lorsque Virchow publia en 1845 sa première observation de leucocythémie, qu'il appela d'abord *albinisme du sang*, puis *leucohémie*, *leucémie*, les savants d'Allemagne et d'Angleterre se mirent à l'œuvre et tentèrent de prouver que c'était une nouvelle découverte scientifique. MM. Leudet, Vigla, Ch. Robin, en France, répondirent par des faits à l'appel adressé au corps médical. On recueillit des observations, et en peu de temps elles s'élevèrent au nombre de trente. C'est sur cette trentaine de cas qu'on s'appuya pour faire l'historique de la maladie qui nous occupe. On lui donna un nom, puis une place dans le cadre nosologique.

Et pourtant cette maladie ne devait pas dater d'hier: elle n'avait pas dû, comme l'albuminurie, attendre le secours de la chimie pour se révéler à nous. On la connaissait, on la traitait, on lui donnait un nom plus ordinaire, et voilà tout. C'était une cachexie, cachexie paludéenne, si l'on veut. On crut rendre service à la science en en faisant une entité morbide, une maladie spéciale. Examinons si l'on a eu raison.

On sait que dans le sang il y a des globules rouges et des globules blancs: l'augmentation du nombre de ces globules blancs au préjudice des globules rouges fit donner à la maladie qui nous occupe le nom de leucocythémie. Voilà pour le nom.

Quant aux symptômes, ils se résument ainsi:

1° Hypertrophie de la rate, du foie, des ganglions lymphatiques; 2° anémie prononcée, amaigrissement, faiblesse; 3° mouvements fébriles intermittents ou pseudo-intermittents; 4° urines peu abondantes, sédimenteuses; 5° anasarque ou œdème partiel; 6° tendance aux hémorrhagies; 7° dyspnée; 8° altération, constipation ou diarrhée; 9° furoncles ou phlegmons.

La lésion anatomique consisterait dans l'abaissement du nombre des globules rouges, qui de 130 tombent à 45, et dans l'augmentation du nombre des globules blancs qui sont aux globules rouges :: 2 : 1. — La marche serait chronique, la durée variable et la terminaison fatale. — Quant au traitement, essentiellement tonique, il aurait été sans résultat. Le fer, le quinquina, les aliments réparateurs, les mercuriaux, auraient constamment échoué. Cependant le docteur Addinel Hewson cite une guérison par ce traitement.

Est-ce bien là une maladie nouvelle? Ne trouvons-nous pas dans ce tableau les traits d'une maladie parfaitement connue, mais arrivée à un degré fort avancé, l'anémie, la cachexie paludéenne?

On sait qu'il y a deux sortes de cachexie paludéenne: la première se montrant avec tous les accidents de la fièvre intermittente, la deuxième qui est la conséquence de fièvres intermittentes récidivées. Dans la première, il n'y a pas toujours hypertrophie de la rate, ce qu'on observe au contraire constamment dans la seconde. — Dans ces cachexies, les *globules rouges* du sang peuvent, de 130, chiffre normal, descendre à 45. Alors on observe: 1° le bruit de souffle dans le cœur et les vaisseaux sanguins, palpitations, pâleur; 2° dyspnée; 3° tendance aux hydropisies.

La *fibrine*, qui de 0,0025 peut descendre à 0,0005, manifeste la diminution relative de ses proportions par la faiblesse et les hémorrhagies. Enfin l'*albumine* du sérum peut, de 80, descendre à 40. Cette diminution se traduit par les hydropisies et la débilité.

Il me semble bien rencontrer là tous les caractères symptomatiques de l'anémie profonde, pâleur, dyspnée, essoufflement, faiblesse, hydropisies, hémorrhagies, etc.

La leucocythémie n'indique donc pas pour nous une maladie spéciale, mais elle constitue un symptôme de lésions diverses. Si cette opinion trouve des contradicteurs, elle a aussi ses partisans, parmi lesquels nous pourrions citer MM. Bouchut, Ch. Robin, Isambert, etc. « L'augmentation des leucocythes du sang (globules blancs), disent ces derniers, survient dans des conditions morbides générales, et loin d'être la cause des phénomènes morbides qu'on observe, elle est déterminée par eux, et à mesure qu'elle se manifeste davantage, elle devient à son tour la cause de nouveaux symptômes. »

Virchow et H. Bennett reconnaissent que la leucocythémie n'est jamais primitive, et qu'elle succède aux lésions de la rate, du foie, aux cachexies. Ils en font donc involontairement une maladie secondaire, et reconnaissent implicitement qu'elle est la suite d'une détérioration de la constitution, une anémie, si l'on veut, mais arrivée au dernier degré avec tout son cortége de terribles complications. Et cependant Virchow dit que la leucocythémie est une maladie essentielle *sui generis*. Il y a là, selon nous, une apparence de contradiction.

Nous admettrons donc:

1° Que la leucocythémie est une variété de l'anémie, une maladie du sang caractérisée par l'augmentation du nombre des globules blancs et la diminution du nombre des globules rouges, avec ou sans globulins;

2° Qu'elle est la conséquence d'un état morbide antérieur; qu'elle est, en un mot, une maladie secondaire;

3° Que les lésions organiques qui la favorisent sont:

a. L'hypertrophie de la rate (Bennett, Virchow, Wogel, Vigla, Charcot);

b. L'hypertrophie des ganglions lymphatiques (Virchow, Schreiber);

c. L'hypertrophie des glandes de Peyer (Schreiber);

d. L'hypertrophie du foie (Virchow).

Comment se forme-t-elle? On l'ignore. C'est une complication, une conséquence *possible*, mais non pas *obligée*, des lésions organiques que nous venons d'indiquer.

Nous ne chercherons pas à établir un diagnostic différentiel entre la leucocythémie et l'anémie, ce que des savants, M. Bouchut entre autres, ont demandé; car, pour nous, la leucocythémie est le dernier degré de l'anémie: les symptômes sont donc les mêmes, mais moins prononcés dans l'anémie que dans la maladie qui nous occupe. En effet, dans l'anémie, nous observons la coloration jaune pâle de la peau, la débilité, l'affaiblissement musculaire, des troubles du côté des organes circulatoires, digestifs, cérébraux (névroses), et presque toujours de la tendance aux hémorrhagies et aux hydropisies. Nous trouvons tous ces symptômes dans la leucocythémie.

Reste l'hypertrophie de la rate, ou du foie, ou des ganglions lymphatiques. Nous avons dit plus haut que c'était une des causes de la maladie; mais ce n'est pas un signe différentiel.

Virchow a admis deux formes de leucocythémie, selon qu'elle existe avec l'hypertrophie de la rate (forme splénique) ou bien avec l'hypertrophie des ganglions lymphatiques (forme lymphatique).

Quoique le fait suivant, que je viens d'observer dans ma clientèle, soit incomplet, puisque l'autopsie n'a pas été pratiquée, je crois cependant, dans l'intérêt de la science, devoir le rapporter ici.

O... (François), âgé de neuf ans, enfant gros, robuste, d'une bonne santé habituelle, habite le hameau de Richebourg, près de Nogent-l'Artaud.

A la suite d'une marche fatigante, le 25 août 1860, cet enfant étant en sueur, se laissa refroidir; la fièvre le prit, il éprouva des douleurs de ventre et de tête; les digestions cependant restèrent toujours bonnes. La fièvre revint tous les jours vers quatre heures de l'après-midi, avec frissons, chaleurs, sueurs et douleurs lombaires.

Le 15 septembre, la fièvre persistant toujours, les parents firent prendre à l'enfant un éméto-cathartique qui produisit des évacuations abondantes. Ils me firent appeler le 8 octobre 1860, six semaines après l'apparition de la maladie.

Je trouvai un jeune enfant d'une pâleur extrême, ayant la face bouffie, les paupières œdématiées, les gencives d'une teinte séreuse; la maigreur est extrême, les côtes sont très-saillantes, l'abdomen tendu, sonore. Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs. L'appétit est bon, les selles régulières, les urines troubles et colorées, non albumineuses.

La région splénique est douloureuse à la pression. La rate, hypertrophiée, occupe une partie de l'hypochondre gauche. Le foie est de volume normal; pas d'engorgement des ganglions lymphatiques; pas de bruit anormal au cœur ni dans les carotides; pas de souffle; respiration régulière. Peu de sommeil; céphalalgie presque continuelle. Pas d'hémorrhagies ni de pétéchies. Mon diagnostic fut: anémie profonde à la suite d'une fièvre intermittente; cachexie paludéenne; anasarque consécutive.

Je prescrivis en conséquence le sulfate de quinine, l'extrait de gentiane, le fer réduit et les tisanes amères; nourriture substantielle.

Le 12 octobre, dyspnée sans signes physiques. Les douleurs de tête ont disparu sous l'influence du sulfate de quinine, mais la fièvre revient tous les jours à la même heure. Les conjonctives sont jaunâtres; la peau prend une teinte ictérique. L'hypertrophie de la rate, la décoloration extrême, le mouvement fébrile, la dyspnée, la coloration des urines, etc., tous ces symptômes sont ceux indiqués par la maladie dite leucocythémie. Je modifie le diagnostic porté à ma première visite, et j'écris sur mes notes journalières: *leucocythémie?*

Infusion de quinquina; régime tonique et réparateur.

Le 15, 76-80 pulsations régulières, médiocrement développées; rate toujours hypertrophiée et douloureuse; conjonctives un peu moins jaunâtres; la fièvre retarde de trois heures tous les jours, et est un peu moins forte. Sommeil meilleur; pas de céphalalgie; assez bon appétit. Ventre toujours un peu tendu; la région hépatique est assez sensible, mais le foie ne paraît pas hypertrophié. Urines moins troubles, non albumineuses. Traitées par quelques gouttes d'acide azotique, elles offrent à la couche moyenne la teinte verdâtre occasionnée par la biliverdine. — Même traitement; 0,20 de sulfate de quinine chaque matin; cataplasmes sur le ventre.

Le 18, 84 pulsations, 28 respirations. La fièvre avance toujours, mais elle est moins forte. L'ictère est plus prononcé. Les pupilles sont dilatées, les conjonctives jaunâtres. L'œdème des paupières existe toujours, mais il est moins considérable. Infiltration de la peau du scrotum et des membres inférieurs. Pas de mal de gorge, mais raucité de la voix. Bon appétit. Quelques gouttes de sang *rouge*, *vermeil*, par les narines. Pas de taches pétéchiales ni d'hémorrhagie intestinale, ni de furoncles. Selles noirâtres, liquides; quelques lombrics; l'enfant en a rendu une dizaine il y a huit jours.

La rate occupe l'hypochondre gauche jusqu'au bord supérieur de l'os iliaque. Déformation du thorax et de l'abdomen; amaigrissement extrême.

Même traitement réparateur. On remplace le fer réduit par la solution de perchlorure de fer à 30°; 15 gouttes matin et soir dans un demi-verre de tisane ou de vin sucré; deux cuillerées chaque jour d'une solution d'iodure de potassium (5 grammes pour 400 d'eau distillée).

Le 24, 100 pulsations; pas de bruit de souffle au cœur ni dans les carotides. (J'insiste sur ce phénomène qui n'a jamais varié.) Un peu de surdité; abattement typhique; léger écoulement muqueux dans l'oreille gauche. Fièvre irrégulière, sans frisson initial. Conjonctives jaunes; pupilles dilatées; œdème des paupières et des bourses, comme ci-dessus. Deux selles foncées.

Malgré cette débilité, l'enfant a pris hier sans répugnance une soupe grasse au vermicelle et un peu de viande.

Le 26, à dix heures du matin, 80-84 pulsations. Le 24, l'enfant a éprouvé des faiblesses sans perte de connaissance. La fin de la journée et la nuit ont été mauvaises. Langue toujours nette; pas de douleurs à l'épigastre, mais l'abdomen et la région lombaire sont sensibles. Les urines sont plus abondantes et déposent moins; elles sont toujours colorées.

Depuis le 20, l'enfant avait cessé le sulfate de quinine; les accès fébriles devinrent plus intenses; cependant il prenait tous les jours un ou deux verres de tisane de quinquina.

Le foie est un peu congestionné; il dépasse les fausses côtes.

Malgré la faiblesse du malade et la crainte des hémorrhagies intestinales, je prescris, pour agir sur le foie, 0,25 de calomel, à prendre le matin à jeun. Sulfate de quinine, 0,25, à prendre dans la journée. On continue la tisane de quinquina; quelques verres de tisane de spirée ulmaire.

Le 27, dix heures du matin, 100 pulsations. La fièvre a repris hier après mon départ; elle fut forte, sans frisson, mais avec chaleur et sueurs, chaudes d'abord, froides ensuite; elle cessa vers une heure du matin. Cinq selles noirâtres; urines plus abondantes, toujours bilieuses. Le ventre est moins tendu; la teinte ictérique est très-prononcée. L'œdème des paupières et des bourses est moins considérable, les douleurs lombaires moins fortes.

Le 28, diminution de l'œdème; 80 pulsations. Hier, à la suite du calomel, il y eut quatre selles gris d'ardoise, recouvertes de bile. La journée du 27 a été assez bonne. Les urines étaient plus abondantes, déposaient moins. La langue est recouverte d'un enduit noirâtre. La coloration ictérique diminue.

Le 30, pas de fièvre hier ni ce matin. La nuit a été bonne. Cinq selles liquides ; deux fois elles continrent un peu de sang. Urines toujours abondantes. L'œdème des bourses et des paupières a disparu. Le petit malade a pris avec plaisir du bouillon gras, deux soupes, et un peu de bœuf grillé.

Le 31, je constate un peu d'œdème des pieds. Le ventre est beaucoup diminué ; les urines sont claires, limpides.

Je crois à une amélioration franche. Je fais continuer les toniques, le perchlorure de fer et le sulfate de quinine. On cesse l'iodure de potassium à la demande du malade. Je conseille un peu d'eau de Vichy pour combattre l'altération ; mais le 2 novembre la fièvre reparaît, sans frisson ; il survient un peu de diarrhée verdâtre, une fois jaunâtre, avec quelques gouttes de sang. Il y a un peu de toux sèche. L'œdème reparaît un peu plus considérable. Je conseille quelques opiacés pour calmer la toux. On continue le sulfate de quinine.

Malgré ce traitement, le ventre est très-tendu ; il y a des signes évidents d'ascite. La bouche exhale une odeur fade, acescente. Le sulfate de quinine est vomi, et le malade succombe le 5 novembre dans l'après-midi.

J'ai publié cette observation avec quelques détails, parce que je la crois intéressante au point de vue du diagnostic. Quoique la santé générale ait été bonne cette année, les affections intermittentes précédées de symptômes bilieux ont été fréquentes.

SUR L'HYDROPÉRITONIE CONSÉCUTIVE AUX FIÈVRES D'ACCÈS.

Par M. le docteur HAMON (de Fresnay).

Les épanchements péritonéaux consécutifs aux fièvres d'accès ont été observés dans la plus haute antiquité. On les trouve signalés déjà dans les écrits hippocratiques. C'est ainsi, du moins, que je crois pouvoir interpréter cet aphorisme du vieillard de Cos : « *Qui lienosi a dysenteria corripiuntur, his longa superveniente dysenteria, hydrops supervenit, aut intestinorum lævitas, et pereunt.* » Cette complication, toutefois, n'est point une conséquence nécessaire d'une dyssenterie chronique, ainsi que l'attestent les observations des auteurs modernes. Elle semble même se déclarer le plus ordinairement presque inopinément, et ne dépendre en aucune façon de l'état dyscrasique du sang. Les faits signalés par M. Piorry, aussi bien que celui qui m'est propre, et dont il sera bientôt fait mention, sont là pour venir à l'appui de cette triple assertion. Les ouvrages d'Hippocrate, du reste, doivent toujours être lus avec certaine réserve. On ne saurait s'attendre à y trouver des descriptions toujours fidèles et parfaitement exactes des maladies ; il faut se reporter au temps où ils ont été écrits, et peut-être aussi aux lieux où a observé le père de la médecine.

L'hydropéritonie consécutive aux fièvres intermittentes est donc loin de constituer une découverte moderne. J'en dirai autant des épanchements séreux effectués dans la même affection, dans le tissu cellulaire en général, ainsi que dans les diverses cavités splanchniques. Ceci posé, comment se rendre compte de ce silence plus ou moins profond que gardent sur le compte de la première la plupart des classiques modernes, et de l'obscurité dont se trouve encore enveloppée de nos jours la véritable cause de cet épiphénomène?

La raison, je crois, est claire. Cette complication des fièvres d'accès est assez rare, au moins dans les contrées non paludéennes. Pour mon compte, je ne l'ai rencontrée qu'une seule fois en dix années d'une pratique étendue. Cette particularité ne suffit-elle pas pour donner la raison légitime d'un semblable *desideratum?* Est-il possible de posséder une histoire complète d'une affection dont il n'a été donné qu'à un nombre fort restreint de praticiens de faire convenablement l'étude?

Tout récemment donc, ayant eu l'occasion d'observer le cas remarquable dont j'ai parlé, j'ai été amené à étudier cette manifestation épiphénoménale, dont je me suis surtout efforcé de reconnaître l'essence. Ai-je été assez heureux pour arriver à la solution de cette inconnue? Mes efforts ont-ils seulement abouti à substituer une nouvelle hypothèse à celles émises par mes devanciers?

Avant de m'engager dans cette disquisition toute dogmatique, je dois commencer par exposer le fait dont il s'agit :

La femme B..., âgée de trente ans, et d'une constitution moyenne, prend une pleurésie que je suis appelé à traiter le 15 mars dernier. 48 grammes de bicarbonate de soude, puis bientôt quelques préparations de digitale et de quinquina, font tous les frais du traitement. A la fin du mois, la malade est en pleine convalescence.

A cette époque, nos localités étaient éprouvées par une véritable épidémie de fièvres d'accès. La femme B..., à peine rétablie, en ressent les atteintes, et ne fait rien pour en obtenir la guérison. Au bout d'un mois, disparition spontanée des accès (1er juin). Bientôt le ventre se ballonne ; sa tension devient de plus en plus marquée, surtout à partir des derniers jours de juin, où la malade se voit contrainte de prendre le lit.

Le 3 juillet, je suis de nouveau appelé auprès d'elle, et je constate une hydropéritonie considérable. Du reste, nulle trace d'œdème des extrémités ni de la face ; urines non albumineuses. Rien du côté du cœur, du foie, des poumons ni des reins. Je ne trouve qu'une tuméfaction assez notable de la rate, qui mesure $0^m,10$ de haut en bas. Cet organe est refoulé par l'épanchement vers la cavité thoracique. Cependant la malade se dit exempte depuis un mois de tout accès.

Ne constatant aucune autre lésion susceptible de donner la raison de la collection péritonéale, je crois convenable de m'adresser tout d'abord à elle. Je prescris 1 gr. 50 centigr. de sulfate acide de quinine, à prendre en trois jours. Retrait de la rate ; diurèse abondante et sueurs profuses, qui ne tardent pas à juger l'hydropisie.

Le 19, toute trace d'épanchement a disparu, et la malade entre en pleine et franche convalescence.

Voilà donc une femme qui subit durant un mois les accès d'une fièvre intermittente qui finit par disparaître spontanément, fait d'ailleurs d'une observation toute journalière. La malade se croit quelque temps guérie ; puis survient un peu de tension de l'abdomen ; un épanchement s'opère et atteint rapidement des proportions considérables. Or, pendant que s'effectuaient les phénomènes d'exhalation séreuse, les accès fébriles avaient complétement cessé de se produire, nonobstant la persistance de l'intumescence splénique.

En présence d'un tel fait, on doit tout naturellement se poser les deux questions suivantes :

1° Comment se fait-il que les accès fébriles aient cessé spontanément de se manifester, bien que la rate ait conservé une notable augmentation de volume?

2° Sous l'influence de quelle cause s'est effectué l'épanchement péritonéal?

— 1° Je me garderai bien de considérer, avec Sydenham, l'intumescence de la rate comme une crise salutaire propre à juger la fièvre intermittente. Il ne viendra plus, de nos jours, à l'idée de personne de penser que la disparition des accès puisse être déterminée par l'augmentation du volume de cet organe.

Il est une explication beaucoup plus logique de ce fait tout exceptionnel.

Les fièvres d'accès ne sont pas essentiellement subordonnées à la tuméfaction de la rate. C'est là un fait accepté par la majorité presque absolue des praticiens de notre époque. Il est bien prouvé aujourd'hui que la tuméfaction splénique et les fièvres d'accès, pour constituer deux ordres de faits le plus ordinairement connexes, n'en peuvent pas moins aussi posséder quelquefois une indépendance complète, une individualité absolue.

L'intumescence de la rate, comme l'a dit Valleix, ne saurait être considérée comme la condition organique essentielle de la fièvre intermittente, mais seulement comme la conséquence des accès.

Or une perturbation vitale quelconque peut parfaitement disparaître, sans qu'il en résulte une résolution immédiate et nécessaire de ses produits. On peut donc parfaitement s'expliquer comment, dans l'espèce, les fièvres d'accès ont pu cesser, bien que le retrait de la rate ne se soit point effectué.

2° La solution de la seconde question est plus difficile.

Plusieurs théories ont été émises en vue de la résoudre, mais aucune d'entre elles ne satisfait pleinement l'esprit.

Parlerai-je de l'opinion de Sydenham, qui, pour expliquer la formation de l'hydropisie, met en jeu des *esprits animaux*, des *fermentations fréquentes du sang* causées par la longueur de la maladie, puis fait intervenir une disette *d'esprits animaux*, des *sucs encore crus et indigestes* qui se déposent sur les jambes, puis finissent par s'épancher dans le ventre? N'en déplaise aux admirateurs modernes de l'Hippocrate anglais, bien des passages de ses œuvres sont de la même force ; c'est assez dire qu'ils ne supportent plus aujourd'hui la lecture. Ceci soit dit sans avoir aucunement en vue de déprécier un praticien célèbre, qui n'en a pas moins fait et écrit d'excellentes choses. Mais, ainsi que l'a dit une de nos notabilités contemporaines, le meilleur ouvrage n'est bon que relativement à l'époque où il paraît.

M. Maillot a rapporté la formation de l'hydropéritonie à une double cause : à un travail irritatif du péritoine, et à un engorgement des viscères abdominaux. Mon opinion, on le verra plus loin, ne diffère peut-être pas beaucoup, au fond, de la première manière de voir de cet auteur recommandable. Seulement j'invoquerai, pour rendre compte des phénomènes hypercriniques, la mise en jeu d'un élément de sécrétion d'un autre ordre. Pour ce qui est des effets de l'engorgement des viscères abdominaux, il en sera plus loin question.

M. Nepple a attribué les hydrorganies à la diminution de l'écoulement sudoral chez les malades contraints de rester dans les champs pendant la durée du paroxysme fébrile, ainsi qu'à l'hypérémie splénique et au ralentissement de la circulation abdominale. Si la première supposition était admissible, il est bien certain que l'hydropéritonie s'observerait infiniment plus souvent à la suite des imprudences de toutes sortes commises par la plupart des malades de nos campagnes. Quant aux autres causes, elles ont quelque chose de plus fondé, au moins en apparence, car on conçoit à merveille, *à priori*, que la tuméfaction splénique puisse avoir pour effet d'occasionner un certain embargo dans la circulation abdominale. Mais je vais bientôt rappeler des expériences qui paraissent singulièrement atténuer la valeur d'une cause qu'il semblerait si rationnel d'abord d'accepter comme légitime.

M. Piorry, enfin, attribue exclusivement à la tuméfaction de la rate la production de l'épanchement séreux abdominal. Or, les expériences de Bézia et de Sœmmering, citées par J. Frank, semblent renverser complétement cette théorie, qui, ainsi que je le disais à l'instant, paraît cependant basée sur les données inductives les plus convaincantes. Ces observateurs ont démontré que dans les rates et les ganglions mésentériques hypertrophiés à la suite des fièvres d'accès, les vaisseaux soit sanguins, soit lymphatiques, non-seulement ne sont pas oblitérés, mais peuvent admettre, au contraire, une plus grande quantité de matière à injection que dans l'état normal. Il suit de là que l'on ne saurait plus considérer l'intumescence splénique comme étant susceptible d'apporter obstacle à la circulation veineuse abdominale.

Voici, d'autre part, des faits d'un ordre à peu près identique qui viennent encore battre en brèche cette théorie toute mécanique. Il s'agit de l'hydropéritonie de cause cirrhosique.

« On voit, dit M. Monneret, des hypertrophies énormes du foie et la dégénérescence jaunâtre de son tissu causer la mort sans avoir jamais provoqué le plus petit épanchement de liquide dans le péritoine. »

En présence de faits semblables, on ne saurait se croire autorisé à rapporter les hydropisies dont il s'agit à un obstacle à la circulation veineuse. Il y a là une condition anatomo-physiologique qui nous échappe.

D'un autre côté, il faut bien le reconnaître : si l'hydropéritonie était la conséquence directe de l'intumescence splénique, ce serait alors que cette dernière atteindrait les proportions les plus considérables, que l'on verrait surtout se produire les collections péritonéales. Or, on voit journellement des sujets porteurs de rates énormes, et qui n'en demeurent pas moins indemnes de tout épanchement abominal, et inversement. C'est ainsi que chez ma malade, par exemple, la rate ne mesurait que $0^m,10$ de haut en bas.

Il résulte de tout ceci que la théorie mécanique n'est pas plus susceptible que les autres de donner une explication exacte de la production de l'hydropéritonie.

Cela posé, voyons si les opinions que je me suis moi-même formées sur ce point sont de nature à mieux satisfaire l'esprit.

La première chose qu'il convient de faire pour ériger un édifice, c'est d'en asseoir solidement les bases. Ces mêmes bases consisteront ici dans la détermination exacte de la nature essentielle de l'affection primaire, c'est-à-dire des accès fébriles.

Or la fièvre intermittente n'est pour moi, comme pour les observateurs de notre époque, qu'une névrose spéciale du système nerveux cérébro-spinal et ganglionnaire. Cette opinion d'ailleurs n'est pas nouvelle, et on la trouve émise d'une façon plus ou moins absolue dans une foule d'auteurs, dans Borelli, Boerrhaave, Cullen, Selle, Forni, Van Swieten, Hufeland, Stoll, J. Frank, Sauvages, Brachet (de Lyon), Jolly, Monneret, etc.

La nature névrosique de l'affection primaire établie, les conséquences en sont faciles à déduire pour ce qui a trait à la production de l'hydropéritonie.

Celle-ci, pour moi, n'est autre chose que le fruit d'une innervation pathologique de l'influx nerveux ganglionnaire qui préside à toutes les fonctions de sécrétion. L'épanchement séreux, expression pathologique nouvelle de la névrose centrale paroxystique, est purement le fait d'une hypercrinie péritonéale essentielle.

On admet sans conteste aucun, des sialorrhées, des gastrorrhées, des entérorrhées, des polyuries, des galactorrhées, des pneumatoses, etc., dynamiques, c'est-à-dire dépendant uniquement d'une déviation fonctionnelle, *et sine materia*, du système nerveux qui préside à l'accomplissement de ces diverses fonctions sécrétoires. Or pourquoi des phénomènes hypercriniques d'une essence identique ne se produiraient-ils pas également pour ce qui a trait aux sécrétions séreuses elles-mêmes? Ne sont-elles point régies par le même système nerveux ganglionnaire? Pourquoi répugnerait-il davantage à l'esprit d'admettre une hypercrinie péritonéale essentielle qu'une sialorrhée, une gastrorrhée, ou toute autre manifestation névrosique du même ordre?

Cette manière de voir, outre qu'elle me paraît aussi logique que tout autre, permet de se rendre compte des épanchements de sérosité qui se produisent, quelle qu'en soit d'ailleurs l'époque, dans l'affection dont il s'agit, et dans le tissu cellulaire en général, et dans les diverses cavités splanchniques, phénomènes qu'il devient quelquefois impossible d'expliquer différemment par des lésions organiques qu'aucune exploration ne révèle, par un état cachectique qui n'existe point.

Ces hydrorganies, en un mot, seraient, en dehors de tout état matériel ou dyscrasique susceptible de les expliquer légitimement, bien entendu, analogues dans leur essence à celles qui se produisent dans la névrose albuminorrhéique.

Mais, dira-t-on, la disparition de l'hydropéritonie, effectuée seulement après le retrait de la rate, ne témoigne-t-elle pas suffisamment que la tuméfaction de cette dernière était la seule cause, l'unique raison matérielle de la collection séreuse? *Sublata causa, tollitur effectus.*

A cette objection spécieuse, je répondrai : Si le sulfate de quinine dans de telles conditions fait merveille au point de vue de la collection séreuse, ce n'est point par le fait matériel de la réduction de l'organe tuméfié. Le médicament agit dynamiquement, et en s'adressant directement à l'élément morbide lui-même, à la névrose sous l'influence de laquelle se sont produites et la tuméfaction splénique et l'hypercrinie péritonéale. Ce même élément morbide primitif détruit, ses deux produits n'ont plus aucune raison d'être : d'où le retrait immédiat de la rate et la répression des phénomènes hypercriniques. La sécrétion anormale une fois tarie dans sa source, il ne reste plus à l'organisme qu'à se débarrasser de la collection effectuée, ce à quoi procède avec une merveilleuse facilité la nature médicatrice dégagée de toute entrave.

Mais, me dira-t-on encore, cette théorie, toute séduisante qu'elle soit par sa simplicité même, n'est qu'une nouvelle hypothèse substituée à toutes les autres. A ceci, je répondrai encore : Il ne saurait dans cette manière de voir exister qu'une seule hypothèse, celle d'une hypercrinie péritonéale essentielle. Or j'en ai dit assez plus haut pour qu'il soit légitime d'admettre comme démontrée l'existence de cette dernière, si l'on ne veut rayer du même trait de plume celle de toutes les autres, que l'on ne saurait se croire davantage fondé à accepter.

Résumons actuellement ce travail sous forme de propositions.

1° Les accès fébriles peuvent parfois disparaître, malgré la persistance de la tuméfaction splénique.

2° Les fièvres intermittentes ne sont point le fait de l'intu-

mescence de la rate. Les partisans d'une telle doctrine prennent assurément l'effet pour la cause.

3° Dans les affections palustres, c'est le système nerveux central qui est primitivement affecté : ce sont, en un mot, de véritables névroses. Une foule de preuves en font suffisamment foi.

4° Cette manière de voir permet à merveille de se rendre compte et des phénomènes qui caractérisent les accès, et des diverses manifestations épiphénoménales qui en sont la conséquence soit immédiate, soit ultérieure(glycosurie, albuminurie, hydrorganies diverses, état gastrique, cachexie paludéenne, etc.).

5° L'hydropéritonie n'est la conséquence ni d'une irritation sécrétoire, que rien n'autorise à admettre, ni d'une répercussion sudorale directe, ni d'une obstruction viscérale, qui n'a jamais été démontrée, ni d'un obstacle à la circulation veineuse abdominale, en rapport avec l'intumescence splénique.

6° Elle me semble analogue, dans son essence, à l'hydropéritonie albuminurique. Elle est surtout le fruit d'une déviation pathologique de l'innervation ganglionnaire, qui, ainsi que chacun le sait, préside à toutes les fonctions de sécrétion.

7° Si le sulfate de quinine fait prompte justice de cette complication, ce n'est pas en déterminant le retrait de la rate. Le médicament spécifique porte son action sur l'élément morbide primitif, essentiel, la névrose cérébro-spinale et ganglionnaire. Celle-ci détruite, ses deux manifestations épiphénoménales, hydropérotonie, intumescence splénique, se résolvent tout naturellement, par cette raison toute simple qu'elles n'ont plus aucune raison d'être.

EMPOISONNEMENT SUPPOSÉ;

mort par rupture du cœur,

Par M. le docteur Prosper Delvaux, agrégé de l'Université de Bruxelles.

M. le docteur Tardieu a consigné dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* des observations pratiques sur les cas de mort naturelle et de maladies spontanées qui peuvent faire croire à un empoisonnement. L'observation suivante d'un empoisonnement supposé et de mort par rupture du cœur, m'a paru assez intéressante pour mériter la publicité.

Gaston D..., qui habitait Lille, s'était rendu à Bruxelles chez un de ses parents; arrivé dans la demeure de ce dernier, il se plaignit de malaise, de violentes crampes d'estomac; il eut des nausées, des vomissements; la face était fortement colorée; les lèvres étaient bleuâtres. Après plusieurs heures d'angoisse, il succomba.

La police fut avertie immédiatement de cette mort inopinée, produite dans des circonstances exceptionnelles. On crut à un empoisonnement.

Le 5 mai 1860, je fus requis, ainsi que M. Depaire, chimiste, par M. le juge d'instruction Vleminckx, de Bruxelles, à l'effet de procéder à l'autopsie du cadavre du nommé Gaston D..., de rechercher les causes probables de la mort, d'analyser, le cas échéant, les liquides contenus dans les viscères abdominaux et de déterminer la nature du poison qui pourrait avoir occasionné la mort.

L'autopsie est pratiquée vingt-quatre heures après la mort, dans l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Pierre, de Bruxelles.

Le cadavre est celui d'un homme de forte constitution, de l'âge de cinquante ans. Il est vêtu d'une redingote et d'un pantalon de drap noir, d'un gilet de tricot violet et d'une chemise de toile sans marque, mais souillée à la partie antérieure et inférieure de taches d'urine, et à la partie postérieure et inférieure de taches de matière fécale.

Le corps ne présente aucune trace de violence. Les membres thoraciques et abdominaux sont dans un état de roideur prononcé. Les doigts des mains sont roides et fortement fléchis.

Les ongles des mains sont cyanosés; ceux des pieds ne présentent pas de coloration anormale.

La peau des régions postérieure, supérieure et latérale droite du crâne est rouge violacée.

Les conjonctives sont injectées. La peau des régions orbitaire et de la joue droites est violacée. Les lèvres sont violacées. La peau des régions claviculaires, des régions dorso-lombaire, fessières et de la face postérieure des cuisses présente la même coloration.

Le ventre est soulevé et météorisé. La langue est épaisse. La cavité buccale contient des mucosités. Les follicules muqueux du pharynx sont hypertrophiés.

L'appareil respiratoire, le pancréas, la rate et les organes génito-urinaires sont à l'état normal.

Le péricarde est fortement distendu. Lors de sa section un caillot volumineux de sang noir se fait jour. Le caillot enlevé, on aperçoit à la partie moyenne de la face antérieure du ventricule gauche une solution de continuité linéaire de 23 millimètres de longueur, et dirigée obliquement de droite à gauche et de haut en bas. Une seconde solution de continuité linéaire de 3 centimètres de longueur et parallèle à la première se montre vers le bord gauche du cœur. Ces solutions de continuité communiquent avec la cavité du ventricule gauche.

Le tissu du cœur est ramolli; il a une teinte jaunâtre tirant plus ou moins sur le fauve; la paroi du ventricule gauche est plus mince qu'à l'état normal; il y a dégénérescence graisseuse du cœur.

Le foie et les reins sont hyperémiés.

L'estomac et les intestins sont distendus par des gaz.

L'estomac contient un liquide huileux brun chocolat, trouble, avec grumeaux blancs nombreux.

La muqueuse stomacale, qui est recouverte de mucus abondant, épais, visqueux, présente une injection violacée par plaques. Ces plaques sont surtout très-nombreuses vers la partie inférieure de ce viscère.

Tout l'intestin grêle, qui offre une injection arborisée rouge violacé, contient, surtout dans sa première portion, une abondante quantité de liquide rouge vineux.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle est parsemée de plaques rouges vineuses très-nombreuses, et des phlyctènes de 2 millimètres à 2 centimètres d'étendue se montrent sur la membrane muqueuse des parties inférieures de l'iléon.

Le gros intestin contient des matières fécales liquides. Il est à l'état normal.

A l'ouverture du crâne, il se fait un écoulement abondant de sang et de sérosité.

Les méninges sont hyperémiées et la substance cérébrale présente un peu moins de consistance qu'à l'état sain.

Gaston D... avait succombé à une hémorrhagie produite dans le péricarde par rupture du cœur.

En présence des phénomènes morbides qui avaient précédé la mort et des lésions du tube digestif, les vomissements pouvaient être le résultat de l'action d'une substance toxique introduite dans l'estomac, et, par les efforts produits, être la cause occasionnelle de la rupture du cœur; c'est pourquoi il fut jugé convenable de procéder à l'analyse chimique des matières vomies et de celles contenues dans le tube digestif et dans les principaux viscères.

L'analyse chimique ne révéla la présence d'aucune substance toxique. Gaston D... avait donc succombé à une maladie spontanée. (*Presse médicale belge*).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 février 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

M. L. PASTEUR présente un mémoire sur les animalcules infusoires vivant sans gaz oxygène libre, et déterminant des fermentations (voir le *premier Paris*).

M. DESCHAMPS fait connaître les résultats des recherches qu'il a entreprises dans le but de se rendre compte d'un fait signalé par le docteur Salles-Girons, l'incombustibilité du phosphore dans l'air atmosphérique imprégné des effluves du goudron. L'auteur fait connaître les conditions dans lesquelles il est nécessaire de se placer pour reproduire le fait dans toute sa netteté. Il remarque d'ailleurs que le goudron n'est pas le seul corps qui ait la propriété de retarder beaucoup la combinaison du phosphore avec l'oxygène de l'air atmosphérique, et que les huiles volatiles de menthe, de citron, de térébenthine, la benzine, l'éther, etc., agissent de la même manière.

La note de M. Deschamps est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Balard et Fremy.

— **M. PAPPENHEIM**, qui dans de précédentes communications avait appelé l'attention sur une modification du système lymphatique dans laquelle il voit un résultat éloigné de la castration, signale aujourd'hui un cas de déformation du testicule, déterminée par l'application trop longtemps prolongée des bandelettes de Fricke, déformation qui aurait aboli chez l'individu qui la présente le pouvoir de reproduction.

(Renvoi, comme les précédentes communications, à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— **M. FRANCON** envoie au concours pour le prix du legs Bréant un mémoire sur le choléra-morbus.

(Renvoi à la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale.)

— **M. DURANT**, qui avait présenté au même concours un ouvrage intitulé : *Hygiène sociale et privée*, annonce l'envoi de six nouveaux exemplaires destinés à chacun des membres de la commission.

M. le docteur Combes, l'auteur de la communication relative à l'appareil dit élythroïde, insérée dans les numéros des 10 et 22 janvier, nous écrit au sujet de la réclamation dont cette communication a été l'objet de la part de M. le docteur Cliet, en nous priant de mettre sous les yeux de nos lecteurs les observations suivantes :

1° Il ignorait les tentatives faites par le docteur Cliet pour parvenir au même but;

2° Il ne lui paraît pas qu'il y ait une grande analogie entre l'appareil de M. Cliet et l'élythroïde, dont la composition typique varie suivant les principales indications que le praticien peut se proposer de remplir. Cet élythroïde n'a pas, en effet, une propriété unique et constante, comme le dit le réclamant, mais il est tantôt astringent, tantôt émollient ou hypnotique, etc.; et il présente en outre, le plus souvent, un ou deux godets que l'on garnit de médicaments spécifiques, dont l'effet localisé vient s'ajouter à l'action générale de l'instrument;

3° Enfin, ajoute M. Combes, s'il y avait entre mon élythroïde et l'utérotherme de M. Cliet quelques ressemblances, il n'en serait pas surpris, une idée aussi simple et aussi naturelle ayant dû germer dans l'esprit de tous les médecins qui ont eu quelques femmes à traiter.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Fonssagrives, premier médecin en chef de la marine, vient de recevoir la décoration de Saint-Stanislas de Russie. Cette distinction a été accordée à notre honorable confrère pour les services rendus à la marine par son important *Traité d'hygiène navale*, que vient de traduire, par ordre du gouvernement russe, un comité présidé par l'inspecteur général du service de la marine, à Cronstadt.

— M. Renault, inspecteur général des Écoles vétérinaires, vient d'être nommé commandeur de l'ordre de Saint-Stanislas de Russie.

— La commission administrative de la *Société centrale de l'Association générale*, dans sa séance du 1er mars, sous la présidence de M. Michel Lévy, a statué sur l'admission des nouveaux membres dont les noms suivent : MM. Laloy, Magne, Bessières, A. Richard, Chappmell, Fano, Le Saulnier, Marey, Marty et Jeaux.

— La *Gazette médicale de Lyon* annonce la formation dans cette ville d'une nouvelle Société scientifique. Plusieurs jeunes médecins se réunissent pour donner une héritière à l'ancienne *Société médicale d'émulation*.

— M. le docteur Fournier, de Lempdes, vient de succomber à Clermont-Ferrand, à l'âge de soixante-dix-huit ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la colonie de Fitz-James, succursale de l'Asile privé d'aliénés de Clermont (Oise), considérée au point de vue de son organisation administrative et médicale, par le docteur Gustave Labitte, médecin en chef de l'établissement. Illustré d'une vue panoramique et d'un plan de l'établissement. In-4°. Prix : 3 fr. A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Sur les corps étrangers introduits dans l'urèthre et dans la vessie, par le docteur Foucher, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-8° de 20 pages. Prix : 50 c. *franco*. Paris, 1861, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine, 23.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 28. — JEUDI 7 MAI[RS 1861.]

(34e ANNÉE.)

N° 28. — JEUDI 7 MARS 1861.

Ce journal paraît trois foi[s par semaine,]
LE MARDI, LE JEUDI ET LE [SAMEDI.]

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 MARS 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'un des événements de la séance a été l'élection de M. Cl. Bernard dans la section de physiologie. Nous voyons d'ici plus d'un de nos lecteurs s'étonner que M. Cl. Bernard ne fût pas encore membre de l'Académie de médecine. Il y avait cependant d'assez bonnes raisons pour cela. Pour être admis dans un corps savant, il faut qu'il y ait une vacance. M. Cl. Bernard ne pouvait entrer à l'Académie de médecine que comme physiologiste. Or, depuis 1847 il n'y avait point eu de vacance dans cette section. La mort de M. Duméril y a fait un vide. M. Bernard s'est présenté, et l'Académie lui a ouvert ses portes à deux battants. Rien que de très-simple et de très-naturel. Que M. Bernard veuille bien remplir sérieusement ses nouvelles fonctions et prendre une part active aux travaux de l'Académie de médecine, comme il le fait avec tant de succès depuis une dizaine d'années à l'Institut, et tout sera le mieux du monde; — surtout si l'Académie ne tarde pas, ainsi qu'elle est mise en demeure de le faire par la mort récente de M. Heller, à appeler dans son sein, à côté du nouvel élu, l'un des dignes compétiteurs qui se sont modestement inclinés hier devant une aussi redoutable candidature.

Après l'élection, — et c'est là le second événement de la séance, — l'Académie a repris la discussion sur la congestion cérébrale apoplectiforme ; elle a entendu les deux médecins légistes auxquels s'adressait plus particulièrement l'appel fait par M. Trousseau lors de sa dernière argumentation, MM. Devergie et Tardieu.

M. Devergie a examiné la question sous ses deux points de vue, le point de vue pathologique et le point de vue médico-légal. Regrettant qu'un plus grand nombre de pathologistes n'aient pas pris part à cette discussion, il a tenu à protester pour son compte contre la proposition de M. Trousseau, qu'il considère comme devant amener une perturbation dans la thérapeutique médicale. Il ne voudrait pas qu'on pût venir dire désormais : Il n'existe plus de congestion cérébrale apoplectiforme; de par l'Académie il est défendu de saigner dans ce cas, vu que cette congestion n'est autre chose que de l'épilepsie.

M. Devergie aurait eu parfaitement raison si M. Trousseau avait effectivement soutenu la proposition dans ces termes, s'il ne l'avait circonscrite aux cas particuliers de congestion *apoplectiforme*, réservant tout ce qui a rapport aux autres formes de congestion, à la congestion active e spontanée notamment, dont M. Devergie a d'ailleurs cité de très-bons et très-concluents exemples. Mais nous avons déjà suffisamment insisté sur ce point. Nous ne nous y arrêterons pas davantage ici.

M. Devergie a abordé ensuite le point de vue médico-légal. Ce point de vue de la discussion est de la plus haute importance. On n'ignore pas les conflits auxquels les questions de ce genre ont si souvent donné lieu entre les médecins et les magistrats. Voici ce qu'écrivait il y a quelques années, à l'occasion d'un procès resté célèbre, l'un de nos magistrats les plus éminents :

« La médecine appelée légale affecte depuis quelque temps la prétention d'inspirer des oracles à la jurisprudence. Il faut l'avouer, ce que j'ai vu et entendu de certains médecins dans ma carrière judiciaire, dépasse toute croyance. Il n'y a pas un homme que nous ne pourrions déclarer monomane en les écoutant. Si Pascal n'était pas mort, il devrait prendre garde à lui, car je connais maint docteur qui le tient pour halluciné. Socrate est bien heureux d'être venu sitôt..... il a péri du moins avec la réputation du plus sage des hommes, tandis qu'on pourrait bien trouver dans plus d'un savant écrit médical qu'il était à peu près monomane avec son démon familier..... Et on voudrait que nous autres juges, qui tenons dans nos mains la liberté et la capacité civile des personnes, nous fissions dépendre de si frivoles symptômes ces grandes questions où sont engagés l'honneur des familles, la jouissance des biens et les droits les plus chers de l'homme! Je pense que la médecine légale n'a apporté aucun progrès sérieux aux doctrines reçues dans la jurisprudence, et qu'elle ne doit en rien les modifier. »

Or on n'ignore pas que pour quelques médecins le fait seul qu'un individu est épileptique doit le faire considérer, en cas qu'il se soit porté à un acte criminel, comme irresponsable aux yeux de la loi. C'est sur l'application de cette doctrine aux cas de congestion cérébrale apoplectiforme, et sur les erreurs judiciaires qui ont dû résulter de l'ignorance de ce fait, que M. Trousseau en appelait à l'avis de ses collègues. On pressent déjà, si cette extension de la doctrine de l'irresponsabilité n'était appuyée sur de solides raisons ou plutôt sur des faits précis et bien nettement déterminés, à quel accueil elle devrait s'attendre de la part des magistrats, pour qui les lignes qui précèdent font entière autorité. Aussi M. Devergie s'est-il tout d'abord attaché à réduire, d'une part, cette proposition à des termes beaucoup moins généraux, et d'autre part à montrer, en spécifiant les cas où l'épilepsie peut et doit réellement entraîner l'irresponsabilité, que les erreurs présumées sont beaucoup moins nombreuses qu'on le pense.

Mais c'est surtout dans l'argumentation de M. Tardieu qu'on trouvera tout à la fois une réponse nette et catégorique à la question posée par M. Trousseau, et une juste appréciation du rôle qu'est appelée à jouer la médecine légale devant les tribunaux dans ces graves circonstances. Grâce à une lumineuse analyse des phénomènes principaux qui caractérisent l'épilepsie larvée, c'est-à-dire cette forme même de l'épilepsie à laquelle se rattache la congestion cérébrale apoplectiforme de M. Trousseau, et à la distinction, fondamentale dans l'espèce, de cette expression particulière de l'épilepsie qui se traduit tout entière par l'enchaînement subit de la volonté et par cette irrésistible impulsion au meurtre ou à tout autre acte irréfléchi, ce ne sera plus désormais d'après une doctrine générale toujours plus ou moins arbitraire que le médecin consulté par la justice motivera son avis, mais d'après des caractères déduits de l'observation même du sujet incriminé.

Cette argumentation de M. Tardieu n'aura pas eu seulement pour effet de jeter une vive lumière sur le sujet en discussion, et de rassurer la conscience hésitante d'un grand nombre de médecins ; c'est aussi la plus digne et la plus convenable réponse qu'on pût faire, au sein de l'Académie de médecine, aux graves et pénibles suspicions que les lignes citées plus haut laissaient peser sur les témoignages des médecins. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BERGERON.

Chorée avec hallucinations.

(Observation recueillie par M. L. DUCHESNE, interne des hôpitaux.)

G... (Léon), âgé de treize ans, entre le 28 novembre 1860 à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Saint-Joseph, 20, service de M. le docteur Bergeron.

Cet enfant, qui a déjà été dans le même service il y a quelque temps pour une fièvre typhoïde, est allé passer six semaines à la maison de convalescence de la Roche-Guyon.

Pendant son séjour dans cette maison, l'enfant ne présenta rien de particulier. Il revint dans un état de santé aussi satisfaisant que possible.

Le lendemain de son arrivée, c'est-à-dire le 27 novembre, sa patronne remarqua, dit-elle, quelques légers mouvements convulsifs dans les membres.

Le 28, à neuf heures et demie du matin, les accidents augmentèrent. L'enfant portait brusquement sa main droite à son menton, le frappait avec violence et répétait sans cesse *na*. Il avait parfaitement conscience de tout ce qui se passait autour de lui, mais se plaignait de ce que ses camarades se moquaient de lui. A une heure et demie il fut pris de délire, et tenait des propos incohérents. A quatre heures, moment auquel on nous l'amène à l'hôpital, sa chorée persiste avec la même intensité; il est furieux, ne peut rester en repos sur sa chaise. Il veut chasser quelqu'un ; il lui enjoint de s'éloigner au plus vite. Sa figure est congestionnée, couverte de sueur. Du reste, apyrexie complète. Il répond avec intelligence, mais par saccades, aux questions que nous lui posons.

Cet état d'excitation, très-marqué à l'arrivée du malade dans la salle, diminue un peu au bout d'une demi-heure, sans cependant cesser d'être aussi caractéristique.

Mes collègues, auxquels je montre ce malade, sont de mon avis quant au diagnostic et au traitement. Je lui prescris donc immédiatement une douche en pluie.

L'enfant, en entrant dans la salle des bains, un peu obscure à ce moment, éprouve un sentiment de frayeur; il ne veut pas avancer. Quelques instants plus tard, le bruit de l'eau qui s'échappe du robinet lui cause un certain émoi. Il ne se soumet qu'avec beaucoup de peine à recevoir la douche. Sa respiration est haletante ; il croit qu'on va lui faire du mal, dit-il. Néanmoins, on parvient à lui administrer une douche en pluie d'une minute et demie.

Aussitôt après, les mouvements désordonnés que présentait l'enfant cessent complétement, sauf encore un peu de chorée des muscles du pharynx qui persiste. Mais revenu à la salle, tout disparaît, et il ne se manifeste plus aucun mouvement choréique. Le malade parle très-franchement, mais ne peut expliquer l'origine des accidents qu'il a éprouvés. Il demande à manger. Le soir, il s'endort et ne présente pendant son sommeil aucun mouvement choréique.

Le 29, l'enfant est extrêmement calme, mais prononce encore, quoiqu'à de très-rares intervalles, *na*. On remarque à peine quelques légers mouvements choréiques dans les membres.

A dix heures du matin, douche en pluie d'une minute et demie.

Le malade se trouve très-bien toute la journée ; seulement le soir, à cinq heures, il éprouve un peu de difficulté à boire ou plutôt à avaler.

Le 30, encore quelques mouvements très-légers et très-rares dans la tête. On n'en observe pas dans les membres. — Douche d'une minute et demie.

Le 1er décembre, même état ; on suspend les douches.

Le 2, l'enfant reste levé toute la journée, et est très-calme. — Bain tiède.

Le 3, les mouvements ont entièrement cessé.

Le 5, la guérison se maintient.

Le 6, l'enfant étant complétement guéri, nous lui donnons son *exeat*, en lui recommandant de revenir de suite à l'hôpital, s'il lui survenait encore des mouvements.

Cette observation, quelque courte qu'elle soit, m'a paru intéressante à plusieurs points de vue; d'abord à cause de l'explosion brusque et sans cause appréciable des accidents, de leur peu de durée, de la guérison presque subite au moyen de l'hydrothérapie; ensuite par cette forme bizarre de chorée, où le malade se frappe violemment le menton, ce qui se rapporterait assez bien à ce que Tulpius désigne sous le nom de *malleatio*.

Cette observation vient en confirmation des faits contenus dans le mémoire si intéressant de M. le docteur Marcé, sur *l'état mental dans la chorée*.

NOTE SUR UN CAS DE DÉCOLLEMENT TRÈS-PROFOND du rectum, opéré et guéri par la méthode du pincement,

Par M. U. TRÉLAT,
Professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Il y a longtemps que j'ai recueilli l'observation qui fait le sujet de ce petit travail, et quoique à cette époque j'eusse été très-vivement frappé de ses diverses circonstances, je n'en avais pas apprécié toute la portée. J'entrepris depuis quelques recherches sur la matière, et je ne fus pas médiocrement surpris de constater que tous les auteurs qui ont écrit sur la fistule à l'anus avaient omis de signaler un accident grave, pouvant entraver la cure, et de prévenir le chirurgien de la conduite à tenir, le cas échéant.

L'incontinence des matières fécales, à la suite des divisions très-profondes du rectum, la crainte de blesser le péritoine, enfin, et par-dessus tout, l'hémorrhagie, préoccupaient surtout les chirurgiens du dernier siècle. Tous en parlent ; ils indiquent les moyens de les éviter et de les combattre. Mais aucun d'eux, ni J. L. Petit, ni Pott, ni Ledran, ni Desault, ni même Boyer, ne font mention de vastes phlegmons qui surviennent peu de jours après l'opération, sur un point quelconque de l'anus ou du rectum, loin de l'incision, et qui peuvent causer les désordres les plus prompts et les plus alarmants.

Cet accident a été si complétement passé sous silence par tous les auteurs, qu'on serait en droit de croire, après la lecture de leurs travaux, que toute opération bien faite de fistule simple est forcément suivie d'un succès que rien ne vient troubler dans sa marche.

Que l'on ne confonde pas un abcès de cette nature avec les clapiers, les récidives, qu'on observe parfois après un temps plus ou moins long. Un pareil phlegmon est un accident lié à l'opération provoqué par elle, et non par l'existence de diverticulums et desinuosités de la fistule.

Le malade que j'ai eu sous les yeux a offert une preuve de la complication que je me propose d'examiner, et l'intérêt que j'attache

à ce fait est encore accru par la méthode de traitement dirigée contre cette affection. C'est un troisième cas (1) de l'application de l'entérotome à la section du rectum. Cette nouvelle méthode, introduite dans la pratique chirurgicale par Gerdy, ne compte jusqu'ici que des succès, mais cependant en trop petit nombre pour qu'il ne soit pas indispensable de faire connaître tous les faits qui s'y rapportent.

Fistule à l'anus. — Opération. — Vaste phlegmon rétro-rectal. — Décollement considérable; section du rectum à l'aide de l'entérotome par le procédé de Gerdy. — Guérison complète au bout de quatre mois.

M. F..., âgé de quarante-trois ans, grand, robuste, et d'une santé vigoureuse, avait été atteint, il y a quelques années, d'un abcès de la marge de l'anus. Cet abcès ne s'était pas complétement fermé, et il restait une petite fistule qui de temps à autre, et sous l'influence de la fatigue, incommodait le malade.

Désirant entreprendre un long voyage en Espagne, M. F... voulut être guéri de son infirmité. Je le vis au mois de mai 1854, et je constatai la présence d'une fistule très-superficielle, située sur la fesse droite, dans la direction de la tubérosité sciatique, ayant son orifice externe très-petit, à 3 centimètres de la muqueuse anale, et l'orifice interne à 1 centimètre du commencement de cette muqueuse. Cette fistule était simple, sans diverticulums, sans indurations. La peau n'offrait aucun changement de couleur. L'état général était excellent; il n'y avait donc aucune raison de différer l'opération.

Suivant le désir que m'avait témoigné M. F..., je priai M. Nélaton de vouloir bien la pratiquer.

C'est le 20 mai qu'elle eut lieu ; elle fut des plus simples. Le malade avait voulu être endormi par le chloroforme. Une sonde cannelée introduite par l'orifice externe vint ressortir par l'interne; la peau, tendue sur elle, fut divisée d'un seul coup de bistouri. Un très-médiocre écoulement de sang fut arrêté par quelques aspersions d'eau froide ; on appliqua une mèche du volume du doigt, quelques compresses et un bandage en T.

Cette petite opération, si facile, si rapide, faisait espérer une guérison très-prochaine. Pendant les cinq ou six premiers jours, les choses marchèrent très-bien ; mais au bout de ce temps il me sembla que la plaie restait saignante, comme pulpeuse ; le malade éprouvait un malaise général, un sentiment de pesanteur dans le rectum ; enfin, en palpant d'un seul doigt et avec grand soin le pourtour de l'anus, il fut facile de constater que certains points étaient manifestement douloureux. Il n'y avait, du reste, à l'extérieur, ni tension, ni gonflement, ni rougeur. Bientôt les symptômes s'aggravèrent, la douleur devint fixe et plus intense; la muqueuse rectale prit une couleur violacée, elle semblait brillante et tendue ; l'introduction du doigt dans l'anus était extrêmement pénible, surtout lorsque la pulpe digitale pressait la partie postérieure de l'intestin. D'autre part, il y avait de la fièvre, la langue était sale, quelques frissons vagues avaient été remarqués. Malgré l'emploi des bains, des applications émollientes, des laxatifs, un foyer de suppuration s'était formé au voisinage de la plaie. Nous étions alors au douzième jour de l'opération ; je remarquai, en écartant fortement les bords de l'anus, un petit pertuis très-fin d'où la pression faisait sortir quelques gouttes de pus rougeâtre.

En présence de cet accident, je priai de nouveau M. Nélaton de voir le malade et de m'éclairer de ses conseils. Cette visite eut lieu le 4 juin.

Depuis l'avant-veille le malade éprouvait de continuels élancements dans le rectum, et depuis la veille au soir il n'avait pas uriné.

Il fallait remédier promptement à un pareil état, et pour cela évacuer le foyer purulent. Mais il n'y avait à l'extérieur rien d'apparent ; la peau n'était ni rouge ni tendue. Sur quel point porter le bistouri ?

M. Nélaton insinua par le pertuis que j'ai déjà signalé, un stylet d'argent recourbé en crochet ; un mouvement de bascule fit saillir la pointe dessous une assez grande épaisseur de parties molles. Cette manœuvre montra que le foyer était situé en arrière et à gauche de l'anus. Se guidant sur ces indications, le chirurgien fit une large incision s'étendant depuis le pertuis de la muqueuse jusqu'à la pointe du stylet ; cette incision intéressait à la fois la portion inférieure du rectum et la peau. Elle donna issue à un flot de pus mêlé de stries sanguines. En ce moment, le malade, qui était plongé dans le sommeil anesthésique, laissa échapper une quantité considérable d'urine.

Les deux plaies de la marge dorsale permettaient l'introduction très-facile des doigts ; on sentait un large décollement de toute la paroi postérieure du rectum, décollement qui en certains points occupait au moins la moitié de sa circonférence et laissait arriver en haut jusque sur les deux articulations sacro-iliaques. Si on plaçait l'index dans le rectum et le médius dans le foyer, ces deux doigts étaient séparés par une cloison mobile et flottante qui n'était autre chose que le rectum lui-même ; cette cloison mesurait en hauteur 8 à 9 centimètres au moins. Il était impossible de songer à la diviser par l'instrument tranchant ; c'eût été s'exposer à des hémorrhagies extrêmement graves. M. Nélaton pensa que peut-être ce serait là l'occasion d'employer l'entérotome d'après le procédé de Gerdy ; mais il fallait évidemment attendre, et voir quelle marche allait suivre un état aussi sérieux.

Nous nous bornâmes donc à faire dans le foyer des injections tièdes et à appliquer de petites mèches et un pansement lâche qui pussent permettre un libre écoulement du pus.

Je le pansais deux fois par jour, et je faisais dans le foyer des injections d'abord émollientes, puis plus tard légèrement stimulantes. Il ne survint aucun accident sérieux ; au bout de quelques jours M. F... avait recommencé à manger un peu.

Dans les derniers jours de juin, tout allait pour le mieux ; M. F... avait repris quelque embonpoint, de la fraîcheur du visage; il ne souffrait presque pas, et pouvait consacrer presque toutes ses journées à la lecture.

Dans le commencement de juillet, je constatai l'existence d'un point douloureux immédiatement en arrière de la première incision ; les plaies redevinrent saignantes, la cicatrisation s'arrêta. Je remplaçai les mèches par des cataplasmes émollients qui calmèrent la douleur et firent taire l'inflammation ; mais il n'en fut pas moins évident, au bout d'une huitaine de jours, qu'un clapier en communication irrégulière et anfractueuse avec le foyer rétro-rectal s'était formé au point que je viens d'indiquer.

M. Nélaton, après avoir examiné l'état des parties, divisa d'un coup de bistouri la peau qui recouvrait le clapier dans toute son étendue. Mais l'opérateur ne s'en tint pas là.

J'avais préparé un entérotome de Dupuytren, à branches plus courtes, dont la vis, servant à rapprocher les deux branches, était remplacée par une crémaillère ; l'instrument est ainsi beaucoup moins volumineux en deçà de l'articulation, et par conséquent moins gênant pour le patient.

Profitant donc de la position du malade, qui était placé comme pour l'opération de la taille, et du sommeil anesthésique, M. Nélaton pinça entre les mors de l'entérotome ce voile mobile qui était constitué par les tuniques du rectum, et qui séparait le vaste foyer rétro-rectal de l'intestin lui-même. Un fil ciré fut enroulé autour des branches de manière à affermir leur rapprochement, toute la portion de l'instrument dépassant l'anus, enveloppée et recouverte de compresses, le tout maintenu par un bandage en T. Le malade n'éprouva que peu de douleurs dans la journée ; il dormit plusieurs heures la nuit suivante.

Le lendemain matin l'appareil ne s'étant pas dérangé, je laissai le tout en place jusqu'au soir. Au moment où je retirais le bandage et les compresses, la pièce tomba d'elle-même ; elle était restée trente heures en place. Sa présence n'avait déterminé aucun accident. Je lavai le rectum en injectant de l'eau tiède avec une seringue, j'introduisis une mèche grosse comme le doigt, et le malade fut replacé dans son lit.

Le jour suivant, je pus constater que la partie mobile du rectum avait été divisée dans une étendue de 3 centimètres environ, mais qu'il en restait au-dessus une partie au moins égale qui séparait le fond du foyer de l'intérieur de l'intestin. Je dis au moins égale, car mon doigt ne pouvait atteindre le sommet du foyer. Afin de combler cette arrière-cavité, dès que l'incision la plus récente eut commencé à se recouvrir de bourgeons charnus, je pratiquai chaque jour dans le foyer rétro-rectal une injection iodée composée d'abord de parties égales d'eau et de teinture d'iode, puis bientôt de teinture seule. Sous l'influence de ce traitement, la cicatrisation marcha rapidement. J'eus plusieurs fois à réprimer avec le nitrate d'argent et même à diviser avec les ciseaux quelques brides vicieuses qui se formaient sur les plaies extérieures.

La santé générale était excellente, l'appétit aussi développé que possible chez un homme qui depuis tantôt trois mois n'avait pas quitté son lit.

Bientôt, au lieu de cette surface irrégulière et comme déchiquetée qui formait autrefois les parois du foyer, on trouvait une surface unie, comme muqueuse, et dont le toucher ne provoquait aucune douleur; on ne pouvait plus promener largement le doigt en arrière et sur les côtés du rectum; il était confiné dans un espace plus restreint situé en arrière et à droite de l'intestin. Mais il restait toujours un cul-de-sac profond dont je ne pouvais atteindre le sommet.

Vers la fin d'août, je ne constatai plus de progrès, et ce foyer semblait devoir rester indéfiniment stationnaire. Les injections iodées ne produisaient plus rien.

L'application de l'entérotome avait été si innocente, elle avait donné de si bons résultats, qu'il me sembla parfaitement indiqué d'achever par une nouvelle application la section de la cloison rectale. Pour être bien sûr de tout diviser, je procédai de la manière suivante :

Je séparai les deux branches de l'entérotome, dont l'articulation est mobile comme celle du forceps, et saisissant alors la branche mâle comme un stylet, je la guidai sur mon doigt jusqu'à ce que son extrémité mousse vînt butter dans le fond du foyer; je la fis maintenir solidement dans cette position, et je plaçai l'autre branche dans le rectum en l'introduisant à la même hauteur. L'instrument fut articulé, et je serrai aussitôt fortement, quoique avec mesure, de manière à être bien certain de ne pas laisser glisser la cloison membraneuse. Le malade éprouva une légère douleur.

L'entérotome avait pénétré jusqu'au delà de son articulation, c'est-à-dire à une profondeur de 12 centimètres au-dessus de l'orifice anal. J'appliquai le pansement que j'ai déjà décrit. C'était le 1er ou le 2 septembre, à une heure de la journée.

Le malade ne ressentit que de très-légères souffrances; il dormit pendant la nuit d'un bon sommeil, et j'appris le surlendemain à ma visite, que le matin même, en se réveillant, il avait senti son appareil se déranger, et qu'en y portant la main il avait trouvé la pince sortie du rectum ; elle était encore fermée, et par conséquent elle ne s'était détachée que grâce à la section des parties étreintes.

Je constatai, en effet, qu'il en était ainsi. Le doigt introduit dans le rectum ne trouvait plus qu'une vaste cavité constituée en avant par la muqueuse intestinale, en arrière par la paroi de l'ancien foyer purulent, en haut et sur les côtés par des mamelons arrondis, qui n'étaient autre chose que les débris de la cloison divisée.

Le jour suivant, M. F... avait repris son régime habituel; son état général n'indiquait nullement qu'il venait de subir cette opération, très-innocente mais très-décisive.

A partir de cette époque, la cicatrisation marcha régulièrement, quoique avec lenteur; les plaies extérieures offraient le meilleur aspect; elles se recouvrirent bientôt d'une membrane cicatricielle rosée qui s'étendait chaque jour.

Dans le courant de septembre, je cessai de voir chaque jour M. F.... Il était désormais évident que sa guérison n'était plus qu'une affaire de temps.

Au commencement d'octobre, le malade avait commencé à se lever, et bientôt il put entreprendre quelques promenades.

M. F... éprouva un inconvénient grave dont j'avais cru prudent de l'avertir depuis longtemps. Les envies d'aller à la selle étaient brusques, impérieuses, et si ce besoin n'était pas immédiatement satisfait, les matières fécales s'échappaient involontairement. Cet état se prolongeant, eût été une infirmité bien sérieuse. Heureusement il n'en fut rien. Au mois de novembre, le sphincter, quoique divisé par trois larges incisions, avait repris ses fonctions normales.

Je conduisis alors le malade chez M. Nélaton, qui constata les heureux résultats de ce traitement auquel il avait pris une part si importante.

Rien n'a troublé cette cure si complète. M. F... a mis à exécution son projet de voyage en Espagne, se félicitant chaque jour d'être débarrassé d. voir échappé aux terribles accidents qui ont comp rmation du testicu

J'ai le longée des bandele e pendant ce voyage, notre infortuné malade est n l'individu qui la pr ures du choléra qui sévissait à Tanger.

— Main me les précédent vons pour ainsi dire les pièces du procès sous les ye cine et de chiru iner à loisir plusieurs questions relatives au traitement ; nvoie au tions nous demander si tels autres procédés n'eussent pas été préférables à celui que nous avons employé.

Et d'abord, ne pourrait-on pas abandonner à la nature le soin de combler le foyer situé en arrière du rectum, en l'aidant de pansements convenables? C'était la pratique de Pott en pareil cas (1); il s'appuie sur un passage de Ledran, et donne le précepte de n'ouvrir que la partie inférieure du foyer, et de laisser intacte la portion inaccessible au doigt. Cette division, dit-il, sera entièrement suffisante pour procurer la guérison, ainsi que je l'ai très-souvent expérimenté. D'autre part, Pouteau rapporte, à la fin de son Mémoire sur le pansement des fistules à l'anus, une observation de décollement profond du rectum à la suite d'un volumineux abcès. Il ne put fendre l'intestin dans toute la hauteur du sac, et il attribue aux cautérisations avec le nitrate d'argent la guérison, qui du reste se fit attendre trois mois. Mais c'est ce traitement qui a été mis en usage pendant plus d'un mois et demi, en substituant toutefois l'iode à la pierre infernale, et au bout de ce temps nous n'avions rien gagné en profondeur, le foyer ne s'était nullement comblé ; il était donc rationnel de chercher un moyen plus efficace.

Rejetant les caustiques, dont l'emploi eût été difficile et peut-être dangereux, on pouvait songer à l'incision sur le gorgeret ou à la ligature. Sans doute Desault a incisé le rectum au-dessus de la portée du doigt, et ses malades ont guéri ; mais n'était-ce pas un peu téméraire, et n'a-t-il pas dû s'estimer heureux de ne pas avoir d'hémorrhagie à combattre? Le malade dont parle J. L. Petit faillit succomber à cet accident consécutif, à une opération trop hardie faite par un jeune chirurgien ; un autre, qu'il cite dans le chapitre des Hémorrhoïdes, avait été aussi sérieusement menacé.

Pourquoi aurions-nous été courir au-devant de ce danger? Qu'aurions-nous fait s'il s'était présenté au fond de l'ampoule rectale assez vaste pour contenir le poing fermé? Et, d'ailleurs, en l'absence de l'hémorrhagie, quel avantage eût offert l'incision? — Plus de rapidité, dirait-on. — Pas beaucoup, car chez notre malade la pince est restée en place une fois trente heures, une autre fois trente-six. Si dans les deux cas de Gerdy, l'entérotome n'est tombé qu'au bout de cinq ou six jours, il est légitime de supposer qu'une plus grande épaisseur de parties molles avaient été saisies, et que peut-être la constriction ne s'était pas produite d'une manière aussi régulière, les branches de l'instrument s'étant trouvées faussées lors de l'application. Remarquons bien que dans certains cas les malades n'ont pas du tout souffert, que dans d'autres la douleur n'a pas dépassé le jour de l'opération, qu'il n'y a eu ni fièvre ni aucun de ces troubles généraux qu'entraînent avec elles presque toutes les opérations sanglantes. Qu'est-ce alors que cinq ou six jours pour un pareil bénéfice ?

S'il est une méthode qui par sa nature se rapproche de celle du pincement, c'est certainement la ligature. Elle évite l'hémorrhagie; elle ne détermine que peu ou point de souffrances, pas de fièvre, pas de malaises consécutifs. Jusqu'ici la comparaison ne lui est pas défavorable ; mais sur la question de temps, de durée du traitement, les choses changent complétement de face. Il ne peut être question ici de la ligature appliquée indistinctement à toute espèce de fistules superficielles ; nous devons nous borner aux cas où elle a été mise en usage pour des fistules ou des décollements profonds. Desault, dans son *Journal de chirurgie*, t. III, p. 89 et suivantes, rapporte trois observations de cette nature; il se servait d'un fil de plomb. Il fallut une fois 63 jours, une autre 42, puis 46, puis 54 jours pour arriver à couper toutes les parties comprises dans les ligatures. Ces chiffres sont plus éloquents que toute critique.

Il faut en moyenne huit fois plus de temps pour atteindre le même but à la ligature qu'à l'entérotome. Et même est-il bien sûr qu'on puisse atteindre le même but? Osera-t-on porter une ligature d'après la méthode de M. Desault jusqu'au niveau de la réflexion du péritoine. Osera-t-on perforer cette séreuse avec un fil métallique, et l'étreindre ensuite fortement? Je ne sais ; mais il me semble que la main du chirurgien répugne à une pareille tentative. Au contraire, ce que l'on sait sur l'action de l'entérotome, qui pince l'éperon de l'anus contre nature, n'est-il pas bien fait pour enhardir et pour inspirer moins de crainte sur la division du péritoine par cette méthode?

De cette courte discussion, et du petit nombre de faits jusqu'ici connus, il semble résulter que la méthode du pincement, appliquée aux fistules et aux décollements profonds du rectum, est plus efficace que les pansements par les mèches compressives, la cautérisation au nitrate d'argent, les injections iodées, etc., plus sûre que l'incision, plus rapide et plus étendue dans son action que la ligature. Elle réunit donc ces trois conditions essentielles à toute bonne opération chirurgicale : efficacité, célérité, sécurité.

DE L'EMPLOI DE L'ACIDE ARSÉNIEUX
dans les congestions apoplectiques.

Par M. le docteur Lamare-Picquot, médecin en chef de l'hôpital de Honfleur.

M. Lamare-Picquot pense que le traitement dit *rationnel* de la congestion apoplectique, appliqué généralement de nos jours, a l'inconvénient d'être dirigé contre les symptômes plutôt que contre la cause de la maladie. Antérieurement à la production des symptômes actifs de la congestion apoplectique, dit-il, il se passe une série de circonstances et de phénomènes qui la préparent et la déterminent. Cette cause première lui a paru se manifester toujours en même temps que l'on s'aperçoit d'un embarras à la tête, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, etc. Dans ces circonstances, si le mal est assez prononcé pour que l'on ait recours à la saignée, il a observé que chez tous les sujets l'élément cruorique du sang (les globules) dépasse de beaucoup celui du sérum. Il a rencontré quelques sujets

(1) Ce travail a été rédigé en 1855. Depuis cette époque il se peut que d'autres chirurgiens aient eu recours à la même méthode.

(1) Pott. Traduction française, t. II, p. 362.

ayant des phénomènes de congestion apoplectique très-prononcés, chez qui le sang donnait pour résultat 75 parties pour 100 de cruor, et quelquefois plus encore. Or, ajoute-t-il, toutes les fois que le cruor dépasse 54 pour 100, il se manifeste dans l'organisme quelques signes congestifs vers le cerveau.

La saignée devient alors un moyen de soulagement momentané, mais elle ne remédie nullement d'une manière durable à la prédominance du cruor sur le sérum. Le médicament par excellence pour opérer cette modification utile, est la solution d'acide arsénieux. Ce médicament, doué d'une action hyposthénisante remarquable, rétablit en peu de temps l'équilibre entre le cruor et le sérum. Le fait est bien facile à vérifier, si, après trente ou quarante jours de l'emploi de la médication arsenicale, on pratique une saignée exploratrice de 40 grammes.

Lorsque l'économie ne présente que de légers symptômes généraux de congestion cérébrale, l'acide arsénieux à la dose de quelques milligrammes, pris en solution dans la boisson des repas, suffit pour les arrêter. Toutefois, il faut un certain délai pour que la transformation voulue s'opère dans les éléments du sang. Un mois suffit habituellement pour obtenir quelques résultats; mais pour arriver à l'état normal, il est nécessaire de continuer l'usage du médicament plus longtemps.

Dans les cas plus graves, on peut sans crainte aucune augmenter la dose de l'acide arsénieux : « Je l'ai, dit l'auteur, portée sur moi-même jusqu'à 15 milligrammes par jour et pendant plusieurs mois. C'est un fait remarquable que, plus l'excitation cérébrale est manifeste et puissante, mieux l'organisme tolère la médication. »

Depuis quelques années, M. Lamare-Picquot emploie de préférence à l'acide arsénieux l'arséniate de soude. Il n'a recours à la saignée que dans les cas très-graves. « J'en suis aujourd'hui, dit-il, au vingt-troisième fait de récidive chez des cas primitifs, et si j'y joins les faits de guérison pour les sujets prédisposés par état constitutionnel à ces retours offensifs, je grouperai quarante-trois ou quarante-quatre faits sans qu'il soit advenu dans ma clientèle un seul cas de mort par apoplexie. »

Il est nécessaire d'ajouter qu'une catégorie importante de faits se trouve exclue de ce relevé : ce sont les congestions apoplectiques des sujets très-avancés en âge et très-débiles, parce que M. Lamare-Picquot pense que chez eux les organes parenchymateux pourraient sous l'influence des pertes de sang et d'un agent très-hyposthénisant, passer à un état d'hyperémie, et que cette nouvelle gêne pourrait terminer la vie par une congestion séreuse. « D'ailleurs, ajoute l'auteur, comme il faut que l'homme sorte de la vie par une porte quelconque, je n'ai jamais essayé de ce moyen chez les vieillards débiles frappés d'apoplexie. »

(*Bull. de thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 mars 1861. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet :

1° Les rapports d'épidémies de MM. les docteurs Curel (de Napoléonville), Palanchon, de Cuisery (Saône-et-Loire), Dehée (d'Arras);

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements du Rhône, de la Drôme, de l'Orne, du Var, de la Charente et des Côtes-du-Nord (commission des épidémies);

3° Les rapports de MM. les docteurs Zaleski, Privat, sur le service médical des eaux minérales de Fontanges (Var) et de La Malou (Hérault). (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Un mémoire intitulé *Avantage possible de l'emploi de l'oxygène pur dans les divers cas d'asphyxie, notamment dans celle des galeries de mines, de fosses*, etc., par M. le docteur Fiévet, de Tournon-sur-Rhône (commissaires, MM. Bouchardat et Gavarret);

2° Un mémoire sur une épidémie de diphthérie observée à Anduze (Gard) par M. le docteur Bonifas (commission des épidémies);

3° Une lettre de M. le docteur Rebory (de Digne), qui sollicite le titre de membre correspondant (renvoyé à la section);

4° M. Mathieu présente à l'Académie un dilatateur rectal qu'il a fabriqué d'après les indications de M. Nélaton.

Cet instrument, dont la courbure est disposée de manière à pénétrer dans la partie profonde du rectum, est pourvu d'un mécanisme qui permet aux deux branches de s'écarter parallèlement en un point donné, sans dilater l'orifice anal. Son volume, au moment de l'introduction, est très-petit.

Au moyen de la vis A, que l'opérateur fait agir pour opérer la dilatation, il peut graduer à volonté le degré d'écartement des branches.

Cet instrument a été employé plusieurs fois avec avantage dans les rétrécissements du rectum. Son mécanisme est simple; il est facile à manœuvrer et à entretenir.

L'auteur fait observer que cet instrument est construit depuis plus de deux ans.

5° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Lebel, de Valognes. (Le dépôt est accepté.)

— M. LE PRÉSIDENT, sur la demande de M. le docteur Moura-Bourouillon, ouvre un pli cacheté déposé dans la séance du 26 février. Le contenu de ce pli, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture, est relatif aux phénomènes de la déglutition observée au laryngoscope.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce que parmi les mémoires envoyés pour les prix, il en est un qui n'est pas accompagné du pli cacheté exigé par le règlement. L'auteur de ce mémoire, qui a pour épigraphe : *Si vis cognoscere nomen, da prœmium*, est invité à remplir cette formalité.

— M. TARDIEU fait hommage à l'Académie du *Compte rendu du service médical du chemin de fer d'Orléans pendant l'année 1860*, par MM. les docteurs Bisson et Gallard.

— M. TROUSSEAU offre en hommage à l'Académie une brochure sur l'épilepsie larvée, par M. Morel, médecin de l'Asile de Saint-Yon.

— M. DEVERGIE dépose sur le bureau de l'Académie deux exemplaires d'une publication faite par M. Alfred Liégard, de Caen, sur l'éclampsie.

L'auteur de ce travail cherche à démontrer que la saignée est généralement nuisible dans le traitement de l'éclampsie. Il donne d'ailleurs les moyens de prévenir cet accident des femmes en couches, ainsi que ceux qui peuvent la guérir. Son travail repose sur vingt-neuf observations.

Il le destine aux concours pour les prix Itard et Barbier.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, lit :

1° Un rapport sur l'eau minérale d'une source découverte à Soultzmatt (Bas-Rhin). Cette eau appartient à la classe des eaux acidules bicarbonatées sodiques et calcaires (mixtes); elle est semblable à celle autorisée en 1853 dans la même localité.

2° Un rapport sur les deux sources d'eaux minérales découvertes à Casoul-lès-Béziers (Hérault). Ces eaux appartiennent à la classe des eaux salines magnésiennes et calcaires. L'une des sources servira comme buvette, et l'autre, plus riche en principes salins, sera employée, comme elle l'est déjà, pour l'usage des bains principalement.

3° Un rapport sur l'eau minérale de Reyrieux (Ain). Cette eau est ferrugineuse, carbonatée, calcaire; elle est froide, et à la source sensiblement hépatique ou sulfureuse.

La commission propose d'accorder les autorisations demandées pour l'exploitation de ces trois sources. (Adopté.)

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de physiologie.

La liste de candidature porte :

En 1re ligne.	M. Cl. Bernard.
En 2e ligne.	M. Sappey.
En 3e ligne et *ex æquo*. . .	MM. Béclard et Verneuil.
En 4e ligne.	M. Béraud.

Le nombre des membres présents est de 79.

Au 1er tour de scrutin

M. Cl. Bernard obtient.	72 suffrages.
M. Sappey.	4 —
MM. Béclard, Verneuil et Béraud, chacun 1, ci.	3 —
	79 suffrages.

M. Cl. Bernard ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

Son élection sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

— M. le président soumet à l'Académie les deux propositions suivantes, arrêtées par le conseil d'administration :

1° Déclarer immédiatement une nouvelle vacance;

2° Charger la commission des onze membres qui a fait le dernier rapport, de présenter prochainement à l'Académie un nouveau rapport à l'effet de déterminer à quelle section devra appartenir cette vacance.

L'Académie adopte ces deux propositions.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les congestions cérébrales apoplectiformes.

La parole est à M. Devergie.

Suite de la discussion sur les congestions apoplectiformes.

M. DEVERGIE. Je n'avais pas l'intention de prendre part à la discussion. Mais dans une des précédentes séances, M. Trousseau a cru devoir faire appel à mon expérience en ce qui touche aux applications médico-légales; je me rends à son invitation.

Un autre motif me détermine encore à intervenir. J'ai vu avec regret le petit nombre de pathologistes qui ont pris part à la discussion, et comme je crois fermement à l'existence de la congestion cérébrale apoplectiforme, comme la proposition de M. Trousseau amène une perturbation dans la thérapeutique médicale, je viens combattre par des faits qui me paraissent concluants les opinions de notre collègue.

Quel eût été en effet le dernier mot de cette discussion, si elle se fût arrêtée à la dernière argumentation de M. Trousseau, et si M. Bouillaud ne fût intervenu pour la troisième fois?

On eût dit : De par l'Académie il n'existe plus de congestion cérébrale apoplectiforme; de par l'Académie il est défendu de saigner dans la congestion cérébrale apoplectiforme, attendu que cette congestion est toujours épileptiforme.

Je ne m'arrêterai pas d'ailleurs à quelques mots nouveaux créés par M. Trousseau; il lui a plu, imitant en cela Dupuytren, qui a inventé la *stupeur*, de créer l'*étonnement* cérébral et de personnifier ainsi le cerveau; je ne m'arrêterai pas à cette innovation. Un mot de plus, un mot de moins dans la science, cela importe peu en présence de plusieurs centaines de mots qui constituent la nomenclature de notre honorable collègue M. Piorry. Le temps fera justice de ce néologisme.

Revenons à la congestion.

M. Trousseau admet-il ou n'admet-il pas une congestion cérébrale apoplectiforme? Dans la première communication qu'il nous a faite, il admet l'existence de la congestion qui précède et accompagne l'hémorrhagie cérébrale ou l'apoplexie. « Je ne veux pas nier absolument cette congestion, et j'avoue même que je suis tenté de l'admettre dans une certaine mesure.

Je lui ai entendu dire dans une précédente discussion, que depuis quinze ans il n'avait pas vu un seul cas de congestion cérébrale apoplectiforme : énoncer ce fait, n'est-ce pas nier implicitement l'existence de cette congestion?

Dans les explications qu'il a données à M. Bouillaud dans la dernière séance, il a dit que les accidents de congestion cérébrale apoplectiforme étaient toujours transitoires, et que pour lui ces phénomènes apoplectiques n'étaient pas le résultat d'une congestion cérébrale, d'où il résulte qu'en définitive M. Trousseau nie l'existence de la congestion cérébrale indépendante de l'hémorrhagie cérébrale ou apoplexie. Il appelle toutes ces formes de congestion des congestions apoplectiformes.

Une maladie se caractérise par des symptômes, des altérations pathologiques et des conséquences de gravité plus ou moins menaçantes pour la vie des malades. Or, si je démontre que la congestion cérébrale spontanée a ses symptômes propres, ses altérations de tissus, sa gravité, puisqu'elle peut faire périr un individu en quelques secondes, je croirai avoir donné la démonstration de son existence. Eh bien, comment appeler cet état d'étourdissement, de vacillation sur les membres, qui prend tout à coup un individu et qui le force à s'appuyer contre un mur pour ne pas tomber, jusqu'à ce qu'il ait repris la netteté de l'intelligence qui lui permette de parcourir son droit chemin?

Comment appeler la perte de connaissance et l'affaissement qui suivent un violent accès de colère, et qui laissent au malade une tête lourde, pesante, tendant au sommeil et sans aucun phénomène de paralysie?

Comment appeler enfin cet état de l'homme qui depuis longtemps déjà éprouve des pesanteurs de tête, des envies fréquentes de dormir, tout en conservant les apparences de la santé, et qui tout à coup s'arrête au milieu de la rue, pâlit, s'affaisse et meurt dans l'espace de quelques secondes?

Pour moi j'appellerai tout cela de la congestion cérébrale essentielle, parce que dans tous ces symptômes je ne verrai aucun des phénomènes de l'épilepsie.

Si je procède à l'ouverture du corps de personnes décédées en ces circonstances ou à la suite de ces accidents, mais surtout dans les cas de mort subite, parce que là il n'y a pas eu d'autre influence que celle de la congestion, je trouverai trois états pathologiques distincts.

Dans un cas, injection considérable de tout le système vasculaire sous-arachnoïdien, pas un vaisseau capillaire qui ne soit gorgé de sang; la congestion portée dans certains cas à un degré assez marqué pour amener une exhalation ou un suintement sanguinolent sous forme d'une nappe sanguine qui enveloppe le cerveau.

Dans un second cas, les membranes seront le siége d'une faible congestion, mais le cerveau sera tellement gorgé de sang que l'aspect, la couleur de la substance cérébrale en sont modifiés; en pénétrant dans la substance cérébrale avec le bistouri, on verra la section criblée de gouttelettes de sang. Alors aussi il existera une quantité plus ou moins considérable de sérosité sanguinolente dans les ventricules cérébraux. Ces deux congestions, presque indépendantes l'une de l'autre ou prédominant soit du côté des membranes, soit du côté du cerveau, se trouvent souvent réunies.

Enfin, dans un troisième cas, notamment chez les vieillards, tout le cerveau est le siége d'une infiltration séreuse avec sérosité dans les ventricules. Et dans tous ces cas l'individu n'a présenté d'autres signes sensibles que la perte de connaissance, la pâleur de la face et la mort dans un espace de temps très-court.

A l'égard de la pâleur de la face, j'ai entendu faire à M. Trousseau un raisonnement qui m'a singulièrement surpris. Comment voulez-vous, dit-il, que j'admette, pour expliquer la coïncidence de la pâleur, que le sang passe dans l'artère carotide interne au préjudice de l'artère carotide externe?

Mais ne peut-on pas inverser les phénomènes? la figure ne peut-elle pas rougir sans qu'il y ait congestion cérébrale? Et dès lors M. Trousseau comprendrait-il mieux le passage du sang à travers l'artère carotide externe aux dépens de l'artère carotide interne? Au surplus voici un fait qui lèvera tout doute à cet égard.

Le nommé Charlet, âgé de soixante-cinq ans, était à Bicêtre depuis six mois, mangeant bien, marchant bien, ne présentant qu'une somnolence assez habituelle. Il passe un mois dans sa famille, vient à l'hospice, dort parfaitement la nuit. Le matin, il se plaint d'un peu de mal à la tête; cependant il déjeune de bon appétit et dort pendant deux heures.

Il s'éveille; il accuse encore un peu de céphalalgie, et sort pour prendre l'air. Tout à coup il s'assied sans rien dire, pâlit, penche sa tête en avant. L'élève de garde, qui passait dans la cour, s'approche de lui, mais déjà le cœur ne battait plus; la mort était survenue. Les pupilles étaient dilatées, les membres flasques, la face très-pâle. Chez ce vieillard, il n'y avait aucune congestion de l'encéphale; un ancien foyer apoplectique à l'état de kyste séreux existait dans le corps situé du côté gauche. Mais la congestion des méninges du cerveau et de la moelle était portée au plus haut degré.

Mais il y a plus, la congestion cérébrale dont nous venons d'établir quelques caractères, a, comme les autres maladies, une saison de l'année où elle se montre plus souvent à l'exclusion des autres : ce sont les mois de janvier, février et mars, époque à laquelle les morts subites sont plus fréquentes, ainsi que les apoplexies ou hémorrhagies cérébrales.

Elle constitue le huitième des morts subites, tandis que l'hémorrhagie dans le mésocéphale, la seule apoplexie qui puisse amener la mort subite, ne se rencontre qu'une seule fois sur quarante.

Enfin, il faut bien le dire, ainsi que j'ai démontré en 1838 qu'il existait une congestion pulmonaire indépendante de l'apoplexie ou hémorrhagie pulmonaire décrite par M. Cruveilhier, — cette congestion pulmonaire tue comme la foudre, — j'ai prouvé que c'était à cette lésion qu'il fallait rapporter ce que les médecins avaient désigné jusqu'alors sous le nom d'apoplexie foudroyante. De même j'ai fait voir qu'il existait, anatomo-pathologiquement parlant, une congestion cérébrale tout à fait indépendante de l'hémorrhagie cérébrale ou apoplexie.

Que conclure de ces faits? C'est qu'on ne saurait contester l'existence de la congestion cérébrale active et spontanée, tout à fait indépendante de l'épilepsie. C'est que dans un certain nombre, je dirai même dans la majorité des cas, elle exige l'emploi de la saignée contrairement à la congestion épileptiforme; que dès lors M. Trousseau a été trop exclusif dans son appréciation, et que la congestion céré-

brale, admise et reconnue par tous les médecins, existe réellement et sans qu'elle puisse être contestée.

Je me rapproche un peu plus des opinions de M. Trousseau en ce qui touche à la médecine légale pratique; mais mes opinions ne sont pas tout à fait d'accord avec les siennes.

La proposition qu'il a formulée est celle-ci : La congestion épileptiforme peut conduire à des actes réputés criminels; bien des erreurs ont été commises à cet égard, et il est à craindre qu'elles soient renouvelées dans l'avenir.

A cet égard, je ne crois pas que la congestion épileptiforme, qui est actuellement en discussion, puisse conduire à des actes criminels violents, à moins que l'individu devienne franchement épileptique.

La congestion épileptiforme qui est en discussion conduit à l'affaissement moral et physique, et non pas à la surexcitation physique et morale.

Je ne prétends pas dire pour cela que les épileptiques ne puissent pas accomplir des actes de violence, bien au contraire; mais ce n'est pas au moment de la congestion épileptique, de l'accès, c'est entre les attaques.

J'ai consulté à cet égard MM. Falret, Voisin, Moreau (de Tours), j'ai lu le mémoire de M. Jules Falret sur l'état mental des épileptiques, mémoire extrêmement bien fait et plein d'intérêt, tous sont d'accord sur ce point. M. Voisin, dans la réponse qu'il a bien voulu me faire, établit une distinction bien tranchée entre les épileptiques et les mélancoliques homicides : chez ceux-ci tout est prémédité; chez les premiers l'acte est accompli sans préméditation et sans avoir la conscience de l'acte qu'ils exécutent.

Les actes de violence, les actes homicides n'existent que dans l'épilepsie confirmée. Ils sont plus ou moins permanents dans le grand mal; on est parfois obligé, même en dehors des accès, de maintenir constamment certains épileptiques à l'aide de la camisole de force.

Dans le petit mal, ce n'est pas au moment de l'accès, c'est-à-dire au moment de la congestion épileptiforme, que les tendances homicides se montrent, c'est encore entre les accès.

De sorte que l'acte homicide est indépendant de la congestion épileptiforme, qui peut être considérée comme donnant lieu à une période d'affaissement et non pas d'excitation.

Si un individu est conduit à commettre des excès violents de ce genre, c'est qu'alors il est épileptique confirmé.

Sans nier que des erreurs aient été commises, puisque M. Moreau (de Tours) a bien voulu m'en donner un exemple, je dirai que ces erreurs judiciaires sont beaucoup plus rares qu'on le pense. La généralité de ces affaires est arrêtée dans l'instruction même.

Ce qui distingue au surplus l'épileptique du mélancolique, c'est que le premier n'a pas la conscience de l'acte qu'il accomplit; il lui faut même rassembler avec beaucoup de peine le souvenir de ce qu'il vient de faire. Le maniaque mélancolique prémédite son acte criminel, l'exécute et l'avoue immédiatement; quelquefois même il se félicite tout haut de l'avoir accompli.

Permettez-moi de vous citer, en terminant, deux faits dont M. Moreau (de Tours) a bien voulu me donner connaissance.

En 1841, il a eu dans son service, à Bicêtre, un jeune homme de vingt-cinq à vingt-six ans, qui avait été condamné à la peine de mort pour assassinat, peine commuée à vingt ans de détention. Il était épileptique depuis son enfance; il avait reçu une belle éducation. Venu à Paris avec une jeune personne qu'il devait épouser et qu'il aimait beaucoup, il conçut de la jalousie; il s'ensuivit de légères altercations. Un soir, après une longue promenade, X..., qui depuis deux jours éprouvait du malaise et des tournoiements de tête, rentre à l'hôtel et trouve sa maîtresse plongée dans un profond sommeil. Tout à coup, il se met à penser combien il serait malheureux si cette jeune fille venait à le trahir; il saisit un pistolet et la tue. Aussitôt, il est pris d'un violent accès d'épilepsie, et les personnes qui accourent le trouvent au milieu des convulsions.

Le second fait est celui d'un jeune homme de vingt-deux ans, qui vint consulter M. Moreau (de Tours). Depuis cinq ans, lui dit-il, j'ai des attaques auxquelles les médecins donnent le nom *d'accidents épileptiques*. Je ne suis malade que toutes les cinq ou six semaines; j'ai quelquefois plusieurs attaques dans un seul jour.

Je ne m'étais jamais aperçu que cette maladie portât atteinte à ma santé, lorsqu'il y a un mois je fus saisi de la crainte de devenir fou, et voici dans quelles circonstances :

J'avais eu une querelle futile avec un de mes amis; deux jours après, m'étant levé assez mal disposé, la pensée de cette querelle me revient à l'esprit; ce souvenir m'exaspère à un point qu'il éveille un sentiment de haine et de vengeance; je me précipite sur un couteau poignard, je le mets dans ma poche; je me dirige en courant vers la demeure de mon ami, dans l'intention de le tuer.

Heureusement, j'avais à peine tiré le cordon de la sonnette, que j'étais pris d'une des plus terribles attaques que j'ai jamais eues, et ce fut mon ami lui-même qui me releva et me donna les premiers soins.

Comme vous le voyez, ce n'est jamais pendant l'attaque, mais dans l'intervalle des attaques que naissent ces pensées criminelles, et c'est toujours dans des cas d'épilepsie confirmée.

M. Trousseau aurait donc eu pleinement raison, s'il avait dit que des congestions épileptiques répétées pourraient peut-être, ultérieurement et *dans l'intervalle* des crises, conduire à des actes de violence; mais, nous le répétons, la congestion épileptique, au moment où elle se montre, ne peut conduire qu'à la dépression du sentiment ou du mouvement; et jusqu'alors, les actes de violence ont été observés seulement dans l'épilepsie confirmée depuis longtemps.

M. TARDIEU. J'espérais que M. Devergie aurait rendu inutile ce que je me proposais de dire à l'Académie sur le point de vue médico-légal de la question en débat. Mais notre collègue paraît avoir compris autrement que moi l'appel qui nous a été fait, il s'est placé à un point de vue différent du mien. Je n'ai donc pas cru devoir me dispenser de prendre la parole.

Il ne doit plus être question maintenant, suivant moi, de la congestion cérébrale, et M. Trousseau aurait pu parfaitement s'en passer pour soulever la question médico-légale que nous avons à examiner maintenant. Le seul phénomène dont nous ayons à nous occuper, c'est l'attaque épileptique, le coup, *l'ictus*, ou pour nous servir d'une excellente expression qu'a employée M. Morel dans un travail récemment publié, *l'épilepsie larvée*.

M. Trousseau a dit : Il y a un caractère de l'épilepsie larvée, c'est l'attaque apoplectiforme. Il y en a un autre, c'est la détermination irrésistible.

Or c'est là un fait extrêmement important de savoir que le choc épileptique qui frappe habituellement sur tous les sens, peut dans certains cas ne frapper que sur la volonté. Ce n'est pas que j'admette que les déterminations criminelles instinctives, les impulsions homicides, irrésistibles, sont toujours de l'épilepsie, il y aurait du danger à admettre cela d'une manière absolue et générale. Il ne s'agit pas non plus, qu'on le remarque bien, de la folie maniaque, qui suit souvent les attaques répétées d'épilepsie; il s'agit de ces impulsions subites, involontaires, irrésistibles, qui portent certains sujets épileptiques à des actes homicides, et qui ne sont elles-mêmes que l'expression de ce choc, de ce coup, de cet *ictus* épileptique dont nous parle M. Trousseau. En veut-on un exemple? En voici un qui s'est passé il y a quelques années : il a été rapporté par M. Lasègue.

Un individu, passant sur le pont Neuf, tire tout à coup son couteau de sa poche et le plonge dans le ventre d'un passant qu'il voyait pour la première fois. C'était un épileptique.

Un autre exemple est celui d'un ouvrier ébéniste du faubourg Saint-Antoine, épileptique, qui, sous une impulsion semblable et tout aussi irrésistible, part, fait soixante lieues et revient, et cela sans but et sans autre motif que cette impulsion irrésistible.

On peut trouver d'autres exemples d'actes tout aussi spontanés, aussi irréfléchis et aussi irrésistibles, chez des idiots, des imbéciles; exemple ce jeune collégien de mœurs dépravées, qui étant entré dans une maison de tolérance, frappe d'un coup de couteau une fille publique sans le moindre motif.

Les alcoolisants commettent également, en dehors du délire alcoolique, des actes dont ils ne sont pas absolument responsables.

Il en est de même des hystériques. L'hystérie, que l'on a souvent rapprochée de l'épilepsie, n'en a jamais été si près qu'à ce point de vue. Il y a quelques années j'ai été appelé à examiner avec M. Lasègue et M. Calmeil une jeune femme étrangère appartenant à une riche famille. Cette jeune femme, qui était d'une rare beauté, vivait à Paris dans la position la plus abjecte, se prostituant à un garçon gargotier, à son coiffeur, en un mot à tous les hommes qu'elle pouvait rencontrer. Un an après je fus appelé, seul cette fois, à faire l'autopsie d'un enfant tué au moment de sa naissance. Je reconnus dans la mère de l'enfant cette même femme; elle avait écrasé la tête de son enfant! Or rien n'indiquait chez elle une idée délirante; mais elle était hystérique au plus haut degré, et c'était sous l'une de ces impulsions irrésistibles auxquelles sont sujettes les femmes hystériques, qu'elle s'était portée à cet acte criminel.

Et il n'y a pas seulement que les femmes hystériques qui éprouvent l'effet de ces impulsions irrésistibles : les femmes dans la période puerpérale y sont également sujettes. Les envies des femmes grosses sont de ces choses dont on peut rire, mais qu'il ne faut pas nier. Il en est de même des femmes qui allaitent.

Voici des faits bien établis. Qu'en résulte-t-il au point de vue médico-légal?

M. Trousseau a avancé une chose très-grave. Il a énoncé, en la soumettant toutefois à l'appréciation de ses collègues, cette proposition : Un individu atteint d'épilepsie vient à commettre un crime; ne doit-il pas être considéré comme irresponsable de ses actes devant la justice? Il ne faudrait pas admettre une doctrine aussi absolue, surtout en présence de la magistrature; ce serait compromettre aux yeux des magistrats l'autorité de la médecine. Il faut faire bien attention qu'il ne s'agit pas seulement d'arracher des innocents à l'échafaud, il faut aussi éviter de soustraire des coupables à l'action de la justice. Or il est certain que des épileptiques peuvent très-bien être responsables de leurs actes.

(Ici M. Tardieu rappelle l'histoire connue d'un fameux contrebandier épileptique, et cite un exemple du même genre emprunté à un travail de M. le docteur Boileau, de Castelnau.)

La chose, ajoute-t-il, est bien plus grave pour le suicide. Lorsqu'il s'agit d'un homicide, on peut s'éclairer de l'appréciation des actes postérieurs au crime, et ce sont même là les éléments de jugement les plus importants dont dispose le médecin. Mais lorsqu'on se trouve en présence d'un suicide, il n'est plus possible de s'aider de cette source de lumières. Or on comprend assez de quelle importance cela peut être au point de vue civil.

Faudra-t-il considérer un testament comme nul parce que l'individu qui s'est suicidé était épileptique?

Ainsi, au double point de vue de la capacité et de la responsabilité, il ne faudrait pas admettre d'une manière absolue la doctrine de M. Trousseau. Il faut que le médecin arrive devant la justice non pas avec une doctrine arrêtée sur l'irresponsabilité, mais avec des caractères qui lui permettent d'apprécier l'état du sujet au moment du crime. Quels sont ces caractères, voilà ce qu'il faut rechercher.

L'article 64 du Code pénal dit : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »

Je n'ai pas besoin de rappeler ici les caractères de la démence. Quant à cette force irrésistible qui a contraint l'action, j'en ai rapporté plus haut plusieurs exemples.

M. Devergie parle des mélancoliques qui tuent, mais ce n'est pas d'eux qu'il s'agit ici. Ils obéissent à une idée délirante, à une hallucination qui manque chez l'épileptique.

(Ici M. Tardieu rapporte l'histoire d'un gardien de l'Ecole des Beaux-Arts, qui, sous l'impulsion d'une hallucination dont il fut pendant longtemps difficile de saisir le caractère, se porta à un acte homicide sur le concierge de la maison qu'il habitait.)

Il ne faut pas, ajoute M. Tardieu, confondre ce genre d'impulsion avec celui qui porte certains épileptiques à des actions criminelles du même genre. Le propre, le caractère des actions commises sous l'impulsion d'un accès épileptique, c'est de n'être point du tout une action délirante; c'est un mobile insaisissable, sans explication possible, subit, instantané; c'est le choc, l'*ictus* épileptique.

Quand vous arriverez devant la justice avec des caractères pareils, vous serez très-forts, et vous ne courrez pas le risque qu'on vous accuse de voir des fous partout. (Très-bien! Applaudissements.)

— La séance est levée à cinq heures.

Par arrêté en date du 28 février, M. le Dr Zambaco est nommé chef de clinique de M. le professeur Piorry.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 29. — SAMEDI 9 MARS 1861. (34e ANNÉE.) N° 29. — SAMEDI 9 MARS 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en [illegible]tes sur Paris. Les lettres non affranchies sont ref[illegible]ées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Colique de plomb. — Emploi de la glace à l'extérieur comme moyen de traitement dans les cas non fébriles où les symptômes douloureux et la constipation sont les phénomènes dominants.

M. le docteur Constantin Paul, à qui l'on doit les très-intéressantes recherches sur l'intoxication lente par les préparations de plomb, que nous avons exposées dans l'une des *Revues* de l'année dernière, vient de faire connaître dans sa thèse inaugurale un nouveau mode de traitement de la colique de plomb, qui s'applique spécialement aux cas non fébriles où les symptômes douloureux et la constipation sont les phénomènes dominants.

Ce moyen, qui est loin assurément d'être nouveau en soi, mais que nous désignons comme tel avec M. Paul, en raison de la nouveauté de son application au cas spécial dont il s'agit, est l'emploi de la glace à l'extérieur. Il consiste à se servir d'une vessie pleine de glace qu'on applique sur le ventre pendant une période d'une ou deux heures, une, deux ou même trois fois dans la journée.

L'application de ce traitement a été faite sur plusieurs malades du service de M. Hérard, à l'hôpital Lariboisière. Voici le résumé de ces observations, qui ont été recueillies par M. Danjoy, interne du service.

— Un homme de cinquante-quatre ans entre bien portant à la fabrique de céruse de Clichy, le 11 août dernier ; il y était occupé à l'embarrillage du rouge.

Dès le 5 septembre, il commença à perdre l'appétit et à éprouver des envies de vomir.

Le 7, il fut pris de douleurs de bas-ventre intenses, et fut obligé de quitter l'atelier.

Entré le 8 septembre à Lariboisière, il accuse des coliques assez intenses, plus une douleur en cercle au-dessous de la ceinture, et de la constipation. Le ventre est rétracté. On lui donne une potion chloroformée et une goutte d'huile de croton.

Le lendemain 9, la constipation n'ayant point cessé, on prescrit 30 grammes d'huile de ricin.

Le 10, un lavement purgatif, toujours sans succès.

Le 11, on administre une douche ascendante qui fait rendre quelques matières ovillées et est suivie d'un vomissement bilieux. Les coliques n'ont cédé qu'au bout de cinq jours.

Le 5 octobre, M. Paul voyant ce malade pour la première fois, le trouve avec des douleurs sourdes et en proie à une constipation qui durait depuis huit jours, malgré l'emploi répété des lavements purgatifs. Etat général assez bon d'ailleurs et point de fièvre, mais appétit presque nul. Il fait appliquer sur la région ombilicale une vessie remplie de glace, pendant deux heures. Le malade éprouva presque immédiatement un soulagement de sa douleur de ventre, et il alla abondamment à la selle le lendemain matin sans purgatif. Il a eu une selle chaque jour depuis, sans avoir eu recours à aucune autre médication. Les douleurs ont disparu complétement avec la constipation.

— Le deuxième malade est un homme âgé de quarante-trois ans, peintre en bâtiments depuis l'âge de douze ans, et qui a déjà eu deux fois la colique de plomb, une fois à l'âge de dix-sept ans et l'autre à trente-cinq ans. Il a été traité les deux fois dans le service de M. Rayer, par le traitement de la Charité ; il est resté à l'hôpital la première fois 24 jours, et la seconde fois 32 jours. Il fut repris d'une troisième colique de plomb le 15 novembre. Il entre le 17 à l'hôpital Lariboisière, avec tous les signes de la cachexie saturnine, douleurs occupant la région ombilicale, un peu de douleur le long du rachis, et la nuit dans les membres ; le ventre n'est point rétracté ; langue blanche, vomissements abondants de matières bilieuses. Du reste, pas de fièvre.

Le 18 au matin, application de glace sur le ventre pendant deux heures, et limonade citrique.

Le soir, les vomissements ainsi que les douleurs ont diminué d'une manière notable.

Le 19, on répète la même application. Le soulagement continue et les vomissements cessent tout à fait.

Le 20, troisième application. Le malade va à la selle dans la nuit ; les vomissements n'ont pas reparu et les douleurs sont insignifiantes.

A dater de ce jour on cesse tout traitement, et le malade va à la selle tous les jours.

Le 28, les forces reviennent, il reste à peine un peu de douleur le long du rachis. Le malade quitte l'hôpital.

— La troisième observation est relative à un jeune homme de vingt-deux ans, qui depuis deux mois était occupé à broyer du blanc de céruse pour un marchand de couleurs. Il a contracté depuis cinq jours de la constipation qui a résisté à l'eau de Sedlitz ; il est un peu jaune, porte un liséré à la gencive inférieure, et a des coliques modérées sans fièvre. Une seule application de glace a suffi pour ramener les selles et calmer les douleurs.

— Un peintre en bâtiments exerçant cette profession depuis quinze ans, et qui a eu depuis ce temps sept ou huit fois la colique de plomb, est pris, le 22 septembre, de douleur dans le ventre avec constipation.

Le 24, il entre dans le service de M. Hérard. On lui donne d'abord de l'huile de croton ; puis pendant un mois on le soumet à l'usage des bains sulfureux, de lavements purgatifs, et on lui fait plusieurs applications d'électricité.

Le 20 octobre, son état est amélioré, les forces reviennent ; mais il éprouve toujours de la difficulté à aller à la selle. Sur l'invitation de M. Paul, on lui fait une application de glace sur le ventre pendant deux heures. Le lendemain, il a deux selles abondantes. On continue le même traitement les deux ou trois jours qui suivent.

Le 30, il sort en bon état.

— Un journalier âgé de soixante-deux ans, employé aux meules à Clichy, entre le 24 septembre, dans le même service, avec des coliques violentes et une constipation opiniâtre (il avait déjà été soigné il y a douze ans pour une affection semblable à la Pitié, où il était resté trois semaines). Du 24 septembre au 16 octobre, il a pris plusieurs fois de l'huile de croton, des lavements purgatifs, quatorze ou quinze bains sulfureux, le tout sans grande amélioration. A ce moment les coliques persistaient encore, ainsi que l'insomnie et la constipation ; il n'était pas allé à la selle depuis cinq ou six jours. La veille encore il avait pris un lavement purgatif sans succès. Il n'y avait point de fièvre. On lui fit ce jour-là une application de glace qui fut maintenue pendant quatre heures, sans que le malade en fût incommodé et sans même qu'il éprouvât de froid. Il n'y eut pas un grand soulagement immédiat ; mais le soir, à minuit, il alla une première fois à la selle, et une seconde fois le lendemain matin à cinq heures.

A la visite du 17 octobre, on le trouva dans un état de soulagement très-marqué ; les douleurs abdominales avaient diminué ; il ne lui restait plus qu'un sentiment de lassitude.

Cette amélioration se continua jusqu'au 30, c'est-à-dire pendant quinze jours, le malade allant à la selle deux ou trois fois par jour, facilement et sans diarrhée.

Le 30, il est repris de constipation, de douleurs abdominales et de dysurie.

Le 1er novembre, on lui fait une application de glace de deux heures qui ramène les selles abondantes et diminue les douleurs ; on lui en fait une seconde le lendemain, et il continue à aller mieux jusqu'au 14, jour où il est envoyé à Vincennes.

— Enfin, chez un ouvrier de Clichy, de vingt-cinq ans, entré à Lariboisière le 5 décembre avec tous les signes de la colique de plomb, avec constipation durant depuis trois jours, douleurs violentes avec vomissement et un peu de fièvre, on commence par faire deux applications de glace sans provoquer de selles. M. Hérard ne voulant pas prolonger l'emploi de la glace, donne une goutte d'huile de croton, qui amène une évacuation abondante. Mais les jours suivants, la constipation reparait, les douleurs abdominales sont presque aussi fortes : il survient de nouveaux vomissements porracés. On donne 25 grammes d'huile de ricin, qui amènent une évacuation abondante ; mais la constipation reparait de nouveau, et le 19, il y a quatre jours que le malade n'a pas été à la selle. On lui fait une application de glace de deux heures, qui est suivie d'un soulagement notable avec diminution des douleurs. Le lendemain 20 décembre, le malade a une dizaine de selles liquides. Depuis ce moment jusqu'à la fin de décembre (douze jours), la constipation a cessé, le malade va à la selle régulièrement, et les douleurs sont beaucoup moindres. Il sort guéri dans les premiers jours de janvier.

M. Paul a fait encore deux autres essais de traitement par la glace sur des malades chez qui la fièvre prédominait ; et bien qu'il ait associé la belladone à ce traitement, il n'en a retiré aucun avantage.

— Nous ne voudrions pas exagérer la portée du moyen préconisé par M. Paul, qui a eu lui-même d'ailleurs le soin d'en restreindre d'avance l'indication. On se rappelle sans doute les réserves que nous avons faites dans le temps au sujet de la faradisation employée dans le même but. Sans vouloir rechercher

---

FEUILLETON.

L'ÉCOLE DE PARIS.

Non vitæ sed scholæ discimus.
(SENECA, *Epist.* 106, in fine.)

Arrivé à Paris, je résolus d'y passer assez de temps pour visiter les curiosités de cette ville remarquable, et de consacrer une partie de mon séjour à l'examen de son Ecole de médecine, rendue dès longtemps célèbre par tant d'hommes illustres.

En y pénétrant pour la première fois, je ne pus me défendre de l'émotion la plus vive ; je parcourus les riches collections de cette Faculté fameuse par ses travaux anatomiques, et je vis que tout y était conforme à la grande idée que je m'en étais faite : j'y trouvai profusion, magnificence et perfection.

Je voulus suivre les cours de l'Ecole, et ceux auxquels j'assistai d'abord furent des leçons de physique et de chimie (sciences accessoires) ; mon enthousiasme alla croissant, car j'entendis les professeurs faire de très-nombreuses applications à la médecine proprement dite. Je pensai que si les cours de médecine avaient une valeur didactique proportionnée à leurs titres, l'instruction ici coulait à pleins bords : oh ! que trois et quatre fois heureuse devait être la jeunesse appelée à profiter d'un semblable enseignement !

Je saisis la première occasion de me rendre au cours de pathologie interne ; mais autant j'avais ouï parler de médecine dans les leçons de physique et de chimie, autant je fus à même d'entendre de la physique, de la mécanique et de la chimie dans celles de médecine : j'éprouvai un premier désappointement. Il me vint à la pensée que ces leçons étaient sans doute destinées à l'application spéciale des sciences, et qu'un autre jour on reprendrait le principal sujet ; j'y retournai dans cet espoir, hélas ! sans succès, car il n'en fut jamais question. Cependant le professeur sortait parfois de son étude favorite, mais c'était pour entrer dans des dissertations d'anatomie pathologique. On passait ensuite à un autre chapitre, qui au fond était toujours le même.

Ici les maîtres ne manquent jamais l'occasion de se féliciter et de faire sentir aux élèves leur bonheur commun, de vivre en un temps de progrès où la science a supprimé toutes les erreurs antiques, pour leur substituer une médecine réelle, palpable, visible et raisonnable, appuyée sur des vérités exactes.

Ce nonobstant, il me vint à l'idée que l'on devait s'occuper quelque part de l'étude de la vie, de la prophylaxie, de la maladie et du traitement ; j'appris, en effet, qu'il y avait chaque matin, dans les grands hôpitaux de la ville, des *cliniques*, que des professeurs spéciaux y enseignaient, et que c'était là où les élèves allaient mettre la science en pratique.

J'y allai, comptant bien cette fois sur de la médecine ; je suivis la foule, et voici ce que j'observai : comme à l'Ecole, on ne tenait compte ni de la personne, ni des causes, ni de la maladie ; on étudiait la lésion matérielle, sauf stricte vérification sur le cadavre. Voici l'histoire du premier malade que j'y observai... C'était une femme.

Le chef de service s'avança suivi d'un nombreux concours d'élèves : on s'approcha du lit avec les égards et la décence convenables, puis commença l'interrogatoire suivant :

D. Quel âge avez-vous ? — R. Trente ans. — D. Etes-vous fille ou mariée ? — R. Je suis veuve. Et la malade se prit à pleurer à chaudes larmes. — D. Etes-vous bien ou mal réglée ? — R. Assez bien, mais... — D. Répondez à mes questions, s'il vous plaît : Depuis quand êtes-vous malade ? — R. Il y a déjà bien longtemps ; nous avons éprouvé des malheurs : mon enfant et mon mari sont morts depuis, et... — D. Il ne s'agit pas de votre mari, c'est de vous. Pour en finir, où avez-vous mal ? — R. Au côté. — D. Vous toussez donc ? — R. Oui, monsieur ; mais... — Ici le professeur s'adressant aux élèves : Voici, dit-il, une malade bien verbeuse ; son diagnostic sera long et difficile à établir, si nous voulons l'écouter. Elle tousse ; percutons et auscultons-la, nous en apprendrons plus que par tout son langage. Le dialogue cessant alors, le médecin procéda avec douceur à l'examen physique ; puis il déclara avoir trouvé de la matité et du râle sous-crépitant du côté gauche. Il visita le crachoir, où il vit de l'expectoration rouillée, et s'écria avec une expression satisfaite : « Enfin nous y voilà, ce n'est pas sans peine ! Pneumonie à gauche. Saignée de 200 grammes ; julep gommeux ; diète. » Puis on s'en alla, après que quelques élèves eurent constaté l'état de la poitrine avec le respect et les ménagements que l'on doit à la souffrance et au malheur.

ici quel est le mode d'action de la glace en topique, il est certain, *à priori*, que, comme la faradisation, elle ne peut s'adresser qu'à quelques-uns des symptômes de la maladie et non à la cause de la maladie elle-même. L'indication ainsi restreinte, reste à en apprécier les effets.

Or ces effets ont été d'une utilité non douteuse dans quelques-uns des cas que nous venons de rapporter.

L'un des avantages de ce mode de traitement est qu'en amenant des évacuations, il ne ramène pas la constipation pour les jours suivants, comme le font trop souvent les purgatifs. Les selles, une fois établies, se sont en général maintenues régulières.

Un second fait remarquable a été la disparition ou tout au moins le soulagement des douleurs.

Enfin, et ceci mérite d'être pris en considération dans la pratique, vu l'extrême simplicité du moyen en lui-même et la facilité de se procurer de la glace partout où il y a des établissements de quelque importance, il peut devenir une ressource précieuse dans un grand nombre de circonstances.

Hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur des fosses nasales.

Parmi les diverses affections des fosses nasales, il en est une peu connue et qui n'est point signalée dans les traités classiques : nous voulons parler de l'hypertrophie de la muqueuse nasale, surtout au niveau des cornets; ces tumeurs, en rétrécissant le diamètre de la cavité qu'elles occupent, donnent lieu à des symptômes locaux analogues à ceux des polypes, et ont dû être souvent confondues avec cette dernière affection. C'est ce que Blandin avait eu plusieurs fois l'occasion de vérifier; c'est ce que M. Demarquay a pu constater également un certain nombre de fois, notamment dans le cas suivant :

Il s'agit d'un jeune garçon de quinze ans, X..., employé à la Belle-Jardinière, blond, d'un tempérament lymphatique, entré à la Maison municipale de santé le 8 février dernier.

Il y a cinq ans, il fut pris d'enchifrènement avec sensation de plénitude dans les fosses nasales; il ne pouvait pas se moucher, puis il moucha, dit-il, de l'humeur; la respiration se faisait difficilement par le nez; le malade était obligé de dormir la bouche ouverte; il avait, en outre, des maux de tête très-fréquents (trois ou quatre fois par semaine); d'ailleurs il n'a jamais eu de fièvre ni d'autres incidents morbides dignes d'être notés; jamais il n'a eu d'épistaxis. Un médecin qu'il a consulté en ville a diagnostiqué un polype, et lui a conseillé d'entrer à la Maison de santé pour se faire opérer.

Le malade a effectivement l'ouverture des narines très-dilatée, et, en regardant à l'intérieur des fosses nasales, on aperçoit en effet des deux côtés une sorte de tumeur analogue à un polype; mais en cherchant à saisir avec des pinces le pédicule de ce polype, on sent une insertion large et résistante; il est facile alors de se rendre compte que l'on tient le cornet inférieur des fosses nasales. On a donc affaire à une hypertrophie de la membrane de Schneider qui tapisse ce cornet.

Une fois le diagnostic établi, l'indication du traitement en ressort tout naturellement : il devra consister dans la résection d'une portion de ce cornet; Blandin avait fait construire à cet effet une espèce particulière de ciseaux à long manche, et dont l'extrémité tranchante présente sur le plat une double courbure onduleuse moulée sur les anfractuosités des fosses nasales.

A l'aide de cet instrument, M. Demarquay pratique de chaque côté la résection du cornet inférieur. Cette opération est faite le 11 février.

Le 13, il y a encore de la gène de la respiration; il s'écoule par les narines une sérosité sanieuse; la respiration s'accompagne d'une sorte de gargouillement dans les fosses nasales.

Le 16, le malade respire plus librement; mais comme il existe encore du gonflement de la muqueuse du côté gauche, M. Demarquay excise de nouveau, le 18, une portion du cornet inférieur de ce côté. Cette portion, du volume de la moitié d'une aveline, est granuleuse, et a bien l'aspect d'une muqueuse hypertrophiée. Immédiatement après l'opération, qui n'a donné lieu qu'à une faible hémorrhagie, le malade respire bien plus librement, et peut faire passer de l'air par cette narine, l'autre étant fermée avec le doigt.

Il quitte le même jour la Maison de santé.

Congestions cérébrales apoplectiformes.

Depuis que l'Académie de médecine discute la question de la congestion cérébrale apoplectiforme, nous avons reçu de plusieurs de nos correspondants des communications relatives à ce sujet intéressant de pathologie et de thérapeutique. Ces diverses communications renfermant des éléments qui pourront être utilement consultés pour l'élucidation de quelques-uns des points litigieux de cette question, nous les publierons successivement.

Voici, pour commencer par les faits qui paraissent entrer le plus directement dans le sens de la proposition formulée par M. Trousseau, deux observations qui nous sont transmises par M. le docteur Ricordeau (de Nantes), et dont l'une, au moins, est bien à notre avis, et comme le pense notre confrère, un exemple d'accès épileptiques pris pour des congestions cérébrales.

« Je connais, nous écrit M. Ricordeau, un homme qui depuis quatre ou cinq ans a dans la nuit de fréquentes pertes de connaissance.

» Ce sont des *coups de sang*, au dire de sa femme et de ses enfants. Plusieurs médecins l'ont vu et traité; les uns ont diagnostiqué la congestion, les autres ont cherché la cause de cette affection dans des tumeurs intra-crâniennes présumées, qui exerceraient une compression.

» Cet homme, retiré des affaires, a toujours été robuste et bien portant; il est âgé actuellement de cinquante-sept ans.

» Au début de cette maladie, les attaques lui prenaient presque toujours à la même heure, entre minuit et deux heures du matin. L'époque des accès, sans être régulière, avait cependant quelque chose de périodique, car sa famille, après quelques mois d'observation de cette terrible maladie, se mettait toujours sur ses gardes lorsqu'elle voyait un mois, six semaines, se passer sans voir le retour des accès.

» Dans les premières attaques, on courait rapidement chercher des médecins, qui le saignèrent chaque fois. On se contenta plus tard de le purger de temps en temps. Lorsqu'il tombait, sa femme, qui croyait que la médication antiphlogistique était la meilleure, lui *coupa le bout de l'oreille à plusieurs fois*.

» Voici en quoi consistaient ces attaques : La femme était toujours réveillée par la respiration ronflante de son mari. Celui-ci avait perdu connaissance, il avait quelques convulsions et devenait très-pâle; cet état durait quelque temps, et lorsque le malade reprenait sa connaissance, après l'accès il était tout hébété et s'étonnait des soins qu'on lui prodiguait.

» Les médecins croyant à la congestion, lui défendaient de travailler, ce dont il ne tenait aucun compte, s'obstinant au contraire à faire toujours quelque chose, et surtout le plus rude de son industrie.

» Cependant les attaques se rapprochant de plus en plus, il se décida à quitter tout travail manuel; mais elles n'en persistèrent pas moins, revenant plus ou moins souvent et toujours la nuit. On se borne maintenant, pour toute médication, à lui mettre pendant ses crises des sinapismes, et on le laisse tranquille.

» Tout ce qu'on a remarqué chez lui sous le rapport mental, depuis l'invasion de cette maladie, c'est un caractère taciturne et irritable, de gai et égal qu'il était auparavant. »

« — Le 16 février 1861, à cinq heures du soir, poursuit notre correspondant, on vint me chercher pour un homme qui était tombé sans connaissance, d'un coup de sang, disait-on encore! C'était un voiturier des environs de Nantes. L'heure du départ étant arrivée, il préparait ses chevaux, lorsqu'il tomba sous eux. Je le vis dans l'écurie, il avait une figure rouge, vultueuse; privé de connaissance, son pouls n'était pas fréquent.

» On aurait pu croire tout d'abord à une apoplexie, mais avant de prendre une décision quelconque j'observai pendant quelque temps mon malade, qui conservait la même attitude et présentait toujours les mêmes symptômes, lorsque tout à coup il fut pris d'une violente attaque d'épilepsie : les yeux roulèrent dans leurs orbites, la tête s'agita, la face prit un aspect hideux; la bouche s'entr'ouvrait convulsivement et laissait passer une certaine quantité d'écume; la respiration devint ronflante, le corps était tout entier contracté.

» Je demandai aussitôt des renseignements sur cet homme, on me dit qu'il était très-sobre; plusieurs individus de son pays me dirent qu'ils ne le connaissaient pas atteint de cette maladie. On me tourmenta pour le saigner, je ne le voulus pas, je lui prescrivis seulement des sinapismes, et un peu d'éther dans une infusion de tilleul.

» Les maîtres de l'hôtel où il descendait me dirent qu'en arrivant le matin le malade s'était plaint d'étourdissement. « J'ai » été obligé en route d'arrêter deux ou trois fois ma voiture, » leur disait-il, sans cela je serais tombé, je n'y voyais plus. » On lui conseilla d'aller voir un médecin, qui lui ordonna des pédiluves sinapisés et un purgatif.

» Sa femme, prévenue, vint à Nantes dans la nuit; elle me confirma le matin ce que l'on m'avait dit la veille, à savoir, que notre malade n'avait jamais eu d'attaques d'épilepsie. Tout ce qu'on avait pu remarquer seulement, c'était une espèce de contracture de la face, qui l'exposait depuis peu de temps à la risée de ses amis.

» Le lendemain 17, je l'ai encore trouvé sans connaissance, ayant après ses attaques une physionomie égarée; il se remuait un peu, se levant sur les genoux pour se recoucher. A certaines questions que lui faisait sa femme, il répondait par une espèce de grognement, puis de temps en temps il était pris de convulsions.

» Toute la journée du 17 se passa de même; je prescrivis une potion antispasmodique, qui ne fut pas prise; je fis mettre des sinapismes.

» Le 18, l'état du malade étant toujours le même, je lui fis administrer un purgatif huileux; on lui mit deux vésicatoires aux jambes. Il évacua dans la journée, sans amélioration dans son état.

» Dans la journée, la fièvre s'empara de lui; le pouls devint agité; les attaques étaient moins fortes et moins longues, mais le cerveau se congestionnait. On appela un autre confrère. Ce fut par hasard celui qu'il était allé consulter l'avant-veille. Ce médecin me dit que le malade était allé chez lui dans l'intention de se faire saigner, et que sur le moment il eut une petite attaque d'épilepsie de quelques secondes. Mon confrère le détourna de la saignée, et lui prescrivit des pédiluves sinapisés, de la valériane et un purgatif pour le lendemain.

» Nous ordonnâmes des sangsues derrière les oreilles, pour parer aux accidents qui se manifestaient, et une potion au musc et au castoreum. Mais le malade mourut vers minuit. »

Nous serons beaucoup moins explicite pour ce second fait que pour le premier. Il est regrettable que les médecins qui ont observé ce malade n'aient pu saisir l'occasion d'éclairer par l'autopsie les doutes qui subsistent encore dans l'esprit, après la lecture de cette observation, sur le véritable caractère de la maladie qu'ils ont eue sous les yeux.

DES PARALYSIES
dans leur rapport avec les maladies aiguës, et spécialement des paralysies asthéniques, diffuses, des convalescents ;

Par M. Adolphe Gubler, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon.

Le cinquième fascicule des *Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris* (1) contient un travail fort important de M. Gubler. En voici les conclusions :

(1) Ce volume publié par P. Asselin, libraire, successeur de Labé, contient, outre le travail de M. Gubler :

1° *De la ponction avec le trocart capillaire dans les kystes hydatiques du foie*, par M. Moissenet ;

N'ayant pas eu l'avantage d'étudier à l'École de Paris, je ne fus pas aussi satisfait que les autres : je restai près de la malade. Quand son émotion fut calmée et qu'elle eut repris un peu de forces, j'appris que cette pauvre créature, issue d'une famille aisée, avait épousé un bon et brave homme; qu'ils avaient été ruinés par une confiance imprudente; qu'alors ils s'étaient réfugiés dans un local insalubre, où leur enfant était tombé malade et avait succombé. La mort du mari étant survenue ensuite, cette femme, épuisée par la misère, le chagrin et la maladie, entra à l'hôpital. Ne pouvant, après un long entretien avec elle, attribuer sa position à aucune autre cause, je portai le diagnostic suivant, sauf le respect que je devais au professeur : Extinction par les passions tristes et les privations. Pronostic : mort certaine.

Huit jours ne s'étaient pas écoulés que cette femme avait été descendue à la salle des morts. On en fit très-bien l'autopsie; mais la pneumonie avait disparu, et la fin était néanmoins arrivée.

Comme toutes les cliniques, à quelques exceptions près, suivaient les mêmes errements, je m'abstins d'y retourner. Mais je voulus être témoin de ce que l'on demandait de médecine aux examens des élèves instruits à cette école. Je dois rendre hommage à la conscience des professeurs; les questions étaient faites comme l'instruction avait été donnée : elles roulaient toutes sur la science des choses purement matérielles; jamais je n'ai vu y ajouter l'essai du bon sens en présentant à leur intelligence une solution quelconque. Je fus forcé d'en conclure que l'École de Paris renonçait à l'union de ces deux points pour l'exercice de la médecine.

Puis j'étudiai les causes de ces faits, et me demandai d'abord pourquoi et comment ici se choisissent les professeurs? Chaque personnage enseignant a en charge une spécialité purement scientifique, et tout est dit; il s'agit donc, pour arriver au professorat, seulement de *mémoire*; le bon sens n'y a que faire. C'est :

1° D'apprendre une seule chose longtemps et de la savoir mieux que tout autre; on conçoit qu'un sujet médiocre, doué de la faculté de retenir par cœur, âpre et opiniâtre au travail, puisse atteindre ce but; il s'acharne après son gibier, et plus il s'emplit de cette science spéciale, plus son esprit se vide; il en est d'autant plus nul. Observez cet homme de près, dépouillez-le du clinquant qui l'entoure, et vous ne tarderez pas à voir le néant absolu autour de sa science factice; ce n'est plus, selon l'expression de Montaigne, qu'un savant féru, un homme qui a reçu un coup de marteau.

2° Il s'agit de parler en public pour transmettre cette science acquise par un si rude labeur; personne n'ignore que par l'usage, tout homme ou à peu près peut arriver à communiquer tant bien que mal ce qu'il sait, comme l'oiseau donne la pâture à ses petits, c'est-à-dire en la leur portant au bout de son bec sans en rien garder pour lui-même; c'est une simple affaire de verbiage, et rien de plus.

3° Pour couronner le tout, il convient de se créer des *titres antérieurs*; alors on fait un livre, et c'est là le plus grand malheur; car, supposez-le aussi nul, aussi détestable que vous voudrez, il faudra cependant que les étudiants le sachent pour être reçus à leur examen sur cette matière, autrement jamais; Hippocrate lui-même, voulant subir une épreuve sans être muni de ce bagage, serait éconduit comme insuffisant.

A la rigueur, toute la capacité professorale peut donc se réduire à la seule érudition. On vous dira : Galien a écrit ceci, Sydenham a fait cela; on citera les propres paroles de Broussais; mais que dira-t-on soi-même? Quelle initiative attendre d'un pareil savant, que peut-il produire à l'œuvre? Quel monde entre lui et cet Archimède, lequel, ayant été détourné de sa contemplation pour mettre quelque chose en pratique à la défense de sa ville, inventa soudain des engins épouvantables et des effets surpassant toute croyance humaine! Exemple sublime du pouvoir de la science jointe au génie.

A mon point de vue, telle est la vérité; je puis la dire hardiment, ceux auxquels elle s'applique se garderont bien de la prendre pour eux-mêmes, car le succès enfante l'orgueil.

Voici pour les personnes.... voyons les choses.

Je suppose, et cela est, qu'un homme de bon sens, de vraie science et d'expérience, soit appelé à donner l'instruction médicale publique à Paris; il faut reconnaître qu'avec les moyens officiels dont il dispose aujourd'hui, cela lui sera impossible; sortez-le des maladies spécifiques, de la syphilis, des fièvres éruptives et des autres affections naturelles, pour le mettre en présence des causes fortuites ou non-naturelles; dans les hôpitaux, il en sera réduit à la nécessité absurde de ne voir que la lésion matérielle et d'en faire l'anatomie. Quelque habile que vous le supposiez, il ne saurait aller plus loin. Ajoutez que l'insalubrité nosocomiale faussera encore sa route, et changera notablement ses résultats. L'étude sérieuse de la médecine y devient donc

I. Des paralysies locales ou généralisées peuvent accompagner ou suivre toutes les pyrexies, les phlegmasies, en un mot tous les états morbides de l'économie caractérisés par une exaltation fonctionnelle même de courte durée. Ordinairement plus intenses et plus fréquentes quand elles sont liées à des affections graves par leur nature ou leur violence, on les a vues néanmoins se montrer dans le cours, et à la suite de chaque maladie aiguë vraiment digne de ce nom.

II. A l'occasion d'une espèce nosologique quelconque, il importe de distinguer plusieurs sortes de paralysies dont la réalité est démontrée par l'observation. Les unes sont une expression de la maladie en évolution; les autres lui succèdent et n'ont avec elle qu'un rapport éloigné. De là deux groupes nettement séparés et renfermant chacun plusieurs variétés.

III. La première catégorie comprend d'abord des paralysies précoces, se montrant, par exemple, dans la période prodromique des fièvres éruptives, et comparables aux convulsions qui en marquent le début. Ces *paralysies initiales* sont vraisemblablement exemptes d'altérations de tissus.

IV. Viennent ensuite les *paralysies de la période d'état* en rapport avec des lésions de l'appareil sensitivo-moteur, portant soit sur les muscles, soit sur les ramifications et les troncs nerveux, soit enfin sur un point quelconque de l'axe cérébro-spinal. Ces lésions anatomiques sont des manifestations locales de la maladie, ayant la même signification que les autres procès inflammatoires qui servent à la caractériser. Nous avons ainsi des *paralysies symptomatiques* de myosite, de névrite, de myélite et d'encéphalite.

V. Je propose d'appeler *successives* les paralysies qui, apparaissant un peu plus tard, comme leur nom le fait pressentir, s'expliquent par la propagation du travail morbide à des régions primitivement respectées.

VI. Les phlegmasies protopathiques excitent à leur tour des sympathies susceptibles d'amener des accidents paralytiques dans des organes plus ou moins éloignés, et par des mécanismes divers dont l'étude mérite d'être approfondie : ce sont les paralysies sympathiques ou de voisinage.

VII. Après la cessation des phénomènes actifs de la maladie aiguë, apparaissent les *paralysies consécutives*, qui ne s'attachent à l'affection primordiale que d'une manière détournée. Il y en a de deux sortes : les unes dépendent d'une lésion de l'appareil nerveux, engendrée par l'affection aiguë, entretenue par une prédisposition individuelle et poussée jusqu'à ses dernières conséquences par des causes adjuvantes et occasionnelles : telles sont les *paralysies générales proprement dites*, décrites par M. Baillarger à la suite de l'érysipèle, et par M. Beau après la fièvre typhoïde.

VIII. Les autres, beaucoup plus fréquentes, ont été trouvées sans altération anatomique, et se rangent dans la classe des névroses. Ces paralysies, plus particulièrement étudiées dans ces derniers temps, à propos de la diphthérie, sont loin d'appartenir exclusivement à cette affection ; on les retrouve, avec les mêmes caractères essentiels, après toutes les maladies aiguës. Les paralysies diphthériques ne sont qu'un cas particulier d'une règle très-générale.

IX. Les circonstances étiologiques dans lesquelles ces paralysies dynamiques prennent naissance, les font assimiler à celles qui dépendent de la chlorose, de l'anémie, des épuisements nerveux, et indirectement des causes nombreuses capables d'amener ces états morbides : elles se rattachent directement à la débilité de l'économie, et méritent par là l'épithète d'asthéniques.

X. Mais, si loin que soit poussée la faiblesse, elle ne constitue jamais par elle-même une véritable paralysie. On peut voir s'abaisser graduellement le niveau de toutes les forces organiques, jusqu'à l'obtusion des sens et de l'intelligence, l'immobilité impotente, et un ralentissement énorme des fonctions de nutrition, sans qu'il y ait paralysie. C'est alors la vitalité qui s'amoindrit, ou du moins ce sont les manifestations de la vie qui s'éteignent toutes à la fois. La paralysie proprement dite suppose un défaut de proportion entre les forces générales et celles du système nervo-musculaire, entre l'irritabilité générale et celle des nerfs sensitifs; par conséquent elle implique un trouble fonctionnel avec ou sans altération organique soit des muscles, soit du système nerveux, centres, cordons et expansions périphériques.

XI. Aussi les paralysies asthéniques, consécutives aux maladies aiguës, sont-elles contingentes, aléatoires, et non nécessairement associées à la débilitation extrême de l'économie, qui paraît ne constituer à leur égard qu'une prédisposition ou tout au plus l'imminence morbide. Elles ne se montrent ordinairement qu'au moment de la convalescence confirmée, et l'on peut saisir quelquefois une circonstance jouant le rôle de cause déterminante.

XII. Les paralysies de la convalescence paraissent entièrement indépendantes de toute lésion, même fonctionnelle, des centres et des cordons nerveux ; elles ont leur raison dernière dans l'état même des parties qui en sont affectées, et méritent la dénomination de *périphériques*, par opposition à celles qui se rattachent à une lésion des foyers ou des conducteurs du sentiment et du mouvement.

XIII. Quelquefois circonscrites à un petit nombre d'organes, elles sont plus souvent réparties sur des régions étendues ; mais en tout cas chaque point est affecté pour son propre compte, et lorsque la perturbation fonctionnelle gagne les parties centrales du système nerveux, on ne peut pas dire que les lésions de ces dernières tiennent les autres sous leur dépendance. Pour exprimer ce caractère, qui distingue si profondément les paralysies asthéniques généralisées des paralysies générales proprement dites, je les ai nommées *diffuses*.

XIV. Les *paralysies asthéniques diffuses* des convalescents tendent à gagner en surface comme en intensité; elles sont donc extenso-progressives. On peut les dire *ascendantes*, puisqu'elles débutent souvent par les extrémités inférieures, pour de là se montrer aux membres thoraciques. Mais leur marche est souvent irrégulière et capricieuse. Tantôt elles sont légères et fugaces, distribuées d'une manière bizarre; tantôt elles sont généralisées, complètes et permanentes; elles peuvent même entraîner la mort lorsque des organes essentiels finissent par être compromis.

XV. Pour conjurer ces accidents paralytiques consécutifs, le médecin usera avec modération de tous les débilitants; il prescrira autant que faire se peut une alimentation légère, même pendant l'activité du mal. Une fois la paralysie survenue, le traitement curatif rationnel consistera dans l'usage d'une nourriture réparatrice, des toniques de toutes sortes, et dans l'emploi des stimulants, tels que frictions, douches froides et bains sulfureux. L'électricité est surtout appelée à rendre de grands services.

2° *Des ulcérations de la trachée-artère consécutives à la trachéotomie*, par M. Henri Roger;

3° *Sur les paralysies diphthériques*, par M. Maingault;

4° *Étude sur une maladie complexe de la rate*, par M. le docteur Monneret;

5° *Sur le traitement des kystes hydatiques du foie*, par M. Leudet;

6° *Des congestions dans les fièvres*, par M. Monneret;

7° *Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës*, par M. A. Gubler;

8° *Des hématocèles péri-utérines spontanées*, par M. Gallard;

9° *De l'hypertrophie de la glande thyroïde chez les femmes*, par M. N. Guillot.

LAVEMENT CONTRE LES HERNIES ÉTRANGLÉES.

Par M. Newbold.

Sous-acétate de plomb.	40 centigr.
Eau distillée (tiède).	300 grammes.
Acide acétique étendu de 4/5es d'eau. .	8 —

Mêlez.

M. Newbold fait remarquer qu'il a donné jusqu'à quatre et cinq lavements, et toujours avec de tels avantages qu'il ne met pas en doute la possibilité d'éviter par ce traitement la kélotomie dans l'immense majorité des cas.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 février 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A propos de la correspondance, M. Follin lit une observation de M. Closmadeuc. La Société décide que cette observation sera imprimée dans nos *Bulletins*.

On sait qu'il s'agissait d'un jeune conscrit porteur d'un **anévrysme** consécutif à la blessure de **l'artère poplitée** (gauche) par le dard d'un *pastenaque*.

La singulière origine de la blessure, le siége de la cicatrice à la partie interne et inférieure de la cuisse, les symptômes et la marche de l'affection; les caractères bien tranchés de la tumeur anévrysmale lorsque le malade me fut présenté, tout était de nature à rendre l'observation intéressante.

Les détails qui vont suivre ne méritent pas moins d'être consignés. Dans la première note lue à la Société, l'auteur avait oublié d'indiquer le résultat fourni par la mensuration. Un fil passant par le milieu du jarret et la partie moyenne de la rotule mesurait 0,40 centimètres. A la partie moyenne du mollet, la mensuration donnait 0,33 cent. ; par comparaison aux points correspondants, le membre sain fournissait, 0,36, et 0,32.

Depuis le 28 octobre, date de l'entrée de J... dans mon service, dit M. Closmadeuc, jusque vers le milieu du mois de novembre, nous n'eûmes à constater aucun changement notable : toujours même attitude du membre demi-fléchi, même impossibilité de mouvement, même engourdissement, mêmes signes sensibles révélant d'une façon évidente la tumeur anévrysmale. Plusieurs fois par jour, et la nuit, des accès de crampes extrêmement douloureuses dans les muscles du mollet.

Déjà, depuis quelque temps, je faisais trois ou quatre visites par jour à l'hôpital, et chaque fois j'exerçais pendant un quart d'heure ou deux la compression digitale sur l'artère crurale, dans le but d'habituer graduellement le malade à supporter bientôt une compression plus méthodique et plus continue.

Nous en étions là, lorsque le 17 novembre, le malade, en faisant un effort pour déplacer sa jambe, sentit un craquement dans le jarret, suivi immédiatement d'une douleur très-vive et d'une augmentation dans le volume du membre.

On m'envoie chercher sur-le-champ, et je trouve qu'effectivement la tumeur a augmenté notablement de volume. Le mollet, très-tuméfié et tendu, est le siége d'une fluctuation manifeste, et le liquide qu'indique cette fluctuation communique avec la tumeur également fluctuante du jarret.

A ce moment la mensuration indiquait une circonférence de 0,41 c. au jarret, et de 0,35 c. au mollet.

Désormais la tumeur anévrysmale était énorme. Elle remontait jusqu'au sommet du losange poplité, et ne s'arrêtait en bas qu'à la partie moyenne et postérieure de la jambe, donnant la sensation d'un kyste fluctuant, à laquelle s'ajoutaient les caractères de l'anévrysme (frémissement, battements isochrones, souffle).

Le cas devenait grave, et j'avais toute raison de redouter des complications plus graves encore.

Je commençai le jour même la compression digitale d'une façon régulière et intermittente. A cet effet, je fis appel aux infirmiers et aux soldats convalescents de mon service, qui se prêtèrent à la manœuvre avec la plus grande complaisance et ne tardèrent pas à y acquérir l'habileté suffisante. Pendant dix jours consécutifs la compression digitale de l'artère fémorale sur le pubis fut pratiquée. On la maintenait continue pendant une heure; puis après une heure de repos, on recommençait ; ainsi de suite depuis le matin jusqu'au soir. Le malade supportait cette compression avec peine. Il fallait le laisser libre la nuit. Des crampes atroces et se reproduisant souvent l'épuisaient.

Pendant ces dix jours, le résultat obtenu était trop peu satisfaisant pour insister plus longtemps sur ce moyen, qui, du reste, semblait avoir quelque influence dans la production d'un œdème considérable du pied.

Tantôt la tumeur devenait un peu moins tendue ; tantôt le malade sentait de nouveau *courir et bouillonner* le sang dans son mollet, et nous retrouvions la tumeur plus dure, augmentée de volume, très-douloureuse ; la peau devenait luisante, et revêtait une teinte terreuse ou violacée, au point que la tension excessive des téguments nous faisait craindre la formation d'une eschare qui aurait amené des accidents d'hémorrhagie mortelle.

Pour mon compte je n'espérais plus rien de la compression, et je préparai le malade à l'idée de l'opération.

La première quinzaine de décembre se passa ainsi : la tumeur sanguine restait menaçante ; les douleurs étaient continuelles ; le pied s'œdématiait de plus en plus.

Le 15 décembre, dans la nuit, nouveau craquement dans le jarret; aggravation des symptômes ; distension effrayante des téguments, qui sont violets et érysipélateux.

Le malade, se sentant beaucoup plus mal, se décida enfin à l'opération, qui fut pratiquée le 20 décembre en présence de mes honorables confrères les docteur Lagillardaie, de Quéral, Quesmeleuc et Aubert, médecin-major du 43e.

Je choisis la ligature par le procédé de Hunter comme me paraissant la mieux indiquée, et parce qu'il ne m'était pas démontré que l'opération pratiquée au passage de la fémorale dans l'anneau du troisième adducteur fût préférable.

Cette opération a eu les suites les plus heureuses.

A partir de ce moment, le passage du sang dans la tumeur a cessé, et avec lui ont disparu les signes de l'anévrysme, c'est-à-dire les frémissements, les battements isochrones, et le bruit de souffle.

Dès le lendemain, l'énorme tumeur du creux poplité et du mollet était moins tendue, plus dépressible, moins douloureuse.

---

illusoire. Cette remarque s'étend à la chirurgie ; on exige vraiment de la clinique des hôpitaux ce qu'elle ne peut donner.

Il n'est pas surprenant que la jeunesse d'aujourd'hui, après bien des années d'étude, soit si peu apte à mettre en pratique ; par son grec, son latin et sa science ainsi appliquée, elle revient à son village plus sotte et plus vaine qu'elle n'en était sortie.

Leur âme devrait être pleine, elle n'est que bouffie; ici les maîtres, comme dit Platon des sophistes, empirent plutôt qu'ils n'amendent, car leurs élèves semblent être ravalés du sens commun.

Il y a quelques natures fortes qui se maintiennent au milieu de cette institution ; mais elles sont rares, et elles y subissent toujours une altération sensible.

Comment y remédier?

Si j'avais une opération grave à subir, me disait quelqu'un, je ne la confierais qu'à celui qui, outre sa science, serait capable de tailler sa plume ou son crayon, d'enfoncer droit un clou dans une planche, et je le convierais à dîner avec moi pour juger de son habileté à découper à table ; je voudrais ainsi m'assurer de l'harmonie qui régnerait entre son savoir et l'adresse de ses mains, car en chirurgie il faut l'un et l'autre.

Pour mon médecin, je voudrais un homme d'une science très-variée, d'une longue expérience, et par-dessus tout d'un bon sens général très-droit ; je refuserais les secours médicaux de celui qui ne serait qu'un médecin proprement dit, et dont l'intelligence ne saurait se plier aux caprices des appréciations les plus diverses pour la connaissance des causes *casuelles* des maladies.

Aristochius pensait que les professeurs nuisent aux élèves lorsqu'ils veulent leur apprendre ce qu'ils ne connaissent pas eux-mêmes ; il faut donc pour enseigner être d'une étoffe ample, d'une riche intelligence, ne jamais scinder sa suffisance, et tendre toujours à des vues universelles : tout s'enchaîne dans la nature ; il convient qu'un *homme*, ἀνὴρ, *vir*, puisse traiter beaucoup de sujets avec une telle connaissance que l'on croie que chacun d'eux est sa matière favorite : Michel-Ange n'était-il pas architecte, peintre, sculpteur, etc., en même temps? Vivent les aptitudes intellectuelles générales! arrière les gens à savoir *exprès* : l'exercice utile de notre profession n'a rien de commun avec eux ; ils boitent, et la principale ordonnance de Platon, en sa république est de donner à ses concitoyens les choses selon leur nature ; les boiteux sont impropres aux exercices du corps, et les âmes boiteuses impropres aux exercices de l'esprit.

D'un autre côté, puisqu'il est prouvé que les cliniques des hôpitaux ne peuvent conduire dans la majorité des cas qu'à la connaissance de la lésion matérielle et à sa vérification par l'ouverture des corps, que les éléments ne sont qu'une partie de ce qu'il faut savoir pour l'exercice de la médecine, il convient, tout en conservant les leçons théoriques de la Faculté, les leçons pratiques des hôpitaux transportées au loin hors des grandes villes, de *rétablir l'apprentissage*, c'est-à-dire d'attacher les étudiants en qualité d'aides aux médecins exerçants. Ils seront alors conduits chaque jour dans la pratique civile; ils y étudieront les *causes et suivront longtemps les effets* de toutes les choses médicales; ils seront dressés à bien voir et par conséquent à bien faire ; le maître leur enseignera, avec les secrets et les convenances de la pratique, le respect des anciens auteurs ; il leur indiquera les sources où ils trouveront les conseils spéciaux pour les cas qui se présenteront chaque jour à leur observation, et, loin de les astreindre à la lecture de livres qui souvent n'attendent que la mort de leur auteur pour tomber dans un juste oubli, il les dirigera toujours dans le culte des vrais monuments de la science, et ils seront faits hommes.

En se touchant de si près, le praticien et ses élèves sauront bientôt s'apprécier mutuellement; si le premier ne reconnaît tout d'abord à l'étudiant les qualités nécessaires pour faire un bon médecin, il lui donnera le conseil de ne pas s'engager plus avant dans les études de notre profession, en lui évitant ainsi un travail inutile, des dépenses superflues; il affranchira la pratique d'un sujet naturellement impropre à l'exercer utilement.

Telles sont mes remarques sur l'état actuel de l'École de Paris. *De profundis clamavi ad te, Domine*, mais sans orgueil, sans vanité, avec le désir de prouver encore une fois que pour exercer la médecine avec confiance, il faut posséder la science, la pratique et le discernement.

Amédée Joux,
Médecin à La Ferté-Gaucher.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. Andre-Margras, de Nancy, médecin à Paris. Chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine. Prix : 3 fr. 50 c.

La circulation collatérale a suffisamment pourvu à l'entretien de la chaleur dans les extrémités, qui n'ont jamais éprouvé de refroidissement.

La réaction fébrile, modérée, a duré cinq jours.

Le quatorzième jour, la ligature tombait.

Le 25 janvier, la plaie de la cuisse est cicatrisée. La tumeur est considérablement diminuée.

Le jour de l'opération, la circonférence du mollet était de 0,44. Aujourd'hui elle n'est plus que de 0,39. La mesure au jarret donnait 0,48. Elle n'est plus que de 0,43. Au bas de la jambe, au-dessus des malléoles, on ne compte plus que 0,20 au lieu de 0,29.

Le malade ne souffre plus. La force et le courage lui reviennent. Il commence à remuer le membre et à étendre la jambe.

On sent bien que la tuméfaction, qui persiste encore au mollet et au jarret, est due à un épanchement fluctuant. Mais ce liquide épanché, qui ne peut guère être que du sang, offre tous les caractères d'un liquide enkysté. Il n'a aucune communication avec les vaisseaux, et se résorbe lentement. Dans le jarret, en déprèciant un peu la tumeur fluctuante, le doigt rencontre un corps très-dur, de la grosseur d'une noix, sur le trajet de l'artère poplitée; il y a là un caillot fortement organisé.

Depuis cette époque, les choses sont restées dans le même état. Il est probable que la résorption de ce sang enkysté s'opérera avec une très-grande lenteur; quant à la guérison de l'anévrysme, aucun de nous n'en doute désormais.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit une lettre qui a été adressée à la Société, et par laquelle un confrère de province demande l'opinion de la Société sur un fait qui s'est présenté dans sa pratique.

— M. LE SECRÉTAIRE voudrait savoir si la Société veut donner suite à cette demande, avant de faire connaître le nom de notre confrère.

Il s'agit, comme on peut le voir par la communication de cette lettre, d'un fait qui est porté actuellement devant les tribunaux.

— MM. CHASSAIGNAC, BOINET et MOREL disent qu'avant d'engager la Société dans cette voie, le bureau devrait prendre connaissance des pièces et juger s'il est convenable de saisir la Société de ces faits.

— M. DEPAUL ajoute que la Société n'a pas le droit de donner son avis, et qu'elle n'a pas qualité pour intervenir dans ces sortes de débats.

— La Société, à l'unanimité, passe à l'ordre du jour.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. PRESTAT (de Pontoise) présente un malade qui a été traité d'une *fracture double du maxillaire inférieur*, au moyen d'un appareil en gutta-percha.

Nous publierons cette observation dans le prochain numéro.

Sur un renseignement demandé par M. Chassaignac, M. Prestat dit que le trou fait avec la vrille était situé au-dessus du canal dentaire.

Continuation de la discussion sur la réduction dans les hernies.

M. CHASSAIGNAC. Je désire fixer l'attention de la Société sur quelques points importants. Il ressort de ce qui a été dit jusqu'ici, que l'on ne doit point repousser dans le ventre un intestin perforé, si petite que soit la perforation, et l'abandonner pour ainsi dire au hasard. M. Bauchet nous a rapporté un cas où une semblable pratique a été heureuse, et pourtant M. Bauchet ne reviendrait plus (il nous l'a dit lui-même) à un pareil procédé.

Voilà donc un premier résultat important que cette discussion nous a donné. Mais il y a un autre point sur lequel je veux aussi insister. Faut-il, avant de réduire, et quand l'étranglement a été levé, attirer l'intestin au dehors, et l'examiner attentivement? Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative.

M. Broca n'agit pas toujours ainsi, nous a-t-il dit, et pourtant le fait qu'il a rapporté vient tout à fait à l'appui de ma proposition. Si l'intestin paraît en très-bon état, cette pratique n'offre aucun inconvénient; elle est rigoureusement indispensable quand l'état de l'intestin laisse quelques doutes dans l'esprit. Dans tous les cas, il faut examiner avec soin l'anse intestinale avant de la réduire, et par conséquent s'assurer que l'étranglement n'a rien détruit. Enfin, dans le cas où il existe une perforation, je ne crois pas qu'on doive se borner à appliquer une suture autour de la solution de continuité, et à retenir à l'extérieur les fils de cette suture : l'intestin n'est pas assez solide pour fournir aux fils un point d'appui résistant, et je pense qu'il faut aussi passer une anse de fil à travers le mésentère, pour retenir, près de l'anneau interne, l'anse intestinale que l'on vient de suturer et de réduire.

M. VERNEUIL pense comme M. Chassaignac qu'il n'y a aucun inconvénient à attirer à l'extérieur l'anse intestinale que l'on va réduire, afin de s'assurer si elle est dans un état d'intégrité parfaite. Dans une opération qu'il a pratiquée, il a eu à regretter de ne pas avoir suivi ce précepte.

Après avoir ouvert le sac, l'intestin était dans un état si parfait, qu'il était presque fâché d'avoir décidé si vite cette opération. L'anse herniée était tout à fait saine, et l'étranglement levé, il ne crut pas nécessaire de l'attirer au dehors. Mais au moment même où il procédait au pansement, l'issue d'une grande quantité de matières stercorales vint lui démontrer qu'il existait une perforation. L'agent constricteur avait promptement coupé l'anse intestinale, et, comme l'a bien dit M. Chassaignac, l'ulcération était cinq ou six fois plus large du côté de la muqueuse que du côté de la séreuse.

Cette pratique est-elle admise par tous les chirurgiens? Je puis en douter : en 1839, M. Velpeau prescrivait de ne pas attirer l'intestin au dehors dans tous les cas; Ph. Boyer ne l'attirait jamais. Je ne puis partager cette opinion.

On pourra objecter sans doute que ces légers efforts pour amener l'anse intestinale au dehors, pourront compléter une perforation, quand elle n'est pas déjà toute formée. Mais le chirurgien ne va pas tirer sur l'intestin au point de le déchirer, s'il ne l'est déjà, et si ces légères tractions peuvent être suffisantes pour produire une perforation, celle-ci ne se serait-elle pas produite ultérieurement, et ne vaut-il pas mieux cent fois établir de suite un anus artificiel, que de redouter les dangers d'un épanchement dans la cavité péritonéale?

Si maintenant, ajoute M. Verneuil, la perforation est petite, que faut-il faire? faut-il réduire l'intestin? M. Bauchet vous a déjà dit que telle n'était pas son opinion, et bien que Lawrence, dans son *Traité des hernies* (1818), ait avancé que l'anse intestinale restait près de l'anneau et y contractait des adhérences, je ne m'en rapporterais pas à la nature, et je ne réduirais pas sans précaution une anse perforée. La suture a été rarement pratiquée chez l'homme. Pour qu'elle offre des chances de succès, il faut qu'elle soit appliquée sur une partie saine de l'intestin, et pour éviter des tractions dangereuses, un fil passé dans le mésentère offrirait une plus grande sécurité, et n'empêcherait pas les mouvements de l'intestin.

Mais, pour moi, une question domine toutes les autres, c'est celle de l'établissement d'un anus contre nature, et dans ce cas, l'anus une fois établi faut-il déborder l'intestin?

M. VELPEAU pense qu'il faut toujours, et dans tous les cas, examiner attentivement l'anse intestinale que l'on va réduire.

J'ai insisté, continue M. Velpeau, sur les perforations déterminées au niveau de l'étranglement, et j'ai montré que, dans bien des cas, alors que l'anse intestinale paraissait saine, l'agent constricteur avait pu la couper en travers, et même dans une grande étendue.

Toutes les fois qu'on établit un anus contre nature, il faut ouvrir largement l'intestin, et n'opérer aucun débridement, sans attirer l'anse herniée et sans la repousser. Quant aux cas où il existe de *petites perforations* sur une anse intestinale saine d'ailleurs dans tout le reste de son étendue, j'ai suivi une pratique qui m'a donné cinq succès, deux à l'hôpital de la Pitié, et trois à la Charité. Les deux premiers sont rapportés dans mon *Traité de médecine opératoire*. Pour l'un, il existait trois petites perforations spontanées; pour l'autre, l'intestin avait été blessé dans une étendue de 7 ou 8 lignes. Parmi les trois opérés de la Charité, et qui sont guéris comme ceux de la Pitié, M. Piachaud a publié l'observation de l'un d'eux, et a rapporté les considérations qui m'avaient déterminé à agir ainsi, et l'explication que j'ai donnée des phénomènes qui ont dû se passer après cette réduction. L'intestin reste dans la fosse iliaque et y contracte des adhérences; d'autre part, l'anse intestinale, distendue par des gaz, revient sur elle-même, la perforation se ferme, et la cicatrisation s'opère sans qu'il se produise d'épanchement dans la cavité péritonéale.

Voilà ce que j'ai fait; voilà les cinq succès que j'ai obtenus; mais je ne veux pas recommander cette pratique comme exemplaire; elle peut être dangereuse dans beaucoup de circonstances. Il faudrait pour être autorisé à agir ainsi, que l'intestin fût parfaitement sain dans tous les points où n'existe pas de perforation; il faudrait que les perforations fussent très-circonscrites, très-petites, et surtout très-nettement limitées; il faudrait aussi que l'on eût quelques raisons de supposer que l'anse intestinale herniée appartient à une portion du jéjunum, rapprochée de l'estomac, et que, par conséquent, on eût tout à redouter de l'établissement d'un anus contre nature.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEGUISE présente une pièce de **polype naso-pharyngien** qu'il a opéré. Cette pièce sera disséquée avec un grand soin, et présentée de nouveau à la Société.

M. Deguise remettra une observation détaillée sur la maladie, sur cette opération, et sur la description de la pièce.

— A cinq heures la Société se forme en comité secret, pour entendre le rapport de M. Gosselin sur les titres des candidats à la place de membre titulaire, déclarée vacante.

La séance est levée.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM.

Meleux, né à Angers (Maine-et-Loire); *Des ovaires, de l'utérus, ou quelques considérations anatomiques et physiologiques sur ces organes.*

Paris, né à Versailles (Seine-et-Oise); *Recherches sur quelques manifestations de la diphthérie.*

Dulac, né à Ségus (Hautes-Pyrénées); *De la phlegmatia alba dolens.*

Houdart, né à Saint-Servan (Ille-et-Vilaine); *Nouveau procédé de dilatation des rétrécissements du canal de l'urèthre.*

Guerlain, né à Saint-Omer (Pas-de-Calais); *De la prostatorrhée dans ses rapports avec la prostatite.*

Guillaume, né à Genève (Suisse); *De la pourriture d'hôpital.*

Billière, né à la Chapelle-aux-Saints (Corrèze); *De quelques observations d'iridectomie dans les différentes affections de l'œil.*

Duprat, né à Toulon (Var); *Considérations hygiéniques et pathologiques sur le Sénégal.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 23 février dernier, M. le docteur Levallois (d'Angoulême), a été nommé président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Charente.

— Le 5 avril prochain sera ouvert à l'administration de l'assistance publique un concours pour une place de prosecteur à l'Ecole anatomique des hôpitaux. Le registre d'inscription sera ouvert jusqu'au mercredi 20 mars.

— M. le docteur Sichel vient d'être nommé commandeur de l'ordre de Saint-Stanislas de Russie.

— M. le docteur F. Cazalis, de Montpellier, auquel nous devons la traduction française de plusieurs travaux italiens estimés, qui a créé et rédigé avec talent le *Messager agricole*, vient d'être nommé chevalier de l'ordre piémontais des Saints Maurice et Lazare.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES ORPHELINES LE PEYTRE.

M. Cabannes, de Castillon.	5 fr.
M. Hippolyte Blot.	10
Un anonyme.	5
M. Michel Lévy.	20
M. Thore, de Sceaux.	10
Total.	50 fr.
Total des listes précédentes. . . .	928
Total général jusqu'à ce jour. . . .	978 fr.

Les souscriptions continuent à être reçues chez M. Brochin, rue Larrey, 1, chez M. Legrand du Saulle, boulevard de Sébastopol, 9 (rive gauche), et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Des maladies chroniques, pratique d'un médecin de province, ou Recherches et observations sur la gastrite et la gastro-entérite chronique, les coliques gastro-intestinales et la diarrhée chronique chez les enfants; la métrite chronique et la métrorrhagie; les névralgies lombaire, sacrée, du plexus brachial, facial, du cuir chevelu et cervical et le vertige nerveux, par F. Neucourt, chirurgien adjoint des hôpitaux de Verdun, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°, XII-615 pages. Prix; 7 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

De la pellagre sporadique, par H. Landouzy, professeur de clinique interne et directeur de l'École de médecine de Reims. Un volume in-8° de 175 pages. Prix : 3 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 30. — MARDI 12 MARS 1861. (34e ANNÉE.) N° 30. — MARDI 12 MARS 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 MARS 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous avons à signaler pour cette séance deux mémoires intéressants de physiologie, l'un de M. Giraud-Teulon, sur les mouvements de décentration latérale de l'appareil cristallinien, le second de M. L. Corvisart, relatif à l'influence de la digestion gastrique sur l'activité fonctionnelle du pancréas.

Dans une précédente communication sur l'usage binoculaire des lunettes de presbyte ou de myope, M. Giraud-Teulon a démontré théoriquement et expérimentalement que le passage de la vision monoculaire armée à la vision binoculaire était accompagné d'un mouvement angulaire, de convergence dans le premier cas, de divergence dans le second, exécuté par les axes oculaires, et mesurant la différence angulaire qui sépare, dans chacune de ces circonstances, la distance réelle de l'objet de la distance virtuelle de l'accommodation nouvelle. Ce premier fait de dissociation des axes de mouvement des globes oculaires et des axes dioptriques, semblait en impliquer théoriquement un second, la possibilité d'un mouvement de décentration corrélatif du cristallin. Ce que l'analyse inductive indiquait à l'esprit, l'observation directe l'a expérimentalement démontré. M. Giraud-Teulon a pu surprendre par la vue le mécanisme même de la décentration du cristallin, de sa déformation et du transport de son centre en dedans ou en dehors, suivant les cas, du centre des mouvements du globe, pour procurer la coalescence des images doubles.

Il a pu constater que le cristallin, soumis physiologiquement à des lois de locomotion réglées par les mouvements de convergence ou de divergence du globe, pouvait cependant rompre avec cette dépendance et exécuter des mouvements propres de convergence et de divergence relativement à l'axe des mouvements de totalité du globe.

Il y aurait ainsi, indépendamment de la synergie qui existe entre les mouvements des deux globes oculaires ou les systèmes des muscles extérieurs, une seconde synergie entre les appareils ciliaires; ces deux synergies, ordinairement correspondantes, peuvent être séparées et s'exercer indépendamment l'une de l'autre, le cristallin étant suspendu dans le globe sur un système contractile (le cercle ciliaire), comme le globe lui-même est suspendu dans l'orbite sur son système musculaire propre.

Le mémoire de M. L. Corvisart est aussi, comme celui de M. Giraud-Teulon, une suite à de précédents travaux qui constituent un ensemble dont il serait nécessaire de se rappeler les différentes parties pour bien saisir le lien qui y rattache ce dernier. Nous aurons l'occasion de reprendre un jour l'ensemble des faits qui ressortent de cette série d'études. Nous nous bornerons pour l'instant à signaler ce dernier travail comme tendant à inaugurer une nouvelle théorie de la sécrétion, fondée sur la relation qui existe entre les peptones gastriques et la formation du ferment glandulaire pancréatique. Il laisse, en outre, entrevoir comme conséquence de cette même relation la possibilité d'étendre l'étude de la nutrition à ses conditions locales et spéciales, relatives à chaque tissu, à chaque fonction, et même aux diverses diathèses pathologiques susceptibles de la modifier et d'être modifiées à leur tour par ce fait même.

M. Laugier, qui a présenté il y a environ dix-huit mois à l'Académie un mémoire sur une nouvelle méthode opératoire destinée à achever la guérison des anus contre nature après l'entérotomie, a informé la commission chargée de l'examen de ce mémoire, qu'il est en mesure de lui présenter un de ses anciens malades complètement guéri depuis sept mois par cette méthode opératoire.

Nous signalerons enfin, parmi les communications de cette séance, une note de M. J. Lemaire sur l'emploi de l'acide phénique comme désinfectant et comme moyen de traitement de quelques maladies parasitaires.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire une lecture de M. Owsjannikow sur la structure intime du système nerveux, travail qui ne pourra être convenablement apprécié que lorsqu'il sera terminé; et un nouveau mémoire de M. Grimaud (de Caux) sur l'importante question d'hygiène publique relative au meilleur mode de répartition des eaux, à l'usage des grandes villes et des habitations rurales. — Dr BROCHIN.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. MANDL.

Du traitement de la laryngite chronique (1).

Dans le traitement de la laryngite chronique, le médecin fixera d'abord son attention, si les circonstances le permettent, sur l'hygiène et le régime. Un repos plus ou moins absolu de la voix est excessivement favorable, et la cause probable de l'amélioration éprouvée par les chanteurs, les avocats, etc., dans une saison thermale quelconque. Cependant, nous ne voulons pas nier que l'air pur des montagnes, le voisinage des forêts de sapins ne puissent exercer quelque influence heureuse, surtout chez les personnes qui passent leurs soirées d'hiver dans des salons chauds et chargés d'acide carbonique et d'émanations diverses. On évitera l'humidité froide, les aliments et les boissons qui irritent la muqueuse pharyngienne, surtout le tabac. On recommandera le calme physique et moral.

Parmi les moyens internes, les eaux sulfureuses occupent le premier rang dans le traitement de la laryngite due à l'angine granuleuse, surtout chez les partisans de la diathèse herpétique. Je suis loin de pouvoir partager cette opinion, car il ne m'a pas encore été donné de constater une seule guérison radicale par les eaux des Pyrénées. J'ai vu les granulations persister chez un artiste qui a séjourné aux Eaux-Bonnes en 1855 et 1856, et qui, à la fin de la saison, est allé une ou deux fois à Luchon. « Les granulations ne veulent pas céder, m'écrit-il, malgré les bains et l'usage interne des eaux; il en reste quatre ou cinq encore sur la paroi postérieure du pharynx, sur le voile ou les piliers. »

De retour à Paris, il a continué l'usage des Eaux-Bonnes, mais les granulations n'ont pas disparu et la voix n'est jamais devenue pure. Après l'emploi inutile de l'hydrothérapie, cette année, ce malade s'est enfin décidé à avoir recours aux moyens topiques, dont nous parlerons tout à l'heure. Encore dans ce moment, je viens d'être consulté par un malade qui séjourne à Menton, et auquel les Eaux-Bonnes n'ont procuré qu'un soulagement passager pour l'angine granuleuse qui s'est développée chez lui depuis deux ans. J'ai vu la semaine passée un médecin affecté d'une angine granuleuse du côté gauche; les piliers, la tonsille, toute la portion gauche de la paroi pharyngienne sont couverts de granulations isolées ou confluentes, saillantes. Une sensation très-pénible de constriction occupe le pharynx et surtout le côté gauche du cou. Les Eaux-Bonnes, prises sur les lieux depuis deux ans, n'ont pas pu modifier cet état morbide. Je ne nie pas les améliorations qui peuvent survenir à la suite de l'usage de ces eaux; mais celles que j'ai vues n'ont été que passagères. Oppolzer (de Vienne) conseille l'usage interne du sulfure de potasse (5 centigr. par jour en deux doses); Green et quelques partisans de l'herpétisme emploient les mercuriaux à l'intérieur, par exemple le sublimé à la dose de 1 centigr. deux fois par jour. Les préparations d'iode, et surtout l'iodure de potassium, ont été recommandées et paraissent exercer une influence heureuse sur l'expectoration. Les Allemands attribuent au chlorhydrate d'ammoniaque la faculté de modifier les sécrétions morbides dans les maladies des membranes séreuses et muqueuses, d'exciter les fonctions de la peau, d'activer la nutrition. Je n'ai jamais vu ce médicament exercer une influence remarquable, pas plus que les balsamiques. Les narcotiques sont rarement indiqués.

Parmi les moyens topiques externes, on peut recommander l'appareil respirateur de Jeffrey, le revêtement du cou qui le tient chaud même pendant la nuit, par exemple, avec du papier de gutta-percha ou une solution de gutta-percha. Dans la laryngite simple sans granulations, des douches de vapeur locales pourront être employées; les révulsifs sous forme de pommade, de vésicatoire, de séton, etc., ne sont d'aucune utilité dans la forme franchement chronique. L'excision de la luette ou des amygdales est parfois nécessaire avant tout autre traitement.

(1) Voir le numéro du 28 février.

Les moyens topiques internes sont des inhalations, des insufflations et des cautérisations. Il n'a guère vu l'angine granuleuse heureusement modifiée par des fumigations sèches ou humides. Bien plus efficace est l'application des médicaments en poudre ou en liquide, ou bien encore la cautérisation avec le nitrate d'argent. A l'insufflation des poudres à l'aide d'un instrument, je préfère l'aspiration de ces substances, placées à l'extrémité d'un tube en verre auquel j'ai fait donner une forme légèrement convexe, de manière que la concavité s'applique facilement sur la langue. Parmi les diverses poudres proposées, l'alun, ou le nitrate d'argent mêlé à du sucre en poudre, jouissant de la plus grande popularité. Les médicaments liquides sont appliqués à l'aide d'une éponge fixée au bout d'une baleine droite ou recourbée, ou injectés à l'aide d'une seringue d'Anel pourvue d'un siphon fortement recourbé. Le laryngoscope permettant de porter le médicament sur un point déterminé, on a construit (Coxeter, Hauck, Lücr, Mathieu) des seringues composées d'un tube recourbé terminé en arrosoir, tandis que l'autre extrémité est fixée à une boule en caoutchouc; après avoir comprimé cette boule pour faire sortir tout l'air qu'elle contenait, le tube, plongé dans le liquide, s'en remplit de même que la boule lorsqu'on a fait cesser la compression; puis en comprimant légèrement la boule, on fait écouler le liquide goutte par goutte à l'endroit où se trouve l'arrosoir.

Les liquides injectés sont le nitrate d'argent (au quart ou au demi), le nitrate acide de mercure pur ou un peu étendu, des solutions saturées de sulfate de cuivre et de sulfate de zinc. J'emploie de préférence l'iodure de potassium ioduré, d'après la formule suivante : iode 1, iodure de potassium 10, eau 100. Dans l'angine granuleuse, je conseille au malade de badigeonner l'arrière-gorge deux ou trois fois par jour avec cette solution, que l'on peut diluer ou rendre plus concentrée, suivant le degré et l'étendue de l'affection. On laisse la solution en contact avec les tissus pendant quelques minutes, puis on se gargarise. Les résultats sont loin d'être aussi prompts qu'à la suite des cautérisations conseillées par MM. Trousseau, Green, etc.; mais je les trouve beaucoup plus constants par la modification profonde qu'imprime l'iode aux tissus. Je l'ai rarement vue échouer; alors j'ai recours à l'acide chromique; une partie de cet acide sur trois parties d'eau constitue un liquide caustique, mais beaucoup moins douloureux que le nitrate d'argent; des solutions plus étendues amènent peu à peu une reconstitution complète des tissus. Je n'ai pas encore rencontré un nombre suffisant d'observations par le perchlorure de fer pour me prononcer à ce sujet. Je dirai seulement en terminant que j'emploie, lorsque l'intensité de la maladie et la patience du malade le permettent, les solutions faibles de préférence aux concentrées et caustiques, parce que ces dernières, par la mortification des tissus superficiels, empêchent le médicament d'agir sur les éléments profonds. Enfin, on peut porter le caustique en substance sur un point déterminé du larynx, à l'aide d'un porte-caustique guidé par le laryngoscope. Nous en parlerons plus en détail à l'occasion de la phthisie laryngée.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

Strabisme interne opéré il y a vingt ans; abduction extrême consécutive du globe; nystagmus. — Pupille artificielle; greffe du muscle droit interne sur la sclérotique. Succès.

Par M. le docteur COURSSERANT.

Une des causes qui, dans l'esprit des malades et dans celui de quelques médecins, ont jeté le plus de défaveur sur la *strabotomie*, est sans contredit la crainte (souvent réalisée, il faut le dire) de voir la déviation du globe s'opérer dans le sens opposé à celui dans lequel s'était produit le strabisme primitif. Mais M. Jules Guérin, en prenant le premier en France l'initiative des moyens par lesquels on peut remédier à cette difformité consécutive, a contribué à maintenir la nouvelle conquête chirurgicale dans le domaine de la chirurgie pratique. L'observation suivante, en prouvant combien est puissante en pareille occurrence l'intervention de l'art, met en pleine lumière la grande tolérance de l'œil pour le traumatisme, et permet, à mon sens, d'entrevoir la possibilité de guérir radicalement le *strabisme* sans la section musculaire par l'instrument tranchant. (Cette dernière considération fera l'objet d'une note motivée.)

C..., ouvrier blanchisseur, âgé de vingt-huit ans, demeurant à Gentilly, présente à l'œil droit une synéchie antérieure avec leucome central; la pupille, libre seulement en haut et en dedans, permet de reconnaître, surtout à l'éclairage oblique, une cataracte capsulaire centrale, dite végétante dans le langage classique; l'iris offre à sa face

antérieure des taches d'un blanc grisâtre entièrement dépourvues de tomentum. A l'œil gauche existe une suffusion cornéenne centrale légère, plus une cataracte capsulaire centrale entièrement semblable à celle de l'œil droit; en outre, ce dernier est entraîné dans une abduction tellement prononcée que la moitié de la cornée se cache derrière l'angle externe, d'où elle peut à peine se dégager, alors que le malade s'efforce de porter l'œil en dedans et à gauche. Cette espèce d'*ankylose* du globe oculaire a créé une attitude vicieuse de la tête et du cou; le malade en effet, pour éviter la diplopie, a pris l'habitude de regarder toujours sur sa droite, et ne peut amener les axes visuels dans une convergence convenable qu'après un balancement (*nystagmus*) très-prononcé, en partie volontaire, en partie involontaire.

Dans le double but de faire cesser ce mouvement oscillatoire et d'améliorer la vision de l'œil droit en agrandissant le champ visuel, une excision de l'iris fut pratiquée du côté interne (pupille artificielle). Quelques semaines après cette opération, qui avait considérablement accru la puissance visuelle, le malade réclama lui-même une opération semblable pour l'œil droit. Ce fut alors que je songeai à redresser l'œil dévié avant d'agir sur l'œil droit. Le chloroforme ayant été préalablement administré, je procédai à la recherche du muscle droit interne.

Une incision verticale fut faite dans la conjonctive bulbaire, à 5 millimètres environ de l'insertion de la cornée à la sclérotique. Une dissection minutieuse et assez laborieuse, poursuivie très-avant du côté interne, fit justice d'adhérences assez intimes établies entre la conjonctive, le tissu cellulaire sous-conjonctival et la sclérotique. Plusieurs fois le crochet mousse fut porté dans le fond de la plaie, et ne ramena que quelques filaments de tissu cellulo-fibreux plus ou moins condensé. Pour arriver jusqu'au droit interne, il fut nécessaire de pousser l'investigation à une profondeur telle qu'on pouvait craindre de léser le nerf optique. Enfin les tissus chargés sur le crochet ayant été divisés à leur attache à la sclérotique, j'eus quelque peine à reconnaître et à isoler au milieu des parties voisines le muscle droit interne; tant il était grêle et peu foncé en couleur : son bout antérieur, traversé d'une aiguille courbe armée d'un fil de soie et passée en même temps sous les fibres superficielles de la sclérotique, fut fixé à cette dernière, un peu en arrière du point où s'implante le muscle à l'état normal, le peu de longueur et d'extensibilité du droit interne ne permettant pas de porter le fil plus en avant, même malgré la rotation du globe en dedans.

Pour donner à cette greffe musculaire le temps de contracter une adhérence solide et durable avec la sclérotique, il était nécessaire de maintenir l'œil dans l'adduction forcée; mais, au moment où pour remplir cette indication indispensable je me disposais à passer un fil au côté externe de la sclérotique, le malade, qu'on avait été dans la nécessité absolue de chloroformer, tant avait été grande son indocilité pendant l'opération de pupille artificielle pratiquée sans le secours de l'anesthésie chloroformique, fut pris d'accidents asphyxiques, et rendit par la bouche un abondant déjeuner pris le matin malgré la défense expresse qui lui avait été faite à ce sujet. Force fut donc de suspendre l'inhalation du chloroforme. Plus tard les manœuvres opératoires, reprises au moment où la respiration revenait à son rhythme à peu près physiologique, se terminèrent dans l'agitation la plus grande, et dans une résistance énergique aux moyens employés pour le contenir, de telle sorte que l'aiguille, au lieu d'être engagée sous les fibres de la sclérotique, ne comprit dans sa courbure que la conjonctive et le tissu cellulaire sous-conjonctival, tissus peu propres à résister à la traction continue que devait exercer le fil de soie destiné à maintenir l'œil tourné en dedans : aussi le lendemain cet organe avait repris entièrement la position vicieuse à laquelle j'avais voulu remédier. (Les fils avaient entièrement coupé les parties au sein desquelles ils avaient été engagés.)

Pendant la nuit qui suivit l'opération on observa un peu de chémosis séreux, de la céphalalgie, et dans l'œil une douleur assez vive, qui commença à diminuer pour disparaître insensiblement dans l'espace de vingt-quatre heures, immédiatement après la section de la conjonctive par le fil sous-jacent. La cornée resta saine, et la résolution de tous les petits accidents consécutifs à l'opération s'opéra si rapidement, que le cinquième jour après cette dernière un double fil de soie, passé non plus sous les fibres de la sclérotique, mais sous l'expansion aponévrotique tout entière du muscle droit externe, servit à attirer l'œil en dedans et à le maintenir pendant cinq jours dans cette position. Un morceau de liége, faisant office de poulie de renvoi, solidement maintenu en place à la racine du nez, au-dessous de l'espace inter-sourcilier, par une couche épaisse de collodion, reçut dans une rainure pratiquée à sa face antérieure le fil de soie, lequel, tenu ainsi éloigné de la cornée, resta fixé à la partie latérale du nez et supérieure de la joue par des bandelettes agglutinatives de taffetas d'Angleterre recouvertes de collodion.

L'inflammation et la réaction consécutives furent si peu marquées qu'aucune médication, soit locale, soit générale, en dehors de quelques gouttes d'alcoolature d'aconit, ne fut employée, soit pour les prévenir, soit pour les combattre. Cinq jours après l'opération, je relâchai le lien contentif, dans le but d'apprécier quelle modification avait pu être apportée dans le mouvement d'adduction du globe; déjà, sous l'influence de la volonté, la cornée pouvait se placer presque au centre de l'ouverture palpébrale et se maintenir dans cette position tout le temps que le regard était dirigé en avant et à gauche. Néanmoins, comme ce résultat était loin de remplir tous les *desiderata* du malade, je profitai de la tolérance absolue de l'œil pour le fil de soie passé sous le tendon du droit externe, et j'allai pour la deuxième fois à la recherche du bout antérieur du muscle droit interne, et le fixai à la sclérotique au moyen d'un fil et par un procédé tout à fait identique avec celui qui a été décrit au commencement de cette observation.

Les divers temps de cette opération présentèrent quelques difficultés, à cause de la friabilité des tissus et de la facilité avec laquelle ils se déchiraient pendant la dissection; mais l'extrémité antérieure du muscle et la sclérotique, une fois amenées à un contact forcé, le fil externe servit à faire basculer l'œil en dedans, et les moyens contentifs (liége, collodion, taffetas d'Angleterre) mentionnés ci-dessus furent encore nécessaires pour maintenir l'organe tourné vers l'angle interne, le fil étant toujours éloigné de la cornée, circonstance importante à réaliser en semblable occurrence.

Le lendemain, un peu de rougeur et d'infiltration séreuse de la conjonctive, avec sensibilité légère du globe et tuméfaction commençante du bord ciliaire de la paupière supérieure, constituaient seuls l'ensemble des phénomènes morbides développés depuis la veille.

Le troisième jour, la paupière supérieure se montra un peu tendue, douloureuse à la pression; une ulcération peu étendue, d'un millimètre de profondeur environ, se voyait à son bord libre, au point où ce dernier reposait à cheval, pour ainsi dire, sur le fil contentif. Comme cette ulcération paraissait être le point de départ des accidents morbides, il était à présumer que ceux-ci ne tarderaient pas à disparaître, si le pansement était disposé de telle sorte que l'œil étant toujours maintenu tourné en dedans, la paupière pût s'abaisser sans presser par son bord sur le fil de soie. Mes prévisions ne tardèrent pas à être pleinement justifiées, car, trente-six heures après une modification convenable introduite dans l'appareil contentif du globe, la douleur et tous les autres phénomènes locaux pathologiques avaient entièrement cessé. Dans la nuit du sixième au septième jour, le fil, qui jusque-là avait servi à maintenir l'œil tourné en dedans, tomba par suite de la section complète du tendon d'attache du muscle droit externe, sous lequel il se trouvait engagé depuis onze jours pleins. Au point où il était fixé, on voyait une plaie égalant en étendue la tête d'une grosse épingle, et l'œil était tellement maintenu tourné en dedans, qu'il était impossible au malade, malgré les plus grands efforts, de ramener la cornée en avant.

Quelques jours d'un exercice répété et soutenu des mouvements d'abduction vinrent facilement à bout de cette espèce d'ankylose oculaire dans l'angle interne, rétablirent le mouvement en dehors dans toute la plénitude physiologique de son étendue, et replacèrent l'œil dans une position telle que, pendant l'acte de la vision, s'exerçant sous l'influence de la volonté, les axes optiques offrent en tous sens une convergence harmonique qui ne laisse rien à désirer, et qui n'offre plus aucune trace de nystagmus. Que si, au contraire, le malade abandonne parfois le soin de diriger sa vue, alors le muscle droit externe, en partie par une habitude qui date de vingt ans, en partie par sa prédominance sur le muscle droit interne, entraîne le globe vers l'angle externe; et alors on voit le malade, dans son empressement à corriger la confusion d'images qui en résulte, replacer bien vite la tête et le cou dans l'ancienne attitude vicieuse. Aussi, dans le double but de corriger la puissance si impérieuse de l'habitude et de donner au droit interne considérablement atrophié le temps de prendre quelque force, j'ai dû recommander au malade de regarder constamment soit de droite à gauche, soit directement devant lui, et d'éviter autant que possible de porter la vue à droite.

Cette observation était entièrement rédigée et communiquée à la Société de médecine pratique, lorsque M. Bouvier, qui avait opéré G... à l'âge de huit ans, et qui a désiré voir le résultat de cette dernière opération, a eu l'obligeance de mettre à ma disposition les notes détaillées qu'il avait prises sur ce malade. Ces antécédents et les déductions pratiques qu'on peut en tirer relativement à la cure du strabisme primitif par l'emploi de la déviation forcée sans section du muscle, m'ayant paru dignes de quelque intérêt, j'en ferai l'objet d'une prochaine communication.

FRACTURE DOUBLE DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Extrême difficulté de maintenir la fracture réduite. — Application de l'appareil de gutta-percha. — Guérison au bout de six mois.

Par M. le docteur Prestat (de Pontoise).

Observation communiquée à la Société de chirurgie (séance du 27 février).

Le 1er août 1860, G..., cultivateur, âgé de cinquante-quatre ans, demeurant à Cergy, près Pontoise, revenait de Paris, et dormait assis sur un des chevaux de sa charrette. Il perdit l'équilibre et tomba; la roue de sa charrette chargée de fumier et pesant environ 2,000 kilos lui passa sur la face et sur le côté gauche de la poitrine. Cet homme, relevé dans le plus triste état, fut porté à l'hospice d'Argenteuil, mais doué d'une grande énergie, il voulut être ramené le lendemain chez lui, et fut couché dans une charrette pendant environ 22 kilomètres. Il avait perdu par la bouche une grande quantité de sang.

Lorsque je vis G... le 2 août, à six heures du soir, il était extrêmement affaibli par la perte de sang, la souffrance et le voyage. Je constatai une fracture de la sixième côte gauche, et une énorme contusion du côté gauche du thorax, une luxation de l'extrémité externe de la clavicule et une fracture de la voûte acromiale, et des désordres tellement graves de la face qu'ils dominaient les autres lésions.

Tout le côté gauche du front et de la face, est le siége d'une vaste ecchymose et d'un gonflement énorme; l'oreille droite est contuse, déchirée; le conduit auditif est presque fermé par la tuméfaction. La peau qui recouvre l'arcade zygomatique droite a été coupée, pressée qu'elle était entre l'os et la terre; l'apophyse zygomatique du temporal est disjointe d'avec l'os de la pommette. Une double fracture du maxillaire inférieur avait divisé cet os en trois fragments, un médian et deux latéraux.

La réduction s'opérait facilement en tirant en avant et en haut le fragment médian; mais il était impossible de maintenir la coaptation. Les deux fragments latéraux étaient entraînés en haut par les muscles temporaux, masséters et ptérygoïdiens. Du côté gauche, cette contraction était si forte que l'unique dent située sur ce fragment était serrée contre l'os maxillaire supérieur sans qu'on pût l'abaisser. Le fragment antérieur, au contraire, entraîné par son poids et l'action musculaire, glissait en bas et en arrière au-dessous des fragments latéraux. Notons ici que la fracture du côté droit était oblique d'avant en arrière et de haut en bas, tandis que celle du côté gauche était verticale.

Une circonstance toute particulière ajoutait encore à la difficulté du traitement. La bouche est depuis longtemps dépourvue du plus grand nombre des dents. La mâchoire supérieure n'en a qu'une. A l'inférieure, il n'existe que les dents incisives, canines, deux premières molaires droites, la première et la quatrième molaire gauche. Sur le fragment postérieur droit, il n'y a aucune dent; sur le gauche, la quatrième molaire est heureusement restée solidement enchâssée dans son alvéole, bien que la fracture ait eu lieu à son niveau et que cette alvéole soit largement ouverte par sa face antérieure.

La déchirure des deux nerfs dentaires inférieurs, suite inévitable de la double fracture de la mâchoire, a produit la paralysie du sentiment de la peau du menton et de la lèvre inférieure; les muscles de ces parties ont conservé leur contractilité.

Le premier jour, en présence de la fatigue et de la faiblesse extrême du malade, je dus me contenter d'un simple pansement. Je prescrivis la tisane de tilleul et de feuilles d'oranger, et une potion calmante.

La nuit fut très-agitée.

Le 3 août, je voulus en vain maintenir réduite la fracture; mais malgré une fronde appliquée avec le plus grand soin, le fragment postérieur glissa de nouveau en arrière et en bas. Je dus me contenter de soutenir ainsi très-incomplétement le menton.

Le 4, vers le soir, il survient une vive réaction fébrile, une grande agitation et du délire. La langue se gonfle, se porte en arrière et en haut; il en résulte une grande gêne de la respiration et une impossibilité presque absolue d'avaler. La face, le cou, le côté gauche du thorax sont très-enflés. — Saignée de trois palettes, qui se couvre immédiatement d'une couenne épaisse.

Le 5, la nuit a été mauvaise; il y a du délire, de l'agitation continuelle; le gonflement du cou, de la face, de la langue, n'a pas diminué. La fièvre persiste (112 pulsations). Impossibilité d'avaler. Nouvelle saignée de trois palettes; lavement purgatif. Je recommande le repos le plus complet, qui jusque-là avait été trop souvent interrompu par des visites.

La journée a été plus calme. Plusieurs évacuations alvines. Le soir, bien que le pouls soit moins fort et moins fréquent, que le délire ait presque disparu, le malade se plaint de vertiges, de bourdonnements d'oreilles. Dix sangsues aux apophyses mastoïdes; les piqûres saignent trois heures. Dans la nuit, il y eut encore trois garde-robes bilieuses.

Le 6, les symptômes généraux s'amendent, bien qu'il y ait encore de l'excitation et du subdélirium. Le pouls est retombé à 96. Un érysipèle phlegmoneux de la face se déclare; mais la langue et le cou sont moins enflés, et le malade peut à grand'peine avaler un peu de boisson.

Peu à peu la fièvre, le délire disparaissent; l'érysipèle se dissipe, mais un phlegmon se localise près de l'oreille droite; il est ouvert, et fournit un pus abondant.

La gravité de ce cas et la difficulté de maintenir la coaptation m'engagèrent à demander le conseil de M. Morel-Lavallée, qui vint voir G... le 11 août.

Le gonflement énorme des parties molles de la face et celui de la langue ne lui permirent pas de placer ce jour-là son appareil de gutta-percha. Il fut convenu que je continuerais à favoriser le dégorgement des parties molles par des cataplasmes, que je soutiendrais tant bien que mal le menton par une fronde, et qu'au moyen d'un coin en bois j'essayerais de vaincre la contracture du muscle crotaphyte gauche, qui ne permettait pas d'abaisser le fragment postérieur gauche.

Les deux jours suivants (12 et 13) se ressentirent de la fatigue et de la douleur que la tentative d'application de l'appareil avait causées. G..., jusque-là ferme et résigné, devient indocile et se décourage. La déglutition est toujours très-difficile; la bouche est continuellement baignée de pus, ce qui exige des soins continuels.

Le 14, je réussis à placer entre la dent et le maxillaire supérieur, au lieu du coin qui ne peut tenir en place, un petit cube de gutta-percha présentant à la face inférieure une cavité où est reçue la couronne de la dent, et creusé à sa face supérieure d'une gouttière où le bord du maxillaire supérieur est logé.

Un nouvel érysipèle survient et oblige de reculer jusqu'au 19 août une nouvelle tentative d'application d'appareil. La langue remplit encore une fois toute la bouche, et permet à peine l'introduction de quelque liquide insuffisant pour soutenir le malade.

Enfin, le 19 août, bien que la manœuvre fût très-difficile au milieu de ce gonflement, et que le malade très-affaibli ne supportât que péniblement cette fatigue, M. Morel-Lavallée réussit à placer son appareil. Ce chirurgien, avec une très-petite vrille, perça, non sans peine, une portion du fragment postérieur droit qui faisait saillie hors de la gencive déchirée; puis, ayant enlacé un fil de fer recuit autour du collet des deux dernières dents de ce côté, il passa dans le trou qu'il venait de percer l'un des bouts, et obtint en le tordant avec l'autre une coaptation exacte de la fracture de ce côté.

A gauche, il entoura avec un autre bout de fil de fer les deux dents canine et première molaire, et la quatrième molaire qui était sur le fragment postérieur; mais, tant à cause de l'intervalle d'un centimètre situé entre les dents par suite de l'absence de deux molaires, que de la contracture du muscle temporal, la coaptation est imparfaite, et les deux fragments ne se touchent que par une petite surface.

L'appareil en gutta-percha fut appliqué assez facilement, puis refroidi par des injections d'eau frappée.

La tendance au déplacement des fragments obligea M. Morel-Lavallée à laisser, contre son habitude, les fils de fer sous son moule. Cette précaution était d'autant plus nécessaire, que, malgré l'appareil et la fronde, on sentait de la mobilité dans la fracture pendant les mouvements de la mâchoire.

Cet appareil apporta dans l'état de G... une notable amélioration. La parole est plus facile, ainsi que la déglutition, et les boissons sont prises en plus grande quantité. Pour nettoyer la bouche du pus qui y coule en abondance, je fais pratiquer avec une seringue de très-fréquentes douches d'eau tiède aromatisée d'eau de Cologne.

Du 20 au 25, un abcès se forme dans la joue droite et est ouvert; un érysipèle se forme encore sur le front, la joue gauche. De la fièvre, des frissons répétés, de la diarrhée, une extrême agitation et du subdélirium, se reproduisent et me donnent de vives inquiétudes.

Le 26, ce cortége de phénomènes si inquiétants cède; la face se dégonfle, la fièvre et la diarrhée cèdent aux opiacées.

Le 27, l'appareil de gutta-percha se soulève à gauche, et la fracture de ce côté est le siége d'une grande mobilité. Je soupçonne que le fil de fer a glissé sur les couronnes très-usées des dents sur lesquelles il était fixé; je suis forcé, pour me procurer de la glace, d'attendre au lendemain pour réappliquer un nouvel appareil.

Le 28, j'enlève l'appareil, et je constate en effet que le fil de fer a glissé sur les dents. La fracture de droite est bien maintenue. Je me résous à imiter à gauche ce qu'avait fait à droite avec succès M. Morel-Lavallée. Je perfore avec une petite vrille le fragment moyen à 5 millimètres de son bord supérieur, et à l'endroit où manquent la deuxième et troisième molaire; l'anse de fil de fer est passée dans ce

trou, puis tordue trois fois et fixée autour de la dent molaire du fragment postérieur. Je réussis par ce moyen à affronter les deux fragments dans la moitié de leur hauteur, et surtout à diminuer de beaucoup la mobilité. Le moule de gutta-percha fut ensuite placé et solidifié.

Le soulagement fut très-marqué. Pour la première fois G... put avaler du potage épais.

Les jours suivants, le dégorgement des parties molles de la face permit de constater des lésions du squelette de cette région qui étaient restées ignorées. L'arcade sourcilière gauche a été fracturée et refoulée en haut et à gauche. Cette fracture, étendue profondément du côté de la fosse temporale, a dû être cause de la contracture du muscle crotaphyte. L'articulation de l'os malaire gauche avec l'apophyse zygomatique du temporal de ce côté a été disjointe. La mâchoire supérieure a subi une sorte de luxation.

Sous l'influence de l'alimentation, composée de potages, de café au lait, d'œufs, de crème, etc., les forces reviennent.

Le 15 septembre, malgré les injections répétées dans la bouche et le soin qu'on a de les diriger entre les lèvres et l'appareil pour entraîner le pus, la bouche a une odeur fétide. G... me supplie de changer l'appareil de gutta-percha. Je trouve l'esquille du fragment postérieur droit détachée, et j'enlève le fil de fer de ce côté, devenu inutile. Le fil de fer gauche avait coupé le bord supérieur de l'os maxillaire. Comme une adhérence, bien molle il est vrai, empêche le fragment antérieur de reprendre sa tendance au déplacement, je ne cherche pas à replacer le fil de fer. Des bourgeons charnus couvrent la portion de l'os maxillaire, visible de ce côté dans la bouche.

Un troisième appareil en gutta-percha est très-exactement appliqué, et suffit avec une fronde pour maintenir la coaptation précédemment obtenue.

Le 1er octobre, les forces reviennent rapidement. G... affirme que dans le mouvement de la mâchoire pour parler, boire ou manger, la mobilité des fragments est bien moindre. Le pus coule toujours abondamment par la fistule du menton ou celle de la gencive.

Les plaies de l'oreille droite, celle de la région malaire, se sont lentement guéries sans qu'il y ait eu exfoliation des os dénudés.

Le 12, G... est assez fort pour se rendre à Paris chez M. Morel-Lavallée.

Nous enlevons l'appareil. La mobilité du fragment moyen est encore manifeste, mais il est évident que des adhérences encore molles réunissent les fragments. Les gencives sont saignantes, enflées, douloureuses. Pour leur permettre de reprendre leur état normal, nous convenons de laisser G... sans appareil pendant quelques jours, le menton toujours soutenu par la fronde. En portant un stylet dans les fistules, on rencontre une large surface nécrosée.

Le 16, sur les instances du blessé, qui depuis que l'appareil est supprimé éprouve bien plus de difficulté à parler et à prendre les boissons et les aliments, je place un nouvel appareil en gutta-percha qui embrasse mieux les dents et les gencives que les précédents.

A partir de ce jour, G... ôte matin et soir son appareil pour nettoyer la bouche du pus, et le replace lui-même quelques instants après.

Du 19 au 29, de petites esquilles se présentent aux ouvertures fistuleuses et sont facilement extraites. L'une d'elles forme le rebord d'une alvéole. La surface de la fracture de gauche, qui fait saillie dans la bouche, se couvre de bourgeons charnus et guérit sans exfoliation.

Au commencement de décembre, la solidité de la mâchoire a fait d'assez grand progrès pour que sans appareil le fragment du milieu suive parfaitement les mouvements des branches verticales de l'os maxillaire. G... quitte son appareil de gutta-percha. Il mange facilement des aliments mous, mais je l'engage à s'abstenir de tout essai de mastication qui puisse ébranler la consolidation commençante. Dans le courant de ce mois j'enlève successivement la première molaire et la canine droite, qui ont perdu toute connexité avec leurs alvéoles nécrosées, la dent molaire du fragment postérieur gauche qui frappe sur la mâchoire supérieure et empêche de rapprocher les gencives, et enfin l'unique dent de la mâchoire supérieure, qui, située au niveau de la fracture de droite, en contond la partie molle et donne lieu à de vives douleurs.

Le 24 janvier 1860, une esquille se présente à la fistule buccale. Elle est longue de 2 centimètres et demi, sur 1 de hauteur, formée par la surface interne de l'os maxillaire.

Le 31, les fistules sont complétement fermées.

Quelques jours après j'examine avec soin G... Les fractures de la mâchoire sont consolidées. Celle de droite d'une façon régulière, sans difformité; celle de gauche avec une différence de niveau de près d'un centimètre, qu'on sent très-bien en passant le doigt le long des bords inférieurs de la mâchoire, et qu'on aperçoit en examinant l'intérieur de la bouche.

La mastication s'opère aussi bien qu'il est possible, quoiqu'elle ait lieu dans une bouche dégarnie de dents; mais l'alimentation est certainement suffisante, à en juger par le retour d'un embonpoint modéré et des forces du blessé.

La peau du menton est toujours insensible.

La difformité résultant de la séparation des os malaires des temporaux et de la fracture de l'arcade orbitaire gauche, est très-visible.

Le bras a repris une grande partie de ses mouvements; mais est encore gêné dans l'abduction et l'élévation de l'épaule. Néanmoins G... a repris ses travaux, et je pense que peu à peu ce membre reprendra toute sa force.

Ce cas est remarquable par son extrême gravité, par la multiplicité des lésions de la face, la difficulté qu'a présentée la coaptation, et les moyens auxquels il a fallu avoir recours pour la maintenir.

J'appellerai aussi l'attention de la Société sur le service qu'a rendu au malade l'appareil de gutta-percha, qui d'abord a permis d'alimenter le malade menacé de mourir d'inanition, puis a fourni à la mâchoire un point d'appui suffisant pour aider à la consolidation. Celle-ci n'a été si tardive que par suite de la gravité des lésions, et je pense qu'elle n'aurait pas eu lieu aussi favorablement par l'emploi de tout autre appareil.

TANNIN ANTIDOTE DE LA STRYCHNINE.

Des résultats d'un grand nombre d'expériences faites sur des lapins et des chiens, il résulte pour le docteur Kursal cette conclusion, que le tannin promptement administré est le meilleur antidote dans l'empoisonnement par la strychnine. Il est nécessaire que la quantité de tannin soit en rapport avec celle de la substance toxique; mais il est bon de forcer les doses, les matières contenues dans l'estomac, et spécialement la gélatine, pouvant absorber une portion du médicament. Le tannin est le remède qui mérite la préférence, d'autant plus qu'il est très-facile de se le procurer sous la forme de noix de galle. Une partie peut être réduite en poudre rapidement et administrée dans de l'eau, en attendant qu'une infusion ou une décoction soit préparée. Pour chaque grain de strychnine, il conviendrait de donner au moins 2 drachmes et demie (environ 10 gr.) de noix de galle, et il serait plus prudent d'en faire prendre une quantité plus grande encore, spécialement quand il survient des vomissements.

Les expériences faites par l'auteur avec le thé vert font voir que cette substance possède aussi un certain degré d'efficacité: mais comme elle demande à être employée à fortes doses, elle devient ainsi elle-même presque un poison; on ne peut donc y avoir recours que lorsque la quantité de strychnine ingérée est très-faible, ou à titre de simple adjuvant. Le café produit des effets encore moins marqués. L'écorce de chêne, contenant 8,5 pour 100 d'acide tannique, peut être employée avec avantage, quand il n'est pas possible de se procurer la noix de galle; il en est de même de diverses autres substances qui renferment du tannin, tels que les glands, l'écorce de marronnier d'Inde, le brou de noix, etc.

Les acides végétaux doivent être évités pendant la durée du traitement de l'empoisonnement par la strychnine au moyen du tannin, comme favorisant la dissolution du précipité résultant. La même recommandation s'applique aux besoins alcooliques.

Les expériences ayant démontré que les efforts actifs accroissent ou même suscitent les convulsions dans l'empoisonnement par la strychnine, il faut prendre toutes les précautions possibles, en traitant cet accident, pour éviter tout mouvement de ce genre, toute stimulation énergique. (*Med. Times.*)

GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE.

Par M. GUIBERT.

Glycérine. . . . . 125 grammes.
Créosote. . . . . . 12 gouttes.

Dans le traitement des plaies et des ulcères, en imbiber la charpie et recouvrir d'une compresse trempée dans le même mélange.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 mars 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

Mouvement de décentration latérale de l'appareil cristallinien. — M. GIRAUD-TEULON lit un mémoire sur les mouvements de décentration latérale de l'appareil cristallinien, qu'il résume en ces termes:

Nous avons démontré dans une précédente communication (1) sur l'usage binoculaire des lunettes de presbyte ou de myope, que le passage de la vision monoculaire armée à la vision binoculaire était accompagné d'un mouvement angulaire, de convergence dans le premier cas, de divergence dans le second, exécuté par les axes oculaires, et mesurant la différence angulaire qui sépare, dans chacune de ces circonstances, la distance réelle de l'objet de la distance virtuelle de l'accommodation nouvelle.

Pour l'analyse inductrice de toutes les conditions de cet acte de physiologie plus ou moins troublée, nous avons fait voir que dans ces circonstances la loi d'harmonie physiologique qui rattache et relie entre elles les actions musculaires présidant à la convergence des axes oculaires et à l'accommodation de distance, était instantanément brisée, déchirée. Cette dissociation des axes de mouvement des globes oculaires et des axes dioptriques, démontrée à l'esprit par l'analyse de la fonction, il nous a été permis d'en obtenir la démonstration objective par la méthode expérimentale; nous avons pu surprendre, par la vue, le mécanisme même de la décentration réelle, effective du cristallin, de sa déformation ou du transport de son centre, en dedans ou en dehors, suivant les cas, du centre des mouvements du globe, pour procurer la coalescence des images doubles, de la séparation, en un mot, de son mouvement de latéralité de celui du globe.

Nous avons appliqué à l'étude de ces déformations, premièrement hypothétiques, du cristallin, la méthode employée par Crammer pour déterminer le lieu et l'organe de l'accommodation aux distances. Nous avons, comme lui, demandé aux changements éprouvés par les images réfléchies, par les cristalloïdes (images de Purkinje ou de Sanson), la clef des changements de forme ou de situation que devait subir la lentille cristalline; à la catoptrique ce qui se passait dans l'acte dioptrique.

Au moyen de ces expériences, il nous a été facile de constater irréfragablement par les phénomènes objectifs de l'observation directe, la dissociation de l'harmonie préétablie entre la convergence et l'accommodation, lorsque la vue binoculaire vient à s'exercer à travers des prismes ou des lunettes convexes ou concaves.

On y voit manifestement qu'indépendamment de la synergie qui existe entre les mouvements des deux globes oculaires ou les systèmes des muscles extérieurs, il existe une seconde synergie entre les appareils ciliaires; et que ces deux synergies, ordinairement correspondantes, peuvent cependant être séparées, s'exercer indépendamment l'une de l'autre.

L'analyse indiquait nettement qu'il devait en être ainsi; les expériences qui précèdent démontrent qu'il en est, en effet, comme la théorie le faisait supposer; que le cristallin, soumis physiologiquement à des lois de locomotion réglées par les mouvements de convergence ou de divergence du globe, peut cependant rompre avec cette domination du système musculaire extérieur, et exécuter des mouvements propres et indépendants de convergence et de divergence relativement à l'axe des mouvements de totalité du globe, des mouvements spontanés de latéralité interne ou externe dans son plan équatorial.

Ce fait (nous avons le droit de ne plus dire cette hypothèse) perd le caractère de singularité qu'il présente au premier abord, quand on remarque que c'était, au contraire, une pure supposition (et que l'on faisait sans s'en apercevoir), quand on considérait le cristallin comme une lentille enchâssée dans une position invariable. Le cristallin n'est rien moins que soudé, que fixé. Il est suspendu dans un anneau que l'on sait aujourd'hui être de nature musculaire. Quel pouvait être l'objet d'une telle disposition, sinon de lui assurer une certaine indépendance de l'enveloppe de l'œil? Le globe est suspendu dans l'orbite sur un système musculaire; le cristallin est suspendu dans le globe sur un second système doué de contractilité comme le premier.

Cette propriété est évidemment physiologique (l'indépendance des deux systèmes) quand elle se renferme dans d'étroites limites, dans un but correctif des troubles survenus dans les appareils dioptriques; elle devient un fonctionnement pathologique quand elle sort de ces limites. (Commissaires, MM. Pouillet, de Quatrefages et Cl. Bernard.)

M. LE MINISTRE D'ÉTAT transmet plusieurs additions successives de M. Fiévet à son mémoire sur le choléra-morbus.

Ces pièces sont renvoyées, comme l'avait été celle à laquelle elles se rattachent, à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant.

Influence de la digestion gastrique sur l'activité fonctionnelle du pancréas. — M. L. CORVISART présente sous ce titre un mémoire dont voici un extrait:

L'activité minima de la formation du ferment pancréatique a lieu pendant le jeûne simple, de la neuvième à la douzième heure du repas, époque à laquelle la digestion gastrique et intestinale ont fait disparaître les aliments: alors le pancréas est inerte, épuisé; mais après la douzième heure, le sang, pendant le jeûne prolongé, refait par un mécanisme inconnu une certaine quantité de ferment.

Le pancréas, soit qu'il verse son suc dans le duodénum, qu'il l'amène au dehors par la fistule pancréatique, ou qu'il le garde dans sa trame pour ne le céder qu'à l'infusion, décèle toujours dans les expériences *activité maxima* à la même époque, qui coïncide avec le milieu de la digestion (sixième ou septième d'un repas mixte). L'heure du maximum de production du ferment pancréatique suit exactement les oscillations de l'accomplissement de la digestion gastrique, avance et retarde absolument comme cette dernière, à laquelle elle est subordonnée.

L'abondante formation du ferment pancréatique apparaissant au milieu de la digestion est évidemment liée à celle-ci, comme un effet à sa cause; mais la digestion est constituée par une réunion de phénomènes très-divers et complexes de contact, d'excitation, de sécrétion, de liquéfaction des aliments, de formation de peptones, d'absorption.

Lequel d'entre ces phénomènes est la cause nécessaire, le véritable agent de la formation, par l'économie, du ferment pancréatique?

L'excitation nerveuse ou sympathique provoquée par le contact des aliments solides sur l'estomac ou sur le duodénum, et qu'on supposerait transportée, par les voies nerveuses, de l'un ou de l'autre de ces organes au pancréas, n'est pas la cause de l'apparition abondante du ferment pancréatique dans la glande. La sécrétion seule du suc gastrique dans l'estomac, des sucs intestinal pancréatique ou biliaire dans l'intestin (abstractivement de la digestion qu'ils opèrent), n'est pas non plus cette cause. Ce n'est pas non plus la simple liquéfaction des aliments dans les voies digestives qui amène l'élaboration du suc du pancréas. Ce qui provoque la formation et l'élaboration maxima du ferment pancréatique, c'est la formation des peptones gastriques.

La quantité et l'activité du ferment pancréatique dont les peptones provoquent la formation dépendent de la quantité de peptones absorbées; mais cela n'a lieu que jusqu'à un certain point. La rapidité ou la lenteur de la formation du ferment pancréatique varie comme la rapidité ou la lenteur de la formation et de l'absorption des peptones gastriques; cette relation est constante.

Chose remarquable, la transformation digestive intestinale (peptones intestinales) n'a pas les propriétés des peptones gastriques pour provoquer la formation du ferment pancréatique; elle est impuissante.

Il est à noter que l'absorption des peptones gastriques elles-mêmes, si elle a lieu par l'intestin seul, est également impropre à cet effet; apportées par cette voie, les peptones gastriques perdent leur influence sur la formation du ferment pancréatique.

Cette relation entre les peptones gastriques et la formation du ferment glandulaire pancréatique donne une nouvelle théorie de la sécrétion, théorie différente de celle qui s'appuie sur les excitations nerveuses ou la pure dilatation des vaisseaux glandulaires. Cette relation met aussi à nu un phénomène de nutrition spéciale, et fait entrevoir la possibilité de l'étude des nutritions locales. Si celles-ci étaient connues, si toutes pouvaient être réglées, la formation des tissus, le règlement des fonctions, l'anéantissement de bien des diathèses seraient plus accessibles à la médecine. Si le ferment pancréatique se fait ainsi qu'il a été dit, par quels matériaux déterminés se font la bile, le sperme, le tissu cellulaire, cancéreux? A quelle nutrition locale déterminée servent les peptones gastriques absorbées par l'intestin, les peptones intestinales, etc.? Ces conditions commandent un puissant intérêt. (Commission du prix de physiologie expérimentale.)

Emploi de l'acide phénique comme désinfectant. — M. J. LEMAIRE communique une note sur l'emploi de l'acide phénique et sur le mode d'action de cet acide dans la désinfection.

L'acide phénique, dit l'auteur, peut recevoir des applications différentes suivant qu'on l'emploie peu, combiné aux alcalis, dissous ou émulsionné dans l'eau ou associé à d'autres dissolvants.

Acide phénique pur. — ... J'ai déjà signalé à l'Académie des expériences dans lesquelles il a suffi d'imprégner les parois des vases d'une couche mince d'acide phénique pour empêcher la fermentation des substances très-fermentescibles qu'on y avait introduites. Des pièces anatomiques et des animaux entiers peuvent être conservés de la même manière, à l'état frais, pourvu que les vases qui les contiennent soient hermétiquement bouchés pour empêcher le renouvellement de l'air. Ce moyen pourra recevoir d'heureuses applications pour les collections et pour l'étude...

(1) *Comptes rendus*, février 1860.

Phénates. — L'acide phénique combiné avec les alcalis perd une grande partie de son pouvoir désinfectant. La dissolution aqueuse de ces sels est très-irritante, cette propriété ne permet pas de l'employer dans le pansement des plaies...

Acide phénique dissous ou émulsionné dans l'eau. — ... Les cadavres d'animaux qui ont été injectés avec ce liquide se conservent sans altération au contact de l'air. Le cadavre d'un homme pourra être conservé pour moins de 50 centimes...

L'année dernière j'ai fait connaître à l'Académie d'heureux résultats que j'avais obtenus contre les parasites et contre la gale par l'emploi du coaltar saponiné. J'ai continué ces recherches avec l'acide phénique. Une solution aqueuse contenant 1 pour 100 de cet acide et 40 pour 100 d'acide acétique à 8° guérit la teigne en trente ou quarante jours, et la gale instantanément. Pour la teigne on applique une compresse imbibée de cette préparation une fois par jour. Pour la gale, une seule lotion suffit pour tuer les acarus. L'acide acétique est ajouté à la préparation pour faire pénétrer les médicaments sous l'épiderme et jusqu'au fond des bulbes pileux. Ces recherches ont été dirigées par l'habile médecin de l'hôpital Saint-Louis, M. Bazin, dont je ne saurais assez reconnaître la bienveillance. (Commissaires précédemment nommés, MM. Chevreul, Milne-Edwards et Cl. Bernard.)

— M. SKIPTON envoie d'Édimbourg une note écrite en anglais sur un appareil d'extension destiné aux fractures de la jambe, et principalement aux fractures comminutives qui compliquent des plaies d'armes à feu. (Renvoi à l'examen de MM. J. Cloquet et Jobert de Lamballe.)

— M. SHORTER adresse une note écrite sur l'épilepsie.

M. J. Cloquet est invité à prendre connaissance de cette note, et à faire savoir à l'Académie si elle est de nature à devenir l'objet d'un rapport.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL met sous les yeux de l'Académie l'épreuve photographique d'un portrait de Georges Cuvier, fait à l'époque où l'illustre naturaliste était professeur à l'école centrale du Panthéon. Cette épreuve est offerte par M. Duchenne, de Boulogne.

Guérison confirmée d'un anus contre nature par la méthode de la transformation inodulaire. — M. LAUGIER adresse la lettre suivante :

« J'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie des sciences, le 8 août 1859, un Mémoire intitulé : *Autoplastie par transformation inodulaire;* nouvelle méthode opératoire pour achever la guérison des anus contre nature, après l'entérotomie, pour l'examen duquel M. le président de l'Académie a désigné une commission composée de MM. Velpeau, Cl. Bernard, J. Cloquet et Jobert de Lamballe. Permettez-moi, Monsieur le Secrétaire perpétuel, de recourir à votre intervention pour faire savoir à cette savante commission que je puis lui présenter un de mes anciens malades de l'Hôtel-Dieu, complétement guéri depuis sept mois par cette méthode opératoire, et chez lequel plus des deux tiers des matières fécales passaient encore par l'anus contre nature, après l'entérotomie pratiquée depuis plusieurs mois. L'entérotomie avait été bien faite par un chirurgien distingué des hôpitaux de Paris, car la communication entre les deux bouts de l'intestin est restée assez large pour qu'il n'ait pas été nécessaire de revenir à l'emploi de l'entérotomie; toutefois, l'anus contre nature était bien loin d'être fermé, et versait au dehors la plus grande partie des matières intestinales.

» L'autoplastie par transformation inodulaire a produit une guérison radicale qui persiste depuis sept mois, et que la commission de l'Académie des sciences est à même de constater. »

(Renvoyé aux commissaires déjà nommés : MM. Velpeau, Cl. Bernard, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

— M. LE D[r] ARENDT, inspecteur du tribunal de médecine de la Tauride, envoie un mémoire sur l'*hydrophobie* et sur les heureux résultats obtenus dans le traitement de cette terrible maladie par l'emploi interne et externe des préparations arsenicales.

Le mémoire de M. Arendt, qui est écrit en français, est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Rayer, Cl. Bernard et J. Cloquet.

ÉLOGE DE M. ARAN.

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. H. ROGER A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX.

Messieurs,

Notre distingué et regretté collègue M. Aran a succombé, à l'âge de quarante-quatre ans, le 22 février, à des accidents cérébraux survenus tout à coup dans le cours d'un rhumatisme d'abord peu intense, et c'est par les journaux que nous avons reçu la nouvelle de cette mort si imprévue. D'après la volonté expresse de notre collègue, son corps a été transporté à Bordeaux, sa ville natale, où il doit être inhumé sans aucune pompe : la Société médicale des hôpitaux n'a donc pu lui adresser un adieu suprême, et votre secrétaire général n'a pas eu à remplir le triste devoir d'être sur la tombe de notre affectionné confrère l'interprète de l'affliction commune. Il était convenable cependant de donner un témoignage public de haute estime au collègue que nous venons de perdre, et j'ai pensé qu'en retraçant brièvement ses travaux et ses titres à nos regrets, je ne ferais que répondre aux sentiments de vive sympathie qui sont dans nos cœurs.

M. Aran, vous le savez, devait à son seul travail la position déjà élevée qu'il occupait dans la médecine contemporaine, et que par le travail il eût faite plus éminente encore. Après avoir commencé ses études médicales à Bordeaux, il vint à Paris, où il les termina brillamment. Doué d'une ardeur infatigable et d'une rare persévérance, animé par une louable et légitime ambition, il se jeta dans la voie des concours, et, sans autre appui que son savoir, sans autre patronage que ses remarquables qualités, il sortit de ces luttes, trop souvent épuisantes, médecin des hôpitaux et professeur agrégé de la Faculté.

Les études préparatoires des concours n'avaient jamais fait négliger à M. Aran les travaux d'érudition pure ou de clinique : il était attaché à la rédaction de plusieurs feuilles périodiques, et il était assurément un de leurs plus féconds et plus précieux collaborateurs. Tantôt il faisait connaître aux lecteurs de ces journaux les productions des médecins anglais, et, par ses analyses critiques, vulgarisait les écrits des maîtres avant de devenir maître à son tour; tantôt il publiait ses propres recherches, et il devait à ce labeur incessant d'être connu et estimé par les étrangers presque autant que par ses compatriotes.

Professeur agrégé, M. Aran fit à l'École pratique des cours particuliers de thérapeutique devant un auditoire empressé et fidèle ; il se créait ainsi des titres à une chaire qu'il aurait certainement obtenue du suffrage des professeurs, et qu'à une autre époque il eût disputée et enlevée par le concours. Chargé, l'année dernière, de suppléer à l'Hôtel-Dieu M. le professeur Rostan, il s'acquitta de cette tâche difficile avec un plein succès ; dans ce vaste amphithéâtre, où il avait à lutter contre une redoutable comparaison, il sut, par ses leçons originales et solides, attirer la foule et la retenir.

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, M. Aran s'acheminait dès six heures du matin, à pied, vers ce lointain hôpital où il faisait chaque jour une longue visite : voyant tout par lui-même, fixant le diagnostic, notant l'action des remèdes, dictant l'histoire médicale des malades, formant avec patience les élèves à l'art difficile de l'observation, et terminant ces laborieuses matinées par des conférences cliniques auxquelles se pressaient autant de médecins étrangers que d'étudiants et de jeunes praticiens.

Il serait trop long d'énumérer ici rien que les titres des ouvrages dus à l'étonnante fécondité de notre collègue : je signalerai seulement les principaux. A peine sorti de l'internat, M. Aran faisait paraître, en 1842, un *Manuel pratique des maladies du cœur et des gros vaisseaux;* très-versé dans la littérature étrangère, il a successivement publié, en 1855, une traduction du *Traité de percussion et d'auscultation* de Skoda, qu'il éclaircissait en le commentant, et, en 1859, les *Recherches sur l'inflammation de l'utérus et de ses annexes* de Bennett, de Londres ; par cette dernière traduction, il eut la double satisfaction de faire connaître un bon livre et d'accroître la réputation d'un ami. Enfin, il venait de nous donner un *Traité clinique des maladies de l'utérus,* ouvrage épuisé en moins d'un an, et dont il préparait déjà une seconde édition.

Je citerai encore sa thèse d'agrégation sur les *morts subites,* son Mémoire sur l'*atrophie musculaire progressive,* qu'il avait lu à notre Société à l'appui de sa candidature, et la communication qu'il fit tout récemment à l'Académie de médecine sur la *cachexie exophthalmique.*

Dans ces dernières années, il s'était voué spécialement à l'étude de la matière médicale, et il avait enrichi le *Bulletin de thérapeutique* de nombreux mémoires, parmi lesquels on remarque ceux sur la *vératrine*, sur le *chloroforme*, et (triste et singulier rapprochement !) sur le *traitement du rhumatisme*, de cette cruelle maladie qui devait nous l'enlever.

Sa mort laisse inachevés un très-grand nombre de travaux, et entre autres un *Dictionnaire de thérapeutique*, dont les premières lettres étaient déjà rédigées.

Je n'ai pas à vous rappeler, Messieurs, ce que fut notre collègue au sein de la *Société médicale des hôpitaux*, combien de travaux importants il nous communiqua, et quelle part active il prit à nos discussions. Vous aviez aussi apprécié tous, depuis longtemps, la droiture de son caractère, et sa fermeté d'âme, qui ne s'est jamais démentie, même à la dernière heure.

Cette fermeté n'excluait pourtant pas la tendresse : avec les joies de l'intelligence, notre collègue sut goûter aussi celles du cœur, et c'est auprès d'une vieille mère, qui pour lui était toute la famille, qu'il aimait à reposer son esprit fatigué !

Notre collègue n'était pas seulement un savant : c'était, dans la plus complète acception du mot, un praticien. Habile dans l'art de réaliser les conceptions de la théorie, on le voyait, à la ville comme à l'hôpital, aussi hardi qu'ingénieux, varier ses modes de traitement ; plein de foi dans la thérapeutique, il aspirait à en reculer les limites ; animé du désir de soulager ses semblables, il aimait mieux employer des remèdes même douteux que de s'avouer impuissant et désarmé en face du mal.

Mais, trop peu soucieux de sa santé, il s'exposait imprudemment aux causes de maladie, et son cerveau, surexcité par des travaux excessifs, s'est trouvé fatalement prédisposé à subir les atteintes de l'affection dont il a fini par être victime. C'est ainsi que notre collègue a été frappé dans la force de l'âge et du talent ; c'est ainsi qu'il succombe, riche de gloire bien acquise, plus riche encore d'espérances qu'une mort prématurée est venue briser.

La mort de M. Aran réveille ici de tristes pensées, et nous fait songer avec amertume aux vides effectués dans nos rangs : nous nous rappelons la fin cruelle de notre cher confrère Gillette, celle de notre digne trésorier Labric ; et au moment où nous vous entretenons pour la dernière fois de l'un des plus jeunes d'entre nous, nous devons donner un souvenir sympathique à la mémoire de ces deux hommes de bien, en disant adieu à l'homme ferme et stoïque qui, pendant le cours d'une existence courte et si bien remplie, a constamment été guidé par la maxime virile LABOREMUS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 4 mars 1861, M. le docteur Augouard a été nommé médecin du ministère de l'instruction publique et des cultes, en remplacement de M. Gaudrie, décédé.

— Dans sa séance du 21 février dernier, la Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse a admis au nombre de ses membres résidants M. le docteur Nogués, médecin de l'Hôtel-Dieu et professeur adjoint à l'École de médecine de cette ville.

— Par arrêté de M. le préfet de la Haute-Garonne, M. Bordère, interne des hôpitaux de Toulouse, a été nommé interne à l'asile public des aliénés, en remplacement de M. Besse, démissionnaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

De l'état présent des doctrines médicales dans leurs rapports avec la philosophie et les sciences, par le docteur Eug. DALLY. Brochure grand in-8°. Prix : 1 fr. 25 c.

De l'extirpation des kystes de l'ovaire, par le docteur Jules WORMS. In-8° de 48 pages. Extrait de la *Gazette hebdomadaire*. Prix : 1 fr. 50. Ces deux ouvrages se trouvent chez Victor Masson et fils, place de l'Ecole de Médecine.

Des rapports des médecins et des pharmaciens avec les sociétés de secours mutuels, par le docteur FOURNIÉ (de l'Aude), médecin inspecteur de la Société des jeunes apprentis de la ville de Paris. In-8° de 46 pages. Prix : 1 fr. 25 c. A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires, 19, rue Hautefeuille.

Lettres sur la syphilis, par M. RICORD. 2e édition considérablement augmentée. Un beau volume in-18. Prix : 6 fr. 50 c., *franco* par la poste. F. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 31. — JEUDI 14 MARS 1861. (34e ANNÉE.) N° 31. — JEUDI 14 MARS 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ (M. Demarquay). De la rétention d'urine causée par l'existence d'une valvule uréthro-prostatique, et de sa guérison par l'excision de cette valvule. — Absence congénitale de l'oreille externe droite. — Tumeur pulsatile de l'orbite; ligature de l'artère carotide primitive pratiquée avec succès. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 12 mars. — Nouvelles.

PARIS, LE 13 MARS 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

Rien de capricieux comme les discussions de l'Académie, rien qui trompe autant les prévisions et les calculs de la critique. On croyait en avoir fini avec la question pathologique de la congestion cérébrale, et il semblait que la question médico-légale dût être désormais seule en possession de la tribune. Point : de l'épilepsie et de ses impulsions irrésistibles, il n'en a pas été dit un seul mot. En revanche, on s'est largement ébattu sur le terrain de la pathologie, pour s'échapper ensuite dans les méandres de la philosophie médicale. C'est M. Piorry, d'abord, qui ne voulant pas être en reste sur son collègue M. Bouillaud, est monté une seconde fois à la tribune pour lancer de là une nouvelle bordée en pleine poitrine contre M. Trousseau... absent, — qui, par parenthèse, n'en a rien reçu.

M. Gibert est venu ensuite protester, au nom « de la médecine vulgaire et de l'expérience commune, » contre « la glorification sans cesse reproduite à la tribune de la médecine organique ». Il faut convenir que c'était assez le cas, et il l'a fait d'une manière très-sensée et très-convenable, dans ce style nerveux et concis qui lui est familier.

En entendant appeler M. Bousquet à la tribune, nous nous attendions bien que M. Piorry n'en serait pas encore quitte avec ses censeurs. M. Bousquet remplit volontiers à l'Académie le rôle de ces raisonneurs de la Comédie, qui opposent aux écarts d'esprit et aux excentricités de caractère que l'auteur a voulu mettre en scène, le langage de la logique et de la saine raison. Élevé et nourri dans les fortes études philosophiques et littéraires, quelque peu éloigné, autant par caractère que par la nature de son esprit méditatif, du mouvement et de l'agitation scientifique des cliniques et des amphithéâtres, mais bien placé par cela même pour apprécier sainement les faits et les idées qui en émanent, M. Bousquet réunit les meilleures conditions de l'emploi. Aussi s'en est-il acquitté hier avec le plus grand succès. Une dialectique sûre d'elle, un style d'un tour original, et par-dessus tout un ton académique irréprochable, qui n'exclut ni le trait d'esprit ni la fine ironie; telles sont les qualités du discours qu'il a lu devant un auditoire attentif et charmé, qui lui en a manifesté son adhésion par d'unanimes témoignages

— Avant la reprise de la discussion, la commission des onze, par l'organe de son rapporteur M. H. Bouley, a proposé de déclarer la première vacance dans la section de physique et de chimie médicales. La déclaration de vacance a été immédiatement proclamée, et suivie de cet avis qu'il serait très-prochainement procédé à l'élection.

L'Académie a donné ensuite une juste satisfaction à la section de médecine vétérinaire, en votant une proposition qui assure à cette section la seconde nomination sur les cinq places auxquelles elle a à pourvoir encore. — Dr Brochin.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

De la rétention d'urine causée par l'existence d'une valvule uréthro-prostatique, et de sa guérison par l'excision de cette valvule.

Par M. le docteur SALVA.

La *Gazette des Hôpitaux* a déjà eu plusieurs fois l'occasion d'entretenir ses lecteurs des valvules du col de la vessie, dont l'existence, comme cause de rétention d'urine, a été, il y a une vingtaine d'années, signalée par M. Aug. Mercier (1). On sait qu'il y a deux sortes de valvules : les unes, désignées par l'auteur que nous venons de citer sous le nom de *musculaires*, sont dues à un état anormal (spasme, contracture ou rétraction des fibres du sphincter du col vésical; nous appellerions volontiers cette espèce de valvules *uréthro-vésicales*, pour les distinguer de la deuxième espèce, valvules *uréthro-prostatiques*.

(1) Voir entre autres le numéro du 23 janvier 1849.

En effet, il existe assez souvent derrière le col de la vessie une valvule saillante pouvant dépasser de 20 et même de 25 centimètres le niveau de la paroi postérieure de l'urèthre. Cette valvule, résultat de l'hypertrophie régulière et uniforme des granulations de la portion sus-montanale de la prostate, a généralement son bord libre bosselé, épais, et plus ou moins saillant dans son milieu. L'orifice uréthro-vésical est alors tellement évasé que l'on peut y introduire facilement l'indicateur. Cette sorte de valvules, de même que les autres formes de l'hypertrophie prostatique, est l'apanage presque exclusif de la vieillesse. Au contraire, celles dites *musculaires* se rencontrent ordinairement chez les jeunes gens, ou du moins débutent à un âge peu avancé.

Nous n'insisterons pas sur les signes qui permettent de reconnaître la présence de ces valvules. M. Mercier a conseillé à cet effet un cathéter explorateur, lequel n'est qu'une sonde métallique coudée à angle presque droit (110 degrés), à une distance de 15 ou 16 millimètres de son extrémité vésicale. Le diagnostic de la lésion qui nous occupe se tire de l'obstacle que ce cathéter rencontre au col de la vessie, et de la possibilité de faire circuler son bec tout autour du col sans être obligé de lui imprimer des mouvements d'ascension, comme il faudrait le faire s'il s'agissait d'une tumeur qui comprimerait le col de la vessie. On peut même, à l'aide de cet instrument, distinguer les deux espèces de valvules.

« Quand elles sont musculaires, il arrive moins librement au col vésical; presque toujours il y a spasme de la région membraneuse; la saillie est abrupte et peu épaisse. Quand elles sont prostatiques, la portion membraneuse est généralement libre, la région prostatique souvent dilatée, la valvule bien plus épaisse, et l'instrument, au lieu d'être arrêté brusquement par sa face uréthrale, monte graduellement sur elle comme sur un plan incliné. Enfin, lorsqu'il est arrivé dans la vessie, si l'on tourne son bec en arrière et qu'on l'attire doucement sur l'obstacle, on remarque qu'il y a entre ce point et celui où le talon a été d'abord arrêté, beaucoup plus d'espace que lorsqu'il s'agit d'une valvule musculaire (1). »

Nous n'avons rien à ajouter à ces signes diagnostiques, empruntés à l'ouvrage de M. Mercier. Nous dirons seulement que l'on peut parfois méconnaître l'existence de ces valvules. Ainsi, dans un cas d'hypertrophie considérable de la prostate observé par M. Demarquay en 1855, à la Maison municipale de santé (2), la présence d'une valvule prostatique fut cause d'une erreur de diagnostic : quand on pratiquait le cathétérisme, la sonde qui venait heurter contre cette valvule la déchirait et déterminait la sortie d'une assez grande quantité de sang. M. Michon, qui avait vu ce malade avant M. Demarquay, crut comme lui à l'existence d'un cancer de la vessie.

De même que M. Mercier, le chirurgien de la Maison de santé n'applique pas le même procédé opératoire à chacune de ces deux altérations; il emploie de préférence l'incision pour les valvules musculaires, et l'excision pour les valvules prostatiques. C'est seulement de cette dernière opération que nous voulons parler ici. Quant à l'incision des valvules musculaires, nous l'avons vu pratiquer en 1859 par le même opérateur dans un certain nombre de cas, et notamment chez un officier autrichien blessé, atteint en outre de cystite chronique et de rétrécissement de l'urèthre, et qui sortit avec une grande amélioration, après un séjour de trois mois à la Maison municipale de santé. Mais nous n'avons aucune considération spéciale à présenter sur ce sujet.

Revenons au sujet de cet article, l'exposé des résultats obtenus par M. Demarquay dans des cas de rétention d'urine liée à l'existence de valvules uréthro-prostatiques, par l'excision de ces valvules au moyen de l'exciseur de M. Mercier.

Cet instrument consiste, on le sait, en une sorte de litholibe à deux branches, coudé à angle presque droit. Il se compose de deux pièces, l'une mâle, l'autre femelle. L'extrémité coudée de cette dernière est fenêtrée de part en part jusqu'à quelques millimètres de son bec, et offre une espèce de mortaise intérieure dont les bords tranchants forment une concavité dans laquelle sont reçus à frottement les bords également tranchants de la pièce mâle. Celle-ci loge dans sa concavité une aiguille lanciforme à laquelle on peut imprimer un mouvement de propulsion en avant, contre la mortaise de la branche femelle, par un mécanisme analogue à celui des divers amygdalotomes. Cette aiguille est destinée à embrocher la valvule, une fois qu'elle a été saisie entre le bec de la branche mâle et celui de la branche femelle. Une fois la valvule fixée, elle est excisée par le rapprochement des deux becs, et ramenée au dehors en retirant l'instrument.

(1) Mercier, *Recherches sur le traitement des maladies des organes urinaires considérés spécialement chez les hommes âgés*. Paris, chez Labé, 1856.

(2) Voir les *Bulletins de la Société anatomique*, avril 1855.

Cette opération, assez délicate à exécuter, peut cependant se pratiquer avec précision une fois qu'on en a acquis l'habitude. Une sensation particulière avertit que l'on a saisi la valvule entre les mors de l'exciseur. Comme l'a signalé M. Mercier, comme nous l'avons remarqué nous-même à propos des cas opérés par M. Demarquay, il se fait immédiatement après l'opération un écoulement de sang qui passe en entier dans la vessie et s'y coagule habituellement. Mais cet écoulement ne tarde pas à se modérer, et cesse complétement au bout de deux ou trois jours. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi, et dans un cas dont nous avons été témoin en 1859 à la Maison municipale de santé, l'opération fut suivie d'un écoulement sanguin abondant qui persista pendant plusieurs jours; et le malade, qui était déjà dans de mauvaises conditions antérieures, succomba sept jours après au milieu de phénomènes adynamiques.

Toutefois, c'est le seul cas de ce genre que M. Demarquay ait rencontré dans sa pratique, quoiqu'il ait eu l'occasion de faire dix ou douze fois cette opération. Partout ailleurs l'excision de la valvule prostatique n'a causé aucun accident, et a amené soit une guérison complète, soit une très-grande amélioration. Voici deux observations dans lesquelles le résultat obtenu a été on ne peut plus satisfaisant.

OBS. I. — *Valvule prostatique, excision; orchite suppurée. Guérison.* (Recueillie par M. MOUSSAUD, interne du service.)

M. D..., âgé de cinquante-deux ans, cultivateur, éprouve depuis quatre ans de la difficulté à uriner; il n'accuse aucune maladie antérieure des voies urinaires. Le mal a toujours été en s'aggravant, malgré les bougies qu'on lui a introduites de temps en temps. Obligé depuis quelques mois d'uriner presque toutes les demi-heures, il se décide à venir chercher la guérison à Paris, et entre à la Maison de santé le 28 juin 1860. On constate chez lui l'état suivant :

Obligation d'uriner presque à chaque instant, ce qui empêche le sommeil; le malade n'urine que par regorgement. Le liquide expulsé renferme une certaine quantité de mucus, indice d'un état catarrhal de la vessie. Quelques douleurs se font sentir dans la région rénale, sans que pourtant rien puisse faire admettre une affection des organes sécréteurs de l'urine. Enfin, depuis quelques mois, la santé générale du malade s'est altérée; il éprouve de temps en temps de légers frissons suivis d'une diaphorèse plus ou moins abondante; l'appétit a beaucoup diminué.

Si l'on vient à introduire dans l'urèthre une de ces sondes recourbées à angle obtus dites *à béquille*, en ayant soin que l'ouverture de l'angle soit tournée du côté du pubis, on n'éprouve aucune difficulté jusqu'à la portion prostatique du canal; à ce niveau, l'instrument subit un temps d'arrêt que l'on parvient à vaincre avec un effort assez léger du reste, et l'instrument pénètre alors dans la vessie. Si maintenant on vient à faire subir à la sonde un mouvement de rotation, un demi-tour, de manière à faire correspondre l'ouverture de l'angle à la paroi postérieure du col vésical, et qu'on exerce ensuite une traction sur l'instrument, on est arrêté par un obstacle, une saillie qui oblitère en partie le canal en cet endroit. Le toucher rectal ne fournit aucun renseignement.

M. Demarquay diagnostique une valvule prostatique, et le 29 juin il en pratique l'excision. L'instrument ramène un lambeau charnu de la grosseur d'un haricot, dans lequel on reconnaît le tissu prostatique recouvert par la muqueuse du col vésical. Une sonde à demeure est introduite immédiatement dans la vessie; elle donne issue goutte à goutte à un peu de sang. Les urines sont sanguinolentes presque toute la journée. — Injections froides dans la vessie; cataplasmes froids au périnée; potion calmante.

Le lendemain, à la visite du matin, le malade dit avoir passé une nuit assez calme, bien qu'il se soit encore écoulé un peu de sang.

Le 1er juillet, le sang ne teint que très-légèrement les urines. Peu ou point de douleur dans les organes urinaires.

Le 2, l'hémorrhagie est complétement arrêtée.

Le 3, le malade éprouve une douleur pulsatile dans le scrotum; celui-ci est légèrement tuméfié et un peu douloureux au toucher. Un peu de fièvre.

Le 4, la douleur devient plus aiguë; la peau du scrotum est tendue, luisante. On perçoit de la fluctuation. La fièvre persiste; la nuit a été fort agitée. Une ponction faite avec une lancette donne issue à deux ou trois cuillerées de pus bien lié et nullement fétide.

Ces accidents persistent jusqu'au 10 juillet; à cette époque la suppuration cesse, les douleurs n'existent plus et tout rentre dans l'ordre. M. Demarquay engage alors le malade à ne donner issue aux urines en ôtant le bouchon de la sonde que quand il y sera impérieusement obligé. Il doit de plus noter par écrit l'heure de chaque miction, afin que l'on puisse savoir l'intervalle qui s'écoule entre elles.

Du 10 au 15, le malade garde ses urines une heure et demie environ.

Du 15 au 20, il peut les garder deux heures. On retire alors la sonde.

Enfin, vers le 25, les urines sont conservées environ trois heures et demie, et l'opéré, qui a recouvré les forces et l'appétit, sort de la Maison dans un état de santé à peu près parfait.

Obs. II. — *Valvule prostatique ; incontinence d'urine. Excision ; Guérison.*

X..., cinquante-neuf ans, entrepreneur de maçonnerie, entre le 10 octobre 1860 à la Maison de santé. N'ayant jamais été malade jusque-là, il y a neuf ans il s'aperçut qu'il urinait moins bien que d'habitude ; il ne vidait pas sa vessie et avait des besoins fréquents, et souvent irrésistibles d'uriner. La miction se faisait par jets très-faibles, quelquefois elle était douloureuse. Cependant plusieurs années s'écoulèrent sans que le malade fût plus incommodé ; il n'urinait qu'avec de grands efforts, mais il n'avait pas encore eu besoin d'être sondé. Ce n'est qu'il y a environ dix-huit mois qu'il fut forcé de recourir au cathétérisme, et depuis un an il se sonde chaque fois qu'il éprouve le besoin de vider sa vessie. Mais dans l'intervalle de ces mictions l'urine sort goutte à goutte par regorgement, parfois même un jet assez faible s'échappe du canal sans que la volonté puisse l'arrêter ; en un mot, depuis dix-huit mois environ, il y a incontinence en même temps que rétention d'urine ; aussi le malade est-il obligé de porter un urinal en caoutchouc.

X... a été traité antérieurement par l'opium, la térébenthine ; il a pris les eaux de Baréges, etc. A Paris il a consulté MM. Cambay, Mercier et Ricord.

Depuis huit jours, le malade ne peut plus se sonder lui-même. Cependant M. Demarquay, en pratiquant le cathétérisme, n'est arrêté par aucun rétrécissement dans la longueur du canal. La prostate est hypertrophiée, et l'on sent au col de la vessie un obstacle dû à une valvule où l'on perçoit un commencement d'induration. M. Demarquay pratique l'excision de cette valvule le 17 octobre, et met à demeure une grosse sonde dans la vessie. La portion enlevée a 2 centimètres de long sur 1 environ de largeur ; elle est formée tout entière aux dépens de la prostate, et recouverte de la muqueuse du col vésical ; elle présente l'induration qui a été diagnostiquée.

Les 18, 19 et 20, légers frissons et un peu de fièvre ; hémorrhagie vésicale peu abondante, qui s'est arrêtée spontanément ; le malade n'a ressenti aucune douleur locale ; on fait deux fois par jour des injections tièdes dans la vessie.

Le 22, l'état général est bon, l'appétit conservé ; une heure avant la visite, le malade, après avoir vidé sa vessie, a retiré la sonde qu'il avait à demeure depuis l'opération. Il ne peut uriner devant nous à l'heure de la visite ; mais, resté seul, il rend spontanément un demi-verre à champagne d'urine, et une heure après un autre demi-verre. La cathétérisme, pratiqué immédiatement après cette dernière miction, donne issue à une quantité d'urine équivalente à celle qu'il avait rendue en deux fois. Les dernières gouttes consistent en un mucus opaque semi-purulent. On remet la sonde à demeure. On la retire le lendemain, le malade ayant été pris de diarrhée.

Le 24, l'urine évacuée par le cathétérisme contient moins de mucus. Le malade est mis à l'usage de la térébenthine, du goudron et des bourgeons de sapin. On fait des injections de goudron dans la vessie.

Le 30, la miction peut avoir lieu volontairement, et donne issue à un verre à champagne d'urine. Le cathétérisme, pratiqué immédiatement après, en évacue une quantité égale.

Le 3 novembre, on remet une sonde à demeure, que l'on remplace le 5 par une sonde d'un plus gros calibre.

Le 10, les urines sont limpides.

Le 13, le malade, qui avait ôté sa sonde la veille, rend spontanément deux verres à champagne d'urine ; il en reste un dans la vessie. On remet la sonde à demeure.

Le 27, le malade a uriné un quart d'heure avant la visite ; il restait à peine trois cuillerées d'urine dans la vessie ; la miction est donc complète.

Il sort guéri le 29 ; il a pris depuis l'opération un embonpoint notable ; on l'engage à se sonder encore tous les jours pendant quelque temps et à s'injecter de l'eau de goudron froide dans la vessie.

Les deux faits que nous venons de citer sont certainement très-favorables à la pratique de l'excision des valvules urétro-prostatiques ; dans plusieurs autres cas, un résultat presque aussi satisfaisant a été obtenu par M. Demarquay ; cependant, et nous avons entendu plusieurs fois ce chirurgien insister sur ce point, il ne faut pas, alors même qu'on a parfaitement diagnostiqué l'existence de valvules au col de la vessie, se hâter d'en pratiquer l'excision. Le chirurgien de la Maison de santé n'y a recours que comme dernière ressource, alors qu'il a acquis la conviction de l'impuissance de tout autre moyen à améliorer l'état du malade. Souvent l'emploi d'une sonde à demeure, joint à un traitement interne approprié, suffit pour dilater suffisamment l'orifice vésical, et donner au réservoir urinaire l'énergie nécessaire pour se vider d'une manière à peu près complète.

Enfin, avant d'en venir à l'opération, on devra s'attacher autant que possible à combattre les complications qui peuvent exister du côté de la vessie. Nous avons vu souvent, dans le même service, des malades entrer avec une rétention d'urine liée à une prostate grosse et à une inflammation vésicale, et guérir parfaitement sous l'influence d'un traitement convenable, et surtout sous l'influence de l'électricité, qui a une double action : en même temps qu'elle agit comme résolutif de l'engorgement de la prostate lié à un travail inflammatoire plus ou moins ancien, elle agit aussi sur la contractilité de la vessie. Quelle que soit l'explication, le fait existe, et nous avons eu très-souvent l'occasion de constater l'influence de cet agent dans le cas de rétention d'urine, quand cette rétention est liée à un engorgement de la prostate compliqué d'inflammation, et que l'état aigu a disparu.

ABSENCE CONGÉNITALE DE L'OREILLE EXTERNE DROITE.

Agrandissement de la bouche du même côté. — Appendice charnu en dehors de la commissure labiale divisée.

Par M. le Dr Le Briero, de Plougastel-Daoulas (Finistère).

Marie-Brigitte C... est née à terme le 4 septembre 1860, à Keromen, village de la commune de Plougastel-Daoulas (Finistère). D'un volume un peu au-dessous de la moyenne, assez bien conformée du reste, cette enfant présente les particularités suivantes :

L'oreille externe droite n'existe point ; il n'y a trace ni de pavillon ni de conduit auditif. Au lieu où ces parties ont leur siége habituel, on ne voit rien, pas le moindre relief, pas la moindre anfractuosité. La surface est plane, unie, continue avec la peau environnante. La joue droite n'est pas ronde et pleine comme celle du côté gauche ; elle est, au contraire, plate et comme raccourcie.

Vers le milieu de l'espace qui sépare l'angle des lèvres de l'angle de la mâchoire, il existe un appendice entièrement libre et détaché à son pourtour, ne tenant à la joue que par son point d'implantation. Si l'on saisit cette éminence entre les doigts, on croit prendre le lobule d'une oreille. Sa face externe présente un cul-de-sac qui renferme quelques poils blonds, semblables, à la roideur près, à ceux que l'on rencontre chez certains individus sur celle des faces du tragus qui fait partie de la conque.

Dans les premiers jours de la naissance, l'appendice en question était assez mou et semblait charnu seulement. Aujourd'hui on reconnaît manifestement qu'il renferme un fibro-cartilage : aussi je n'hésite pas à le comparer à une oreille incomplète, avortée en quelque sorte.

En examinant l'espace situé entre l'appendice et l'orifice buccal, on aperçoit une ligne de tissu ressemblant à du tissu cicatriciel ; cette ligne s'arrête à une fente de la commissure labiale. On dirait que l'angle des lèvres aurait été primitivement étendu jusqu'à l'appendice, puisque la cicatrisation se serait faite dans la moitié postérieure de l'incision. La partie divisée n'est pas terminée en angle comme la commissure labiale gauche. Elle est arrondie, parsemée de granulations glanduleuses. Le bord libre de la lèvre inférieure est en ce point renversé en dehors, comme tiré en bas par une contraction musculaire qui se prolongerait jusqu'au cou.

La face fait là une grimace des plus marquées.

L'enfant se nourrit bien et tette avec une assez grande facilité. Je ne pense donc pas qu'il y ait urgence d'opérer. La famille au reste s'y opposerait d'une manière formelle pour le moment. Dans tous les cas, le manuel opératoire serait des plus simples et ne différerait en rien de celui du bec-de-lièvre : rafraîchir les lèvres à réunir et pratiquer une suture entortillée.

L'appendice serait enlevé avec la plus grande facilité. Quant à refaire le pavillon de l'oreille, il ne faudrait pas y songer. L'impuissance de l'autoplastie est ici trop évidente. On pourrait seulement corriger la difformité par l'application d'une conque artificielle coloriée.

TUMEUR PULSATILE DE L'ORBITE.

Ligature de l'artère carotide primitive pratiquée avec succès.

Par M. le docteur Bowman.

Suzanne L..., âgée de quarante et un ans, mariée et mère de six enfants, entra à l'hôpital le 13 avril 1860 pour une tumeur pulsatile de l'orbite du côté droit. Peu de jours après Noël, étant grosse de six mois, elle avait été prise tout d'un coup, pendant qu'elle était occupée à laver, d'une douleur dans le côté droit de la tête, accompagnée d'un bruit de souffle, et qui avait été suivie de saillie de l'œil au bout de quelques heures ; depuis, ces symptômes avaient toujours persisté. Elle était accouchée en mars, et c'était un mois après son accouchement qu'elle s'était présentée et avait été admise à l'hôpital.

A cette époque, on constatait une exophthalmie à droite, la saillie de l'œil étant d'environ un quart de pouce, et des pulsations très-sensibles, perceptibles par l'application des doigts sur le globe oculaire, s'accompagnant d'un bruit à timbre aigu dont l'intensité diminuait à mesure qu'on auscultait plus loin de l'orbite. Les mouvements de l'œil étaient troublés en raison d'une paralysie du nerf de la sixième paire. L'action des muscles, animés par la troisième paire et la quatrième, était restée parfaite. Aucune altération de la vue ; pas de diplopie. La conjonctive était très-injectée, et il y avait beaucoup d'engorgement des veines de la paupière supérieure. Au moyen de l'ophthalmoscope, on reconnaissait une congestion intense de la choroïde et de la rétine. Du reste, pas de céphalalgie ni aucun autre symptôme cérébral ; pas de douleur lorsqu'on venait à presser sur le globe. La compression de l'artère carotide amenait la suspension de tous les symptômes, à l'exception de la saillie de l'œil.

M. Hulke, en l'absence de M. Bowman, eut d'abord recours au repos absolu dans la position horizontale et à la compression digitale de l'artère carotide pendant dix ou vingt minutes de suite, trois ou quatre fois par jour. Ce traitement, continué pendant environ deux semaines, n'amena aucune amélioration. L'eau froide en irrigation sur l'œil droit et la tempe fut ensuite essayée, mais seulement avec un amendement momentané.

Le 11 juin, la vascularisation de l'œil et la congestion des parties voisines avaient augmenté et s'accompagnaient d'un peu d'étourdissement et d'excitation cérébrale.

Le 17, l'exophthalmie était devenue beaucoup plus prononcée, le globe oculaire lui-même était distendu ; il y avait un chémosis séreux très-considérable, et la malade éprouvait de vives souffrances. Dans l'après-midi de ce jour, les symptômes s'accrurent tellement que M. Bowman se résolut à faire la ligature de l'artère carotide primitive, et cette opération fut immédiatement pratiquée, après que la patiente eut été soumise à l'inhalation du chloroforme. Les battements cessèrent dans l'œil dès que la ligature eut été appliquée au vaisseau. En se réveillant de l'insensibilité chloroformique, la malade déclara qu'elle était délivrée du bruit et des pulsations qui la fatiguaient, et qu'elle se trouvait bien sous tous les autres rapports. Elle put jouir pendant la nuit d'un bon sommeil pendant trois ou quatre heures.

Le matin suivant, l'œil était net et moins proéminent, le chémosis avait entièrement disparu, et la congestion des parties avoisinant l'orbite considérablement diminuée ; l'aspect général était tout à fait bon. Il existait encore un léger bruit, qui continua jusqu'au quatorzième jour, et disparut ensuite pendant quelque temps. Il y avait entre les deux côtés de la face une différence sensible de température, celle-ci étant de deux ou trois degrés inférieure à droite, comparativement au côté gauche.

Deux ou trois fois pendant la première quinzaine qui suivit l'opération, il s'échappa un peu de sang par la plaie, accident dont on se rendit facilement maître par la compression. La ligature tomba le dix-septième jour, sans la moindre hémorrhagie, et à partir de ce moment, la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation.

A la date du 23 juillet, l'œil était encore proéminent et la paralysie du nerf moteur oculaire externe persistait toujours. Pendant la semaine précédente, un très-faible bruit avait été entendu de temps à autre, mais sans s'accompagner de battements ni d'aucun malaise appréciable pour la malade, et il ne restait plus aucun des autres symptômes locaux. La santé générale était très-bonne, et les forces s'étaient notablement améliorées. (*Medical Times.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 mars 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Barréra (de Prades), sur une épidémie de rougeole ;

2° Un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Napoléonville en 1860.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur Fiévet, sur certaines propriétés de l'oxygène pur comme agent désinfectant et moyen de sauvetage (commissaires, MM. Bouchardat et Gavarret) ;

2° Une lettre de M. le docteur Lalagade, accompagnant l'envoi d'une brochure sur l'action de la vaccine chez l'homme.

3° M. Guillon prie M. le président de lui faire restituer les travaux qu'il avait adressés au concours d'Argenteuil, et notamment ceux dont ses procédés de cathétérisme au moyen desquels on évite la ponction de la vessie et l'uréthrotomie périnéale, le rapporteur de la commission pour le concours de 1850 à 1856 *l'ayant exclu de ce concours en disant : « Il est trop tard ;* » et lorsque Gerdy, ainsi que le constate le *Bulletin académique* du 15 juin 1850, *l'avait ajourné en disant : « Il est trop tôt. »*

Ces procédés de cathétérisme ayant fait éviter à M. Guillon la ponction de la vessie et l'uréthrotomie périnéale à un assez bon nombre de malades, alors même que les opérations étaient considérées comme inévitables par des chirurgiens habiles, il publiera les travaux qu'il réclame dès qu'on les lui aura rendus ; et il espère que cette publication pourra faire éviter ces ponctions vésicales qui ont déjà fait un si grand nombre de victimes.

M. Guillon réclame également deux brise-pierres pulvérisateurs à levier et à vacuateur qu'il avait joints à ses autres travaux, et qu'on a oublié de lui restituer.

RAPPORT.

Candidature. — M. H. Bouley, au nom de la commission des onze, donne lecture du rapport ayant pour objet de déterminer dans quelle section devra avoir lieu la prochaine nomination. La commission a été d'avis, à l'unanimité, qu'il y avait lieu de nommer dans la section de physique et de chimie médicales. La commission exprime en outre le vœu que la nomination suivante soit faite dans la section de médecine vétérinaire.

La proposition de la commission est mise aux voix et adoptée.

Sur la demande d'un membre appuyée par plusieurs voix, le vœu exprimé par la commission est converti en une proposition formelle, qui est mise aux voix et adoptée.

M. le Président prévient que le rapport sur les candidats pour la section de physique et de chimie sera fait dans deux semaines ; il invite, en conséquence, les prétendants à cette place à faire connaître le plus prochainement possible leur candidature.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les congestions cérébrales apoplectiformes.

La parole est à M. Piorry.

Suite de la discussion sur les congestions cérébrales apoplectiformes.

M. Piorry. Je ne voulais pas prendre une seconde fois la parole dans la question importante qui se discute actuellement devant l'Académie, mais il me semble que tout n'a pas été dit sur ce que l'on doit comprendre sous les noms de *congestion cérébrale, d'apoplexie* et *d'épilepsie*, et qu'il est éminemment utile d'attacher au moins un sens précis à chacune de ces dénominations.

Du temps de Boerrhaave, le mot apoplexie se rapportait exclusivement à toute affection qui tout à coup frappe le malade et le prive de l'usage de l'intelligence. On réunissait ainsi sous ce nom l'asphyxie, la syncope, et les nombreux états pathologiques qui viennent d'une manière spontanée priver le malade de connaissance. Si Boerrhaave pouvait renaître, certes il parlerait comme les organiciens modernes et non pas comme on vient de le faire à l'Académie. Qui dit apoplectiforme, dit qui a la forme d'apoplexie ; il faudrait donc déterminer avant tout la forme de cette apoplexie ; mais puisque cette apoplexie est de différentes sortes, il en résulte qu'elle n'a pas une forme propre, par conséquent il ne peut pas y avoir une congestion apoplectiforme ; mais oublions pour un moment que l'apoplexie pour les uns est une hémorrhagie encéphalique, pour les autres une affection de la nature des hydropisies (apoplexie séreuse), pour d'autres encore une maladie parfois nerveuse, pour ceux-là une congestion sanguine rapide, pour tels autres un ramollissement à marche très-aiguë ; acceptons, si l'on veut, qu'apoplectiforme puisse, en 1861, se dire de toute affection dans laquelle un malade présente tout à coup les symptômes cérébraux, avec perte de connaissance, paralysie, coma, etc., et déterminons si l'on peut rapporter à une seule espèce de congestion l'adjectif apoplectiforme, tel qu'il vient d'être considéré. La congestion du cerveau peut être sanguine ou séreuse ; parlons principalement de la congestion sanguine : celle-ci, même avec le caractère apoplectiforme, est si loin d'être en général le fait d'une

attaque d'épilepsie, que personne ne peut nier qu'elle survient fréquemment par des causes tout à fait en rapport avec l'état des vaisseaux.

Voici, par exemple, quelques-unes de ces variétés.

1° Celle qui est produite par la pléthore sanguine, et à laquelle on pourrait donner le nom de panhyperémique. Il serait trop long de détailler les caractères et les symptômes de cet état pathologique, dont le traitement repose surtout sur les évacuations sanguines et sur l'éloignement des causes qui donnent lieu au trop de sang.

2° La congestion cérébrale tout à fait apoplectiforme, due à ce que le cœur gauche est hypertrophié et qu'en même temps l'orifice aortique est libre. Les caractères organiques et symptomatiques d'une telle affection sont évidents ; elle n'a rien de commun avec l'épilepsie, et son traitement, qu'il serait trop long d'indiquer ici, n'a aucun rapport avec celui qu'il conviendrait de faire quand il s'agit de ce que l'on a appelé mal caduc.

3° Qu'un homme ayant beaucoup de sang tienne pendant quelques moments la tête basse, voici que tout à coup il est pris de tous les accidents dits congestions apoplectiformes. Est-ce encore ici d'une attaque d'épilepsie qu'il s'agit ?

4° Un autre, grand mangeur, vient de copieusement dîner, son ventre avait déjà une dimension énorme, et voici que tout à coup il tombe sans connaissance avec la face cramoisie, la respiration haletante, et ce qu'il importe de faire, ce n'est certes point de saigner, mais bien d'évacuer les aliments qui distendent l'estomac. Est-ce de l'épilepsie ?

5° Un pauvre malade est atteint d'un rétrécissement des orifices du cœur ou d'une sténosie de la veine cave supérieure ; ses veines encéphaliques se tuméfient, sa face devient bleuâtre, il tombe avec les accidents dits apoplectiformes : est-ce encore d'une attaque d'épilepsie qu'il s'agit ici, et le premier des moyens à employer n'est-il pas de tenir la tête élevée et de favoriser autant que possible la circulation veineuse ? Cette congestion par stase, à laquelle j'ai donné le nom de *stasémie*, est l'un des états organopathiques du cerveau qui exigent le plus d'attention ; mais voici un homme qui *tout à coup* tombe, vomit, perd connaissance, paraît être frappé d'une hémorrhagie ; cependant c'est exclusivement pour avoir respiré de l'acide carbonique que ces terribles accidents surviennent.

Dans un cas pareil, c'est non pas au traitement de l'épilepsie qu'il faut avoir recours, mais bien à la respiration fréquemment renouvelée d'un air pur.

6° Sur dix individus que l'on rencontre sur sa route avec des symptômes apoplectiformes, on peut dire, sans vouloir donner un démenti à M. Trousseau, qu'il y en a bien huit qui viennent de prendre du vin ou de l'alcool avec excès. Est-ce que par hasard, pour M. Trousseau, l'ivresse serait l'épilepsie ? Est-ce que notre collègue ne penserait pas que l'ammoniaque dans de tels cas ne pourrait pas être préférable aux médicaments anti-épileptiques?

7° Mais que sera-ce donc si nous mentionnons les congestions cérébrales ou encéphalémies produites par les poisons narcotiques, prônés chaque année par M. Trousseau, l'opium, le datura, la belladone, la jusquiame, etc., etc. ? Est-ce que sous l'influence de ces poisons il n'y a pas des phénomènes apoplectiformes ? est-ce qu'il s'agit encore d'épilepsie?

8° Un homme de quarante ans, récemment arrivé à Paris, tombe tout à coup dans la rue avec les symptômes de congestion apoplectiforme; il entre à la Pitié dans mon service; une fièvre dite typhoïde se déclare incontinent, et il meurt. Jamais cet homme n'avait eu d'attaques auparavant. La septicémie avait donné probablement lieu aux phénomènes cérébraux dont il s'agit. Des faits analogues sont fréquemment observés dans les toxémies dues aux virus variolique, rubéolique, etc., etc.

Etablissons donc comme un fait, que même les congestions sanguines et apoplectiformes du cerveau, non épileptiques, sont démesurément fréquentes, et que M. Trousseau n'avait pas suffisamment réfléchi sur ce sujet lorsqu'il a établi son étrange proposition. Si des congestions hyperémiques stasiques ou toxémiques du cerveau, nous passons à des cas dans lesquels il y a des symptômes dits apoplectiques que le trop de sang ne cause pas, nous voyons tout d'abord les faits si nombreux de syncope et d'anencéphalémie que j'ai cités dans mon Mémoire sur les pertes de sang, et nous trouvons encore plus contraires à l'observation les propositions de M. Trousseau.

Arrivons maintenant à l'épilepsie; elle-même serait-elle une congestion sanguine ? Non, sans doute ; elle n'a primitivement rien de commun avec un trouble vasculaire et circulatoire. Si on veut l'admettre comme une unité morbide, si, comme chacun le fait, on veut, sous le nom de petit mal, y réunir l'*aura* progressif et extensif qui précède l'attaque, ce n'est qu'un phénomène névropathique, qu'une névropallie qui pénètre vers le centre nerveux par l'appareil optique. Il survient sans doute plus tard une congestion sanguine, mais celle-ci n'a lieu qu'après la névropathie initiale et extensive.

J'ai bien des fois cherché à attirer M. Trousseau sur un terrain qu'il évite toujours de parcourir avec moi; qu'il nous dise cette fois si en pathologie et en thérapeutique c'est le symptôme qu'il s'agit d'expliquer ou de combattre, ou bien si c'est la lésion primitive, point de départ des phénomènes, qu'il convient avant tout d'étudier et de guérir ; si la congestion sanguine est le symptôme ou la cause primitive ; si c'est à elle qu'il faut principalement avoir égard ; si les phénomènes dits épileptiques sont eux-mêmes la cause réelle de la congestion, ou si le contraire a lieu; si l'épilepsie des auteurs n'est pas souvent une simple manifestation de circonstances anatomiques des plus variées ?

Ce sont là les points culminants de la question qui s'agite, et de la plupart de celles qui ont provoqué à l'Académie des discussions plus ou moins animées. Les argumentations qui pourraient naître du sujet actuel arriveront toujours à démontrer la vérité de ce grand fait ; c'est que les bases de toute bonne pathologie et de toute thérapeutique scientifique et utile, ne sont autres que l'étude des organes, que la diagnose de leurs lésions, que l'exacte connaissance des relations de la cause à effet que ces lésions ont entre elles, et que l'appréciation anatomique, physiologique et chimique des faits simples et compliqués.

Je ne veux pas terminer sans féliciter M. Bouillaud de la netteté et de la fermeté avec lesquelles il a posé des principes qui nous sont communs sur la pathologie et les dénominations des maladies.

Ainsi que notre bonorable confrère, ce n'est pas aux mots que je tiens, mais aux *choses*, et si je crois qu'une réforme dans le langage médical actuel est indispensable, c'est que ce langage n'est en rien en rapport avec le progrès scientifique ; qu'il entretient la fausse idée de la *maladie unitaire*, et qu'il porte l'*obscurité*, le *vague* et l'*incertitude*.

Il me semble que le temps est venu de traiter *ex professo* cet important sujet devant l'Académie, et c'est ce que je me propose de faire dans peu de jours.

M. GIBERT. Après tant et de si longs discours prononcés à cette tribune, je ne n'ai pas la prétention de revenir sur des questions surabondamment débattues..., encore moins celle d'introduire de nouveaux éléments dans la discussion... Je désire seulement poser quelques conclusions générales, en rappelant ici les principes de la médecine vulgaire et de l'expérience commune, un peu trop négligées peut-être par quelques savants de nos jours. Et d'abord, quant au point de départ de la discussion, qui est devenu pour plusieurs l'occasion de digressions savantes auxquelles je me réserve de répondre un mot tout à l'heure, il me semble qu'avant comme après le débat il demeure établi que c'est fort justement qu'on admet comme espèce distincte, sous le nom de congestion cérébrale, une forme particulière d'apoplexie qui peut être mortelle, et qui laisse alors pour vestige cadavérique une réplétion des vaisseaux des méninges avec ponctuation sanguine de la substance cérébrale elle-même.

C'est aussi là la lésion anatomique que l'on peut rencontrer après la mort apoplectique des sujets qui succombent à un accès violent et prolongé d'épilepsie, ou à une série d'accès qui se succèdent durant plusieurs heures sans interruption. Nier cette congestion apoplectique, selon moi, ce serait nier l'évidence.

En second lieu, il ressort encore de cette discussion l'importance attachée de tout temps au diagnostic de l'épilepsie proprement dite, et des accidents épileptiformes dont les causes organiques peuvent être très-variées.

J'ajoute que, lorsque ces accidents se montrent pour la première fois dans l'âge mûr et à plus forte raison dans la vieillesse, ils sont presque toujours liés à une lésion organique du cerveau, et ce serait commettre une confusion déplorable que de les rattacher à l'épilepsie proprement dite.

Enfin, j'avoue que je ne saurais admettre que ce soit sous le rapport thérapeutique qu'il puisse y avoir grave inconvénient à confondre l'épilepsie avec la congestion cérébrale, car, d'une part, le traitement de l'épilepsie est encore à trouver (la belladone ou l'atropine n'y montrent guère plus d'efficacité que le fameux *Galium album*) ; et, d'autre part, si l'épilepsie coexiste avec les symptômes de la congestion cérébrale, le traitement à opposer aux accidents actuels est le même dans les deux cas.

Ceci dit sur la question principale, j'ai un mot à répondre à la glorification, sans cesse reproduite à cette tribune, de la médecine organique des modernes mise en opposition avec la médecine prétendue hypothétique des observateurs qui nous ont précédés dans la carrière.

Si, comme on l'a dit, la médecine ne doit plus être autre chose que l'application clinique des connaissances anatomiques et physiologiques, assurément nous devons supprimer son plus beau titre, celui d'*art de guérir*. Si c'est là un progrès, je m'incline, mais je ne me glorifie pas.

D'ailleurs, quand je vois les plus savants et les plus ardents propagateurs de la médecine dite positive admettre dans leurs théories la doctrine de l'irritation, comme Broussais, la contractilité insensible, comme Bichat, l'oscillation nerveuse, comme M. Piorry, l'exagération d'action, comme M. Bouillaud, je ne vois pas pourquoi on mépriserait si fort les hypothèses émises par les médecins des seizième, dix-septième et dix-huitième siècles, et surtout pourquoi on accuserait si gratuitement la plupart d'entre eux d'avoir étudié les maladies *en dehors* de l'organisme (ce qui me paraît un non-sens), ou de s'être complu à faire, comme le disait Broussais, de l'*ontologie*.

Que les perfectionnements modernes apportés à l'anatomie, à la physiologie, au diagnostic *clinique* constituent un progrès réel et dont nous puissions nous glorifier..., je ne sache pas que personne le conteste... Mais que ce progrès soit de nature à révolutionner toute la médecine et à annuler les fruits de l'observation vulgaire et de l'expérience commune recueillis par le travail des siècles, je le nie, et je trouve dans la discussion actuelle un bel exemple à citer à l'appui de cette dénégation, c'est celui de l'*épilepsie*, dont l'histoire n'est guère plus avancée aujourd'hui qu'au temps de la publication du traité hippocratique *De morbo sacro*.

M. Bouillaud, dans le savant et intéressant discours qu'il a prononcé en dernier lieu, m'a reproché d'avoir traité d'erronée et de paradoxale la célèbre exclamation de Bichat : « *Qu'est l'observation si l'on ignore où siége le mal ?* » Je dis, moi, que c'est beaucoup, et que l'expérience commune nous a fourni des données précieuses sur plusieurs maladies dont le siége et, mieux encore, la cause prochaine et la nature sont restées inconnues, telles que la fièvre continue, la fièvre typhoïde, le typhus, la peste, les fièvres éruptives, la fièvre intermittente, le choléra-morbus, la rage, diverses névroses, la maladie dite albuminurie ou maladie de Bright, le rhumatisme, la goutte, etc.

Soyons donc plus modestes, n'affichons pas la prétention (reproduite par tous les novateurs à toutes les époques de la science) de fonder la médecine sur de nouvelles bases ; mais redisons encore aujourd'hui ces paroles si sages et si modestes à la fois du père de la médecine, inscrites en tête du livre si justement loué par M. Bouillaud, *De priscâ medicinâ* :

« Toute la médecine est établie depuis longtemps... Celui qui rejette tout ce qui a été fait avant lui, *et, prenant une autre route* dans sa recherche, se vante d'avoir trouvé quelque chose de nouveau, se trompe lui-même et trompe les autres avec lui. »

M. BOUSQUET. Je ne m'attendais pas à monter à cette tribune, et en effet je n'y monte pas pour parler de la fausse apoplexie ni de l'épilepsie ; deux maladies qui, malgré leur extrême dissemblance, seraient habituellement confondues, au dire de M. Trousseau, par le commun des praticiens. Si M. Trousseau se fût borné à dire que cela peut arriver, que cela est arrivé quelquefois, on s'en étonnerait peut-être, mais tout le monde ici eût gardé le silence en déplorant la méprise. La discussion est née de l'exagération, et elle a marché comme vous savez. Pour ma part, je n'y ai pas de regret : ces écarts ont conduit à la tribune les talents les plus divers : MM. Piorry, Baillarger, Beau, Falret, Tardieu, Devergie, Durand-Fardel, Girard, Bouillaud....

M. Bouillaud a le rare mérite de voir son sujet en penseur, en philosophe. Nous aimons beaucoup l'un et l'autre la philosophie médicale, lui pour en avoir fait un traité, moi pour l'avoir lu et relu depuis le jour où il a si bien parlé. M. Roche ne sait pas ce que c'est; on s'en étonne d'un esprit si distingué. J'ai lu quelque part qu'un sophiste niait le mouvement ; il fit une chute sur l'épaule; il alla trouver son médecin, et lui dit : Je crains de m'être luxé le bras. C'est impossible, répondit le médecin, il n'y a pas de luxation sans mouvement. M. Roche, dis-je, méconnaît la philosophie médicale; que faire à cela ? Discuter avec lui serait peine perdue; définir la philosophie, je ne m'y risquerai pas, et d'ailleurs Pascal m'a appris que la meilleure définition est de montrer la chose à définir. Que M. Roche lise donc les médecins philosophes. Si de cette lecture il ne rapporte pas le sentiment, le goût de la philosophie, c'est que la substance est durcie, l'esprit a pris d'autres engagements, il faut désespérer de sa conversion.

En attendant, je vais essayer de philosopher un peu en parlant de la nomenclature médicale pour répondre à ce qu'en ont dit MM. Bouillaud et Piorry.

Parce que dans le système des organiciens les maladies ne sont toutes que des lésions anatomiques, on conclut qu'il faut leur retirer le nom qu'elles portent pour leur donner celui des organes affectés. A cet égard, on raisonne des maladies comme ferait un botaniste qui voudrait dénommer les plantes du nom du sol où elles naissent, ou comme on fait des hommes répandus sur le globe : chacun retient le nom du pays où il est né; mais il est plus facile de savoir où les hommes prennent naissance que de savoir juste la place des maladies dans l'organisme; il y a pour les hommes un état civil qui n'existe pas pour les maladies. En botanique, les méthodes naturelles ne regardent pas à la patrie des plantes, mais elles regardent de très-près aux parties qui les composent ; elles commencent par établir entre elles une sorte de hiérarchie, image de la société civile, et quand cet ordre est fixé la classification se règle sur lui, c'est-à-dire sur la subordination des organes.

A raisonner ainsi, la nomenclature médicale ne s'appuierait certainement pas sur le siége des maladies ; ce n'est pas ce qu'il y a de plus important dans leur constitution ; néanmoins l'idée paraît si naturelle, que M. Bouillaud la fait remonter aux premiers temps historiques de la médecine ; il a cité en preuve le traité d'Hippocrate, *De locis affectis* ; il a cité le traité de Galien : *De usu partium*, et il date du règne de ces grands hommes la tendance des médecins à localiser les maladies, à les rattacher aux organes ; puis il franchit les siècles pour arriver d'un bond à Morgagni, et enfin à Bichat, qu'il estime heureux, sans cependant envier son bonheur, pour être mort prématurément.

Heureux, en effet, car il est impossible de parler de Bichat sans attendrissement et sans admiration ! Plus heureux cependant s'il eût vécu âge d'homme ! Qui sait de combien de chefs-d'œuvre son génie fécond eût doté la science ! M. Bouillaud a rappelé ces fameuses paroles que Broussais a prises pour épigraphe : « Qu'est l'observation, si on ignore le siége du mal ? » J'avoue que ce n'est pas là ce qui me ferait partager l'enthousiasme de mon éminent confrère pour Bichat ; je crois bien mieux honorer sa mémoire en disant que, loin d'approuver même du silence celui qui s'est donné pour son disciple et son continuateur, il aurait hautement protesté contre l'abus qu'on a fait de son nom et d'un propos échappé peut-être par hasard à l'improvisation.

A prendre l'exclamation de Bichat à la lettre, il s'ensuivrait que rien n'est bon, rien n'est utile de l'histoire d'une maladie, si on ne sait la place précise qu'elle occupe; c'est frapper d'anathème toutes les observations des anciens, à commencer par Hippocrate, et celles des plus grands médecins des dix-septième et dix-huitième siècles. Dites, si vous voulez, qu'elle est incomplète l'histoire d'une maladie organique sans indication de siége ; mais ne dites pas qu'elle est sans valeur. Par une dérision du sort, il se trouve que les maladies que nous guérissons le mieux sont justement les plus obscures dans leur siége ; telles, les fièvres intermittentes et les autres affections périodiques; telles encore, la chlorose, la syphilis, le scorbut, etc. Et si le précepte d'Horace ne me revenait à propos en mémoire; si pour éviter un excès je ne craignais de tomber dans un autre, j'essayerais de prouver non pas que la place d'une maladie est inutile à connaître, toutes les connaissances sont bonnes, mais que celle du siége n'est que secondaire. La thérapeutique n'y met qu'un prix médiocre; ce n'est pas du siége, c'est de la nature des maladies que se déduit en général la première, la principale indication.

Après tout il n'est pas tant de voies ouvertes aux médicaments ; ils passent presque tous par l'estomac, et quoi qu'en ait dit un plaisant, ils n'ont pas besoin de lettre de recommandation pour aller à leur adresse et modifier les organes souffrants.

Je renverse maintenant la phrase de Bichat, et je m'écrie à mon tour : Qu'est le siége du mal, si on ignore les causes, les symptômes, et tout ce qu'apporte l'observation ! Il n'y a pas si longtemps qu'on se préoccupe du siége des maladies, et qu'on recherche minutieusement dans les cadavres les empreintes qu'elles y laissent ! C'est une conquête toute récente, et pour ainsi dire de notre siècle ; non que j'oublie les beaux travaux de Théophile Bonet, de Morgagni, Lieutaud, Portal, etc. ; mais ils n'ont fait que préparer la révolution accomplie de nos jours par Bichat dans son *Anatomie générale*, et par ses successeurs immédiats, Bayle, Laënnec, Dupuytren, Cruveilhier et tant d'autres.

Avant ces maîtres de la science, il n'est que trop vrai qu'on donnait peu d'attention aux lésions de l'intérieur ; c'était un tort sans doute, mais cela même ne peut que rehausser les services de la séméiotique, telle que la faisaient Hippocrate, Sydenham, Baillou, Boerrhaave, Stoll, Borsieri, les deux Franck, etc.

On parle d'ontologie, d'entités morbides, vains fantômes dont on éblouit les yeux qui n'y regardent pas. On a toujours su que les maladies étaient dans l'organisme ou dans les forces qui l'animent ; où pourraient-elles être ailleurs ? Seulement on ne les y suivait pas, on n'allait pas à la source des symptômes, soit qu'on désespérât de l'atteindre, soit que l'esprit incertain craignît de se fourvoyer : on était d'ailleurs très-persuadé que si l'observation de l'extérieur était exacte, elle ne pouvait que se rencontrer avec celle de l'intérieur.

Du reste, en signalant une lacune si importante dans la médecine de nos prédécesseurs, je n'entends pas la justifier : tout au plus si j'en atténue les conséquences. Je reconnais hautement la supériorité de la médecine de mon temps sur celle de nos devanciers : le diagnostic

anatomique est arrivé à une perfection inespérée ; le pronostic est plus sûr, parce qu'il est plus éclairé ; la thérapeutique seule paraît un peu en retard ; mais elle est plus simple, plus réservée, et sait s'abstenir là où elle sent son impuissance.

Après ces remarques sur le degré d'importance du siége des maladies, je puis parler de la nomenclature ; je m'adresse particulièrement à M. Piorry.

Monsieur, je ne ferai pas à votre nomenclature le tort de croire qu'elle n'est qu'une enfant capricieuse de votre imagination : c'est au contraire quelque chose de très-sérieux ; elle contient, elle répercute la doctrine elle-même, et en effet elles sont si bien liées l'une à l'autre qu'elles doivent subir une commune destinée. Mais, d'abord, demander aux organes les noms des maladies, c'est supposer implicitement qu'on connaît exactement la place qu'elles occupent : où mettez-vous cependant la folie et ses diverses formes, l'épilepsie, l'hystérie, le tétanos, l'éclampsie, la catalepsie, l'angine de poitrine, et toute la famille des affections nerveuses ? C'est à l'anatomie de vous le dire ; mais elle ne le sait pas. Dans le silence de l'anatomie, vous interrogez la physiologie, et vous avez raison ; mais je ne puis m'empêcher de remarquer que c'est sortir de la règle, c'est faire violence au principe.

D'autre part, que de lésions même anatomiques à siége incertain, *incertæ sedis !*

Enfin vous jetez pêle-mêle dans le sang vingt maladies différentes, je les ai comptées, et je ne puis que vous louer de votre modération ; car avec un peu de bonne volonté, vous y pouviez mettre toute la pathologie, n'y ayant guère de maladie qui ne parte du sang ou qui n'y retentisse.

Ainsi, une nomenclature uniquement fondée sur les organes ne répond parfois qu'à une conjecture de l'esprit, à une hypothèse.

Mais je comprends que vous ne pouviez vous laisser arrêter par des difficultés d'exécution ; vous aviez trop d'intérêt à une nouvelle nomenclature. Vous croyez avoir trouvé cinquante, cent maladies ou éléments de maladies, inconnus avant vous ; chaque jour vous en apporte un autre. Vous étiez, que votre modestie me pardonne la comparaison ! vous étiez dans la position où se trouva Christophe Colomb en 1492, lorsqu'il prit possession du nouveau monde ; à chaque nouvelle terre qu'il foulait, il fallait un nom pour marquer sa découverte. Telle est aussi la principale raison que vous donnez de votre entreprise : c'est la nécessité de dénommer les nouveaux états organopathiques, à l'exclusion de la maladie, qui dans le système n'existe même pas ; il n'y a de réel que ces états. « Le reste ne vaut pas la peine qu'on le nomme. »

A parler franchement, je ne comprends pas bien comment si les états organopathiques sont quelque chose, la maladie ne serait rien, elle qui en est composée ; vous nous l'expliquerez. C'est comme si on disait que le corps humain n'a pas droit à un nom, parce que chaque organe a le sien.

Mais passons. De même que la doctrine, la nomenclature ne s'attache donc qu'aux individualités pathologiques ; et comme la doctrine ne reconnaît que des lésions anatomiques, la nomenclature n'a non plus de noms que pour ces lésions ; elle n'en a pas ou elle n'en doit pas avoir pour les affections sans lésion apparente de tissu, ni pour les affections générales, ni pour les diathèses, ni pour les vices héréditaires, etc.

Mais peu importe, j'ai moins à cœur de montrer les lacunes et les imperfections de votre terminologie que d'en faire voir la complète inutilité et les inconvénients. Quelque défectueuse que vous paraisse la langue qu'ont parlée nos aïeux, elle a sur la vôtre deux avantages qui lui assurent la prééminence dont elle jouit : d'une part, elle laisse l'idée libre, elle ne l'enchaîne pas au sens littéral du mot, de sorte que si jamais l'idée change, le mot la suivra comme il est ; le second avantage, que rien ne pourra lui ravir, c'est d'être venue la première, et d'être consacrée par des œuvres immortelles et par le temps, ce qui est immense en matière de langage.

En littérature, il est de règle que lorsque des écrivains de génie ont produit un certain nombre de chefs-d'œuvre goûtés des esprits délicats et approuvés du public, la langue est faite, elle est fixée, il n'est plus permis d'y toucher : ce serait la gâter ; des académies ont été créées rien que pour veiller à sa conservation. Je crois bien que les langues techniques comme la nôtre sont un peu moins susceptibles ; mais encore faut-il garder avec elles quelque mesure. Qu'on modifie, qu'on introduise de loin en loin un mot, deux mots, c'est peut-être d'un assez mauvais exemple, mais enfin cela se tolère ; mais entreprendre de refaire tout le dictionnaire, cela ne s'était jamais vu, et ne se verra plus.

Et pourquoi changer le vocabulaire médical ? Il n'y a véritablement ni raison ni prétexte. Le mot ne fait pas l'idée, il l'exprime, il la transmet, et malheureusement il apporte l'erreur comme la vérité ; c'est là toute sa fonction : s'il la remplit, il a toutes les qualités nécessaires pour se faire accepter et respecter. Un homme sans idées ne parlerait pas, que pourrait-il dire ? Supprimez mentalement la pensée, vous supprimerez du même coup la parole, et l'oblitération de l'esprit, de même que celle de l'ouïe, condamne également l'enfant au mutisme.

Dociles instruments de l'esprit, les langues obéissent avec un empressement, une souplesse qui sont un des mystères de notre nature ; c'est ce que vous a dit avec plus d'autorité que je n'en ai un spirituel et judicieux critique, M. Peisse, en relevant cette erreur de Condillac : « Qu'une science n'est qu'une langue bien faite. » Ce n'est pas ainsi que pensaient ses disciples, et notamment Laromiguière, le plus célèbre de tous. Laromiguière remarque très-justement qu'on ne va pas des mots à l'idée, mais de l'idée aux mots. Ce n'est que quand nous connaissons l'idée que nous revenons du mot à l'idée. Ainsi la langue se moule sur la science et non pas la science sur la langue. Et comme il y a incomparablement plus d'idées que de mots, il faut bien que la signification des mots change pour se prêter à tous les changements de l'idée. Que de mots matériellement identiques ont cependant un sens différent ! Combien d'autres en ont changé et en changeront encore !

Lisez les œuvres de Rabelais, de Montaigne, d'Amyot, vous êtes arrêté à tout instant, tant l'acception des mots a varié ; mais je ne dois parler que de la langue médicale ; ma thèse n'en souffrira pas. La fièvre typhoïde, toujours la même sous vingt noms différents, n'a pas toujours réveillé l'idée de l'ulcération de l'intestin, ni l'apoplexie celle d'une hémorrhagie cérébrale, ni le croup celle d'une fausse membrane, ni la phthisie celle des tubercules, ni la gale celle de l'acarus, ni la teigne celle de plantes parasites, etc. On a donc raison de dire que, sans altération ni dans les lettres ni dans le son, les mots se modifient de sens pour suivre les modifications de la pensée. Et dès lors, je le redis encore, pourquoi de nouveaux mots ? feront-ils mieux que ceux qu'ils aspirent à remplacer ?

L'épreuve en a été faite vers la fin du dernier siècle. Lisez le sixième volume de l'*Histoire de la médecine* par Sprengel, vous y trouverez, page 188, que G. G. Ploucquet, mécontent de l'indifférence des médecins de son temps pour la nosologie, essaya d'une nouvelle classification et d'une nouvelle nomenclature, laquelle prouva, dit Sprengel, *combien il manquait de jugement malgré toute son érudition.*

Je n'ai rien à dire de la classification, je ne sors pas de la nomenclature ; et pour plus de fidélité je copie textuellement : « Elle était encore plus vicieuse que la classification. L'auteur conçut l'idée bizarre de remplacer les noms les plus ordinaires des maladies par des dénominations grecques de son invention. Il n'allègue aucune raison satisfaisante pour excuser cette conduite, qui rend son ouvrage si obscur. L'invention même des noms prouve qu'il était fort peu familier avec la langue grecque. Je n'ai pas besoin d'insister, ajoute-t-il, sur les difficultés infinies que cette nomenclature présente à l'étudiant. » (Cette citation provoque une hilarité générale.)

Maintenant, Messieurs, oubliez les dates, et dites-moi de qui parle Sprengel ; est-ce de Ploucquet ? est-ce de M. Piorry ? Quels élèves a-t-il en vue ? ceux de l'Université de Tubinge, ou ceux de l'hôpital de la rue Jacob ?

Je reprends. Pour remanier, pour refondre la langue médicale, attendez au moins, attendez que la science soit arrivée sinon à toute sa perfection, du moins qu'elle en approche.

La première condition d'une bonne terminologie, c'est la fixité ; il n'y en a pas, de fixité, dans une science en progrès comme la nôtre. Personne n'étant infaillible, il se peut à la rigueur que telle maladie, tel état organopathique qu'on place dans tel ou tel coin de l'organisme, soit dans un autre, et dès lors que de déplacements, que de variations ! Il faudra faire et refaire sans cesse le vocabulaire médical. C'est ce que de Candolle, cet esprit si supérieur et si sûr, reprochait aux botanistes qui s'obstinaient à n'employer que des noms *significatifs*, comme il les appelait.

Au reste, je ne sais si je m'abuse, mais le sens d'origine paraît d'un si faible intérêt, qu'on s'étonne du prix que vous y mettez. La plupart des termes de la langue commune, de la langue que je parle en ce moment, à plus forte raison ceux des langues techniques, ne sont peut-être que des dérivés ; mais qui le sait et surtout qui y pense ? L'immense majorité des hommes l'a toujours ignoré, et le reste l'a oublié.

Dérivés ou non, les mots ont en dehors du sens originaire un sens de convention, lequel apporte avec lui la notion complète de tout ce qu'il exprime. Quand je dis apoplexie, je dis en même temps perte subite de connaissance, hémorrhagie cérébrale, paralysie, etc. ; car il y a tout cela dans le mot, et pour l'y trouver, il n'est besoin d'aucun artifice, d'aucun secours ; ma mémoire suffit du reste. Que la botanique soit en souci d'une nomenclature, je le comprends, c'est presque la moitié de la science. Les espèces végétales connues dépassent 30,000 ; il n'est pas de tête, si bien faite qu'elle soit, capable d'embrasser 30,000 noms et de se les rappeler à volonté. Aussi, lorsque parut en 1753 la nomenclature linnéenne, fut-elle reçue avec transport des naturalistes. Heureusement les maladies ne sont pas si nombreuses que la mémoire la plus vulgaire n'y puisse facilement suffire. Les nouveaux mots, loin de la soulager, l'embarrassent et la chargent. Et pour comble, vous parlez grec, comme si tout le monde savait le grec. Ce qui s'appelle gonflement, intumescence de la rate, il vous plaît de l'appeler *spléno-macrosie*, qui n'en est que la traduction. En quoi donc votre dénomination serait-elle préférable à la mienne ? Il me semble assister aux opérations de votre esprit ; vous vous dites tout bas : gonflement de la rate ; cela dit, vous traduisez en grec, et vous avez *spléno-macrosie* ; puis vous reprenez le grec et le retournez en français, car chacun pense dans sa langue naturelle et non dans celle d'Hippocrate ou de Platon. Ainsi, vous partez du français, vous faites un petit voyage en Grèce, et vous rentrez dans votre patrie, où M. Bouillaud vous a sagement conseillé de vivre et de vous fixer.

Je voudrais trouver un bon côté à votre nomenclature, avec quel bonheur je le signalerais ! Je me trompe sans doute, mais je n'y vois qu'embarras sans avantages : embarras pour les élèves à l'entrée d'une carrière qui a bien assez de ses difficultés sans y joindre celle de la langue. Permettez-moi, du moins, de les avertir en passant qu'elle ne saurait leur tenir lieu de l'ancienne ; car il ne peut entrer dans votre pensée de les priver de lire les modèles qui vous ont précédé, et qui ont bien aussi leur mérite.

Je n'ai pas à m'expliquer en ce moment sur le fond de la doctrine : elle a des qualités que j'apprécie ; mais en eût-elle encore davantage, vous ne pouvez pas espérer qu'elle soit la dernière ; vous n'êtes pas de ceux à qui l'amour-propre ôte la raison ! Or supposez qu'à chaque nouveau système l'auteur s'autorise de votre exemple pour proposer une langue de sa façon, et calculez si vous pouvez la confusion qui en devra résulter : il faudra donc que la vie se passe à apprendre des mots, et, le vocabulaire allant toujours grossissant et variant, il en sera des médecins comme des lettrés de la Chine, où celui-là passe pour le plus savant qui a le plus de mots dans la tête.

Pour prévenir le retour du miracle de Babel, les esprits les plus solides sont d'avis qu'il n'est rien de mieux à faire que de conserver la langue de nos aïeux, convaincus d'ailleurs que les meilleurs mots sont incomparablement les plus arbitraires, c'est-à-dire ceux qui n'apportant avec eux aucun sens d'origine, n'en ont d'autre que celui qu'un long usage leur a fait.

Au moment de vous quitter, je songeais à vous dire qu'au temps où nous vivons il n'est donné à personne de faire une nomenclature viable. Là où vous avez échoué, un autre n'eût pas mieux réussi ; mais vous n'avez pas besoin de consolation, vous m'avez prévenu. Le hasard m'a fait jeter les yeux sur la dernière page du dernier volume de votre *Traité de médecine pratique*. J'y ai vu que vous preniez bravement votre parti sur l'injustice de vos contemporains par l'espoir d'une réparation posthume. « Peut-être, dites-vous tristement, ne » serons-nous plus là pour en jouir ! » Et après ce retour sur vous-même, vous vous relevez fièrement à la pensée « qu'il est im» possible que trente ans de travaux assidus, de recherches et de » méditations consciencieuses, n'aient pas fini par vous conduire dans » la route sûre et difficile de la vérité. » Vous écriviez ces lignes en 1850.

Vous ne séparez pas, dans vos affections, la nomenclature de la doctrine ; je croirais même qu'elle a vos préférences si elles n'étaient indissolublement unies. Il n'est pas rare, dans les familles, que le plus indigne des enfants y soit aussi le plus chéri, le plus choyé. Ainsi faites-vous de la nomenclature ; vous en parlez toujours avec la plus vive émotion, vous la défendez contre ceux-là mêmes qui ne l'attaquent que du silence, avec une vivacité de ton et de geste qui trahit votre faiblesse pour la plus faible de vos œuvres.

Pour moi, je crois en avoir parlé avec réserve, avec convenance ; j'ai dissimulé sous la modération des paroles la répugnance que m'inspire tout néologisme ; j'ai traité sérieusement ce qu'on a coutume de prendre en riant. Je n'ai fait de citations que par nécessité, pour me faire comprendre ; je me suis renfermé scrupuleusement dans les principes du sujet ; je me suis appliqué à séparer l'idée de l'exécution, ne voulant pas qu'on tournât l'exécution contre l'idée ; enfin, j'ai voulu concilier le respect que commande la vérité avec les égards que je dois à un confrère dont je puis différer d'opinion, mais dont je n'ai jamais cessé d'estimer la personne, de reconnaître les heureuses aptitudes qu'il tient de la nature et la fiévreuse ardeur qui les féconde.

Et maintenant, que la destinée de la nomenclature s'accomplisse ! Il n'est au pouvoir de personne de la perdre si elle est bonne, de la faire vivre si elle est mauvaise.

Ce discours est accueilli par les bravos unanimes de l'assemblée.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 27 février, M. le docteur Ormières a été nommé président de la société établie à Saint-Denis (île de la Réunion), sous la dénomination d'*Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de la Réunion.*

— M. le docteur Fonssagrives, premier médecin en chef de la marine à Cherbourg, vient de recevoir la décoration de Saint-Stanislas de Russie. Cette distinction a été accordée à notre honorable confrère pour les services rendus à la marine par son *Traité d'hygiène navale*, qui, par ordre du gouvernement russe, a été traduit dans cette langue.

— On nous assure que l'administration de l'Assistance publique s'est décidée à maintenir le service médical récemment institué à la ferme Sainte-Anne. On cite parmi les compétiteurs MM. les docteurs Jules Falret, Auguste Voisin, Lisle et Berthier.

— Par arrêté du 4 mars, les circonscriptions des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de Lyon, de Grenoble et de Marseille, en ce qui concerne la réception des officiers de santé, des pharmaciens, des sages-femmes et herboristes de 2e classe, embrassent, savoir :

1° La circonscription de l'École de Lyon, le département de la Haute-Savoie ;

2° La circonscription de l'École de Grenoble, le département de la Savoie ;

3° La circonscription de l'École de Marseille, le département des Alpes-Maritimes.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 32. — SAMEDI 16 MARS 1861. (34e ANNÉE.) N° 32. — SAMEDI 16 MARS 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne; Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'épilepsie larvée.

Nous demandons aujourd'hui la permission à nos lecteurs de nous écarter de nos habitudes du samedi, pour les entretenir exclusivement de faits qui se rattachent à la question débattue en ce moment à l'Académie de médecine. Sous le double point de vue pathologique et médico-légal, cette question a assez d'intérêt pour que nous ne devions négliger aucun des documents qui peuvent contribuer à l'éclairer, surtout lorsque ces documents ont déjà par eux-mêmes une valeur clinique considérable. Tel est, effectivement, le cas des faits que nous allons emprunter à un travail remarquable que vient de publier récemment M. le docteur Morel, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon, sur l'épilepsie larvée (1). Ce travail, ainsi que son titre l'indique, a pour objet de faire connaître certains phénomènes délirants, certains actes dangereux commis sous l'empire d'une surexcitation spéciale du système nerveux, phénomènes et actes qui ne sauraient trouver leur place dans aucune des classes admises d'aliénation mentale, et qui doivent être rattachés à l'épilepsie, dont ils constituent une forme ou une variété particulière encore peu connue.

Voici ces faits :

M. Morel fut appelé en consultation dans le courant de l'année dernière, pour une jeune dame de trente à trente-deux ans qui depuis quelque temps donnait de sérieuses préoccupations à sa famille. Depuis deux ou trois ans on avait remarqué que son caractère devenait de plus en plus excentrique et irritable. A des phases de torpeur intellectuelle, d'indifférence dans les sentiments, succédaient des gaietés insolites, des rires inextinguibles, sans qu'aucun motif apparent pût les expliquer. Elle parlait seule, répondait à la voix d'êtres invisibles, entendait des bruits effrayants. Ses nuits étaient mauvaises, son sommeil interrompu par des cauchemars; elle accusait aussi des souffrances générales; tout dénotait chez elle une impressionnabilité plus grande, une aptitude particulière à la douleur. Le symptôme le plus alarmant aux yeux de sa famille était une irritabilité excessive, qui se résumait dans des colères formidables se produisant tantôt soudainement, sans cause appréciable, tantôt faisant explosion lorsqu'on opposait la moindre résistance aux volontés déraisonnables et fantasques de la malade. A ces manifestations si compromettantes pour le repos et l'honneur de sa famille, s'en joignirent d'autres. Mme X... ne pouvait rester en place et sortait de grand matin, parcourant seule les promenades publiques et liant conversation avec des inconnus.

Autrefois modeste, simple dans sa mise et économe dans ses goûts, elle affectait une recherche excessive dans la toilette, se faisant une idée exagérée de sa beauté, très-ordinaire d'ailleurs, dont, à l'en croire, tous les hommes étaient émerveillés. Puis plus tard se manifestèrent au milieu de cette variété de sensations maladives, des symptômes qui semblaient indiquer les prodromes d'une paralysie générale. Elle se livrait à des dépenses exagérées, prétendant avoir fait un héritage dont on lui avait frauduleusement soustrait les titres, achetant des choses inutiles, ne se faisant même aucun scrupule de dérober aux étalages des magasins, etc. Cependant, on ne remarquait aucun embarras dans la parole et dans la marche. Enfin, un soir, étant avec son mari au spectacle, qu'elle dut quitter à cause du scandale que suscitaient sa tenue et ses rires turbulents, à peine sortie, elle se livra à un accès de colère indicible, poussa des cris, de véritables rugissements, et se précipita sur son mari, que l'on dut soustraire à ses voies de fait. Le paroxysme passé, Mme X... tomba dans une sorte de prostration, tout étonnée du mouvement qui se faisait autour d'elle, et demandant avec inquiétude qui avait frappé et blessé son mari.

Ces sortes d'exacerbations se reproduisaient périodiquement et s'accompagnaient invariablement des mêmes phénomènes de prostration et de confusion dans ses souvenirs.

Ce furent précisément les actes de cette nature qui fixèrent l'attention de M. Morel sur le diagnostic de la maladie. Nous ne nous arrêterons pas ici sur l'analyse des motifs et des considérations qui lui firent rejeter l'idée de manie, de mélancolie, de monomanie de quelque espèce que ce fût, et de paralysie générale.

Dans ce cas, cette impressionnabilité a apparu à M. Morel comme le premier anneau de cette série de phénomènes nerveux qui, pendant trois années, s'enchaînèrent et se commandèrent de telle sorte, qu'il en résulta l'ensemble des symptômes caractéristiques de l'épilepsie : excitation périodique suivie de prostration et de stupeur; irascibilité excessive et sans motifs; manifestation d'exaltation de la sensibilité; actes agressifs ayant le caractère de l'instantanéité et de l'impulsion irrésistible; tendances à l'homicide et au suicide; intercurrence des conceptions délirantes en rapport avec l'excitation cérébrale; idées exagérées chez cette femme de ses forces et de ses richesses, de sa beauté et de son intelligence; mélange de tendances érotiques et de sentiments religieux exaltés; hallucinations terrifiantes; sensation d'une atmosphère lumineuse; cauchemar, rêves épouvantables; affaiblissement graduel de l'intelligence et surtout de la mémoire; perte des souvenirs à propos des faits accomplis dans les paroxysmes d'accès; manifestations délirantes identiques, soit au point de vue des idées, soit au point de vue des actes, à chaque retour périodique des phénomènes morbides.

C'était donc une épilepsie à laquelle M. Morel avait eu affaire, et si ce diagnostic suscita d'abord quelques doutes dans l'esprit des personnes vis-à-vis desquelles il était émis, c'est que jamais ni le mari ni aucun des membres de la famille n'avaient observé d'accès épileptiques ni de jour ni de nuit chez cette malade. Mais les doutes sur la réalité de ce diagnostic, s'il en pouvait exister, devaient bientôt être complétement dissipés.

Mme X... fut placée à l'asile de Saint-Yon. Les quatre ou cinq premiers jours se passèrent bien. Mais bientôt elle demanda impérieusement sa sortie, et à quelques observations qui lui furent faites à ce sujet, elle répondit par une si violente explosion de colère que les autres malades en furent terrifiées. Elle se précipita sur les personnes qui l'entouraient, cria, vociféra, se roula par terre, enfonça ses dents et ses ongles dans le sol et donna la représentation du délire le plus furieux qu'il soit possible d'imaginer. A cette crise succéda une grande effusion de larmes, bientôt remplacées par des accès de gaîté, par ses propos délirants habituels sur sa beauté, sur ses richesses inespérées. Quinze jours se passèrent dans ces alternatives, oubliant après chaque crise les menaces qu'elle avait proférées dans ses paroxysmes de fureur.

Il y avait trois semaines au plus qu'elle était dans l'établissement, lorsqu'elle fut prise tout à coup du plus terrible accès d'épilepsie. Les accès se répétèrent coup sur coup sans qu'il existât pour ainsi dire d'intervalle entre chacun d'eux. Tout un côté du corps était complétement paralysé, et Mme X... resta trois jours complets dans une situation qui faisait craindre à chaque instant une terminaison funeste. Elle eut pendant ce temps 50 à 60 accès bien tranchés d'épilepsie, auxquels succéda un état extrême de prostration et de stupeur. Au bout de sept ou huit jours, elle était complétement revenue à elle. La paralysie était disparue, et il ne lui restait aucun souvenir de ce qui s'était passé.

Ces faits constatés, il était désormais évident que l'on avait affaire chez cette malade à une affection épileptique bien caractérisée et dont il n'était que trop aisé de prévoir la marche et l'issue ultérieure.

Voici d'ailleurs quelques autres faits analogues que M. Morel avait déjà recueillis, et qui permettraient au besoin d'en formuler le pronostic.

— Une des pensionnaires de l'asile de Saint-Yon, âgée de soixante ans, traitée tour à tour pour une névrose hystérique et pour une catalepsie, était regardée en définitive comme une *maniaque périodique* des plus dangereuses. Lorsqu'elle était prise de ses accès de manie furieuse avec tendance homicide et abolition des sentiments, on ne pouvait maîtriser ses actes qu'en lui mettant la camisole. Ses crises terribles étaient périodiques, et dans les rémittences Mme V... revenait à la raison la plus parfaite, mais ne conservait aucun souvenir de ce qui s'était passé. Un jour elle faillit tuer sa fille aînée, qui lui prodiguait ses soins depuis

(1) *D'une forme de délire suite d'une surexcitation nerveuse se rattachant à une variété non encore décrite d'épilepsie*, par M. le docteur Morel, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon. Broch. in-8°. Paris, 1860, chez Victor Masson et fils.

LA COLONIE DE GHEEL.

Il y aura bientôt deux ans, nous fîmes à Naples la connaissance d'un riche et intelligent industriel de la Belgique, logé dans le même hôtel que nous, sur les bords de ce golfe magnifique si souvent célébré par les voyageurs. Cet étranger, plein d'enthousiasme pour les incomparables splendeurs que l'Italie renferme, aimait cependant de temps à autre à reporter la conversation sur sa patrie et ses institutions. Nous lui parlâmes un jour de la colonie de Gheel et des aliénés qui y vivent en famille et en liberté, et nous lui fîmes part de quelques-unes de nos appréhensions relativement à ce système de thérapeutique mentale. Nous nous étions, sans le savoir, adressé au plus fervent admirateur, au plus généreux avocat de l'application de la colonisation agricole au traitement de la folie. Ce thème devint le sujet favori de nos conversations, et la savante musique du *Trovatore*, au théâtre San-Carlo, ne trouva même pas grâce un beau soir devant lui! Verdi était outragé en pure perte, car notre conversion est presque encore à faire.

Cependant une belle occasion se présente aujourd'hui, et, à moins de passer pour un véritable saint Thomas, nous devons avouer que notre incrédulité commence à être un peu moins rigoureuse. Mais, tant que nous n'aurons pas vu, de nos propres yeux vu, nous serons extrêmement réservé sur toute espèce d'appréciation, quelque honorables et sincères que soient d'ailleurs les témoignages qui nous sont parvenus touchant le système de Gheel.

Cela dit, nous avons hâte de parler d'un charmant petit volume (1) que vient de publier M. Jules Duval, écrivain d'un grand talent, et l'un des rédacteurs du *Journal des Débats*. Nous avons lu cet ouvrage en entier avec un vif sentiment de curiosité, et comme nous établirons bientôt quels sont nos motifs pour ne point discuter quant à présent le principe fondamental de l'institution, nous allons simplement résumer, d'après les vues de l'auteur, les pages si intéressantes de son livre, et initier nos lecteurs à la connaissance de faits que beaucoup d'entre eux ignorent certainement.

La fondation de Gheel (Belgique) remonte aux premiers âges du christianisme dans le pays belge, suivant une tradition triste et touchante. Dès le septième siècle s'élevait dans les déserts de la Campine une chapelle dédiée à saint Martin, l'apôtre des Gaules, dont la Belgique avait été une province. Quelques cellules, bâties par la piété, l'entouraient et formaient le noyau du Gheel actuel. C'est là que vint se réfugier la jeune fille d'un roi païen d'Irlande pour se soustraire aux violences dénaturées de son père. Dymphine — c'était le nom de cette princesse — était accompagnée dans sa fuite d'un prêtre nommé Gerrebert, qui l'avait convertie, ainsi que sa mère, au christianisme. Dans cet asile, elle espérait vivre en paix et mourir oubliée des hommes; mais ni la solitude ni l'éloignement ne purent la protéger. Son père découvrit sa retraite, la poursuivit, l'atteignit, fit mettre à mort Gerrebert par ses serviteurs, et ne trouvant personne qui voulût exécuter ses ordres sanguinaires contre sa fille, il la décapita de sa propre main, vengeant ainsi par le plus horrible meurtre la défaite de sa passion criminelle. Quelques pauvres fous du pays, conduits sur la tombe de ces victimes, furent guéris, *dit-on*. La reconnaissance du cœur et de la foi rapporta le mérite de ces guérisons à la jeune fille, honorée dès lors comme la patronne des aliénés. Attirées par l'espoir d'un miracle, de nouvelles familles conduisirent en ce lieu leurs parents atteints de folie. En se retirant, les visiteurs confièrent leurs malades à la charité des habitants sédentaires : la coutume devint une institution. Le groupe de pauvres chaumières forma peu à peu un village animé par le travail autant que par la prière, et à la longue un bourg important, le plus considérable de la Campine brabançonne. Fermes et hameaux se multiplièrent dans le voisinage.

« Si l'on arrivait à Gheel, dit M. Jules Duval, même au sortir d'un établissement d'aliénés, sans être prévenu du phénomène spécial qui caractérise cette localité, il y aurait grande chance pour que rien ne trahît le secret. Tout s'y passe en apparence comme dans les autres campagnes. Les rues calmes ou peu animées, suivant le jour et l'heure; aux fenêtres quelques figures curieuses; beaucoup de monde au travail dans les jardins; de rares oisifs sur la place publique ou dans les cabarets; un aspect tranquille, sans apparence de vie active ou de commerce; la monotonie et le silence du village, — voilà bien la surface. »

Après ce riant tableau, l'auteur déclare cependant que si le voyageur est en quête d'une colonie excentrique signalée d'avance à sa curiosité, ou que si, à titre de médecin aliéniste, il est familier avec les symptômes de la folie, il remarquera çà et là quelques allures tant soit peu bizarres : un passant qui prodigue les saluts ou les sourires, un promeneur absorbé dans des méditations solitaires, ayant l'œil fixé sur la terre ou égaré vers les cieux, un indiscret qui l'aborde brusquement, etc., etc. On ne l'a pas trompé, il est bien dans la capitale de la folie.

Que l'on entre maintenant dans les maisons : à toute heure du jour elles sont librement ouvertes aux passants, aux amis, aux simples visiteurs, comme aux médecins et aux magistrats. « Des frères, des sœurs et autres parents d'aliénés viennent même à Gheel, afin de pouvoir prodiguer à leurs proches les soins et les prévenances les plus tendres. » Il est telle de ces maisons, nous assure M. Jules Du-

(1) *Gheel, ou une colonie d'aliénés vivant en famille et en liberté. Étude sur le meilleur mode d'assistance et de traitement dans les maladies mentales.* Paris, 1860, chez Guillaumin, libraire, rue Richelieu, 14.

longues années. Cette circonstance, qu'on ne put lui cacher, la fit insister la première pour être placée dans une maison de santé. Elle fut admise à l'asile de Saint-Yon.

Au bout de quinze jours M. Morel put assister à toutes les péripéties d'un de ces drames délirants. Il constata d'abord que l'invasion de l'accès n'était pas aussi soudaine qu'on le lui avait annoncé. Une grande loquacité, accompagnée de gaieté insolite, fut un des signes prodromiques qui fixèrent d'abord son attention. Mme V..., ordinairement pâle, avait dans cette période le visage coloré; les yeux étaient brillants, et toutes les fonctions organiques s'exécutaient pourtant avec une régularité parfaite. Jamais, disait-elle, elle ne s'était aussi bien portée. Dans cette même période, sa conversation était souvent interrompue parce qu'elle appelait « ses secousses électriques et ses absences ». Dans ces instants, qui passaient avec la rapidité de l'éclair, elle devenait pâle et avait un léger tremblement des lèvres. Après quelque temps de cette situation perplexe, l'agitation s'organisait d'une manière continue et arrivait à son summum d'intensité. Ce ne fut qu'au bout de quelques mois de séjour à l'établissement que M. Morel fut témoin d'une attaque d'épilepsie foudroyante des mieux caractérisées. A dater de ce moment, l'état que l'on était convenu d'appeler *agitation maniaque*, devint moins intense dans sa forme, et les actes de la malade, quoique empreints encore de violence, ne présentaient plus à beaucoup près le même danger.

— Une troisième observation est relative à une femme de quarante-cinq ans, arrivée à l'asile pour la troisième fois, tantôt comme lypémaniaque, tantôt comme maniaque, mais dans tous les cas en proie à des accès de folie qui la prenaient soudainement, étaient accompagnés d'une explosion formidable d'agitation, pendant laquelle cette aliénée était on ne peut plus dangereuse en raison de la nature de ses tendances homicides. Dans ces derniers temps, elle eut de véritables accès d'épilepsie, des chutes, des convulsions, et depuis lors la violence de l'agitation a sensiblement diminué; seulement la crise maniaque se termine par une plus profonde hébétude.

— Nous ne multiplierons pas davantage les exemples du même genre que M. Morel a réunis dans son intéressant travail. Ceux-ci suffisent pour mettre en relief le fait que nous voulions principalement en faire ressortir et que notre savant confrère a, suivant nous, péremptoirement établi, savoir: « qu'il existe une forme particulière de délire ou de folie par suite d'une surexcitation nerveuse, se rattachant à une variété non encore décrite d'épilepsie, et que l'on peut désigner sous le nom d'*épilepsie larvée*. »

Pour en résumer le tableau en raccourci, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les conclusions de ce travail :

Ainsi, l'épilepsie, qui se signale le plus ordinairement dans son expression symptomatique ultime par des accès convulsifs, des chutes, des vertiges, peut exister aussi à l'*état larvé* et produire chez les malades les mêmes troubles de la sensibilité des facultés intellectuelles et affectives que si l'épilepsie était franchement accusée par des accès, des chutes, des vertiges. Elle forme alors une variété que M. Morel appelle épilepsie larvée.

Dans ce cas, on arrive au diagnostic de l'épilepsie par la constatation des principaux symptômes qui caractérisent la folie épileptique proprement dite, et qui sont :

L'excitation périodique suivie de prostration et de stupeur; l'irascibilité excessive et sans motifs; la manifestation d'actes agressifs ayant le caractère de l'instantanéité et de l'impulsion irrésistible; l'exaltation de la sensibilité; les tendances à l'homicide et au suicide; intercurremment, les conceptions délirantes en rapport avec l'excitation cérébrale; idée exagérée chez les malades de leurs forces, de leurs richesses, de leur beauté, de leur intelligence; mélange de tendances érotiques et de sentiments religieux exagérés; hallucinations terrifiantes; sensation d'une atmosphère lumineuse; rêves épouvantables; cauchemar; affaiblissement graduel de l'intelligence, et surtout de la mémoire; perte des souvenirs à propos des faits accomplis dans le paroxysme des accès; manifestations délirantes identiques chez les individus, soit au point de vue de leurs idées, soit au point de vue de leurs actes, à chaque retour périodique des phénomènes morbides; enfin, la violence et la durée du délire se modelant sur la durée de la période de rémittence.

— Nous n'avons pas besoin d'insister ici sur l'importance de ces faits au point de vue médico-légal. Nous aurons probablement l'occasion d'ailleurs d'y revenir.

Hémiplégie épileptique.

Parmi les diverses communications que nous avons reçues à l'occasion de la discussion académique sur le sujet qui nous occupe, voici une observation recueillie par M. le docteur Rouët (de Saint-Laurent d'Aigouze) sous le feu même de l'action, comme on le verra par les dates, et qui nous a paru constituer un document intéressant dans la question débattue.

Le 22 janvier 1861, à huit heures du soir, M. Rouët fut appelé auprès de Mme C..., âgée de quatre-vingt-deux ans, amaurotique du côté droit depuis huit ans, et il constata une hémiplégie du côté gauche.

Voici ce qui s'était passé :

A six heures du soir, Mme C... avait ressenti un vertige, et avait eu le temps de se rendre, quoique avec peine, jusqu'à un fauteuil près de la cheminée; elle avait ainsi fait six ou sept pas, et là avait perdu connaissance. Ayant repris bientôt ses sens, elle se trouva dans l'impossibilité de se lever du fauteuil.

Sans pousser plus loin ses investigations, en présence des signes non équivoques de paralysie, M. Rouët annonça à la famille que Mme C... venait d'être frappée d'une attaque d'apoplexie qui avait paralysé tout le côté gauche du corps. Cet état était évident pour tous les assistants : Mme C... avait les traits de la face fortement déviés, la parole embarrassée; la langue se dirigeait à gauche quand la malade voulait la montrer; les membres inférieurs et supérieurs du côté gauche étaient privés de tout mouvement, mais avaient conservé leur sensibilité. On transporta Mme C.... au lit. Quelques sangsues aux apophyses mastoïdes, des révulsifs aux extrémités, l'émétique en lavage, furent les moyens employés pendant les premiers jours.

L'état d'accablement dans lequel tomba bientôt Mme C..., vu surtout son grand âge, enlevait tout espoir de la sauver. Déjà, en effet, elle rendait involontairement ses déjections. M. Rouët continuait donc ses soins auprès de Mme C..., quoique convaincu de leur inutilité, lorsque le 3 février, pendant qu'il examinait les traits de la malade, il fut tout à coup frappé par leur état de crispation insolite : les yeux ouverts étaient convulsés en haut; le menton, les lèvres, les membres du côté droit étaient frappés de mouvements convulsifs. Ayant découvert le lit, il remarqua que la malade avait le pouce porté vers l'intérieur de la main; les orteils étaient fortement contractés sous la plante du pied. Du côté paralysé, il n'y avait aucun changement. La face devint bientôt très-rouge, la bouche écumeuse; depuis un instant le pouls était nul. On crut que Mme C... avait cessé de vivre. Une profonde inspiration ramena la vie. On venait d'assister à un accès d'épilepsie.

Ayant fait part de sa nouvelle découverte à la famille afin de provoquer des explications, voici ce qu'apprit alors notre confrère : Il y a une dizaine d'années, Mme C... fit une chute sur l'épaule droite et sur la nuque; elle resta étourdie quelques jours, et revint peu à peu à son état ordinaire de santé. Bientôt la vue s'affaiblit du côté droit, et, deux ans après sa chute, Mme C... était amaurotique de ce côté.

En juillet 1859, Mme C..., étant à l'église, tombe tout à coup de sa chaise au moment où elle se disposait à se mettre à genoux. Ses deux filles placées à ses côtés essayent en vain de la relever; elle a perdu connaissance et se débat un moment entre leurs mains, puis revient à elle, profondément étonnée de ce qui se passait autour d'elle et à cause d'elle. On s'aperçut qu'elle avait involontairement uriné. Il faisait très-chaud; on rejeta sur la chaleur la cause de cet accident, auquel on ne s'arrêta pas. Cependant, de loin en loin, à dater de cette époque, Mme C. se plaignait à ses enfants d'avoir des éblouissements, des vertiges qu'on attribuait à son âge avancé; lorsque de nouveau, pendant l'été de 1860, Mme C... fut frappée d'un accès semblable à celui qu'elle avait éprouvé en 1859. On essaya, cette fois, de la relever et de la rasseoir sur sa chaise; mais pendant un moment ce fut impossible. Les membres inférieurs étaient roides comme des barres de fer. Enfin, une fois assise, elle resta longtemps comme hébétée. Elle défendit à ses enfants de parler de cet accident, et le secret fut gardé.

Depuis cette époque, Mme C... a eu de fréquents vertiges, et en dernier lieu, au dire de sa domestique, elle en avait chaque jour, et éprouvait des fourmillements aux extrémités inférieures.

Voilà ce qui fut révélé dix jours après l'attaque qui avait déterminé l'hémiplégie. Ne fallait-il pas en conclure que Mme C... avait eu en juillet 1859 une première attaque de haut mal, peut-être précédée, mais à coup sûr suivie de vertiges épileptiques; qu'en 1860, elle a de nouveau été atteinte d'un deuxième accès épileptique, suivi cette fois de vertiges de plus en plus fréquents, et qu'enfin le 22 janvier 1861, sous l'influence de ce *quid conditum* qui occasionnait les accès épileptiformes, on aura vu éclater une hémiplégie?

Assurément, vu l'âge avancé de la malade, vu le changement brusque de la température du moment, il ne répugnait pas d'attribuer l'accident qui atteignait Mme C... à une attaque d'apoplexie simple et vraie, et « si je n'eusse été témoin le 3 février d'un véritable accès épileptiforme, dit notre confrère, j'aurais porté sur mon livre de décès : Mme C... morte d'apoplexie. » Les jours suivants l'ont du reste confirmé dans ses doutes, si toutefois il était permis d'en avoir après la relation qu'il venait d'entendre de la bouche des enfants de Mme C.... En effet, le 5, dans la nuit, Mme C... a eu une nouvelle attaque; le 8, elle en a eu une autre; elle en a eu encore le 14, le 15, le 16 enfin, jour de sa mort.

« Maintenant, ajoute M. Rouët, si nous recherchions la cause probable de ces accidents épileptiformes, ne pourrions-nous pas les rattacher à la chute faite il y a dix ans? L'amaurose survenue bientôt après ne semble-t-elle pas nous indiquer qu'il y a eu lésion probablement à la base de l'encéphale, car l'amaurose est souvent consécutive aux désordres de l'encéphale, surtout de la base, comme viennent de le démontrer quelques autopsies faites dans le service de M. Hérard, de l'hôpital Lariboisière (*Gazette des Hôpitaux*, n° 19, 1861)? Ne retrouvons-nous pas encore un véritable accès épileptiforme chez la malade qui fait le sujet de l'observation première prise chez M. Hérard, et qui portait une tumeur du cervelet suite de chute, et qui elle aussi était amaurotique?

» Bien que l'épilepsie soit une affection essentiellement convulsive, elle n'en est pas moins éminemment congestive, comme l'a dit tout récemment M. Tardieu à la tribune académique. Il ne nous répugne nullement d'admettre dans le cas que nous venons de relater que l'épilepsie a pu avoir pour point de départ une lésion cérébrale peut-être à la base de l'encéphale, et qu'elle a pu à son tour déterminer elle-même une congestion, ou plutôt une véritable apoplexie mortelle. Dans ce cas, l'épilepsie aurait été symptomatique d'une lésion de l'encéphale et l'hémiplégie consécutive à un accès épileptique. »

Cette manière de voir de notre confrère, à laquelle nous sommes assez disposé à nous ranger, justifierait le titre peut-être insolite d'*hémiplégie épileptique* qu'il a placé en tête de son observation, et que nous avons cru devoir maintenir.

— Nous pourrions ajouter aux faits qui précèdent une observation de méningite épileptiforme, qui nous a été communiquée

---

val, qui par leur grande propreté, leur air d'aisance, leur simplicité de bon goût, supportent la comparaison avec les salles d'hôpitaux les mieux tenues. Chaque malade a l'usage exclusif d'une chambre de dimension variable, suivant la fortune du propriétaire, mais toujours aérée, blanchie à la chaux, nettoyée, carrelée ou planchéiée; souvent il l'embellit d'images, la tapisse et l'orne à son goût. Les plus petites sont de véritables cellules de moines, toujours propres, sinon belles et spacieuses : huit mètres carrés sur deux et demi de hauteur.

La liberté sous toutes ses formes, tel est le principe dominant à Gheel. Le malade dort ou se lève, travaille ou se repose, lit, écrit, parle, selon son caprice, et correspond même au dehors. Toutes les fantaisies lui sont permises, pourvu qu'il n'y ait dommage ni pour lui ni pour son entourage. On n'impose rien par la force, on veut tout obtenir par l'attrait; aussi voit-on l'aliéné circuler librement dans les maisons, hors des maisons, dans les rues et sur les routes, à travers les jardins et les champs. A moins de circonstances particulières, il entre dans les lieux publics, fume sa pipe au café, joue sa partie de cartes, lit ses journaux, boit son pot de bière avec ses voisins et camarades. Le vin seul et les boissons spiritueuses lui sont interdits, sous peine d'amende contre le cabaretier. Les jours de marché, il n'est pas même reclus; on se borne à le faire surveiller de plus près par les gardiens. Il vaque donc à ses affaires à son aise et sans trouble.

Si la liberté est à Gheel le premier principe du système, le travail en est le second. M. Jules Duval prétend que bien que chaque malade soit libre de s'en abstenir, que nulle discipline matérielle, nul moyen coërcitif ne l'y contraigne, quelques paroles sympathiques et l'exemple suffisent fréquemment pour soustraire à l'oisiveté un grand nombre d'insensés. On en compte d'ordinaire la moitié, quelquefois les deux tiers, qui s'occupent utilement. A la maison, femmes, jeunes filles, vieillards, infirmes, mêlés sans aucune distinction aux enfants et aux servantes, participent à tous les soins du ménage. La plupart des artisans, tels que tailleurs, cordonniers, menuisiers, maréchaux ferrants, boulangers, corroyeurs, trouvent place dans la petite industrie locale. Il en est qui travaillent pour leur compte et acquièrent une clientèle en rapport avec leurs talents. M. Jules Duval raconte qu'il y avait naguère et qu'il s'y trouve peut-être encore un excellent menuisier, fort intelligent mécanicien, qui gagnait beaucoup d'argent.

Cet homme, Hollandais d'origine, ayant servi dans l'armée française, fut fait prisonnier en Russie, puis incorporé dans les Cosaques du Don. En 1815, étant en Belgique, dans les rangs des alliés, il déserta, ou plutôt il reprit sa liberté et sa nationalité, pour se marier à Bruxelles. Devenu la proie d'hallucinations, il fut transféré à Gheel. Il y habite depuis vingt-cinq ans, fait avec succès de la menuiserie, et raisonne fort sainement sur toutes choses, excepté sur le diable, qu'il accuse d'une foule de méfaits.

Les femmes qui s'entendent à quelque travail, comme les fileuses, les dentellières, trouvent aussi à utiliser leurs aptitudes.

Les malades originaires de la campagne se livrent à la culture des jardins et des champs : on a soin de placer autant que possible les ouvriers agricoles dans les fermes.

Tels sont, d'après M. Jules Duval, les inappréciables avantages que l'on rencontre à Gheel. Nous ne demandons certainement pas mieux que de croire son récit empreint d'une grande exactitude, mais la raison péremptoire qui nous fait ajourner toute discussion sur le système de la colonisation agricole, c'est que la Société médico-psychologique vient de charger cinq de ses membres, MM. Michéa, Moreau (de Tours), Mesnet, Jules Falret et Ferrus, d'aller visiter Gheel et de lui faire un rapport très-détaillé sur l'état actuel de cette colonie. Comme le départ de nos savants collègues est assez prochain, et qu'il ne serait pas surprenant que nous fussions adjoint à la commission, nous pourrons alors — si besoin est — revenir sur cette question avec une parfaite connaissance de cause.

Au moment de clore cet article, nous recevons une brochure grand in-4°, intitulée : *De la colonie de Fitz-James, succursale de l'Asile d'aliénés de Clermont (Oise), considérée au point de vue de son organisation administrative et médicale*, par M. le docteur Gustave Labitte, médecin en chef de l'établissement (1). Voici encore un nouvel essai de colonisation agricole analogue à celui que M. Ferrus a établi en 1838, à la ferme Sainte-Anne, l'une des dépendances de l'hospice de Bicêtre, ainsi qu'au système qui régit la ferme de Quatre-Mares, fondée par M. Parchappe à la fin de 1851. La députation de la Société médico-psychologique, en se rendant à Gheel, visitera sans nul doute la colonie de Fitz-James. Sachons donc attendre les premiers rayons de soleil du printemps, puisqu'ils doivent décider du départ des zélés voyageurs.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Notice sur l'invention du laryngoscope ou miroir du larynx, par Paulin RICHARD; servant d'introduction à la seconde édition des *Observations physiologiques sur la voix humaine*, par Emmanuel GARCIA. In-8°. Prix ; 1 fr. 25 c. Chez Asselin, place de l'Ecole de Médecine.

(1) Paris, J. B. Baillière et fils, 1861.

par M. le docteur Pagès (de Castelsarrasin). Mais son étendue et les considérations cliniques dont notre confrère l'a accompagnée, et qui sont plus ou moins étrangères au point particulier qui nous occupe, nous obligent à en ajourner la publication.

NOTE SUR L'EMPLOI DES ANESTHÉSIQUES

dans l'éclampsie et l'hystérie.

Par M. le docteur A. Liégard, de Caen.

Dans le numéro du 7 février dernier, M. le docteur Joliclerc a publié une observation d'*éclampsie*, dans laquelle, comme il le fait remarquer, le chloroforme se montre très-avantageux, bien qu'en définitive la patiente ait succombé après cinquante-six heures d'horribles convulsions !... M. Joliclerc rappelle, en terminant, que j'avais proposé cet anesthésique à haute dose *comme le meilleur et le plus sûr moyen à opposer aux convulsions cloniques...*

J'ai dit, en effet, et je crois l'avoir démontré par le raisonnement et par des faits nombreux (1), que le chloroforme prévient *toujours* l'éclampsie *imminente* et la guérit *presque infailliblement*, quand elle s'est déjà déclarée. Mais pour cela il ne faut pas perdre six à huit heures d'un temps infiniment précieux à appliquer des sinapismes, à plonger la malade dans un grand bain, à pratiquer une large saignée qui presque constamment augmente la cause du mal, en diminuant les globules d'un sang déjà trop pauvre. Et puis, quand enfin l'on se décide à recourir à l'anesthésie, ce n'est pas seulement par des inhalations répétées à un quart d'heure d'intervalle, mais bien, au contraire, comme je l'ai dit encore dans ma lettre à M. le docteur Hamon, sur l'éclampsie (*Gazette des hôpitaux*, 10 avril 1860), et à laquelle je renvoie le lecteur pour plus de détails, il faut employer le chloroforme immédiatement, le plus tôt possible, sans cesser un seul instant les inhalations, proportionnant la longueur et la profondeur de l'anesthésie, à la violence et au nombre des crises déjà éprouvées.

Règle générale, dans l'éclampsie qui accompagne le travail de l'accouchement, il faut ne plus interrompre le sommeil jusqu'à l'expulsion de l'enfant, en l'entretenant par des doses d'autant plus faibles, que les accès ont été moins nombreux et moins intenses. Dans l'éclampsie qui précède ou qui suit le travail, il faut prolonger l'anesthésie une heure au moins après la cessation des crises, et se tenir toujours prêt à recommencer les inhalations au moindre symptôme précurseur des convulsions.

Que l'on me permette d'ajouter ici quelques lignes touchant une maladie qui offre tant d'analogie avec celle qui fait le sujet de cette note, je veux parler de l'hystérie : elles feront d'ailleurs mieux comprendre ma pensée. J'ai fait connaître, il y a quelques années déjà, avec quelle facilité les accès de cette effrayante névrose étaient calmés par le chloroforme ; eh bien, dans ces cas, comme dans l'éclampsie, j'ai toujours été obligé, quand avant mon arrivée les crises avaient été nombreuses et violentes, de prolonger l'anesthésie quarante ou cinquante minutes, et encore, quand je laissais alors revenir la connaissance, quelques spasmes, quelques légères secousses me forçaient quelquefois de recommencer les inhalations. Quand, au contraire, j'étais appelé dès le début, et que les convulsions étaient encore très-faibles, quinze ou vingt minutes d'un sommeil calme et peu profond suffisaient pour les arrêter parfaitement et sans retour. *Principiis obsta!*

D'UN NOUVEAU MODE D'ADMINISTRATION

de l'iodure de potassium.

Par M. le docteur Morel Saint-Amand.

Personne n'ignore que les préparations iodées en général, et l'iodure de potassium en particulier, exercent une action topique irritante, et que ces agents excitants et substituteurs, lorsqu'ils sont ingérés *seuls* dans l'estomac ou introduits dans le rectum, le vagin, le canal de l'urèthre, ou mis en contact avec la membrane muqueuse de l'œil, provoquent une inflammation locale assez nettement caractérisée.

Justement préoccupé du *retentissement* pénible de l'iodure de potassium sur tout le tube digestif, un habile pharmacien de Paris, M. Gagnière, vient d'imaginer une préparation à la fois active, inoffensive et agréable : il a composé des biscuits renfermant une quantité déterminée du précieux médicament, et le conservant surtout dans un état absolu d'inaltérabilité. L'iodure de potassium ainsi administré est divisé à l'infini, intimement mêlé à l'économie, et il subit avec l'aliment qui lui sert de sauf-conduit toutes les phases du travail de la digestion.

Toutes les autres préparations pharmaceutiques dont l'iodure de potassium est la base offrant, outre les dangers que nous avons signalés, le double inconvénient d'avoir une saveur désagréable et d'être trop rapidement éliminées par les urines, on comprend combien les biscuits de M. Gagnière devront être recherchés par nos confrères, puisqu'ils permettent en toute assurance à l'économie de s'assimiler lentement les vertus de l'iodure de potassium, dont les indications fourmillent dans la pratique de notre art : aussi tenions-nous à signaler ce nouveau procédé thérapeutique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 mars 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Suite de la discussion sur les hernies.

M. BOINET a retrouvé dans ses notes l'exposé de la pratique de Sanson, et il croit qu'elle est très-bonne à suivre. — Faut-il réduire un intestin qui présente une petite perforation ? — Dix-neuf fois sur vingt, disait Sanson, vous aurez des accidents; et ces accidents ne seront pas seulement à redouter quand vous aurez reconnu cette perforation, mais même quand l'état de l'intestin peut vous faire craindre ou soupçonner l'existence de ces ouvertures. Sanson ne réduisait pas dans ces circonstances, et alors, ou bien il s'établissait un anus contre nature, ou bien l'intestin rentrait, la perforation s'oblitérait ou ne se produisait pas, et il ne survenait pas d'accidents.

Enfin Sanson recommandait expressément de toujours examiner l'anse herniée, de toujours s'assurer de l'état de l'intestin avant de réduire.

M. RICHET. Il me semble que nous sommes bien près d'être tous d'accord sur ce point : qu'il ne faut pas réduire sans précautions un intestin qui présente une ou plusieurs petites perforations, alors que le reste de l'anse herniée est parfaitement sain.

M. Velpeau me paraît abandonner cette pratique, puisqu'il nous a dit, en nous rappelant les cinq succès qu'il a obtenus, que cette conduite n'était pas sans dangers, et qu'il ne la donnait pas comme exemplaire. Non-seulement cette pratique n'est pas sans dangers, mais elle peut être suivie des accidents les plus graves, alors même qu'il n'y a pas encore de perforation de l'intestin, mais que la constriction a été portée assez loin pour altérer profondément la structure des parois de l'anse herniée. Le travail de désorganisation continue même après que l'étranglement est levé et que l'intestin a été repoussé dans la cavité abdominale. C'est ce qui s'est passé dans le fait que nous a rapporté M. Bauchet.

Voici une observation qui vient à l'appui de ma proposition, et que M. Velpeau pourra se rappeler, attendu que M. Velpeau a opéré le malade.

C'était un jeune homme, externe du service de M. Velpeau, pendant que j'étais attaché en qualité d'interne au service de notre excellent maître.

Ce jeune homme fut pris, un dimanche matin, après déjeuner, de coliques très-vives ; il voulut aller à la garde-robe, mais il ne rendit rien ; les coliques continuèrent et il rentra chez lui, où il se mit au lit. Les vomissements survinrent, et il me pria d'aller le voir. Je disséquais alors dans le pavillon de M. Després, et tous deux, M. Després et moi, nous nous rendîmes auprès de ce jeune homme. C'était un garçon vigoureux, bien constitué. Nous fîmes quelques tentatives de taxis qui furent inutiles, et nous priâmes M. Velpeau de venir voir le malade. M. Velpeau décida que l'opération devait être pratiquée, et il la fit immédiatement. L'étranglement remontait au plus à dix ou douze heures. L'intestin était déjà altéré, noirâtre, mais il ne présentait aucune perforation ; il fut réduit. Tout alla bien d'abord, mais au quatorzième jour il survint tout à coup des accidents de rupture intestinale, une péritonite suraiguë se déclara, et ce jeune homme succomba très-promptement.

J'obtins de la famille l'autorisation de faire l'autopsie, et je la pratiquai avec M. Després. Le point où avait eu lieu l'étranglement était aminci ; l'intestin, à ce niveau, avait contracté des adhérences avec le péritoine de la fosse iliaque, et entre ces adhérences il s'était formé des fausses membranes et du pus. A cet endroit avait eu lieu une petite fissure qui avait déterminé cette péritonite foudroyante.

Au moment où se produit l'étranglement, suivant que la constriction est plus ou moins forte, la circulation est plus ou moins vite arrêtée, et l'exhalation séreuse qui se produit dans ces circonstances, ainsi que l'a établi M. Bouillaud, peut être plus ou moins rapide. Lorsque la circulation est entravée, il y a d'abord stase sanguine, puis exhalation de sérosité, et c'est ainsi que M. Demeaux a expliqué l'existence des collections séreuses après l'étranglement. Or, l'étranglement levé, la circulation peut se rétablir sans doute, mais le travail ulcératif peut aussi continuer.

Le fait que je viens de rappeler était dans ce dernier cas. En voici un autre que j'ai recueilli tout récemment dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, et qui mérite aussi de fixer votre attention.

Une femme portait une hernie qui s'étrangle tout à coup le dimanche soir. Le lundi, un médecin est appelé, il fait des tentatives de taxis, qui restent sans résultat. La femme est apportée à l'hôpital le lundi à six heures du soir ; on fait de nouvelles tentatives pour faire rentrer la hernie, et comme les internes n'obtiennent rien, ils me font prévenir, et j'arrive à neuf heures du soir.

C'était une hernie crurale droite, volumineuse. Je fis immédiatement la kélotomie. Dans le sac existait un épanchement séro-sanguinolent ; je débridai, j'attirai l'intestin au dehors (c'est ma pratique constante), il n'y avait pas de perforation, et bien que l'anse herniée fût un peu noirâtre, érodée légèrement à sa surface, je ne vis pas de contre-indication à sa réduction, et je la repoussai dans le ventre. Je donnai un purgatif, et tout alla bien.

Cette femme fut prise d'un érysipèle et succomba à cette grave complication.

A l'autopsie, faite avec le plus grand soin, nous avons trouvé que l'anse intestinale avait contracté des adhérences au niveau de l'ouverture supérieure du canal crural. En décollant et détachant ces adhérences nous avons vu des fausses membranes entre l'intestin et le péritoine pariétal, et au milieu de ces fausses membranes un petit foyer purulent ; il y avait eu une péritonite qui s'était bien localisée, mais qui, en ce point, avait produit du pus.

Dans l'anse intestinale il y avait du sang noirâtre, altéré, et la muqueuse était ulcérée profondément ; une valvule connivente avait même disparu. Grâce aux adhérences, l'intestin n'était pas ouvert dans la cavité abdominale, mais il y avait du pus, et peut-être auraient pu se présenter chez notre opérée les accidents formidables que j'avais vus chez le jeune homme dont je vous parlais il y a un instant.

Quand donc l'intestin n'est pas perforé, qu'il présente seulement des altérations superficielles, des érosions, je le repousse doucement, avec précaution, dans la cavité abdominale, et je le laisse près de l'anneau interne. S'il est ulcéré, je le retiens au dehors, et je préfère une suture faite sur la convexité de l'intestin et dans laquelle est aussi compris le sac, à un fil passé dans le mésentère, qui ne peut que gêner la circulation intestinale.

Je n'ai pas peur de l'anus contre nature. Un certain nombre guérissent spontanément ; pour d'autres la chirurgie possède maintenant assez de ressources pour parvenir à les fermer ultérieurement. J'ai dans ce moment dans mes salles un malade qu'ont vu MM. Bauchet et Verneuil, et chez lequel j'ai coupé dix centimètres d'intestin, et il est presque guéri. Je signalerai en passant ce fait au point de vue de l'étranglement. La constriction fut si forte, et elle porta si bien sur le cordon, que celui-ci fut coupé et que le testicule tomba en gangrène.

J'ajouterai que, pour moi, la suture ne me paraît pas une bonne pratique. Autre chose est de faire une suture sur une anse intestinale blessée accidentellement, ou sur une anse ulcérée. Aussi, dans ce dernier cas, la suture n'a-t-elle pour but que de retenir l'anse herniée et de l'empêcher de rentrer dans la cavité abdominale.

M. JARJAVAY a écouté avec beaucoup d'intérêt la discussion qui s'est élevée au sein de la Société. La question lui a paru prendre plus de clarté au moment où M. Velpeau a établi la distinction entre les ouvertures qui ont une certaine étendue et celles qui sont comme de petits pertuis au niveau d'un étranglement circulaire, l'anse herniée étant d'ailleurs parfaitement saine. On ne rencontre guère cet état que dans quelques variétés de hernie crurale. Ce n'est que de ces pertuis que veut parler M. Jarjavay.

D'après ce chirurgien, on ne doit pas chercher à tirer au dehors l'intestin hernié dans les hernies crurales qui sont comme marronnées, par conséquent petites et ne renfermant qu'un coude de l'intestin ; l'anneau constricteur détermine quelquefois dans ces cas un étranglement comme le ferait un fil. C'est au fond de cette rainure circulaire dont les bords sont froncés que se produisent les petites ouvertures dont il est question. Il est très-difficile de les apercevoir au fond de ce sillon et de ces plis.

Il est persuadé que quelquefois on a réduit, sans le savoir, des anses herniées qui étaient dans cet état. Des tractions pour ramener l'intestin au dehors lui semblent devoir produire la petite ouverture en déplissant le fond de la rainure circulaire. Il présente à cette occasion une anse intestinale appartenant à la partie inférieure de l'intestin grêle, et qui n'a d'autre altération qu'une dépression circulaire au niveau de l'étranglement, et au fond de laquelle, au moyen de tractions, on aperçoit un pertuis qui admettrait la tête d'une épingle.

Une pareille anse réduite lui paraît avoir son danger, non pas dans le pertuis, mais dans l'usage de l'huile de ricin, que l'on administre habituellement après la réduction. Chez la malade d'où vient l'anse intestinale qu'il a montrée, il n'y avait eu aucun accident après la réduction; mais à peine, quelques heures plus tard, le purgatif fut-il administré, que se déclarèrent subitement les symptômes d'une péritonite suraiguë, qui fit en une demi-heure périr l'opérée.

Dans une tournée que j'ai faite l'année dernière dans plusieurs écoles secondaires de médecine, ajoute M. Jarjavay, j'ai entendu M. Letenneur, chirurgien de l'hôpital de Nantes, dire qu'il ne donnait pas habituellement de purgatif après l'opération de la hernie étranglée, et qu'il n'en avait pas moins de nombreux succès. Je songeai alors au cas que j'avais observé l'année dernière, et je me suis demandé si l'usage du purgatif n'a pas été fatal à mon opérée. Qui plus est, la contraction de la paroi de l'intestin, déterminée par l'usage du médicament, ne pourrait-elle pas produire le pertuis, alors qu'il a été ménagé par l'absence de tractions sur l'intestin pendant la kélotomie ? Aussi je proscrirais volontiers les purgatifs dans ces cas de hernie étranglée où la partie de l'intestin qui est sortie est très-petite et où la constriction est extrême.

M. GUÉRIN ne pense pas que l'on puisse comparer le fait de M. Bauchet avec les cas rapportés par M. Velpeau. Or, les faits de M. Velpeau ne me semblent pas de nature à autoriser la réduction d'un intestin ouvert par la gangrène, surtout lorsque le sac est plein de pus ; je blâme aussi l'introduction du doigt dans le ventre.

Quand un intestin est gangrené, il ne faut jamais le réduire ; il faut établir un anus contre nature, et dans ces cas le débridement est non-seulement inutile, mais plutôt dangereux.

Toutes les fois qu'on veut établir un anus contre nature, il ne faut pas attirer l'intestin à l'extérieur ; il faut respecter les adhérences qui existent déjà ; il ne faut l'attirer que dans le cas où l'on se propose de réduire. On pourra achever de produire des déchirures qui sont encore incomplètes ? Tant mieux : il vaut mieux voir ces perforations que de les laisser s'établir dans le ventre.

M. Jarjavay, continue M. Guérin, nous a dit que les pertuis étaient difficiles à voir, qu'ils étaient quelquefois cachés au niveau des replis formés par la constriction : raison de plus pour les chercher, et pour examiner avec soin s'il ne s'échappe point de bulles de gaz, s'il ne s'écoule point de liquides intestinaux.

L'intestin gangrené a, du reste, une consistance caractéristique, bien différente de sa consistance normale.

Enfin, M. Guérin s'élève contre la proscription des purgatifs, que M. Jarjavay a formulée dans ce qu'il nous a dit.

M. BAUCHET fait remarquer à M. Guérin que, dans le cas dont il a entretenu la Société, il ne s'agissait pas d'une anse intestinale gangrénée, mais bien d'une portion d'intestin parfaitement saine dans toute son étendue, excepté dans un point très-limité, où existait un pertuis qui aurait à peine admis une pointe d'épingle; que ce fait doit être entièrement rapproché de quatre des faits de M. Velpeau. Il en excepte un, celui dans lequel la perforation a été faite par le bistouri. Qu'il s'agissait, en un mot, d'une hernie enflammée et consécutivement étranglée. Or cette inflammation explique la présence du pus.

M. Bauchet ajoute qu'il est loin de conseiller d'introduire le doigt dans le ventre; il n'a voulu, comme on le voit dans l'observation, que s'assurer que l'étranglement était levé.

La pièce que M. Jarjavay vient de montrer à la Société est tout à fait semblable à celle que M. Bauchet a eue sous les yeux lors de l'opération.

M. JARJAVAY. J'ai l'honneur de faire remarquer à mon honorable collègue M. Guérin qu'il n'a pas bien compris le sens de mes paroles. J'ai eu la précaution de limiter les observations que j'ai faites devant la Société aux variétés de hernies dans lesquelles une petite anse est fortement étranglée ; cas dans lesquels l'anneau produit une constriction circulaire tout à fait linéaire, *sans gangrène du reste de l'intestin*, comme on le voit sur la pièce que j'ai entre les mains.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC présente un jeune homme auquel il a **désarticulé la cuisse**, il y a quatre à cinq mois, à la suite d'accidents déterminés par une ostéo-myélite.

Ce jeune homme est parfaitement guéri.

M. Chassaignac se borne pour le moment à présenter le malade, qui va prochainement quitter son service, et il fera ultérieurement sur ce sujet une communication détaillée.

(1) *De l'éclampsie et de son traitement.* Brochure in-8° de 85 pages.

— **M. BLOT** présente un enfant âgé de quatre à cinq mois, et qui o fre sur le **pariétal droit une dépression** déterminée pendant le travail de l'accouchement. Ce fait doit être rapproché de celui dont M. Depaul a récemment entretenu la Société.

La mère de cet enfant a un rétrécissement du bassin, et il y a trois ou quatre ans, M. le professeur Dubois, pour la délivrer, dut pratiquer la céphalotripsie. On lui avait recommandé de se présenter à la Clinique à sept mois de grossesse, si elle devenait encore enceinte. Elle vint lorsqu'elle était grosse de huit mois. On provoqua l'accouchement prématuré, et on put amener l'enfant vivant, grâce à cette dépression qui a permis le passage de la tête. Cette dépression montre encore quelle force de traction a dû être employée.

M. DAUVÉ, médecin aide-major à l'artillerie de la garde, présente un **enchondrome du testicule**, opéré le 5 mars 1861 par M. Godard, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles.

Le nommé L..., infirmier militaire, âgé de vingt-six ans, est au service depuis six ans. Il n'a jamais eu de maladie vénérienne. Il n'a jamais reçu le moindre coup sur le scrotum; il n'a même jamais souffert dans cette région. A l'âge de huit ans il a été atteint d'une méningite dont il a parfaitement guéri.

Il est d'une constitution robuste, quoiqu'un peu lymphatique. Son père et sa mère n'ont jamais été malades. Ses frères et sœurs se portent parfaitement.

Pendant la campagne d'Italie, le 1er juin 1859, L... s'aperçut qu'il avait une petite tumeur dure, mais indolente, à la partie externe et inférieure du testicule droit. On lui fit porter un suspensoir. Depuis ce jour, la tumeur a grossi sans jamais causer la moindre douleur.

Le 24 juin 1860, le malade, gêné par le volume de la tumeur et son poids, entre à l'hôpital de Versailles dans le service de M. Godard, médecin en chef.

Pendant vingt-neuf jours, le malade est soumis aux mercuriaux et à la teinture d'iode extérieurement, et à l'iodure de potassium comme traitement interne. La tumeur grossit toujours. Il y a quelquefois des douleurs lombaires, mais jamais testiculaires.

Après être sorti du service le 23 juillet, il y rentre le 10 août, et demande instamment à être débarrassé de sa tumeur. Comme il n'y avait plus de douleurs, M. le médecin en chef continue l'iodure de potassium et les frictions fondantes, et temporise avant d'en venir à une opération. Le malade demande à sortir après quarante jours de traitement.

Enfin, le 12 janvier 1861, la tumeur a pris un tel développement qu'il ne peut plus faire son service sans grande difficulté, et M. Godard se décidant à l'opérer, L... rentre à l'hôpital.

Le 4 février, la tumeur présentait les caractères suivants : grand diamètre, 11 centimètres; diamètre transversal, 8 centimètres. Le cordon est un peu plus gros que celui du côté gauche. Il n'est pas douloureux à la pression.

Le testicule est d'une dureté extrême. Son poids est énorme. Il ne présente aucune bosselure. La tumeur est uniformément ovoïde, à convexité antérieure et à concavité postérieure. La partie inférieure est moins dense que la supérieure. On y sent quelques points ramollis, et tout fait supposer que c'est l'épididyme. Il y a une douleur obtuse à la pression en cet endroit seulement. Tout le reste de la tumeur est indolent. Il n'y a pas de transparence.

Le testicule gauche est sain, et comme le droit occupe presque tout le scrotum, le gauche remonte un peu dans l'anneau. L'absence de maladie vénérienne, d'orchite soit blennorrhagique, soit traumatique, de bosselures, de douleurs, de transparence, la localisation dans un seul testicule, rendent le diagnostic difficile. M. Godard, tout en prononçant le mot d'enchondrome, émet des doutes sur la partie affectée de cartilaginification ou d'ossification. Avions-nous affaire à un de ces prétendus états cartilagineux de la tunique vaginale, suites d'hydro-hématocèles, à ces fausses membranes si denses qui tapissent la paroi interne de la tunique vaginale, états si bien décrits dans le travail de M. Gosselin inséré dans les *Archives* de 1853, ou bien la dégénérescence siégeait-elle dans le testicule lui-même?

Le 5 février, dans ces deux hypothèses, M. Godard commence l'opération, suivant les préceptes donnés par M. Gosselin, par une ponction exploratrice. Si un liquide, soit sanguinolent, soit brunâtre, s'était écoulé, on aurait continué par l'incision et l'énucléation avec section de la fausse membrane. Mais le trocart rencontre un corps dur, et il ne s'écoule que quelques gouttes d'un sang bien fluide. M. Godard nous annonce alors qu'il s'agit d'un enchondrome du testicule, et immédiatement opère la castration avec la ligature du cordon faite en masse. Le malade a été soumis au chloroforme.

La tumeur pèse 310 grammes.

Son grand diamètre est de 10 centimètres et demi; son petit diamètre est de 8 centimètres.

A la partie supérieure et postérieure, on trouve le cordon, dont il est difficile de séparer les éléments au milieu d'un tissu dégénéré. Il est sain à l'endroit de la section. Mais dans la cavité du cordon épididymaire, on trouve une matière ramollie, grisâtre. Les adhérences de l'épididyme avec le testicule contiennent du tissu jaunâtre avec des éléments fibreux et quelques points purulents. A la portion externe de la tête épididymaire, on rencontre une tumeur de la grosseur d'une noix contenant du tissu fibreux mélangé d'un grand nombre d'éléments amorphes de nature colloïde. Tout le corps de l'épididyme semble avoir commencé la maladie, car il présente plusieurs points ramollis.

La presque totalité de la tumeur est formée par le testicule lui-même. Il est complétement transformé en tissu cartilagineux. La tunique albuginée est convertie en un feuillet fibreux très-mince. On voit et on sent des pointes très-dures sur toute la superficie du testicule; ces pointes ne pouvaient être senties avant l'opération, probablement à cause de l'épaisseur de la tunique vaginale. La partie inférieure du testicule se termine par une tumeur cartilagineuse offrant à l'extérieur un sillon de séparation, mais faisant corps à son centre avec le testicule lui-même.

La tumeur est divisée par sa partie antérieure et convexe. On voit alors une masse de noyaux cartilagineux séparés par des tractus rougeâtres. Leur forme vermicellée fait supposer qu'il s'agit des vaisseaux séminifères; mais quelle portion de ces tubes s'est ainsi transformée? Ces noyaux occupent toute la substance du testicule dans les deux tiers supérieurs, et présentent une coloration blanche et rose. Dans le tiers inférieur, la tumeur est moins dure, l'élément cartilagineux est moins abondant. La coloration est légèrement jaunâtre; elle est due probablement à du tissu fibreux au centre duquel il se trouve de la fibrine résultant d'une ancienne hémorrhagie, peut-être aussi une dégénérescence graisseuse.

A l'examen microscopique, pour lequel M. Houel a bien voulu nous prêter son concours, on trouve des cellules cartilagineuses contenant la plupart trois noyaux qui eux-mêmes renferment des éléments; quelques cellules plus larges et moins régulières contiennent jusqu'à dix de ces noyaux. A côté de ces cellules, on voit aussi du tissu fibreux, quelquefois seul, quelquefois mélangé.

M. Dauvé fera connaître ultérieurement les particularités intéressantes qui pourraient se présenter.

M. BROCA ne voudrait pas que l'on fût si affirmatif sur le siége de ces éléments flexueux, tortueux, que l'on rencontre dans la tumeur. Il ne faut pas dire aussi nettement que les tubes séminifères soient le siége de ces dépôts cartilagineux. Dans une pièce de M. Paget, où l'on trouvait aussi cette disposition flexueuse, tortueuse, les tubes, semblables à ceux-ci, se continuaient très-manifestement avec les vaisseaux lymphatiques.

— **M. DEPAUL** a opéré à l'hôpital des Enfants assistés **un bec-de-lièvre unilatéral**, mais compliqué de la division de la voûte palatine, par le procédé dont M. le docteur Henry (de Nantes) a entretenu la Société. L'enfant fut pris de convulsions le lendemain de l'opération, et succomba. M. Depaul présente la pièce sur laquelle existe encore la suture qui a été pratiquée. On voit que la lèvre est bien restaurée. — M. Depaul présentera de nouveau cette pièce dans une autre séance, après l'avoir complétement disséquée.

— **M. GOSSELIN** présente un exemple remarquable de **goître suffocant.**

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 3 janvier 1861. — Présidence de M. Paul DUBOIS.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Hydropéritonie consécutive aux fièvres d'accès. — **M. HAMON**, de Fresnay-sur-Sarthe, membre correspondant, adresse à la Société le travail suivant. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 5 mars.)

Éclampsie. Insertion anormale du placenta. — **M. DUPERTUIS.** Il y a huit jours, je fus appelé près d'une jeune femme qui présentait des convulsions épileptiformes. On m'apprend qu'elle est enceinte de six ou sept mois, et que depuis deux jours elle perd une notable quantité de sang. L'examen direct me fait reconnaître que le col est dilaté à peu près de 2 centimètres et demi; le placenta est inséré sur le col; je constate en même temps une présentation du sommet.

Les accidents épileptiformes et l'hémorrhagie, me dit-on, sont survenus tout à coup pendant la nuit, et ont été précédés de vomissements. Je pratique immédiatement une saignée de 300 grammes environ, à la suite de laquelle la malade paraît un peu plus calme, sans cependant recouvrer sa connaissance. Je dilate alors le col plus largement avec quelques manœuvres des doigts, je perfore le placenta, et je puis constater quelques contractions utérines.

Vers neuf heures du soir, la jeune femme accoucha d'un enfant mort probablement depuis quelques jours. Mais la délivrance présenta quelques difficultés, et je ne pus extraire le placenta que par fragments. A la suite de cette opération, il y eut une crise qui me donna des craintes sérieuses, mais qui se calma au bout d'un quart d'heure. La nuit fut calme, ainsi que la journée suivante; mais ce n'est que le surlendemain que la malade recouvra sa connaissance et put parler. Maintenant elle va parfaitement bien, et elle me paraît sauvée.

M. PAUL DUBOIS. Dans le cas dont vient de nous parler M. Dupertuis, il y a trois faits principaux : insertion anormale du placenta, hémorrhagie, éclampsie. Nous ne pouvons dire quelle est la cause des attaques d'éclampsie, mais nous savons tous que la grossesse y prédispose, et que généralement ces attaques coïncident avec la présence de l'albumine dans les urines; c'est un point sur lequel M. Dupertuis ne peut nous éclairer. Mais ce qui rend ce cas surtout intéressant, c'est la coïncidence de la présentation anormale du placenta. En effet, je crois qu'il y a là une simple coïncidence.

Quant au traitement, M. Dupertuis a fait quelques infractions aux règles généralement suivies. Ordinairement on ne perfore pas le placenta, on applique le tampon. Mais comme le fait était compliqué, M. Dupertuis a eu sans doute raison d'agir tout différemment.

M. DUPERTUIS. Si j'ai agi ainsi, c'était dans le but de débarrasser au plus vite la malade et d'arrêter ainsi l'hémorrhagie et les convulsions.

Leucocythémie. — **M. BOUCHUT** lit à la Société, au nom de M. Corlieu (de Charly), une observation intéressante de leucocythémie. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 5 mars.)

A la suite de cette lecture, il présente quelques réflexions sur ce fait. Il partage d'une manière complète les idées de M. le docteur Corlieu sur la nature de la leucocythémie. Dans un service d'enfants où les cachexies abondent, les occasions sont très-fréquentes d'étudier le nombre des globules blancs du sang. C'est, dit-il, ce que nous avons pu faire très-souvent à l'aide d'une piqûre. Nous sommes arrivés à cette conclusion que, en dehors de l'hypertrophie de la rate, du foie et des ganglions lymphatiques, on trouve la leucocythémie chez les sujets qui souffrent depuis longtemps. Il y a plus, j'ai pu constater fréquemment chez les individus atteints de diarrhée, un grand nombre de globules blancs, et le lendemain, la même proportion n'existait plus. En résumé, la leucocythémie est donc une affection secondaire, c'est une complication, c'est une altération de nutrition.

Conjonctivite granulaire. — **M. COURSSERANT** fait la communication suivante:

Les paupières peuvent présenter des granulations confluentes, les autres membranes de l'œil conservant toute leur intégrité normale et la cornée toute sa transparence. Dans ce cas, la souplesse et l'épaisseur du tarse restent intactes, et le médecin se trouve en présence d'une affection hypertrophique localisée dans l'élément glandulo-papillaire de la paupière, et en général assez facilement curable par l'emploi des moyens préconisés jusqu'à ce jour, surtout par la scarification aidée de l'occlusion palpébrale et de la compression.

Que si, au contraire, l'examen du tarse dénote une rigidité, une hypertrophie notables de ce cartilage, l'homme de l'art doit se garder d'un pronostic trop favorable, car il a affaire à l'affection granulaire dite *ophthalmie de Belgique*, *d'Egypte*, etc., laquelle serait avec plus de raison appelée *conjonctivo-tarsite* végétante, conjonctivo-tarsite purulente, etc., puisque du tarse *hypertrophié* émergent d'innombrables houppes sanguines, véritable râpe vivante, dont le frottement sur la cornée produit ces kératites panniformes, ces pannus, ces épanchements interlamellaires, complication de la nature la plus grave, qui compromet la vision, et contre laquelle l'abrasion de tous les tissus situés en avant du tarse semble constituer le remède le plus efficace.

Dans cette affection, le sang obtenu des paupières par la scarification présente une plasticité très-grande, quelle que soit la constitution du malade, quel que soit son âge. L'exubérance du mouvement nutritif dont les tissus palpébraux sont le siége, semble retenir en cette région et y appeler, pour ainsi dire, les éléments plastiques nécessaires au développement de ce molimen, de ce processus hypertrophique.

Le secrétaire annuel, Dr ELLEAUME.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 33. — MARDI 19 MARS 1861. (34e ANNÉE.) N° 33. — MARDI 19 MARS 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Séance de l'Académie des Sciences.

PARIS, LE 18 MARS 1861.

L'Académie a entendu dans cette séance un rapport de MM. Sainte-Claire Deville, Valenciennes et Brongniart, sur un mémoire de M. Courbon, chirurgien de la marine, relatif aux recherches d'histoire naturelle faites pendant le cours d'un voyage d'exploration dans la mer Rouge. M. Brongniart, chargé de la partie du rapport qui a trait à la botanique, a particulièrement fait ressortir, entre autres résultats intéressants des recherches de M. Courbon sur le règne végétal de ces contrées, un point qui a une importance pratique particulière ; c'est la description d'un végétal peu connu des botanistes, le *messena* ou *musenna*, dont les Abyssiniens font usage, avec un grand avantage à ce qu'il paraît, pour combattre le tænia, si commun dans ce pays. On trouvera dans le compte rendu quelques renseignements utiles sur les caractères, les propriétés et le mode d'emploi de ce médicament ténifuge, qu'il serait désirable de voir importer en Europe, s'il réunit effectivement toutes les qualités qui lui sont attribuées dans ce rapport.

Parmi les pièces de la correspondance, on trouvera une lettre de M. le docteur A. Legrand, relative à un cas d'ablation d'un lipome à l'aide de la méthode qu'il désigne sous le nom de cautérisation linéaire.

Nous nous reposons sur les commissions désignées pour l'examen des divers autres travaux de médecine communiqués dans cette séance, et dont le *compte rendu* ne nous fait connaître que les titres, pour nous mettre à même d'en exposer plus tard le contenu à nos lecteurs. — Dr Brochin.

ÉTUDE SUR L'IVRESSE.

DU CRIME ACCOMPLI PAR L'HOMME IVRE, ET DES QUESTIONS MÉDICO-LÉGALES RELATIVES AU DÉLIRE ÉBRIEUX.

Le premier corps constitué de l'État a vu s'élever, le 13 de ce mois, une discussion sur l'ivresse et l'ivrognerie, à l'occasion d'un rapport de M. le sénateur Larabit (1). Plusieurs orateurs éminents, parmi lesquels nous citerons MM. de Lacrosse, de Ladoucette, de Beaumont, Tourangin, Donnet et de Royer, ont successivement été entendus. Le sénat ne s'est préoccupé de cette question qu'au point de vue de la morale, si fréquemment outragée par le spectacle hideux de ces êtres avinés et titubants que l'on rencontre sur la voie publique, et il a remis à M. le ministre de l'intérieur le soin de transmettre aux préfets telles instructions répressives qu'il jugera nécessaires.

Plusieurs fois déjà nous nous sommes occupé dans ce journal des tristes conséquences de l'alcoolisme (1). Nous avons même appelé sur elles la sollicitude de l'autorité supérieure. Nos vœux sont à la veille d'être exaucés.

A l'occasion de cette haute intervention officielle dans un débat qui est du ressort de l'hygiène, de la pathologie et de la médecine légale, nous nous sommes aperçu que les conséquences juridiques du délire ébrieux étaient trop souvent passées sous silence par les auteurs, et il nous a paru opportun de faire immédiatement des recherches sur ce sujet. S'il est vrai que l'à-propos fait le mérite des choses, que l'on veuille nous permettre de revendiquer celui d'être venu agiter un sujet si digne d'attention, et plus que jamais à l'ordre du jour.

Lorsque l'un des plus célèbres philosophes de la Grèce, Pythagore, voulut à Crotone relever le courage du peuple, il lui démontra que tous les désordres accomplis dans la ville n'étaient que la résultante fatale de l'intempérance. C'est que les Grecs étaient sans pitié pour l'ivresse : jamais ils ne l'eussent accueillie comme une excuse. Pittacus frappa même d'une peine double les fautes manifestement dues à cette influence.

A l'époque où fleurirent les anciennes lois romaines et où les jugements ordinaires (*judicia ordinaria*) furent appliqués, les motifs d'atténuation n'étaient point soupçonnés, et l'on avait seulement à se prononcer sur la culpabilité ou l'innocence du prévenu (2) ; mais plus tard, lorsque les jugements extraordinaires (*judicia extraordinaria*) furent introduits, il fut possible de s'arrêter à un moyen terme. On posa, en effet, la question de savoir si l'acte incriminé avait été commis *dolo malo*, c'est-à-dire avec l'intention bien arrêtée de l'accomplir et de causer par là un dommage à autrui, ou bien *ex animi inspectu*, sous la passagère impression d'une passion vive et irréfléchie, dans un état de cécité transitoire de l'esprit. Dans ce dernier cas, le châtiment était adouci : *Delictum sine dolo malo vel fraude non admittitur. In delictu voluntas spectatur non exitus.* Ce fut probablement là l'origine de la circonstance atténuante.

Ainsi qu'en est convenu Orfila, « dans la loi romaine l'ivresse était un motif d'excuse : *Per vinum capitalis pœna remittenda est.* » Les lois canoniques elles-mêmes partageaient ce sentiment, ainsi qu'on peut s'en assurer par ces remarquables paroles de saint Ambroise, consignées dans la deuxième partie du décret de Gratien : *Ideoque, si per vinum deliquerint, apud judices sapientes venia quidem facta donantur, sed levitatis damnantur auctores.*

Dès l'an 1495, un décret rendu sous le règne de l'empereur Maximilien Ier « faisait grâce de la vie à ceux qui auraient proféré des blasphèmes pendant l'ivresse, ou dans un état de colère violente : la peine alors se réduisait à quelques marcs d'or, que les coupables étaient obligés de payer (3). »

La Constitution criminelle publiée en 1532 par Charles-Quint passa l'ivresse sous silence.

Au contraire, quelques années plus tard et dans notre propre pays, le roi qui perdit tout à Pavie — *hors l'honneur* — signa l'édit suivant : « Quiconque sera trouvé yvre soit incontinent constitué et retenu prisonnier au pain sec et à l'eau pour la première fois ; et si secondement il est repris, outre ce que devant, battu de verges ou fouet par la prison ; et la tierce fois, fustigé publiquement ; et s'il est incorrigible, il sera puni d'amputation d'aureilles, d'infamie et de bannissement de sa personne ; et si est par exprès commandé aux juges, chacun en son territoire et district, d'y regarder diligemment. » Cet édit de François Ier porte la date d'août 1536.

L'empereur Joseph II exonéra de la pénalité les actes commis « dans un état d'ivresse involontaire, quand celle-ci n'a été occasionnée que par un cas fortuit, sans avoir été accompagnée d'aucune intention déterminée et relative à l'action criminelle » (1). Cette doctrine a conduit les jurisconsultes allemands à admettre ce principe que l'on trouve aujourd'hui écrit dans les codes de l'Autriche, de la Prusse et de la Bavière, à savoir que « nulle action ne peut être réputée *crime*, lorsque son auteur était dans un état d'ivresse complète et accidentelle ».

En Angleterre, l'ivresse est punie d'une amende. S'il y a récidive, l'inculpé doit donner caution de bonne conduite. En matière de droit criminel, la législation de nos voisins d'outre-mer aurait, suivant Blackstone, adopté ce principe que « le défaut de volonté dans un homme ivre au moment du crime, loin de servir d'excuse, aggrave le délit, parce qu'il était bien le maître de ne pas s'enivrer ». Edouard Coke a même été jusqu'à dire : « Un ivrogne est un démon volontaire, qui est responsable de tout le mal qu'il peut faire dans la chaleur du vin (2). »

La loi de Géorgie, tout en proclamant que l'ivresse n'est point une excuse, fait une exception pour le cas où elle a été occasionnée par les artifices d'un tiers. Nous ne tarderons pas à revenir sur ce point, mais hâtons-nous de rappeler encore que le code wurtembergeois établit une très-judicieuse distinction entre l'homme ivre et l'ivrogne. Il traite le premier avec indulgence, tandis qu'il est à peu près sans pitié pour le second. Ce n'est pas seulement le délit que la loi veut punir, mais le vice.

Une ordonnance a été rendue en 1843 dans le duché de Mecklenbourg-Schwerin, aux termes de laquelle tout individu ivre qui trouble l'ordre d'une manière quelconque, est puni les deux premières fois de trois à huit jours d'emprisonnement. En cas de récidive, l'emprisonnement est susceptible d'être porté à quatre semaines, et, selon les circonstances, il peut être appliqué une peine corporelle.

Ces préliminaires posés, et la jurisprudence ancienne et étrangère étant ainsi établie, nous devons dépeindre l'homme ivre, cet être dégradé qui prend les instincts de la brute et en suit les inspirations. Nous n'aurons pas à nous occuper dans ce travail de la folie en tant que complication possible de l'ivrognerie, car une fois que l'aliénation mentale est franchement déclarée, elle rentre dans les catégories ordinaires : l'état temporaire, transitoire, du délire amené par l'ivresse, et les conséquences juridiques de cet état, sont les seuls points à examiner.

Il y a trois périodes distinctes dans l'ivresse. Etablissons quels sont les signes propres à chacune des phases du délire ébrieux et séparons-les, autant que possible, par une frontière assez saisissable.

1° Les facultés de l'intelligence et les forces physiques s'exaltent légèrement : sentiment de bien-être ; rapidité de la pensée ; choix heureux d'expressions ; amabilité un peu exubérante ; quelques inco-

(1) *Moniteur universel* du 14 mars 1861.

(1) Nos des 30 juin et 19 juillet 1859, et 16 février 1860.

(2) C'est dans cet esprit qu'a été rédigé le Code pénal actuellement en vigueur en Belgique.

(3) Malle, *Histoire médico-légale de l'aliénation mentale*, p. 79.

(1) *Procédure criminelle dans les Pays-Bas autrichiens.*

(2) *Commentaire sur le Code criminel d'Angleterre.*

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Pougues ; ses eaux minérales ; ses environs ; par M. le docteur Félix ROUBAUD, médecin inspecteur (1).

Il vient de nous tomber sous la main un charmant petit volume orné de magnifiques gravures. Le nom de l'auteur, ancien collaborateur de ce journal, nous a engagé à ne point nous borner au stérile examen d'une élégante couverture et de caractères typographiques irréprochables, artistement alignés sur un papier d'une blancheur de neige. Nous l'avons donc parcouru, et, chemin faisant, plus d'une réflexion a traversé notre esprit. Nous nous proposons bien de communiquer ces impressions à notre savant confrère, car l'espace restreint qui nous est concédé ici nous impose le devoir de résumer brièvement les seuls points capables d'intéresser le lecteur.

Qui l'eût jamais cru ? L'auteur, en fouillant les archives nivernaises, a trouvé le moyen de rattacher le passé des eaux de Pougues aux malaises gastro-intestinaux de Henri II, Henri IV, Louis XIII et Louis XIV ! Quel antique et royal blason pour ces naïades naguère délaissées et si activement remises aujourd'hui en honneur ! Mais ce n'est pas tout encore : « Mme de Montespan y chercha le secret d'éterniser le pouvoir de ses charmes ; les filles de Louis XV y étalèrent les ennuis d'une cour dissolue ; le duc de La Vallière y rêva à ses livres ; et le prince de Conti oublia, sous la belle allée de tilleuls qu'il y planta, la meurtrière victoire de Coni. »

La source à laquelle tous les dyspeptiques sont invités à venir se désaltérer est connue sous le nom de Saint-Léger. Comment se fait-il que Pougues, disposant d'aussi illustres parrains, ait si *légèrement* baptisé sa fontaine minérale ? Mais le nom ne fait rien à la chose ; passons.

L'eau minérale dont M. le docteur Félix Roubaud est le grand dispensateur, a un goût aigrelet, acide, qui la rend agréable et d'une digestion facile. Lorsqu'on laisse le gaz s'évaporer et qu'on la déguste lentement et avec soin, on reconnaît sans peine la présence du fer et de l'iode. Sa température est de 12 degrés centigrades.

Sous l'influence de cette eau, le travail fonctionnel du foie, de la rate et des reins augmente ou se régularise, et les maladies dont ces organes sont atteints sont heureusement modifiées. Toutes les affections des voies respiratoires et du cœur subissent, au contraire, une notable aggravation : l'auscultation préalable est donc pour notre confrère l'objet d'une constante sollicitude.

Auteur d'un ouvrage important sur *l'impuissance et la stérilité* (1), M. Roubaud s'est préoccupé, à son arrivée à Pougues, de l'action de l'eau minérale sur les facultés génératrices. « Sans que j'eusse sollicité, dit-il, de semblables confidences, plusieurs malades m'ont accusé une excitation génitale qui paraissait contraster singulièrement avec leurs préoccupations, leur état de santé et l'absence de toute excitation amoureuse. L'un, entre autres, vieillard de soixante ans, se révoltait contre ces incitations qui ridiculisaient, prétendait-il, ses cheveux blancs ; et pour calmer des ardeurs dont il ne voulait plus, il était forcé de suspendre l'usage de l'eau de Pougues. Un autre, au contraire, moins scrupuleux, m'avouait que son retour à la station de Pougues était le fruit d'une sage prévoyance et d'une expérience acquise depuis longtemps. »

Nous craignons que M. Roubaud ne soit la sincère victime d'une illusion. Mais si les vertus aphrodisiaques de cette vraie fontaine de Jouvence se justifient par la suite, nous pouvons lui prédire en toute assurance que les promesses du programme attireront plus d'un chaland glacé avant l'âge.

Notre confrère passe ensuite en revue toutes les affections du cadre nosologique qu'il a chaque année l'occasion de traiter ; nous citerons principalement la dyspepsie, la gastralgie, l'entéralgie, les coliques hépatiques, le diabète, la néphrite calculeuse, l'albuminurie, la spermatorrhée et les maladies de l'appareil sexuel chez la femme. Toutes ces pages sont des fragments de pathologie exposés dans ce style élégant que l'on connaît à l'auteur, mais les documents cliniques font complétement défaut. Nous n'avons pas trouvé la plus lilliputienne observation ! C'est là une faute.

Nous avons un autre reproche à faire encore à M. Roubaud : son livre s'adresse trop directement aux gens du monde, il n'est pas assez médical. Pourquoi avoir entrepris une œuvre mixte, et nous avoir servi quelque chose qui n'est ni *chair* ni *poisson ?* Qui est-ce qui travaillera donc maintenant, qui est-ce qui dotera la science de bons et utiles travaux, si les hommes qui comme notre honorable confrère sont doués d'une belle intelligence, rentrent prématurément l'épée dans le fourreau ? Mais nos remontrances doivent être vaines, et sans doute M. Roubaud réserve pour plus tard une série de mémoires dignes de lui et de l'importante station hydro-minérale à laquelle il est attaché. Si nous nous sommes alarmé trop tôt, nos remarques auront

(1) Deuxième édition illustrée. Un vol. de 312 pages. — Paris, à la Librairie Nouvelle, 1861.

(1) Deux volumes. Chez J. B. Baillière et fils.

hérences dans le récit; paroles indiscrètes, irréfléchies; intégrité des sens; conscience parfaite, tel est à peu près le tableau de ce premier degré, dans lequel le contentement de soi-même ne le cède que rarement aux emportements de la colère.

2° La vivacité de l'imagination décroît, puis s'éteint; la voix s'élève progressivement et la turbulence arrive; la face se colore ou pâlit extraordinairement; les veines du cou se gonflent; la respiration prend un caractère anxieux; une céphalalgie congestive s'établit; les sens, d'abord affaiblis, s'émoussent; les mouvements sont incertains et quelques maladresses sont commises; la prononciation s'embarrasse; les membres inférieurs chancellent; des évacuations involontaires se manifestent; la dissociation des idées et l'incohérence des paroles augmentent sensiblement; la mémoire fait naufrage, la volonté se paralyse, les passions s'allument, éclatent au moindre prétexte, et peuvent d'autant mieux conduire à des entraînements irrésistibles que les illusions, les hallucinations et les impulsions — qui apparaissent si fréquemment à cette période — s'accentuent davantage. Le péril est imminent; l'homme, assimilable en ce moment au maniaque, est aussi dangereux pour lui-même qu'il l'est pour les autres.

3° Un sommeil profond, apoplectique, accompagné de sterteur respiratoire, signale cette période ultime de l'ivresse. Incapable de faire le bien ou le mal, étranger aux choses du monde extérieur, l'individu que les excès ont plongé dans cet état abject n'offre plus que l'aspect d'un grossier animal, avec cette singulière différence qu'il peut résister au froid et à la contagion, ainsi que Double l'a démontré (1). Absolument inoffensif pour la société, sa vie est exposée aux catastrophes d'un périlleux hasard.

La description de l'*ivresse convulsive* présente des singularités bien autrement terribles. Percy et Laurent sont les premiers qui aient signalé cette variété d'excitation due à l'alcool (2), et ils comparent l'individu qui en est affecté à une bête féroce : il en a la force, les agitations, l'aspect et la cruauté. « Dix hommes peuvent à peine, disent-ils, se rendre maîtres de cette espèce de forcené. Son regard est farouche, ses yeux étincellent; ses cheveux se hérissent, ses gestes sont menaçants; il grince les dents, crache à la figure des assistants, et, ce qui rend ce tableau plus hideux encore, il essaye de mordre ceux qui l'approchent, imprime ses ongles partout, se déchire lui-même si ses mains sont libres, gratte la terre s'il peut s'échapper, et pousse des hurlements épouvantables.... S'il est malheureusement seul, il peut se précipiter par la fenêtre, ou se blesser dangereusement en se roulant sur le pavé, en se heurtant la tête contre les murs ou contre le bois de son lit. Nous en avons vu périr deux de cette manière. »

Quelle est la durée de l'ivresse, la forme convulsive étant exceptée? Il est impossible de la préciser mathématiquement, bien que la question soit d'une extrême importance au point de vue médico-légal. Il peut, en effet, se présenter une foule de conditions très-variables dépendant de l'aptitude individuelle, de la nature de la boisson ou de la multiplicité des spiritueux absorbés, et surtout du degré produit d'excitation ébrieuse. Lorsque l'ivresse est purement accidentelle, que des vomissements surviennent, un sommeil d'une ou de plusieurs heures suffit pour la dissiper complétement; mais si elle a lieu chez le même homme à des intervalles rapprochés, les sens sont émoussés de longue date, et une proportion beaucoup plus forte de liqueurs est nécessaire pour émouvoir et terrasser cette économie familiarisée avec le poison. C'est à un sommeil profond et prolongé que sera due la disparition des effets enivrants.

Du temps d'Aristote, certaines bières renfermaient des substances hypnotiques. Il n'en est sans doute plus de même aujourd'hui; mais le vin nouveau, le vin factice, la bière récente et surchargée de chaux, le cidre mal fermenté, l'absinthe de mauvais aloi, l'eau-de-vie sophistiquée avec le poivre et la pyrèthre, l'esprit de blé, de genièvre, etc., etc., sont autant de boissons capables d'imprimer à l'ivresse les caractères les plus imprévus et parfois les plus alarmants.

La loi pénale a pour mission de protéger l'État, les institutions politiques, les personnes, les propriétés, contre les attentats qui violent les droits et qui menacent la sécurité publique. A côté des garanties qui ont été données à la société, il existe heureusement une mesure tutélaire qui abrite le *prévenu en démence au temps de l'action*. Les bénéfices de cette mesure sont-ils applicables à l'homme ivre, et la juste clémence de la loi pour une grande infortune peut-elle s'étendre au désordre fugitif et volontaire des facultés de l'intelligence?

Lorsqu'un homme transgresse les lois de la tempérance, et que, sous l'empire du vin, il commet une action originairement réprouvée, il y a un mal dans la cause et un mal dans l'effet. C'est sans doute cette considération qui aura engagé Aristote et Quintilien à regarder l'ivresse comme une aggravation du crime, et à demander deux peines, l'une pour le délit et l'autre pour la circonstance étiologique de ce délit.

Véritable enfance de la folie, l'ivresse est une infraction spéciale, *sui juris*; elle est, d'après la Cour de cassation, « un fait volontaire et répréhensible, et elle ne peut jamais constituer une excuse que la morale et la loi permettent d'accueillir » (1). Sans doute un acte immoral ne peut pas être légitimé, et aucune disposition législative ne devait préparer un voile à tous les crimes en proclamant les immunités de l'ivresse : le monde eût été bientôt encombré d'êtres pervers vivant *per nefas et vetitum*, et semant partout l'épouvante, le meurtre et le deuil.

Mais, d'autre part, l'être moral ne peut pas répondre des actes d'une machine. N'y aurait-il donc pas contradiction à reconnaître à la fois la criminalité et l'absence de la raison? « L'ivresse, a dit M. Damiron, est en quelque sorte une folie artificielle qu'on se donne pour un moment, et tant qu'on se la donne, elle atteste de la liberté et demeure imputable. Mais une fois qu'elle est venue et que son effet est entier, quoi que fasse encore l'âme, quelque activité qu'elle déploie, soit en pensée, soit en passion, il n'y a plus de libre arbitre (2). »

La question du degré de responsabilité de l'homme ivre peut donner lieu à un très-grand nombre d'interprétations diverses, et il nous semble qu'il serait au moins téméraire de tracer des règles fixes et absolues. Il y a dans un procès criminel tant de nuances dissemblables, tant d'incidents impossibles à prévoir, que nous comprenons que la conscience des tribunaux ne soit pas fatalement enchaînée : elle doit se prononcer d'après la nature et le caractère de chaque individualité, d'après l'éclat et l'intensité des symptômes, la durée différente de ces éléments, et apprécier s'il s'agit d'un *accident* ou d'un *état*. Quelques explications deviennent ici nécessaires.

Pour beaucoup d'individus, l'ivresse est un fait accidentel et résultant d'un concours de circonstances rares. Qu'un acte grave soit commis sous cette influence exceptionnelle, n'y aura-t-il pas là des motifs sérieux d'indulgence, et par conséquent d'un adoucissement de la peine? C'est bien quelque chose pour un prévenu que d'avoir un passé à l'abri de tout reproche.

Voici maintenant un homme que l'on a intentionnellement grisé pour obtenir de lui sa participation à un crime : le fait est démontré à l'audience par les preuves testimoniales les plus concluantes. Comment appréciera-t-on cette circonstance si favorable aux intérêts de la défense? Sain d'esprit, il fût resté honnête; ivre, il a trempé ses mains dans le sang. Exigera-t-on que le bagne soit pour lui le réveil de l'ivresse? Evidemment non. La question de son irresponsabilité ne saurait être néanmoins posée au jury et admise par les juges, puisque l'excuse légale est inadmissible en cette matière. L'accusé peut seulement l'alléguer et la faire prouver par des interpellations adressées aux témoins. L'ivresse prendra encore dans ce cas le caractère d'une atténuation pénale. Les jurés ne doivent compte à personne des raisons qui ont dicté leur verdict, et l'on comprend tout le pouvoir que peut exercer sur leur conscience une aussi importante révélation. Ce pouvoir ira certainement, dans beaucoup de cas, jusqu'à l'acquittement.

Il peut arriver qu'un coupable, dans le but de s'exonérer — au moins partiellement — d'une lourde pénalité, vienne à emprunter la livrée du délire et simule l'ivresse. Quelques acteurs excellent dans l'art de feindre, et Marc a rapporté (3) que Juliet, artiste comique, portait aussi loin que possible l'imitation de l'ivresse dans les *Visitandines* de Picard. Le cas peut être parfois des plus embarrassants. Ce sont les témoins qui doivent alors fournir des éclaircissements aux magistrats et aux médecins, et il faut s'enquérir auprès d'eux de la qualité et de la quantité des boissons ingérées, et même, autant que possible, du degré d'aptitude de l'individu à supporter l'alcool. En présence de cette difficulté, MM. Chauveau (Adolphe) et Faustin Hélie ont donné les excellents conseils qui suivent : « La justice doit marcher avec précaution : elle doit s'entourer de tous les indices, interroger toutes les preuves, et, de tous les éléments qui sont à sa disposition, former sa conviction. La nature du fait, les actes divers de l'agent, l'intérêt qu'il avait à l'action, les habitudes de sa vie, toutes ces circonstances viennent déposer de la vérité ou du mensonge (1). » Disons enfin que le prévenu surpris en flagrant délit de simulation de l'ivresse, prend toujours à tâche d'en exagérer les manifestations caractéristiques, et qu'il doit, d'autre part, établir de probants témoignages de son état; *Ebrius non præsumitur; onus probandi incumbit alleganti* (2).

Lorsqu'un malfaiteur s'est enivré pour étouffer le cri de sa conscience et commettre une mauvaise action, il y a eu chez lui une véritable préméditation. L'alcool a prêté du feu à sa lâcheté. Aucune excuse ne doit protéger cette sorte d'ivresse dont Farinacius avait déjà parlé : ..... *Ebrietatem procuratam ac affectatam ad effectum ut ebrius delinqueret et delinquendo se cum ea excusaret* (3).

Mais le plus souvent l'ivresse est volontaire, et ses conséquences possibles échappent aux prévisions humaines. Alors même qu'elle se montre très-rarement, elle n'en est pas moins un acte reprochable, une faute : elle est d'ailleurs susceptible de blesser la morale et de compromettre l'ordre public. Nous admettrions très-volontiers que le Code français remît en honneur cette disposition législative d'un autre âge : *Ebrius punitur propter ebrietatem*. Les jurisconsultes répugnent, il est vrai, à élever l'ivresse au rang des délits, et ils la considèrent seulement comme une imprudence; mais il est assez probable qu'à partir du jour où l'ivresse serait prévue et punie par la loi, nous verrions considérablement diminuer l'innombrable cortége de calamités sociales qu'elle traîne à sa suite.

Les tribunaux militaires français sont, en général, pleins d'indulgence pour les crimes accomplis pendant l'ivresse : ils prononcent rarement l'acquittement, cela est vrai; mais comme l'échelle pénale est graduée, ils savent appliquer avec un louable discernement la mesure judiciaire la plus en rapport avec une culpabilité amoindrie. L'histoire renferme plus d'un trait admirable de générosité envers des malheureux dont le premier tort avait été d'altérer par la boisson le libre et normal exercice de leur pensée. Nous n'en citerons qu'un seul : il est le plus surprenant de tous.

Peu de temps après son second mariage, Pierre le Grand envoya un jour à la czarine un message très-pressé. Un Français, du nom de Villebois, avait été chargé de remettre la dépêche en mains propres. Le froid était très-vif, Villebois aimait à boire, et lorsqu'il arriva à destination, il était ivre et violemment agité. La czarine était au lit, et ses femmes se retirèrent au moment où l'on introduisit le messager. A la vue d'une femme jeune et belle, il se précipita avec une indicible brutalité sur elle. L'honneur de l'époux absent ne put être sauvé, malgré les prompts secours qui survinrent. Enfermé dans un cachot, Villebois s'y endormit, et lorsque Pierre le Grand, mandé en hâte, voulut l'interroger, il dormait encore : il ne se souvint même de rien au réveil. Le czar, qui avait de bonnes raisons pour excuser l'ivresse, se contenta d'envoyer le coupable sur les galères de l'Etat. Six mois après, il lui fit grâce et le réintégra dans ses premières fonctions.

D'après Marc, « le médecin doit ranger l'ivresse au nombre des lésions de l'entendement ». Marc a raison et il a tort : sans doute le vin bu avec excès conduit à un trouble passager de la raison, comparable jusqu'à un certain point à l'exaltation maniaque; mais dans ce terrible groupe de maladies que l'on a rangées sous la dénomination générale de *folie*, il s'agit d'un état pathologique grave et digne des plus grands égards de la loi, tandis que le délire ébrieux témoigne seulement d'un acte volontairement accompli au milieu de toutes les conditions physiologiques de santé. La question n'est plus du tout la même, et nous nous expliquons dès lors pourquoi le législateur s'est abstenu d'édicter une pénalité spéciale pour le crime perpétré par l'homme ivre : il a laissé entre les mains du magistrat le droit de pardonner ou de punir, selon les diverses circonstances mises en lumière par le procès. Ce n'est peut-être pas, comme on l'a dit, un embarras qu'il a voulu déguiser, mais bien une œuvre habile et sage qu'il a tenu à consommer.

L'ivresse, que Sauvages caractérisait par ces mots, *apoplexia temulenta*, peut soudainement favoriser le développement d'un état spécial bien connu sous le nom de *delirium tremens*, dont la durée a été dictées au moins par un sentiment d'intérêt, d'estime confraternelle et d'amitié, sur la loyauté duquel personne n'aura pu se méprendre.

Dr Delorme.

(1) *Journ. génér. de méd.*, avril 1807, p. 458.
(2) *Dict. des sc. méd.*, t. XXVI, p. 249.

(1) 15 octobre 1807.
(2) *Cours de philosophie.*
(3) *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*. Paris, 1840; t. II, p. 608.

(2) *Théorie du Code pénal*, t. Ier, p. 518.
(2) Farinacius, *Quæst.* 93, n° 23.
(3) *Quæst.* 93, n° 21.

Compendium d'électricité médicale, par M. le docteur Van Holsbeck (1).

Il y a quelques mois à peine, le *Compendium d'électricité* de M. Van Holsbeck prenait place dans la littérature médicale, et voici que déjà une nouvelle édition vient d'être mise au jour.

Ce livre n'est pas un traité *ex professo*. C'est une œuvre plus modeste, abordable pour la majorité des médecins, et dans laquelle l'auteur, négligeant les hautes et philosophiques considérations médicales, la critique des opinions passées ou contemporaines, les points en litige, s'est contenté de rassembler en un court espace les connaissances acquises de nos jours; de résumer l'état actuel de la science, de manière à permettre à l'élève, comme au médecin, d'acquérir en peu de temps les notions indispensables sur l'électricité médicale.

Il est divisé en quatre parties.

Dans la première, l'auteur, après avoir consacré quelques pages à l'historique de l'électricité, s'attache à démontrer l'influence de l'électricité atmosphérique sur les êtres animés, parcourus sans cesse, d'après lui, par des courants électriques dont l'équilibre constitue la santé, le défaut d'équilibre, la maladie. Pour M. Van Holsbeck, en effet, principe vital, fluide nerveux, fluide électrique et galvanisme, sont des expressions synonymes. C'est aux courants qui parcourent notre corps que sont dues les actions chimiques; et les fonctions organiques n'ont lieu que si les organes, par l'intermédiaire des nerfs, sont mis en communication avec le cerveau ou des renflements nerveux composés de substance blanche et de substance grise, qui constituent une véritable pile voltaïque...

Vient l'énumération des travaux qui ont successivement paru sur l'électricité médicale, et l'analyse succincte de ceux qui sont dignes de quelque attention; ce qui permet aux praticiens de parcourir en peu de temps les phases par lesquelles a passé l'histoire de l'électricité médicale.

Dans la deuxième partie, M. Van Holsbeck décrit les appareils employés aujourd'hui, tels que ceux de Gaiffe et de Rumkorff, et ceux qu'il a fait construire lui-même.

A la description des appareils succède celle des divers excitateurs, ainsi que la manière de se servir des courants électriques. Il termine par l'action du fluide électrique sur les tissus. En dernier lieu vient l'examen des indications et contre-indications de l'emploi de l'électricité.

C'était naturellement à la troisième partie de son *Compendium* que M. Van Holsbeck devait donner le plus de développement, parce qu'elle comprend l'énonciation des maladies dans lesquelles le fluide électrique donne des résultats heureux.

Parmi les maladies du domaine médical pour la guérison desquelles on peut employer l'électricité, il place au premier rang les névroses. — N'était-il pas naturel en effet que l'auteur admît l'influence du fluide électrique dans cette classe de maladies, puisqu'il pense que les névroses sont dues à l'accumulation du fluide nerveux (pour lui électrique) en un point du corps et à la diminution de ce fluide en un autre point, et que, d'après sa théorie, l'emploi de l'électricité devait rétablir l'équilibre, en débarrassant le centre au profit de la périphérie? D'ailleurs, il n'a pas été seulement guidé par la théorie, mais aussi par l'observation, dans l'usage des courants électriques contre les névroses.

Les névralgies, le rhumatisme musculaire, qui ne serait qu'une simple névralgie d'après M. Van Holsbeck, cèdent avec une facilité vraiment remarquable à l'usage des courants électriques, et l'on a vu des névralgies faciales douloureuses et rebelles disparaître quelquefois en deux séances d'électrisation. Avec M. Duchenne il admet que dans ces cas le fluide électrique agit en déterminant une révulsion, contrairement à l'opinion de M. Becquerel, qui admet l'hyposthénisation du nerf.

Mais c'est contre les paralysies qu'a été le plus justement et le plus souvent employée l'électricité. Seulement il faut avant tout s'assurer de la nature de la paralysie, afin de ne pas en faire usage chez les nombreux malades où elle est symptomatique d'une altération matérielle des centres nerveux, et ce n'est qu'après la guérison de la lésion, et lorsque la paralysie n'est plus que l'effet de la suspension de l'action cérébrale ou médullaire sur les fibres musculaires déjà légèrement atrophiées.

Si nous passons du domaine médical dans le domaine chirurgical, obstétrical ou ophthalmologique, nous y voyons que le fluide électrique occupe une place importante comme agent thérapeutique.

Les paralysies des muscles de l'œil, l'amaurose essentielle, les taches de la cornée, la cataracte mère, ainsi que l'a prouvé récemment M. Tavignot, n'ont-elles pas été heureusement influencées par les courants électriques?

Enfin, dans la quatrième partie, M. Van Holsbeck consacre quelques pages à des applications spéciales de l'électricité, telles que la cautérisation électrique ou galvano-caustique, le transport des

(1) Un très-fort volume in-18 avec gravures dans le texte. Prix, *franco*, par la poste, 7 francs. Paris, F. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

varie entre quelques jours et plusieurs semaines, et qui est particulièrement entretenu par des hallucinations de nature triste, telles que l'apparition de fantômes, de bêtes féroces; par du tremblement, une extrême agitation ou un affaissement inquiétant et une insomnie opiniâtre. « L'homme qui est pris de ce délire, dit Orfila, n'est certainement pas responsable de ses actions (1). » Aucune contestation n'est possible ici.

Nous avons parlé de l'ivresse comme *accident*, mais il nous reste à l'envisager comme *état*.

Il existe une différence très-sensible entre l'homme ivre et l'ivrogne, *ebrius* et *ebriosus*. Nous ne voulons pas revenir sur les questions de l'alcoolisme et de l'ivrognerie, mais nous émettons cette opinion, — malgré certains textes législatifs étrangers, que nous savons être en complète opposition avec notre manière de voir, — qu'au point de vue médico-légal, l'abus invétéré des liqueurs spiritueuses doit rester à peu près sans influence sur la responsabilité, tant qu'il ne se manifeste pas un délire confirmé et permanent : l'ivrognerie ne doit ni accroître ni affaiblir les conséquences de l'acte commis ; elle peut seulement diminuer de beaucoup ou faire disparaître la suspicion d'une ivresse intentionnellement contractée dans un but coupable. On comprendrait difficilement que l'habitude de s'enivrer pût être de la part des magistrats l'objet d'une gracieuse déférence, alors qu'ils ont pour mission de flétrir le scandale et l'immoralité.

L'ivrognerie dite *périodique* ou *intermittente* n'est que l'expression d'une habitude vicieuse, et comme l'a si justement dit Marc, elle n'a point « d'autre cause que la paresse, la sensualité, l'imitation et la dissolution des mœurs ». Là encore la justice est souveraine, et son arrêt doit dépendre de l'appréciation directe de la moralité du fait.

Ce n'est pas ici le lieu de parler de la dipsomanie. Voici ce que nous lisons à ce sujet dans l'ouvrage que M. le docteur Trélat a publié la semaine dernière : « Les ivrognes sont des gens qui s'enivrent quand ils trouvent l'occasion de boire. Les dipsomanes sont des malades qui s'enivrent toutes les fois que leur accès les prend (2). » Le caractère différentiel est nettement tranché : les dipsomanes sont des *malades*.

Nous devons encore, et simplement pour mémoire, rappeler les excès alcooliques que commet parfois la femme enceinte. Cette question rentre dans le chapitre si curieux de la médecine légale qui est relatif aux désordres possibles de l'intelligence pendant la grossesse.

Le lecteur a néanmoins déjà pressenti combien ces deux dernières situations pouvaient atténuer ou anéantir la culpabilité.

Ainsi que l'a déclaré M. le docteur Dumesnil, de Quatre-Mares, dans son très-remarquable travail (3), la description des malheurs entraînés par l'ivresse ne serait qu'un long et sombre martyrologe. Déjà, en 1349, le premier échevin de Rouen avait dit dans une harangue : « De vingt bandits ou routiers, messires, dix-neuf se sont formés au cabaret. » Cinq siècles se sont écoulés, et ces quelques mots sont plus vrais que jamais.

« L'ivrogne n'engendre rien qui vaille, » a dit Amyot. Une triste expérience est venue confirmer cette opinion, et lorsque le professeur Ruer a fait la statistique de la Westphalie, il a signalé la très-grande fréquence de l'idiotie chez les enfants des ouvriers mineurs. Or il faut dire que ces hommes vivent éloignés de leurs femmes pendant la semaine entière, et qu'ils n'ont généralement de rapports avec elles que le dimanche, jour consacré par eux aux excès de boissons. « On a trouvé en Amérique, dit M. Dumesnil, que les enfants issus de parents ivrognes sont dix fois plus que d'autres exposés au crime, à l'emprisonnement et à l'échafaud : tristes conséquences de la misère, de l'entraînement, de l'exemple, de l'abandon, de la naissance même. » Il n'y a donc pas lieu de s'étonner après cela de la récente communication que M. le docteur Demeaux a faite à l'Académie des sciences, et de laquelle il résulte que ce médecin a observé cinq cas d'épilepsie, deux de paraplégie congénitale, un d'aliénation mentale et un d'idiotie chez des enfants conçus alors que le père était en état d'ivresse. M. Demeaux croit avec raison que le délire ébrieux exerce une délétère influence sur le produit de la génération ; c'est qu'en effet les enfants qui trouvent la vie au milieu de conditions intellectuelles anormales chez l'un des ascendants, ne sont guère destinés qu'à devenir les maladifs représentants de fâcheuses dispositions de l'esprit, de déplorables égarements du cœur humain.

(1) *Leçons de médecine légale*, 2e édit., t. II, p. 127.
(2) *De la folie lucide*, p. 151. Un vol. in-8°, chez Adrien Delahaye.
(3) *Etude sur la question de l'ivrognerie*. Rouen, 1860.

Schlegel a trouvé l'occasion d'émettre cet avis : « L'ivrognerie est la principale cause du suicide en Angleterre, en Allemagne et en Russie; le libertinage et le jeu en France, la bigoterie en Espagne. » En ce qui concerne nos nationaux, cette assertion pourrait bien être passablement exagérée : les habitudes d'intempérance occupent encore une certaine place parmi les circonstances étiologiques de la mort volontaire, et nous en prenons à témoin M. Brierre de Boismont (1), qui, après avoir dépouillé 4,595 dossiers de suicidés, a noté 530 cas ne laissant aucune espèce de doute à cet égard. La proportion pour la France serait donc de 1 sur 9.

Tout médecin pouvant être requis par l'autorité pour procéder à l'autopsie d'un individu mort en état d'ivresse, nous devons sommairement mentionner les lésions pathologiques que vient habituellement démontrer l'ouverture cadavérique.

Le 16 janvier 1757, un homme, âgé de cinquante-cinq ans, fut reconduit chez lui. Il avait fait dans la soirée d'incendiaires libations et son intelligence avait rapidement sombré. Le surlendemain, il fut trouvé sans vie dans la ruelle de son lit. Morgagni en fit la dissection, et il trouva les vaisseaux de la pie-mère et du plexus choroïde gergés à ce point que cet observateur éminent n'avait jamais rencontré une pareille distension. M. le docteur Tardieu, auquel toutes les questions de médecine légale sont si familières, a remarqué que différents organes, et principalement l'encéphale, exhalaient une odeur alcoolique. D'après lui, il n'y a pas seulement congestion cérébrale et pulmonaire, mais épanchement de sang, surtout dans la cavité séreuse de l'arachnoïde.

En matière civile, la liberté du consentement est le fait primordial d'une convention. Or, si l'une des parties contractantes est plongée dans l'ivresse, tout contrat est nul. Si c'est par le dol et la fraude que l'on a provoqué chez elle le délire ébrieux, avec la secrète intention de surprendre, à la faveur de cet état, une conscience rebelle et d'arracher une signature compromettante, la rescision de la convention est prononcée, sans préjudice des poursuites du ministère public. Le droit civil assimile donc l'homme ivre à l'enfant et à l'aliéné : il le met à l'abri des conséquences qui peuvent résulter d'actes non librement consentis.

En recevant des mains du sénat le dossier relatif à l'ivresse et à l'ivrognerie, M. le ministre de l'intérieur va sans doute prendre très-prochainement un parti; il ne nous appartient pas de lui faire entendre un conseil. Rappelons seulement que les résultats moraux de l'intempérance sont pour le moins aussi désastreux que les désordres physiques et intellectuels qu'elle amène à sa suite, car ils s'adressent à la meilleure partie de l'homme, à son intelligence, à son cœur et à sa volonté. L'intelligence fait place à l'hébétude ; le cœur, à l'égoïsme brutal ; la volonté, à l'irrésistible entraînement vers les stupides satisfactions de l'ivresse. Le scandale entre dans les familles ; l'artisan, sans songer au pain qu'attendent sa femme et ses enfants, court au poison, et la misère prend à son foyer la place qu'il a désertée pour le cabaret, car « il faut plus d'argent pour nourrir un vice que pour élever trois enfants » (2).

Lycurgue faisait enivrer les ilotes pour inspirer aux citoyens des sentiments d'horreur pour l'ivresse. Les temps sont changés, mais le fléau est resté le même. « On façonne, a dit le philosophe de Genève, les plantes par la culture et les hommes par l'éducation. » L'éducation est dispensée de nos jours avec une largesse difficile à accroître, et néanmoins le mal est toujours en progrès. Pour toucher, il faudra donc frapper au cœur.

Espérons que M. le ministre de l'intérieur va trouver dans sa sagesse d'efficaces mesures répressives : la société les attend.

Dr Legrand du Saulle.

HOPITAL BEAUJON. — M. Gosselin.

Goitre suffocant cancéreux à forme galopante; asphyxie. Tentative infructueuse de trachéotomie.

La nommée Fanny D..., âgée de vingt-deux ans, domestique, née à Burtigny, canton de Vaud (Suisse), fille, est entrée le 1er mars 1861. — Morte le 4 mars. — Autopsie le 6 mars.

Antécédents. — Cette jeune fille, d'un tempérament lymphatique, paraît néanmoins assez robuste ; réglée à dix-sept ans, ses règles ont toujours été très-régulières, mais peu abondantes et peu colorées ; elle a eu quelques pertes blanches.

(1) *Du suicide et de la folie suicide.*
(2) Franklin.

Il y a huit ou dix ans, elle a eu sous la mâchoire inférieure un engorgement qui paraît avoir été ganglionnaire et qui s'est terminé par suppuration; les cicatrices, qui sont très-marquées à cet endroit, ressemblent beaucoup à des cicatrices d'abcès froid.

En 1859, au mois de novembre, elle a eu, dit-elle, une fièvre muqueuse qui dura un mois. *Il y a trois mois*, elle s'aperçut pour la première fois qu'elle avait au côté droit du cou, mais près de la ligne médiane, une tumeur grosse environ comme un œuf de poule. Cette tumeur n'était pas douloureuse, et ne gênait la malade ni pour respirer ni pour avaler ; elle ne s'en occupa pas autrement. *Il y a environ trois semaines*, elle fut tout à coup prise de suffocation et de difficulté de déglutition ; la tumeur avait augmenté de volume, mais toujours sans douleurs et sans phénomènes inflammatoires ; c'est alors qu'elle vint nous consulter, et que nous lui conseillâmes d'entrer dans notre service.

Etat actuel. — La tumeur occupe sous le sterno-mastoïdien une étendue transversale de 0,14 centimètres. Il existe sous le sterno-mastoïdien gauche une tumeur qui peut-être fait corps avec la tumeur principale, mais qui peut-être aussi en est parfaitement distincte, et constitue une masse ganglionnaire.

La tumeur droite dépasse la ligne médiane ; elle est divisée en deux parties qui paraissent distinctes l'une de l'autre ; la plus interne est dure, lisse, arrondie ; la plus externe est bosselée et plus molle, et paraît divisée en deux lobules. La respiration est bruyante, les inspirations sont longues et fortes ; elles sont d'une durée moyenne (d'une seconde et demi) ; on en compte vingt-neuf par minute. Dans la déglutition, on constate aisément avec les yeux et les doigts que la portion médiane de la tumeur monte avec le larynx ; quant à la portion latérale droite (celle qui est bosselée), son ascension n'est pas aussi évidente, ce qui, malgré la continuité apparente de cette portion avec le reste, peut faire naître l'idée de ganglions cervicaux tuméfiés surajoutés, concurremment avec une tumeur du corps thyroïde. Il en est de même pour les deux lobules du côté gauche, qui paraissent plus distincts de la tumeur. On aperçoit, à environ 2 centimètres de la ligne médiane, une grosse veine longitudinale très-dilatée, probablement la jugulaire antérieure, et une autre de même en dehors (jugulaire externe).

La malade peut manger ; mais elle fait des efforts considérables de déglutition, et accuse elle-même une gêne notable pour exécuter cette fonction.

La dureté excessive de la tumeur dans tous ses points éloigne l'idée de kyste, et une ponction exploratrice faite le 1er mars confirme cette opinion.

Le 2 mars, la section sous-cutanée successive des deux faisceaux du sterno-mastoïdien à son insertion claviculaire est pratiquée, mais une petite insertion du côté gauche paraît avoir persisté. Cette opération est faite en vue de donner, s'il est possible, plus de liberté à la tumeur, et de remédier ainsi à la suffocation qui augmente sensiblement.

Le 3, la suffocation n'a pas sensiblement augmenté, mais reste toujours assez stationnaire pour donner des inquiétudes ; les inspirations continuent à être fréquentes, longues et bruyantes.

Le 4, la suffocation est plus grande ; les lèvres présentent un aspect violacé ; l'anxiété augmente ; à l'auscultation, on entend, comme les jours précédents, le murmure respiratoire affaibli, et de plus, des râles muqueux dans toute l'étendue de la poitrine. Nous pratiquons une incision d'environ 3 centimètres sur la ligne médiane, et nous opérons le débridement à droite et à gauche des muscles sterno-hyoïdiens, en vue de donner plus de liberté à la tumeur. Nous faisons ensuite une incision cruciale sur la portion médiane de celle-ci, et nous cautérisons avec le nitrate acide de mercure. Nous ne nous servons pas de la fourchette ni des épingles de Bonnet, parce que la tumeur ne paraît pas s'enfoncer derrière le sternum. Un fil quadruple est passé transversalement dans l'épaisseur de la tumeur, tant pour en provoquer la suppuration que pour la tirer en dehors. Mais quelles que soient la direction et la force de la traction, on ne modifie en rien la respiration.

Le 4, à 4 heures du soir, nous trouvons la malade encore plus gênée pour respirer que le matin. L'asphyxie a fait de sensibles progrès. Le pouls est accéléré et affaibli ; la mort paraît prochaine. Nous tentons alors, comme dernière ressource, la trachéotomie. Agissant d'abord sans trop renverser la tête en arrière, pour ne pas allonger ni rétrécir la trachée, nous prolongeons l'incision médiane faite le matin, et nous incisons la portion médiane de la tumeur, dont le tissu est ferme et par places infiltré de matière calcaire qui résiste à l'action du bistouri.

médicaments dans l'économie à l'aide des courants galvaniques, l'utilité de se servir du fluide électrique pour prévenir les enterrements prématurés.

En résumé, le *Compendium d'électricité médicale* se recommande au médecin par le soin avec lequel l'auteur s'est attaché à résumer l'état de nos connaissances sur l'électricité, à énumérer les diverses phases de son histoire, et les maladies dans lesquelles son emploi peut être utile.

C. S.

Nouvelles recherches sur les maladies chroniques de l'estomac, leurs véritables causes et le traitement qui leur convient, par M. le docteur Rochon [du Rhône] (1).

De toutes les maladies chroniques, ce sont certainement les maladies de l'estomac qui retentissent le plus rapidement et le plus profondément sur tous les autres appareils de l'économie. Ce sont elles qui déterminent le plus sûrement l'affaiblissement, et si elles sont très-graves, la destruction de l'individu ; ce sont elles aussi qui sont ordinairement les plus douloureuses et occasionnent les plus cruelles souffrances. A tous ces points de vue, elles méritent de fixer d'une manière toute particulière l'attention des médecins, et ceci rend compte du nombre véritablement prodigieux de *traités*, de *mémoires*, d'*articles* de journaux et de dictionnaires consacrés à leur étude.

Comme bien d'autres, le docteur Rochon (du Rhône) a voulu essayer de porter la lumière dans cette partie encore si souvent obscure de la pathologie, et les *Nouvelles recherches* que nous avons sous les yeux témoignent de longs travaux, d'observations multipliées, d'une vaste expérience sur ce sujet.

Mais ce qui nous semble distinguer spécialement son travail de la plupart de ceux qui l'ont précédé, c'est que l'auteur, tout en faisant un livre de médecine, et de médecine sérieuse, dans lequel les hommes de l'art trouveront les préceptes basés sur la plus saine expérience et rationnellement exposés, n'a pas dédaigné de se rendre intelligible et clair pour ceux qui ne sont pas versés dans les connaissances scientifiques.

Bien des affections de l'appareil digestif sont le résultat d'une hygiène mal entendue, d'imprudences commises et fréquemment répétées; beaucoup d'entre elles débutent par des malaises qui souvent passent inaperçus en raison de l'ignorance des malades, et auxquels on n'attache aucune importance, parce qu'on est loin de soupçonner les conséquences possibles qui peuvent en résulter. Or, du début d'une maladie dépendent souvent sa marche, sa gravité. Mettre l'homme qui souffre à même de reconnaître dès le principe le siége, la nature du mal qui va l'atteindre s'il ne prend les précautions nécessaires, n'est-ce pas en quelque sorte la moitié de la guérison?

Telle est la pensée qui a déterminé M. Rochon à diviser son petit livre en deux sections bien distinctes.

La première comprend en quelques pages un rapide exposé de l'anatomie normale de l'appareil digestif, exposé qui est complété par l'adjonction de plusieurs planches fort bien faites et scrupuleusement exactes, représentant les diverses parties de cet appareil, et par un tableau bien complet des fonctions des organes à l'état physiologique.

C'est aussi dans cette première division que l'on trouvera les considérations hygiéniques indispensables à l'entretien de la santé, et d'utiles conseils pour le choix des aliments, suivant les âges, les constitutions, les idiosyncrasies, les états morbides dans lesquels peuvent se trouver les sujets.

La seconde partie comprend, après des réflexions générales sur les maladies chroniques de l'estomac, la description successive et abrégée des différentes affections dont ce viscère peut être atteint, depuis les plus légères, l'indigestion, la dyspepsie, la gastralgie, jusqu'à la gastrite chronique, l'ulcère simple de l'estomac, si bien étudié dans ces derniers temps, l'hématémèse et la dégénérescence cancéreuse. Chacune de ces descriptions est suivie d'un résumé des meilleurs traitements conseillés par les plus célèbres praticiens.

Dr S. Moreau.

(1) Un volume in-18, orné de planches d'anatomie. Prix : 1 fr.; et rendu *franco*, 1 fr. 25 cent. Chez J. Masson, libraire, rue de l'Ancienne-Comédie, 26.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

La folie lucide, étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société, par le docteur Trélat, médecin de la Salpêtrière, etc. Un volume in-8° de 374 pages. Prix : 6 fr. *franco*, Paris, 1861, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Guérison rapide des cataractes, des tumeurs et fistules lacrymales, etc., par M. le docteur Tavignot, chirurgien-oculiste à Paris, 8, rue Grégoire-de-Tours, à l'aide de sa méthode galvano-caustique. Brochure in-8° avec 5 gravures. Prix : 2 fr. par la poste.

Traitement de la phthisie pulmonaire par l'inhalation des liquides pulvérisés et par les fumigations de goudron, par le docteur Sales-Girons, médecin de l'établissement de Pierrefonds. Un volume in-8° de 600 pages. Prix, *franco* par la poste, 5 fr. Paris, F. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

Nos tentatives n'étant point suivies de succès, et l'asphyxie faisant sous nos yeux des progrès considérables, une sonde est introduite facilement dans le larynx pour faciliter la respiration. Nous continuons alors à inciser et même à exciser la tumeur, dont la consistance nous rappelle à tout moment celle de la trachée-artère, mais sans rencontrer ce conduit. Nous renversons fortement la tête en arrière après environ vingt ou vingt-cinq minutes, pour rendre la trachée plus saillante. Nous continuons les recherches en coupant transversalement à droite et à gauche la portion médiane de la tumeur, qui, étant peu vasculaire, donne peu de sang; mais la respiration s'embarrasse de plus en plus; la face et les membres se cyanosent sous nos yeux, et la malade succombe après environ trente-cinq minutes de recherches infructueuses du conduit aérien.

Autopsie, faite 39 heures après la mort. — Une incision étant faite à la base de la région cervicale, on pratique la section des clavicules, des premières côtes et de la fourchette du sternum; le lambeau cutané est relevé de manière à mettre à nu la région cervicale. On découvre alors une tumeur volumineuse et transversalement placée. La partie la plus saillante de cette tumeur est située à droite de la ligne médiane. Elle semble constituée par plusieurs masses inégales, dont quelques-unes se prolongent sous le sterno-mastoïdien droit; l'une de ces bosselures, étant ponctionnée, donne issue à une petite quantité de sérosité citrine. Plusieurs prolongements se détachent du bas de la tumeur. L'un d'eux, qui rappelle par sa disposition l'appendice iléo-cæcal, descend verticalement derrière la base du sternum.

La partie de la tumeur située sur le côté gauche de la ligne médiane est manifestement constituée par le lobe gauche du corps thyroïde augmenté de volume, mais qui ne paraît nullement altéré dans sa structure. Une dissection minutieuse de la tumeur étant pratiquée, on reconnaît que la saillie latérale droite fait suite à l'isthme du corps thyroïde sur les limites de la tumeur du côté droit; on parvient à isoler plusieurs noyaux, dont plusieurs ont le volume d'une noix, et qui à la coupe présentent une coloration grisâtre, une consistance dure, criant sous le scalpel et donnant du suc par le grattage. L'étude de ces noyaux et leur examen au microscope ne permettent pas de douter que ce sont des ganglions. Quelques ganglions ayant la couleur et la structure normales, font également corps avec la tumeur.

Faisceau vasculo-nerveux. — Sur la partie latérale droite de la tumeur, la dissection fait retrouver la jugulaire interne, la carotide droite et le nerf pneumo-gastrique. Bien que le faisceau vasculo-nerveux soit enveloppé par la tumeur, il ne paraît pas avoir subi une compression notable. Le nerf pneumo-gastrique est parfaitement sain.

Coupe de la tumeur. — La tumeur, incisée par le milieu, offre un tissu peu homogène, dur, consistant, d'apparence squirrheuse en certains points, offrant ailleurs des lamelles dont l'aspect rappelle celui des fibro-cartilages; quelques-unes de ces lamelles paraissent ossifiées; on y trouve également des concrétions qui donnent au doigt la sensation des cerceaux cartilagineux de la trachée.

Etat de la trachée. — L'examen de la trachée fait découvrir que le conduit, dévié de sa direction normale, décrit une courbe à convexité tournée à gauche, distante de la ligne médiane d'environ 2 centimètres. En outre, la trachée, comprimée latéralement, présente la figure d'un prisme triangulaire à base postérieure, à sommet dirigé en avant (à ce niveau, le calibre rétréci de la trachée pourrait difficilement admettre une canule ordinaire).

L'incision faite sur la tumeur pendant la vie, et pratiquée sur la ligne médiane, vient tomber en dedans de la trachée, de façon que le bistouri, porté profondément, vient rencontrer la colonne cervicale.

Une incision conduite au-devant de ce corps vertébreux, permet de détacher la tumeur, qui, examinée par sa face postérieure, présente une masse aplatie dépourvue des bosselures et des inégalités qu'on avait constatées sur la face antérieure. L'œsophage incisé offre dans sa partie supérieure un rétrécissement très-prononcé; son calibre, en ce point, admet à peine la pulpe du petit doigt. La paroi postérieure de ce canal est notablement épaissie (2 à 3 millimètres environ). La paroi antérieure fait corps avec la tumeur et ne peut en être détachée. Il résulte de cette disposition que la paroi postérieure du larynx et l'œsophage sont soudés ensemble, et que ces deux conduits sont embrassés par la tumeur, qui leur adhère et qui forme à ce niveau un croissant à concavité antérieure et gauche.

L'examen du poumon fait découvrir plusieurs noyaux, dont quelques-uns atteignent le volume d'une pomme d'api, et offrent à la coupe un tissu grisâtre, en quelques points *lie-de-vin;* au grattage, une certaine quantité de suc.

Un certain nombre de ganglions bronchiques offrent un accroissement de volume, une altération de couleur à la coupe, d'un aspect analogue à celui que nous avons constaté pour les ganglions cervicaux.

Rien de particulier du côté du foie.

L'examen microscopique de la tumeur, des ganglions et des noyaux pulmonaires, fait par M. Sée, révèle l'existence de cellules cancéreuses.

N. B. Quoique l'examen à l'œil nu ait laissé peu de doutes sur le développement de la tumeur dans le lobe droit du corps thyroïde et dans un certain nombre de ganglions, il est juste d'ajouter que M. le docteur Péan, qui a bien voulu examiner la pièce au microscope avec un soin tout minutieux, a cru trouver une partie du corps thyroïde aminci au-devant du corps de la tumeur, et a considéré celle-ci comme formée exclusivement par un développement cancéreux des ganglions, qui, en s'accroissant, avaient pris la place du corps thyroïde. Cette interprétation pouvant laisser quelques doutes, et les caractères cliniques de la tumeur ayant été ceux du goître suffocant, nous avons cru pouvoir lui conserver cette dénomination.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 mars 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

M. CH. SAINTE-CLAIRE DEVILLE, au nom d'une commission composée de MM. Brongniart, Milne-Edwards, Valenciennes, Decaisne et M. Sainte-Claire Deville, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. Courbon, chirurgien de la marine de 1re classe, intitulé: *Résultats relatifs à l'histoire naturelle, obtenus pendant le cours d'une exploration de la mer Rouge, exécutée en 1859-1860 par ordre de l'Empereur.*

Les matériaux recueillis par M. Courbon se rapportent à la zoologie et à la botanique.

Voici un extrait que nous empruntons à la partie du rapport relative à la botanique, qui est due à M. Brongniart :

..... Parmi les plantes recueillies par M. Courbon, nous devons en signaler une intéressante par sa nouveauté et par ses usages thérapeutiques.

M. Richard avait indiqué dans sa Flore d'Abyssinie, sous le nom de *Bessenna anthelminthica,* un arbre dont il n'avait vu que les rameaux et les feuilles sans fleur ni fruit, et qui est employé avec succès contre le tænia, cette maladie si répandue dans l'Abyssinie. Les échantillons en fleurs et en fruits recueillis par M. Courbon établissent que le *Mesenna* ou Musenna (Besenna dans le Tigré) ne doit pas former un genre spécial, mais qu'il se rapproche beaucoup de l'*Acacia Lebbeck* de Linné, et doit rentrer comme lui dans le genre Albizzia, dont il constituera une espèce bien distincte sous le nom d'*Albizzia anthelminthica.*

Le *Mesenna* est un arbre de petite taille (de 4 à 6 mètres d'élévation), qui croît dans les parties de l'Abyssinie de moyenne élévation. M. Courbon l'a observé entre Massawa et Halay et dans plusieurs autres points de cette contrée. L'écorce seule de l'arbre est employée contre le tænia; on la prend en poudre à la dose de 30 à 60 grammes, mêlée à diverses liqueurs fermentées (sortes d'hydromel ou de bière), ou à une pâte formée de farine, de beurre et d'autres substances alimentaires. Son ingestion n'amène aucun trouble dans les fonctions, et au bout de vingt-quatre heures environ, le tænia est expulsé très-altéré et comme broyé.

Sous ce rapport ce médicament paraît très-préférable au cusso et aux autres anthelminthiques employés contre le tænia. Il est probable que le *Mesenna* pourrait être cultivé sans difficulté dans les parties chaudes de l'Algérie ou dans nos colonies; enfin on peut se demander si l'*Albizzia Lebbeck*, qui est si voisin par ses caractères botaniques, ne participerait pas aux mêmes propriétés, d'autant plus que les recherches faites au Caire par M. Gastinel, professeur de chimie à l'École de médecine du Caire, signalent la présence dans cette écorce d'un principe particulier, qu'il considère comme analogue aux alcaloïdes, auquel le *Mesenna* doit probablement ses propriétés, et qui pourrait, s'il était renfermé même à moindre dose dans le *Lebbeck*, être extrait de l'écorce de cet arbre, l'un des plus répandus dans l'Orient et en Égypte.

M. le rapporteur, après avoir cité avec de grands éloges le travail de M. Courbon, conclut en proposant :

1° De remercier l'auteur de son intéressante communication;

2° De décider qu'une copie de ce rapport sera adressée à S. E. le ministre de la marine et des colonies. (L'Académie adopte.)

Ablation d'un lipome à l'aide de la cautérisation linéaire. — M. A. LEGRAND adresse à ce sujet la lettre suivante :

« J'ai eu l'honneur de mettre hier (le 10 mars) sous les yeux d'un des commissaires auxquels vous avez eu la bonté de renvoyer toutes mes précédentes communications, *un lipome* que j'avais enlevé la veille à l'aide de la méthode que j'ai exposée devant l'Académie dans sa séance du 31 janvier 1859.

» Oserais-je me permettre de rappeler à l'Académie que tout le manuel opératoire qui constitue cette méthode, et que j'ai décrit dans le mémoire (voir la *Rev. de thérap. méd.-chir.* du 15 août 1859) dont j'ai eu l'honneur de lui faire hommage le 11 septembre 1860, consiste à diviser la peau à l'aide de la cautérisation linéaire, de manière à atteindre la tumeur graisseuse et à mettre ensuite celle-ci en contact immédiat avec la pâte au chlorure de zinc, jusqu'à l'épuisement de la douleur, qu'on peut toujours atténuer par divers moyens que j'ai soigneusement indiqués, ce qui n'exige pas moins de quarante-huit à soixante-douze heures d'application. Puis on attend la chute de l'eschare, qui entraîne toujours avec elle le lipome, diminué de volume, ratatiné pour ainsi dire, modifié dans sa structure intime par l'action désorganisatrice du caustique.

» Chez le malade qui fait l'objet de cette communication, cinq cautérisations linéaires et cruciales et une application de Canquoin ont suffi pour amener la chute du lipome, qui a eu lieu le quatorzième jour du traitement.

Il y a eu après la troisième cautérisation linéaire une perte de sang insignifiante; il s'est à peine écoulé un peu de sérosité rougeâtre au moment de l'ablation : conditions toujours favorables et qui m'ont permis de dire que j'enlevais certaines tumeurs, non pas sans opération, puisque la cautérisation est une opération, mais du moins *sans opération sanglante!*

» Aucun trouble sérieux dans la santé générale, qu'un léger mouvement fébrile au moment de l'action du caustique éliminateur; aucune menace d'érysipèle, qui est une des complications de l'opération chirurgicale, qu'on doit le plus redouter, ainsi que l'a dit un illustre professeur, ne sont venus entraver la marche du traitement, qui se termine aujourd'hui par des pansements quotidiens à l'aide de bandelettes agglutinatives, afin d'obtenir une cicatrice semblable à celle qui succède à l'ablation par le bistouri. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier. — M. Leclerc, médecin principal de 1re classe, à Lille.

Chevaliers. — MM. Schreiner, médecin aide-major de 1re classe; — Millot, médecin-major de 2e classe au 58e de ligne; — Géraud, vétérinaire en 1er, en mission à Constantinople; — Oger, vétérinaire en 1er, à la succursale de remonte de Mâcon; — Poncet, vétérinaire en 1er, au train des équipages militaires.

— Par arrêtés du 13 mars 1861, sont autorisés à se faire suppléer pendant le 2e semestre de l'année 1860-1861 :

M. Rostan, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, par M. Hérard, agrégé;

M. Moreau, professeur d'accouchements, par M. Pajot, agrégé;

M. Cruveilhier, professeur d'anatomie pathologique, par M. Barth, agrégé;

M. Adelon, professeur de médecine légale, par M. Tardieu, agrégé.

M. le docteur Blot, agrégé, est chargé de faire, pendant le même semestre, le cours des élèves sages-femmes à la Clinique de Paris.

— M. Aribert-Dufresne, professeur d'histoire naturelle médicale à l'École préparatoire de médecine de Grenoble, est nommé directeur de ladite École, en remplacement de M. Silvy, décédé.

M. Leroy, professeur adjoint de chimie et de pharmacie à la même École, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

M. Berriat, professeur suppléant, est nommé professeur adjoint de pathologie externe, en remplacement de M. Silvy, décédé.

— Un ingénieur civil anglais vient de léguer en mourant, à un praticien très-renommé de Londres, pour les soins qu'il en avait reçus, la somme de 1,000 livres sterling (25,000 fr.); mais la veuve de cet ingénieur, pensant que ce legs ne suffisait pas, y a ajouté une somme de 4,000 livres (100,000 fr.).

Les médecins sont rarement du même avis, mais nous sommes convaincu que la conduite de l'ingénieur et de sa veuve aura leur approbation unanime. Quant à nous, nous souhaitons vivement qu'un tel exemple se reproduise souvent. (*Med. Times.*)

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 34. — JEUDI 21 MARS 1861. (34e ANNÉE.) N° 34. — JEUDI 21 MARS 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Séance de l'Académie de Médecine.

PARIS, LE 20 MARS 1861.

Une assez grande affluence s'était rendue hier à l'Académie pour entendre la suite de la discussion sur la congestion cérébrale et dans l'espoir d'assister aux débats intéressants que semblait promettre la nouvelle phase dans laquelle était entrée la question. Espoir déçu. La discussion a tourné court et s'est abattue devant une entrave tendue par la main même qui semblait lui devoir jusqu'à la fin sa tutélaire direction. Pour parler sans figure, M. Trousseau après avoir fait appel aux lumières spéciales de ses collègues les médecins aliénistes; après avoir préparé lui-même une très-bonne argumentation sur la question importante de la non-imputabilité des actes commis sous l'influence du délire épileptique, et alors même qu'il exprimait dans cette argumentation la pensée que les témoignages des médecins en cette matière seraient désormais accueillis par les magistrats avec d'autant plus de déférence, qu'ils trouveraient un plus solide appui dans l'autorité de l'Académie, M. Trousseau, par un motif que nous avons quelque peine à comprendre, a tout à coup renoncé à la parole, sans songer assez peut-être qu'il allait condamner par là ses collègues au silence. C'est ce qui est arrivé en effet. M. Briquet, M. Baillarger et quelques autres membres qui s'étaient fait inscrire, ne trouvant plus à qui parler, se sont abstenus, et le président a dû déclarer la discussion close.

S'il ne s'était plus agi que de la question de la congestion cérébrale proprement dite, nous n'en aurions qu'un médiocre regret. Cette question était évidemment épuisée. Mais il n'en était pas de même de la question subsidiaire soulevée dans le cours du débat, et qui, par son importance pratique autant que par la nouveauté de quelques-uns des aperçus qu'elle a fait surgir, semblait devoir fournir un nouvel aliment à la discussion. Celle-là, nous regrettons son abandon. Nous n'avons pas voulu toutefois que nos lecteurs perdissent entièrement les faits et les arguments qui devaient se produire devant l'Académie, et nous allons résumer l'argumentation que M. Trousseau se proposait de porter à la tribune. M. Baillarger, d'un autre côté, a bien voulu nous confier le manuscrit qu'il devait lire à l'Académie. Nos lecteurs le trouveront plus loin. Nous sommes ainsi en mesure de mettre sous leurs yeux une grande partie au moins des éléments de la discussion.

Voici en substance l'argumentation de M. Trousseau :

On se rappelle que M. Trousseau avait dit « que si un homme commet subitement un meurtre, sans aucun trouble intellectuel préalable, sans avoir jusqu'ici donné des signes de folie, sans être empoisonné par l'alcool ou par toute autre substance qui exerce une action énergique sur le système nerveux, et en dehors de tout acte passionnel, cet homme est *presque* certainement un épileptique. » En rappelant cette proposition, il se défend du sens plus large qu'on lui avait prêté en lui faisant dire, ou à peu près, que « tout individu atteint d'épilepsie devait être considéré comme irresponsable de ses actes devant la justice ».

... « Je n'ai jamais prétendu, dit-il, qu'il suffit de constater l'épilepsie chez un accusé, pour l'exonérer de toute culpabilité. Qu'un avocat se serve de cet argument, qu'il prétende que son client a bien pu n'être pas libre dans le moment où l'acte incriminé a été commis, je le veux bien; mais jamais, devant un tribunal, je n'oserais soutenir une pareille doctrine. Je suis parfaitement convaincu que beaucoup d'épileptiques sont de grands criminels dans le sens moral de ce mot, et que les actes dont ils se sont rendus coupables ont été prémédités et accomplis en pleine liberté. Mais dans ce cas, rien dans la préparation, dans la perpétration du crime ne diffère de ce qui se passe ordinairement. L'épileptique, s'il n'est pas fou en dehors de ses attaques, rentre dans la règle commune et doit ressortir à la juridiction commune.

» Mais si ce même épileptique a commis un meurtre sans but, sans motif possible, sans profit pour lui ni pour personne, sans préméditation, sans passion, au vu et au su de tous, par conséquent en dehors de toutes les conditions où les meurtres se commettent, j'ai le droit d'affirmer devant le magistrat que l'impulsion au crime a été *presque certainement* le résultat du choc épileptique ; je dis presque certainement si je n'ai pas vu l'attaque; mais si j'ai vu, si des témoins ont vu le grand accès ou le vertige comitial précéder immédiatement l'acte incriminé, j'affirme alors d'une manière absolue que le prévenu a été poussé au crime par une force à laquelle il n'a pu résister, ce qui l'absout aux termes de l'article 64 du Code pénal. »

M. Trousseau pense que M. Devergie s'est trompé en disant que les déterminations subites et irrésistibles arrivaient chez les épileptiques en dehors et dans l'intervalle des accès. « Quand l'épilepsie a conduit le malade à la folie, ce qui est commun; quand la manie aiguë suit durant quelques jours la grande attaque comitiale, il ne peut y avoir de doutes dans l'esprit de personne... Mais, ainsi que l'a fort bien fait observer M. Tardieu, « le choc épileptique peut frapper la volonté. » La parfaite intelligence de l'épileptique immédiatement avant et peu après l'attaque, la liberté morale absolue dont il jouit en dehors de ses accès, peuvent seuls lui donner l'apparence d'un coupable. » Telles sont les conditions que M. Trousseau s'est proposé d'étudier.

Ainsi que le fait remarquer avec raison l'éminent professeur, la question de culpabilité ne se pose pas quand le crime ou le délit ont été commis immédiatement après la grande attaque, lorsque les témoins du crime ont été en même temps les témoins de la convulsion épileptique; pas plus qu'on ne la pose pour des actes de violence commis par un maniaque enfermé dans une maison d'aliénés, ou par un malade atteint de délire dans une salle d'hôpital. Mais où l'embarras peut naître, c'est lorsque l'attaque comitiale se passe sans témoins, ou bien lorsque les actes de violence qui lui succèdent n'ont pas les mêmes témoins que ceux qui ont assisté à la convulsion.

Voici quelques exemples de ce genre cités par M. Trousseau :

« Un jeune homme va avec quelques amis dîner dans un restaurant du Palais-Royal. Arrivé place Louvois, il tombe tout d'un coup à terre, se relève bientôt et se précipite sur les passants qu'il frappe avec violence. On le conduit au poste, et, pendant quelque temps, il accable d'injures les soldats qui le contenaient, leur crache au visage, et s'il n'y avait pas eu de témoins de l'attaque épileptique qui avait été le début de cette scène étrange, si le malade eût été seul quand l'accident est arrivé, si un médecin ne fût intervenu, ce jeune homme aurait eu à répondre devant les tribunaux tout au moins du délit de rébellion.

» Tout récemment, ajoute M. Trousseau, j'étais consulté par deux jeunes gens nouvellement mariés. La dame me racontait que peu de temps après son mariage elle avait été subitement réveillée, la nuit, par des mouvements étranges que faisait son mari. Puis, tout à coup, celui-ci l'avait frappée avec une horrible violence, et si une domestique, accourue au bruit de la sonnette, ne l'eût délivrée, elle aurait pu être grièvement blessée. Cette scène s'était encore renouvelée quelques jours avant que l'on vînt chez moi; et cette fois, éveillée à temps, la dame avait pu allumer une bougie, être témoin des convulsions qui agitaient son mari, et se soustraire par la fuite aux actes de fureur qui avaient immédiatement suivi. »

Enfin, il y a en ce moment même à l'Hôtel-Dieu, dans le service de la clinique, une pauvre jeune fille d'un caractère doux et facile, et qui a quelquefois, en vingt-quatre heures, jusqu'à cent attaques de petit mal. La première nuit qu'elle passa à l'Hôtel-Dieu, on la coucha dans une chambre à part, avec une infirmière fort intelligente et fort dévouée. Vers le milieu de la

FEUILLETON.

Du froid sur les hautes montagnes. — Transformation des vers intestinaux. — Les forêts de quinquina. — Un concours à Strasbourg.

Lorsqu'un voyageur quittant la plaine commence à gravir une montagne, il ne tarde pas à s'apercevoir que sa marche est plus pénible. Ne pouvant conserver la même allure, il est bientôt forcé de s'arrêter, et plus il s'élève, plus ces moments d'arrêt se multiplient. L'essoufflement se prononce encore davantage si la montagne est très-élevée, et entre 2,000 et 4,000 mètres, le *mal de montagne* commence à se faire sentir. L'anhélation est extrême; à la céphalalgie, à l'envie de dormir, viennent bientôt s'ajouter des nausées et un découragement profond. Ce *mal de montagne* est dû à la fatigue, à la diminution brusque de pression, et surtout à la raréfaction de l'air. Nous ne pensons pas devoir insister sur l'effet produit; la physiologie nous enseigne que plus la quantité d'oxygène introduite dans le poumon est petite, et plus l'oxygénation du sang et par conséquent la calorification sont diminuées.

Mais ici se présente le problème important de la *mort* causée par le froid. M. Charles Martins a souvent tenté l'ascension du mont Blanc. Le 1er août 1844, il fut forcé de redescendre devant les tourbillons de neige; le 8 août de la même année, il remontait et parvenait au grand plateau. Il y fut accueilli par un véritable orage; plongé dans un nuage électrique, il dut de son bâton ferré se faire un paratonnerre. C'est à cet intrépide voyageur que nous demanderons une explication de la mort par le froid, et son récit pittoresque nous invite à lui laisser la parole.

« J'ai assez souvent essuyé le mauvais temps sur les glaciers et les champs de neige éternelle des Alpes et du Spitzberg; j'ai lu et entendu assez de récits de ces morts tragiques, pour pouvoir m'en faire une idée. Imaginez un voyageur isolé, ou une petite caravane voulant traverser l'un des cols couverts de neiges éternelles, qui conduisent du Valais en Piémont ou de France en Espagne. Nous sommes en hiver, au commencement du printemps ou à la fin de l'automne : le trajet est long, le temps incertain; les voyageurs ne sont pas parfaitement familiarisés avec le pays. Ils partent : le ciel se couvre de nuages qui, s'abaissant peu à peu, les enveloppent dans une brume épaisse : ils marchent dans la neige, suivant la trace des pas des voyageurs qui les ont précédés; mais bientôt d'autres traces croisent celles sur lesquelles ils se guident, ou bien une neige récente a effacé toute empreinte. Ils s'arrêtent, hésitent, reviennent sur leurs pas, se dirigent tantôt à droite, tantôt à gauche, s'orientent d'après un sommet qu'ils entrevoient à travers le brouillard. Cependant la neige commence à tomber, non pas floconneuse comme dans la plaine, mais granuleuse, sèche, semblable au grésil; chassée par le vent, elle pénètre jusqu'à la peau, à travers les vêtements les mieux fermés; fouettant incessamment le visage, elle produit un étourdissement permanent qui dégénère bientôt en vertige. Alors le pauvre voyageur, transi, égaré, harassé, ne voyant pas à deux pas devant lui, est pris d'un besoin de dormir irrésistible; il sait que ce sommeil c'est la mort; mais, perdu, désespéré, il cherche en tâtonnant quelque rocher, et, s'abandonnant pour ainsi dire lui-même, il se couche pour ne plus se relever. Son pouls se ralentit peu à peu, comme dans la léthargie, et il meurt de froid, comme l'on meurt d'inanition. L'énergie morale est dans ces moments l'unique moyen de salut : il faut à tout prix résister au sommeil, marcher, trépigner, serrer les bras contre la poitrine, combattre en un mot le froid par l'action musculaire. Jacques Balmat, qui le premier, en 1786, fit l'ascension du mont Blanc, le savait bien. Il était parvenu seul au grand plateau, à 3,930 mètres. Là il fut surpris par la nuit. Monter au sommet dans l'obscurité était impossible, redescendre l'était également. Il prit vaillamment son parti, et se promena de long en large sur la neige, jusqu'à ce que l'aube parût. »

En fin de compte, pour réagir contre le froid, dans les circonstances les plus défavorables, l'expérience est d'accord avec la physiologie. La jeunesse, une bonne alimentation, l'exercice musculaire et l'énergie morale, sont les seuls moyens de lutter victorieusement contre le froid, un des plus *terribles ennemis* contre lesquels l'homme ait à lutter sur la terre.

— On a beaucoup parlé dans ces derniers temps, surtout en Allemagne, d'un petit entozoaire enkysté qui vit dans les muscles volontaires, et qu'Owen a décrit sous le nom de *Trichina spiralis*. A une certaine époque de son évolution, ce vers sort de son kyste, s'allonge, porte un filament capillaire, et devient un *tricocéphale* dont le côlon est l'habitation.

Les tricocéphales s'accouplent; la femelle pond des œufs dont l'embryon prendra la forme vésiculeuse, se fixera dans les muscles, en attendant que, ses organes sexuels se développant, il devienne *adulte*.

Siebold, Van Beneden, Leuckart, ont attaché leur nom à ces études, et M. F. Paul nous en a donné dans l'*Union médicale de la Gironde* un résumé que nos lecteurs suivront avec intérêt.

Après la fécondation des ovules du tænia de l'homme, ses articulations se remplissent d'œufs, se séparent, et sont entraînées par les matières fécales. Les œufs, animés d'une vitalité incroyable, conservent presque indéfiniment leur force germinative, supportant sans la perdre l'action des agents extérieurs jusqu'à ce qu'un animal les avale, un porc, par exemple. A peine établis dans leur nouvelle demeure, les embryons éclosent; pourvus de crochets aigus, ils entament les tissus, et vont se fixer dans leur parenchyme; là cette sorte de larve produit par bourgeonnement de nouveaux êtres engaînés dans leur propre mère et connus sous le nom d'échinocoques. L'échinocoque s'allonge, son corps se termine en ampoule; il devient cys-

nuit, l'infirmière fut réveillée en sursaut, la malade s'était levée après une de ses attaques et l'accablait de coups. A peine une demi-minute s'était-elle écoulée, que l'épileptique, revenue à elle, regagnait son lit, ne sachant ce qu'elle avait fait...

Arrivant à l'une des plus graves objections que font les médecins, et surtout les magistrats, à la théorie des impulsions soudaines et irrésistibles de certains épileptiques, M. Trousseau leur oppose les raisonnements ou plutôt les faits suivants :

Le trouble de la raison qui suit une grande attaque, et surtout le vertige, n'est pas toujours aussi facile à constater qu'on pourrait le supposer au premier abord. Il arrive souvent qu'un épileptique, immédiatement après l'attaque, répond assez pertinemment, indique assez bien ses souffrances, se soumet aux prescriptions médicales, et que quelques heures plus tard, non-seulement il a oublié toutes les circonstances de son attaque, mais encore tous les faits auxquels il avait semblé participer avec toute sa présence d'esprit. « Qui peut calculer le degré de liberté d'un homme, dans cet état de transition entre le moment de l'attaque et celui du retour complet à l'intelligence? » s'écrie M. Trousseau. « Est-il un médecin assez sûr de lui pour prononcer dans cette question et pour affirmer qu'un crime commis après l'attaque doit entraîner la responsabilité? »

« Non-seulement, ajoute-t-il, la raison peut rester troublée pendant quelque temps après l'accès, bien qu'aux yeux d'un observateur superficiel ce trouble n'existe pas ; mais il arrive que, pendant l'attaque elle-même, l'épileptique semble conserver assez de sa raison pour paraître libre. »

Des faits que M. Trousseau cite à l'appui de cette proposition et de ceux que nous avons rappelés plus haut, il résulterait effectivement que les impulsions soudaines et irrésistibles sont un fait ordinaire dans le petit mal, et assez commun après la grande attaque comitiale, et que les malades doivent être considérés (dans cette circonstance) comme irresponsables de leurs actes, l'épileptique agissant alors sans conscience et sans qu'il lui en reste jamais le souvenir.

L'argumentation de M. Baillarger porte à la fois sur la folie transitoire, dont se sont exclusivement occupés MM. Trousseau et Tardieu, et sur cet état mental mixte, s'il est permis de parler ainsi, que présentent certains épileptiques qui, sans être aliénés, offrent néanmoins, sous le rapport des facultés intellectuelles et morales, des caractères spéciaux dépendant de leur maladie, et qui doivent également être pris en considération quand il s'agit de porter un jugement sur la valeur de leurs actes. Sur le premier point, tout en reconnaissant l'importance qu'aurait, au point de vue médico-légal, la doctrine émise par M. Trousseau, qui tendrait à imputer à l'épilepsie, alors même qu'on n'en aurait pas constaté l'existence positive, les actes commis sans motif comme sans conscience, et en vertu d'une impulsion subite et irrésistible, M. Baillarger a cru devoir faire quelques réserves à l'égard d'un certain nombre de cas de folie transitoire qu'il considère, ainsi que M. Tardieu, comme complétement étrangers à l'épilepsie. Il y aurait donc au moins deux espèces de folies transitoires : les unes liées à l'épilepsie, les autres qui en seraient tout à fait indépendantes. Y a-t-il des caractères différentiels qui permettent de les distinguer? M. Baillarger paraît disposé à révoquer en doute plusieurs des signes donnés comme caractéristiques de l'épilepsie. C'est là un point très-délicat, mais qui au fond intéresse beaucoup plus la pathologie que la médecine légale, puisque la conclusion à en tirer, au point de vue de l'imputabilité, serait la même dans les deux cas.

Sur le second point, M. Baillarger s'est attaché à tirer de cet état intellectuel et moral particulier aux épileptiques, qui pourront devenir plus tard des aliénés, mais qui ne le sont pas encore, non point un motif d'acquittement, mais tout au moins une raison de leur assurer le bénéfice d'un abaissement dans l'application de la peine.

On voit par cette rapide analyse l'intérêt qu'il y aurait eu à discuter et à examiner avec maturité des questions de cette importance et d'une appréciation aussi difficile. Ce n'était pas sans raison, comme on le voit, que nous regrettions en commençant la retraite intempestive de M. Trousseau. Mais espérons que ce ne sera qu'un ajournement. Les questions sont posées ; il sera toujours facile de faire naître l'occasion de les reprendre.

En nous étendant sur ce qui n'a point été dit à l'Académie, nous oublions de parler de ce qui y a été dit et fait. Mais notre tâche est très-courte.

Un comité secret qui a occupé une bonne partie de la séance, un rapport de M. de Kergaradec sur un mémoire de M. Corlieu relatif à la mélancolie (rapport dont les conclusions nous ont paru un peu sévères), et une série de rapports sur les remèdes secrets, dus à la plume incisive et spirituelle de M. Robinet, qui ne se croit pas dispensé par les honneurs présidentiels des fonctions plus humbles de rapporteur : tel a été le contingent de cette séance.

Dr Brochin.

DE LA RESPONSABILITÉ DES ÉPILEPTIQUES.

Par M. le docteur Baillarger.

La question de la responsabilité des épileptiques me paraît offrir plusieurs points très-dignes d'intérêt, et je viens, comme l'ont déjà fait MM. Devergie et Tardieu, présenter quelques considérations sur cette question.

M. Trousseau n'a parlé dans son travail que des impulsions subites qui portent à l'homicide et au suicide, de ce qu'on a décrit généralement sous la dénomination de folies transitoires. C'est aussi uniquement de ces folies transitoires que se sont occupés MM. Devergie et Tardieu. Je ne voudrais pas élargir le cadre de cette discussion ; cependant il est un point qui, en dehors de la folie transitoire, me paraît mériter d'être examiné : je veux parler de l'état mental de certains épileptiques qui, sans être aliénés, offrent néanmoins sous le rapport des facultés intellectuelles et morales des caractères spéciaux qu'il est impossible de ne pas rattacher à leur maladie. Ces caractères, bien qu'ils ne constituent pas un état de folie, n'en doivent pas moins être pris en sérieuse considération, quand il s'agit de porter un jugement sur des actes imputés à des épileptiques.

Je commence par ce qui a trait à la folie transitoire.

M. Trousseau a formulé son opinion sur cette question de la manière la plus nette.

Quand un homme, dit-il, commet un meurtre par suite d'une impulsion subite et sans motif ; si cet homme n'avait pas donné antérieurement des signes de folie et s'il n'était pas en état d'ivresse, son action doit presque toujours être expliquée par l'existence de l'épilepsie.

Cette doctrine, si elle était démontrée, aurait assurément une grande importance pour la médecine légale. Il est, en effet, des cas de folie transitoire très-difficiles à juger, et de quel secours ne serait pas alors la preuve que le malade est bien réellement atteint d'épilepsie!

Je me bornerai à citer un seul exemple.

Un vigneron des environs de Lyon est pris tout à coup d'un frisson. Il se saisit d'une pioche et tue trois de ses enfants qui étaient près de lui dans la maison. A cent pas de là il tue aussi sa femme et son dernier enfant. Tous ces meurtres accomplis, il va lui-même se dénoncer.

Cet homme n'était pas en état d'ivresse, il n'avait pas antérieurement donné de signes de folie. Aucun motif apparent ne pouvait expliquer son action. Il rentrait donc dans les conditions indiquées par M. Trousseau : il devait être épileptique.

Le médecin chargé d'examiner ce vigneron, M. Bottex, constata qu'il avait éprouvé des vertiges et des étourdissements quelques jours avant l'événement. En outre, il était triste, mélancolique et même paraissait avoir eu quelques idées de suicide. Des témoignages établissaient d'ailleurs qu'il aimait beaucoup sa femme et ses enfants.

Le fait paraissait donc des plus simples, et la folie transitoire semblait devoir être admise sans difficulté. Mais voici qu'un témoin vient révéler un propos étrange que le meurtrier aurait tenu six mois auparavant. Il aurait dit qu'un homme qui tuerait toute sa famille en serait quitte pour quelques mois de prison, parce que les médecins le feraient passer pour fou. En outre, il avait fait remarquer depuis son arrestation que l'un de ses enfants, ayant survécu quelques heures à sa mère, avait par le fait hérité d'elle, et que lui-même héritait de cet enfant. Le bien de sa femme devait donc lui revenir.

Ai-je besoin de dire les doutes qui surgirent alors dans l'esprit du médecin? Tout fut remis en question, et, dans le rapport présenté aux magistrats, l'existence d'un accès de folie transitoire ne fut présentée que comme une simple probabilité.

Le meurtrier fut condamné à mort, mais sa peine fut commuée en celle des travaux forcés à perpétuité.

Supposez que dans un cas si embarrassant, on ait découvert des vertiges épileptiques : quelle lumière ce fait n'eût-il pas jetée sur une action en apparence si inexplicable!

Je ne puis donc que le répéter, la doctrine de M. Trousseau, si elle pouvait être démontrée, aurait une très-grande importance pour la médecine légale ; mais jusqu'à présent cette doctrine manque de base. Il y a dans la science beaucoup d'observations de folies transitoires qui paraissent complétement étrangères à l'épilepsie. M. Tardieu en a cité plusieurs très-remarquables, et je ne crois pas devoir insister sur un point qu'il a si bien traité.

Il existe donc au moins deux espèces de folies transitoires : les unes qui sont liées à l'épilepsie, les autres qui sont tout à fait indépendantes de cette maladie. Reste à savoir s'il y a entre ces deux espèces des caractères différentiels, qui permettraient de les distinguer. On comprend que si ces caractères existaient, le médecin légiste pourrait s'en servir dans quelques cas pour faire accepter au moins comme probable l'existence d'une épilepsie qui n'aurait pu encore être constatée.

On a fait depuis quelques années de louables efforts pour assigner des caractères spéciaux aux folies épileptiques. On est parvenu, en effet, à démontrer que ces folies avaient jusqu'à un certain point une physionomie propre.

Cependant les données fournies sous ce rapport par MM. Aubanel, Delasiauve, Jules Falret, et surtout par M. Morel, ne me semblent guère pouvoir être mises à profit pour distinguer les folies transitoires épileptiques de celles qui ne le sont pas.

On sait, par exemple, que les épileptiques ne conservent aucun souvenir de leur accès, et on a indiqué la perte de mémoire comme un symptôme propre aux folies épileptiques. Ce signe aurait, en effet, de l'importance ; mais il ne peut être d'aucune utilité, par cette raison qu'il peut exister ou manquer dans les folies transitoires épileptiques et dans celles qui sont indépendantes de l'épilepsie.

Il y a dans l'ouvrage de Marc quatre observations qui se suivent, et dans lesquelles les malades avaient perdu la mémoire de l'accès. Aucun de ces malades n'étant épileptique, tous les quatre avaient eu un accès de folie transitoire avec des impulsions à l'homicide.

D'autre part, vous avez entendu M. Devergie rapporter une curieuse observation empruntée à M. Moreau, de Tours, et dans laquelle le malade avait conservé la mémoire de l'accès ; cependant le malade était atteint d'épilepsie. Georget cite le fait d'un épileptique, qui pris d'une fureur subite se jetait sur tous ceux qu'il rencontrait et tua trois personnes. Telle était la terreur qu'il inspirait, qu'on ne crut pouvoir l'arrêter qu'en lui tirant un coup de fusil. Georget ajoute que ce malade se rappelait très-bien les meurtres qu'il avait commis.

Il ne semble donc pas, quant à présent, qu'on doive tenir compte de la perte de mémoire de l'accès pour faire rattacher certains cas de folies transitoires à l'épilepsie.

---

ticerque, et se répand dans les muscles, la graisse, le foie. Le porc, attaqué par ces légions d'entozoaires, ne tarde pas à présenter les symptômes de la ladrerie ; il est tué, dépecé, débité. Cependant le cysticerque conserve la vie, et quand l'homme l'a avalé, il se transforme en tænia, s'allonge, ses organes génitaux apparaissent, la fécondation s'opère ; enfin le ver se fragmente, et ses œufs vont attendre pour germer qu'un animal les saisisse mêlés à d'autres aliments.

Mais le tænia est quelquefois arrêté au milieu de ces métamorphoses, lorsque l'œuf est tombé dans un terrain impropre à son développement.

A côté du tænia, on peut encore placer les métamorphoses du botryocéphale et autres vers analogues.

Les *scolex* des petits poissons deviennent *tétrarhynques* dans le corps des poissons plus gros. Ces derniers sont-ils à leur tour dévorés par de plus gros poissons, le *tétrarhynque* se transformera en botryocéphale.

Le cysticerque de la souris se change en tænia dans le corps du chat. Le cysticerque du lapin produit le tænia du chien; le cœnure du mouton le tænia du loup ; le cysticerque du campagnol le tænia du renard.

Quelque singulières que puissent paraître de semblables métamorphoses, nous ne saurions en rejeter l'authenticité, tant que des noms plus autorisés n'auront pas détruit les faits avancés par les savants naturalistes que nous avons nommés plus haut.

M. de Liebold résume ces faits en disant que les mêmes cysticerques, avalés par divers animaux, se métamorphosent en tænias d'espèces différentes.

— Un célèbre voyageur anglais, M. Richard Spruce, parcourant le versant occidental de Quito, a visité les forêts de quinquina situées au-dessous de la ville d'Alausi. Le but de son voyage était d'étudier le quinquina sur pied, mais il ne trouvait que des troncs couchés et écorchés. Cependant le *Cascarilla roja* (quinquina rouge) lui avait été signalé comme ayant été exploité dans la forêt qu'il visitait.

Notre voyageur ne peut réprimer un cri de joie en apercevant enfin un rejet grêle de 6 à 7 mètres de hauteur, partant de la racine d'un arbre abattu. Il s'assure immédiatement de ce fait étrange, la présence d'un suc laiteux dans une *Rubiacée*. A la sortie de l'entaille, le suc était incolore ; mais exposé à l'air, il blanchit, quelques minutes après il passe au rouge, et l'écorce est d'autant plus estimée que ce passage du blanc au rouge s'est fait plus rapidement.

Le *Bulletin de la Société botanique de France* nous permettra d'exposer les remarques du savant voyageur, sans entrer dans des détails trop spéciaux sur la partie botanique.

Le Cascarilla roja paraît se plaire principalement sur les pentes pierreuses, où il y a toutefois une couche épaisse d'humus, à une altitude de 3,000 à 5,000 pieds anglais (915 à 1,525 mètres) au-dessus du niveau de la mer. La température est à cette hauteur fort analogue à celle d'un jour d'été à Londres ; mais chaque soir des brouillards froids descendent dans la vallée venant de l'Azuay, et depuis le mois de janvier jusqu'à celui de mai, la pluie ne cesse pas de tomber. Si le *Cascarilla roja* a été presque détruit à Pumacocha, il y existe en revanche beaucoup de Salsepareille tellement belle et productive, que le guide de notre voyageur lui dit en avoir retiré une fois 75 livres d'un seul pied, tandis que la même plante, au Brésil, n'en donne jamais, dit-on, guère plus de 30 livres par pied.

Le guide assurait qu'en s'enfonçant plus avant dans la forêt d'une journée de marche, on trouverait un plus grand nombre de pieds de *Cascarilla roja*, qu'il avait vus peu de mois auparavant ; mais M. Spruce ne crut pas pouvoir pousser alors son voyage jusque-là, faute de vivres.

Deux semaines plus tard, ce botaniste résolut de visiter les forêts qui produisent le *Cascarilla serrana*, ou quinquina de montagne, qu'on trouve à une altitude de 8,500 à 9,000 pieds anglais (2,593 à 2,745 mètres), sur les deux rives de la rivière Chanchan. Il explora dans ce but la forêt de Llalla, au pied de l'Azuay et à un peu plus de deux heures du marché de Guataxi. On y distingue deux sortes de *Cascarillas* ou quinquinas, qu'on nomme, l'une *Cuchicara*, ou peau de cochon, l'autre *Pata de gallinazo*.

L'écorce du premier se racornit beaucoup en séchant et s'écaille ; celle du second est beaucoup plus estimée, et à l'état sec elle se présente en petits fragments de couleur plus foncée. Ces quinquinas étant peu demandés par le commerce, les arbres qui les produisent sont beaucoup moins recherchés que le rouge, et échappent dès lors beaucoup plus à la hache. M. Spruce trouva près de sa station une vingtaine de pieds de *Cuchicara*, hauts de 13 à 16 mètres, mais tous avaient alors les capsules vides de graines, la saison étant avancée. Cet arbre a les fleurs d'un rouge brique foncé ; ses capsules sont le plus souvent allongées, oblongues, mais elles varient de forme jusqu'à devenir oblongues arrondies. Les pieds de *Pata de gallinazo* étaient rares, sans fleurs ni fruits. Ces deux dernières sortes ont les feuilles largement ovales, avec ou sans un court apicule, pubescentes en dessous ; mais dans le *Cuchicara*, le pétiole et la côte sont rouges, ce qui n'a pas lieu dans le *Pata de gallinazo*, dont au reste les feuilles ne deviennent pas si rouges en vieillissant. Le premier a des branches grêles en petit nombre, le dernier est plus rameux et plus touffu. Les feuilles du *Cascarilla roja* ont presque la même configuration que celles des deux autres, peut-être sont-elles cependant un peu plus étroites; son écorce est d'un brun pourpre foncé, quand elle est bonne; elle est de couleur cannelle pâle dans les deux autres. La première est très-riche en quinine et en cinchonine.

— Cette communication nous remet en mémoire que le mois d'avril prochain verra s'ouvrir à Strasbourg un concours pour la place d'aide de botanique près cette Faculté. Aux intéressés à profiter de cet avis.

Dr E. Renaud.

Le meilleur argument qu'on puisse, ce me semble, invoquer en faveur de l'extension que M. Trousseau veut donner à l'épilepsie dans ses rapports avec les folies transitoires, c'est la facilité avec laquelle les attaques nocturnes, et surtout les simples vertiges, peuvent passer inaperçus. Il s'en faut, en effet, que tous les épileptiques soient reconnus comme tels.

J'ai donné des soins à une dame du Midi qui avait été mariée étant épileptique, sans que personne s'en doutât; il est bien démontré qu'il existe des malades qui n'ont d'accès qu'à des intervalles extrêmement éloignés. Si ces attaques ont lieu la nuit, la maladie peut rester complétement ignorée. Qu'on suppose la fureur homicide succédant à l'un de ces accès isolés, combien l'erreur ne sera-t-elle pas difficile à éviter!

Voici une observation de ce genre qui me paraît avoir un grand intérêt, et que je n'ai pas besoin de recommander à l'attention de M. Trousseau :

Un conseiller d'une ville d'Allemagne est pris tout à coup, au milieu de la nuit, d'une fureur subite; il essaye de tuer sa femme et de la précipiter par la fenêtre. Celle-ci avait lutté pendant une demi-heure, et la fureur de son mari s'était alors apaisée. Il paraissait d'ailleurs épuisé par les efforts qu'il avait faits.

Quelques instants avant cet accès de fureur, la respiration de ce malade était *stertoreuse*. Sa femme, effrayée, avait voulu le secourir, et c'est alors qu'il s'était jeté sur elle.

Chose singulière! Marc, qui rapporte cette observation, ne paraît pas avoir soupçonné dans ce cas l'existence de l'épilepsie. Cette respiration stertoreuse suivie de fureur n'a point éveillé dans son esprit le soupçon d'un accès. Il a écrit quelques pages plus loin un chapitre sur la folie transitoire des épileptiques, sans paraître se douter que ce fait devait s'y rattacher. Et cependant n'est-il pas infiniment probable que cette fureur subite ne peut avoir d'autre explication que l'existence d'un accès nocturne d'épilepsie?

Un point fort important à noter, c'est que le malade, suivi pendant quatorze ans, n'a plus présenté aucun signe de folie.

Voilà donc un accès d'épilepsie tout à fait isolé auquel a succédé une fureur homicide. Si le meurtre avait été consommé, si la femme du malade n'avait pu révéler ce fait si important de la respiration *stertoreuse*, l'erreur n'eût-elle pas été presque inévitable?

M. Dumesnil, médecin en chef de l'asile de Quatre-Mares, à Rouen, cite l'observation d'un militaire qui fut traduit devant un conseil de guerre pour injures graves envers ses supérieurs, et ce n'est que longtemps après qu'on découvrit chez lui des vertiges épileptiques.

Ces faits, et beaucoup d'autres, peuvent être invoqués pour prouver que la folie transitoire est liée à l'épilepsie plus souvent qu'on ne l'a supposé jusqu'ici.

C'est, je crois, la seule conclusion, en dehors de la doctrine trop absolue de M. Trousseau, qu'on puisse tirer de cette discussion.

Je passe au second point que je me suis proposé d'examiner, c'est-à-dire l'influence de l'épilepsie sur les dispositions intellectuelles et morales de certains épileptiques non aliénés, et aux conséquences qu'on peut en tirer pour la médecine légale. Les malades dont je veux parler offrent des traits spéciaux que tous les auteurs ont signalés. « Ces malades, dit Esquirol, ont les idées exaltées; ils sont d'une très-grande susceptibilité, irascibles, entêtés, difficiles à vivre, capricieux et bizarres. Tous ont quelque chose de singulier dans le caractère. »

M. Calmeil signale les épileptiques non encore aliénés comme très-irascibles, très-impressionnables, comme enclins aux fausses interprétations. « Ce qui, dit-il, ébranle à peine un homme d'une susceptibilité ordinaire, porte dans leurs sens un trouble profond. »

M. Delasiauve indique les mêmes traits dans le caractère de certains épileptiques, et il conclut que cet état ne doit pas être considéré comme une véritable maladie, mais comme une disposition extra-physiologique.

Je ne crois pas devoir faire un plus grand nombre de citations. Tous les auteurs, en effet, sont d'accord pour admettre ce fait que l'épilepsie, avant de conduire à la folie complète, produit dans l'état intellectuel et moral de certains malades des modifications très-importantes. Ces malades deviennent susceptibles, très-irritables, et les motifs les plus légers les portent souvent à des actes de violence. Toutes leurs passions acquièrent une énergie extrême.

Reste à examiner jusqu'à quel point on doit ou non tenir compte de ces dispositions spéciales, lorsque ces épileptiques ont à répondre d'actes plus ou moins graves.

Je ne pourrais citer sur ce point l'opinion d'aucun jurisconsulte; mais en dehors des épileptiques, il y a des sujets qui, sans être aliénés, offrent cependant aussi des dispositions intellectuelles et morales telles, qu'on ne peut s'empêcher d'expliquer les anomalies qu'ils présentent autrement que par un vice d'organisation.

Or, pour ce dernier cas, voici l'opinion d'un magistrat qui s'est beaucoup occupé des questions d'aliénation mentale :

« Tantôt, dit-il, un germe héréditaire, tantôt une disposition purement native, rendent plus difficile l'exercice de la raison chez celui-là qu'on répute sain d'esprit. Qu'en conclure? Que la lutte devra être plus opiniâtre de sa part pour dompter ces obstacles organiques, qu'il est toujours certain de vaincre alors que subsiste encore son pouvoir personnel et qu'il est déterminé à en faire usage.....

» Ce qui est bien certain en physiologie comme en jurisprudence philosophique, c'est qu'on ne doit pas chercher des causes modificatrices du libre arbitre dans ces inégalités du caractère moral et intellectuel. Il importe même peu que la cause en soit fatale et héréditaire. Tant que le germe transmis héréditairement ne s'est pas développé de façon à engendrer la folie, la puissance volontaire se soutient, et dans cette situation tous les actes sont imputables. »

Faut-il faire aux épileptiques dont j'ai parlé l'application d'une doctrine aussi absolue?

Ce serait, ce me semble, montrer une sévérité excessive.

Sans doute ces épileptiques ne sont pas aliénés; mais si l'état spécial que la maladie a développé chez eux ne détruit pas complétement le libre arbitre, on peut, je crois, sans faire courir de dangers à la société, reconnaître qu'il est au moins dans beaucoup de cas de nature à le modifier.

Je crois donc que le rôle du médecin, quand il s'agit de la responsabilité des épileptiques, doit consister souvent, si la folie n'existe pas, à faire ressortir l'influence de la maladie sur les dispositions intellectuelles et morales de ces malades; tantôt il aura à signaler un commencement de faiblesse d'esprit, comme c'était le cas chez l'Écouffe, accusé d'assassinat, dont Georget a examiné le procès; plus souvent, il devra mettre en relief cette irritabilité, ces passions violentes, ce caractère soupçonneux des épileptiques, l'exagération de leurs sentiments, tous les traits, en un mot, qui sans constituer une maladie placent cependant ces malades hors de la règle commune. Souvent il parviendra ainsi à obtenir, non que le malade soit absous, mais que la peine soit abaissée.

Quelles que soient les dissidences en théorie, il y a des faits dont il est impossible de ne pas subir l'influence. Un épileptique non aliéné commet une tentative de meurtre, la préméditation est parfaitement démontrée, le meurtrier quelques jours avant s'était procuré avec intention le couteau dont il s'est servi, M. Boileau de Castelnau essaye de faire absoudre le malade, il n'y parvient pas, mais la peine est abaissée de deux degrés, et l'épileptique non aliéné n'est condamné qu'à six ans de réclusion.

Combien d'exemples semblables ne pourrait-on pas citer pour des crimes commis par des hommes qu'on a regardés comme raisonnables, puisqu'on les a condamnés, mais pour lesquels la peine a été abaissée, parce que des doutes s'étaient faits sur la plénitude de la raison!

J'ai autrefois été appelé à faire un mémoire pour un homme qui avait tenté d'assassiner un magistrat en le frappant de trois coups de poignard. La préméditation était bien démontrée. La question de folie fut soulevée, et il y eut ceci de remarquable que les six médecins appelés à donner leur avis sur l'état mental du prévenu se partagèrent ainsi qu'il suit :

Deux le regardèrent comme aliéné;

Deux jugèrent qu'il ne l'était pas;

Les deux derniers, après trois mois d'examen, firent un long mémoire, mais refusèrent de se prononcer sur l'état de folie ou de raison.

Les magistrats jugèrent que cet homme n'était pas fou, puisqu'ils le condamnèrent; mais pour cette tentative d'assassinat, faite avec préméditation sur la personne d'un magistrat, la peine ne fut que de dix années de réclusion.

En résumé :

1° Il m'a semblé utile de rappeler qu'en dehors de la folie déclarée il existe chez certains épileptiques un état intellectuel et moral spécial;

2° Que le médecin légiste doit, dans beaucoup de cas s'appliquer à faire ressortir les principaux traits qui caractérisent cet état, pour atténuer au moins autant que possible la responsabilité du malade.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Piorry.

Affection organique du rachis guérie par le phosphate de chaux et l'iodure de potassium.

La nommée P... se plaint d'éprouver à la nuque, au cou, particulièrement du côté gauche, une douleur vive qui s'étend à toute la tête et au front, douleur qui est accompagnée de mouvements spasmodiques qu'elle ne peut maîtriser et qui consistent dans une sorte de redressement du crâne sur la colonne vertébrale; l'épaule gauche, toute la largeur du rachis semblent participer à la souffrance de la région cervicale. La respiration est souvent pénible.

La malade est d'une constitution névropathique, mais n'a jamais eu d'attaque de nerfs. On l'a traitée pour des rhumatismes, pour des névralgies, par l'eau froide et par beaucoup de moyens antispasmodiques.

L'examen de la colonne vertébrale donne les résultats suivants :

1° Une déviation remarquable du rachis a lieu au niveau des vertèbres du dos. Cette déviation est telle que les apophyses épineuses sont sur la ligne médiane, tandis que le corps des vertèbres est tout à fait à droite. Cette lésion est ancienne, et ne paraît pas être la cause des accidents qui ont lieu.

2° Un développement anormal du corps des vertèbres cervicales et de la première dorsale, à partir de la quatrième vertèbre du cou. Ces os forment d'abord une saillie visible et même apparente, à ce point que la malade l'a remarquée; de plus, par le plessimétrisme, on dessine facilement un espace occupé par un son mat avec résistance au doigt, qui représente une notable augmentation de volume et un changement d'état moléculaire des portions sous-jacentes de la colonne vertébrale. Cette matité mesure 4 centimètres 5 millimètres au-dessus des points douloureux, et vers le cou 3 centimètres 5 millimètres, tandis que toutes les vertèbres dorsales n'ont que 3 centimètres d'un côté à l'autre. Les points où la tuméfaction a lieu sont plus mats au plessimétrisme que ceux où elle n'existe pas, ils sont douloureux. C'est de cette région que partent les douleurs, qui existent surtout près de l'occipital à gauche.

Il y a donc chez P... une maladie de la colonne vertébrale. Tout porte à croire que les douleurs et les mouvements spasmodiques sont dus à la compression, à la gêne que les nerfs cervicaux et le sous-occipital éprouvent par suite de la tuméfaction des os. Cela est si vrai que lorsque la tête est tenue immobile, il n'y a plus ni douleurs ni mouvements involontaires.

Si l'on étudie les antécédents, voici ce que l'on apprend :

Un fagot est tombé de haut, il y a sept ou huit mois, sur le côté gauche de la tête et du cou de notre malade; au moment même, elle ressent un mal de tête assez violent; huit jours après, une douleur se montre à la partie gauche du cou, se propageant vers l'épaule correspondante; bientôt on voit apparaître des mouvements spasmodiques qui augmentent successivement, et qui sont aujourd'hui très-intenses et très-fatigants.

Il faut encore ajouter qu'à plusieurs reprises la malade a éprouvé des difficultés de respirer qui s'expliquent très-bien par le siége du mal en rapport avec l'origine des nerfs diaphragmatiques et des plexus cervicaux et brachiaux.

D'après la diagnose qui découle manifestement des faits précédents, et rapprochant cette observation de celles déjà publiées sur les affections de la colonne vertébrale et sur l'efficacité du phosphate de chaux dans de telles circonstances, M. Piorry se détermina à soumettre cette malade au traitement suivant :

1° Frictions avec la teinture d'iode au dixième.

2° Elle prit trois fois par jour 50 centigrammes d'iodure de potassium dissous dans 30 grammes d'eau.

3° A l'heure des repas 5 grammes de phosphate de chaux phosphorisé.

4° Bonne nourriture.

Pour remédier à la déviation de la taille, on lui conseilla d'exécuter un très-grand nombre de fois par jour des mouvements de redressement du corps.

Ce traitement, qui fut continué pendant deux mois, fut très-bien exécuté, et au bout de ce temps les phénomènes que la malade éprouvait depuis longtemps disparurent.

Phthisie pulmonaire double. — Bons effets obtenus par les respirations de vapeur d'iode.

B..., âgé de dix-neuf ans, cuisinier, né à Paris, est d'une taille moyenne et d'une assez forte constitution en apparence. Ses parents, jeunes encore, sont bien portants, et personne dans sa famille n'a jamais éprouvé les accidents dont lui-même est affecté.

Depuis quatre ans le malade tousse régulièrement tous les hivers, mais ces rhumes ne l'ont point inquiété; il a seulement pris quelques précautions contre le froid humide, et quelques tisanes pectorales sucrées ont suffi pour calmer cette toux annuelle. Mais l'année dernière le malade a éprouvé des phénomènes autrement graves : la toux est devenue alors très-fréquente, surtout pendant la nuit; l'expectoration était peu abondante et les crachats rendus n'étaient point caractéristiques; ils consistaient en mucosités mélangées à de la salive et adhéraient faiblement au vase.

Ces accidents ne firent qu'augmenter, et c'est au mois de février 1860 que le malade se décida à entrer à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, pour y être soigné.

Le lendemain de son entrée, M. le professeur Piorry examina pour la première fois le malade, et voici quels furent les états organopathiques qu'il put constater.

Il constata par la percussion que les deux poumons étaient durs (sclérosiques) des deux côtés, à droite dans une étendue de 5 centimètres, et faiblement à gauche.

Le cœur n'avait que 8 centimètres de l'oreillette à la pointe, au lieu de 11 à 12, état normal, et le foie 11 centimètres et demi de haut en bas, au lieu de 14; ces dimensions étaient en rapport avec l'état général du malade. Les autres organes ne présentaient rien d'anormal.

A partir de ce jour, le 22 février 1860, B... fut soumis au traitement que M. Piorry emploie en pareil cas, et de l'efficacité duquel nous avons été plusieurs fois témoin. Il consiste :

1° A faire respirer au malade la vapeur d'iode en nature, qui se dégage du fond d'un bocal à large goulot.

2° L'iodure de potassium à l'intérieur, 1 gramme et demi par jour, en trois reprises, 50 centigrammes chaque fois.

3° Nourriture éminemment réparatrice, et pour boisson du vin de Bordeaux ou des vins généreux du Midi. Vin de quinquina tous les matins et du fer réduit par l'hydrogène à chaque repas dans une cuillerée de soupe.

Sous l'influence de ce traitement, qui fut très-bien exécuté, B... éprouva le même soulagement que ses compagnons d'infortune avaient ressenti auparavant. Au bout de deux mois il put sortir de nos salles et reprendre ses occupations. En effet son état général était presque voisin de la santé; la matité du poumon droit, qui était de 5 centimètres à son entrée, avait disparu, moins une légère résistance encore dans une étendue de 1 centimètre et demi, que l'on percevait au doigt et qui sans doute était en rapport avec les phymies existant toujours, mais devenues inoffensives.

Le malade a continué depuis le traitement que M. le professeur Piorry lui avait ordonné, et ayant eu occasion de le revoir dans nos salles, nous avons pu nous assurer que depuis son départ (il y a dix mois) B... s'était bien porté, et que la lésion principale du poumon avait presque totalement disparu.

HOPITAL DE LA MARINE DE ROCHEFORT.

M. Maher, 1er chirurg. en chef, direct. du service de santé.

De l'anesthésie locale à l'aide d'un mélange réfrigérant, dans le traitement de l'ongle incarné par l'ablation.

(Observations recueillies par M. le docteur E. Berchon, chef de clinique.)

L'emploi d'un mélange réfrigérant pour annihiler localement la douleur dans certaines opérations pratiquées à la périphérie du corps, principalement à l'extrémité des membres, a été fréquemment recommandé, et nous n'avons pas l'intention d'en énumérer ici les avantages.

Le mélange auquel nous avons vu souvent avoir recours, n'a lui-même rien de particulier; il se compose de glace et de chlorure de sodium par parties égales, et renfermés dans une vessie ordinaire que l'on applique un peu au-dessus de la région sur laquelle on doit agir.

Il nous a semblé pourtant qu'il pouvait être utile de citer quelques faits d'opérations dans lesquelles la douleur avait pu être supprimée par l'usage de ce moyen, surtout au moment où les inhalations de chloroforme ont eu de si fâcheux résultats dans un cas d'ablation de l'ongle incarné.

Nous avons donc feuilleté le cahier de visite de la salle de clinique chirurgicale, et nous avons trouvé les observations qui suivent, en bornant nos recherches au temps compris entre les mois de juillet 1859 et mars 1860.

En voici le résumé :

Obs. I. — D... (Louis), âgé de vingt et un ans, soldat au 3e régiment d'infanterie de marine, entre à l'hôpital le 11 juillet 1859, pour un ongle incarné du gros orteil droit.

Le 13, ablation de l'ongle à l'aide d'une forte spatule dont l'extrémité élargie est glissée le long de la face unguéale supérieure jusque derrière la racine, puis introduite au-dessous et ramenée d'arrière en avant, de manière à opérer l'arrachement dans le même sens (1).

(1) Ce procédé a été proposé par M. le docteur Long, de Toulon, et se trouve décrit dans la *Revue médico-chirurgicale de Paris*, tome II,

L'extrémité rétrécie de la spatule est entourée d'une bande roulée et fortement serrée, pour que la main puisse la saisir avec plus de commodité pendant la manœuvre, qui exige souvent d'assez grands efforts (1).

Application préalable d'un mélange de glace *en petits fragments* et de chlorure de sodium, parties égales, renfermés dans une vessie.

Cette dernière est placée de façon à embrasser la base du gros orteil, et surtout sa face dorsale près du métatarse.

L'anesthésie locale se montre bientôt, et peut être facilement appréciée par la *blancheur des téguments* et la *dureté* qu'ils acquièrent lorsque l'effet du mélange réfrigérant est complet.

L'arrachement dure peu d'instants, et le malade déclare n'avoir rien senti pendant l'opération. La douleur ne paraît que quelques instants après.

Pansement immédiat avec des compresses imbibées d'eau froide qu'on renouvelle.

Soins consécutifs ordinaires des plaies simples ; guérison et sortie de l'hôpital le 15 août suivant.

Obs. II. — B... (Aimé), vingt-deux ans, journalier aux constructions navales, entre à l'hôpital, salle 14, n° 5, le 4 novembre 1859, pour onyxis du gros orteil droit, datant de quatre ou cinq ans ; des fongosités entourent l'ongle, et surtout son bord interne ; divers traitements infructueux ont été suivis.

Le 6 novembre, ablation selon la méthode indiquée précédemment, emploi du même mélange réfrigérant et d'une ligature circulaire modérée à la naissance de l'orteil ; moyen qui assure le succès.

L'anesthésie locale dure trois minutes ; l'opéré déclare n'avoir rien senti pendant la manœuvre du chirurgien.

Eau froide ; pansement simple les jours suivants.

Guérison et sortie du malade le 29 novembre.

Obs. III. — B.... (Pierre), vingt ans, charpentier au port, entre à l'hôpital (salle 14, n° 6) le 19 octobre 1859 pour ongle incarné du gros orteil droit, datant de deux ans.

Il dit avoir été traité très-superficiellement par des applications d'une poudre blanche que l'on peut supposer avoir été composée d'alun.

L'affection existe des deux côtés de l'ongle ; les fongosités sont peu élevées.

Le 26 octobre, extirpation selon le procédé communément employé dans la salle. — Glace et chlorure de sodium ; ligature modérée, etc.

Le malade, qui a suivi de l'œil tous les détails de l'opération qu'il redoutait beaucoup, compare la sensation qu'il a éprouvée pendant sa durée à une très-faible piqûre d'épingle.

La douleur s'est montrée cinq minutes après la cessation de l'emploi du mélange réfrigérant ; elle a duré environ une heure.

Application immédiate de compresses trempées dans l'eau froide ; pansement ordinaire.

Guérison et sortie du malade le 26 novembre.

Obs. IV. — L... (Jean), vingt-deux ans, journalier à l'arsenal, entre à l'hôpital le 22 janvier 1860 pour onyxis du gros orteil gauche, datant de quatre mois.

Ablation de l'ongle le 26 janvier. Rien de particulier à noter. La douleur n'a pas été perçue.

Guérison et sortie le 5 mars 1860.

Obs. V. — D... (Jean-Baptiste), vingt-deux ans, soldat au 88e de ligne, entre à l'hôpital le 1er mars 1860 avec un onyxis du gros orteil gauche.

Mêmes détails que ci-dessus. Anesthésie locale complète.

Guérison et sortie le 24 mars.

Les faits qui précèdent n'ont pas besoin de commentaires et prouvent l'utilité de la méthode suivie.

Nous croyons donc qu'on doit en tenir compte dans le traitement de l'ongle incarné, dont l'extirpation est préférée par beaucoup de chirurgiens aux nombreux procédés successivement proposés pour amener la guérison.

Nous pensons aussi que les résultats des observations que nous avons recueillies dans une période de quelques mois, sont de nature à faire adopter d'une manière générale l'emploi des mélanges réfrigérants comme anesthésiques locaux.

p. 173, 1847, et non tome Ier, comme l'indique le *Manuel de médecine opératoire* de M. Malgaigne, 6e édition, 1853, p. 87.

(1) La spatule ordinaire des trousses peut parfaitement suffire avec la précaution indiquée ; mais M. Maher a fait construire une spatule un peu recourbée à l'une de ses extrémités, et pourvue d'un manche en bois quadrillé à l'autre bout. Cet instrument rend la manœuvre plus facile et plus prompte ; nous en offrons ici le dessin.

La simplicité de ces moyens et leur innocuité assurée seraient des raisons suffisantes d'ailleurs pour engager à les substituer dans tous les cas aux inhalations d'éther ou de chloroforme dont les dangers sont évidemment plus graves, quelles que soient la surveillance et l'habileté du chirurgien.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 mars 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. le ministre d'Etat, qui communique l'ampliation du décret approuvant la nomination de M. Cl. Bernard dans la section de physiologie, en remplacement de M. Duméril.

Sur l'invitation de M. le président, M. Cl. Bernard, présent à la séance, prend place parmi ses collègues.

La correspondance officielle comprend en outre :

1° Les rapports d'épidémies pour les départements de la Côte-d'Or, de la Haute-Garonne, du Gard et des Hautes-Alpes (commission des épidémies) ;

2° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Cusset (Allier), par M. le docteur Cornil ; de Chabetout (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Fournier ; et des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Lemonnier. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. Piorry en réponse au discours prononcé par M. Bousquet dans la dernière séance. Voici le texte de cette lettre :

Monsieur le Président,

Ayant à deux reprises parlé devant l'Académie sur la congestion cérébrale, je craindrais de fatiguer l'attention de mes honorables collègues en répondant aux sarcasmes que M. Bousquet, sortant entièrement de la question, a débités à l'occasion de la nomenclature.

Je me donnerai garde de prouver à M. Bousquet qu'il m'est assez facile de me placer sur le terrain de l'ironie, où il a naguère éprouvé d'assez rudes blessures.

Si notre collègue eût parlé *science sérieuse et pratique*, il aurait bien fallu réfuter des allégations mal fondées. Mais comme il a seulement attaqué des expressions que son éminente qualité de bibliophile aurait pu lui faire mieux prononcer, et dont il aurait dû mieux connaître l'exacte signification, je ne vois pas d'utilité à prendre encore aujourd'hui la parole.

Nous reviendrons d'ailleurs dans quelques semaines sur la nomenclature, et peut-être prouverai-je alors à M. Bousquet que l'Académie est infiniment plus bienveillante à la convenance et à la rectitude du langage que ne le pense notre collègue.

Veuillez agréer, etc. P. A. Piorry.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Regnault, Langlois, Bouïs, Henry fils, Lecomte, Guillemin et Figuier, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de physique et chimie médicales ;

2° Des lettres de M. Diday (de Lyon), qui sollicite le titre de correspondant national, et de M. le docteur Forrini (de Tunis), qui sollicite le titre de correspondant étranger ;

3° Une note de M. le docteur Tholozan sur l'apparition du choléra en Perse en 1860 et 1861 ;

4° Un mémoire de M. le docteur Fiévet, ayant pour titre : *Du sang considéré comme véhicule dans l'acte de la vie.* (Commissaire, M. Ch. Robin.)

5° Un travail de M. le docteur Deyilliers, intitulé : *Observations nouvelles sur l'opération césarienne après la mort.* (Commission nommée.)

6° Un mémoire de M. le docteur Bouron (des Clayes), sur un nouveau mode d'emploi du chloroforme comme agent anesthésique local. (Commissaires, MM. Larrey, Laugier et Robert).

7° M. Victor Masson, libraire, fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de ses dernières publications médicales.

— M. J. Cloquet fait don à l'Académie pour sa bibliothèque des ouvrages des auteurs suivants : 1° Fabrice d'Aquapendente ; 2° Fabrice de Hilden ; 3° Anatomie de Dulaurens ; 4° Heister (chirurgie) ; 5° Senac (maladies du cœur).

— M. Gavarret dépose sur le bureau, au nom de MM. Jansson et Follin, un travail sur l'ophthalmoscope. (Commissaires : MM. Gavarret et Gosselin.)

— M. le président annonce à l'Académie qu'elle aura à procéder dans la prochaine séance à la nomination au scrutin des commissions des prix. C'est également dans la séance prochaine que sera entendu le rapport de la section de physique et de chimie sur les candidats. MM. les candidats sont invités à se hâter de faire parvenir leurs titres à l'appui de leur candidature.

— L'Académie se forme en comité secret à trois heures et demie pour entendre le rapport sur les correspondants.

A quatre heures, l'Académie rentre en séance publique. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la congestion cérébrale apoplectiforme. Les membres inscrits renonçant à la parole, la discussion est déclarée close.

— La parole est à M. de Kergaradec pour la lecture d'un rapport.

RAPPORT.

Causes de la mélancolie. — M. de Kergaradec donne lecture d'un rapport sur un mémoire intitulé : *Etudes sur les causes de la mélancolie*, par M. le docteur Corlieu (de Charly-sur-Marne).

Voici en quels termes M. le rapporteur résume son appréciation sur ce travail :

En résumé, je dirai que l'étude sur les causes de la mélancolie est une simple énumération des influences qui peuvent produire cette affection, énumération incomplète, puisqu'il n'y est pas même fait mention des altérations du sang, de la chlorose et de l'anémie. Les idées de l'auteur sont très-acceptables, en général, mais elles ont le tort de n'être point originales, de n'être point nouvelles.

D'ailleurs la difficulté n'est pas le plus ordinairement de déterminer la cause, le point de départ de la mélancolie. Ce qui serait véritablement utile, ce serait le moyen de prévenir le mal ou de le guérir. Or la thérapeutique n'entrait pas dans le plan de notre confrère de Charly-sur-Marne, ce qui me paraît regrettable. Je ne pense pas que son travail serve beaucoup à l'avancement de la science des maladies nerveuses. J'ai l'honneur de vous proposer d'ordonner le dépôt pur et simple dans les archives de l'Académie, et d'adresser une lettre de remercîment à l'auteur. (Adopté.)

Remèdes secrets. — M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 15 mars, M. Large est nommé préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. Pauffet, démissionnaire.

— Un journal a annoncé que MM. Lelut et Moreau (de Tours) venaient d'être adjoints à la commission instituée par M. le préfet de la Seine pour étudier la question de la création de nouveaux asiles destinés à l'aliénation mentale. C'est une erreur. Nos honorables confrères ont seulement été appelés, dans l'une des dernières séances de la commission, à donner des renseignements sur la question.

— Un asile pour les jeunes filles convalescentes de l'hôpital Sainte-Eugénie vient d'être fondé sous le patronage de l'Empereur et de l'Impératrice, à Fublaine, près Meaux (Seine-et-Marne). Cette maison a déjà pu recevoir plus de 250 jeunes filles atteintes de maladies graves. C'est une maison analogue à celles de Vincennes et du Vésinet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Parallèle entre l'idiotie et le crétinisme, par M. le docteur Leven, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Société médico-psychologique. Grand in-8° de 48 pages. Prix : 1 fr. 25. Paris, 1861, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine, 23.

Eaux minérales. Saliucs de Nauheim (près Francfort-sur-le-Mein). De leur action sur l'organisme morbide et sain, et de leur emploi dans les maladies scrofuleuses et utérines ; par le docteur F. G. Beneke. Un volume in-8°. Prix ; 2 fr. 50. Chez Asselin, place de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 35. — SAMEDI 23 MARS 1861. (34e ANNÉE.) N° 35. — SAMEDI 23 MARS 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Épidémie. — Diphthérie.

La diphthérie n'a pas encore quitté ma localité, nous écrit M. Victor Besnard, de Joué-lès-Tours. Depuis sa dernière communication, insérée dans le numéro du 1er décembre dernier, il a été à même d'observer trois nouveaux cas de cette grave affection, dont un s'est terminé fatalement au neuvième jour, après trois jours de traitement.

Voici un résumé succinct de ces trois observations :

M. Besnard est appelé, le mercredi 26 décembre dernier, auprès de l'enfant G... (André), âgé de neuf ans, qu'il trouve atteint de fièvre, avec tuméfaction très-considérable de la luette, de l'amygdale gauche et des ganglions cervicaux du même côté. Le côté droit est tout à fait indemne. L'amygdale gauche, les piliers du même côté, et une très-petite partie du voile du palais sont couverts de productions membraneuses d'un aspect quelque peu sanguinolent; langue couverte d'un enduit blanchâtre, épais; haleine fétide, repoussante; teint mat, plombé; regard terne; paralysie de la vessie datant déjà de dix à douze heures; intelligence intacte.

La maladie a débuté le vendredi 21 au soir, et néanmoins l'enfant a pu jusqu'à ce jour fréquenter l'école et se livrer à ses occupations habituelles. — Cautérisations, gargarismes, toniques, bouillon, tisane, repos.

Jeudi 27, même état; nouvelles cautérisations; peu ou point de fausses membranes; tuméfaction aussi considérable.

Vendredi 28, aggravation de tous les symptômes. Le malade ne peut rien ingérer; aucune trace de fausses membranes.

Le petit malade succombe le même jour, vers huit heures du soir.

— P... (Sylvain) et C... (Eugène), tous deux âgés de neuf ans. (Ces deux faits, datant des premiers jours de décembre, sont réunis sous un même paragraphe, parce qu'ils sont tellement identiques que, décrits séparément, ils ne seraient que la reproduction l'un de l'autre.)

Peu de fièvre, langue blanche, tuméfaction assez considérable des ganglions cervicaux, de la luette, des piliers et des amygdales; quelques points blanchâtres, dont plusieurs réunis, formant comme de petits îlots, tapissent seulement les amygdales. Ils n'offrent rien de particulier, et sont en tout semblables à ceux que l'on peut observer dans tous les cas de sécrétion exagérée de ces glandes.

Chez ces deux malades le traitement a commencé le lendemain même du jour de l'apparition des plus légers symptômes, qui pouvaient faire croire à l'invasion d'une maladie grave.

Sous l'influence du traitement, du repos, d'une bonne hygiène, et en quelques jours seulement, la fièvre a cessé, les points blanchâtres ont complétement disparu, et les deux petits malades sont parfaitement guéris jusqu'à ce jour du moins, et sans rien préjuger pour l'avenir.

— Ce qui manque à la première de ces observations pour qu'elle soit complète, c'est la relation exacte des symptômes qui se sont produits pendant les six premiers jours de la maladie; car il reste à savoir si elle a débuté comme chez les enfants sujets des deuxième et troisième observations, sans autre production morbide que les petits points blanchâtres siégeant sur les amygdales.

C'est ce que notre confrère est disposé à admettre, parce qu'il ne considère comme fausses membranes que ces plaques d'un blanc jaunâtre, d'un aspect lardacé, très-consistantes, insolubles, qui tapissent en plus ou moins grande quantité l'arrière-cavité buccale; tandis que ce qu'il désigne chez le jeune G... par productions membraneuses, faute d'une autre expression, ressemblait, dit-il, exactement à une bouillie très-épaisse, mélangée de détritus rougeâtres, d'une odeur fétide, n'ayant aucune consistance, s'enlevant très-facilement de son lieu d'élection, et n'ayant d'ailleurs aucune tendance à se reproduire. Dans un cas de vrai croup, au contraire, les fausses membranes sont comme implantées sur les organes qu'elles tapissent, et ce n'est que par suite de cautérisations vigoureuses, de violents efforts de vomissement, qu'elles peuvent en être détachées, pour se reproduire très-rapidement, semblables en tout point à celles qui ont disparu. Ici il suffisait du plus léger frottement, d'un simple gargarisme, pour nettoyer assez exactement toute l'arrière-bouche, sans avoir à craindre la réapparition d'aucun de ces produits morbides.

Sans le premier de ces trois faits, les deux autres n'auraient présenté sans doute aucune importance, puisque tous deux ont guéri sans laisser aucune trace et sans qu'on ait été à même, jusqu'à ce jour du moins, d'observer les symptômes de paralysie dont le sujet de la note relatée dans le numéro du 1er décembre n'est pas encore complétement guéri.

Peut-être serait-on en droit, en présence de pareils faits, ajoute notre confrère, d'affirmer que si le jeune G..., sujet de la première observation, eût été soumis, le jour même de l'invasion du mal, au traitement qu'ont subi les deux autres malades, les enfants P... et C..., on n'aurait pas eu à déplorer un aussi funeste résultat.

A vrai dire, sans la préoccupation constante d'être aux prises avec une diphthérie, et par suite de l'absence de fausses membranes bien caractérisées, on eût peut-être négligé les applications topiques, les cautérisations vigoureuses, le repos, les toniques, et enfin tous les moyens que la thérapeutique met en notre pouvoir, moyens qu'on ne voit pas toujours réussir sans doute, mais qui dans les deux cas particuliers dont il s'agit n'ont pas dû être sans influence sur la terminaison favorable de la maladie.

Quoi qu'il en soit, ces quelques faits, qui isolés eussent pu paraître sans importance, ainsi groupés et rapprochés des faits précédemment exposés, acquièrent un intérêt réel pour l'histoire des épidémies de diphthérie.

Ainsi, dans sa première communication, M. Besnard faisait remarquer que cinq des faits qui y étaient relatés s'étaient produits dans une même ferme dite des Bercelleries.

Dans sa deuxième communication, il était question d'un malade qui était garçon laboureur dans la même ferme.

Enfin, des trois enfants sujets des observations qui précèdent, un, l'enfant G..., sujet de la première observation, habitait une maison située à 150 mètres seulement de ladite ferme; les habitations des deux autres en sont situées à une distance variant de 2 à 3 kilomètres.

Le malade le plus voisin du foyer d'infection est mort paralysé de la vessie depuis deux ou trois jours, fait qui lui est commun avec l'enfant mort aux Bercelleries, tandis que les deux autres ont guéri.

De tout ce qui précède, M. Besnard se croit fondé à conclure :

Que la diphthérie est une maladie essentiellement épidémique et même contagieuse, bien qu'il n'ait par devers lui aucun cas bien concluant de contagion directe;

Que, d'après nos moyens d'investigation, il est très-difficile, sinon impossible, de porter au début un diagnostic et un pronostic certains;

Que la paralysie dite diphthérique peut exister au larynx ou sur tout autre point de l'économie avant l'emploi d'aucun moyen thérapeutique;

Que l'affection morbide désignée aujourd'hui dans la science sous le nom de diphthérie est tellement compliquée, tellement variée, que dans certains cas on a affaire à un croup bien caractérisé, dans d'autres à une angine avec productions membraneuses sans paralysie, ou bien à une angine sans fausses membranes avec paralysie, et enfin à un état pathologique qui revêt tous ces caractères à la fois.

— Ces conclusions, à plusieurs égards discutables, et que nous ne reproduisons provisoirement que sous la responsabilité de notre correspondant, nous rappellent que nous n'en avons pas fini avec la question des paralysies diphthériques, discutée à la Société médicale des hôpitaux. Nous y reviendrons prochainement, et ce sera en même temps une occasion d'examiner à nouveau la valeur de quelques-unes de ces propositions.

Nouveaux faits relatifs à l'influence de l'intoxication saturnine sur le produit de la conception.

Il y a quelques jours, assistant à la visite des femmes en couches de la Clinique, nous entendîmes M. le professeur Paul Dubois, arrêté devant le lit d'une jeune femme qui venait d'accoucher d'un enfant mort, adresser à un élève cette question : Quelles sont les causes les plus ordinaires de la mort du fœtus dans le sein de sa mère ? L'élève de répondre très-pertinemment en énumérant les diverses lésions, les divers troubles fonctionnels, les diathèses pathologiques ou intoxications maternelles susceptibles d'entraîner plus ou moins fatalement la mort du fœtus. Mais dans cette énumération, très-exacte d'ailleurs, à cela près, une circonstance fut omise, c'est l'influence que l'intoxication saturnine des parents peut exercer sur le produit de la conception. Nous dûmes en conclure que les faits relatifs à ce mode d'influence, que M. le docteur Constantin Paul a si bien mis en évidence dans un travail résumé l'année dernière dans ces colonnes et que nous rappelions il y a quinze jours encore (1), n'étaient pas entrés dans le domaine de la science courante et officiellement enseignée. Cependant, peu de temps après, une femme entrait à la Clinique et accouchait avant terme d'un enfant mort-né, sans que cet accident pût être imputé à aucune de ses causes les plus habituelles; cette femme avait subi l'intoxication saturnine. Nous regrettons de n'avoir pu obtenir de données précises sur ce fait, qui, faute d'avoir été recueilli à ce point de vue, restera probablement perdu pour la science. Cette circonstance nous fait attacher d'autant plus de prix aux deux observations suivantes, que M. Constantin Paul vient d'ajouter à celles déjà si nombreuses qu'il a réunies dans son premier travail.

La première observation est relative à une femme âgée aujourd'hui de cinquante ans. Cette femme avait eu, avant de travailler aux caractères d'imprimerie, une fille qui a aujourd'hui trente ans.

Depuis qu'elle est devenue polisseuse de caractères, elle a contracté une intoxication saturnine primitive, sans avoir eu ni coliques ni paralysie. Elle a eu pendant ce temps sept grossesses. Dans les six premières, les enfants ne sont pas venus à terme, il y a eu un avortement vers le quatrième mois. A une certaine époque elle quitta la fonderie pendant un an, et mit au monde au bout de cette année un garçon qui vint à terme, mais qui mourut au bout de onze mois.

— Dans le second cas, il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, qui a été fortement éprouvée par les accidents saturnins. Cette femme a toujours vécu dans une atmosphère saturnine; elle est entrée à l'âge de sept ans dans une fonderie de caractères, où elle ne fit que composer d'abord, c'est-à-dire ranger des caractères dans une rainure de bois. Plusieurs années après, vers l'âge de dix-huit ans, elle se fit polisseuse. Vers l'âge de vingt et un ans, elle commença déjà à éprouver des accidents causés par le plomb; elle eut successivement plusieurs coliques et resta longtemps indisposée. Vers l'âge de trente-trois ans, elle fut prise de paralysie des extenseurs de l'avant-bras droit, du pouce et de l'index gauche. Cette paralysie, qui n'a disparu qu'en partie, persiste encore. Elle a été sujette de plus à des douleurs arthralgiques fréquentes. Les règles n'étaient pas très-régulières. Malgré cela, elle est devenue enceinte douze fois, et douze fois elle a fait une fausse couche de deux à trois mois.

Depuis six mois les règles ont cessé. Cette femme a encore actuellement tous les symptômes de la cachexie saturnine : le teint plombé, jaune, la perte des forces, le liséré très-marqué.

Ces deux observations, ainsi que le fait remarquer M. Constantin Paul, sont effectivement très-dignes d'attention : une femme se marie, met au monde une fille qui est aujourd'hui âgée de trente ans. La menstruation et la grossesse n'ont jamais présenté un phénomène anormal. Cette femme se met à travailler aux caractères d'imprimerie, y contracte une intoxication saturnine légère et devient enceinte de nouveau : six grossesses se terminent par six avortements. Des circonstances forcent cette femme à quitter ses travaux lorsqu'elle devient enceinte au bout de trois mois. La grossesse se passe bien; l'enfant vient à terme, mais meurt à onze mois. La femme n'était pas encore complétement délivrée de son état saturnin.

L'autre a vécu dans une intoxication saturnine perpétuelle; douze fois elle devient enceinte, et autant de fois elle avorte.

En rapprochant ces deux observations de celles qui sont contenues dans le travail précité, on arrive à un total de 89 sujets, que M. Constantin Paul a examinés à ce point de vue.

Sur ce nombre, 31 femmes ont eu des grossesses survenues pendant qu'elles étaient exposées à l'action du plomb.

En somme, 141 grossesses ont été constatées, sur lesquelles il y a eu :

82 avortements;
4 accouchements prématurés;
5 mort-nés;
20 enfants morts dans la première année;
8 — morts dans la deuxième,
7 — morts dans la troisième, etc.

En présence de ces faits, l'intoxication saturnine devra donc désormais entrer en ligne de compte dans la supputation des causes possibles d'avortement et de naissance d'enfants mort-

(1) Au sujet d'un nouveau mode de traitement de la colique de plomb. Voir le numéro du 9 mars.

nés, et dans la recherche des indications à remplir pour prévenir cette chance d'accidents.

Enchondrome du bras.

Un homme est sorti il y a quelques jours des salles de M. Velpeau, à la Charité, où il avait attiré pendant quelque temps l'attention des nombreux élèves et médecins qui suivent ce service. Cet homme présentait un exemple remarquable de ces énormes tumeurs que l'on désigne depuis un certain nombre d'années sous le nom d'enchondromes. Cette tumeur, comprenant l'épaule et la plus grande partie du bras, rappelle assez bien par sa forme générale celle d'un énorme gigot de mouton; elle pèse environ une quarantaine de livres, autant qu'il est possible d'apprécier son poids; elle a une circonférence horizontale de 110 centimètres et de 55 de haut en bas. Du reste, ce n'est pas le volume qui est le point intéressant à considérer dans cette tumeur, mais bien sa nature. Le diagnostic ne pouvait être douteux. Le développement seul de la tumeur, sa consistance, son élasticité particulière avec absence de fluctuation, son indolence même et son peu de réaction sur l'économie, enfin la circonstance de son insertion évidente sur l'humérus, tout concourait à démontrer qu'on avait affaire là à un enchondrome.

Nous ne rappellerons pas, à l'occasion de ce nouvel exemple d'une affection qui n'est pas rare d'ailleurs, à en juger par les nombreux exemples qui ont été rapportés, les principaux caractères anatomo-pathologiques que présentent ces sortes de tumeurs dans les diverses phases de leur évolution. Ce serait répéter ce qui a été déjà si bien décrit dans les nombreux articles que la *Gazette des hôpitaux* a publiés sur ce sujet dans ces dernières années. Nous renverrons notamment les lecteurs à l'excellent Mémoire de M. Nélaton, publié en 1855 (numéro du 25 janvier), aux leçons de ce même professeur, reproduites en 1857 par M. Aug. Voisin, au travail plus récent de M. Dolbeau, et enfin aux diverses communications faites à la Société de chirurgie.

Nous signalerons seulement quelques-unes des particularités que M. Velpeau a fait remarquer à cette occasion à ses élèves, par exemple la singulière prédilection que ces sortes de tumeurs semblent affecter pour la région supérieure du bras. Les deux tiers au moins, sinon même les trois quarts de ces tumeurs, suivant lui, occuperaient le bras ou l'épaule. Sur vingt et quelques cas d'enchondrome qu'il a eu l'occasion d'observer, il a remarqué qu'il y en avait au moins une quinzaine dont le siége était au membre supérieur. Il a eu en même temps sous les yeux deux exemples tout à fait semblables à celui-ci, il y a plus de trente ans, à l'hôpital de la Clinique, dans le service de M. Roux; et il y a quelques années, il avait dans son service une jeune fille qui présentait une tumeur du même genre au bras gauche. (L'histoire de cette malade a été publiée par M. Bauchet, alors son interne.)

M. Velpeau n'a pas jugé à propos d'opérer ce malade, pour deux raisons : la première, c'est que la tumeur, dont le point de départ principal est à l'humérus, paraît aussi tenir, d'autre part, à l'acromion et au scapulum lui-même. On n'aurait donc pu l'extraire sans enlever une partie de cet os. Mais n'y eût-il pas eu cette difficulté, il n'aurait pas opéré davantage. Ce n'est jamais impunément, en effet, qu'on enlève de pareilles masses qui sont devenues en quelque sorte comme des espèces d'organes adventifs à l'existence desquels l'organisme s'est habitué. Dans l'un des cas précités que M. Velpeau eut l'occasion d'observer à l'hôpital de la Clinique, et qui fut opéré sous ses yeux par M. Roux, bien que la tumeur fût beaucoup moins considérable que celle-ci (elle ne pesait que 18 livres), le résultat fut fatal. Le malade, quoique d'une forte et robuste constitution, mourut le lendemain de l'opération; sans hémorrhagie, sans aucun accident quelconque qui pût expliquer cette issue funeste; il succomba à cette sorte d'épuisement nerveux qu'entraînent si souvent les grands délabrements de l'économie.

Il est encore une circonstance dans ce fait qui a fourni à M. Velpeau l'occasion de faire une remarque qui a son importance pratique. Le malade en question, après un séjour de quelques semaines dans les salles, a demandé à sortir, et aux observations qui lui ont été faites pour l'engager à rester, il a opposé une telle insistance qu'on a dû finir par obtempérer à une volonté aussi formelle. Or, a fait remarquer M. Velpeau; cette circonstance, insignifiante en apparence, prend quelquefois le caractère d'un véritable signe pronostique fâcheux. Toutes les fois, a-t-il dit, qu'un malade atteint d'une affection sérieuse, mais dont l'état cependant ne comporte pas un pronostic grave, au moins immédiatement, demande ainsi à quitter l'hôpital sans motif réel, sans que rien paraisse donner à ce désir une raison logique quelconque, et alors que ce malade a au contraire le plus besoin des soins et du repos qu'il y trouve, regardez cela comme un signe grave.

Ce pronostic, il faut le dire, était fondé ici sur une circonstance qui n'en justifiait que trop la gravité. Cet homme qui jusque-là ne s'était jamais plaint, et qui, eu égard à son état général, n'était en réalité point malade à proprement parler, éprouvait depuis quelques jours de la faiblesse, du malaise, de la perte d'appétit, avec un léger mouvement fébrile. Un examen attentif de la tumeur avait fait reconnaître en même temps l'existence sur quelques points d'une teinte légèrement rosée et d'une consistance un peu plus molle dans ces mêmes points que dans le reste de la tumeur. Or, si l'on se rappelle quelle est la marche ordinaire de ces tumeurs et quel est le dernier terme habituel de leur évolution, il n'était pas douteux que ces signes que l'on assistait au commencement de la période de désorganisation de l'enchondrome. Tout porte donc à croire que cet homme ne tardera pas à succomber aux progrès de ce travail de désorganisation.

RÉSUMÉ D'OBSERVATIONS OZONOMÉTRIQUES
faites à des époques différentes.

Par M. le docteur THIRION, des salines de Gouhenans.

J'ai l'honneur de soumettre aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* le résumé de 116 observations ozonométriques faites à des époques différentes : ainsi; 12 observations depuis le 19 août 1860 jusqu'au 31 du même mois; 26 en septembre; 32 en décembre; 30 en janvier 1861; et 16 en février dernier.

Le papier réactif étant placé au nord, à trois mètres au-dessus du sol, et avec les précautions pour le préserver de l'influence du soleil, de la pluie, etc., toutes ces observations ont été faites à six ou sept heures du matin et à six heures du soir.

Sur ces 116 expériences, 82 ont été avec réaction et 34 sans réaction. Les époques où la présence de l'ozone s'est décelée sont par ordre de fréquence : — décembre, 29 réactions sur 32 expériences, — septembre, 17 réactions sur 26 expériences, — janvier, 16 réactions sur 30 expériences, — février, 11 réactions sur 16 expériences, — août, 9 réactions sur 12 expériences.

Si nous recherchons actuellement l'influence de la direction du veut et celle de l'état du ciel sur l'ozone, nous trouvons qu'il y a eu 42 fois production d'ozone par les vents d'ouest, nord-ouest et sud-ouest; 40 fois production du même agent par les vents d'est, de sud-est, du sud, du nord et du nord-est.

Les 34 expériences sans réactions ont eu lieu par les vents du sud, du sud-est, du nord, du nord-est, d'ouest et du nord-ouest.

La pluie ou la neige sont les seuls états du ciel qui aient eu, d'après nos observations, une certaine action sur la production de l'ozone, notamment sur son intensité.

Nous avons constaté la présence de l'ozone depuis + 23°,5 centigrades jusqu'à — 11°,5, et par des températures moyennes de + 15°,5 à — 9°,9 centigrades. L'intensité de cet agent s'est plutôt manifestée dans les mouvements ascensionnels du thermomètre que dans ses mouvements d'abaissement.

Le papier ozonométrique nous a constamment indiqué des quantités très-variables d'ozone atmosphérique depuis 736,40 millimètres de la colonne barométrique jusqu'à 769,44 millimètres. Les réactions les plus fortes ont oscillé entre 746,68^{mm} et 760,23^{mm}.

Pour compléter ce résumé, il nous reste à examiner les liaisons qui ont pu exister entre la présence ou l'absence de l'ozone atmosphérique et les maladies que nous avons observées.

Après avoir fait le dépouillement de ces maladies et les avoir mises en rapport avec nos expériences, nous avons remarqué :

1° Des affections diverses par tous les tons de la gamme ozonométrique;

2° Cependant, depuis 9° jusqu'à 13° de cette même gamme où l'ozone est en assez forte proportion (autrement où les teintes sont assez foncées), c'étaient plutôt des angines tonsillaires, des bronchites catarrhales, des pleurésies, des pneumonies, qui régnaient.

3° Les jours où il y avait absence d'ozone, ou lorsqu'il était en faible quantité, l'embarras gastrique, les coliques, la diarrhée, la dyssenterie, etc., se rencontraient plus fréquemment.

Sans doute les maladies que nous venons de désigner ont aussi d'autres causes, telles que la température, ses transitions, l'humidité, la mauvaise nourriture, etc.; mais il est cependant assez remarquable que leur manifestation coïncide précisément avec l'intensité ou l'absence de l'ozone.

OBSERVATION DE MÉNINGITE ÉPILEPTIFORME,

Par M. le docteur PAGÈS (de Castel-Sarrazin).

Mme X..., âgée de dix-neuf ans, est nourrice d'un enfant de quatorze mois. Cette jeune femme, mariée depuis deux ans environ, est mobile de caractère, et s'était fait remarquer de ses compagnes par des excentricités d'humeur qui n'avaient cependant jamais offert aucune apparence d'aliénation. Sa mère est morte, m'a-t-on dit, d'une maladie qu'on n'a pu préciser, mais dont le caractère a été un long délire continu. Un de ses cousins germains a été traité par nous, et a succombé l'an dernier, âgé de trente-cinq ans, à une méningite aiguë.

Depuis quelques jours, Mme X... éprouvait du malaise et de la faiblesse, avec diminution d'appétit. Elle prétendait avoir beaucoup maigri, accident qu'elle attribuait à l'allaitement; sur mon avis, elle sèvre son enfant pendant la nuit.

Quelques jours après (7 janvier), cette femme est prise de frissons et d'un peu de fièvre; elle se plaint de courbature. Je l'engage à sevrer complétement son enfant, et lui ordonne 50 grammes d'huile de ricin.

Le lendemain, douleur vive à l'épaule gauche, que nous prenons pour une affection rhumatismale. — Frictions à l'huile camphrée.

Le 9 janvier, la malade se lève et vaque à ses affaires.

Le 10, malaise et légers frissons, qui ne l'empêchent pas de se lever. Vers midi, elle fait part à son mari de quelques réflexions qui le frappent par leur étrangeté. Elle prétend qu'une bonne pour laquelle elle avait auparavant de la sympathie et de l'estime, l'a volée; son regard est en même temps singulièrement animé. Arrivé immédiatement, je trouve cette femme en proie à des idées exagérées, présentant le pouls petit, à 120 environ. Au reste, aucune douleur à la tête. On la met au lit. Les conjonctives deviennent injectées; le regard est étrange. — Douze sangsues à la partie interne des cuisses.

Le 12, l'idée fixe de la malade a pris la forme du délire; elle croit voir des gens dont la vue lui déplaît; elle veut les chasser. — Révulsifs intestinaux; sels de soude; calomel; glace sur la tête; 10 centigrammes de musc à l'intérieur.

Le 13, on ne peut la contenir; elle crie et vocifère que le feu est à son lit, qu'elle va se brûler. — Ventouses.

Le 14, même état. *On observe de légères convulsions, tantôt cloniques, tantôt toniques.* Il y a de la roideur dans le sens de l'extension du bras droit, qui se laisse difficilement fléchir; les yeux sont hagards, les pupilles largement dilatées; délire continuel; elle ne répond plus à aucune question; *une écume mousseuse à grosses bulles, mais non sanguinolente,* se répand sur ses lèvres à plusieurs reprises. Le ventre n'est ni douloureux ni tendu; les urines sont involontaires, mais la constipation est opiniâtre. Aucune douleur à la pression abdominale; légers gargouillements dans la fosse iliaque gauche; quelques taches rosées lenticulaires sur la région épigastrique. On croit remarquer quelques alternatives dans l'état fébrile. — Sulfate de quinine.

Le 14, l'état s'aggrave; délire ardent alternant avec un coma qui dure des heures entières. — Opium, 15 centigrammes d'extrait dans 120 grammes de véhicule pour les vingt-quatre heures.

Du 15 au 19, même état. — Même prescription.

Le 19, moins de coma; lueur d'intelligence; idées moins confuses; la malade répond à quelques questions.

Le 20, l'intelligence est complétement revenue; la malade se plaint des douleurs provoquées par les vésicatoires et les sinapismes. Elle réclame son enfant. Mais l'état général prend la forme de l'adynamie que revêtent à la fin de leur cours les fièvres typhoïdes; de plus, quelques accès qui cèdent à l'usage de la quinine.

Le diagnostic, dans ce cas, m'a paru d'abord embarrassant.

En effet, la maladie a débuté d'abord sous forme d'un état saburral, suivi bientôt d'une espèce de fièvre muqueuse. Mais ici le problème devient complexe. Cet état est-il le prodrome d'une maladie qui va débuter, ou bien n'est-il que le résultat des conditions dans lesquelles se trouve une jeune nourrice épuisée par un enfant glouton?

Malheureusement cet état bénin en apparence ne se prolonge pas longtemps; la maladie prend une forme aiguë, le délire survient; nouvel embarras, en raison du caractère bizarre de la malade, de ses habitudes exceptionnelles et de ses aberrations d'humeur. Mais bientôt le délire augmente, l'état fébrile devient intense. Nous devons nous prononcer et agir. Les antécédents, l'état d'épuisement dont s'est d'abord plainte la jeune femme et qui peut jouer le rôle de cause prédisposante, les taches rosées, lenticulaires, observées sur la région épigastrique, le délire qui suit une marche progressive, doivent éveiller dans notre esprit le tableau des fièvres typhoïdes à forme ataxique que nous n'avons que trop l'occasion d'observer journellement. Mais d'un autre côté, nulle souffrance du côté du ventre, constipation opiniâtre, pas de soubresauts dans les tendons, pas d'épistaxis, et au milieu de ce doute de légères convulsions, de l'écume à la bouche et puis du coma.

Pourquoi ne pas songer à des accidents épileptiformes? Cette jeune personne est issue de parents exaltés; elle l'est elle-même; sa mère est morte d'une maladie avec délire.

Qui ne connaît les liens de l'épilepsie et de l'aliénation mentale? Celle-ci ne se trouve-t-elle pas souvent liée aux maladies aiguës ou chroniques du cerveau?

Néanmoins il existe chez notre malade un phénomène important, c'est la fièvre, et l'épilepsie est une maladie éminemment apyrétique. Au reste, les symptômes épileptiformes n'ont été que postérieurs aux autres symptômes morbides; ils ont été de courte durée; ils ont été incomplets; ils n'ont été en somme qu'une des manifestations insolites de la maladie, et n'ont évidemment constitué que des accidents purement épileptiformes amenés par une lésion autrement grave des centres nerveux. Quelle est donc cette lésion?

Est-ce une simple congestion? La congestion cérébrale a quelquefois des prodromes; mais ces prodromes ne sont pas ceux observés dans ce cas. De plus, on a divisé la congestion en brusque et lente, et ici les accidents n'ont pas eu l'instantanéité des premières; ils sont survenus peu à peu et ont témoigné un travail progressif et grave en même temps s'opérant dans le cerveau : les frissons, le délire progressif, l'état fébrile, sont incompatibles avec cette espèce de congestions. Sont-ils plus facilement conciliables avec les congestions lentes? Encore moins. Cette dernière espèce offre une marche lente, une chronicité dans les accidents nerveux, qui contrastent d'une manière absolue avec l'acuité observée dans le cas actuel.

Nous arrivons ainsi par voie d'exclusion aux inflammations du cerveau ou des méninges, et c'est à cette dernière opinion que nous devons nous ranger.

En effet, nous remarquerons ici les antécédents de famille, le caractère de la malade, son état de nourrice en travail de sevrage (tout n'a pas été dit à ce sujet). Des frissons comme symptômes précurseurs, un état fébrile marqué, le délire progressif et violent, la dilatation des pupilles, les taches rosées lenticulaires, signalées par M. Tourdes dans les méningites cérébrales, les convulsions, le coma, enfin une physionomie spéciale que connaissent parfaitement ceux qui ont eu occasion de traiter les maladies de cette espèce, et par-dessus tout les caractères négatifs d'une fièvre typhoïde, n'est-ce pas assez pour convaincre qu'on a eu à traiter une méningite cérébrale? C'est donc en définitive à cette opinion que nous nous sommes arrêté.

Cette observation nous paraît donc être un exemple de méningite, mais d'une méningite avec des accidents épileptiformes.

Il y a donc plus que des congestions à formes épileptiques ; il y a aussi des méningites, il doit y avoir des cérébrites : c'est-à-dire que le système nerveux peut, sous l'influence d'une foule de causes, exprimer ses souffrances par une foule de manifestations diverses ; ce seront tantôt des accidents éclampsiques, tantôt des accès épileptiques, tantôt des phénomènes simplement épileptiformes, et le praticien, dans ces divers états qui peuvent revêtir toutes les combinaisons, se trouvera dans un grand embarras, surtout s'il lui arrive parfois de traiter une maladie inflammatoire de l'encéphale survenant chez un malade déjà épileptique.

Si je me suis livré à une pareille digression, c'est que je ne vois guère le profit et le résultat des débats soulevés naguère à l'Académie. Je crains surtout qu'on n'exagère l'importance des signes tirés de la perturbation du système nerveux ; signes qui offrent une si grande variété et une si grande inconstance ; signes qui surviennent si souvent d'une manière sympathique à l'occasion d'affections même étrangères aux centres nerveux. Cette discussion nous a appris ce que nous savions déjà, c'est qu'il existe des congestions épileptiformes, des méningites épileptiformes, des cérébrites épileptiformes, que l'on peut quelquefois confondre avec l'épilepsie véritable, et réciproquement de véritables épilepsies qui prennent l'aspect d'affections plus graves du cerveau.

Mais il est un principe qui en thérapeutique sauvegarde le praticien ; c'est qu'il faut toujours, quand on est dans le doute et que diverses affections envahissent ensemble l'organisme, combattre la plus grave, pour voir s'éteindre l'autre quand elle lui est essentiellement liée, ou combattre celle-ci à son tour après avoir paré au danger le plus grand.

C'est là ce qui a dirigé notre conduite. Sous l'influence d'une médication antiphlogistique et révulsive, et en suivant plus tard la méthode éminemment heureuse préconisée par M. Chauffard (l'opium à haute dose), nous avons été assez heureux pour voir s'évanouir, avec une des maladies les plus graves qui attaquent l'espèce humaine, quelques accidents nerveux à forme épileptique qui auraient pu revêtir une forme beaucoup plus tranchée, mais qui n'en étaient pas moins liés à la maladie principale et ne devaient occuper le médecin que comme un symptôme transitoire ou un accident secondaire.

PARALYSIE PHARYNGÉE

consécutive à une angine pultacée.

Par M. le Dr E. Larrès.

Appelé le 23 septembre dernier auprès d'une jeune femme, Cl. B..., âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament sanguin, je constatai tous les symptômes ordinaires d'une angine pultacée, tels que malaise, céphalalgie intense, brisement dans les membres, fièvre, grande gêne dans la déglutition, voix fortement nasonnée, interrompue à certains moments par le sentiment de sécheresse à la gorge et un besoin impérieux de relever la tête. Ses règles, régulières mais peu abondantes, venaient d'avoir lieu ; elles ne s'accompagnaient pas habituellement de maux de gorge.

L'inspection de l'arrière-bouche présente l'état suivant : couche membraneuse, épaisse, blanchâtre, tapissant les amygdales et la muqueuse pharyngienne ; les piliers antérieurs du voile du palais, la partie supérieure et postérieure de celui-ci et la luette sont enflammés à un haut degré ; les amygdales sont en outre légèrement tuméfiées. Une application de huit sangsues au cou, des boissons émollientes, un gargarisme astringent le troisième jour, et le suivant un purgatif à l'huile de ricin, amenèrent une amélioration telle, que la malade crut désormais pouvoir se dispenser de mes soins pour achever sa guérison.

Mais quinze jours après je la revois, et quel est mon étonnement de ne trouver aucun changement dans l'émission de la voix ni de son timbre ! Elle m'avoua qu'elle ne souffrait pas, mais qu'elle éprouvait toujours une grande gêne en parlant, et qu'elle était obligée de faire de violents efforts pour avaler. Ne trouvant absolument rien de particulier dans la cavité bucco-pharyngienne, je reconnus que j'avais affaire à une de ces paralysies tout récemment mentionnées, et pendant une dizaine de jours j'eus successivement recours à des potions avec 10, 15 et 20 gouttes de teinture de noix vomique prises par cuillerées de trois en trois heures, au chlorate de potasse en tisane et au quinquina. Ce traitement ne produisant aucun effet appréciable, je fis les prescriptions suivantes :

1° Embrocations extérieures au cou faites avec un liniment ainsi composé :

Alcool camphré.	25	grammes.
Teinture de noix vomique.	3	—
Ammoniaque.	2	—

Mêlez.

Répéter quatre fois par jour les frictions, et s'envelopper d'une épaisse cravate de laine.

2° Matin et soir, inspirations de vapeur d'eau de sureau, d'un quart d'heure chaque fois.

Le premier jour de l'emploi de ces moyens, ma malade éprouva le plus grand soulagement ; il lui semblait, me dit-elle, qu'elle sentait insensiblement des cordes serrant sa gorge se distendre. Cinq jours après toute gêne avait disparu, et la voix était redevenue naturelle. Il y a environ cinq semaines que cette guérison ne s'est point démentie.

Une seule observation peut sans doute n'être pas suffisante pour ériger en méthode l'emploi des derniers moyens de ce traitement, mais l'amélioration a suivi de si près et d'une façon si évidente leur administration, que je me sens autorisé à leur accorder une grande confiance, d'autant que, dans les rapports déjà faits, il est notoire que les guérisons obtenues ont été *fort lentes*. Je ne me dissimule pas, je le répète, le peu d'importance d'une observation isolée ; mais quand elle est minutieusement recueillie et qu'un succès complet en découle, il est rationnel de l'attribuer à une médication précise et ponctuellement suivie. L'illustre professeur, M. Trousseau, ne disait-il pas, il y a peu de temps, qu'un fait seul pouvait porter son enseignement ?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 mars 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Depaul demande à ajouter un détail à la présentation qu'il a faite dans la dernière séance.

M. Depaul a présenté une pièce relative à un bec-de-lièvre opéré sur un nouveau-né. En continuant ses recherches sur cette pièce, il voulut s'assurer de l'état du cerveau. Le cerveau était sain, et ne présentait aucune anomalie. Seulement la substance cérébrale était fortement congestionnée, injectée ; et cette congestion, tout à fait pathologique, était surtout évidente dans le lobe droit. On voyait même de ce côté un épanchement sanguin entre la table interne et les circonvolutions. Mais il existait de plus sur le pariétal droit un céphalématome intéressant, parce qu'il était récent et qu'il peut servir à la solution de quelques questions relatives à cette lésion, et surtout à son point de départ.

Parmi les diverses théories qui ont été émises pour expliquer l'étiologie du céphalématome, il en est une qui admettait une altération primitive de l'os : il suffit de jeter les yeux sur cette pièce pour se convaincre que l'os pariétal n'était pas altéré primitivement et que toutes ces lésions, congestion cérébrale, épanchement sanguin à la surface du cerveau, céphalématome, tiennent à une même cause, à la lenteur et à la difficulté du travail de délivrance.

Cette pièce, continue M. Depaul, présente encore un grand intérêt à un autre point de vue, je veux parler du bourrelet saillant qui encadre l'épanchement sous-périostique. Un auteur (M. Valleix, je crois) a émis l'opinion que ce bourrelet était constitué par un dépôt calcaire autour du céphalématome, entre le périoste et l'os, et n'était pas dû à la dépression de la portion osseuse sur laquelle existait l'épanchement. On peut vérifier sur cette pièce la vérité de cette assertion. On voit et l'on sent très-distinctement ce dépôt calcaire tout autour du céphalématome. Ce dépôt est peu considérable encore, car l'accident était encore tout récent, mais enfin il existe.

Ces dépôts, au début, forment une couche mince, comme foliacée, que l'on peut déprimer et qui craque sous le doigt : plus tard ce dépôt s'organise, le bourrelet se rétrécit à mesure que le sang se résorbe, et finit par s'affaisser et disparaître.

Enfin, *a priori*, on pourrait croire qu'il y a un épanchement du côté de la table interne du pariétal, correspondant à l'épanchement sous-périostique ; mais, en examinant la pièce avec soin, on peut se convaincre que cette teinte noirâtre que l'on aperçoit est due et au contact de l'os avec l'épanchement intra-crânien dont il a déjà été fait mention, et aussi à la minceur du pariétal, qui laisse voir le céphalématome par transparence.

M. Giraldès a pu voir un grand nombre de céphalématomes pendant qu'il était à l'hospice des Enfants assistés, et ses observations confirment l'opinion de M. Depaul. — Quand le céphalématome était récent et que M. Giraldès l'avait ponctionné, il n'existait pas de bourrelet. Le bourrelet se formait plus tard, et alors le périoste était épaissi et infiltré d'exsudat plastique ou calcaire.

M. Chassaignac approuve d'autant plus les idées émises par M. Depaul que, pour lui, la formation de ce cercle osseux doit être rattachée à une grande loi qui s'applique à ce qui se passe dans tous les os soumis à une irritation. Toutes les fois qu'un os est irrité dans un point, par une cause quelconque (fractures compliquées, productions accidentelles, luxations anciennes, etc.), il se forme autour de ce point un cercle osseux, ou des stalactites osseuses. — Dans le céphalématome, le cercle osseux se rétrécit à mesure que le sang se résorbe, et il s'amincit à la périphérie, tandis qu'il s'épaissit vers le centre. Il arrive un moment où il n'y a plus de sang, plus de cadre osseux saillant, mais, au centre, l'exsudat sous-périostique qui vient de se former forme une élevure qui s'affaissera à son tour.

CORRESPONDANCE.

M. le secrétaire général dépose sur le bureau le tome 1er de la 2me série des *Bulletins de la Société de chirurgie* (année 1860.)

— M. le docteur Viaud-Grand-Marais adresse à la Société un exemplaire de ses *Etudes médicales sur les serpents de la Vendée et de la Loire-Inférieure*. Nantes, 1860, in-8°.

— M. Guersant fait don à la Société des œuvres d'Hippocrate, édition gréco-latine de Foes. Genève, 1657, in-folio.

— M. le docteur Joire, professeur à l'école de médecine de Lille, adresse une observation manuscrite, intitulée : *Hernie étranglée ; opération ; mort ; perforation intestinale*. (Commissaire, M. Verneuil.)

— M. le docteur Letenneur, membre correspondant, à Nantes, adresse un travail et une observation sur l'*exostose sous-unguéale*. Ce travail sera lu en séance dès que l'ordre du jour le permettra.

— M. le docteur Vauthier, de Troyes, dépose sur le bureau l'extrait suivant du *registre des procès-verbaux* de la Société médicale de l'Aube :

« La Société médicale de l'arrondissement de Troyes a décidé dans » sa séance du 7 mars 1861, que la nommée Z. L.., atteinte d'une » tumeur de l'os maxillaire supérieur droit, serait présentée à la » Société de chirurgie de Paris par M. le docteur Vauthier.

» Troyes, le 12 mars 1861.

» *Le président*, signé Carteron. »

— M. le président propose d'accorder immédiatement à M. Vauthier un tour de faveur. (Adopté.)

M. Vauthier expose ainsi le fait soumis à la Société :

Il y a un an environ, vers le mois de février 1860, la femme X.. vint le consulter. Elle présentait une tuméfaction à la joue droite, au niveau de la fosse canine. La malade faisait remonter l'apparition de cette grosseur à un an environ. Il existait, dans cette région, une tumeur de la grosseur d'une petite noix, dure, bien limitée, placée sur la paroi antérieure du sinus maxillaire, et soulevant la joue, que l'on pouvait bien circonscrire à travers les téguments et par la rainure gingivale, mais ne déterminant aucune déformation du côté du nez, de l'œil et de la voûte palatine. Cette tumeur était le siége de douleurs assez vives, lancinantes. Elle offrait partout une dureté considérable. M. Vauthier, en raison des douleurs et de leur caractère, pensait qu'il s'agissait d'une tumeur de nature suspecte, et prit l'avis de ses confrères. L'un d'eux émit l'opinion formelle qu'il s'agissait d'une *exostose éburnée* ; la plupart se rangèrent à l'opinion de M. Vauthier ; tous furent d'avis qu'il fallait opérer la malade.

M. Vauthier avait d'abord songé à enlever tout le maxillaire, mais en raison de la localisation parfaite de la tumeur, et ébranlé par l'avis du confrère qui pensait qu'il s'agissait seulement d'une exostose éburnée, il se décida à enlever toute la production avec les dents correspondantes, ce qu'il fit à l'aide de la gouge et du maillet, après avoir fendu la joue suivant le procédé de M. Velpeau. La tumeur enlevée, M. Vauthier et les confrères qui assistaient à l'opération s'assurèrent avec le doigt de l'état des parties environnantes et pensèrent que les parties respectées étaient parfaitement saines.

M. Vauthier néanmoins rugina encore avec insistance les lamelles osseuses sur lesquelles avait porté la section. La guérison fut très-rapide.

Quelques mois s'étaient à peine écoulés que M. Vauthier s'aperçut que les parties qui avaient été le siége de l'opération étaient un peu gonflées ; un mois après il n'y eut plus de doute, et la tumeur repullulait. Depuis un mois la malade est rentrée à l'hôpital de Troyes, dans le service de M. Vauthier, et la tumeur fait des progrès rapides.

La tumeur est plus grosse que lors de la première opération, et elle détermine des douleurs lancinantes très-vives : le toucher les exaspère.

En raison de cette reproduction et de l'existence de douleurs lancinantes, M. Vauthier craint qu'il ne s'agisse d'une tumeur de mauvaise nature et hésite à y toucher. Il a présenté la malade à la Société de médecine de Troyes, et la Société a alors décidé de l'adresser à la Société de chirurgie de Paris et de lui demander son avis.

M. Vauthier présente d'abord la pièce qu'il a enlevée : elle est du volume d'une noisette, ovoïde, dure, sans bosselures. Elle a été sciée, et la coupe est dure, comme éburnée au centre et vers la partie supérieure. On remarque sur cette coupe une dizaine de petits trous, de petites vacuoles, les uns pouvant admettre une tête d'épingle, les autres un peu plus grandes, d'autres plus petites. On trouve encore dans quelques-unes de petits filaments grisâtres, des tractus comme fibreux. A la partie supérieure la tumeur est surmontée par une petite portion de tissu osseux aréolaire, comme spongieux. Ce prolongement est gros comme un petit pois. Les dents restent adhérentes à la pièce et ne sont pas vacillantes.

M. Bauchet. Cette tumeur est bien limitée, bien circonscrite ; elle remonte jusqu'à un demi-centimètre environ du rebord inférieur de l'orbite, latéralement elle s'étend jusqu'au niveau de l'articulation de l'os de la pommette, et en dedans s'arrête à un demi-centimètre aussi de l'os propre du nez du côté droit. La joue est saillante, mais les téguments sont sains et n'ont contracté aucune adhérence avec la tumeur. Il n'y a aucune difformité du nez, aucune trace d'exophthalmie, aucune saillie du côté de la portion de la voûte palatine qui a été respectée ; les parties voisines, les ganglions sont intacts ; la santé est parfaite.

La tumeur est dure, résistante, douloureuse, surtout au niveau du trou sous-orbitaire ; pourtant, ainsi que M. Vauthier l'a du reste fait remarquer, il y a un ou deux points où la tumeur est dépressible, où on peut enfoncer un peu sa surface : je n'ai pas senti de craquement parcheminé, mais il peut, il doit exister.

Je n'hésite donc pas à dire que cette tumeur doit rentrer dans la classe des *tumeurs bénignes*, c'est-à-dire des tumeurs longtemps (et quelquefois toujours) limitées à l'os sur lequel elles ont pris leur origine.

Mais quelle est la nature de cette tumeur ? En raison de son siége, de sa forme, de son évolution, et après avoir examiné la pièce qui nous a été présentée, je pense qu'il s'agit d'une *tumeur fibreuse du maxillaire supérieur*.

Les corps fibreux du maxillaire affectent deux formes distinctes : tantôt ils forment une seule masse et sont renfermés dans une cavité qui les enkyste, d'autres fois ils sont comme infiltrés à travers le tissu osseux. Dans ces conditions, on rencontre des îlots de tissu fibreux au milieu du tissu osseux, et, comme ce tissu détermine par sa présence une irritation dans le tissu qui l'environne, il s'établit une hyperostose circonvoisine. Ce tissu fibreux lui-même s'ossifie, et prend alors le caractère éburné.

Dans ces tumeurs, ainsi que je l'ai établi dans ma thèse inaugurale (1854) *sur les tumeurs fibreuses du maxillaire inférieur*, on trouve quelquefois des amas de tissu fibreux comme enkystés, puis des traînées de tissu fibreux, et autour des productions osseuses de nouvelle formation, ou résultant de l'ossification de portions de la masse morbide ; parfois même le tissu osseux semble tellement prédominer que l'on ne trouve plus que de petites portions de tissu fibreux au milieu d'une masse dure, éburnée.

La tumeur fibreuse seule se présente avec les caractères que nous trouvons ici, et surtout avec ce signe que nous trouvons dans quelques places, avec des bosselures dépressibles ; là il y a eu résorption du tissu osseux ; il n'y a plus qu'une lamelle osseuse, et du tissu fibreux sous cette lamelle.

Ces productions fibreuses s'infiltrent à travers les os, et si on n'enlève pas toute la partie malade, la repullulation est inévitable. Dans le fait que j'ai rapporté (1854), le médecin qui avait fait une première opération avait enlevé tout ce qui était apparent, et la récidive eut lieu sur place : c'est qu'il était resté quelques petits tractus fibreux qui avaient échappé au doigt et aux recherches. J'ai enlevé toute la portion malade en 1854, et la guérison ne s'est pas démentie.

Mais il faut aller au delà des limites du mal : et si M. Vauthier avait suivi sa première idée, d'enlever tout le maxillaire ou au moins de dépasser davantage les confins de la tumeur, peut-être n'aurait-on pas eu de récidive.

Aujourd'hui je n'hésite pas à conseiller d'enlever la tumeur, de l'enlever complétement, de dépasser la circonférence du mal, et si l'opération est faite largement, il y a lieu d'espérer que la malade sera et restera définitivement guérie.

M. Huguier partage la même opinion, et conseille aussi une opération radicale. Il pense qu'on serait peut-être à l'abri d'une récidive si, au lieu de scier le maxillaire, on l'arrachait ; si, en un mot, on arrachait la tumeur avec les portions osseuses sur lesquelles elle est implantée.

M. RICHARD pense qu'il s'agit d'une exostose bien plus que d'une tumeur fibreuse, qu'en un mot les portions osseuses sont plus nombreuses que les portions fibreuses; il émet aussi l'opinion que (la tumeur ne pouvant pas être énuclée) l'on enlève le mal jusqu'au delà de ses limites.

M. HOUEL. Les tumeurs fibreuses sont difficiles à limiter : elles s'infiltrent dans l'os sur lequel elles ont pris naissance, et quelquefois gagnent les os voisins, et peuvent même envahir les os plus éloignés et qui ne sont pas directement en contact avec l'os primitivement affecté.

Ces tumeurs fibreuses s'ossifient, et leur dureté va même jusqu'à l'éburnation, propriété que possèdent seulement les tumeurs fibreuses accidentelles. Les portions osseuses voisines deviennent elles-mêmes le siége d'un travail en vertu duquel il se forme des productions simulant les exostoses, de l'hyperostose, en un mot.

Si maintenant, ajoute M. Houël, j'examine la tumeur qui a été enlevée et qui est mise sous nos yeux, je vois un tissu éburné, et par places des vacuoles qui ont renfermé sans nul doute des portions fibreuses : j'en retrouverais encore si je faisais macérer la pièce ; enfin je vois ici tous les caractères d'une tumeur fibreuse ossifiée dans une grande partie de son étendue.

Enfin, cette petite masse spongieuse est un prolongement de la production fibreuse, qui gagnait dans le maxillaire, et dont une partie a pu échapper à l'opération.

M. ROBERT croit aussi qu'il s'agit dans ce cas d'une tumeur fibreuse infiltrée, ossifiée par place, avec production osseuse dans quelques parties environnantes. Il faut enlever bien au delà des limites du mal ; il faut enlever largement, sans parcimonie ; peut-être est-il resté quelques parcelles de la production; peut-être une opération radicale guérira-t-elle la malade ; mais il ne faut pas perdre de vue que ces tumeurs se prolongent souvent plus loin qu'on ne le pense, et se montrent même, comme vient de le dire M. Houel, dans des os qui ne sont pas directement en rapport avec l'os primitivement malade. Peut-être ici faudra-t-il sacrifier une grande partie de l'os malaire droit.

M. GIRALDÈS. L'état de la tumeur éloigne l'idée d'une tumeur fibreuse simple. Il est possible que l'on ait affaire ici à ces affections des os qui attaquent les diverses pièces de la face et du crâne, et qui ont le triste privilége de produire des exostoses dans les os de ces régions. Il est donc à craindre que si on enlève la tumeur, on n'ait bientôt d'autres productions dans d'autres points.

M. Giraldès pense donc que l'on pourrait temporiser et observer la malade. Si la tumeur reste bien limitée, on l'enlèverait ; mais si on voyait paraître d'autres productions, on s'abstiendrait de toute opération.

M. CHASSAIGNAC. En présence de ce que nous a dit M. Vauthier, attendre, ce serait s'exposer à voir la tumeur envahir encore une étendue plus grande, et à sacrifier des parties que l'on peut encore respecter. Je ne donnerai pas tout d'abord le conseil de faire un large sacrifice. La tumeur est bien nettement circonscrite, l'orbite est respecté, la voûte palatine est intacte ; je serais donc d'avis d'attaquer d'abord la tumeur : ce serait une opération exploratrice ; puis, suivant ce que je rencontrerais, j'enlèverais plus ou moins du maxillaire et même une partie de l'os de la pommette. J'irais au delà des limites du mal, mais je n'enlèverais rien inutilement. Cette seconde partie du manuel opératoire serait l'opération définitive.

Quant à la nature de la tumeur, il ne faut pas s'appuyer sur son caractère de dureté pour rejeter l'idée d'une tumeur fibreuse; car j'ai vu des tumeurs fibreuses, franchement fibreuses, qui avant l'opération avaient la résistance des exostoses.

M. VERNEUIL appliquerait plutôt à la tumeur le nom de tumeur osseuse. Il pense qu'il faut opérer, opérer le plus tôt possible, et opérer largement, sans hésitation ; aller au delà des limites du mal, si l'on veut se mettre à l'abri d'une récidive.

M. VAUTHIER insiste sur la repullulation, la marche rapide de la tumeur, et surtout sur les douleurs lancinantes sur lesquelles il a déjà appelé l'attention de la Société.

M. BROCA. M. Vauthier me semble attacher trop d'importance aux douleurs, et surtout à leur caractère. Autrefois on attribuait ces signes spécialement aux tumeurs cancéreuses ; mais les productions dites cancéreuses donnent bien moins souvent lieu à ces douleurs que beaucoup d'autres tumeurs. Ici ces douleurs s'expliquent très-bien, quand on réfléchit au siége de la production. Il y a là un nerf important, renfermé dans un étui osseux, et qui est comprimé par le développement de la tumeur. Cela suffit bien pour comprendre les symptômess éprouvés par la malade. Les douleurs provoquées par l'exploration avec le doigt sont du reste surtout intenses au niveau du point d'émergence du nerf maxillaire supérieur.

M. VAUTHIER remercie la Société, et se propose de lui adresser la pièce quand il aura pratiqué l'opération, à laquelle, du reste, la malade est bien décidée.

Élection d'un membre titulaire. — La commission avait proposé : En 1re ligne, M. Foucher ; en 2e ligne, M. Trélat.

Votants : 29.

M. Foucher.	24 voix.
M. Trélat.	3 —
Voix perdues.	2 —
	29 voix.

En conséquence, M. le président annonce que M. Foucher est nommé membre titulaire de la Société.

Suite de la discussion sur la réduction des hernies.

M. VELPEAU. La question a déjà été envisagée sous un grand nombre de points de vue par les divers membres de la Société qui ont pris la parole ; M. Velpeau se bornera à fixer l'attention sur deux questions : l'une relative à la traction de l'intestin au dehors, après le débridement ; l'autre, à la réduction d'une anse intestinale perforée.

Relativement au premier point, j'ai écrit en 1839, continue M. Velpeau, qu'il n'était pas nécessaire d'amener l'intestin au dehors. Depuis lors, je suis moins exclusif, et je ne rejette pas cette pratique. J'ajouterai que, dans un grand nombre de circonstances, il est peu important de suivre telle ou telle règle de conduite. Or je vois que la plupart des membres de cette Société ont de la tendance à poser en principe que toujours, et quand même, il faut attirer l'intestin et l'examiner avant de le réduire. Loin de moi la pensée d'attaquer ce précepte ; mais l'autre, que je ne défends pas, pourrait aussi avoir quelques bonnes raisons en sa faveur.

Quand l'intestin est en bon état, que l'anse herniée est parfaitement saine, l'étranglement modérément serré, on peut suivre l'une ou l'autre pratique.

Mais si l'anse intestinale est altérée, que l'on redoute une réduction, il faut alors l'examiner avec soin, et, pour cela, l'attirer au dehors doucement et avec précaution.

Je ne parle pas, bien entendu, des cas dans lesquels l'intestin est gangrené, car nous sommes alors tous d'accord sur ce qu'il faut faire ; j'ai surtout en vue les cas où l'anneau constricteur est serré et peut couper l'anse herniée dans un ou plusieurs points, ou dans une étendue plus ou moins grande. Ces faits se présentent surtout dans les hernies crurales petites, marronnées, et passant à travers les ouvertures étroites et résistantes du *fascia crebriformis*.

Tantôt la perforation est complète. Si elle est assez large, l'on doit se comporter comme pour le cas où l'intestin est gangrené ; si elle est petite, nous en parlerons dans un instant.

Tantôt la perforation n'est pas encore complète, et la paroi intestinale est pourtant amincie, érodée. Le plus souvent, c'est la tunique séreuse qui persiste, alors que la muqueuse est détruite ; mais j'ai vu aussi des cas dans lesquels cette membrane était rompue, tandis que la muqueuse ou la tunique celluleuse avaient résisté.

Parfois l'intestin est coupé, mais la plaie est bouchée par l'anneau constricteur, et quand on lève l'étranglement, les matières s'échappent par la perforation que vous n'avez pas faite, mais que vous avez découverte.

Parfois aussi la perforation est incomplète, une ou deux tuniques ayant résisté, et c'est alors que la moindre traction un peu violente pourrait la compléter ; il faut donc agir avec une grande prudence, et l'on se trouve entre deux écueils. Repousser l'anse de suite dans le ventre, mais vous pouvez craindre qu'il n'y ait une perforation ; attirer cette anse à l'extérieur, et vous redoutez d'achever de déchirer l'anse intestinale si elle a résisté par une ou plusieurs de ses tuniques. On a semblé ne pas s'inquiéter de cette déchirure, et moi je n'ai jamais cessé de m'en préoccuper.

Il y a sans doute un certain nombre de circonstances dans lesquelles il est facile d'amener l'anse intestinale au dehors sans exercer de fortes tractions, mais on doit savoir aussi qu'il est des cas dans lesquels il faut employer une assez grande force. L'intestin peut être distendu, ou même adhérent au-dessus et au niveau de l'étranglement, et l'anse herniée resiste quand on veut l'attirer à l'extérieur.

Quand donc je sens l'intestin céder sans grands efforts, je l'attire à l'extérieur ; quand il résiste, je redouble de précautions, et il m'est arrivé, si je trouvais trop de résistance, de repousser doucement l'anse herniée jusqu'au-dessus de l'étranglement, toujours prêt à la retirer si j'avais vu le moindre écoulement de matières intestinales ; mais je n'agissais ainsi que quand l'étranglement était bien levé, et que rien ne me portait à admettre une perforation.

J'arrive au second point. Il m'a semblé que l'on avait quelque tendance à me faire dire que je conseillais de réduire un intestin perforé. Je n'ai jamais donné ce conseil ; j'ai rapporté les cas dans lesquels j'avais agi ainsi, et j'ai bien insisté sur ce que ces cas offraient de particulier. L'anse intestinale était saine, et ne présentait un petit pertuis que sur un point de son étendue. J'ai eu ainsi cinq succès : dans l'un d'eux, la perforation a été probablement déterminée par les tractions que j'ai exercées sur l'anse herniée ; dans un autre, il y a eu une fistule stercorale qui a guéri spontanément. Dans le fait de M. Bauchet, la malade n'a pas succombé à la suite de la réduction de l'anse intestinale perforée, mais elle est morte d'un érysipèle. Il y a eu un anus contre nature, mais un anus contre nature dans de bonnes conditions, sans éperon.

J'ai entendu parler un peu légèrement de l'établissement d'un anus contre nature. On en guérit beaucoup, c'est vrai ; quand l'anus est bien constitué ; mais il en est qui sont incurables, et combien de malades ne voyons-nous pas succomber avant que l'anus soit bien établi ! C'est une grave question aussi que celle qui est relative à la création d'un anus contre nature !

Le praticien est donc, en face de ces cas douteux, à se demander : Y a-t-il plus de dangers à réduire un intestin présentant une petite perforation, mais sain dans le reste de son étendue, qu'à le laisser au dehors ?

J'ai rapporté cinq cas dans lesquels j'ai réduit l'anse herniée, j'ai dit comment la guérison avait été obtenue ; j'ajoute à ces faits l'observation de M. Bauchet.

Quant au fait rappelé par M. Richet, il n'y avait pas de perforation au moment de la réduction ; mais l'intestin était malade, et j'avais hésité à le réduire. Or ce jeune homme se considérait comme guéri, et M. Richet doit se rappeler qu'il a commis de très-graves imprudences dans les jours qui ont précédé cette perforation. Si cette fausse membrane avait résisté un peu plus longtemps, si surtout ce jeune homme ne s'était pas livré *à des mouvements dangereux*, il serait probablement guéri, et peut-être en aurait-il été quitte pour un abcès que l'on aurait ouvert par la paroi abdominale.

Ce fait, à son début, ne peut pas être rapproché des précédents.

Voilà ce que j'ai fait, mais je ne donne pas cette conduite comme exemplaire ; j'ai évité à mes cinq malades un anus contre nature ; peut-être, si je me trouvais dans une pareille circonstance, agirais-je encore de la même manière ; peut-être établirais-je un anus contre nature.

Il est une considération qu'il ne faut pas perdre de vue : que l'on discute aussi longtemps que l'on voudra, que l'on apporte tous les faits connus, que l'on cherche à prévoir toutes les circonstances qui semblent possibles, les chirurgiens savent qu'il est impossible de poser des préceptes absolus pour la kélotomie. A chaque opération l'on se trouve devant un fait nouveau, et le chirurgien est obligé de trancher la difficulté. Il n'y a point à établir pour les hernies de règles absolues ; presque toutes ont leurs règles individuelles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Une triste nouvelle nous arrive de Strasbourg. M. le professeur Forget vient de succomber à une bronchite aiguë. C'est une perte cruelle pour le corps médical français, dont M. Forget était une des plus éminentes personnalités. Nous attendrons de plus amples détails sur les circonstances de ce déplorable événement, pour rappeler les titres nombreux qui assurent un regret universel et un long souvenir à la mémoire de ce savant et honorable confrère, que la *Gazette des Hôpitaux* s'honore d'avoir longtemps compté parmi ses plus distingués collaborateurs.

— M. le docteur Durand (de Lunel), médecin principal à l'hôpital militaire de Lyon, est, par décision ministérielle du 20 février, détaché de cet établissement, pendant la saison des eaux thermales, pour faire le service de l'hôpital militaire de Vichy, dont il devra prendre la direction médicale à partir de 1862.

— M. le maire de Venisy (Yonne) nous prie de faire savoir à nos confrères que sa commune désirerait avoir un médecin auquel elle garantira pendant cinq ans un traitement fixe annuel de 800 fr., non compris le produit de la clientèle.

Cette commune a 1,600 babitants, et n'est éloignée que de 3 à 5 kilom. de trois autres communes qui ont chacune 1,200 habitants.

Du mamelon et de son auréole (anatomie et pathologie), par le docteur Joseph DUVAL, ancien interne, lauréat des hôpitaux. Un volume in-4°. Prix : 5 fr. Chez P. Asselin, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 36. — MARDI 26 MARS 1861. (34e ANNÉE.) N° 36. — MARDI 26 MARS 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PARIS, LE 25 MARS 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'édification de nouveaux théâtres et le projet de reconstruction de la première scène lyrique de Paris, ont mis à l'ordre du jour l'étude de plusieurs questions qui touchent à l'hygiène publique ou à l'hygiène professionnelle, telles que la ventilation, le chauffage et l'éclairage des salles de spectacle. Le mode d'éclairage de la rampe, en particulier, est d'un intérêt capital pour les artistes, qui ont beaucoup à souffrir du mode actuellement en usage. Nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs un nouveau système proposé par notre confrère M. le docteur Bonnafont, pour obvier aux nombreux inconvénients du système actuel. L'administration, vivement préoccupée de ces questions, en a soumis l'étude à une commission présidée par M. Dumas, et dont plusieurs membres de l'Institut font partie. M. Morin, a exposé à l'Académie les résultats de quelques essais faits sous ses yeux au Conservatoire des Arts et Métiers, et qui donnent lieu d'espérer une solution favorable. Le rapport de la commission nous mettra à même plus tard d'édifier complétement nos lecteurs sur ce point; mais nous n'avons pas voulu ajourner plus longtemps la nouvelle de la solution prochaine d'une question aussi intéressante.

L'Académie a entendu dans cette séance une lecture de M. le docteur Maisonneuve, relative à un cas d'extirpation sous-périostale de la diaphyse du tibia; elle a également reçu plusieurs communications, parmi lesquelles nous signalerons une note de M. Berend, de Berlin, sur l'application de l'ostéotomie à l'orthopédie, une présentation de pièces relatives à la régénération de la rate, faite par M. Philipeaux, et un travail de M. Tavignot sur le traitement comparé des tumeurs lacrymales par la destruction complète du sac et par l'occlusion isolée des conduits lacrymaux.

— L'Académie vient de tenir aujourd'hui même sa séance publique annuelle, sous la présidence de M. Chases, président pour l'année 1860. Voici, en attendant que nous puissions rendre compte avec plus de détails de cette séance, les noms des lauréats pour la physiologie et la médecine.

Le prix de physiologie a été décerné à M. B. Stilling (de Cassel); MM. Philipeaux et Vulpian ont obtenu une première mention, et M. E. Faivre une deuxième mention.

Pour la médecine et la chirurgie, l'Académie a décerné trois prix et deux mentions honorables : le premier de 2,500 francs et les deux autres de 2,000 francs, ont été décernés à M. Davaine, à M. J. Bergeron et à M. Maingault; les mentions honorables à M. Turck, à M. Czermack et à M. Marey. Une somme de 1,200 fr. est jointe à chacune de ces mentions.

Le prix Cuvier, pour 1860, a été décerné à M. Léon Dufour.

Ont été cités pour d'autres travaux, que nous mentionnerons plus tard, MM. Demarquay, Raimbert, Vella (de Turin).

Dr Brochin.

Le corps médical vient de faire une nouvelle et bien cruelle perte. M. Ferrus, dont nous annoncions la brusque maladie il y a deux mois à peine, a succombé aux progrès du mal après quelques alternatives qui avaient laissé un instant de l'espoir à ses nombreux amis.

M. Ferrus était membre et ancien président de l'Académie de médecine, ancien inspecteur général des établissements d'aliénés, médecin honoraire des hôpitaux, ancien médecin consultant du roi, commandeur de la Légion d'honneur.

La haute position médicale et administrative qu'il a si longtemps occupée, l'influence considérable qu'il a exercée par son enseignement et par ses ouvrages sur les progrès de l'une des branches les plus importantes de la médecine, et par-dessus tout la dignité du caractère jointe aux plus aimables qualités de l'esprit et du cœur, tout concourt à nous faire vivement sentir l'étendue d'une pareille perte.

A l'instant même où nous écrivons ces lignes, un nombreux concours de notabilités administratives et scientifiques vient de rendre les derniers devoirs à notre regrettable confrère. Ses obsèques ont eu lieu à midi à l'église Saint-Germain des Prés. Le deuil était conduit par M. Ferrus capitaine de cavalerie, son fils, par M. Béclard, son beau-fils, et par son neveu, M. A. Richard. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Thiers, P. Dubois, Robinet et Brierre de Boismont. Parmi les nombreux assistants, nous avons remarqué M. le préfet de la Seine, MM. Mignet, Michelet, Rostan, Bouillaud, Cruveilhier; un grand nombre de membres de l'Académie de médecine, la Société médico-psychologique presque tout entière, des médecins et chirurgiens des hôpitaux, presque tous les représentants de la presse médicale, et un nombreux concours d'amis appartenant presque tous aux rangs les plus élevés de l'administration ou de l'armée. L'Académie de médecine était officiellement représentée par MM. Robinet, Dubois (d'Amiens), Ricord et Devergie.

Des discours ont été prononcés sur la tombe de M. Ferrus par M. Dubois (d'Amiens), au nom de l'Académie de médecine, et par M. Brierre de Boismont, au nom de la Société médico-psychologique. M. Loiseau, au nom des anciens élèves de M. Ferrus, a payé à sa mémoire le tribut de leur reconnaissance et de leur affection.

Voici le discours qui a été lu par M. Brierre de Boismont :

« Messieurs,

» Je viens au nom de la Société médico-psychologique, dont M. Ferrus fut l'un des plus actifs fondateurs (1), exprimer les regrets que nous a causés la perte de ce collègue si distingué. Disciple, avec son émule Esquirol, du professeur Pinel, il eut le bonheur de continuer les grandes améliorations qu'avait proposées et appliquées l'illustre réformateur du traitement des aliénés. Le premier en France, M. Ferrus introduisit le système du travail corporel et spécialement celui de l'agriculture. La création de la ferme Sainte-Anne est restée le point de départ de tout ce qui a été fait depuis en ce genre. Mais ce fut surtout comme inspecteur général qu'il rendit d'utiles services à la science des maladies mentales et lui fit faire un véritable progrès.

» La loi du 30 juin 1838, qui a été l'ère d'une nouvelle époque pour les aliénés, lui doit ses plus importantes dispositions, et nous pouvons dire avec certitude que cette loi a été appliquée par la plupart des nations de l'Europe et profondément méditée partout.

» Ces deux titres suffiraient à la gloire de M. Ferrus; mais je ne puis m'éloigner de cette tombe sans parler de la classification des prisonniers par origines et par degrés d'intelligence, qui mieux appréciée eût enlevé aux prisons et aux bagnes beaucoup d'infortunés pour les reporter dans les asiles, leur seule place.

» Messieurs, un dernier mot, il est encore relatif à une réforme. Frappé et ému de l'abandon dans lequel on laissait des milliers de crétins, M. Ferrus ne cessait d'appeler l'attention du gouvernement et de la science sur ce douloureux oubli. Il y a quelques années, il avait même fondé au sein de la Société médico-psychologique un prix sur cette question. Sa voix a été entendue. L'Empereur, qui veut soulager toutes les misères, a donné 200,000 fr. pour l'érection d'un asile de crétins à Chambéry, et l'on peut être assuré que le digne collègue de M. Ferrus se montrera à la hauteur de la mission qui lui a été confiée.

» Honneur au médecin dont la carrière a été si bien remplie, et qui aurait pu prendre pour devise : *Miseris succurrere disco.* »

(1) C'est à M. Ferrus, uni par des liens de parenté avec M. le doyen P. Dubois, que la Société doit la faveur de tenir ses séances dans la salle des thèses de la Faculté.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De l'ataxie locomotrice progressive.

Nous avons, aux numéros 2 et 23 de la salle Sainte-Agnès, deux hommes atteints de cette étrange névrose que l'on a appelée *ataxie locomotrice progressive*, et que jusqu'à présent l'on avait considérée comme une paraplégie. Aujourd'hui même, il entre encore dans notre service un malade sortant des salles de M. le docteur Legroux, et qui est affecté de la même lésion : bien que ne pouvant pas marcher, il a pu me porter — vous en avez été les témoins —, et je pèse 84 kilogrammes !

Parmi les phénomènes que présentent les maladies spasmodiques, il en est qui ne se révèlent à nous que dans l'exercice d'une fonction musculaire assez compliquée, et jamais au repos. Je citerai, par exemple, la crampe des écrivains, cette bizarre contracture qui frappe subitement les muscles fléchisseurs d'un ou de plusieurs doigts, au moment où l'on écrit, que l'on manie sa plume ou que l'on joue avec elle. Le violoniste qui exécute sur son instrument les arpéges les plus rapides, sent tout à coup ses doigts se crisper, et il briserait son archet plutôt que de triompher de la contracture convulsive de sa main : il doit forcément se résigner à attendre. Le pianiste qui promène habilement ses doigts sur son clavier, s'arrête inopinément au milieu de la fantaisie musicale qu'il fait entendre: ses mains restent inertes et glacées, et elles échappent à l'action de la volonté. Prenez ces mêmes individus en plein repos, et ils ne vous présenteront rien d'anormal; faites-leur faire tels mouvements désordonnés qu'il vous conviendra, et leur singulière infirmité ne paraîtra aucunement. Celui, enfin, qui ne peut donner une signature sans avoir la crampe des écrivains, pourra très-bien être un tourneur émérite ! Il s'agit là d'une forme toute particulière d'ataxie, et qui ne se produit que dans certains mouvements complexes d'un certain ordre.

Dans quelques variétés du tremblement sénile, il en est de même : voyez le vieillard immobile, couché ou assis, vous ne vous apercevez de rien; mais qu'il verse de l'eau dans son verre et qu'il le porte à sa bouche, il se frappera douloureusement les lèvres, les gencives ou les dents.

Pareille chose s'observe volontiers dans l'ataxie locomotrice : les malades n'exécuteront, par exemple, aucun mouvement irrégulier dans leur lit; mais qu'ils soient debout et manquent d'un point d'appui, ils chancelleront, et la volonté sera impuissante et ne commandera pas à la locomotion.

Dans l'ataxie locomotrice, de même que dans la chorée et dans la *paralysis agitans*, on arrive à constater avec le dynamomètre de M. Burq un affaiblissement considérable. — De fréquentes paralysies s'observent concomitamment, et c'est là ce qui nous a conduits, M. le docteur Duchenne (de Boulogne) et moi, à définir la maladie *une abolition progressive de la coordination des mouvements, avec paralysie apparente*. L'ataxique a une marche titubante, et il fait des efforts pour conserver l'équilibre, non pas comme le ferait un homme ivre, mais comme quelqu'un qui tremblerait; il tourne sur lui-même et a les allures du paralytique, ainsi qu'en sont convenus tous les médecins. L'absence de solidité est surtout très-appréciable au moment où le premier pas est lancé; plus tard, la marche reste défectueuse, et les pieds sont jetés sans ordre à droite et à gauche, mais elle a lieu, jusqu'au moment du moins où l'équilibre allant faire défaut, une chute serait certaine si vous ne vous trouviez là pour fournir un appui.

Lorsque M. Duchenne se mit à explorer les forces de ces malades prétendus paralytiques, — ce qui n'avait pas encore été fait avant lui, — il s'aperçut que la puissance musculaire était considérable chez eux, mais que la coordination des mouvements était impossible.

Dans quelques cas excessivement rares, comme chez un officier supérieur de l'armée que j'ai eu récemment l'occasion d'observer, aussi bien que chez le malade du service de M. Legroux, la lésion est bornée au défaut de coordination des mouvements, et il n'y a ni trouble de la sensibilité musculaire, ni analgésie, ni anesthésie; mais, je le répète, cette parfaite intégrité des sens est tout à fait exceptionnelle.

Il y a trois mois, étant de passage à Tours, M. le docteur Duclos, mon ancien interne et mon ami, me pria de venir voir un vieillard de quatre-vingts ans, atteint d'une *drôle de paraplégie*, mais paraissant jouir de la meilleure santé, bien que cloué dans son fauteuil, et affecté depuis un an d'une paralysie de la vessie. M. Duclos, quelque temps auparavant, avait voulu explorer les forces de ce malade, et il lui avait dit d'étendre la jambe et d'essayer de le repousser. L'octogénaire ne se le fit pas dire deux fois, et d'un violent coup de pied il envoya au loin son médecin. Cette circonstance m'avait déjà paru pour le moins singulière. Lorsque j'arrivai près du malade, je ne pus ni fléchir ni étendre ses membres; je le fis lever et lui fis porter M. Duclos sur ses épaules, puis après il me porta moi-même ! Mon ancien élève est un homme d'esprit, et il comprit de suite que nous étions en face d'une ataxie et non pas d'une paralysie musculaire.

Il y a quelques années à peine, nous commettions tous la même erreur que M. Duclos, et naguère encore un éminent professeur de la Faculté, observant avec un jeune confrère et moi un pensionnaire de l'établissement de Tivoli, s'y trompait également. Mais mon collègue est trop partisan du progrès scientifique pour ne pas s'être aussitôt rendu à l'évidence.

L'un des premiers symptômes qui marquent l'ataxie, c'est une fulgurante douleur dans les membres, douleur rapide, fugace, se localisant souvent dans l'espace le plus restreint, et pouvant se répéter 10, 20 et jusqu'à 500 fois par jour. Beaucoup de malades ont certainement été dirigés sur Néris, Bourbon-l'Archambault et Bourbonne, ceux-ci pour des souffrances dites rhumatismales, ceux-là pour des paraplégies supposées, et qui, n'ayant recueilli aucun bénéfice de la médication thermale, n'avaient rien autre chose qu'une ataxie locomotrice au début.

Parmi les névroses qui précèdent quelquefois l'invasion de l'état morbide qui nous occupe, nous devons citer l'incontinence nocturne d'urine, mais plus fréquemment et peut-être dans la moitié des cas, la spermatorrhée. En général, les pertes séminales sont nocturnes, et si elles sont diurnes — ce qui est infiniment plus rare — elles se manifestent alors qu'il existe de la

constipation, et que le bol fécal, d'une certaine dureté, vient à établir une compression sur les vésicules séminales.

En relisant l'ouvrage de Lallemand, qui, malgré toutes ses exagérations, renferme de si excellentes choses, on rencontre çà et là des observations d'individus paraplégiques qui avaient de bien grandes chances pour être ataxiques.

L'incontinence nocturne de l'urine précède dans certains cas la spermatorrhée. L'anaphrodisie s'observe également, et des ataxiques au début ont souvent été des mâles incomplets, possédant toutes les apparences de la virilité, mais n'ayant que des érections imparfaites, et n'accomplissant l'acte générateur que dans des conditions qui témoignent d'une déviation de l'état physiologique. Le coït chez les animaux est d'une excessive rapidité; aussi peut-il se répéter un grand nombre de fois. Le moineau, par exemple, — cet oiseau consacré à Vénus — le renouvellera 20, 40, 60 fois par jour, mais à un moment déterminé de l'année. Le bélier, le taureau, le cerf, éjaculent très-vite, mais ils ont en revanche l'étrange aptitude des fréquentes récidives. Pour un troupeau de deux cents brebis, il n'y a qu'un bélier, mais il peut facilement faire face à 15, 20 et 40 saillies dans une journée : la liqueur fécondante est presque instantanément lancée dans le vagin de la femelle. Chez l'homme, les choses ne se passent pas de même, la copulation doit durer un certain temps; si elle s'accomplit brièvement, que le sperme s'échappe presque de suite, il y a névrose et pertes séminales consécutives. Les individus en proie à cet état ont des érections très-voluptueuses, puis à peine se sont-ils mis en demeure de remplir la fonction sexuelle, et à peine l'intromission du pénis a-t-elle été complète, que l'éjaculation arrive et que l'organe mâle se glace. Ils peuvent recommencer souvent, mais ils n'en sont pas moins malades, attendu que la soudaineté de l'émission spermatique est un signe de névrose. Ils ne sont pas inféconds, mais leur puissance virile est incomplète au point de vue de la masculinité. Un ataxique au début vous énumérera avec emphase ses prouesses génitales, et, sans sortir de la vérité, il en fixera volontiers le chiffre à huit ou dix dans les vingt-quatre heures. Mais mettez-vous en garde contre ces contrefaçons des travaux d'Hercule; elles ne sont pas d'un bon aloi.

Le défaut de coordination des mouvements est parfois précédé d'une paralysie transitoire. Je voyais dernièrement un malade du département de la Côte-d'Or qui, au mois de décembre 1859, fut tout à coup frappé d'hémiplégie à gauche. L'intelligence resta parfaitement nette, et huit jours après il reprenait ses occupations, conservant seulement de l'anesthésie de la cinquième paire, survenue en même temps que sa paralysie. Cette hémiplégie était-elle symptomatique d'une hémorrhagie cérébrale, d'un ramollissement du cerveau, d'une congestion? C'est bien peu probable : il n'avait point perdu connaissance un instant, et il serait resté d'ailleurs beaucoup plus longtemps paralytique.

Ce même homme, au mois de juillet 1860, alors qu'il était occupé à ses travaux agricoles, qu'il rentrait ses moissons et portait à boire à ses ouvriers, fut frappé à deux reprises différentes de paralysie de la langue, qui chaque fois ne dura que deux ou trois minutes. A partir de ce moment, la marche devint titubante et l'ataxie locomotrice se prononça bientôt au plus haut degré.

Dans la période prodromique de l'ataxie, on rencontre fréquemment encore du strabisme ou de la diplopie; d'autres fois, les nerfs de la troisième paire se prennent et les malades ont alors de l'abaissement de la paupière supérieure. Vous pourrez de même observer de l'affaiblissement de la vue, des cas d'amaurose, et vous savez qu'il faut souvent rechercher ces lésions pour les trouver. Lorsque vous questionnez les malades, ils prétendent qu'ils voient parfaitement, et lorsque vous leur faites fermer un œil et regarder de l'autre, ils sont tristement surpris d'être dans les ténèbres.

Quelques-uns de ces accidents prémonitoires manquent souvent; tous réunis, ils manquent toujours, cela va sans dire. M. Duchenne n'a guère vu qu'un seul ataxique sans phénomènes prodromiques de ce genre, encore a-t-il reconnu depuis qu'il y avait du trouble du côté de l'appareil de la vision.

A ces manifestations du début, nous devons ajouter qu'il se produit comme un sentiment de constriction, de gêne. Les ataxiques disent qu'ils ne peuvent pas respirer; il leur semble qu'ils sont étreints dans un corset ajusté au corps, qu'ils ont la poitrine recouverte d'une cuirasse, qu'ils ont le ventre, les cuisses, les jambes et les pieds serrés. Enfin, ils ont de l'atonie vésicale, de la paresse intestinale ou bien de la paralysie des sphincters.

Les circonstances étiologiques de la maladie sont très-difficiles à définir. Je n'en connais point de constantes et je ne pense pas que M. Duchenne soit plus heureux que moi.

Bien que l'ataxie locomotrice progressive s'observe à tous les âges, elle se rattache en général à la période moyenne de la vie, et elle n'atteint presque que les hommes. Il en est absolument de même dans la paralysie générale des aliénés : allez à Bicêtre, vous y trouverez un grand nombre de paralytiques; rendez-vous à la Salpêtrière, et vous vous convaincrez de la rareté de cette affection chez les femmes. Lorsque j'étais interne à la Maison de Charenton, j'avais déjà été surpris de cette disproportion si tranchée. Lors donc que vous serez consulté pour une femme aliénée qui aura de l'embarras dans la prononciation, n'allez pas conclure trop tôt qu'elle est paralytique : assurez-vous auparavant qu'il ne lui manque pas de dents, informez-vous si le bredouillement n'est pas habituel et si une partie de la face n'est pas insensible.

Nous achèverons dans la prochaine conférence tout ce qui est relatif à l'histoire de l'ataxie locomotrice progressive.

Dr Legrand du Saulle.

QUELQUES MOTS
sur le traitement des fièvres paludéennes.

Par M. le Dr Van Dommelen, médecin de régiment à Amsterdam.

Après la lecture des intéressants articles publiés dans la *Gazette des Hôpitaux* des 30 octobre, 6, 20 et 22 novembre 1860, par M. Gibral, suppléant de M. le professeur Dupré à l'Ecole de médecine de Montpellier, sur les fièvres paludéennes traitées soit par le chlorhydrate d'ammoniaque, soit par l'acide arsénieux, je ne crois pas inutile de faire mention de mes propres expériences concernant ces deux médicaments.

Le chlorhydrate d'ammoniaque, que feu le vénérable professeur Alexander prescrivait déjà en 1830 contre la fièvre intermittente, maintes fois sans succès, ne nous a pas donné de meilleurs résultats chez les fiévreux de la forteresse de Liefkenshoek, près d'Anvers, en 1836-1838, sauf dans les cas de fièvre adéno-méningée de Pinel (fièvre muqueuse, pituiteuse, des autres nosologistes), et chez des individus d'une bonne constitution, car chez les soldats cachectiques ou faibles ce sel ne nous a jamais procuré que des résultats fâcheux.

Quant à l'acide arsénieux, nous l'avons prescrit dans les quatre premiers mois de 1853 chez 38 militaires chez lesquels le sulfate de quinine avait échoué. Ces malades avaient contracté la fièvre paludéenne dans les garnisons de la Flandre hollandaise, d'où ils étaient évacués sur l'hôpital de Flessingue. Vingt-six ont guéri après avoir pris 3 1/2 drachmes d'une solution de Fowler; chez six, la fièvre n'a cédé tout à fait qu'après la prescription de 15 grains de sulfate de quinine; chez cinq, la médication est restée tout à fait infructueuse, et un malade commençait à offrir les symptômes de l'anasarque.

La manière de prendre la solution de Fowler consistait à donner trois gouttes toutes les deux heures dans une cuillerée d'eau sucrée; il n'en est résulté aucun inconvénient, excepté chez un soldat qui s'est plaint de nausées.

Il serait superflu de dire que nous ne l'avons jamais fait prendre à des sujets faibles ou présentant les moindres symptômes d'hydropisie, de catarrhe bronchique ou de troubles des voies digestives compliquant la fièvre.

Sur 557 fiévreux que nous avons soignés à l'hôpital de Flessingue depuis le 1er mars 1850 jusqu'au dernier avril 1853, nous n'avons prescrit, en règle générale, que le sulfate de quinine, de même qu'à 179 malades atteints de fièvre intermittente dans ce laps de temps, et qui ont été soignés dans leurs quartiers.

A cause de la grande tendance à la forme apoplectique qui existe dans la Zélande, nous n'avons que très-rarement prescrit dans ces contrées la cinchonine; au contraire, chez presque les deux tiers des 547 fiévreux que nous avons traités dans l'hôpital d'Amsterdam et 277 dans leurs logements, depuis le 1er juillet 1859 jusqu'au dernier juin 1860, nous avons donné la cinchonine avec le sous-carbonate ou le lactate de fer *ana* 30 grains par jour, sous forme de pilules, et presque toujours avec un plein succès.

Nous devons pourtant faire la remarque que la cinchonine n'a été prescrite que chez les malades exempts de céphalalgie inquiétante au moment de leur entrée dans l'hôpital. Du reste, je n'ai nullement la prétention de vouloir placer les vertus de la cinchonine au-dessus de celles du sulfate de quinine; seulement j'ai voulu, à cause des frais énormes qu'entraîne cette dernière préparation pour des centaines de fiévreux, faire connaître les résultats de mes expériences avec la cinchonine combinée au sous-carbonate ou lactate de fer.

DE LA CHLOROSE ET DE SON TRAITEMENT,

Par M. le docteur Jules Bonnard.

Beaucoup d'auteurs considèrent encore aujourd'hui la chlorose comme étant sans gravité, et cependant cette affection domine en quelque sorte toute la pathologie de la femme. C'est « une maladie fort sérieuse », disent MM. Trousseau et Pidoux. Ces praticiens distingués sont dans le vrai, car beaucoup de femmes se souviennent toute leur vie d'avoir été chlorotiques, en ce sens qu'elles sont constamment sous l'imminence d'une récidive, ou bien, ce qui est plus commun, qu'elles conservent, avec les apparences de la santé, la plupart des troubles fonctionnels qui formaient l'apanage de la chlorose confirmée.

On a considérablement fait d'efforts dans ces derniers temps pour arriver à tracer au médecin des règles fixes capables de le diriger dans l'emploi intelligent qu'il doit faire des préparations martiales, mais on n'a pas tenu un compte suffisant de la susceptibilité des voies gastro-intestinales : un grand nombre de ferrugineux ont échoué, les insuccès ont enfanté le doute, et ce sont, en somme, les malades qui ont eu à supporter des revers faciles cependant à prévenir.

Depuis plus de vingt ans que nous exerçons l'art de guérir, nous nous sommes d'abord adressé, comme tous nos confrères, aux divers médicaments préconisés tour à tour, et souvent sans résultat favorable. Maintenant, l'expérience du passé nous guide, et nous réussissons dans la presque unanimité des cas : que l'on nous imite, et l'on verra que nous ne sommes pas la dupe d'une généreuse illusion.

Lorsque nous nous trouvons en face d'une jeune fille ou d'une femme atteinte de pâles couleurs, nous lui prescrivons exclusivement la *liqueur antichlorotique* du docteur Ferrer, une alimentation réparatrice et une hygiène appropriée. Or, il faut dire que l'on est parvenu à obtenir par une manipulation méthodique, au moyen du deutoxyde de fer et du bitartrate de potasse, un liquide qui n'est autre chose qu'un tartrate de potasse et de fer tenant en suspension de l'hydrate de peroxyde de fer. Cette liqueur a l'aspect d'un chocolat léger, et n'a surtout rien de désagréable au goût : c'est une boisson légère que les estomacs les plus délicats et les plus réfractaires à toutes les autres préparations martiales supportent très-facilement. Nous ajoutons que ce médicament n'a ni cohésion forte ni affinité faible, et qu'il est facilement absorbé et décomposé par les acides de l'estomac.

On sait qu'au bout d'un certain temps l'usage des ferrugineux donne lieu à une diminution de l'appétit, à des lenteurs de la digestion, à des éructations nidoreuses, à de la diarrhée, et plus fréquemment à de la constipation. Ces inconvénients sont conjurés avec l'emploi de la *liqueur antichlorotique* du docteur Ferrer, et c'est bien certainement cette immunité qui assure son succès dans tous les cas de chlorose.

Il faut bien se garder de croire que cette maladie n'affecte que les jeunes filles, *febris alba virginum*. Cette idée est généralement reçue, et néanmoins elle nous paraît fausse de tous points : il y a là une méprise qui, en thérapeutique, peut conduire à de très-grands mécomptes. Si la chlorose est, en général, une maladie de l'adolescence, ce que nous ne voulons pas contester, elle n'en est pas moins commune dans l'âge adulte, et elle apparaît même chez certaines femmes à l'époque de la ménopause. A quelque âge de la vie que ce soit, du moment où il y a chlorose évidente, la seule indication qui se présente est d'ordonner du fer. L'embarras n'existerait plus que sur le choix du médicament, si nous ne venions de déclarer à quels résultats constamment favorables nous sommes arrivé avec la liqueur de Ferrer.

Nous avons également, et par la même raison, compté des succès sérieux dans plusieurs cas d'anémie s'accompagnant, comme la chlorose, d'une extrême pâleur, de la décoloration du sang, de bruit de souffle dans les principales artères et de névralgies diverses. Du reste, s'il est important en pathologie de savoir discerner la chlorose de l'anémie, nous pensons qu'il n'en est pas de même en thérapeutique, et que la médication de ces deux affections doit être la même. L'anémie est une affection accidentelle; elle est causée immédiatement, sans transition, par d'abondantes pertes de sang; en quelques jours, en quelques heures, on devient anémique. La chlorose est un état permanent, ordinairement lent à se développer, lent à abandonner la malade, toujours prêt à se reproduire sous l'influence de la cause en apparence la plus indifférente. L'effet pathologique produit étant le même, nous avions espéré que la *liqueur antichlorotique* du docteur Ferrer devait également agir de la même manière dans l'anémie que dans la chlorose, et notre attente n'a point été vaine. Chez plusieurs femmes que des pertes utérines avaient plongées dans un état de langueur fort grave, nous avons été assez heureux pour reconstituer en peu de temps une économie si fortement ébranlée.

Nous avons rencontré trois fois dans notre clientèle des chlorotiques qui avaient une répugnance marquée pour les médicaments à l'état liquide. Nous avons prescrit alors les pilules antichlorotiques à base de peroxyde de fer hydraté et de tartrate ferrico-potassique, dont le docteur Ferrer a été également l'inventeur. Bien que la préparation martiale prise sous cette forme plaise davantage aux malades, nous devons dire que l'expérience nous a démontré que la liqueur agissait plus directement et plus vite, ce qui s'explique par l'état de division du fer, qui est bien plus grand dans le liquide que dans les pilules.

Enfin, le mode d'administration est l'une des conditions de réussite dans le traitement spécial que nous indiquons : nous administrons le ferrugineux pendant une dizaine de jours de suite, que la femme soit ou non à son époque menstruelle; nous cessons et reprenons au bout de quinze jours, puis après un nouveau repos d'un mois, nous revenons encore à la liqueur et nous n'en ordonnons plus que pour ces trois ou quatre mois. La guérison est alors définitive, et nous déclarons qu'en procédant ainsi, nous n'avons jamais vu une seule récidive, même plusieurs années après. Or ce dernier point est d'une importance capitale.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 mars 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

M. Morin donne de vive voix quelques explications sur les essais d'un nouveau mode d'éclairage de la rampe dans les théâtres, qui ont été faits il y a quelques jours à l'Opéra. (Voir le *Premier-Paris*).

Note sur un cas d'extirpation complète de la diaphyse du tibia. — M. Maisonneuve communique la note suivante :

Depuis les beaux travaux de M. Flourens sur le périoste, comme organe formateur et régénérateur des os, la chirurgie, naguère encore si prompte à proposer d'horribles mutilations dans les cas de lésions osseuses, tend chaque jour à devenir plus conservatrice, non pas en restant inactive, mais au contraire en puisant dans la connaissance plus précise des ressources de la nature, une nouvelle énergie pour ses entreprises opératoires.

C'est ainsi que des opérations considérées encore par beaucoup de chirurgiens comme des entreprises folles et irréalisables, sont devenues pour les malades d'inestimables bienfaits.

Déjà, sous l'influence de cette idée féconde, il m'a été donné de pratiquer un certain nombre de ces opérations sous-périostiques, qui, chose admirable et certainement unique dans l'histoire pathologique de l'homme, permettent de supprimer complètement un organe

malade, et d'obtenir à sa place la reproduction d'un nouvel organe sain.

Je me propose de réunir un peu plus tard en un faisceau tous les faits de cet ordre qui depuis quelques années se sont produits dans ma pratique. Pour l'instant, je me contenterai de dire qu'ils forment déjà quatre groupes, suivant qu'ils appartiennent :

1° A des os nécrosés en partie ou en totalité, avec ou sans leurs surfaces articulaires;

2° A des os affectés simplement d'ostéite ;

3° A des os atteints de dégénérescences diverses ;

4° A des os sains, l'ablation en ayant été nécessitée par des circonstances spéciales, comme par exemple le besoin d'ouvrir une voie artificielle pour aller profondément chercher quelque tumeur.

En attendant qu'il m'ait été possible de coordonner tous ces éléments, je me contenterai de soumettre à l'Académie un des faits les plus remarquables de la première catégorie.

Il s'agit d'un jeune homme dont la jambe était dans un tel état de désorganisation, que les chirurgiens les plus éminents, parmi lesquels il me suffira de citer M. Velpeau, avaient décidé l'amputation de la cuisse. Grâce à l'extirpation sous-périostale du corps entier du tibia, exécutée d'après les idées émises par M. Flourens, ce jeune homme a non-seulement évité les terribles chances d'une amputation qui dans la statistique générale donne 60 décès sur 100, mais encore il a conservé son membre dans toute l'intégrité de sa forme, de sa souplesse et de sa vigueur.

Chez ce jeune homme, l'extirpation du corps du tibia a été complète, ainsi qu'on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur l'os lui-même que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie. Il est, comme on peut le voir, long de 30 centimètres, épais de 3 à sa partie supérieure, de 2,05 à sa partie inférieure. Ses trois faces sont lisses et compactes dans toute leur partie inférieure, rugueuses et boursouflées dans le tiers supérieur.

Voici, du reste, les détails de cette observation :

Je fus consulté dans le mois d'août 1855 pour le jeune V... dont la jambe droite était dans un état affreux. Son volume était triple ou quadruple de l'état normal, sa surface était labourée d'ulcères profonds, à travers lesquels on reconnaissait que l'os principal, le tibia, était mortifié dans toute l'étendue de sa diaphyse.

Ce jeune homme me dit que deux ans auparavant il avait fait à la gymnastique une chute violente, que depuis lors il avait commencé à ressentir des douleurs sourdes dans la jambe, que bientôt aux douleurs se joignit une tuméfaction générale, puis des abcès et peu à peu tout le cortége des accidents actuels :

Suppuration excessive et fétide, tuméfaction énorme du membre, amaigrissement extrême, fièvre hectique, marasme, etc.

Ses parents me dirent qu'ils avaient épuisé successivement toutes les ressources de la médecine, que plusieurs des chirurgiens les plus éminents de Paris avaient été unanimes pour décider l'amputation de la cuisse, et que M. Velpeau, à qui l'on avait en dernier lieu soumis la question, avait déclaré que cette amputation était non-seulement nécessaire, mais qu'elle était urgente, et que toute pensée de conserver le membre ne pouvait être qu'une utopie.

Malgré ces imposantes autorités, et confiant dans la puissance réparatrice du périoste, si positivement démontrée par M. Flourens, et dont j'avais eu déjà l'occasion de voir des exemples remarquables, j'engageai les parents de ce jeune homme à me laisser exécuter l'extirpation sous-périostique de l'os mortifié, de préférence à l'amputation de la cuisse. Cette proposition ayant été agréée, je procédai à l'opération le 24 août 1855.

Le malade étant soumis au chloroforme et dans un état d'insensibilité complète, je fis sur toute la longueur de la face antérieure du tibia une incision longue de 35 centimètres, et pénétrant jusqu'à l'os malade, à travers le périoste, qui était épaissi et déjà doublé d'une couche osseuse nouvelle, molle et spongieuse. A chacune des extrémités de cette énorme incision, j'en pratiquai une autre transversale, de manière à obtenir une sorte de longue porte à deux battants pour pénétrer jusqu'au foyer du mal. Je pus alors constater que le tibia était entièrement mortifié dans toute la longueur et toute l'épaisseur de sa diaphyse, qu'il ne restait de sain que les deux épiphyses articulaires.

Je procédai dès lors sans aucun retard à l'isolement de l'os mortifié, que je parvins non sans peine à extraire complétement.

Les suites de cette opération si longue et si difficile furent d'une simplicité vraiment remarquable. La fièvre traumatique fut des plus modérées; la suppuration, antérieurement si abondante et si fétide, se modifia comme par enchantement pour faire place à une suppuration franche et de bonne nature; et, chose vraiment presque incroyable, dès le quarantième jour le jeune malade pouvait se lever et marcher avec des béquilles, comme s'il se fût agi d'une simple fracture.

L'os s'était reproduit d'une manière complète, à tel point que si je n'avais conservé l'os enlevé, j'aurais pu douter moi-même de la réalité du fait.

Aujourd'hui ce jeune homme est fort et vigoureux; sa jambe anciennement malade ne diffère en aucune façon de l'autre; elle a grandi et grossi comme elle; elle ne s'en distingue que par une longue cicatrice, seule trace de la terrible opération dont nous avons parlé; elle lui permet de courir, de sauter, de chasser comme s'il n'avait jamais subi d'opération, et sans que l'œil le plus exercé puisse reconnaître quelle a été la jambe antérieurement malade. (Commissaires, MM. Flourens, Milne-Edwards, Velpeau, J. Cloquet, Jobert (de Lamballe), Cl. Bernard, Longet.)

— M. MAGNE présente au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un « Mémoire sur la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal par la méthode de l'oblitération du sac lacrymal ». (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— MM. LALLEMAND, PERRIN et DUROY, qui ont précédemment présenté au même concours leur ouvrage « sur le rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme », adressent aujourd'hui, pour se conformer à une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'ils considèrent comme neuf dans leur travail. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. GALLARD adresse dans le même but une analyse de son Mémoire sur les hématocèles péri-utérines spontanées. (Renvoi à la même commission.)

— M. G. DE BIALOPIOTROWICZ présente un mémoire ayant pour titre : « Cure de la rage d'après la méthode de M. C. Truskowski. »

L'auteur, dans un récent voyage en Pologne, a appris que cette méthode de traitement était depuis vingt-sept ans appliquée avec un grand succès en Lithuanie. Le remède est fourni par deux plantes bien connues : le *Hieracium pilosella* et le *Lithrum salicaria*. L'auteur indique la manière de l'administrer, suivant les cas, à l'homme, aux ruminants, aux cochons, aux chiens. (Commissaires, MM. Rayer, Bernard, Cloquet.)

M. FIÉVET adresse de Tournon-sur-Rhône deux nouvelles notes, l'une intitulée : « Supplément au mémoire sur les causes générales de la dégénérescence de l'espèce humaine, » l'autre : « De l'influence pernicieuse de certaines professions sur la santé, » etc.

— M. LE MINISTRE DE LA GUERRE adresse pour la bibliothèque de l'Institut un exemplaire du tome IV de la 3e série du *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*.

Application de l'ostéotomie à l'orthopédie. — M. H. W. BEREND, de Berlin, communique sous ce titre la note suivante :

L'observation d'un pied équin au plus haut degré, provenant d'une ankylose vraie de l'articulation tibio-tarsienne, et pour lequel j'ai pratiqué l'ostéotomie du tibia et du péroné, me semble présenter le seul cas de ce genre où l'ostéotomie ait été couronnée de succès. Mayer seulement dit, sans citer l'endroit, que M. Velpeau a proposé pour l'ankylose du pied équin l'ostéotomie cunéiforme du tibia et du péroné, et celle du radius et du cubitus pour l'ankylose de la main-bot.

Je dois, pour obvier à toute méprise, faire observer que l'application de l'ostéotomie au traitement du pied équin suppose nécessairement, non-seulement la rétraction des gastrocnémiens, mais encore l'existence d'une ankylose complète.

Je n'ai rencontré que deux fois l'ankylose complète de l'articulation tibio-tarsale dans le pied équin : la première fois, quand je la soupçonnais le moins, chez un sujet de vingt-quatre ans affecté d'hémiplexie, et la seconde dans le cas qui fait le sujet de l'observation suivante.

Frédéric P..., âgé de seize ans, faisait remonter l'origine de ses souffrances à une chute qu'il avait faite d'un arbre deux ans auparavant. La fracture compliquée qui en était résultée n'ayant été soumise à aucun traitement méthodique, il survint une violente inflammation, laquelle détermina une suppuration abondante et l'expulsion d'un séquestre considérable, qui n'eut lieu qu'au bout de plusieurs mois.

Lorsque le malade fut amené à mon établissement, le 7 mai de l'année dernière, il se trouvait dans l'état suivant :

Debout, le malade ne s'appuie que sur l'extrémité des orteils. Le talon est à quatre lignes du sol. La malléole externe présente une cicatrice étoilée et fait une saillie considérable en dehors. La jambe forme jusqu'au genou une ligne presque tout à fait droite, pendant que le pied offre une position oblique en dedans. Quand le malade est assis, la difformité que nous venons de décrire persiste; la malléole externe fait une forte saillie; le tendon d'Achille est extrêmement tendu. Les efforts de réduction ne font point disparaître la difformité. Le pied conserve la température et la couleur normales. Le mollet, mesuré dans sa plus grande circonférence, diffère d'un pouce environ de celui du côté sain. L'atrophie s'étend à la cuisse, de sorte que le contour de cette dernière diffère aussi d'un pouce de celui de l'extrémité saine.

En marchant, le malade ne s'appuie que sur les extrémités des orteils, et le pied fléchit un peu en dehors. Tous les mouvements du pied, flexion, extension, adduction et abduction, sont entièrement supprimés; ceux des orteils seulement, à un faible degré, subsistent encore.

Plus de trace de mouvement dans l'articulation tibio-tarsale. Je crus néanmoins que je me trompais peut-être, mais la section du tendon d'Achille restée sans résultat, et les tentatives tout à fait infructueuses de l'orthopédie pendant deux mois, m'apprirent, à n'en plus douter, que nous avions affaire ici à un pied équin et en même temps à une ankylose osseuse de l'articulation tibio-tarsale. Il ne restait donc plus d'autre ressource que l'ostéotomie du tibia et du péroné. Je pratiquai cette opération le 11 août 1860 de la manière suivante :

I. *Ostéotomie du tibia.* — Incision de la peau de deux pouces d'étendue, à partir du tiers inférieur du cet os, et le long de la crête; décollement du périoste; section d'une portion cunéiforme du tibia et large de un pouce environ à sa base ou face antérieure, au moyen de la scie de Jeffray, puis de la scie à couteau; enfin soulèvement et extraction de cette même portion du tibia à l'aide de la double tenaille à résection.

II. *Ostéotomie d'une portion du péroné, longue de deux pouces, après incision préalable de la peau.* — Il ne fallut lier aucun vaisseau. Adaptation des surfaces osseuses résultant de l'ostéotomie. Application de l'appareil de plâtre, de manière que la plante du pied forme un angle droit avec la jambe. Les orteils, après l'opération, exécutent tous leurs mouvements. Vessie de glace. La nuit, une dose de morphine; du reste, traitement antiphlogistique.

L'appareil dut être levé au cinquième jour, et remplacé par un appareil éclissé plus simple. Le pied, à partir de ce temps, resta plusieurs mois couché dans une caisse garnie de coussins, de sorte qu'il était facile de renouveler l'appareil et de s'assurer de l'état des plaies. Fièvre de réaction assez vive. Les deux plaies résultant de l'opération montrèrent dès l'abord des bourgeons charnus magnifiques, si flasques, il est vrai, durant les six premières semaines, qu'elles offraient presque l'aspect de fongosités, et qu'elles nécessitèrent un pansement astringent avec la teinture de myrrhe et le quina. Il survint plusieurs hémorrhagies; la plus forte, en septembre, à la plaie du péroné : elle fut arrêtée au moyen de la compression.

Au commencement du cinquième mois, les os réséqués étaient consolidés, et la plante du pied rendue à sa position normale. Depuis trois semaines, le malade court et s'appuie sur toute la plante du pied avec un soulier exhaussé d'un pouce et demi. Des esquilles nécrosées, en petit nombre et d'un volume peu considérable, ont été éliminées et se sont fait jour à travers les plaies. Dans le courant de la dernière quinzaine, quelques-unes de ces esquilles sont sorties d'elles-mêmes d'une fistule qui s'était formée au mollet. La peau de la surface antérieure de la jambe est encore amincie et disposée aux érosions. Au reste, tout est à souhait dans l'état général du malade.

Régénération de la rate. — M. PHILIPEAUX, en présentant à l'Académie plusieurs pièces relatives à la régénération de la rate, accompagne cette présentation de la note suivante :

Mayer (de Bonn), il y a plus de vingt ans, avait déjà affirmé qu'après l'extirpation de la rate il peut y avoir reproduction de cet organe : mais les physiologistes avaient mis ce fait en doute ou même l'avaient nié.

Le 24 octobre 1859, j'ai extirpé la rate sur trois rats albinos âgés de deux mois. Le 8 mars 1861, j'ai trouvé chez ces trois animaux la rate reproduite, avec quelques différences de forme et de dimensions, mais avec toute sa structure normale.

Le bocal n° 1 contient deux rates : l'une (la plus grande) est une rate normale extraite d'un rat albinos adulte; elle a 40 millimètres de long, 6 de large, 4 d'épaisseur, et pèse 65 centigrammes; l'autre est une rate reproduite provenant d'un des rats opérés il y a seize mois; elle a 15 millimètres de long, 8 de large, 5 d'épaisseur, et pèse 42 centigrammes.

Les bocaux nos 2 et 3 contiennent chacun un rat albinos auxquels j'ai enlevé la rate il y a seize mois.

On peut donc voir d'après ces pièces que Mayer a eu raison lorsqu'il a dit que la rate extirpée pouvait se reproduire.

Traitement des tumeurs lacrymales. — M. TAVIGNOT adresse une note *sur le traitement comparé des tumeurs lacrymales par la destruction complète du sac et par l'occlusion isolée des conduits lacrymaux.*

Il s'agit en dernier ressort, pour guérir la maladie d'une manière absolue et définitive, de rompre tout contact entre les larmes et le sac lacrymal, puisque ce dernier dans l'affection qui nous occupe est devenu physiologiquement impropre à tolérer leur contact. On peut évidemment obtenir ce résultat en suivant deux voies différentes :

En détruisant le réservoir des larmes;

En oblitérant les canaux qui alimentent ce même réservoir resté intact.

1° La destruction du sac lacrymal exécutée par le fer rouge ou par les caustiques est relativement une opération d'une certaine gravité et susceptible de donner naissance à des accidents sérieux. Elle est, de plus, infidèle dans ses résultats, soit par insuffisance de l'effet produit, soit par la création ultérieure d'un sac rudimentaire au sein du tissu cicatriciel : une seconde opération, à supposer que le malade y consente, est d'une exécution difficile, en ce sens qu'elle ne saurait être limitée au point exact où la récidive se manifeste. L'occlusion des conduits reste alors seule indiquée, et c'est à elle que nous avons eu recours plusieurs fois, avec succès, pour remédier aux insuccès de la méthode de Nannoni.

2° L'occlusion de la partie antérieure des conduits lacrymaux est une opération beaucoup plus simple que la précédente, et d'une efficacité bien moins contestable. L'excision palpébrale et la cautérisation galvanique constituent les deux procédés de cette méthode ; or j'ai pratiqué depuis six ans un assez grand nombre de fois l'un et l'autre de ces opérations pour juger leur valeur relative, qui peut se résumer ainsi : l'excision ne guérit pas toujours d'emblée; il faut la répéter souvent deux ou trois fois sur la même paupière avant d'obtenir l'oblitération du conduit; la cautérisation galvanique, au contraire, m'a toujours réussi immédiatement. J'ajoute qu'elle est encore plus simple dans son exécution et moins douloureuse que l'excision, qui d'ailleurs l'est fort peu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 13 mars 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Névralgie spasmodique de l'avant-bras consécutive à une fracture du radius et à l'emploi de l'électricité. — M. LARREY présente à la Société un cas de névralgie spasmodique de l'avant-bras survenu dans des circonstances singulières, et pour lequel il demande l'avis de ses collègues, en donnant le résumé suivant de l'observation. Elle a été recueillie d'ailleurs dans tous ses détails par M. le docteur Sarazin aîné, médecin aide-major de 1re classe, qui se propose de la publier plus tard.

V... (Aimé), garde à l'escadron des cent-gardes, âgé de trente-deux ans, né près Plombières (Vosges), a une bonne constitution, un tempérament lymphatico-sanguin et la taille élevée. Il n'offre rien de particulier dans ses antécédents, ni aucun signe de syphilis, qu'il déclare du reste n'avoir jamais eue. Il a seulement été atteint, en 1849, d'une plaie contuse assez grave à la jambe gauche, avec lésion de la crête du tibia, mais sans complication d'accidents nerveux, et dont il fut guéri dans l'espace de quatre mois.

Le 26 juillet 1858, pendant un exercice, il fut renversé sous son cheval abattu, et, en tombant ainsi, il eut le bras gauche engagé sous la fonte de la selle. De là une fracture de l'extrémité inférieure du radius, avec entorse du poignet et contusion de l'articulation.

Le blessé, transporté à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, y séjourna pendant quarante-trois jours, et fut traité par un appareil contentif. Mais à sa sortie de l'hôpital, l'avant-bras restait tuméfié, douloureux, et l'articulation radio-carpienne n'avait pas encore recouvré ses mouvements, quoique la fracture parût consolidée.

Divers moyens rationnels et empiriques furent employés, tels que bains locaux de diverse nature, d'eaux grasses, de sang, etc., douches, frictions et massage, sans résultat satisfaisant. L'usage des eaux de Plombières pendant trois mois et l'essai de l'électricité furent sans effet. Le malade fut envoyé alors à Bourbonne, pendant la première et la deuxième saison de 1859. Il y prit 84 bains et 84 douches, qui firent disparaître en grande partie l'engorgement du poignet et de l'avant-bras.

Mais il y fut soumis en même temps à l'électricité, et subit jusqu'à cinquante-huit séances de faradisation. Ce traitement spécial, ayant pour but de rétablir les mouvements et de combattre les douleurs, eut un effet contraire, à tel point que des phénomènes de paralysie apparurent dans le bras, dans l'épaule, et se propagèrent à la partie correspondante du tronc, en déterminant une hémiplégie faciale, sans persistance, à la vérité.

Quant aux douleurs, elles se manifestèrent, comme les crampes les plus violentes, avec une telle intensité dans toute l'étendue du membre, en s'irradiant non vers son extrémité libre ou vers la main, mais vers son extrémité supérieure, qu'elles sont encore appréciables aujourd'hui, sous cette forme que j'appellerais volontiers *névralgie récurrente*.

Les variations de la température, les moindres attouchements, la crainte de la souffrance, la contraction subite volontaire ou involontaire des muscles, en provoquent le spasme presque tétanique, notamment dans les muscles radiaux. Admettons, malgré cette

irconstance et malgré d'autres raisons particulières, que le malade exagère la douleur à force de la ressentir ou de la redouter; il ne saurait la feindre cependant au point de lui imprimer les caractères qu'elle présente.

Rien n'indique que la cause de cette névralgie récurrente dépende de la fracture du radius, qui se trouve d'ailleurs assez régulièrement consolidée, sauf une déformation légère du poignet par déviation latérale, avec saillie de l'apophyse styloïde du cubitus, comme on l'observe souvent à la suite de ces fractures, sauf aussi un état de roideur et d'immobilité, mais non d'ankylose, de l'articulation radio-carpienne, avec inertie de la main et des doigts. Cet état, occasionné d'abord par l'appareil contentif, a été entretenu ensuite par la compression habituelle de l'avant-bras, moyen du reste qui, avec l'immersion du membre dans l'eau froide, calme les douleurs spasmodiques.

La cause principale sinon exclusive de ces douleurs, celle qui les aurait surtout provoquées, non-seulement au dire du malade, mais d'après l'analyse de son observation, et selon l'avis de plusieurs de nos confrères auxquels j'en ai parlé, cette cause ne serait autre que l'électricité trop tôt ou trop activement employée, comme M. Duchenne (de Boulogne) lui-même m'a dit en connaître des exemples.

Que faire maintenant pour la guérison? Voici du moins ce que je tenterais, sauf meilleur avis : supprimer d'abord tout à fait la compression; soumettre au besoin le malade à l'anesthésie, pour rétablir les mouvements du poignet et des doigts; donner à la main, autant que possible, une direction inverse à celle qu'elle a prise, et placer e membre sur un plan incliné vers le coude sans aucun appareil contentif; l'envelopper seulement de fomentations émollientes et sédatives, en exerçant chaque jour l'action des muscles par le massage et la mobilité articulaire par des mouvements réguliers.

Resterait à apprécier plus tard l'indication de moyens plus énergiques, tels que la révulsion par des vésicatoires et même par le feu.

On pourra d'ailleurs faire entrer le malade au Val-de-Grâce, dans les salles de clinique de notre collègue M. Legouest, qui serait ainsi à même d'informer la Société des résultats du traitement qu'il croira devoir employer.

M. CHASSAIGNAC approuve complétement le traitement que M. Larrey se propose de conseiller dans ce cas. Ces douleurs sont ordinairement liées à l'immobilité, à une position longtemps continuée.

M. Chassaignac ajoute que, dans des cas où il avait cru avoir affaire à une arthrite et dans lesquels les moindres mouvements imprimés à l'articulation étaient très-douloureux, il a quelquefois trouvé un décollement des cartilages d'encroûtement sur un os parfaitement sain d'ailleurs. M. Chassaignac a de la tendance à rapporter ces désordres aussi à l'immobilité.

— M. DEGUISE présente de nouveau la pièce qu'il avait apportée à la Société dans l'avant-dernière séance, et remet l'observation suivante:

Note sur un cas de mort survenue pendant une opération d'ablation du maxillaire supérieur pratiquée sur un malade affecté de polype fibreux pharyngien. — Messieurs, je veux vous entretenir d'une opération que j'ai pratiquée il y a quelques jours, et qui a eu un résultat bien triste, puisque j'ai eu la douleur de perdre le malade dans le cours même de l'opération. Ce fait aussi grave qu'intéressant aura son enseignement.

Voici en abrégé l'histoire du malade :

Le nommé P... (François) est entré dans mon service au commencement de l'année 1859, pour un polype naso-pharyngien. Alors âgé de dix-sept ans, d'une santé détériorée par la misère et surtout par des épistaxis abondantes, P..., d'une intelligence fort médiocre, ne m'a fourni que des renseignements assez vagues sur l'apparition et le développement de son mal.

Depuis cinq ou six ans, il a des hémorrhagies nasales; il ne s'est pas aperçu d'autre chose, et c'est pour qu'on le guérisse de ces pertes de sang, qu'il se décide à entrer à l'hôpital. Cependant la narine droite est déformée par un polype d'apparence fibreuse, qui vient faire saillie près de son orifice antérieur. De plus, en examinant la cavité buccale, le voile du palais présente une convexité inférieure très-remarquable; et le doigt porté derrière lui rencontre une masse dure, résistante, assez considérable, dont le pédicule ne peut être senti.

A cette époque, P... subit une première opération, qui consiste dans la section du voile du palais et l'excision partielle des os palatins.

Au moyen de cette ouverture, je pus sectionner le polype à l'aide de ciseaux courbes, en rasant sa base d'implantation qui occupait à la fois l'apophyse basilaire et la partie postérieure et la plus élevée du pharynx.

La masse polypeuse, de nature bien évidemment fibreuse, pouvait égaler le volume d'un petit œuf de poule. Le prolongement nasal, de la grosseur du doigt, avait près de 5 centimètres d'étendue.

Quoique l'opération eût été accompagnée d'une assez grande perte de sang, elle fut néanmoins courageusement supportée, et les suites ne présentèrent rien de particulier.

Deux cautérisations avec le fer rouge et cinq ou six avec le caustique de Vienne solidifié furent pratiquées dans l'espace de quatre mois, et le malade quitta l'hôpital dans le courant du mois d'août avec l'apparence de la guérison.

Cette apparence de guérison ne dura pas longtemps. Cinq mois après sa sortie, P..., en proie à de nouvelles hémorrhagies, revenait avec une récidive constituée par une masse polypeuse de la grosseur d'une noix, qui apparaissait à travers la fente du voile du palais. Cette fois, j'opérai le polype avec l'écraseur de notre collègue M. Chassaignac, en ayant soin de le porter aussi haut que possible. Il s'écoula peu de sang. Je cautérisai énergiquement avec le caustique de Filhos, et je renouvelai cette cautérisation cinq ou six fois encore à huit jours d'intervalle.

P... quitta une deuxième fois l'hôpital, au mois de février 1860, se croyant encore guéri; mais j'avoue qu'en lui laissant cette croyance, j'étais loin de la partager.

En effet, le 26 septembre 1860, troisième entrée de P... dans l'état suivant : anémie extrême par suite d'hémorrhagies presque journalières depuis trois mois.

Cette fois, le polype a poussé des embranchements dans trois directions. L'un, le plus considérable, descend dans le pharynx, traverse la division du voile du palais, et vient se mouler sur la voûte palatine; le deuxième fait saillie sous les muscles de la joue; le troisième se montre au-dessus de l'arcade zygomatique. Ces deux derniers prolongements ont lieu du côté droit.

En présence d'une pareille repullulation dans un espace de temps aussi court, devant une constitution ruinée, il eût été peut-être plus sage de s'abstenir de toute nouvelle opération. Mais d'un autre côté, P... me priait instamment de le débarrasser de son mal, me disant que l'existence lui était à charge dans les conditions où il se trouvait, et qu'il était décidé à subir n'importe quelle mutilation, plutôt que de continuer à vivre de la sorte. J'eus la faiblesse de céder à ses supplications.

Résolu cette fois à pratiquer une opération radicale, qui mettrait à découvert toutes les racines du polype, je m'arrêtai à l'ablation du maxillaire supérieur du côté droit.

Mais avant il fallait tâcher de mettre P... dans des conditions moins mauvaises, et à cet effet je le soumis pendant trois mois à l'usage du fer et du quinquina. Sous l'influence de cette médication, jointe à un régime fortifiant, le malade parut alors se trouver dans des conditions plus convenables, lorsque dans les premiers jours de janvier 1861, il fut pris d'une double pneumonie, peu étendue du reste, dans l'un et l'autre poumon, et qui céda assez vite à deux vésicatoires. L'opération dut encore être retardée.

Enfin, le 25 février, P... fut conduit à la salle d'opération dans des conditions assez passables, et relativement meilleures que celles dans lesquelles il se trouvait lors de sa dernière rentrée au mois de septembre 1860.

Le malade demanda d'abord à être chloroformisé; mais sur mon refus, il ne s'en assit pas moins résolûment sur une chaise.

Le maxillaire droit fut mis à découvert à l'aide d'un seul lambeau, par le procédé que vous connaissez tous, et qui s'obtient par une incision convexe en arrière, et partant du milieu de l'os malaire pour aller gagner la commissure labiale.

La paroi inférieure de l'orbite mise à nu, une scie à chaîne fut successivement introduite à travers l'os unguis dans la narine correspondante, pour opérer la section de la branche montante du maxillaire, puis à travers la fente sphéno-maxillaire, pour le détacher de l'os malaire.

Une troisième application de la scie, amenée de la bouche dans la narine, pour séparer les deux maxillaires près de la ligne médiane, après avoir préalablement arraché une incisive et incisé la muqueuse palatine, termina le premier temps de l'opération.

Débarrassé du maxillaire, je procédai de suite à l'énucléation du polype, et je commençai par la masse la plus volumineuse, celle qui descendait dans le pharynx et venait se recourber au-dessous de la voûte palatine. Cette partie du polype, largement adhérente à la paroi postérieure et latérale droite du pharynx, fut divisée à coups de ciseaux.

Cette section à peine terminée, il survint tout à coup une syncope contre laquelle je luttai inutilement pendant près de vingt minutes; les battements du cœur devinrent de plus en plus faibles, et le malade s'éteignit.

Au point de vue du manuel opératoire, les choses s'étaient passées avec régularité et précision; seule, l'introduction de la scie à chaîne à travers l'os unguis, pour sortir par la narine, avait offert quelque difficulté.

Néanmoins, la douleur inséparable d'une pareille mutilation, jointe à un assez grand écoulement de sang, chez un sujet affaibli déjà par des hémorrhagies antérieures, ont déterminé la syncope, puis la mort.

Je mets sous les yeux de la Société les pièces anatomiques disséquées avec le plus grand soin par M. Houel.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce a démontré que le polype, qui était de nature fibreuse comme M. Verneuil l'a reconnu à l'inspection microscopique, était en totalité renfermé à l'intérieur de la cavité du pharynx. La masse morbide n'avait aucun point de contact direct avec la colonne vertébrale. Le pédicule, qui avait une large base, occupait le côté gauche de la partie supérieure du pharynx, et s'insérait au tissu fibreux qui entoure le trou déchiré antérieur, à la partie interne de l'apophyse ptérygoïde, à la partie postérieure de la paroi des fosses nasales et surtout au cartilage de la trompe d'Eustache.

De cette insertion multiple et étendue, partaient des prolongements qui se dirigeaient dans divers sens; outre celui qui a été enlevé, on peut constater sur la pièce les embranchements suivants : la partie supérieure de la tumeur, n'ayant contracté avec le corps du sphénoïde que des adhérences de voisinage, avait défoncé une partie de la paroi inférieure du sinus sphénoïdal, à l'intérieur duquel elle avait pénétré; puis, après avoir distendu sa cavité, était venue faire saillie du côté de la selle tunique du sinus caverneux, et même la petite aile du sphénoïde qu'elle avait atrophiée par compression. Mais, dans aucun de ces points, la tumeur n'avait détruit la dure-mère, et par conséquent n'avait de contact direct avec la substance cérébrale.

Sur le côté externe du pédicule d'insertion, existait une tumeur du volume d'une grosse aveline qui, passant entre le bord externe du constricteur supérieur et le bord postérieur de l'apophyse ptérygoïde, venait faire saillie sur le côté du pharynx; elle était coiffée par le muscle ptérygoïdien externe, qui était distendu à sa surface.

Un troisième embranchement, beaucoup plus volumineux que les précédents, passait par la fente ptérygo-maxillaire, pour arriver dans la région temporale; il avait même en partie détruit par atrophie la base de l'apophyse ptérygoïde; arrivé à ce niveau, il se subdivisait de nouveau en trois parties. Deux prolongements assez volumineux se perdaient dans l'épaisseur des fibres du muscle temporal et remontaient jusqu'au niveau de la partie moyenne de la fosse de ce nom. Le troisième prolongement pénétrait dans la partie postérieure de l'orbite par la fente sphéno-maxillaire, puis, se dirigeant en arrière, il pénétrait dans le crâne par la fente sphénoïdale et venait former à l'intérieur de cette cavité une tumeur du volume d'une noix, bosselée, inégale, et qui à ce niveau comprimait sensiblement le lobe moyen du cerveau. Ce dernier prolongement, placé à la face interne de la dure-mère, avait contracté avec elle des adhérences filamenteuses peu vasculaires et faciles à détruire.

Dans la communication verbale que j'ai faite de l'observation publiée aujourd'hui, j'avais énoncé qu'aucune cautérisation n'avait été pratiquée à la suite des deux premières opérations. C'est une erreur que je tiens à rectifier, ayant retrouvé dans mes notes tous les détails de ces cautérisations, tels que je les ai rapportés.

M. HUGUIER avait déjà émis devant la Société l'opinion que les polypes devaient souvent prendre leur origine dans le tissu fibro-cartilagineux que l'on trouve au niveau du trou déchiré antérieur à la base de l'apophyse ptérygoïde. Cette pièce démontre nettement que le polype n'est pas implanté sur l'apophyse basilaire.

M. Huguier a déjà présenté une pièce dans laquelle le polype entrait dans les fosses moyennes de la base du crâne par la fente sphénoïdale, et aussi par les sinus sphénoïdaux. Ces polypes, quand ils entrent ainsi dans le crâne, existent déjà depuis longtemps, et sont gênés dans leur évolution. Dans le fait de M. Deguise, comme dans celui de M. Huguier, aucun symptôme ne pouvait faire soupçonner cette pénétration. M. Huguier pense que ces faits doivent faire admettre qu'il faut opérer de bonne heure, et que l'on peut soupçonner qu'il y aura des prolongements du côté de la boîte crânienne, quand on trouve, quand on sent des prolongements dans les parties qui environnent les fosses nasales. Lorsque l'on a acquis la certitude que le polype a pénétré par tous les endroits où il peut passer pour se développer, qu'il envoie des prolongements dans la fosse zygomatique, zygomato-maxillaire, temporale, il n'est pas prudent d'y toucher, car il a bien certainement des racines dans le crâne.

La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté ministériel en date du 20 courant, il a été décidé qu'à partir du 1er avril prochain, le traitement de 2,000 francs, alloué aux suppléants des professeurs, serait prélevé par *cinquième*, pendant la durée des cours, sur le traitement des titulaires.

—Par décret du 20 janvier dernier, ont été nommés au grade de chirurgien principal de la marine, MM. Villette, Gautelme et Mauger, chirurgiens de 1re classe.

— M. Amic, médecin en chef de la marine en retraite, a succombé le 23 février dernier, à la Pointe-à-Pitre (Guadeloupe), après une courte maladie qui a présenté les caractères d'une congestion cérébrale. M. le docteur A. Pellarin, chirurgien de 1re classe, chef du service à la Pointe-à-Pitre, a rendu sur sa tombe un touchant hommage au digne confrère que vient de perdre le corps de santé de la marine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Guérison rapide des cataractes, des tumeurs et fistules lacrymales, etc., par M. le docteur TAVIGNOT, chirurgien-oculiste à Paris, 8, rue Grégoire-de-Tours, à l'aide de sa méthode galvano-caustique. Brochure in-8° avec 5 gravures. Prix : 2 fr. par la poste.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 37. — JEUDI 28 MARS 1861. (34e ANNÉE.) N° 37. — JEUDI 28 MARS 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 MARS 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie avait à élire hier un membre correspondant. Les quatre candidats portés sur la liste étaient : en première ligne et *ex æquo*, MM. Fonssagrives (de Brest) et Leudet (de Rouen); en deuxième ligne, M. Cazeneuve (de Lille) et en troisième ligne, M. Le Cadre (du Havre). Le débat s'est passé entre MM. Fonssagrives et Leudet, deux candidats également recommandables par leur position et leurs titres scientifiques. M. Leudet a obtenu au premier tour la majorité des suffrages. Le nombre de voix données à M. Fonssagrives lui assure la prochaine nomination.

L'élection faite, l'Académie s'est formée en comité secret pour procéder à l'examen des titres et au classement des candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales, à laquelle il devra être pourvu mardi prochain.

Voici le classement des candidats, si nos informations sont exactes : en première ligne, M. Regnault; en deuxième ligne, M. Guillemin; en troisième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Bouis, Figuier, Langlois; en quatrième ligne, M. Leconte.

M. Guibourt a fait ensuite à lui seul les frais de la séance publique, d'abord par une note lue en son nom par M. Ch. Robin, et qui a pour objet de rectifier une assertion émise par lui dans la séance du 8 janvier, concernant le fait clinique sur lequel M. Sales-Girons motive la théorie de la diète respiratoire; en second lieu par la lecture d'un rapport sur deux mémoires de M. le docteur Millon (de Revel), relatifs l'un au gui de chêne, l'autre au sumac vénéneux.

L'Académie, qui était en veine de travail de reconstitution intérieure, a profité des courts instants consacrés à ces deux lectures, pour nommer au scrutin les commissions de prix pour les concours de cette année. — Dr Brochin.

DES OFFICIERS DE SANTÉ ET DE LEUR DROIT D'EXERCICE.

Pétition au Sénat. — Rapport de M. Dumas.

Nos lecteurs savent avec quel soin nous examinons tout ce qui peut intéresser le corps médical au point de vue des droits, des devoirs, des intérêts professionnels. Le *Moniteur universel* de dimanche dernier contient, dans le compte rendu de la séance du Sénat du 23 mars, un rapport de M. Dumas qui n'a pas été publié dans les journaux politiques, et qui a trait à une importante question de pratique; nous reproduisons ce rapport, que nous nous permettrons de faire suivre de quelques réflexions relatives à un paragraphe où le savant rapporteur ne nous semble pas avoir interprété tout à fait dans son vrai sens un article de la loi de ventôse an XI.

Voici d'abord l'extrait du *Moniteur :*

M. DUMAS, rapporteur. — « Cent vingt-huit officiers de santé de Paris demandent que les officiers de santé soient autorisés à pratiquer la médecine dans toute la France, les villes de 10,000 âmes exceptées.

» Tout le monde reconnaît que l'état de la législation laisse à désirer en ce qui touche à la pratique de la médecine et à l'exercice de la pharmacie. Les officiers de santé d'une part, et les pharmaciens de seconde classe de l'autre, ont été institués sous certaines conditions de réception et avec certaines restrictions quant au droit de pratique, qui ne sont plus en harmonie avec les moyens d'étude ou de réception mis à leur disposition.

» On ne peut pas dire que le sentiment public réclame pour eux des droits plus étendus. L'étude à laquelle se livrent à ce sujet les deux ministères de l'instruction publique et du commerce, chacun en ce qui les concerne, conduit à cette double conséquence qu'il y a plutôt lieu de restreindre qu'il n'y aurait lieu d'étendre le droit d'exercice pour les officiers de santé et pour les pharmaciens de seconde classe qu'on doit leur assimiler complétement.

» On a donc sujet d'être surpris que la pétition qui nous occupe, émanée des officiers de Paris au nombre de 128, ait trouvé 49 médecins, et des plus considérables, pour l'appuyer, car si d'un côté elle restreint leurs droits, de l'autre elle les étend d'une manière assurément très-considérable.

» En effet, d'après la loi du 19 ventôse an XI, les officiers de santé ne peuvent s'établir que dans le département où ils ont été examinés par le jury. Dans la pratique actuelle, où les examens sont faits par les professeurs des écoles préparatoires de médecine, ils ne peuvent s'établir que dans le département pour lequel ils ont été examinés.

» Faut-il en conclure que l'officier de santé qui se ferait recevoir dans tous les départements ou pour tous les départements par autant d'examens successifs serait autorisé à pratiquer la médecine dans toute la France? Cela ne paraît conforme ni à l'esprit, ni au texte de la loi qui déclare qu'ils ne peuvent s'établir que dans le département où ils ont été reçus, et qui subordonne le fait de la pratique de la médecine au fait du domicile légal et constaté.

» Nous n'avons pas à examiner ici quels motifs de convenance faciles à comprendre ont voulu que l'officier de santé fût astreint à pratiquer la médecine dans un ressort circonscrit, sous l'œil des autorités administratives ou scientifiques dont il importe que le contrôle le suive sans cesse.

» Disons seulement que la question soulevée par les officiers de santé de Paris est très-complexe et très-grave; elle a suscité de longs débats devant la Chambre des pairs, et elle devra nécessairement revenir devant les pouvoirs publics.

» Mais on se demandera alors :

» 1° Faut-il conserver les officiers de santé?

» 2° Dans le cas de l'affirmative, convient-il de circonscrire comme on le fait aujourd'hui leur droit d'exercice par les limites purement administratives du département?

» 3° Ou bien faut-il leur interdire la pratique des villes et les restreindre à exercer dans les campagnes, en étendant au besoin aux départements limitrophes l'autorisation qui leur serait accordée pour l'un d'entre eux plus spécialement?

» 4° Ou bien, comme le demandent les officiers de santé de Paris, faut-il leur interdire les villes et leur livrer les campagnes dans toute l'étendue de l'Empire?

» 5° Ou bien enfin, comme le voudraient certains médecins eux-mêmes, faudrait-il laisser les officiers de santé libres d'exercer partout la médecine, les grandes opérations leur demeurant interdites cependant, comme le prescrit la loi de l'an XI?

» Combien de questions et combien elles sont graves!

» Dans cet état de choses, sachant tout le soin que donnent à leur examen M. le ministre de l'instruction publique et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, votre commission vous propose le dépôt de la pétition au bureau des renseignements.

» Le Sénat adopte les conclusions proposées par la commission. »

C'est avec la plus grande satisfaction que nous avons vu dans ce rapport M. Dumas exprimer hautement cette opinion, qui est celle de tous les membres du corps médical, « que la loi de » ventôse an XI a institué une seconde classe de médecins et de » pharmaciens, sous certaines conditions de réception et avec » certaines restrictions quant au droit de pratique, qui ne sont » plus en harmonie avec les moyens d'étude ou de réception mis » à leur disposition. »

Dans les cinq questions posées par M. Dumas à la fin de son rapport, dans le dépôt de la pétition au bureau des renseignements ordonné par le Sénat, comme aussi dans l'argumentation du savant rapporteur, nous croyons voir une tendance de l'autorité à la suppression de cette seconde classe de médecins lorsque se présentera le moment de faire une nouvelle loi sur l'exercice de la médecine. Nous ne pouvons qu'approuver cette tendance. Il ne peut y avoir, en effet, de *demi-médecins*, pas plus qu'il n'y a de *demi-malades*, et nous hâtons de tous nos vœux l'époque où un médecin ne sera plus obligé, pour ne pas contrevenir à la loi, de laisser mourir sans secours une femme en couches ou un homme atteint de hernie étranglée, parce qu'un diplôme *insuffisant*, obtenu après *des études et des épreuves* réputées *insuffisantes*, ne lui permettra pas de faire, sans le concours d'un docteur en médecine, qu'il aura été impossible d'avertir à temps, une opération à l'aide de laquelle le malade aurait pu être sauvé.

Mais nous nous permettrons de combattre la doctrine de l'éminent rapporteur, en ce qui concerne le droit d'exercice des officiers de santé dans plusieurs départements.

L'article 29 de la loi de ventôse dit :

« Les officiers de santé ne pourront s'établir que dans le département où ils auront été examinés par le jury. »

L'article 10 du décret du 22 août 1854 a modifié cet article 29, en changeant le mode de réception des officiers de santé, qui ne sont plus examinés par un jury *dans* le département où ils veulent exercer, mais à la Faculté ou à l'École préparatoire de médecine dans la circonscription de laquelle se trouve le département où ils se proposent d'exercer, et qu'ils ont désigné.

Mais de cette disposition légale, modifiée ou non, s'ensuit-il, comme le pense M. le rapporteur, que l'officier de santé reçu dans ou pour le département où il réside, ne peut exercer sa profession que dans ce département, même s'il a subi à plusieurs reprises les épreuves nécessaires, et s'il s'est fait recevoir *pour* plusieurs départements? Nous ne le croyons pas, et voici les raisons sur lesquelles nous basons notre manière de voir.

Comme nous avons essayé déjà maintes fois de le démontrer dans ce journal, le législateur, par le mot *s'établir*, a voulu dire *exercer sa profession.* S'il en était autrement, et si la condition du domicile était absolument indispensable, voici ce qui arriverait.

Il est des communes qui sont situées dans un département, tout à fait sur sa limite, et qui ne sont séparées du département voisin que par quelques centaines de mètres. Il y en a même qui sont placées de telle manière que, faisant partie d'un département, elles ne sont pas distantes de deux autres de plus d'un ou deux kilomètres. Or, on sait que la clientèle médicale est rarement limitée à la commune même où est établi le médecin, où il réside.

L'officier de santé pourra donc journellement être appelé par les exigences de sa profession dans ces communes du ou des départements voisins, desquelles il se trouvera plus rapproché que tout autre homme de l'art. S'il n'a été reçu que pour le département dans lequel il réside, il est évident qu'il sera répréhensible et tombera sous le coup de la loi en en dépassant les limites et en exerçant la médecine dans celui ou dans ceux pour lesquels il n'aura pas été reçu. Mais si, prévoyant les nécessités auxquelles il peut être exposé, il a pris la précaution de se faire recevoir successivement pour les deux ou trois départements limitrophes, nous ne faisons nul doute que, *légalement*, il puisse exercer son art dans deux ou trois départements, bien qu'il ne lui soit matériellement possible de *résider* que dans un seul. Ces cas doivent être rares, il est vrai, mais ils peuvent se rencontrer, et nous ne pensons pas que la loi puisse s'appliquer à l'officier de santé qui, par l'obtention de plusieurs diplômes, se sera mis en mesure de ne pas contrevenir à ces sages dispositions.

Mais, nous le répéterons en terminant, ces doutes, ce besoin où l'on est de recourir à chaque instant à l'interprétation de la loi, tout cela ne prouve-t-il pas la nécessité de supprimer la seconde catégorie de médecins et de n'en plus avoir qu'une seule classe, dont tous les membres soient égaux en priviléges comme ils l'auront été pour le temps des études et pour les épreuves exigées? — Dr A. Foucart.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De l'ataxie locomotrice progressive (1).

— Toutes les recherches relatives à la part que prendrait l'hérédité parmi les circonstances étiologiques de cette maladie n'ont pas encore abouti à un résultat bien précis. Ce que nous savons, par exemple, c'est que l'ataxie locomotrice se rencontre dans les familles atteintes de névroses. Je connais un vieillard, âgé de quatre-vingt-neuf ans, dont la santé est florissante, et qui possède encore des facultés intellectuelles extrêmement nettes. A l'âge de soixante-cinq ans, il a eu un accès de monomanie qui a duré plusieurs mois. Sa guérison ne s'est jamais démentie depuis. Il a eu trois enfants : 1° une fille, faible d'esprit, et qui néanmoins s'est mariée; 2° un fils, négociant, remarquablement intelligent, un peu hypochondriaque et sujet aux pertes séminales; 3° un fils mort d'une ataxie locomotrice.

Ce vieillard a eu une sœur qui aurait aujourd'hui quatre-vingt-huit ans. Elle est morte folle, laissant deux enfants : l'un est héméralope, épileptique et spermatorrhéique; l'autre est amblyopique et maniaque!

En supposant que l'ataxie locomotrice ne soit pas héréditaire, elle n'en viendrait pas moins prendre souvent élection de domicile chez des individus appartenant à ces familles si cruellement affligées par d'étranges névroses. Lorsque vous serez consultés pour un cas d'épilepsie, interrogez avec soin les parents, et l'on vous citera presque toujours dans la famille du malade des exemples de chorée, d'hystérie ou d'aliénation mentale. Adressez les mêmes questions, s'il s'agit d'ataxie, et vous retrouverez le même cortége de névroses : c'est que les affections nerveuses jouissent du triste privilége de pouvoir se transmettre par la voie générative.

Vous avez vu quelquefois un individu marchant sur une étroite barrière, sur une planche ou sur le bord d'un bateau; tantôt il porte son corps en avant, tantôt il le porte en arrière,

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

absolument comme le danseur qui s'exerce sur la corde roide : eh bien, l'ataxique a la singulière allure de l'acrobate qui manœuvre sans balancier. Il a dans ses mouvements une sorte de violence saccadée ; il lance brusquement son pied et l'appuie lourdement sur le sol.

Tous les ataxiques n'ont pas la même démarche titubante. Nous en avons un dans le service de la Clinique, au n° 3 de la salle Sainte-Agnès, qui ne chancelle pas, bien qu'il soit affecté d'une terrible complication : il est aveugle. Armé d'un bâton, il se dirige à petits pas et revient en trottinant à son lit. D'autres ont une incertitude particulière des mouvements ; ils ont de la roideur dans les jambes et ne savent pas plier les genoux, ce qui les fait avancer tout d'une pièce. C'est là une forme exceptionnelle, qui ne se retrouve que là, et que l'on ne peut même pas comparer à la démarche de l'homme à moitié ivre et qui cherche à dissimuler son état.

Lorsque la maladie est constituée, les douleurs prémonitoires déjà si vives que nous avons signalées au début, augmentent. Leur siége est dans les extrémités inférieures et elles s'étendent même au tronc : la fatigue, des émotions, des contrariétés en appellent le retour. Le sentiment de constriction, de cuirasse, dont nous avons déjà parlé, se continue encore. L'anesthésie se généralise et elle vient s'inscrire sur plusieurs parties du corps. Ces malades éprouvent des sensations confuses ; ils ne sentent qu'imparfaitement le sol sur lequel ils reposent ou ne le sentent même point du tout ; ils ne savent pas s'ils sont debout, et lorsqu'ils ferment les yeux, ils ignorent s'ils sont soutenus dans l'espace ou s'ils sont dans la station verticale. J'ai vu avec M. Duchenne un cas de ce genre.

Cet affaiblissement de la sensibilité des extrémités est très-commun. Les ataxiques vous diront qu'ils ont une boule de caoutchouc en guise de semelle et qu'ils bondissent, alors même que leurs pieds sont solidement fixés et bien à plat, comme s'ils étaient mus par un ressort élastique.

L'anesthésie gagne quelquefois la bouche, la langue, les dents, les joues. Les malades ignorent alors si les aliments sont chauds ou froids. L'insensibilité s'étend aussi aux mains ; le toucher ne rend plus que des impressions infidèles, et les doigts sont étendus ou ployés sans que l'ataxique en ait conscience. Les troubles existant du côté de l'appareil de la vision finissent souvent en revanche par disparaître.

Dans quelques cas, assez rares d'ailleurs, vous rencontrerez une paralysie de la cinquième paire, et c'est vous dire par là que vous noterez de sérieuses difficultés dans l'acte de la mastication et de l'embarras dans la parole.

L'impuissance et la paralysie de la vessie et du sphincter anal persistent, et vous n'observerez qu'exceptionnellement la conservation des aptitudes viriles et de la miction. La complication de la paralysie vésicale peut même donner lieu à l'invasion d'une cystite extrêmement grave, amenant elle-même une fièvre intense, un travail inflammatoire des reins, et la mort. J'ai parfaitement présente à l'esprit l'observation d'un pharmacien de Paris, que j'ai autrefois soigné et que je croyais atteint de paraplégie ; je reconnais aujourd'hui qu'il a eu une ataxie locomotrice. Dans les derniers temps de sa vie, j'ai eu à combattre une cystite horriblement intense ; des eschares se sont produites à la région sacrée, et le malade a fini par perdre ses vertèbres coccygiennes !

La marche de cette maladie peut être quelquefois rapide, mais elle est souvent lente ; elle durera dix, quinze ou vingt ans, et un beau jour elle se précipitera d'une façon inopinée.

Je donne en ce moment des soins à un brave soldat de l'émigration polonaise, malade depuis quinze ans. Cet officier général a près de six pieds ; il monte à cheval tous les jours, enfonce ses étriers jusqu'au cou-de-pied, et à une telle force dans les muscles qu'il étreint son cheval avec vigueur. Il y a quelques années, il a pris encore une part très-active dans la guerre de Hongrie.

M. le docteur Duchenne connaît enfin un négociant dont l'ataxie est stationnaire depuis vingt-cinq ans.

Le pronostic est fort grave, non pas que la vie soit immédiatement menacée, mais c'est que la guérison est à peu près une chose impossible. Ne donnez donc pas trop d'espoir aux familles : je n'ai pas guéri un seul ataxique, et M. Duchenne n'a pas été plus heureux que moi. Nous pouvons, par exemple, et il importe qu'on le sache, nous opposer efficacement aux progrès du mal.

Il n'est point de malades qui subissent des traitements plus variés. Les médecins appliquent un séton à la nuque, des cautères profonds également à la nuque ou le long de la colonne vertébrale. Ces moyens déterminent une gène très-grande, provoquent des élancements douloureux d'une violence horrible et laissent des cicatrices qui deviennent le siége de souffrances telles, que les malheureux ataxiques les comparent à la sensation produite par l'apposition d'un fer rouge. Ne mettez donc point de cautères, cela est tout au moins inutile. M. Duchenne a retiré de bons effets de l'électrisation cutanée ; vous pourrez donc la conseiller. Lorsqu'il vous sera impossible d'y avoir recours, essayez de la flagellation à l'aide d'une baguette de boule, longue, sèche et élastique ; l'excitation que vous produirez ainsi à la peau amènera quelque soulagement.

L'emploi de la belladone à faible dose m'a quelquefois rendu des services : on calme ainsi les fulgurantes douleurs qui viennent à se produire. Par le même motif, vous ne devrez pas repousser les applications opiacées. On a préconisé l'hydrothérapie, et j'ai parfois dirigé des ataxiques sur l'établissement de M. Boulland, mais j'ai demandé depuis à ce médecin quels résultats il avait obtenus. Avec une bonne foi qui l'honore, M. Boulland m'a déclaré que les malades soumis à la cure par l'eau froide se trouvaient moins bien que s'ils se fussent abstenus. Lorsqu'il existe une débilité générale profonde, l'hydrothérapie la combat sans doute utilement, mais elle ne s'attaque pas à l'ataxie elle-même. Vous voyez donc qu'en somme je n'ai point à vous indiquer de puissantes ressources thérapeutiques contre l'étrange affection dont je viens de vous entretenir.

Contrairement à ce que j'observe dans beaucoup de maladies nerveuses, l'intégrité des facultés de l'intelligence demeure pleine et entière jusqu'à la fin. Je ne connais guère qu'un seul individu qui dans les derniers temps de sa vie ait offert un peu d'affaissement mental.

Cherchons maintenant à analyser quelques-uns des phénomènes si bizarres de l'ataxie.

Cette affection, je vous l'ai dit, consiste dans le manque de coordination des mouvements. Du moment où l'organe qui préside à la coordination est lésé, il arrive que l'exécution des mouvements d'ensemble devient difficile, et que, si certains muscles obéissent promptement à la volonté, d'autres ne prêtent au contraire qu'un concours inhabile. Dans l'action de patiner, par exemple, il se passe des actes multiples : que l'harmonie ne les régisse plus, et l'incertitude, le défaut d'équilibre et la chute ne se feront pas beaucoup attendre, comme vous le savez.

Pour exécuter la plupart des mouvements du corps, la coordination est nécessaire, indispensable. Lorsque vous voulez fléchir les doigts, il faut qu'il se produise une action commune de plusieurs muscles, des fléchisseurs d'abord et des extenseurs antagonistes. D'une manière générale, quand l'harmonie des mouvements cesse, que la synergie des muscles antagonistes fait défaut, la coordination disparaît, et il y a ataxie locomotrice.

Que ces malades-là maintenant viennent à être privés de la vue, de la sensibilité tactile et du sens musculaire, quelle multitude de désordres ne constaterez-vous pas ! Qu'un ataxique ait de l'anesthésie des mains et qu'il tienne un œuf, par exemple, eh bien, il n'aura pas conscience du degré de pression qu'il doit employer pour le retenir : il le serrera trop peu, et l'œuf tombera, ou il le serrera trop fort, et alors il le brisera.

Le sourd qui parle et qui ne s'entend point parler s'exprime à voix basse ou crie très-haut. C'est là encore quelque chose d'analogue.

Existe-t-il un sens musculaire? Ch. Bell l'a établi dans un tout petit chapitre qui a dû être ignoré par Gerdy et par M. Landry lorsqu'ils ont fait leurs travaux sur cette question. Si l'on ne peut pas démontrer d'une façon très-nette l'action du sens musculaire, personne en revanche ne songe à nier l'existence de la sensibilité musculaire, que certains malades perdent quelquefois complétement. Lorsque ce phénomène se présente chez une hystérique, le diagnostic n'offre aucune difficulté, car alors la vue rectifie les troubles occasionnés dans la locomotion par la paralysie de la sensibilité musculaire ; ce qu'elle ne saurait faire lorsque la coordination des mouvements a été abolie par l'ataxie locomotrice. Il suffit alors de s'attaquer aux accidents nerveux généraux pour en déterminer la disparition.

Il est des lésions cérébelleuses qui peuvent amener l'ataxie locomotrice ou la simuler. M. le docteur Hérard, médecin de l'hôpital Lariboisière, en a rapporté un remarquable exemple. « Le malade avait perdu la facilité d'associer, de combiner, de coordonner tous les mouvements dont se composent les actes si complexes de la locomotion, de la station, etc. On avait en même temps constaté l'absence de paralysie de la sensibilité et de la motilité, soit générale, soit partielle, directe ou croisée. Rien jusqu'ici, dans cette observation, qui la différencie de l'ataxie locomotrice proprement dite, puisqu'il y a des ataxies locomotrices sans paralysie. Mais, dans le cas de M. Hérard, on a noté des vomissements d'une extrême fréquence, ce qui, d'après les intéressantes recherches de M. le docteur Hillairet, devait déjà faire supposer que le siége de la maladie était dans le cervelet. Ajoutez qu'il y avait de la toux et une expectoration sanglante, symptomatiques d'une apoplexie pulmonaire. Vomissements, toux et expectoration spéciale concouraient donc à donner un caractère tranché à cette observation, puisque les symptômes variés réunis à l'ataxie venaient confirmer les recherches physiologiques et pathologiques sur les lésions cérébelleuses. Mais le diagnostic devenait encore plus facile, si l'on se rappelle que chez le malade de M. Hérard il n'y avait point eu le cortége des phénomènes prémonitoires de l'ataxie proprement dite : douleurs spéciales dans les membres, le tronc, troubles de la vue, paralysies diverses (1), etc. » J'ajoute que l'individu qui a fait le sujet de cette observation a succombé dans la stupeur, et que ce n'est pas ainsi que finissent les ataxiques, ainsi que je l'ai déjà dit.

Je ne voudrais pas vous laisser sous cette impression que l'ataxie affecte seulement une forme simple et facilement reconnaissable : cela arrive, au contraire, rarement et tout à fait exceptionnellement. La plupart des ataxiques présentent des phénomènes de paralysie plus ou moins étendus, et c'est là ce qui excuse les médecins d'avoir si longtemps méconnu l'affection que M. le docteur Duchenne a si consciencieusement étudiée et si bien décrite.

Je ne sais rien de plus quant à présent sur l'ataxie, mais nous sommes gens de revue, et j'aurai l'occasion de vous en reparler.

Dr Legrand du Saulle.

(1) Docteur Dumontpallier, *Union médicale*, t. IX, p. 311.

BLESSURE COMPLEXE DE LA FACE PAR ARME A FEU.

Par M. le docteur Mourlon,

médecin aide-major au train des équipages de la garde.

A la guerre, les questions de vie ou de mort sont des questions de millimètres. L'angle d'incidence du projectile, sa forme, l'éloignement des adversaires, la tension ou le relâchement des tissus atteints, leur densité, expliquent la bizarrerie et la variété des nombreuses sortes de blessures que l'on peut rencontrer sur les champs de bataille. Telle blessure, peu grave en apparence, peut être suivie de désordres épouvantables et se terminer rapidement par la mort, ou laisser après elle des cicatrices étendues, difformes, des lésions entraînant l'exercice de fonctions importantes. Telle autre, qui semblerait fatale à première vue, guérit très-vite, quelquefois sans stigmates bien visibles, souvent sans désordres ultérieurs des grands appareils, ou seulement avec des troubles qui sont très-compatibles avec l'existence. Les relations des médecins militaires fourmillent d'exemples de ce genre.

L'observation que je publie est remarquable par sa gravité apparente et sa terminaison heureuse ; mais ce n'est pas là ce qui à mes yeux lui donne le plus d'intérêt. Elle est surtout curieuse au point de vue des suites des blessures des voies lacrymales, de la voûte palatine et du pharynx, et enfin par l'obscurité qui environne la sortie du projectile.

D..., âgé de vingt-cinq ans, soldat du train des équipages de la garde, lymphatico-sanguin, d'une bonne santé habituelle, reçut, le 24 juin 1859, à midi, sur le champ de bataille de Solferino, un coup de feu à la région orbitaire droite. Après avoir divisé la peau de la paupière supérieure dans toute sa hauteur, la balle pénétra dans le grand angle de l'œil, brisa l'os unguis, perfora la voûte palatine en brisant les os palatins et produisant une plaie oblique de dedans en dehors, d'arrière en avant, de droite à gauche à partir du raphé, et tomba dans la bouche, contusionnant et érodant légèrement la langue et l'arrière-gorge. Tombé sur le coup sans connaissance, il ne sait ce qu'est devenu le projectile.

Il reçut immédiatement les soins d'un médecin de régiment, qui pansa la plaie de l'œil, rechercha inutilement la balle, et évacua le blessé sur Castiglione.

Après une journée passée sans soins dans ce village, il fut transporté à Brescia, où il ne resta que quatre jours. Là, on arracha deux petits fragments osseux qui sortaient de la plaie palatine et gênaient la déglutition ; on rapprocha les bords de la solution de continuité ; et on recommanda au blessé de ne pas parler et de ne faire aucun mouvement de succion.

D... resta ensuite cinq semaines à l'hôpital Saint-Luc, de Milan. On surveilla la plaie palatine et l'érosion de la langue. Une inflammation vive de l'œil droit et ses annexes s'était développée en route ; on la combattit par la glace, puis les émollients. Pendant quinze jours, D... ne vécut que de bouillon ; la langue et l'arrière-gorge n'étant plus douloureuses, et la plaie palatine étant en bonne voie, on lui permit des aliments demi-solides. Après quinze autres jours de ce régime, la fistule palatine était guérie et il reprenait sa vie ordinaire.

Pendant un mois, la vue avait été abolie dans l'œil droit. Petit à petit elle se rétablit, et le 10 août il voyait assez nettement pour se conduire.

Évacué successivement sur Gênes et Marseille, puis Paris, D... entre à l'hôpital du Gros-Caillou, le 21 août 1859, pour œdème des paupières, conjonctivite aiguë et épiphora du côté blessé. Quarante jours de traitement (sangsues, collyres émollients et astringents) le mettent en état de sortir.

Le 21 juin 1860, il entre de nouveau à l'hôpital pour les mêmes accidents. Les mêmes moyens de guérison en un mois.

Le 3 septembre, je l'envoie au Gros-Caillou pour un phlegmon du cou. Il y reste un mois, et revient avec deux fistules flexueuses de la région sous-hyoïdienne gauche, consécutives à des abcès phlegmoneux. Je le traite à l'infirmerie par les cataplasmes, pour dissiper l'engorgement chronique qui enveloppe la trachée-artère et descend le long du sterno-cléido-mastoïdien gauche jusqu'à la clavicule, et fais une contre-ouverture à la fourchette du sternum pour donner issue à une collection purulente nouvelle. Il y avait toujours de l'empâtement autour de la trachée et de l'insertion claviculaire du sterno-mastoïdien. Les fistules fournissaient une suppuration peu abondante, mais intarissable. Les injections iodées furent inefficaces à la combattre ; la peau reste décollée, sans tendance à se réunir aux tissus sous-jacents. La balle ne serait-elle pas enchatonnée dans cette région ?

Comme D... s'étiole, je l'envoie prendre le grand air à Neuilly, bornant le traitement aux seuls soins de propreté.

Etat au 5 janvier 1861 : Epiphora léger, cicatrice linéaire à peine visible à la paupière supérieure droite, partant de la poulie de réflexion du grand oblique et allant au grand angle de l'œil ; caroncule lacrymale détruite ; angle de l'œil plus profond qu'à l'état normal ; saillie très-prononcée du tendon de l'orbiculaire des paupières. Encore un peu d'amblyopie de l'œil droit.

Névralgie sus-orbitaire intermittente. — Oblitération du canal lacrymo-nasal droit. — Cicatrice linéaire très-solide à la voûte palatine. — Pertuis fistuleux au-dessus de la clavicule gauche, au nombre de trois, deux à trois travers de doigt au-dessus de la clavicule, et deux travers de doigt de la trachée-artère ; un immédiatement au-dessus de l'articulation sternale de la clavicule.

Le 15 janvier, j'incise le pont qui sépare les deux fistules supérieures. Une fusée purulente ayant décollé la peau au-dessous de la fistule inférieure, je coupe sur la sonde cannelée le tégument jusqu'à la fourchette du sternum. De cette manière, il me reste deux ouvertures seulement communiquant avec un foyer situé sous le sterno-mastoïdien.

Le 20, mon incision supérieure est remplacée par une cicatrice. L'inférieure est en bonne voie.

Le 25, un coup de bistouri confond les deux petits pertuis, et le 30 il n'y a plus qu'une fistule par laquelle on arrive dans le foyer situé sous le sterno-mastoïdien.

Réflexions. — La faiblesse de la balle touchant à la fin de

sa course et son angle d'incidence expliquent la bénignité des désordres. Le coup était tiré de loin. Il a fait à la paupière une blessure en gouttière, l'a effleurée simplement, traçant un sillon à sa surface sans pénétrer. Il est arrivé à peu près ce qu'on attribuait autrefois au vent des projectiles; à peine la balle a-t-elle entamé la peau, et pourtant elle a produit une commotion grave de l'œil, qui a présenté plus d'un mois des phénomènes d'amaurose.

La lésion de la paupière en elle-même a été insignifiante. Sous ce rapport seul, D... a été très-heureux ; les lésions traumatiques des voiles palpébraux peuvent être graves en raison du voisinage de l'œil, du tissu cellulaire lâche et abondant de la paupière supérieure et de l'orbite, enfin en raison des nerfs nombreux de cette région. Blandin traita en 1829 une plaie d'arme à feu à la tempe droite, avec fracture de la pommette et de la paroi interne des fosses nasales; son blessé perdit la vue de ce côté par commotion et extravasation sanguine. M. Jobert (de Lamballe) a observé un décollement de l'iris par commotion; il a fallu extraire le cristallin, qui s'était luxé dans la chambre antérieure.

La plaie de la paupière a guéri très-rapidement, laissant une cicatrice à peine visible. Il n'y a eu ni phlegmon ni sphacèle; on sait combien il est difficile, malgré les nombreux procédés autoplastiques, de restaurer une paupière dilacérée par une arme à feu. Des douleurs légères et intermittentes sur le trajet du nerf susorbitaire sont les seules suites de la blessure.

Plus bas, la balle détruit la caroncule lacrymale, le sac lacrymal, sans qu'il en résulte grand inconvénient. Le larmoiement, considérable dans les premiers temps, est presque nul aujourd'hui, et ne s'exaspère qu'à l'air vif; la glande lacrymale s'est habituée à une sécrétion très-minime.

La fracture de l'os unguis, et probablement de la branche montante du maxillaire supérieur, a été longue à guérir. Une exfoliation osseuse a produit deux fois des accidents inflammatoires des annexes de l'œil, qui ont nécessité des traitements à l'hôpital.

La plaie de la voûte palatine, *a priori*, était alarmante; on sait les inconvénients qui résultent des fistules de cette région pour la déglutition et la phonation; on sait aussi la difficulté de les combler, malgré les procédés ingénieux de Roux, Krimer, M. Velpeau. Les opérations tentées pour les oblitérer réussissent rarement, et l'on est généralement obligé de recourir à un obturateur. Les esquilles ont été extraites, les bords de la fistule rapprochés, et la réunion s'est faite merveilleusement. On ne voit plus qu'une cicatrice blanche et droite comme celle qui résulterait d'une incision simple.

L'érosion de la langue n'a rien présenté de particulier. Elle a guéri facilement et d'elle-même; le repos de l'organe, le silence et la diète ont suffi.

Il en a été de même pour l'arrière-gorge.

Au delà, qu'est devenu le projectile? Il me reste des doutes sur sa marche finale. Arrivé dans le pharynx, a-t-il été avalé à l'insu du blessé qui était sous l'influence de la commotion, ou bien est-il allé se loger dans quelque anfractuosité où il se soustrait à nos moyens d'exploration? Je penche vers cette dernière opinion, me fondant sur les accidents phlegmoneux consécutifs du cou, sur la suppuration intarissable qui s'écoule par les fistules dont il a été parlé. La balle, dans cette hypothèse, aurait contourné le larynx et se serait arrêtée derrière le sterno-mastoïdien gauche, où elle se trouve probablement encore. Depuis quelques jours mes doutes s'éclaircissent, et je crois être sur sa trace.

Ainsi, il y a quinze jours, il existait trois fistules, toutes donnant issue à du pus. Les deux supérieures étaient séparées par un pont de peau très-aminci; un coup de bistouri les a réunies et m'a convaincu que les tissus sous-jacents n'étaient pas altérés et qu'il n'y avait pas de corps étranger. L'inférieure conduisait à deux foyers différents, un vertical s'arrêtant à l'articulation sterno-claviculaire, l'autre siégeant sous le sterno-mastoïdien, oblique de haut en bas et de dedans en dehors, long de trois ou quatre centimètres. A cette profondeur, le stylet est arrêté par un obstacle résistant, peu *douloureux*, mais qui n'a pas la percussion métallique; au toucher, on sent une petite tumeur et de l'empâtement. En incisant sur la sonde cannelée le trajet vertical, je me suis assuré qu'il était le résultat du décollement de la peau par la suppuration. La cause de la formation continue du pus existe donc dans le trajet fistuleux oblique.

Quand j'envoyai D... à l'hôpital, le 3 septembre 1860, on aurait pu le croire atteint d'adénite cervicale supposée liée à un principe de scrofule ou de syphilis, vu le gonflement considérable de tout le côté gauche du cou, tant il y avait loin de l'invasion de ces accidents à une blessure reçue quinze mois avant et guérie depuis un an. Mais la marche de l'affection n'a pas été celle d'une adénite. Il y a eu de la fièvre, et le gonflement s'est abcédé au niveau du larynx. D... n'a jamais eu de maladies vénériennes ou scrofuleuses; ni sous la mâchoire, ni sur la clavicule, on ne sent de ganglions engorgés. Et, renseignement précieux, il a souvent ressenti une légère douleur à gauche du larynx depuis le jour de sa blessure; un abcès se serait formé il y a un an au voisinage de l'os hyoïde, et se serait ouvert à la base de la langue. Les tissus se sont engorgés peu à peu et en commençant au siége de l'endolorissement primitif.

De tout cela, il résulte pour moi que les abcès du cou sont causés par la présence d'un corps étranger, et je me demande si ce corps ne serait pas la balle que D... reçut en Italie.

Que faire alors? Aller à la recherche du projectile, ou attendre que la suppuration l'entraîne au dehors? C'est cette dernière conduite que j'adopte. Déjà il n'y a plus au cou qu'une seule fistule, à travers laquelle on ménage un écoulement facile au pus, et on peut surveiller la marche du corps étranger.

Je n'oserais à présent songer à l'extraction, à cause des organes nombreux et délicats qui occupent la région, et surtout de l'incertitude du siége précis du *corpus delicti*. Une seule circonstance me déciderait à agir immédiatement, c'est le cas où le foyer purulent aurait de la tendance à migrer vers la poitrine. Heureusement nous n'en sommes pas là, et j'ai l'espérance qu'une saison passée à Baréges ou à Bourbonne mettra le malade à l'abri de tout danger à venir.

En résumé, voilà l'histoire d'un militaire qui, après avoir parfaitement guéri d'une division de paupière et d'une fistule palatine résultant d'une blessure par arme à feu, nous présente un exemple très-rare de balle séjournant dans l'épaisseur du cou pendant près de quinze mois, avant de provoquer le moindre accident inflammatoire.

En terminant, et pour insister une fois encore sur le résultat définitif des lésions observées chez D..., je ferai remarquer que ce jeune homme a une physionomie presque aussi régulière qu'avant sa blessure. Cette considération a pour moi une grande valeur, et pour mes blessés, j'attache une haute importance à la conservation de l'intégrité des formes dans toutes les régions en général, et spécialement dans les cas de blessures de la face.

HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE.

Extrait de belladone à l'intérieur. Guérison.

Par M. le Dr ADET DE ROSEVILLE.

H..., cultivateur, âgé de soixante-huit ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, usé par ses rudes travaux, est affecté depuis une vingtaine d'années d'une hernie inguinale droite, dont pendant longtemps il n'a pris aucun souci, et pour laquelle il n'a porté un bandage qu'au moment où, par son volume, elle lui a causé de la gêne. Il la faisait toujours très-facilement rentrer lui-même, et jamais elle ne lui avait occasionné le plus léger accident.

Le 2 novembre, il était occupé à arracher des betteraves, travail assez pénible, lorsqu'à la suite des efforts qu'il fit, sa hernie, se dérobant à la pression du bandage, sortit plus brusquement que de coutume, et tout aussitôt il éprouva de si violentes coliques, qu'on fut obligé de le porter chez lui et de le mettre au lit. Il était midi, et ce n'est qu'après avoir vainement tenté la réduction jusqu'à huit heures du soir, qu'il se décida à me demander.

Je le trouvai dans une assez grande anxiété; le pouls était petit, fréquent; le ventre souple; quelques éructations; pas de hoquets, pas de vomissements; l'intestin, descendu dans le scrotum, formait une tumeur dure, lisse, oblongue et volumineuse comme une grosse poire. J'ai pratiqué immédiatement le taxis, que j'ai continué doucement et à intervalles pendant deux heures, sans obtenir la moindre amélioration. Alors, le malade étant très-fatigué et la sensibilité devenant très-vive, j'ai jugé prudent de cesser toute manœuvre; j'ai ordonné un grand bain prolongé, un lavement purgatif à la sortie du bain et ensuite des frictions avec de la pommade de belladone, ainsi que des cataplasmes.

Le lendemain matin je le vis de très-bonne heure : les traits étaient fortement altérés, la voix voilée, le pouls petit, les mains froides, l'anxiété extrême; depuis trois heures les vomissements bilieux d'abord, puis stercoraux, se succédaient à courte distance; les coliques et les hoquets étaient continuels.

Après une nouvelle tentative de taxis aussi impuissante que la première, l'état du malade devenant de plus en plus grave, j'ai proposé l'opération; mais un refus formel de la famille ne m'a laissé pour ressource bien incertaine que le traitement médical. Cependant je n'ai pas perdu courage, et mettant mon espoir dans l'extrait de belladone, que le docteur David avait plusieurs fois donné avec succès à l'intérieur, je prescrivis sa potion dont je rappelle ici la formule :

Eau distillée.	60 grammes.
Extrait de belladone	25 centigrammes.
Sirop de fleurs d'oranger . . .	30 grammes.

A donner par demi-cuillerée à bouche toutes les demi-heures jusqu'à cessation des accidents. (*Gazette des Hôpitaux*, 13 octobre 1857.)

La prescription fut ponctuellement exécutée : après la sixième demi-cuillerée, un léger gargouillement s'étant fait entendre, la hernie en peu d'instants est rentrée en totalité, et avec elle ont immédiatement disparu tous les effrayants symptômes qui lui faisaient cortége. Je recommandai le repos le plus absolu, l'application constante du bandage, et, heureux de mon succès, je me retirai dans une quiétude parfaite.

Tout alla bien en effet pendant huit jours; mais, le 10 décembre, H..., qui s'était couché bien portant à huit heures, fut réveillé à huit heures et demie par de fortes coliques; sa hernie, sans cause connue, était de nouveau sortie, plus volumineuse encore que la dernière fois. Ce ne fut que le lendemain à six heures du soir, c'est-à-dire vingt-deux heures après le retour de l'accident, qu'on m'envoya chercher. Pourtant, pendant tout ce temps, on n'était pas resté dans l'inaction : après qu'il eut vainement tenté lui-même la réduction, sa famille, se conformant à ma prescription précédente, fit prendre un grand bain, mit des cataplasmes, donna ce qui était resté de la potion belladonée, mais le tout inutilement.

A mon arrivée, la face était anxieuse, couverte de sueur, le pouls très-petit, fréquent, la faiblesse générale extrême, les coliques, les vomissements stercoraux et les hoquets étaient continuels; pas de tension du ventre; mais la tumeur était tellement douloureuse que, malgré toutes mes instances, le malade n'a pas absolument voulu me permettre d'y toucher; du reste, il était si convaincu de sa fin prochaine, qu'il avait reçu les derniers sacrements, et qu'il ne m'avait fait appeler, disait-il, que pour n'avoir rien à se reprocher.

J'avoue que je fus pendant quelques instants dans une grande perplexité; le taxis et l'opération ayant été repoussés, l'extrait de belladone ayant échoué cette fois, que fallait-il faire? J'hésitais entre les lavements à l'acétate de plomb vantés par M. Newbold, et la strychnine employée par M. Garcia Lopez, ou encore le café, lorsque mon regard tomba sur la fiole qui avait contenu la potion belladonée.

Pensant alors que la moitié seulement en avait été prise la première fois, et que l'autre moitié, qui venait d'être donnée, était restée en vidange, dans un endroit chaud, pendant huit jours, je me suis demandé si l'on ne devait pas attribuer l'insuccès du médicament à son altération; aussitôt *m'accrochant*, qu'on me pardonne le mot, à cette supposition encourageante, j'en prescrivis une seconde exactement aux mêmes doses que la première.

Je n'eus qu'à me féliciter de ma décision; car après la huitième demi-cuillerée de cette potion *nouvelle*, un gargouillement s'est de nouveau produit, et la hernie s'est réduite comme par enchantement, sans laisser la plus légère trace à sa suite. Depuis cette époque H... a repris ses occupations habituelles et n'a plus éprouvé le moindre malaise.

Quoique cette observation puisse se passer de commentaires, je crois cependant devoir faire ressortir ses deux points principaux, savoir : l'étranglement et l'action de l'extrait de belladone sur cet étranglement.

1° La hernie était-elle véritablement étranglée? Je pense que l'on ne peut avoir le moindre doute à cet égard; en effet, les vomissements de matières stercorales ont été très-abondants, et ces vomissements, chacun le sait, sont le signe caractéristique de l'étranglement; seule maladie qui en soit accompagnée; la hernie était donc positivement étranglée.

2° Le fait qui précède étant bien établi, l'extrait de belladone a-t-il réellement joué le principal rôle dans la guérison? A cela je répondrai : Tous les moyens employés avant lui ayant échoué, et la hernie s'étant deux fois miraculeusement réduite après son administration, n'est-il pas rationnel de lui reconnaître tout l'honneur de cette double réduction? Pour moi, je n'ai pas douté un seul instant que cet heureux dénoûment ne dût être attribué à son action énergique, prompte et non démentie, car il ne faut pas considérer comme un insuccès le résultat négatif produit par un reste de potion altérée.

Qu'il me soit permis maintenant d'émettre le vœu que ceux de mes confrères qui se trouveront en présence de cas semblables poursuivent les expériences faites jusqu'à ce jour sur ce médicament, qui, s'il continue ce qu'il a déjà tenu, rendra un immense service aux malades, en leur épargnant les douleurs et les dangers d'une opération chirurgicale.

NOTE SUR LA REPRODUCTION DES ONGLES.

Par M. le docteur F. PRADIER (de Clermont-Ferrand).

Une note de M. le docteur Beaupol sur la loi de reproduction des ongles me fournit l'occasion de communiquer les expériences que j'ai faites sur moi-même dans le but de vérifier ce que les auteurs ont avancé sur le temps que mettent les ongles à se reproduire entièrement. Voici le moyen bien simple dont je me suis servi pour arriver au résultat que je voulais obtenir :

Le 18 septembre 1860, j'ai rendu d'égale longueur les ongles des mêmes doigts de chacune de mes mains; puis j'ai mesuré exactement chaque ongle de ma main gauche avec un compas, et en ai reporté la longueur sur les millimètres d'un mètre en ivoire très-exact. J'en ai fait autant pour les ongles de la main droite; puis, avec une plume très-fine, trempée dans une dissolution concentrée de nitrate d'argent, j'ai marqué chaque ongle à sa racine. Le 11 février 1861, la dernière trace des marques a disparu. Ainsi :

Main gauche.

Pouce	a 16	millim.,	a fini de croître le	11	février	1861
Index	11	—	—	23	décembr.	1860
Médius	13	—	—	30	janvier	1861
Annulaire	13	—	—	30	—	1861
Auriculaire	11	—	—	10	—	1861

Main droite:

Pouce	a 16	millim.,	a fini de croître le	8	février	1861
Index	11	—	—	10	décembr.	1860
Médius	13	—	—	7	janvier	1861
Annulaire	13	—	—	10	—	1861
Auriculaire	11	—	—	8	—	1861

Par conséquent à la main gauche :

L'ongle du pouce a mis	115 j.	pour se renouveler, ou	3	mois et	23 j.
— index	96	—	3	+	4
— médius	134	—	4	+	11
— annulaire	134	—	4	+	11
— auriculaire	114	—	3	+	22
	593 | 5				
	118,6				

La moyenne pour l'accroissement total des ongles de ma main gauche est donc de 118 jours et demi, ou près de quatre mois.

A la main droite (je suis droitier) :

L'ongle du pouce a mis	112 j.	pour se renouveler, ou	3	mois +	20 j.
— index	83	—	2	+	22
— médius	111	—	3	+	19
— annulaire	114	—	3	+	22
— auriculaire	112	—	3	+	20
	532 | 5				
	106,4				

La moyenne pour l'accroissement total des ongles de la main droite est par conséquent de 106 jours et demi, ou trois mois et demi à peu près.

Il est bien entendu que, pour chaque ongle, sa croissance

était achevée lorsque avec le compas je retrouvais, au niveau de la marque, la même longueur qu'au début de l'expérience.

D'après ces tableaux, on voit donc que les ongles mettent chez moi trois ou quatre mois pour se renouveler entièrement, et j'ai toujours été bien portant et suis âgé de trente-sept ans et demi. La différence que l'on rencontre dans le temps nécessaire à l'accroissement des ongles peut tenir par conséquent à un assez grand nombre de circonstances; par exemple, suivant l'âge, la constitution, le tempérament, l'état de santé ou de maladie, selon que l'expérimentateur est droitier ou gaucher, selon que l'on coupe souvent ou non l'extrémité libre des ongles, etc.

J'ai pu pendant cette expérience vérifier un autre fait qui m'a paru digne d'être noté, c'est que, à mesure que l'ongle fait des progrès en longueur, cette progression se fait de plus en plus lentement; il semble que l'ongle se tasse, devient plus épais et plus dur à mesure qu'il s'éloigne de la racine; et voici comment j'ai pu m'en convaincre :

Au moment où ma marque était à 7 millimètres de la racine à l'ongle du pouce gauche, je me suis donné par maladresse un coup de marteau sur ce doigt, et l'ecchymose qui s'en est suivie s'est arrêtée au niveau de la racine, mais elle n'a pas tardé à suivre en dessous de l'ongle le développement de celui-ci. Au début, la partie antérieure de l'ecchymose était donc à 7 millimètres de la marque, mais le 11 février elle n'en était plus qu'à 4 millimètres; de sorte que ma première marque s'est laissé rattraper de 3 millimètres; par conséquent, il est bien évident qu'elle a marché moins vite.

Je livre ces expériences et ces réflexions sans y attacher autrement d'importance; car en voyant ces différences assez grandes dans le temps que mettent les ongles à se reproduire non-seulement chez des sujets différents, mais encore chez le même expérimentateur, je crois qu'il est difficile d'en tirer quelques indications précises (dans le cas de sillons) pour trouver, même aproximativement, l'époque à laquelle correspondent ces sillons.

SIROP DE CHLORURE DE SODIUM.

Par MM. Pietra-Santa, Mialhe et Grassi.

Eau distillée.	200 grammes.
Chlorure de sodium. . . .	125 —
Sucre.	400 —
Eau de laurier-cerise. . . .	30 —

30 grammes de ce sirop contiennent sensiblement 5 grammes de chlorure de sodium. (*Union médicale.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 mars 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet:

1° La description d'un lit mécanique inventé par M. C. de Bériot (M. Gavarret, rapporteur);

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Lot pendant l'année 1860 (commission des épidémies);

3° Les rapports de MM. Prin et Marcaggi, sur le service des eaux minérales de Sermaize (Marne) et de Guagno (Corse), pendant l'année 1860 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Fiévet (de Tournon-sur-Rhône), qui sollicite le titre de correspondant.

2° Une note sur un nouveau système de pansement par la gutta-percha, adressée par la commission administrative des hospices de Roubaix. (Commissaires, MM. Larrey, Velpeau et Malgaigne.)

3° Un mémoire intitulé : *De l'iode à l'état métalloïde, comme escharotique dans le traitement des adénites scrofuleuses*, par M. le docteur Prieur, de Gray. (Commissaires, MM. Gosselin, Devergie et Ricord.)

4° Trois plis cachetés déposés par M. le docteur Thévenot, M. Viollet, pharmacien à Tours, et M. Condamine, vétérinaire au 9e chasseurs.

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. le docteur Lemasurier, correspondant de l'Académie à Versailles, qui annonce la naissance dans cette ville d'un monstre autositaire, du genre céphalopage, de l'espace des eusomphaliens.

— M. Larrey présente à cette occasion, de la part de la Société de médecine de Versailles, un rapport sur ce sujet, et dépose sur le bureau deux photographies montrant sous deux faces différentes les deux petites filles soudées l'une à l'autre par le sommet du crâne et parvenues aujourd'hui au cinquième jour de leur naissance.

— M. le président annonce que M. le professeur Martins (de Montpellier), membre correspondant, est présent à la séance.

— M. le président fait part à l'Académie de deux pertes regrettables qu'elle vient de faire dans la même semaine, dans les personnes de MM. le professeur Forget (de Strasbourg), correspondant, et Ferrus, membre titulaire.

M. le président rend compte des obsèques de M. Ferrus, et invite M. le secrétaire perpétuel à donner lecture à l'Académie du discours qu'il a prononcé sur sa tombe.

La lecture de ce discours est accueillie par les marques unanimes d'approbation de l'Académie.

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre correspondant. Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant :

1° *Ex æquo*, M. Fonssagrives, à Brest, et M. Leudet, à Rouen;

2° M. Cazeneuve, à Lille;

3° M. Le Cadre, au Havre.

Le nombre des membres inscrits sur la feuille de présence est de 77. Le nombre des votes exprimés est de 75, majorité 38.

M. Leudet obtient.	39 voix.
M. Fonssagrives.	29 —
M. Cazeneuve.	5 —
M. Le Cadre.	2 —

En conséquence, M. Leudet, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant de l'Académie.

— Immédiatement après l'élection, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de physique et chimie médicale.

—A quatre heures et demie, l'Académie rentre en séance publique.

LECTURE.

M. Ch. Robin, secrétaire annuel, donne lecture, au nom de M. Guibourt, de la note suivante :

Diète de la respiration. — M. le professeur Guibourt a écrit à l'Académie pour rectifier l'assertion émise par lui dans la séance du 8 janvier, concernant le fait clinique sur lequel M. Sales-Girons fonde sa théorie de la *Diète respiratoire.*

M. Guibourt reconnaît aujourd'hui l'existence de ce fait, et explique son erreur par l'emploi d'un goudron altéré par le temps, dont il s'était servi dans sa première expérience. En se servant de goudron récent, comme on l'a fait dans les expériences de la Société de pharmacie, on constate la réalité de son action sur l'oxygène de l'air, et le pouvoir qu'ont ses émanations odorantes d'empêcher la combustion lente du phosphore.

Le fait le plus simple et le plus frappant, écrit-il, est celui de voir, comme l'a démontré M. Deschamps (d'Avallon) d'après M. Sales-Girons, que, dans un bocal à large ouverture contenant un peu de goudron, si l'on y suspend au moyen d'un fil un bâton de phosphore, celui-ci, qui fumait au dehors et qui émettait sa phosphorescence, cesse à l'instant de produire l'un et l'autre de ces phénomènes. Ce qui prouve, dit en terminant M. Guibourt, que les émanations du goudron modifient en l'atténuant l'action de l'oxygène atmosphérique sur le phosphore.

RAPPORT.

La parole est à M. Guibourt pour la lecture d'un rapport.

Histoire naturelle médicale. — M. Guibourt lit au nom de M. Chatin et au sien un rapport sur deux mémoires de M. le docteur Millon, médecin à Revel (Haute-Garonne), l'un intitulé : *Recherches sur le gui de chêne;* l'autre : *Nouvelles observations sur le sumac vénéneux* ou *rhus toxicodendron.*

Le premier mémoire ne renferme aucune observation nouvelle. Le second, plus important, n'éclaircit cependant pas, dit M. le rapporteur, les incertitudes qui nous restent sur la distinction spécifique et sur les effets plus ou moins délétères des différents sumacs vénéneux. Ici M. le rapporteur expose l'histoire et les propriétés des diverses espèces de sumacs et particulièrement de celles qui sont connues sous le nom de *rhus radicans* et de *rhus toxicodendron;* puis arrivant aux applications pratiques qu'on a proposé d'en faire à la thérapeutique et qui sont rappelées dans le mémoire de M. Millon, il s'exprime en ces termes :

« Nous ne prétendons pas conclure de là que la thérapeutique ne puisse tirer aucun avantage de l'emploi du toxicodendron. Indépendamment de l'usage direct qui en a été fait quelquefois pour guérir les dartres, nous sommes persuadés, avec M. Millon, que la poudre des feuilles séchées avec soin, l'alcoolature et l'extrait évaporé par petites quantités dans le vide, conserveront des propriétés actives qui pourront être utilisées; mais c'est presque une médication nouvelle à fonder; celle qui a été recueillie jusqu'ici se ressent trop de l'incertitude des préparations dont on s'est servi pour l'établir.

» En résumé, dit M. le rapporteur en terminant, les deux mémoires de M. le docteur Millon présentent un tableau assez complet de nos connaissances sur le gui et le rhus toxicodendron. L'auteur y a joint des figures coloriées de ces végétaux dans différentes phases de leur accroissement, et, pour le toxicodendron en particulier, cinq petits tableaux qui représentent autant de variétés de forme de l'éruption dont il est la cause. Ces figures et tableaux, très-bien exécutés, méritent d'être conservés et utilisés.

» Pour atteindre ce but, nous proposons que les mémoires de M. Millon prennent place dans la bibliothèque de l'Académie pour être mis à la disposition des médecins.

» Nous proposons enfin que des remercîments soient adressés à l'auteur de la part de l'Académie. »

Après quelques courtes observations de M. Cloquet, ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— L'Académie, conformément à l'ordre du jour, a procédé pendant les deux lectures qui précèdent à une série de scrutins pour la nomination des commissions de prix.

Voici quel est le résultat de ces scrutins :

Prix de l'Académie (Question des désinfectants). — MM. Velpeau, Jobert, Larrey, Devergie, Bouley (Henri).

Prix Portal (Point de mémoire). — MM. Cruveilhier, Cloquet, Barth, Louis.

Prix Civrieux (Angine de poitrine). — MM. Bouillaud, Desportes, Trousseau, Grisolle, Bricheteau.

Prix Capuron (Influence des maladies de la mère sur l'enfant). — MM. P. Dubois, Moreau, Danyau, Depaul, Jacquemier, Ricord.

Prix Capuron (Eaux minérales). — MM. Boullay, Mélier, Poggiale, Gaultier de Claubry, Tardieu.

Prix Barbier. — MM. Lévy, de Kergaradec, Briquet, Blache, Guérard.

Prix Itard. — MM. Bouvier, Falret, Rayer, Roche, Jolly.

Prix Amussat (Chirurgie expérimentale). — MM. Laugier, Robert, Denonvilliers, Malgaigne, Claude Bernard.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Haspel, médecin principal de 1re classe, est nommé médecin en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg, en remplacement de M. Sédillot promu au grade d'inspecteur.

— Par arrêté du 8 mars, M. le préfet du Bas-Rhin a nommé M. le professeur Rameaux membre du Conseil d'hygiène de Strasbourg, en remplacement de M. le docteur Aronssohn, démissionnaire.

— M. le docteur Constantin James vient d'être nommé chevalier de l'ordre de Léopold de Belgique.

— Par arrêtés du 16 mars, M. Peeters-Vaust a été promu au rang de professeur ordinaire à la Faculté de médecine de l'université de Liége, et M. le docteur House au rang de professeur extraordinaire à la même Faculté.

— M. le ministre de la guerre de Belgique, sur la proposition de M. l'inspecteur général du service de santé, vient de décider qu'à l'avenir l'inspection annuelle de la plupart des établissements sanitaires de l'armée serait faite par les médecins en chef et principaux.

L'inspection de 1861 commencera le 15 avril; elle est réglée comme suit :

Hôpitaux de Liége, de Louvain, de Namur, et infirmerie d'Arlon M. Merchie, médecin en chef.

Hôpital de Malines, infirmeries du camp de Beverloo, de Diest et de Hasselt, M. Decaisne, médecin principal.

Hôpital de Tournai et infirmerie de Charleroi, M. Gosse, médecin principal.

Hôpital de Bruges, infirmeries d'Audenaerde, de Nieuport, d'Ostende, de Termonde et d'Ypres, M. Lacoste, médecin principal.

La mission du médecin en chef et des médecins principaux se bornera aux établissements sanitaires.

L'inspecteur général inspectera les hôpitaux de Bruxelles, Anvers, Gand et Mons.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1861, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1860, et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'un Mémoire sur l'emploi thérapeutique externe du sulfate simple d'alumine et du sulfate d'alumine et de zinc, par M. le docteur Homolle, par M. le professeur A. Bouchardat. 21e année, 1861. Un volume in-32 de 320 pages. Prix : 1 fr. 25 c. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Supplément à l'Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1861, contenant : 1° un Mémoire sur l'étiologie et la prophylaxie de la tuberculisation pulmonaire; 2° une étude sur les mucédinées parasites qui nuisent le plus à l'homme, 3° des considérations et documents sur l'entraînement des pugilistes; 4° un Mémoire sur la pimélorrhée; 5° une instruction pour l'usage de l'uromètre de M. Bouchardat, par M. le professeur A. Bouchardat. 1861, un volume in-32 de 320 pages. Prix : 1 fr. 25 c. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole de Médecine.

Prix de la collection complète des *Annuaires de thérapeutique* par A. Bouchardat, 24 volumes, dont 3 de supplément, 30 fr.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Les sujets qui en sont atteints, faisant donc fond sur sa bénignité ordinaire, ont coutume, pour la plupart, de s'en rapporter à peu près exclusivement aux salutaires efforts de la mère nature, bien convaincus, d'ailleurs, que l'art serait impuissant à en abréger le cours même de quelques instants.

Or, c'est précisément là une erreur qu'il convient de détruire. L'amygdalite aiguë légère peut être jugulée en quelques heures. J'en puis parler avec autorité, pour en avoir fait cinq ou six fois l'expérience sur moi-même. La méthode de traitement que j'emploie, ne fût-elle susceptible de rendre des services que dans de telles conditions, mériterait assurément d'être signalée à l'attention : car chacun sait assez, pour l'avoir vraisemblablement éprouvé par soi-même, combien est pénible l'amygdalite aiguë, même légère. Mais elle réussit également dans les cas graves, à la condition toutefois d'être judicieusement employée. C'est donc avec l'espoir d'être utile que je viens aujourd'hui exposer les résultats de mes recherches sur ce point de thérapeutique.

A une certaine époque de ma vie, j'étais très-sujet aux amygdalites aiguës ; cette indisposition se prolongeait chez moi d'ordinaire de trois à cinq jours, et m'occasionnait chaque fois des souffrances réelles. Convaincu de l'impuissance de la science en présence de ces petites misères, j'imitais en cela la conduite des gens les plus sensés, j'attendais patiemment et à peu près passivement la rétrocession spontanée du mal.

Or un soir (il y a de cela environ cinq ans), je rentrai chez moi sur les dix heures, après avoir terminé un accouchement, durant lequel j'avais véritablement souffert le martyre. J'avais de la fièvre, un atroce mal de tête ; la déglutition, enfin, était des plus pénible. Je me mis au lit en cet état, espérant que quelques heures de repos suffiraient pour m'apporter un peu de soulagement. A minuit, je souffrais plus cruellement encore de la gorge et de la tête. Ce fut alors seulement que j'eus l'idée de tenter de l'emploi de la médication alcaline, dont je faisais d'ailleurs journellement usage depuis quelques années déjà dans le traitement des phlegmasies aiguës.

Je fis mettre dans un verre d'eau une bonne cuillerée à conserves de sel sodique, et je vidai avec efforts, mais d'un seul trait, l'affreux breuvage. L'effet en fut vraiment magique. Je m'assoupis aussitôt, et lorsque je me réveillai au bout de deux heures, ma tête était libre, la déglutition presque facile.

Au jour, je ne sentais plus à la gorge qu'un peu de malaise. J'étais encore un peu faible, mais j'avais cessé de souffrir.

Le lendemain, il n'y paraissait plus.

Depuis cette époque, j'ai été affecté cinq ou six fois encore, mais à des intervalles de plus en plus éloignés, d'amygdalite aiguë. Chaque fois j'ai aussitôt fait usage de la même médication, qui n'a jamais manqué jusqu'ici de juguler promptement la maladie.

Il en a été de même dans tous les cas analogues où j'y ai eu recours chez mes clients. Cette affection donc, qui, abandonnée aux seuls efforts de la nature, se prolonge le plus ordinairement plusieurs jours et constitue une indisposition réellement fort pénible, peut donc être guérie en quelques heures par le bénéfice de la médication alcaline exclusivement employée. Voyons maintenant ce que l'on est en droit d'espérer de cette méthode de traitement dans de plus graves conditions.

La médication alcaline ne convient pas dans tous les cas, non plus que dans toutes les périodes de la maladie. Il importe donc d'établir des distinctions à cet égard, afin d'éviter aux praticiens qui désireraient en faire usage des mécomptes qui ne sauraient manquer d'être le fruit d'une application peu méthodique et irrationnelle de cette méthode.

En règle générale, cette médication ne convient, dans l'amygdalite aiguë, qu'autant que l'affection est prise à son début, et accompagnée de réaction. En dehors de ces conditions elle peut bien encore apporter quelque soulagement aux malades, en dissipant, par exemple, la céphalalgie de nature congestive, dont ils sont très-fréquemment atteints ; mais elle n'est plus apte à leur procurer une guérison presque soudaine, ainsi que cela a lieu presque sûrement dans les cas particuliers que je viens de signaler. Toutes les fois donc que l'on est appelé près d'un sujet affecté d'amygdalite aiguë, accusant de la céphalalgie, présentant de la réaction, un pouls dur et vibrant, alors surtout que l'on est très-rapproché du début de l'invasion des accidents, et que le support est doué d'une bonne et saine constitution, quelle que soit d'ailleurs l'intensité des symptômes locaux, on peut instituer avec confiance la médication alcaline, qui dix-neuf fois sur vingt peut-être a pour effet de faire prompte et entière justice de l'affection tonsillaire.

Il m'est arrivé un certain nombre de fois d'être consulté par des sujets chez lesquels l'amygdalite aiguë était prononcée à ce point que la déglutition était devenue presque impossible, et que les liquides qu'ils s'efforçaient d'ingérer étaient immédiatement rejetés par les fosses nasales. Eh bien, la plupart d'entre eux ont guéri très-rapidement par le bénéfice d'une seule potion alcaline.

Un fait de cette nature s'est passé tout récemment encore dans ma clientèle.

On vint un soir réclamer mes soins pour un meunier des environs, qui se trouvait précisément dans ces graves conditions, et qui, au dire du commissionnaire, était sur le point d'être étouffé par le mal de gorge. Ne pouvant, vu la distance éloignée, obtempérer à l'instant même au désir du malade, dont je comprenais d'ailleurs parfaitement la position, je me contentai de lui envoyer une potion et 15 gr. de bicarbonate de soude, promettant ma visite pour le lendemain matin. A mon arrivée chez mon meunier, je le trouvai debout et avalant sa salive avec facilité. La cure était complète ; aussi me retirai-je sans formuler la moindre prescription.

Je pourrais rapprocher de ce fait un certain nombre d'autres en tous points analogues ; mais ce serait abuser de l'indulgence et des instants de mes lecteurs.

On comprend parfaitement les motifs pour lesquels la médication alcaline ne réussit point en dehors des conditions toutes spéciales dont il a été précédemment question. C'est qu'elle n'est rationnellement applicable que dans les cas où la méthode antiphlogistique elle-même, qu'elle supplée avec de grands avantages, est elle-même indiquée au début de la maladie : l'affection locale est encore peu prononcée, ou du moins elle n'a point encore jeté dans la partie de profondes racines. Le mal est plutôt général : c'est un état phlogistique, avec tendance à la localisation. Le meilleur moyen de la combattre, c'est donc, non de l'attaquer dans le point circonscrit où il n'a fait encore que jeter un simple germe, mais bien dans sa cause essentielle beaucoup plus généralisée, l'hémite, ou, si l'on veut, l'état phlogistique du sang.

C'est parce que la médication alcaline a pour effet de diminuer la masse des fluides, d'atténuer la plasticité du sang, par le fait non point chimique, mais purement vital, de l'exagération des phénomènes combustifs des aliments carbonés, qu'elle détruit promptement et sûrement le mal en s'adressant directement à sa véritable cause.

Combattue en temps opportun et avec avantage dans son principe, son expression locale n'a plus de raison d'être et se résout aussitôt d'elle-même. Cette résolution, d'ailleurs, est d'autant plus facile et rapide que la résorption interstitielle est singulièrement accrue sous l'influence de la déplétion organique opérée par la médication alcaline.

Quand, au contraire, l'affection locale a eu le temps de s'établir, de se fortifier en quelque sorte dans la partie choisie par elle, elle est devenue apte à y soutenir un véritable siége, son éradication immédiate n'est plus possible. Le mal doit nécessairement parcourir ses diverses phases avec des fortunes diverses, inhérentes à l'intensité de la cause morbifique, à l'organisation plus ou moins heureuse du support, etc.

Lors donc que l'affection n'est pas prise à temps, qu'elle a eu décidément le temps d'élire plus ou moins solidement son domicile dans la partie, la médication alcaline, pas plus que toute autre, n'est plus susceptible de la juguler pour ainsi dire en quelques instants. Une abcession alors n'est point rare et peut seule souvent apporter aux malades un soulagement efficace.

Dans des cas de cette nature, il m'est plusieurs fois arrivé néanmoins de prescrire encore, avec quelques avantages, le bicarbonate de soude, en vue de diminuer la céphalalgie, et de favoriser soit l'abcession, soit la résolution. Mais, je le répète, cette médication ne saurait plus, dans ces conditions, être proscrite qu'en tant que méthode palliative. Elle pourra à l'occasion rendre quelques services chez les sujets vigoureux et pléthoriques, auxquels, dans tous les cas, on sera toujours sûr de ne faire subir qu'une spoliation relativement insignifiante ; mais, en dehors des conditions où elle se trouve rationnellement indiquée, on devra toujours se faire un devoir d'en user avec discrétion, chez les personnes délicates, auxquelles il importe essentiellement de n'imposer que les pertes organiques les plus indispensables.

La médication alcaline, alors que les indications en sont les plus formelles, peut-elle, dans tous les cas possibles, être substituée au traitement antiphlogistique ordinaire?

Ici encore quelques réserves sont nécessaires. Il est des cas, fort rares assurément puisque cette grave condition ne s'est offerte qu'une seule fois à mon observation, il est des cas, dis-je, où les phénomènes locaux affectent une intensité telle, qu'ils réclament de la façon la plus impérieuse une intervention énergique et immédiate de l'art ! En admettant même que l'on pût, à l'instant, disposer des agents pharmaceutiques nécessaires, ces ressources pourraient bien être complétement inutiles, faute de pouvoir être utilisées, le malade se trouvant hors d'état d'ingérer les médicaments prescrits.

Dans ces graves conjonctures, il n'y a qu'un seul parti à prendre. Il faut sans hésiter pratiquer au malade une saignée dont l'abondance doit être subordonnée à la violence des accidents, à la richesse de sa constitution. Le danger présent conjuré, rien n'empêchera de recourir ensuite à ma méthode, pour compléter la cure.

Dans les cas de cette nature, ainsi que dans une foule d'autres, il convient de ne point se laisser aveugler par l'esprit de système. Les méthodes les plus efficaces ont leurs imperfections. Ce serait donc une grande faute que de recourir à celle-ci quand même et dans tous les cas possibles. Rien de plus à redouter, pour les malades, que les prescriptions du médecin trop systématique. Il faut savoir user, mais ne jamais abuser d'une méthode thérapeutique quelconque. C'est le meilleur moyen d'éviter les déceptions, voire même, trop souvent, les reproches de sa conscience.

Lors donc que l'amygdalite aiguë présente des accidents locaux tellement intenses que la moindre temporisation menace de devenir funeste aux malades, il faut sans hésiter recourir à la médication antiphlogistique ordinaire. Voici un exemple où cette conduite a été suivie des plus heureux effets.

Un homme d'un tempérament sanguin exagéré est atteint d'une amygdalite très-intense, avec œdème inflammatoire de la glotte. Déglutition presque impossible. Je prescris néanmoins une potion alcaline à 15 grammes. Le malade n'en peut ingérer plus de deux ou trois cuillerées ; les accidents vont en augmentant, et la suffocation est à craindre. Large saignée, qui produit au sujet une détente presque instantanée. Guérison en quelques jours.

C'est là d'ailleurs un cas tout exceptionnel. C'est la seule fois, je le répète, que l'intervention de la lancette soit devenue nécessaire chez les nombreux malades affectés d'amygdalite aiguë que j'ai eu à traiter. Il était toutefois nécessaire de signaler un tel fait, qui peut journellement se présenter dans la pratique et qu'il pourrait être imprudent au médecin de combattre par la seule médication alcaline, si surtout il ne se trouvait point dans les conditions nécessaires pour en surveiller avec sollicitude les effets.

Encore une remarque avant de terminer.

La médication alcaline, non plus que toute autre, n'est pas susceptible de faire prompte et entière justice, alors que la cause morbifique, agissant sur un terrain favorable, a jeté dans l'organisme de trop profondes racines. L'exemple suivant, l'unique également dans son genre que j'ai observé, suffira pour rendre parfaitement ma pensée et justifier suffisamment cette nouvelle réserve :

Un homme de cinquante ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, se refroidit étant en sueur à onze heures du matin. Vers le soir, il accuse un peu de gêne de la déglutition, et prend le lit à six heures du soir. Dès dix heures, les accidents avaient revêtu une forme tellement alarmante, qu'il fit en toute hâte réclamer mes soins. La face était vultueuse, la céphalalgie intense, le pouls dur et fréquent, la peau chaude et moite, la déglutition très-douloureuse. Je prescrivis uniquement 12 grammes de sel sodique.

Le lendemain matin, à huit heures, visage pâle, céphalalgie nulle, pouls non vibrant, réaction nulle. L'état local, toutefois, n'avait subi aucune amélioration. Surpris d'un fait, je dois le dire, tout à fait insolite, je soupçonnai aussitôt un état plus grave que je ne l'avais d'abord pensé. Je fis aussitôt apposer 15 sangsues au siége. Le lendemain, le mal local n'avait pas encore cédé ; un peu de réaction. Cinq sangsues de chaque côté du cou : perte de sang très-notable.

Voilà certes un traitement antiphlogistique énergique. On aurait pu croire les accidents inflammatoires conjurés ; il n'en fut rien. Une pleurésie fort grave ne tarda pas à se déclarer ; du pus même se collectionna dans la plèvre, et donna lieu à la fièvre hectique. Après de longues souffrances, la suppuration se créa enfin une issue au travers du parenchyme pulmonaire, et finit par être évacuée entièrement par la toux et l'expectoration. La guérison eut lieu, mais elle se fit longtemps attendre.

Si la médication alcaline avait seule été employée chez ce malade, on aurait pu la rendre comptable d'une affection devenue fort grave pour n'avoir point été assez énergiquement attaquée. *Post hoc, ergo propter hoc!* Mais ici cette imputation n'était pas possible, les vingt-cinq sangsues (pour ne parler même que de ces agents de déplétion vasculaire) ayant donné lieu à une perte de sang très-notable. Dans les cas de cette nature, il faut, ainsi qu'il a été fait dans le cas présent, savoir attaquer le mal avec toute la vigueur convenable, et ne point hésiter à varier, à combiner les divers moyens thérapeutiques dont on est à même de disposer.

Pour me résumer, quand la médication alcaline se montre impuissante, quand surtout elle est inapplicable, quelle que soit d'ailleurs l'affection dans laquelle elle est indiquée, il convient de faire aussitôt appel à la méthode antiphlogistique classique. Ces cas, je le répète, sont de beaucoup les plus rares, mais encore peuvent-ils se présenter quelquefois dans la pratique. Il en est d'ailleurs de cette médication comme de toutes les autres, même les plus efficaces. Elle a ses indications propres, ses limites spéciales. Vouloir forcer les premières, fronder les secondes, ce n'est pas le fait d'un praticien sensé et instruit. Si ces tentatives mal combinées ne sont point couronnées de succès, ce n'est point à la méthode qu'il doit s'en prendre, mais à lui-même, qui en a fait une application irrationnelle ou peu judicieuse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 20 mars 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Varthier annonce qu'il a pratiqué la résection du maxillaire supérieur pour enlever la tumeur qu'il a présentée à la Société dans la dernière séance. Il joint à sa lettre la pièce anatomique, qui est renvoyée à l'examen de M. Broca.

— M. le docteur Closmadeuc, chirurgien en chef de l'hôpital de Vannes, auteur d'une observation d'anévrysme qui a été dernièrement communiquée en son nom à la Société par M. Follin, écrit pour demander à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national. A l'appui de sa candidature il offre à la Société, par l'intermédiaire de M. Morel-Lavallée, son mémoire intitulé : *Etudes sur les calculs des organes salivaires*, Paris, 1855, in-8° ; et sa thèse inaugurale, intitulée : *Recherches historiques sur les calculs des canaux salivaires*, Paris, 1855, in-4°.

Une commission, composée de MM. Follin, Huguier et Morel-Lavallée, est chargée de faire un rapport sur la candidature de M. Closmadeuc.

— M. Jules Cloquet présente, de la part de M. Phélippeaux, cinq brochures sur divers sujets.

1° *De la cautérisation des plaies fongueuses de l'intérieur du rectum*. Lyon, 1859, in-8°.

2° *Du cathétérisme de la trompe d'Eustache à l'aide des cathéters à boule*. Lyon, 1859, in-8°.

3° *Extirpation d'une tumeur de la région péritonéale profonde*. Lyon, 1860, in-8°.

4° *De l'emploi de l'électrisation localisée dans le diagnostic des surdités locales*. Lyon, 1858, in-8°.

5° *De la résolution des adénites cervicales thoraciques par le galvanisme*. Lyon, sans date, in-8°.

Suite de la discussion sur les hernies.

M. Huguier. La question ne me paraît pas être arrivée au point

de fixer d'une manière définitive les indications qui peuvent se présenter dans la kélotomie, et je pense devoir soumettre à la Société les réflexions que m'a suggérées ma pratique particulière.

Les diverses perforations (ruptures, plaies et gangrène) de l'intestin dans les hernies étranglées peuvent être rangées en trois catégories :

Perforations { *pathologiques.* / *mixtes :* pathologiques et chirurgicales. / *opératoires* ou chirurgicales proprement dites.

Cette division est essentiellement pratique et repose sur des faits cliniques.

Les causes des perforations appartenant à la *première classe* sont diverses, et l'on peut admettre :

1° Une perforation par ulcération au niveau de l'étranglement.

2° Des ulcérations produites par des corps étrangers contenus dans l'anse étranglée.

3° Des ulcérations par gangrène intestinale.

4° Dans les hernies engouées depuis longtemps, la perforation peut être déterminée par l'inflammation, et l'ulcération peut marcher alors de dehors en dedans ou de dedans en dehors.

Les perforations de la *seconde classe* ou mixtes se produisent en général sur un intestin déjà malade ; elles peuvent avoir lieu :

1° Dans le taxis.

2° En mettant l'intestin à découvert ; celui-ci étant ramolli, gangréné, en partie ulcéré.

3° En l'attirant en dehors.

Dans ce cas, la perforation s'établit soit sur le point où a porté directement l'étranglement, soit sur la convexité de l'intestin ramolli ou gangrené.

Il est vrai que des tractions faites sans ménagements pourraient être dangereuses. Pour éviter cet accident, j'ai l'habitude de faire tousser le malade, de façon à obtenir naturellement ce que je veux faire par des tractions. Si cela ne suffit pas, je cherche avec soin le bord mésentérique de l'intestin et le mésentère lui-même, et, à l'aide de pinces bien appliquées, c'est sur ces points que je fais porter les efforts de traction.

4° Enfin, ces perforations peuvent encore se produire, quand l'intestin a résisté jusque-là, au moment où on réduit l'anse étranglée, après ou sans débridement, et elles ont lieu le plus ordinairement sur les deux points que je viens d'indiquer. Elles reconnaissent alors pour cause soit la distension ou la rupture des adhérences au point étranglé, soit la pression des doigts et des ongles sur l'anse altérée.

Comme traitement général ou habituel, voici les règles de ma pratique : pas de réduction intra-abdominale du point perforé ; pas de suture. Je la rejette dans ces cas d'une manière absolue. Mais il faut ménager les adhérences s'il en existe, et même, au besoin, fixer les parties herniées à l'orifice supérieur du canal ou dans le canal.

Mais comment fixer ainsi l'intestin ? Je crains qu'un fil passé dans le mésentère ne produise un coude de l'intestin, et je rejette cette méthode. Si l'intestin ne me paraît pas suffisamment fixé par les adhérences, alors je cherche s'il n'y a pas autour de l'anse herniée quelques appendices d'épiploïque. Voici ce que j'ai fait, le 14 de ce mois, à l'hôpital Beaujon :

Une femme est entrée dans mon service ; je vins le soir à l'hôpital, et je trouvai la malade dans un état très-grave. La hernie était étranglée depuis plusieurs jours ; la face était profondément altérée, la voix éteinte, le pouls petit, un refroidissement général du corps. Je pratiquai l'opération sans tarder, et le débridement opéré, les matières contenues dans l'anse herniée rentrèrent immédiatement. Toutefois, je trouvai l'intestin trop altéré pour le réduire, et je me félicite de ce que j'ai fait. Il y avait autour de l'anse étranglée deux appendices épiploïques sur lesquels je passai deux points de suture. L'intestin fixé dans cette position fut laissé à l'extérieur.

Le lendemain 15, la femme n'allait pas mal.

Le 16, même position.

Avant-hier, l'eschare tomba, et il se fit *à l'extérieur* un épanchement de matières stercorales. Si j'avais réduit, peut-être cet épanchement eût-il eu lieu dans la cavité abdominale, à moins que des adhérences n'eussent entouré l'intestin pour prévenir cet accident.

Mais, s'il n'y a pas d'adhérence et pas d'appendices épiploïques, je traverse avec un fil les parois intestinales, dans la partie qui paraît gangrenée, et je fixe ainsi l'anse herniée dans la plaie. Si l'intestin se gangrène, peu importe ; ce n'est pas le fil qui pourra déterminer la gangrène. Et si l'intestin doit résister à ce travail ulcératif, le fil ne pourra pas le provoquer.

Il est des cas exceptionnels, et ces règles générales que je viens de passer rapidement en revue doivent subir des exceptions.

Dans quelques circonstances, l'intestin est coupé par l'étranglement, et quelquefois la plaie est si nettement formée, qu'on pourrait croire qu'elle a été produite par un instrument tranchant. Pour ces cas, je ne rejette pas la suture, au contraire. Avec une aiguille fine et une soie plate, je fais trois ou quatre points de suture, suivant l'étendue de la perforation, en ayant soin d'adosser séreuse contre séreuse.

Les fils ne traversent pas toute l'épaisseur des parois intestinales, mais seulement une ou deux tuniques, la tunique péritonéale et le tissu sous-séreux. De façon que quand les fils tombent, il n'y a aucune ouverture de l'intestin.

C'est une opération délicate, mais qui me paraît devoir donner de bons résultats. Tous ces fils, ou plutôt tous ces points de suture forment des anses qui ferment l'ouverture, et je les fixe soit dans le canal, soit à l'ouverture supérieure du canal.

J'arrive maintenant aux *perforations chirurgicales.* Elles peuvent être pratiquées dans les différents temps qui constituent la kélotomie.

1° Dans l'incision des parties qui recouvrent le sac.

Pour éviter cet accident, je fais un pli à la peau, et j'incise ce pli soit de son sommet à sa base, soit par transfixion de sa base à son sommet. De cette manière, je respecte le sac et, à plus forte raison, l'intestin étranglé.

2° Dans l'ouverture du sac.

Dans ce temps de l'opération je cherche toujours s'il y a de la sérosité dans le sac, et partant la transparence. Je suis tranquille quand j'ai trouvé ce signe. Dans le cas contraire, je cherche à faire glisser le feuillet du sac sur les parties sous-jacentes, et je le pince comme je l'ai fait pour les téguments.

3° Malgré toutes ces précautions, le chirurgien peut encore blesser et perforer l'intestin, au moment où il pratique le débridement. L'intestin est serré et gêne l'introduction du bistouri, il peut être atteint en différents points, soit au-dessous de l'étranglement, soit au niveau du point où existe la constriction, soit au-dessus, dans le canal ou dans l'abdomen.

On a proposé, pour se mettre à l'abri de ces accidents, une série de moyens, depuis la sonde ailée de J. L. Petit jusqu'à la sonde cannelée de Vidal. Mais tous ces instruments sont faits pour protéger l'instestin au dehors, et non au niveau et au-dessus de l'étranglement.

L'anse intestinale, située au-dessus de l'anneau constricteur, vient se placer et se replier au-dessus de ces sondes étroites, et le bistouri a grande chance de les blesser. Frappé des inconvénients de ces instruments, j'ai imaginé une sonde cannelée un peu large, que j'appelle *sonde cannelée en bateau.* Depuis que je me sers de cet instrument, je n'ai pas eu d'accident à déplorer. Cette sonde, une fois introduite, protége l'intestin contre le tranchant du bistouri.

Mais enfin, ces précautions ont été négligées, ou bien, malgré toutes ces précautions, l'intestin est ouvert ; que faut-il faire ?

Dans ce cas, bien plus encore que dans ceux que j'ai signalés tout à l'heure à titre d'exceptions, j'ai recours à la suture, faite suivant les préceptes que j'ai posés plus haut, en renversant les bords de la plaie en dedans de l'intestin, en adossant séreuse contre séreuse, et en maintenant la partie cousue au niveau de l'ouverture supérieure du canal.

— La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Les obsèques de M. le professeur Forget ont eu lieu à Strasbourg, le samedi 23 mars. Un nombreux concours de personnes appartenant à toutes les classes de la société témoignait de l'estime générale qu'avait inspirée l'homme et le savant. La Faculté de médecine en corps, les médecins de Strasbourg, tous les étudiants ont accompagné jusqu'à sa dernière demeure la dépouille mortelle du collègue et du maître si regretté. Deux discours ont été prononcés sur sa tombe ; M. Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine, a payé un dernier tribut d'affection et d'estime à l'éminent professeur, au nom du corps qu'il avait illustré. M. Rumbach, interne, en quelques paroles vivement senties, a exprimé les sympathies des élèves et a été l'interprète du deuil profond que répand parmi eux la perte d'un maître si justement aimé.

Nous empruntons au discours prononcé par M. Ehrmann les passages suivants, qui retracent en quelques lignes la carrière si noblement parcourue par M. Forget :

« .... Lorsqu'un homme s'est dévoué pendant sa vie entière au bien-être de l'humanité, lorsque l'abnégation la plus entière a signalé tous les actes de son existence, nous lui devons amour et respect ; mais quand cet homme, par l'ascendant de son talent, par l'énergie de ses convictions, exerce son pouvoir sur les jeunes générations en leur faisant comprendre l'étendue de leurs devoirs envers la société, le besoin de l'instruction pour le salut de leurs semblables, et la droiture désintéressée dans l'exercice d'une des plus nobles fonctions de notre sphère sociale, oh ! alors inclinons-nous avec humilité devant lui, tout en restant fiers de le compter parmi nos amis. Tel fut l'homme éminent dont nous déplorons la perte.

» M. Forget est né dans la Saintonge, et sa mère succomba en lui donnant le jour ; sa jeunesse se passa à bord de bâtiments sur lesquels il fit plusieurs campagnes maritimes. La voie glorieuse du concours, où il fit preuve d'une grande facilité d'élocution et d'un véritable savoir, lui ouvrit cette carrière de la médecine navale. Plus tard, Paris devint le théâtre de ses succès. Il s'y fit recevoir docteur en médecine en 1828 ; affilié à nombre de sociétés savantes, il fut élu secrétaire de la Société anatomique, puis secrétaire-général de la Société de médecine de la Seine, fut un des principaux collaborateurs de la *Gazette des Hôpitaux* et des *Transactions médicales.*

» Bientôt le concours de l'agrégation à Paris le vit sortir le premier et à l'unanimité des suffrages des épreuves difficiles imposées aux candidats. Précédé d'une belle réputation et s'étant déjà fait une position scientifique et pratique des plus remarquables, Forget vint à Strasbourg recueillir l'héritage de notre vénéré maître d'alors, le professeur Lobstein. Le combat qu'il eut à soutenir fut vif ; de rudes adversaires lui disputèrent la palme, mais d'unanimes applaudissements saluèrent le nouvel élu et lui apprirent qu'en Alsace aussi on sait apprécier le mérite, de quelque part qu'il vienne ! Je ne poursuivrai point, Messieurs, le tableau de l'immense succès qui pendant vingt-quatre ans signala la présence de Forget à la Faculté de médecine de Strasbourg. A un autre moment appartient le soin de retracer dans ses détails sa vie pratique, son enseignement clinique si remarquable et si entraînant, sa position de médecin loyal et judicieux. C'est alors que paraîtra sous la plume du panégyriste cette série d'ouvrages instructifs devenus classiques, ces publications nombreuses marquées du sceau de la vraie science et du génie, ces exemples salutaires offerts à la jeunesse studieuse, charmée d'avoir pu écouter les sages paroles de leur vénéré maître..... »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 23 mars, M. le docteur Pamard a été nommé second chirurgien du lycée impérial d'Avignon.

— M. le professeur Piorry commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité, le mercredi 10 avril, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

Interrogation et exercices pratiques des élèves par MM. les docteurs Fabre, Ant. Cros, Baudouin et Rochon (du Rhône), aides de clinique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Gènève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques pour 1861, résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant l'année 1860 ; par MM. A. Jamain, chirurgien des hôpitaux de Paris, et A. Wahu, médecin de l'hôpital militaire de Nice ; 16e année ; 1 vol. in-32 de 320 pages. Prix : 1 fr. 25.

(Le prix de la collection complète des Annuaires de médecine et de chirurgie pratiques de MM. Jamaïn et Wahu (16 volumes) est de 20 fr.) Paris, chez Germer-Baillière.

Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses, productions plastiques, diphthériques, ulcéro-membraneuses, aphthcuses, muguet, etc. ; par A. Laboulbène. Un volume grand in-8° avec planches coloriées et teintées. Prix : 8 fr. *franco.* Chez P. Asselin, placc de l'École de Médecine.

Bulletin de la Société de chirurgie de Paris pendant l'année 1860. Deuxième série, tome Ier. In-8° de 684 pages. Paris, 1861. Prix : 7 francs. Librairie Victor Masson, place de l'École de Médccine.

Du cancer et de sa curabilité, par M. le docteur A. Buez. Brochure in-8° avec 4 planches. A Paris, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Bureaux d'abonnement : 13, rue Bonaparte, à Paris. — Vente au numéro, à la librairie de MICHEL LÉVY frères, 2 bis, rue Vivienne.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 15, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er AVRIL 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

La séance publique annuelle de l'Académie des sciences est toujours une occasion nouvelle de constater les derniers progrès, inventions et perfectionnements introduits dans les sciences médico-physiologiques. Si, après un rapide coup d'œil jeté sur les titres des travaux couronnés, on n'est pas frappé par une de ces découvertes capitales qui font époque dans l'histoire des sciences, on ne saurait méconnaître du moins que ces travaux donnent des résultats importants, et qu'ils révèlent en général de louables efforts et une bonne tendance.

Le travail de M. Stilling sur la structure de la moelle épinière, auquel l'Académie a décerné le prix de physiologie expérimentale, renferme des faits d'un très-grand intérêt, qui, bien qu'appartenant principalement à l'ordre anatomique, n'en ont pas moins une portée physiologique considérable; ce qui justifie parfaitement le choix de la commission. D'ailleurs, comme l'a si justement dit M. Cl. Bernard dans son rapport, « pour se rendre compte des phénomènes de la vie, il ne faut pas seulement étudier les propriétés spéciales des parties organisées, mais il faut encore connaître leur arrangement réciproque, c'est-à-dire leur disposition anatomique exacte. »

Cette proposition n'a jamais été formulée plus à propos. C'est, en effet, à l'aide des travaux de fine anatomie exécutés dans ces derniers temps, qu'on est parvenu à comprendre les connexions des différents éléments qui entrent dans la texture des organes nerveux, et à donner des interprétations plausibles sur leur rôle physiologique. Avant ces travaux, partant de la notion des phénomènes de sensibilité et de motricité qui impliquaient l'idée de conducteurs distincts et indépendants, on admettait hypothétiquement que les fibres nerveuses devaient marcher sans discontinuité et sans confusion, soit du centre à la périphérie, soit de la périphérie au centre. De là la théorie généralement acceptée de la fibre nerveuse continue.

M. Stilling, par les recherches anatomiques, reconnaît d'abord que chaque nerf, au lieu de se continuer exclusivement avec les faisceaux blancs de la substance médullaire, se tient en connexion, au contraire, avec la substance grise centrale, soit pour y aboutir, soit pour y prendre naissance. Il reconnaît, en outre, que les corpuscules nerveux de la substance grise sont des cellules nerveuses, et que c'est de ces cellules constitutives de la substance grise médullaire centrale, et non pas, comme on le croyait jusque-là, de la substance médullaire externe, que naît chaque racine nerveuse rachidienne. Dès lors l'hypothèse de la fibre nerveuse continue n'est plus admissible. L'anatomie microscopique montre, au contraire, que chaque nerf finit en quelque sorte en entrant dans la moelle épinière, en ce sens qu'étant formé lui-même de substance blanche périphérique, il vient se souder avec la substance grise centrale de la moelle. Et, ainsi que le fait remarquer M. Cl. Bernard, il n'y a pas là seulement une interruption anatomique, mais une limite de propriétés physiologiques distinctes. Ce qu'apprend à cet égard l'anatomie, l'expérimentation le confirme en montrant que la propagation de la sensibilité, qui a lieu dans le nerf périphérique par des fibres blanches douées d'une très-vive sensibilité, se fait dans la moelle au moyen de la substance grise, qui est insensible.

Des explications physiologiques toutes nouvelles ressortent, comme on le voit, d'une étude purement anatomique de la structure intime de la moelle.

Les recherches de MM. Philipeaux et Vulpian sur la régénération des nerfs séparés des centres nerveux, auxquelles l'Académie a accordé une première mention honorable, ont ajouté à ce qu'on savait déjà sur ce point une notion importante qui, en complétant la connaissance des conditions dans lesquelles s'opère ce phénomène physiologique, montre l'indépendance réciproque des fonctions nutritives des nerfs qui peuvent s'entretenir et se détruire, dégénérer et se régénérer sur place, indépendamment de toute action des centres nerveux, et de leurs fonctions nerveuses, qui ne peuvent s'accomplir qu'à la condition de leur union avec ces centres.

Enfin, les expériences de M. Faivre sur la modification qu'éprouvent après la mort les propriétés des nerfs et des muscles, jugées dignes par l'Académie d'une deuxième mention, en montrant que les nerfs moteurs et les muscles, bien que destinés à agir de concert, ont cependant des propriétés physiologiques distinctes et indépendantes, confirment par une démonstration expérimentale décisive une séparation entre les fonctions nerveuses et musculaires déjà établie en physiologie.

La commission des prix de médecine et de chirurgie, sur 54 ouvrages relatifs aux différentes branches des sciences médicales qu'elle a eu à examiner, n'a proposé que trois prix et deux mentions honorables. Des trois ouvrages couronnés, le *Traité de la stomatite ulcéreuse des soldats*, de M. Bergeron, le *Traité de la paralysie diphthérique*, de M. Maingault, et le *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*, de M. Davaine, les deux premiers sont parfaitement connus de nos lecteurs; nous n'aurons pas besoin d'y insister ici.

L'ouvrage de M. Davaine, également complet sous le double point de vue zoologique et pathologique, comble sous ce dernier point de vue surtout les nombreuses lacunes des ouvrages qui l'ont précédé. Les entozoaires de l'homme et des animaux y sont décrits, dit le rapport, avec le plus grand soin. Des faits nouveaux et bien étudiés sont venus augmenter l'intérêt de cette partie du travail; telles sont en particulier la description d'un protozoaire qu'on trouve dans les déjections des cholériques; la détermination des rapports des vers vésiculaires et particulièrement de ceux de l'hydatide avec l'échinocoque; des recherches sur l'altération des cysticerques de l'homme, et enfin des études nouvelles sur le développement de quelques entozoaires de l'homme et sur la constitution anatomique de plusieurs vers.

Mais c'est surtout dans la partie pathologique que les médecins trouveront la plus large part d'intérêt. La commission signale surtout la description des affections vermineuses, d'après l'ordre des systèmes organiques ou des appareils, comme se prêtant à des considérations générales d'une grande utilité, en raison des symptômes communs et des indications thérapeutiques qu'elles présentent. Elle constate en outre comme une innovation heureuse et très-favorable à la connaissance des maladies vermineuses, l'étude préalable de chacune de ces affections chez l'animal qui en est atteint le plus fréquemment ou qui en présente au plus haut degré les symptômes caractéristiques. On trouve enfin dans cet ouvrage un résumé substantiel de toutes les méthodes, de tous les procédés de traitement qui ont été mis en usage, avec une appréciation de leurs avantages, de leurs dangers ou de leurs inconvénients.

L'Académie a confondu dans une mention honorable commune les travaux de MM. Turek et Czermack sur la laryngoscopie, entrant ainsi dans les vues de la commission qui n'a pas voulu s'engager dans les discussions de priorité soulevées par ces deux savants. Toutefois, en exprimant la pensée que les recherches de MM. Turek et Czermack étaient celles qui avaient le plus contribué à faire de la laryngoscopie une méthode usuelle et susceptible de rendre des services dans le diagnostic des maladies du larynx et du pharynx, la commission a cru devoir déclarer que la méthode de M. Czermack était de beaucoup préférable à celle de ses prédécesseurs, mais qu'il y avait lieu en même temps de tenir compte de leurs tentatives et des résultats qu'ils avaient obtenus.

La seconde mention a été accordée à M. Marey pour ses ingénieuses recherches sur la sphygmographie, dont nous avons déjà entretenu plus d'une fois nos lecteurs.

La commission a cité enfin dans son rapport comme dignes d'intérêt quelques travaux dont l'objet se trouve indiqué dans le compte rendu de la séance.

Il nous resterait, pour terminer ce rapide aperçu du programme de la séance, à énoncer les questions de prix proposées pour l'année prochaine. C'est ce que nous ferons dans l'un des prochains numéros. — Dr Brochin.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

Observation de staphylome transparent et sphérique de la cornée.

Par M. le docteur Fano, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Le mot *staphylome* vient du grec, et signifie raisin; dans le principe, il a été appliqué à une tumeur soit de la sclérotique, soit de la cornée, ayant une ressemblance plus ou moins grossière avec un grain de raisin. Plus tard, on en a largement étendu l'acception, et aujourd'hui il se rapporte à des tumeurs diverses de la sclérotique ou de la cornée. Pour n'envisager ici que celles qui affectent la dernière de ces membranes, chacun sait qu'il en existe deux espèces : le staphylome opaque et le staphylome transparent ou pellucide.

Le staphylome pellucide ou transparent offre le plus souvent la forme conique, d'où le nom de *cornée conique* (Mackensie), de *staphyloma pellucidum conicum* (Lyall). Dans quelques cas rares, il a la forme sphérique, et cette variété, décrite par plusieurs chirurgiens ou oculistes sous le nom d'*hydrophthalmie de la chambre antérieure*, me semble devoir être rapprochée de préférence des tumeurs de la cornée, attendu que l'hypersécrétion de l'humeur aqueuse n'est qu'un phénomène accessoire, et que c'est sur la cornée même qu'il convient d'agir si on veut obtenir un bénéfice des moyens thérapeutiques.

L'observation suivante est un exemple de ce genre de tumeurs.

Staphylome transparent et sphérique de la cornée, cécité complète; ponction de la chambre antérieure avec compression de l'œil; récidive de la tumeur; excision partielle de la cornée. Guérison.

Mlle V..., âgée de vingt ans, plumassière, est envoyée à ma clinique, le 20 novembre dernier, par M. le docteur Grammaire. C'est une jeune fille petite, maigre, ayant les cheveux d'un blond vif, les cils très-clairs, et la lèvre supérieure épaisse. Elle présente tous les caractères du tempérament lymphatique. La partie latérale gauche du cou est parsemée de cicatrices d'adénites suppurées.

Elle nous apprend que l'œil droit est malade depuis la plus tendre enfance, et que depuis sept ans la vision est abolie de ce côté.

Il suffit d'un examen superficiel pour se convaincre que l'œil droit fait, entre les paupières, une saillie beaucoup plus prononcée que le gauche. La conjonctive palpébrale correspondante est fortement injectée; la muqueuse oculaire est parcourue par un grand nombre de veines fortement distendues. Ces veines ont leur siége dans le tissu cellulaire sous-conjonctival; elles s'avancent jusque sur le limbe de la cornée. Cette dernière membrane est plus saillante en avant, et a un plus grand diamètre que la cornée gauche. Au centre, on constate facilement l'existence d'un nuage de l'étendue d'une lentille. Examine-t-on l'œil droit de profil, on juge bien mieux encore de l'état de la cornée, qui offre, comme on le voit dans le dessin ci-contre, une saillie et un agrandissement prononcés. Il résulte de cette dernière disposition que la chambre antérieure est considérablement agrandie. La face antérieure de l'iris offre un aspect légèrement tomenteux; la pupille est un peu plus dilatée qu'à gauche, sans contractilité aucune. Le globe tout entier offre une forme conique; les mouvements en sont conservés.

La jeune fille ne distingue absolument rien de l'œil malade, pas même le jour de la nuit; l'épreuve des phosphènes donne un résultat négatif.

Les paupières recouvrent très-bien l'œil, et Mlle V... ne se plaint même pas d'une gêne de la région orbitaire alors que les paupières sont rapprochées. Elle accuse seulement des douleurs dans la paupière supérieure quand elle s'expose à l'influence des rayons solaires ou à l'action du vent.

A l'examen ophthalmoscopique, je constate :

1° Avec le miroir seul, que les milieux réfringents ont conservé toute leur transparence;

2° Que la papille optique est entourée de deux demi-segments blancs qui se rejoignent à la partie supérieure et à la partie inférieure (scléro-choroïdite);

3° Que la rétine est en partie décolorée, c'est-à-dire privée de cet aspect rosé que l'on rencontre à l'état normal;

4° Que le fond de l'œil offre par places quelques dépôts de pigment;

5° Vers la partie inférieure, il a été possible d'apercevoir quelques vaisseaux qui, à leur forme en tourbillon, indiquent les *vasa vorticosa* de la choroïde.

L'œil gauche est sain, et a conservé toute la plénitude de ses fonctions.

Le 6 décembre, je pratique avec un couteau lancéolaire de Beer une ponction à la partie interne de la cornée droite. L'humeur aqueuse s'écoule et la cornée s'affaisse. Au moyen d'un bandage méthodique, je soumets l'œil opéré à une compression modérée. J'espérais de cette manière prévenir le retour d'une nouvelle quantité surabondante d'humeur aqueuse, et obtenir graduellement un retour de la cornée à des dimensions plus petites.

Cet espoir fut promptement déçu, car dès le lendemain l'hydrophthalmie de la chambre antérieure était reproduite; l'iris avait contracté des adhérences avec la plaie cornéale.

Ayant ainsi constaté toute l'insuffisance d'une simple ponction, je me décidai à pratiquer l'excision partielle de la cornée. Cette opération fut exécutée le 10 décembre de la façon suivante :

La malade est assise sur une chaise basse, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide, qui se charge de tenir les paupières écartées. Je pratique une ponction à la partie interne de la cornée au moyen d'un

couteau lancéolaire. Saisissant ensuite le lambeau avec des pinces à griffes, j'excise avec des ciseaux courbes la presque totalité de la cornée. Les paupières ayant été rapprochées, quelques boulettes de charpie sont placées sur ces voiles membraneux et assujetties par une compresse longuette qui passe obliquement autour de la tête.

Dans la journée, il se produit une petite hémorrhagie, que la mère de la malade arrête elle-même en couvrant l'œil de compresses trempées dans l'eau froide.

Le 11 décembre, je constate que l'iris s'est engagé à travers la perte de substance de la cornée.

Le 14, l'œil présente tous les signes d'une phlegmasie intense. La paupière supérieure est œdémateuse; la conjonctive bulbaire est injectée, soulevée par de la sérosité. La malade accuse quelques élancements. — Purgatif; onctions hydrargyriques belladonées sur l'orbite.

Le 17, la conjonctive oculaire est fortement injectée, la paupière supérieure toujours œdémateuse. Le globe est surmonté en avant d'une tumeur mollasse, d'aspect brun noirâtre, que je ponctionne à plusieurs reprises pour faire écouler de l'humeur aqueuse, ce qui soulage beaucoup la patiente.

Le lendemain, la tumeur s'est affaissée; la malade ne se plaint plus.

La phlegmasie de l'œil persiste ainsi sans s'accroître jusqu'au commencement du mois de janvier. Elle est combattue d'abord par les onctions hydrargyriques, puis par un collyre astringent.

Dès le 6 janvier, la conjonctive oculo-palpébrale est moins injectée; la portion périphérique de la cornée, ménagée dans l'opération, s'est affaissée et limité une perte de substance d'environ 5 millimètres de diamètre, remplie par la portion d'iris qui a fait hernie et qui s'est couverte d'une fausse membrane.

Le 14, l'injection de la conjonctive oculo-palpébrale a encore diminué. La cornée aplatie présente un diamètre transversal d'environ 4 millimètres; au centre de la membrane se trouve une exsudation grisâtre. Mlle V... commence à entr'ouvrir les paupières; elle ne se plaint d'aucune douleur.

Le 1er février, les paupières du côté droit, notamment la supérieure, offrent une surface légèrement concave au lieu d'une surface convexe, lorsque les deux voiles sont rapprochés. La conjonctive oculaire présente une faible injection. Le globe est moins volumineux que celui du côté opposé; il présente déjà quelques dépressions au niveau des muscles droits. La petite malade meut facilement l'œil en tous sens. D'ici à quelques semaines, il sera possible d'adapter au moignon un œil artificiel qui cachera toute difformité.

On se demande tout d'abord à quelle cause on doit rapporter cette augmentation dans l'étendue de la cornée. Si on veut bien se rappeler qu'au dire de la jeune malade l'affection datait de la première enfance, on sera porté à admettre qu'il s'agissait d'une affection congénitale. J'ai signalé ailleurs (1) les divers vices de conformation de la cornée, et je vois que Demours (2) rapporte à un état congénital cette singulière déformation de la membrane. Mais une cornée plus grande et plus bombée que dans l'état normal ne saurait donner lieu à une cécité complète. C'est donc dans la scléro-choroïdite postérieure constatée par l'ophthalmoscope, chez Mlle V..., qu'il faut rechercher la cause de l'anesthésie de la rétine.

Les conséquences de la déformation et de l'augmentation d'étendue de la cornée sont de plusieurs sortes. Les paupières étant sans cesse irritées par le frottement exagéré du globe, ce dernier étant lui-même moins bien abrité, il en résulte une congestion permanente de la muqueuse oculo-palpébrale; ajoutez que cette saillie exagérée de la cornée constitue une véritable difformité qui frappe au premier abord du sujet. En admettant que l'appareil nerveux de l'œil soit resté sain, l'augmentation dans la convexité de la cornée et la surabondance de l'humeur aqueuse auront au moins pour effet de produire une forte myopie.

Chez un sujet qui se trouverait dans ces dernières conditions, il serait possible de remédier au trouble de la vision par l'emploi de lunettes à verres très-concaves. Toutefois, je me demande si, dans un cas de ce genre, il ne serait pas possible d'appliquer le procédé opératoire imaginé par Quadri (3), pour le staphylome opaque de la cornée. Voici ce que je disais tout récemment de ce procédé (Vidal, *Pathol. ext.*, 5e édit., t. III, p. 306):

« Lorsqu'il s'agit d'un staphylome partiel qui masque plus ou moins complétement l'ouverture de la pupille, et que la cornée est restée transparente en d'autres points, A. Quadri a démasqué la pupille en conduisant au-devant d'elle la partie transparente de la cornée. Pour arriver à ce résultat, on pratique l'excision d'un petit lambeau aux dépens de la cornée, au niveau du staphylome; on maintient les paupières rapprochées pour obtenir la cicatrisation de la plaie. La partie saine de la cornée glisse de cette façon vis-à-vis de la pupille, ce qui permet le rétablissement de la vision. »

Ma proposition paraîtra d'autant moins étrange que M. Van Roosbroeck a appliqué avec succès, dans un cas, le procédé de A. Quadri à un staphylome transparent; idée déjà émise, du reste, antérieurement par M. Warlomont (4). Le premier a donc excisé un petit lambeau de la cornée large d'un millimètre, aux dépens du segment supérieur de la membrane; quelques mois plus tard, une nouvelle excision a été faite à la partie inférieure de la cornée. La vue du patient a été grandement améliorée.

Lorsque l'altération de la cornée est accompagnée d'une cécité complète, il n'y a à se préoccuper que de la gêne qui résulte de l'exubérance de la cornée pour les paupières, et de la difformité qui en résulte. En excisant comme je l'ai pratiqué une grande portion de la cornée, on obtient une réduction dans le volume du globe, tout en conservant un moignon assez considérable pour permettre, dans les conditions les plus favorables, l'adaptation d'un œil artificiel.

(1) *Traité de pathologie externe* de Vidal (de Cassis), tome III, page 7. Paris, 1861.
(2) *Traité des maladies des yeux*, tome Ier, page 336.
(3) *Annales d'oculistique*, tome XXXIV, page 15.
(4) *Annales d'oculistique*, tome XXXIV, pages 18-19.

HOPITAL MILITAIRE DE TOULON.

Arthrite suraiguë du genou. — Anomalie pathologique de la synoviale. — Erreur de diagnostic. — Mort. — Autopsie.

Par M. le docteur Sonrier, médecin-major de 1re classe.

Pour avouer ses méprises, il faudrait avoir à leur opposer toute une série de brillantes opérations terminées par la guérison. Le chiffre exigu de nos malades, la mansuétude du climat toulonnais, ne nous laissent même pas cette consolation; cependant, malgré cette pénurie de faits, nous allons raconter brièvement cette observation, qui est du plus grand intérêt, parce qu'elle montre une anomalie pathologique qui a donné lieu à un diagnostic erroné, suivi d'une opération fatale pour le malade, et puis parce que nous sommes persuadé que cet insuccès profitera plus à nos collègues que si nous leur exposions nos prévisions *certaines* sur une terminaison *imprévue* et sur des lésions *douteuses* confirmées par l'autopsie.

B... (Joseph), âgé de vingt et un ans, d'un tempérament lymphatique, fusilier au 43e de ligne, entre à l'hôpital de Toulon le 3 décembre pour une tumeur située à la partie interne et inférieure de la cuisse gauche.

Il raconte que les fatigues d'un long voyage à pied ont déterminé une inflammation sourde dans cette région. Un épanchement assez considérable a nécessité son entrée à l'hôpital de Vienne. Le repos, un vésicatoire, ont eu vite raison de cet accident, et lui ont permis de continuer sa route jusqu'à sa destination.

A son arrivée ici, la tumeur reparaît; il entre à l'hôpital.

Une fluctuation bien évidente existe dans la région indiquée, mais elle paraît trop élevée et trop en dedans pour avoir une communication avec l'articulation. Nous nous sommes assuré, du reste, que la rotule n'était pas soulevée par aucun liquide anormal.

Le 4 décembre, de l'avis des médecins consultés (je ne citerai personne: il y a eu erreur et insuccès, double raison pour me taire), une incision est pratiquée à 11 centimètres au-dessus de la rotule, partie interne de la cuisse. Des jets rutilants, saccadés, annoncent qu'un rameau ascendant de la grande anastomotique est lésé; mais la rétraction des fibres musculaires de la portion interne du triceps, au milieu desquelles elle chemine, suffit pour arrêter de suite l'hémorrhagie. L'émotion du malade nous fait remettre au lendemain l'opération.

Le 5, une ponction exploratrice avec un trocart fin donne issue à un liquide onctueux peu abondant, qualité qui lui serait communiquée par endosmose, à cause de son voisinage de la synovie. On décide donc qu'il faut ouvrir plus largement; conseil fatal; l'incision a pénétré dans la poche synoviale, et les accidents les plus formidables vont éclater pour se terminer par une mort rapide. Ainsi, les données anatomiques et la physiologie nous avaient on ne peut plus mal servi.

Le 6, état très-grave. Le malade n'a pas dormi; frissons erratiques, agitation, pouls à 140, déprimé. Le soir, forte réaction; la fièvre s'allume, anxiété, hoquets fréquents. L'articulation est envahie par l'inflammation; tuméfaction érysipélateuse; sanie purulente s'écoulant de la plaie, peu abondante; symptômes alarmants de différents appareils. — Irrigations froides continues sur le genou; potion antispasmodique; tilleul édulcoré.

Le 7, insomnie plaintive; agitation, fièvre, langue sèche; le hoquet a cessé. Pouls à 140, développé. — Même traitement; injections iodées dans la plaie.

Le 8, même état. Un large vésicatoire sur l'articulation.

Le 9, douleurs rhumatismales très-vives aux jointures des membres supérieurs, soif vive, constipation. L'amputation de la cuisse est proposée, mais différée jusqu'à l'époque où elle n'est plus possible. Nous rappelant avoir vu guérir des plaies pénétrantes de cette articulation largement ouverte, nous débridons l'étranglement, mais il est trop tard. Le malade meurt le lendemain à onze heures du soir.

Autopsie. — L'articulation, ouverte par la région prétibiale, nous laisse voir une inflammation suraiguë des surfaces articulaires injectées, ramollies, baignées par un liquide ichoreux peu abondant. Sur le rebord du condyle interne existe un point carié de 2 centimètres de long sur un demi de largeur.

Mais ce qui attire surtout notre attention, ce sont les dimensions de la synoviale.

Le cul-de-sac synovial, qui d'ordinaire s'étend à 5 centimètres au-dessus de la rotule, dans une direction oblique de bas en haut et de la partie médiane vers le bord externe de la cuisse, présente, soit par anomalie, soit par décollement du tissu cellulaire lamineux, qui a cédé sous la poussée centrifuge du liquide épanché, des dimensions beaucoup plus considérables, et remonte à 11 centimètres, même à la partie interne de la cuisse, de manière que l'incision, qui devait être éloignée de la poche synoviale normale d'au moins 4 ou 5 centimètres, a ouvert une poche synoviale pathologique accidentelle communiquant avec l'articulation. Rien de semblable n'existait de l'autre côté.

M. J. Roux a vu remonter la synoviale jusqu'au tiers supérieur de la cuisse.

Rien à noter ailleurs; les jointures des membres thoraciques sont intactes.

De cette observation résumée découlent les préceptes et les faits suivants:

1° C'est que les tumeurs voisines de l'articulation tibio-fémorale doivent être ouvertes ou enlevées avec la plus grande circonspection, le cul-de-sac synovial pouvant remonter au delà des limites anatomiques;

2° Que les articulations du membre thoracique, malgré la douloureuse sympathie qu'elles ont manifestée, n'ont cependant, contre notre attente, présenté aucune altération appréciable;

3° Que si pareil accident arrivait, il ne faudrait pas hésiter à débrider largement, et savoir sacrifier le membre pour sauver le malade.

OBSTRUCTION COMPLÈTE DE LA PUPILLE NATURELLE

par adhérence de l'iris à la cicatrice résultant d'une opération de cataracte par extraction. Rétablissement de la pupille naturelle et de la vue par la simple destruction des adhérences.

Par M. le docteur Amable Cade, de Bourg-Saint-Andéol (Ardèche).

Ayant été appelé, le 15 novembre dernier, à Marseille, pour opérer dans la banlieue (Accates et Crottes) trois personnes de la cataracte, j'eus, chez M. François M..., l'un de mes opérés du hameau des Accates, la visite du nommé Vincent P..., d'Eoures, âgé de soixante-douze ans, désolé d'avoir subi naguères, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, une double opération de cataracte par extraction, sans résultat aucun pour l'amélioration de sa vue. Je constatai aux deux yeux une oblitération complète des pupilles avec adhérence à la cornée et perte entière de la faculté visuelle. Je ne parlerai ici que de l'organe gauche, le moins gravement lésé et qui m'a présenté de meilleures conditions pour le succès d'une opération aussi délicate et aussi chanceuse que celle d'une pupille artificielle. Dans le segment inférieur de la cornée, qui jouit de toute sa diaphanéité dans ses trois quarts supérieurs, on aperçoit une cicatrice linéaire transversale résultant de l'incision pratiquée par l'opérateur et à laquelle se trouve soudé le bord pupillaire atrésié, au point que les fibres supérieures de l'iris sont fortement distendues par le surcroît du trajet à parcourir; malgré ce tiraillement, elles n'en conservent pas moins leur couleur normale et leur aspect velouté ordinaire.

Le malade distingue le jour de l'obscurité à travers l'épaisseur du diaphragme irien, et, en joignant à ce signe l'heureux résultat de l'exploration par les phosphènes, j'acquiers la conviction que la rétine conserve toute sa sensibilité et que l'on doit écarter tout soupçon de complication amaurotique. Voilà donc solidement établie l'opportunité d'une opération de pupille artificielle, et parmi les mille et un procédés opératoires qui ont été imaginés depuis Cheselden pour réaliser cette merveilleuse conception chirurgicale, je fixai mon choix sur la méthode du déchirement ou *iridorhexis* du docteur Desmarres, comme offrant le plus de chances de réussite dans le cas actuel.

Après les préparatifs d'usage, le malade est couché en face d'une fenêtre; je confie à mon confrère M. Ollivier le soin d'immobiliser autant que possible le globe oculaire avec les ophthalmostats de M. le docteur Tavignot, et à M. le digne curé d'Eoures, présent à l'opération, celui de maintenir les membres. Armé du couteau lancéolaire, je pratique une incision dans le segment inférieur de la cornée transparente, au-dessous de la cicatrice kératique. Immédiatement après, j'introduis doucement dans la chambre antérieure la pince courbe, concavité tournée en avant, avec l'intention de saisir un pli de l'iris entre ses branches, de le déchirer et de le entraîner en dehors de la plaie cornéenne pour en opérer l'excision avec les ciseaux courbes. Tout en pratiquant cette manœuvre, la pointe de la pince fermée vient heurter par un heureux hasard contre le tissu inodulaire de la cicatrice kératique, déchire l'adhérence de l'iris à la cornée, et, à mon agréable surprise, je vois se développer spontanément l'orifice primitif de la pupille normale, de la forme d'un carré irrégulier mesurant un millimètre et demi dans ses diamètres vertical et transversal.

L'opéré déclare instantanément saisir une plus grande somme de lumière; mais il ne peut distinguer aucun objet. Je reconnais aujourd'hui que j'aurais dû borner là tout le manuel opératoire. Mais craignant que ce défaut de clairvoyance ne soit occasionné par quelque fragment de réseau pseudo-membraneux ou par quelque teinte nuageuse du feuillet capsulaire postérieur vis-à-vis de cette ouverture, bien que suffisante au passage des rayons lumineux, je poursuis les autres temps de l'iridorhexis, et, déchirant avec la pince un lambeau triangulaire de l'iris, je l'enclave dans la plaie de la cornée, de manière à obtenir une large pupille de même forme anguleuse. Soudain l'opéré est ébloui par un trait éclatant de lumière, qui s'évanouit devant un épanchement immédiat de sang dans la chambre antérieure. Tout mon espoir repose désormais sur la puissance absorbante de l'œil, qui ne m'a jamais fait défaut.

Conformément à ma nouvelle méthode de prévenir les accidents inflammatoires consécutifs aux opérations de la cataracte (1), je prescris sur l'œil des applications d'eau froide additionnée de quelques gouttes d'alcoolature d'arnica, et en même temps l'administration à l'intérieur d'une cuillerée à bouche de ma solution aqueuse d'arnica, à alterner toutes les demi-heures avec la même quantité de celle d'alcoolature d'aconit.

Le 21 novembre, quatrième jour de l'opération, a lieu ma première visite. M. Ollivier, qui a vu l'opéré deux fois par jour, me déclare que grâce au mode de traitement qui a été si efficace chez nos opérés de cataracte, il y a eu jusqu'à ce jour chez P... absence complète de douleur et de réaction inflammatoire. Mais à mon grand regret, je m'aperçois que le lambeau triangulaire de l'iris s'est échappé des lèvres de la plaie où je l'avais

(1) Voyez mon mémoire sur l'emploi de l'arnica et de l'aconit après l'opération de la cataracte, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, Paris, numéros des 1er et 15 mai 1856, et dans la *Revue thérapeutique du Midi*, Montpellier, 1er et 15 mai 1856.

enclavé faute de pouvoir l'entraîner au dehors, et que la pupille actuelle se réduit uniquement à l'orifice quadrilatère obtenu par la destruction des adhérences irido-kératiques. L'organe est devenu un peu plus impressionnable à la lumière par suite d'un commencement de résorption du sang épanché. En outre des autres remèdes, je prescrits une instillation trois fois par jour d'une goutte de collyre au sulfate d'atropine, pour maintenir la pupille dilatée et prévenir ainsi le danger d'une récidive d'autant plus imminente que l'on connaît la tendance des tissus cicatriciels divisés à se réunir et à reprendre leur position primitive.

Voulez-vous connaître enfin le résultat définitif de cette opération, qui a surgi d'emblée entre mes mains par le choc fortuit de mon instrument contre l'adhérence de la pupille à la cornée? Je laisse l'honneur de la réponse à mon excellent confrère M. Ollivier, aux soins intelligents et dévoués duquel j'avais confié, lors de mon départ, cet opéré comme les autres du hameau des Occattes.

Voici le texte de sa lettre concernant P..., en date du 8 janvier 1861 : « Les détails que je vais vous donner sur vos deux opérés de la cataracte, Mlle V..., M. François M..., des Occattes, et sur votre opéré de pupille artificielle, Vincent P..., du hameau d'Eoures, vous feront le plus sensible plaisir. Celui-ci est au comble de la joie; il y voit très-bien et distingue nettement les traits de la physionomie des diverses personnes qui viennent lui rendre visite. La pupille s'est maintenue dans sa forme carrée où vous l'avez laissée. Il bénit la main qui lui a donné la vue et prie Dieu qu'il vous conserve de longues années... »

Cette nouvelle méthode opératoire de corémorphose par la destruction des adhérences kérato-iridiennes, et dont le manuel est trop simple pour réclamer une description, devrait être désignée plutôt sous le nom de *restauration de la pupille normale*, que sous celui de pupille artificielle; elle sera applicable dans tous les cas où, à la suite d'une opération de cataracte par extraction ou de toute autre lésion traumatique de l'œil, il sera survenu une soudure de l'orifice pupillaire atrésié à une cicatrice linéaire d'un des divers segments de la cornée. En effet, supposons la cicatrice et l'adhérence dans le segment inférieur de la cornée, comme dans le cas en question; par le seul fait de la cessation de cette adhérence, l'on rétablira la pupille primitive vis-à-vis le centre de la cornée, ramenée qu'elle y sera par la contraction spontanée des fibres supérieures de l'iris devenues libres. Existe-t-il, je le demande, un procédé opératoire plus voisin de la perfection que celui qui a l'avantage de réintégrer le champ visuel dans son siége normal, en face du centre de la cornée transparente?

Inutile de faire observer que notre méthode cesserait de trouver son application, s'il s'agissait d'une adhérence de l'iris au centre de la cornée, et compliquée d'une énorme tache leucomateuse, qui masquerait la nouvelle pupille. Ce serait alors le cas d'avoir recours ou à l'*excision iridectomie* de Wenzel, ou au *décollement iridodyalise* de Scarpa, ou au *déchirement iridorhexis* du docteur Desmarres.

Comme l'inflammation adhésive ou plastique de l'iris est un des accidents consécutifs les plus redoutables et les plus habitués à compromettre le succès de l'opération de la pupille artificielle pratiquée avec la plus habile dextérité, je me permettrai, en finissant, d'insister sur les irrigations d'eau fraîche arniquée (20 à 30 gouttes d'alcoolature d'arnica pour un verre d'eau), sur l'emploi alternatif de la solution aqueuse d'arnica et de celle d'aconit (10 gouttes de chaque alcoolature dans chacun des deux verres d'eau sucrée), comme sur l'un des moyens les plus puissants pour conjurer l'explosion de l'élément phlogistique. Le succès actuel, obtenu avec immunité de toute souffrance et de toute phlegmasie, est là pour confirmer, avec bien d'autres semblables, la supériorité de notre nouveau mode de traitement préventif.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

et traitement de la dilatation des bronches;

Par M. Barth, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Quand il y a dilatation des bronches, on trouve les signes rationnels d'une affection chronique de l'appareil respiratoire; mais l'examen physique montre que les lésions sont limitées à un seul poumon. L'auscultation révèle l'existence de cavernes dans le parenchyme pulmonaire; c'est à déterminer la nature de ces cavernes qu'il faut s'attacher.

Or, ces excavations sont dues au ramollissement de masses tuberculeuses ou à des dilatations bronchiques. Le diagnostic doit être basé sur le siége des excavations, sur les caractères de la dyspnée et de la toux, du mode d'expectoration, de la forme des crachats, de l'état général du malade et de la marche de la maladie.

Quand la phthisie est avancée, les lésions du poumon se retrouvent presque toujours des deux côtés; presque toujours aussi, dans la dilatation des bronches, la maladie est limitée à un seul côté.

Le siége de prédilection des cavernes tuberculeuses est au sommet, rarement ailleurs; celui des dilatations, au contraire, est à la partie moyenne et inférieure; c'est en ce point qu'est le maximum d'intensité des phénomènes d'auscultation, et ceux-ci vont en diminuant de la base au sommet; ce n'est que dans des cas fort rares que le contraire a été observé.

La dyspnée est ordinairement très-marquée dans la phthisie; elle est très-modérée dans la dilatation bronchique.

La voix, si souvent éteinte dans la phthisie, est toujours conservée dans la dilatation des bronches, maladie toute locale.

Dans la phthisie, la toux est continuelle, le matin comme le soir; dans la dilatation, le malade reste souvent plusieurs heures sans tousser, puis, à un moment donné, survient une toux violente avec expectoration, causée par l'évacuation subite de l'excavation.

Les phthisiques ne crachent pas beaucoup à la fois; mais les malades atteints de dilatation bronchique rejettent quelquefois tout d'un coup une quantité de crachats si considérable qu'on pourrait croire à une vomique, c'est-à-dire à l'évacuation par les bronches d'un épanchement pleurétique purulent. Cependant, dans ce dernier cas, on reconnaîtra la maladie à ce que la matière expectorée s'échappe par jets lorsque le malade se baisse.

Dans la phthisie, les crachats sont nummulaires, déchiquetés ou pelotonnés; dans la dilatation, ils sont formés de mucus puriforme, homogène; ils surnagent à la surface de l'eau et ne présentent aucune pareille opaque.

Les phénomènes amphoriques, qui s'observent dans les cavernes tuberculeuses considérables, manquent toujours dans les bronches dilatées, parce que les excavations qu'elles forment ne sont jamais assez vastes pour les produire.

Jamais dans la dilatation on n'observe cette pâleur morte et terne, cette expression anxieuse de la physionomie, cet amaigrissement considérable et rapide qui sont le cachet de l'affection tuberculeuse et permettent bien souvent de la diagnostiquer à première vue. Les troubles digestifs si fréquents dans la phthisie manquent ici.

La fièvre est rare le soir; cependant elle peut exister et être liée au travail inflammatoire qui a donné naissance à la maladie. Il en est de même des hémoptysies qui s'observent quelquefois. Toujours peu abondantes, elles ne peuvent s'expliquer que par la gêne que la compression du tissu pulmonaire apporte à la circulation dans cet organe. — Les sueurs sont très-rares.

Quant à la marche, il faut remarquer que la toux des phthisiques, sèche d'abord, continue sans interruption, même pendant l'été, tandis que les malades atteints de dilatation toussent beaucoup l'hiver, à cause de la prédominance du catarrhe, et se portent beaucoup mieux pendant l'été.

La mort n'est pas causée par la dilatation des bronches : elle est due à l'intervention de quelque affection intercurrente.

Le traitement rationnel ne peut être institué que sur la connaissance des causes; or trois conditions amènent la dilatation des bronches :

1° La pleurésie à résolution lente, dont les adhérences, attirant la paroi thoracique d'un côté et amenant son retrait incomplet, tiraillent d'une part le tissu pulmonaire, et finissent ainsi par dilater les canaux aériens.

2° Les engorgements pulmonaires qui se prolongent pendant un temps assez long. Dans ce cas, le tissu pulmonaire devenant inextensible, la dilatation se produit par un mécanisme analogue au précédent.

3° Enfin les bronchites fréquentes et répétées, qui affaiblissent le ressort des parois bronchiques. L'air introduit par un violent effort d'inspiration à travers un amas de mucosités, n'est plus chassé au dehors par l'expiration, et, se dilatant alors par la chaleur dans les extrémités des canaux aériens, il finit par les dilater plus ou moins rapidement.

Le meilleur traitement consiste, d'après ce qui précède :

1° A favoriser le rejet des mucosités par des expectorants et de temps en temps par un vomitif.

2° Diminuer les sécrétions morbides par les balsamiques (baume de Tolu, goudron en pilules, de 0,20 centigrammes jusqu'à 10 et 25 par jour). On peut y associer les astringents, les sulfureux et les révulsifs cutanés.

3° Enfin reconstituer l'économie par les toniques, les ferrugineux et une bonne hygiène. (*Rev. de thérap.*)

TRAITEMENT EFFICACE DE LA COQUELUCHE

par des doses progressives de sulfate de zinc et d'extrait de belladone.

Le docteur W. Fuller commence son Mémoire en appelant l'attention sur l'opinion généralement reçue et émise dans la plupart des ouvrages qui traitent de ce sujet, que la coqueluche doit parcourir un certain cours. Il combat cette opinion en s'en référant au résultat de son expérience. Il procède ensuite à l'indication des causes qui l'ont conduit à sa méthode de traitement. Parmi ces causes il cite l'inefficacité du traitement ordinairement suivi, et le non-emploi des moyens propres à détruire la tendance au spasme dont dépend la continuation de la toux. Le docteur Fuller envisage cette maladie comme dépendant essentiellement d'une irritation bronchique le plus souvent peu intense, accompagnée d'un spasme réflexe des voies aériennes, et exprime l'opinion que dans la majorité des cas ce sont les symptômes spasmodiques qui réclament l'attention la plus sérieuse. Le spasme constitue non-seulement un symptôme des plus désagréables, mais il peut occasionner des suites qui seront ressenties la vie durant. Son but a donc toujours été de triompher du spasme le plus tôt possible, et le moyen pour y parvenir qui, jusqu'à l'année dernière, lui a le mieux réussi, consiste dans l'administration du sulfate de zinc à doses rapidement augmentantes.

Le docteur Fuller, s'en référant ensuite à la découverte qu'il avait faite de la tolérance de la belladone chez les enfants, qui se trouve consignée dans un mémoire publié dans le dernier volume des *Medico-chirurgical Transactions*, expose en abrégé les faits qui y sont relatés *in extenso* relativement à la quantité de belladone qui peut être donnée sans danger, ainsi que les conditions qui doivent être observées en l'administrant. Les conditions qu'il spécifie sont que le remède soit administré en doses subdivisées, pour le moins quatre fois par jour, commençant par de petites doses qu'on augmentera proportionnellement de jour en jour, ou bien chaque deux jours. Il fait remarquer que la dilatation de la pupille ne doit pas être considérée à elle seule comme un obstacle à son administration, et il déclare qu'en faisant attention aux précautions qu'il vient de mentionner, la dose journalière de l'extrait de belladone peut être poussée à un scrupule ou à un demi-gros sans donner lieu au moindre symptôme désagréable. Il a fait l'application de ces observations au traitement de la coqueluche, et il a remarqué qu'en réunissant le sulfate de zinc à l'extrait de belladone et les administrant à doses rapidement augmentées, il avait obtenu des résultats qui dépassaient ses plus vives attentes. Rarement il avait vu la toux durer au delà du vingt et unième jour, et dans quelques cas elle avait cessé en dix jours.

La méthode adoptée par le docteur Fuller consiste à donner le zinc associé à la belladone aussitôt que la toux caractéristique de la coqueluche se manifeste. Dans le cas où l'attaque est accompagnée de fièvre violente et d'irritation bronchique, il ordonne une potion contenant une drachme de vin d'antimoine et la même dose d'ipécacuanha dans 2 onces d'eau, et s'il le faut, il applique un vésicatoire sur la poitrine. De la susdite potion, on donne plus ou moins, d'après les circonstances. Dans tous les cas cependant, le zinc joint à la belladone est administré avec persévérance. Il commence habituellement par donner aux enfants au-dessous de trois ans un sixième de grain d'extrait de belladone et un demi-grain de sulfate de zinc, quatre fois par jour; et aux enfants au-dessus de cet âge, un quart de grain d'extrait de belladone et 1 grain de sulfate de zinc.

Les remèdes sont donnés en solution dans l'eau, et la dose de ces deux substances est augmentée par une dose correspondante de jour en jour, ou bien tous les deux jours; en sorte que l'enfant, qui débuta par prendre un quart de grain d'extrait avec un grain de zinc à la fois, viendrait à prendre un grain d'extrait et quatre grains de zinc par dose, soit au quatrième, au sixième ou au huitième jour, d'après la rapidité avec laquelle la dose aura été élevée.

Le docteur Fuller termine en citant des cas qui attestent la valeur du traitement qu'il préconise, et, confiant dans son efficacité, il en recommande l'adoption générale. (*The Lancet.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique du lundi 25 mars 1861. — Présidence de M. Chasles, président pour l'année 1860.

M. le président proclame les prix décernés pour 1860, et lit le programme des sujets de prix proposés.

Voici quels sont les prix décernés pour les sciences physiologiques et médicales :

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

L'Académie a décerné le prix de physiologie expérimentale à M. B. Stilling (de Cassel) pour son grand ouvrage sur la *Structure de la moelle épinière*.

Elle a, en outre, accordé une première mention à MM. Philipeaux et Vulpian pour leurs *Recherches expérimentales sur la régénération des nerfs séparés des centres nerveux*.

Une deuxième mention à M. E. Faivre pour son travail sur la *Modification qu'éprouvent après la mort les propriétés des nerfs et des muscles chez les grenouilles*.

Voici un extrait du rapport de la commission sur les travaux couronnés :

Les travaux de M. Stilling sur la structure de la moelle épinière ont été placés par la commission au premier rang des recherches nouvelles d'anatomie fine du système nerveux, qui ont eu pour résultat de substituer à l'ancienne hypothèse de la fibre nerveuse continue des explications physiologiques nouvelles, et de fournir une base solide à ces explications.

Les résultats que nous venons de citer et auxquels viennent se joindre chaque jour des faits nouveaux et importants recueillis dans la même voie, dit le rapport, n'ont sans doute pas tous été le fruit exclusif des travaux de M. Stilling. Plusieurs observateurs y ont concouru. Cependant la commission, à l'unanimité, a couronné les recherches de M. Stilling, parce que, outre ses travaux particuliers très-considérables, cet auteur a encore été un des principaux promoteurs de ces recherches récentes de fine anatomie des centres nerveux, au moyen de coupes minces qu'on soumet ensuite à l'examen microscopique.

L'ouvrage de M. Stilling sur la structure de la moelle épinière est sans contredit le plus considérable et le plus important qui ait paru sur ce sujet jusqu'à ce jour. Il a coûté à son auteur treize ans de travail assidu, et il est accompagné d'un magnifique atlas dans lequel toutes les coupes qui démontrent la structure de la moelle épinière sont figurées avec une rare exactitude.

Après avoir constaté, ce qu'on savait déjà, que la régénération d'un nerf coupé a lieu lorsqu'on le réunit soit à son propre bout central, soit au bout central d'un nerf d'une autre nature, MM. Philipeaux et Vulpian ont institué des expériences dans lesquelles ils ont excisé une très-longue portion de ce bout central ou même l'ont complétement extirpé, afin que le bout périphérique restât bien isolé et en dehors de toute influence du centre nerveux. Or, dans ces cas, ils ont constaté que les choses ne sont pas notablement modifiées. Le bout périphérique du nerf séparé du centre nerveux commence bientôt à s'altérer; la moelle des tubes nerveux devient granuleuse, et le nerf perd peu à peu ses propriétés physiologiques, c'est-à-dire

que l'excitation électrique, qui déterminait d'abord des contractions très-fortes dans les muscles, n'en produit que de faibles et bientôt plus du tout lorsque le nerf est complétement dégénéré.

Il y a donc alors disparition à la fois de la structure du nerf et de ses propriétés; mais cette disparition n'est pas permanente. Après un certain temps, on voit, au même lieu de l'ancien, un nouveau nerf se réorganiser. A mesure que l'organisation réapparaît, on voit simultanément les propriétés physiologiques renaître, et le jeune nerf bientôt peut déterminer des convulsions dans les muscles quand on fait agir sur lui des excitations galvaniques ou autres.

Ces expériences prouvent de la manière la plus décisive que la régénération nerveuse est un phénomène vital qui s'opère sur place et ne procède pas nécessairement du centre nerveux: d'où cette conclusion importante, que les nerfs ont une indépendance et une sorte d'autonomie anatomique et physiologique réelle.

Les expériences de MM. Philipeaux et Vulpian établissent encore cette proposition remarquable que la propriété physiologique des nerfs n'est pas une force d'emprunt puisée dans les centres nerveux et accumulée en quelque sorte dans les nerfs périphériques, mais qu'elle est au contraire une propriété de tissu ou même d'élément anatomique, qu'elle est liée à l'intégrité du tube nerveux, disparaissant lorsque celui-ci s'altère et reparaissant lorsqu'il se régénère.

Enfin MM. Philipeaux et Vulpian ont étudié les diverses circonstances qui favorisent la régénération anatomique et physiologique des nerfs séparés des centres nerveux; ils ont constaté que cette régénération est beaucoup plus sûre et plus prompte chez les jeunes animaux que chez les adultes, que l'intensité du phénomène de régénération est en rapport avec l'activité des phénomènes vitaux chez l'animal qui est le sujet de l'expérience.

En résumé, les expériences de MM. Philipeaux et Vulpian ont appris que si les nerfs doivent être unis à leurs centres pour accomplir leurs fonctions nerveuses, il n'en est pas de même pour ce qui regarde leur nutrition et leurs propriétés. Ces nerfs peuvent se nourrir et se détruire, perdre leurs propriétés et les reprendre, dégénérer et se régénérer sur place, et tout à fait indépendamment d'une action quelconque des centres nerveux.

Les recherches de M. Faivre ont eu pour objet de déterminer quelles sont les modifications que présentent avant de s'éteindre les propriétés physiologiques musculaires et nerveuses chez les grenouilles. Le résultat le plus frappant de cette étude, c'est que les modifications que subissent les muscles et les nerfs après la mort sont précisément en sens inverse.

Les expériences de M. Faivre apportent une nouvelle démonstration à l'appui de la séparation des propriétés nerveuses et musculaires, déjà démontrée en physiologie par des preuves nombreuses.

Enfin, la commission a examiné aussi avec intérêt deux mémoires de MM. Gris et Gerbe: le premier, sur le développement de la chlorophylle et le mode de résorption de la fécule dans le tissu des plantes vivantes; le second, sur le développement des crustacés macrures connus sous le nom de *phyllosomes*.

PRIX DES ARTS INSALUBRES:

L'Académie a accordé:

1° Un prix de 2,500 fr. à M. Mandet, pharmacien à Tarare, pour avoir composé un encollage à la glycérine propre au tissage des étoffes;

2° Un prix de 2,500 fr. à M. Ch. Fournier, pour un procédé nouveau de révéler les fuites de gaz dans les appareils d'éclairage et de chauffage.

Elle a accordé en outre à M. Guigardet 1,000 fr. (pour l'invention d'une lampe propre à éclairer les ouvriers qui travaillent dans l'eau);

Et une somme égale de 1,000 fr. à M. Bobeuf, d'après les considérations suivantes:

M. Bobeuf s'est livré pendant plusieurs années avec persévérance à l'emploi des produits de la distillation de la houille; il a contribué par ses travaux à diminuer le prix de l'acide picrique, fort employé aujourd'hui; en outre il est un des premiers qui aient constaté l'efficacité du phénol, un des produits de cette distillation, pour désinfecter des matières fétides, prévenir l'infection des matières susceptibles de se corrompre, et dès lors pour conserver les matières animales. Il y a plusieurs années déjà qu'un des membres de la commission, M. Dumas, présenta à l'Académie différentes matières organiques préparées par M. Bobeuf. D'après ces considérations, la commission propose à l'Académie de lui donner une somme de 1,000 fr.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

L'Académie a décerné trois prix:

1° A M. Davaine, un prix de 2,500 fr. pour son *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*;

2° A M. J. Bergeron, un prix de 2,000 fr. pour son ouvrage intitulé: *De la stomatite ulcéreuse des soldats, et de son identité avec la stomatite des enfants, dite couenneuse, diphthérique, ulcéro-membraneuse*;

3° A M. Maingault, un prix de 2,000 fr. pour son ouvrage intitulé: *De la paralysie diphthérique*.

Et deux mentions honorables:

1° A M. Turck et à M. Czermack, pour leurs travaux sur la *laryngoscopie*;

2° A M. Marey, pour son travail intitulé: *Études sur la circulation sanguine, d'après les différentes formes du pouls, recueillies au moyen du sphygmographe*.

Voici les passages du rapport de la commission des prix de médecine et de chirurgie, qui motivent plus particulièrement ces distinctions:

Dans la première partie du travail de M. Davaine, les entozoaires de l'homme et des animaux sont décrits avec le plus grand soin.

Des faits nouveaux et bien étudiés sont venus augmenter l'intérêt de cette partie de son travail.

La seconde partie, entièrement consacrée à la pathologie, est de beaucoup plus intéressante pour les médecins. C'est surtout à ce point de vue que se montrent le mérite et l'importance du travail de M. Davaine.

Les affections vermineuses, décrites d'après l'ordre des systèmes organiques ou des appareils, se prêtent à des considérations générales d'une grande utilité, en raison surtout des symptômes communs et des indications thérapeutiques qu'elles présentent. Une innovation heureuse et très-favorable à la connaissance des maladies vermineuses consiste à étudier d'abord chacune de ces affections chez l'animal qui en est atteint le plus fréquemment ou qui en présente au plus haut degré les symptômes caractéristiques.

L'histoire de chaque ver est une sorte de monographie.

Le rapprochement des nombreux faits que ce travail renferme, a donné des résultats très-importants pour le traitement des diverses affections hydatiques. Dans un résumé substantiel, l'auteur a exposé toutes les méthodes, tous les procédés de traitement qui ont été mis en usage, en en faisant connaître tous les avantages, les dangers ou les inconvénients.

Le travail de M. Bergeron sur la stomatite ulcéreuse des soldats, qui n'est pas seulement un résumé des rares documents publiés antérieurement sur le même sujet, repose sur un grand nombre d'observations recueillies par l'auteur à l'hôpital militaire du Roule, et renferme des vues et des faits nouveaux.

Il paraît démontré par ses recherches que l'apparition de la stomatite ulcéreuse épidémique dans l'armée française ne remonte pas au delà des dernières années du dix-huitième siècle; que de toutes les grandes armées de l'Europe, celles du Portugal et de la Belgique sont, avec la nôtre, les seules dans lesquelles on ait observé la stomatite ulcéreuse sous forme épidémique.

L'auteur cite un assez grand nombre de faits qui démontrent que cette maladie est contagieuse; il a tracé le tableau de la stomatite ulcéreuse, et indiqué le mode de succession des symptômes d'une manière plus complète que ne l'avaient fait les premiers observateurs; il a établi le premier que la stomatite ulcéreuse épidémique de l'armée et la stomatite des enfants recueillis dans nos hôpitaux et nos salles d'asile, étaient une seule et même maladie, qui ne devait plus désormais être confondue avec la stomatite diphthérique.

Enfin il a introduit le chlorate de potasse dans le traitement de la stomatite ulcéreuse des soldats.

Plusieurs observateurs avaient noté qu'après certains maux de gorge graves, qu'après des angines couenneuses ou des angines dites malignes, il survenait quelquefois *des paralysies du voile du palais*. D'autres observateurs, parmi lesquels il faut citer particulièrement M. le docteur Orillard, professeur à l'École secondaire de médecine de Poitiers, allant plus loin, avaient appelé l'attention des médecins non-seulement sur des paralysies du voile du palais, mais encore sur des *paralysies des membres*, qui surviennent à la suite de l'angine couenneuse. Mais pour le plus grand nombre des médecins, les rapports réels qui existent entre certaines paralysies des membres et l'angine couenneuse étaient restés inconnus, lorsque M. Maingault publia son Mémoire sur la *paralysie diphthérique*.

Les premières observations de M. Maingault remontent à l'année 1851. Depuis cette époque il a recueilli de nouveaux faits, rassemblé et discuté toutes les observations publiées en France ou à l'étranger, et c'est l'ensemble de ces observations qui a servi de base à son travail, qui est une monographie des plus remarquables.

..... M. Maingault a le mérite d'avoir donné le premier une description complète et très-exacte d'une maladie dont les caractères et l'existence même avaient été longtemps méconnus.

La commission n'a pas voulu entrer, à l'égard de l'invention de la laryngoscopie, dans les discussions de priorité soulevées par MM. Turck et Czermack. L'esquisse historique qu'elle trace de la laryngoscopie montre que cette méthode a subi des perfectionnements successifs. La méthode de M. Czermack, dit le rapport, est certainement de beaucoup préférable à celle de ses prédécesseurs, mais il serait injuste de ne pas tenir compte de leurs tentatives et des résultats qu'ils avaient obtenus.

La commission a pensé que les recherches de M. Turck et celles de M. Czermack étaient celles qui avaient le plus contribué à faire de la laryngoscopie une méthode usuelle et susceptible de rendre des services dans le diagnostic des maladies du pharynx et du larynx.

M. Marey a non-seulement le mérite d'avoir inventé un instrument très-ingénieux et le plus parfait que l'on connaisse jusqu'à présent, mais il s'en est servi très-habilement pour étudier les formes physiologiques et pathologiques du pouls. Cette étude lui a déjà fourni des résultats très-intéressants. Toutefois, comme ses recherches ne sont encore qu'à leur début, il serait prématuré de juger dès à présent le degré d'utilité qu'aura cet instrument pour le diagnostic et le pronostic des maladies.

Enfin, sur le rapport de la commission, l'Académie a distingué:

1° Un travail de M. Demarquay sur la glycérine, comme offrant un véritable intérêt thérapeutique;

2° Une monographie de M. Raimbert, dans laquelle est décrite, avec plus de soin qu'on ne l'avait fait avant lui, une forme des affections charbonneuses, l'œdème charbonneux ou charbon blanc des animaux;

3° Un travail dans lequel M. le docteur Vella (de Turin) a démontré expérimentalement l'antagonisme qui existe entre les effets toxiques de la strychnine et ceux du curare.

La commission a réservé plusieurs autres ouvrages pour un jugement ultérieur. Parmi ces travaux se trouvent comprises des recherches et de nouvelles études sur la *pellagre*, et une série de travaux relatifs à l'application de l'électricité au traitement des maladies.

— L'Académie a décerné le prix Cuvier, pour 1860, à M. Léon Dufour, correspondant de la section d'anatomie et de zoologie, à Saint-Sever, département des Landes, pour l'ensemble de ses travaux sur l'anatomie comparée des animaux articulés.

— L'Académie a reçu cette année dix-sept pièces pour le prix Bréant. Parmi ces pièces, quatorze sont relatives au choléra. La plupart d'entre elles consistent en de simples notes, des lettres ou même des remèdes, sans autre indication pour ces derniers que leur efficacité prétendue contre cette maladie si grave. Aucune d'elles n'a paru à la commission digne de fixer l'attention de l'Académie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le professeur Hyrtl, auteur d'un récent traité d'anatomie, remarque, comme un *signe des temps*, que depuis trente ans il n'a pas été édité en Allemagne un seul ouvrage d'anatomie pratique, tandis que durant cette période toute une librairie s'est faite sur l'usage du microscope.

— Le *Medical Times*, d'Amérique, rapporte le cas d'un tétanos idiopathique, guéri par la quinine et le wiskey à hautes doses.

Le malade, âgé de dix-neuf ans, présentait des phénomènes tétaniques d'une grande intensité. La quinine, à la dose de 4 grammes en vingt-quatre heures, et du wiskey, administré de quinze en quinze minutes, guérirent le malade au bout de six jours. La dose de wiskey était de 150 à 180 grammes dans vingt-quatre heures.

— Il existe, pour les étudiants des divers pays, divers procédés pour témoigner leur reconnaissance à un professeur. En France, nous sommes pour les banquets. En Angleterre, on offre au maître quelque belle et bonne pièce d'argenterie, parfois accompagnée — quand la gratitude déborde — d'une collection de 10, 15, 20 ou 30 livres... sterling. En Italie, des discours suffisent en général à l'enthousiasme. Enfin les Espagnols obéissent, eux aussi, à l'empire des traditions nationales; car nous lisons dans un journal médical de Madrid, que les élèves du professeur Santero viennent de lui offrir, pour gage de leur respectueux dévoûment... *une magnifique sérénade*.

Du chancre produit par la contagion des accidents secondaires de la syphilis, suivi d'une nouvelle étude sur les moyens préservatifs des maladies vénériennes, par le docteur Langlebert. In-8° de 136 pages. Prix: 2 fr. 50 c. Paris, 1861, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine, 23.

Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris. Cinquième fascicule, de 480 pages in-8°. Prix: 4 fr. Les fascicules 1 à 4 coûtent chacun 3 fr. 50 c. Chez P. Asselin, place de l'École de Médecine.

Considérations sur quelques tumeurs abdominales, par le docteur E. Royer, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Grand in-8° de 84 pages. Prix; 1 fr. 50 c. *franco*. Paris, 1861, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'École de Médecine, 23.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 40. — JEUDI 4 AVRIL 1861. (34e ANNÉE.) N° 40. — JEUDI 4 AVRIL 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Séance de l'Académie de Médecine.

PARIS, LE 3 AVRIL 1861.

L'élection à laquelle l'Académie a procédé hier n'a rien fait perdre à cette séance de son intérêt scientifique. Grâce à l'imposante majorité qui s'est groupée au premier tour de scrutin sur le nom de M. Regnauld, l'opération n'a pas été longue, et on a pu avant et après assister à d'intéressantes communications. L'Académie a entendu d'abord la lecture des conclusions d'un mémoire de M. le docteur de Pietra-Santa sur la pulvérisation aux Eaux-Bonnes, témoignage d'une expérience qui tend à infirmer les espérances fondées sur cette nouvelle méthode encore dans la période des essais et des tâtonnements. Elle a entendu ensuite la lecture de deux notes, l'une de M. le docteur Joulin sur le pemphygus du col utérin, fait pathologique aperçu par quelques observateurs, mais qui n'avait encore été décrit ni signalé nulle part; la seconde de M. le docteur Giraud-Teulon sur une nouvelle application, à l'usage de l'ophthalmoscope, de ses savantes études des lois et des conditions physiques et physiologiques de la vision binoculaire.

Après le scrutin, la discussion sur la question de l'opération césarienne *post mortem* s'est engagée. C'est M. Depaul qui a ouvert le feu; la métaphore ici n'est pas beaucoup trop forte, car le travail de l'honorable M. de Kergaradec a été pendant près d'une demi-heure exposé à un vrai feu roulant d'objections et de critiques. Nous n'avons pas l'intention en ce moment d'en apprécier la justesse. L'argumentation de M. Depaul n'étant pas terminée d'ailleurs, nous manquerions des éléments suffisants pour cette appréciation. Tout ce que nous pouvons en dire pour le moment, c'est que la question nous a paru être parfaitement bien posée, et que dès le début de son discours, M. Depaul l'a assise sur son véritable terrain. A la semaine prochaine de plus amples détails sur ce point.

Revenons à l'élection. La section avait porté en 1re ligne M. Regnauld; en 2e ligne, M. Guillemin; en 3e ligne et *ex æquo*, MM. Bouis, Figuier et Langlois, et en 4e ligne, M. Leconte. M. Regnault a obtenu au premier tour, sur 69 votants, 58 suffrages; M. Langlois, 7; MM. Figuier et Leconte, chacun 2.

Immédiatement après la proclamation du résultat du scrutin, M. le président, conformément à la décision prise il y a quelques semaines par l'Académie, a déclaré une nouvelle vacance ouverte dans la section de médecine vétérinaire. Après cinq ou six ans d'attente, la section a enfin obtenu satisfaction. L'élection sera très-prochaine. L'Académie tient, comme on le voit, l'engagement qu'elle a pris de ne plus laisser désormais les candidats faire aussi longtemps antichambre. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LYON. — M. DESGRANGES.

Fistule vésico-vaginale, opérée par la méthode américaine. — Aiguille de M. Simpson.

(Observation recueillie par M. F. Corporandy, interne des hôpitaux.)

Marie P..., domestique, âgée de trente-six ans, née à Monistrol-sur-Loire, est entrée le 29 septembre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Paul, n° 96, pour s'y faire opérer d'une fistule vésico-vaginale.

Cette femme, petite et brune, d'une constitution robuste et d'une bonne conformation, n'a jamais eu de maladies antécédentes. Elle a été réglée à dix-huit ans; l'écoulement menstruel a toujours été régulier et abondant. Seize mois auparavant (fin d'août 1859), elle accoucha d'un enfant à terme très-développé. L'accouchement a duré trois jours, s'accompagnant de contractions énergiques. La poche des eaux s'étant rompue dès le premier jour, et les douleurs persistant sans résultat, on appela un médecin qui fit une application de forceps le second jour, mais sans succès, et le lendemain termina l'accouchement après avoir opéré la céphalotripsie. Immédiatement après, l'on s'est aperçu que la malade perdait ses urines d'une manière continue et quelque position qu'elle prît. Il y a eu pendant les six mois qui ont suivi l'accident une légère amélioration dans son infirmité, amélioration qui n'a pas progressé depuis. Les suites de couches n'ont d'ailleurs rien présenté d'anormal, si ce n'est une aménorrhée de sept mois.

Au moment de son entrée dans le service, cette femme ne peut rester debout et faire le moindre mouvement, sans être constamment mouillée par ses urines; il en est de même lorsqu'elle est assise; le décubitus seul amène une courte intermittence dans leur écoulement, elle peut alors les garder pendant une heure au maximum et deux heures pendant le sommeil. Sa santé est du reste excellente, elle ne se plaint que de quelques douleurs de reins et dans la région pelvienne.

A l'examen que l'on fait dans le décubitus antérieur avec le spéculum de M. Bozeman, on trouve de la rougeur et des excoriations à la vulve et à la partie supérieure et interne des cuisses. Sur la paroi antérieure du vagin et un peu à droite, à un centimètre au-devant du col utérin, se trouve une fistule de deux millimètres de diamètre dont les bords sont souples, régulièrement circulaires et sans brides cicatricielles. L'urine s'en échappe pendant les efforts de toux, tandis que dans le relâchement complet, il se fait un petit sifflement indiquant l'entrée de l'air dans la vessie. Le tissu vaginal est naturel ainsi que le col utérin, qui offre un peu de rougeur, mais sans ulcérations ni granulations.

La malade est préparée à l'opération suivant le mode habituel.

Le 13 novembre, 30 grammes de citrate de magnésie; la purgation est renouvelée le 15; lavement laxatif pour le soir.

Le 16, M. Desgranges procède à l'opération de la manière suivante :

Premier temps. — Il fait placer la femme sur les genoux, au bord du lit, les cuisses fléchies à angle aigu sur l'abdomen et légèrement écartées, la partie antérieure du corps appuyée sur les coudes, les reins fortement cambrés. Il introduit alors le spéculum univalve de M. Bozeman; deux élèves écartent les grandes lèvres, celui de gauche est en outre chargé de tenir le spéculum, avec lequel il refoule la paroi postérieure du vagin, en prenant un point d'appui sur le bassin. Un stylet est introduit dans la fistule.

Deuxième temps. — L'opérateur pratique, à un centimètre environ des bords de la solution de continuité, une incision elliptique transversale, n'intéressant que la paroi vaginale qu'il coupe perpendiculairement à la muqueuse; puis, le lambeau ainsi limité est détaché en dédolant, de manière à faire agir le bistouri dans la mince couche de tissu cellulaire qui sépare le vagin de la vessie. Pour cela il saisit successivement, avec le petit crochet de M. Bozeman, la lèvre de la fistule sur laquelle doit porter l'avivement, afin de bien la fixer et de rendre l'action du bistouri plus sûre. Avec le stylet de nouveau introduit dans la fistule, il s'assure ensuite que l'avivement est disposé en zone régulière autour de l'orifice.

Troisième temps. — Trois points de suture sont appliqués au moyen de l'aiguille porte-fil de M. Simpson. Cette aiguille légèrement courbe est tubulaire et munie d'un manche; elle présente deux orifices, l'un à la pointe qui est taillée en biseau très-oblique, l'autre à la grosse extrémité reposant sur le manche.

M. Desgranges pique à un centimètre environ de la surface avivée, fait cheminer l'aiguille d'avant en arrière dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, sans intéresser la paroi vésicale; il en fait sortir la pointe sur le bord libre de la lèvre antérieure, puis, saisissant la lèvre postérieure avec le crochet, il la traverse de la même manière, mais en sens inverse. L'aiguille vient ainsi paraître en arrière de la surface avivée; il passe alors, dans le canal dont nous avons vu que l'instrument était creusé, un fil en argent très-mince qu'il saisit avec des pinces dès qu'il paraît derrière la lèvre postérieure, et le ramène au dehors. Il a de cette façon une anse de fil contenue encore dans l'aiguille et dont les deux chefs sont à l'extérieur; pour qu'elle se trouve placée, il n'a qu'à retirer l'aiguille en lui faisant suivre, mais en sens inverse, le chemin par où elle est venue. Les chefs en sont confiés à un aide. Trois points de suture sont ainsi posés.

Quatrième temps. — Les bords de la fistule sont très-exactement rapprochés au moyen du suture-adjuster de M. Bozeman, et du même coup la paroi vésicale laissée intacte est refoulée dans la vessie, où elle forme une espèce de valvule. Les anses de fil sont arrêtées séparément au moyen des fixateurs de M. Boker-Brown, formés par une lame de plomb de 0,004m de largeur, recourbée à sa partie moyenne, elle-même percée d'un trou pour le passage des fils. Chaque fixateur représente donc une zone du bouton de M. Bozeman, dont la gouttière centrale serait fortement exagérée, ce qui permet en pressant sur elle de fixer les fils sans recourir aux tubes de Galli. Les chefs sont ensuite ramenés sur la partie supérieure des cuisses, où ils sont retenus par une bandelette de collodion.

Le cathéter à double courbure de M Marion-Sims est mis à demeure et doit être changé deux fois par jour, pour éviter que des concrétions calcaires ne l'obstruent. La malade est portée dans son lit, où un urinoir est placé sous la sonde. — Tilleul et fleur d'oranger; sirop diacode, 30 gr.; bouillon.

Il y a quelques coliques dans la journée; point de ballonnement du ventre; pouls à peu près normal.

Le 17, état très-satisfaisant; l'urine sort entièrement par la sonde, qui détermine un peu d'ardeur dans le canal, et dont le renouvellement est assez douloureux.

Idem, crème de riz; lavement : décoction de valériane; extr. de jusquiame, 2 gr.; camphre, 0,50.

Le 22, les règles paraissent en avance de dix jours; écoulement normal, coliques légères, un peu de ballonnement du ventre, pouls normal.

Le 25, les règles disparaissent le quatrième jour comme à l'ordinaire.

Le 26, onzième jour de l'opération, on enlève les fils; deux fils sont tombés d'eux-mêmes; l'on coupe avec des cisailles le fixateur du troisième, qui amène avec lui un petit morceau de tissu. On nettoie le vagin et l'on remet la sonde à demeure.

Quelques coliques dans la journée. — Idem.

Le 27, la sonde est enlevée. La malade n'a pas eu d'évacuations alvines depuis l'opération. — Un purgatif : selles abondantes et nombreuses.

Il reste un peu de ténesme vésical, qui, combattu par des bains de siége et un lavement calmant le soir, disparaît complétement le 11 décembre. Pendant ce temps la malade est soumise à un régime tonique : elle mange successivement le quart, la demie. Elle se lève, descend dans les cours sans perdre la moindre goutte d'urine; elle reste quelquefois sept ou huit heures sans uriner.

Le 15 décembre, les règles paraissent de nouveau avec leurs caractères habituels, pour disparaître le 20.

Le 21, on examine la fistule, dont on voit parfaitement la cicatrice encore un peu rosée, mais solide.

Le 23, un peu de ténesme vésical, douleur en allant à la selle, faux besoins. L'examen fait reconnaître un bourrelet hémorrhoïdal médiocrement prononcé.

Demi-portion; vin de pharmacie; bain de siége; lavement : décoction de valériane; extr. de belladone, 0,10; camphre, 0,50.

Les douleurs se calment dans la nuit; il y en a encore quelques-unes les jours suivants.

Le 28, les tumeurs hémorrhoïdales ont presque entièrement disparu, et la malade quitte l'hôpital.

En publiant un nouveau succès dû à la méthode dite américaine, nous n'insisterons pas sur ses avantages, mis hors de doute aujourd'hui; nous dirons un mot seulement, pour la recommander au public médical, de l'aiguille porte-fil de M. Simpson, que M. Desgranges a, croyons-nous, importée et le premier employée en France. Elle est d'un emploi facile, et permet, comme nous l'avons vu, d'introduire les fils métalliques du premier coup, sans avoir recours à un fil conducteur et au porte-aiguilles, indispensables quand on suit le procédé ordinaire.

L'instrument de M. Simpson nous paraît être une innovation heureuse qui mérite d'être adoptée par tous les chirurgiens; il simplifie et abrége un temps toujours long et difficile de l'opération, et fait ainsi moins regretter les bénéfices de l'éthérisation, dont on est ordinairement obligé de priver les malades dans le décubitus antérieur, qui a, sous d'autres rapports, de si précieux avantages. Chez notre femme, assez indocile et sous l'empire d'un état nerveux qu'elle ne pouvait maîtriser, l'opération a duré trois quarts d'heure, y compris les instants de repos qu'on lui a accordés.

Une seule objection pourrait lui être faite sur son volume plus considérable que celui des aiguilles ordinaires; mais d'après la nouvelle méthode, l'opérateur ayant bien soin de ne pas intéresser la paroi vésicale, on n'a pas à redouter les fistules secondaires, qui auraient été à craindre par les procédés anciens. Ce n'est donc pas la piqûre d'une aiguille de 1 millimètre de diamètre qui empêchera la plaie de se cicatriser.

M. Desgranges s'est aussi servi des fixateurs de M. Boker-Brown, qui nous paraissent avoir sur le bouton de M. Bozeman l'avantage d'être prêts d'avance, d'être indépendants les uns des autres, et dont le trou correspondra toujours exactement au point d'émergence des fils. Avec eux, les tubes de Galli sont inutiles; leur emploi concourt donc à simplifier et abréger l'opération. Peut-être protégent-ils moins bien les lèvres de la plaie contre les écoulements vaginaux que le bouton de M. Bozeman, mais celui-ci a-t-il bien lui-même toute l'action que lui attribue son inventeur?

On a vu que le onzième jour de l'opération, quand on a voulu enlever les fils d'argent, deux sur trois étaient tombés d'eux-mêmes, ce qui prouve que les fils métalliques, moins irritants que les autres, déterminent cependant l'ulcération; on pourrait peut-être confier à la nature le soin de les détacher.

DES POLYPES DE L'OREILLE.

Causes. — Siége. — Dangers. — Traitement.

Par M. le Dr TRIQUET, chirurgien du Dispensaire pour les maladies de l'oreille.

Dans cette note, qui n'est qu'un extrait d'un travail plus

étendu, je veux appeler l'attention des praticiens sur une maladie commune et grave de l'organe auditif.

Cette maladie est commune, puisque en quelques années j'ai pu rassembler près de quatre-vingts cas, la plupart observés par moi, à mon dispensaire ou dans la pratique particulière.

En outre, cette affection est grave, puisque sur ce chiffre de 80 malades on compte quatre cas de mort : l'un emprunté à Kramer (1), le second à un journal étranger; les deux autres cas sont relatifs à des malades qui m'ont été adressés à une période trop avancée de la maladie, quand de graves complications cérébrales existaient déjà.

Mais avant d'aller plus loin, qu'il me soit permis d'exposer brièvement ce que j'entends par polypes de l'oreille.

J'ai bien des fois disserté sur ce point important dans mes leçons publiques à l'École pratique, à mon dispensaire, et surtout dans mon *Traité des maladies de l'oreille* publié en 1856; mais avant de raconter les nouveaux faits qui viennent encore corroborer ces idées dans mon esprit, je désire rappeler au lecteur les points suivants, qui sont autant de propositions démontrées depuis longtemps :

Les tumeurs morbides appelées polypes sont une complication fréquente de l'otorrhée; ces tumeurs peuvent se montrer à toutes les périodes de l'écoulement, vers la fin du premier mois d'une otite accompagnée de perforation du tympan, où dans l'inflammation catarrhale chronique de la caisse, le tympan étant déchiré. Quant à leur forme, elle varie beaucoup; on peut cependant en distinguer deux principales :

1° Tantôt les polypes ressemblent à un pois fendu, tantôt ils remplissent entièrement le conduit auditif, et sortent à l'extérieur; mais quelquefois ils sont si petits et cachés au fond du méat, qu'ils peuvent échapper à la vue. Un écoulement plus ou moins considérable souvent les accompagne et les précède toujours.

2° Ceux qui ne proviennent point d'une inflammation de la caisse ou d'un écoulement sont de simples racines morbides, pédiculées, blanchâtres, insensibles, et je les crois extrêmement rares.

Ces dernières productions charnues se rencontrent surtout dans le conduit auditif, à la suite des petits abcès glandulaires qui presque toujours accompagnent l'otite externe et en sont la terminaison la plus fréquente; et c'est assurément de ces petites excroissances seulement qu'on a pu dire qu'il suffisait d'une curette pour les enlever et les guérir en même temps.

Qui parle ainsi? Un médecin de mérite sans doute (2), mais qui s'est trop hâté de conclure, et n'a pris la peine d'étudier la question que d'un seul côté.

Je le répète donc : ces petites excroissances sessiles, sans pédicule, dont la grosseur varie d'un grain de blé à un petit pois rond, prennent leur origine bien évidente dans les glandes cérumineuses hypertrophiées, à la suite d'une otite ou d'une phlegmasie catarrhale externe, aiguë le plus souvent.

Mais, qu'on le sache bien, ce ne sont point là, à vrai dire, des polypes, et ce n'est que par un étrange abus du langage qu'on a cherché à leur conserver ce nom.

Les véritables polypes de l'oreille, ainsi que je l'ai démontré maintes fois depuis quinze ans, siégent dans la caisse, et c'est des os mêmes du rocher qu'ils tirent leur origine et leur point d'implantation.

J'ai employé le plus souvent les mots de polypes ou de fongus, pour dénommer ces excroissances morbides, résultat de l'inflammation et d'une suppuration longtemps prolongée de la caisse de l'oreille. — Par fongus, cependant, j'ai voulu désigner plus particulièrement ces masses granuleuses et vasculaires qui se développent sur le rocher malade, et après la destruction de la membrane du tympan.

Ces notions préliminaires étaient indispensables, car je tenais à bien faire remarquer :

1° L'écoulement, que j'appellerai *prémonitoire* des polypes de l'oreille;

2° Le point d'implantation de ces polypes sur la membrane muqueuse de la caisse et sur le rocher lui-même.

Mais avant de se montrer à l'extérieur, un temps plus ou moins long s'est déjà écoulé. Des désordres graves peuvent s'être produits du côté de l'oreille interne et du cerveau, et des complications ont pu survenir et tuer le malade, avant qu'on ait songé à s'inquiéter du flux d'oreille et du fongus qui ronge chaque jour et mine sourdement les minces lamelles du rocher.

Vérité grave et qu'on ne saurait trop répéter, puisque la vie des malades en dépend.

Sous ce rapport les deux observations suivantes prouveront mieux que tous les raisonnements ce que j'avance en ce moment.

Puis un troisième fait nous montrera l'opportunité du traitement, et les moyens qui peuvent en assurer le succès.

Obs. I. — *Flux puriforme chronique. — Polype de l'oreille. Méningite. — Mort.*

Le 4 février, un malade me fut adressé de province par M. le docteur Houssaye; ce malade était atteint d'un flux chronique de l'oreille et d'un polype.

Ce qui frappait surtout au premier abord, c'était un affaissement profond de tout l'organisme, et une céphalalgie violente depuis quinze jours.

Armé de mon petit spéculum et de mon réflecteur, j'écartai doucement les parois du conduit auditif, baignés de pus, et j'aperçus une excroissance charnue, rouge, du volume d'un poids, très-profonde, et bien manifestement implantée dans la caisse.

L'apophyse mastoïde était saine; mais la douleur de tête arrachait des cris.

Le diagnostic n'était pas douteux; le pronostic était grave, et je ne le cachai point.

Quatre cautères furent appliqués de suite autour de l'oreille, et le calomel administré à doses fractionnées; cataplasmes chauds sur l'oreille; bouillon.

La nuit et le jour suivant furent très-mauvais; la douleur ne laissait aucun repos au malade.

Les parents, désolés, prièrent un confrère de les assister de ses avis. N'ayant pu me trouver à la consultation, on me la communiqua dans la soirée. Il y était dit « que la suppuration se ferait jour à l'apophyse mastoïde; mais que le cerveau n'étant point en cause, il n'y avait qu'à suivre la marche des événements, qui ne pouvaient manquer de s'éclaircir prochainement. »

Bientôt, en effet, ils acquirent une effrayante clarté; car le surlendemain, le malade ayant été transporté à la Maison de santé, succombait avec tous les symptômes de méningite et de compression du cerveau.

L'autopsie fut refusée.

Mais dans le cas suivant, qui offre la plus grande ressemblance, je pus constater des désordres graves de l'oreille et un épanchement purulent dans le crâne.

Obs. II. — *Flux puriforme chronique de l'oreille gauche. — Polype. — Abcès du cerveau. — Mort.*

Jeune homme de vingt-quatre ans, affecté d'un écoulement d'oreilles depuis longtemps.

Au milieu du conduit auditif, on voyait un polype rouge, du volume d'un pois, et sortant de la caisse à travers le tympan déchiré; apophyse mastoïde saine; douleur violente dans toute la région temporale; surdité; bourdonnements.

Comme le malade était d'une constitution très-lymphatique : 1° un traitement ioduré est prescrit; 2° cautères à la région temporale, etc.

Pendant quinze jours je ne le vis plus; mais un soir on vint m'annoncer qu'il était mourant. Je me rendis près de lui, et l'on me raconta qu'il n'avait rien fait du traitement, que la douleur de tête avait augmenté, et qu'après deux nuits d'agitation et de cris il était tombé dans l'état où je le voyais : le malheureux n'avait plus que quelques instants à vivre, car on entendait déjà le râle des agonisants. Il succomba dans la nuit.

Je demandai la permission de rechercher les causes d'une fin aussi rapide, et voici ce que je constatai :

Le cerveau étant soulevé avec précaution, on voit une nappe de pus qui recouvre les faces supérieure et latérale du rocher; ce pus avait pénétré dans le crâne par une brèche du rocher carié, un peu en arrière du ganglion de Gasser.

Les cavités de l'oreille étaient converties en un clapier : le polype était implanté sur le rocher même, au-dessus du promontoire, à 5 millimètres de la brèche qui avait donné passage au pus. Le polype avait 2 centimètres 1/2 de longueur, depuis sa racine pédiculée jusqu'à son extrémité rentrée dans le conduit auditif. Les cellules mastoïdiennes étaient sans altération.

Obs. III. — *Flux puriforme chronique de l'oreille droite. — Polype. — Commencement d'accidents graves. — Traitement opportun. — Guérison.*

Dans l'été de 1859, un jeune homme de vingt-huit ans me fut adressé pour être traité d'un écoulement d'oreilles peu abondant, mais fétide. L'ouïe était dure; bourdonnements. Mais ce qui le préoccupait le plus, c'était un état d'hébétude et de somnolence continuelles, interrompu de temps en temps par de violents maux de tête.

A ces symptômes déjà si alarmants, le malade ajoutait qu'il allait bientôt se marier; c'est pourquoi il voulait être guéri. En examinant l'oreille, on trouve que la membrane qui revêt l'intérieur du conduit auditif est rougeâtre, sans épithélium; une excroissance charnue, comparable à une petite cerise, fait saillie au milieu du conduit auditif : elle sort de la caisse; le tympan est détruit. L'apophyse mastoïde est saine, mais une douleur gravative existe à la tempe et jusqu'à l'occiput.

1° Quatre cautères sont placés autour de l'oreille;

2° Un traitement ioduré est prescrit;

3° Cataplasmes chauds sur l'oreille, régime modéré.

Tous les trois jours, le malade prenait en deux doses, le matin, 1 gramme de résidu de scammonée.

Du cinquième au huitième jour, les cautères étaient en pleine suppuration. Le flux diminuait avec la douleur. Sommeil plus calme.

Au quinzième jour, je pratiquai l'extirpation du polype : la douleur fut à peine sentie.

Deux jours après je commençais les cautérisations destinées à détruire jusqu'aux derniers vestiges de l'excroissance morbide. Selon mon habitude, je donnai la préférence au chlorure de zinc liquide, et d'après le procédé que j'ai indiqué ailleurs (1).

Vingt cautérisations eurent lieu successivement presque sans douleur et sans danger pour le malade, mais non sans un résultat satisfaisant, car à cette période du traitement il n'y avait plus de trace de polype ni de flux purulent, les bourdonnements avaient disparu : la montre était entendue à 12 centimètres. Or, on doit se rappeler qu'au commencement du traitement les battements n'étaient perçus qu'au contact de l'oreille.

Je gardai le malade quelque temps en observation, et la guérison était solide et durable, je le laissai partir. Il m'a donné plusieurs fois de ses nouvelles, son état est excellent.

En résumé : 1° j'ai démontré par des faits cliniques que les polypes de l'oreille différaient sensiblement des autres polypes de l'économie et notamment des polypes des fosses nasales.

Les polypes de l'oreille naissent et se développent sur la membrane muqueuse de la caisse et même sur le rocher, à la suite de flux aigus ou chroniques qui ont détruit ou déchiré la membrane du tympan. Jusqu'ici, du moins, je n'ai pas rencontré un seul cas de ces polypes de l'oreille dans lequel il n'y eût absence complète ou partielle de cette membrane, alors même que l'excroissance morbide n'était encore qu'au début.

2° J'ai préconisé l'usage du chlorure de zinc dans le traitement de cette affection. Seulement, je me sers du chlorure de zinc liquide, qui, agissant instantanément sous les yeux du chirurgien, permet à ce dernier d'en limiter l'action à son gré.

3° Je repousse comme dangereux l'emploi de la pâte de Canquoin vantée dernièrement (1).

Abandonner pendant vingt-quatre heures, comme on l'a conseillé, au fond du conduit auditif un fragment de pâte de Canquoin, dont l'action désorganisatrice peut dépasser le but, est un moyen trop périlleux pour le malade. On dit, il est vrai, pour démontrer les avantages de cette pratique, que la pâte de Canquoin respecte les membranes pourvues d'épiderme, et n'agit que sur des surfaces saignantes : dans l'espèce, cet avantage purement théorique est tout à fait illusoire. En effet, nous avons vu plus haut que le flux qui précède et accompagne les polypes de l'oreille détruit rapidement l'épithélium du conduit, en sorte que la membrane qui le tapisse rentre anatomiquement dans les conditions des surfaces muqueuses ou saignantes, et se trouve disposée dès lors à recevoir les atteintes du caustique par tous les points de sa surface avec lesquels il est en contact.

4° Nous avons vu dans la dernière observation quelle était ma méthode de traitement. J'ajouterai que sur plus de soixante cas traités de cette manière, je n'ai pas eu un insuccès.

5° Enfin, de la statistique publiée dans mon *Traité des maladies de l'oreille*, en 1856 (2), laquelle à cette époque était de 34 malades, et s'élève aujourd'hui à 77, il résulte que la durée moyenne du traitement pour obtenir une cure radicale a été de trois mois.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 avril 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Leudet, récemment élu membre correspondant;

2° Un supplément à un mémoire intitulé *Du sang considéré comme véhicule*, etc., par M. Fiévet (commission déjà nommée);

3° Une note de M. le docteur Pietra-Santa, sur la pulvérisation aux Eaux-Bonnes, dont M. le secrétaire perpétuel lit les conclusions conçues en ces termes :

1° Dans l'acte de la pulvérisation, l'eau thermo-minérale de Bonnes perd une très-grande quantité de calorique : pulvérisée à 31°, elle n'arrive au point d'aspiration qu'à 17° ou 18°;

2° La seule élévation de la température de l'eau de Bonnes à 60°, lui fait perdre une partie de sa sulfuration (quantité représentée par 3/10es de division du sulfhydromètre Dupasquier);

3° Par sa pulvérisation, l'eau de Bonnes perd la très-grande partie du sulfure de sodium qui forme un de ses éléments minéralisateurs les plus importants.

L'analyse chimique n'en retrouve plus que des traces. (Commission des eaux minérales.)

— M. Velpeau présente, au nom de M. Giraldès, une note imprimée sur le *corps innominé*.

LECTURES.

Pemphygus du col utérin. — M. le Dr Joulin lit une note intitulée : *Étude sur le pemphygus du col utérin*.

Le pemphygus du col utérin est constitué par une large vésicule, qui soulève l'épithélium du col et qui contient un liquide transparent. Les grands rapports de forme qui existent entre cette affection et le pemphygus qu'on observe sur l'enveloppe cutanée, m'ont déterminé à lui donner la même dénomination.

Le pemphygus utérin a une forme globuleuse elliptique à bords très-réguliers; il ressemble, à s'y méprendre, à une goutte large et épaisse du mucus clair et filant que sécrète le col. Il est parfois cerné à sa base par un liséré rouge vif, extrêmement étroit, qui paraît être du sang pur. La surface du col sur laquelle le pemphygus repose est parfaitement normale, garde sa teinte ordinaire, et peut ne présenter absolument aucune autre altération. La portion d'épithélium qui sert d'enveloppe à la vésicule, possède une résistance assez grande pour qu'un frottement un peu rude, pratiqué au moyen d'un corps dur et mousse, n'en détermine pas la rupture; si le frottement a lieu avec le crayon de nitrate d'argent, la bulle est détruite immédiatement, et les lambeaux d'épithélium qu'on observe après cette rupture forment la seule altération appréciable. Le liquide écoulé ne paraît pas filant et semble posséder les propriétés de la sérosité ordinaire.

Le pemphygus du col utérin est une affection rare; je n'en ai observé que deux cas, et aucun des auteurs, même les plus modernes, qui se sont occupés spécialement de gynécologie, n'en font mention. Cependant M. H. de Castelnau, mon savant ami, a pu, pendant son internat à l'hôpital de Lourcine, l'étudier avant moi six fois sur les femmes de son service, et se convaincre que, sauf le liséré rouge, qui manque le plus souvent, tous les cas sont identiquement semblables et dans leur forme et dans leur terminaison. J'ai appris cette particularité lorsque je lui ai communiqué la description du premier spécimen que le hasard m'a permis d'étudier.

M. le professeur Nélaton m'a dit avoir également observé le pemphygus du col; mais jusqu'à présent on n'en a publié aucune description ou observation.

L'affection semble se terminer toujours spontanément en trois ou quatre jours, sans laisser de traces; elle ne se révèle à la femme qui en est atteinte par aucun symptôme; ce n'est qu'accidentellement, et lorsqu'on applique le spéculum pour une autre cause, qu'on peut le constater. L'étude du pemphygus du col n'aurait donc aucune importance, s'il n'avait une certaine analogie avec la forme initiale du chancre diphthérique du col de l'utérus, décrit par M. Bernutz. L'analogie n'est pas complète, il est vrai; cependant elle peut trom-

(1) Kramer, *Maladies de l'oreille.*
(2) Kramer, p. 104, 109, 117.

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat*, juillet 1860.

(1) Avril 1860, *Gaz. des Hôpitaux* et *Journ. de méd. et de chir. pratiques.*
(2) J. B. Baillière, à Paris.

es praticiens qui n'ont pas eu l'occasion de voir les deux affec-

chancre est constitué par la réunion de vésicules agglomérées, enant un liquide louche. Ces vésicules, en se rompant, laissent cevoir une fausse membrane, qui devient bientôt saillante et jau- e; cette fausse membrane, en se détruisant, laisse à nu une ul- ation bourgeonnée caractéristique; sa durée est assez longue. Le phygus est constitué par une vésicule large, unique, et toujours sparente, qui ne subit aucune transformation; il disparaît rapi- ent, spontanément, et sans laisser de traces. L'étude du pemphy- ne présente une certaine importance qu'au point de vue du dia- stic et du pronostic. Sa durée éphémère ne permet guère qu'on umette à aucun traitement. (Commissaires, MM. P. Dubois, Da- et Huguier.)

ouvel ophthalmoscope. — M. GIRAUD-TEULON lit une note sur *nstruction et les propriétés d'un nouvel ophthalmoscope, permet- de voir par le concours harmonique des deux yeux, les images de*. L'auteur s'est proposé, dans cette note, d'appliquer à l'usage ophthalmoscope les règles de la vision binoculaire qu'il a cherché de précédents travaux à approprier à tous les instruments d'op- . Des difficultés particulières à ce genre d'instrument semblaient ir le dérober à cette appropriation; mais ces difficultés ont pu vaincues, grâce à l'application de l'ingénieux procédé de multi- tion des images sur lequel M. Nachet fils a fondé son beau mi- cope binoculaire.

Voici comment s'exprime à cet égard M. Giraud-Teulon :

Le petit trou central de l'ophthalmoscope étant remplacé par une te horizontale de quelques centimètres de longueur et de huit à ix millimètres de hauteur verticale, on place dans une petite boîte e cuivre ayant la forme d'un carré long et suspendue sur deux pe- its tourillons derrière le miroir ophthalmoscopique, une paire de homboïdes équilatéraux en crown, dont le petit angle est de 45°, et que l'on met en contact par ce petit angle en opposant leurs faces sur un même plan tangent à la face postérieure du miroir.

L'image réelle aérienne du fond de l'œil, située, comme on sait, à quelques centimètres en avant de la lentille objective, envoie alors ses rayons vers le système prismatique qui lui est opposé, comme le ferait un objct réel, si ce n'est que les pinceaux utiles sont renfer- més dans une surface conique de très-faible section.

Cette section, trop faible pour embrasser les deux cornées dans l'état naturel, ne l'est plus quand le cône vient à tomber, axe pour axe, sur le système de rhomboïdes. Le cône est alors divisé en deux, et chacune de ses moitiés, après avoir subi la double réflexion totale à 45°, vient s'offrir à chaque œil de l'observateur; la dimension ho- rizontale de chaque double prisme étant calculée de façon que chaque œil soit placé au droit de la dernière surface réfléchissante intérieure des rhomboïdes.

On a transformé ainsi l'image aérienne unique de l'ophthalmosco- pie en deux images virtuelles symétriques et identiques qui vont produire tous les effets des images stéréoscopiques. Les yeux de l'ob- servateur, eu égard aux conditions de la catoptrique, sont en effet un peu plus écartés que ces images. Chacun voit alors celle située devant lui, comme il verrait l'image réelle si les faisceaux de prolon- gation avaient une largeur suffisante pour atteindre les deux yeux à la fois.

Rien de plus aisé d'ailleurs que d'opérer leur fusionnement, soit par le simple effort de l'œil, soit, et cela est mieux, en appliquant devant les faces de sortie des rhomboïdes, des lentilles biconvexes décentrées, d'un foyer un peu supérieur à celui du miroir ophthal- moscopique et à écartements variables, comme nous l'avons proposé pour tous les instruments binoculaires; on obtient par là un résultat magnifique et des plus aisés à réaliser.

Ainsi considérée, l'image ophthalmoscopique est superficiellement amplifiée de toute la différence qui sépare la vision binoculaire de la vision avec un seul œil; elle l'est encore de toute l'étendue que lui assure la position nouvelle, isolée, qu'elle occupe devant l'observa- teur. Dans le procédé ordinaire, l'acte monoculaire ne saurait que ra- rement voir l'image en son lieu réel, entre la lentille objective et son foyer; l'observateur ne peut la détacher de la surface éclairée du cer- cle pupillaire, qui forme le fond du tableau, et en perd ainsi une por- tion considérable.

Par l'association des deux yeux il en est tout autrement. Le con- cours synergique des axes oculaires ne permet pas de voir l'image en d'autre lieu de l'espace que ce point de concours; il la fixe pour le sensorium en ce point de concours, c'est-à-dire entre la lentille ob- jective et son foyer, et du côté de l'observateur. L'image se forme alors à elle-même son propre tableau, elle acquiert par là une grande étendue, et en outre les qualités du relief. Les divers plans se voient alors à leurs distances relatives. Renversée quant aux sens latéraux, dans le plan perpendiculaire à la direction de la vue, elle ne l'est pas dans le sens antéro-postérieur. La rétine ainsi est vue avec son épais- seur : le plan d'émergence des vaisseaux du nerf optique est vu à une distance différente du plan d'expansion et de partage desdits vaisseaux.

On peut ainsi mesurer pour ainsi dire l'épaisseur de la rétine dans l'état sain et dans l'état morbide. Avec cette instrumentation, plus de concavité qui puisse être prise pour une convexité, ou inversement; l'atrophie de la rétine, l'excavation papillaire, et tant d'autres modi- fications de situation ou de dimension dans les organes profonds, de- viennent aussitôt saisissables. (Commissaires, MM. Gosselin et Ga- varret.)

ÉLECTION.

L'Académie procède à la nomination d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie médicales.

La liste de présentation porte :

En 1re ligne. . .	M. Regnauld.
En 2e — . . .	M. Guillemin.
En 3e — *ex æquo*	MM. Bouis, Figuier, Langlois.
En 4e — . . .	M. Leconte.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 69,

M. Regnauld obtient.	58 voix.
M. Langlois —	7 —
MM. Figuier et Leconte, chacun.	2 —

En conséquence M. Regnauld, ayant obtenu la majorité des suffra- ges, est déclaré élu.

Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

— M. LE PRÉSIDENT rappelle à l'Académie que conformément à la décision qu'elle a prise dans l'une des dernières séances, il y a lieu de déclarer immédiatement une nouvelle vacance. Cette vacance, d'après la même décision, aura lieu dans la section de médecine vétérinaire.

M. le président prévient que la section sera en mesure de faire son rapport dans la quinzaine; il engage en conséquence les candidats à se hâter de faire parvenir leurs titres à l'Académie.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le travail de M. de Kergaradec et le rapport de M. Devergie, relatifs à l'opération césarienne après la mort de la mère.

La parole est à M. Depaul.

Discussion sur l'opération césarienne après la mort de la mère.

M. DEPAUL. Le point de départ de la discussion remonte déjà à une époque assez éloignée pour que je me croie autorisé à en préciser les termes.

L'Académie se rappelle que dans une première communication M. le docteur Félix Hatin a posé une question de responsabilité médicale. Quelque temps après, M. de Kergaradec a repris la même question, mais en l'envisageant à un point de vue beaucoup plus complet. L'Académie a reçu depuis plusieurs mémoires sur le même sujet, notamment ceux de M. Lafargue (de Toulouse) et de M. Devilliers. Enfin, les journaux de médecine à leur tour se sont occupés de cette question. Si bien que, si je voulais examiner tout ce qui a été dit et écrit depuis peu sur cette question, je courrais le risque de m'égarer. Je me renfermerai donc dans les deux premières communications, celles de M. Hatin et de M. de Kergaradec.

Tout ce qui touche à l'opération césarienne en général semble avoir le privilége d'exciter un très-vif intérêt; cet intérêt s'accroît encore lorsqu'il s'agit particulièrement de l'opération césarienne après la mort de la mère. Il n'y a pas, en effet, de question qui mérite plus d'attention. Il faut s'être trouvé en présence d'une femme pleine de vie quelque temps auparavant et qui vient d'expirer à l'instant, pour se faire une idée de la gravité de la situation du médecin obligé de prendre immédiatement une détermination. D'un autre côté, cette question est pleine d'écueils à un autre point de vue. Il y a des points exclusivement scientifiques; ceux-là nous les aborderons franchement; mais il y a à côté d'eux d'autres points qui touchent aux dogmes fondamentaux de la religion catholique. La crainte d'avoir à pénétrer dans un pareil sujet m'a beaucoup fait hésiter; cependant, après avoir mûrement étudié cette question et y avoir beaucoup réfléchi, je n'ai pas tardé à me convaincre que les prescriptions religieuses s'appuyaient en définitive sur des données scientifiques. Je n'ai donc pas cru devoir m'abstenir. Je ne parlerai d'ailleurs de cette matière qu'avec tout le respect qu'elle réclame.

Je commencerai par le travail de M. Hatin. Ce travail a déjà été l'objet d'un rapport qui, il est vrai, l'a laissé presque vierge de critique. La commission s'est aperçue un peu tard qu'elle n'avait pas été suffisamment explicite. Elle a fait une addition à ses premières conclusions, mais sans y rien changer au fond. Ceci me met donc dans l'obligation de reprendre les propositions de ce travail.

Le médecin qui est en présence d'une femme morte en état de grossesse doit-il pratiquer immédiatement l'opération césarienne dans le but de sauver la vie de l'enfant, et peut-il le faire sans encourir les conséquences de la loi et des ordonnances qui prescrivent de considérer encore comme vivant tout individu dont le décès, quoique apparent, n'a pas été physiquement constaté? M. Hatin, après avoir posé cette question, exprime le vœu que, pour faire cesser l'incertitude du praticien en pareil cas et ne pas le laisser placé dans la pénible alternative d'obéir à sa conscience en transgressant les lois, ou de sacrifier à celles-ci le sentiment personnel de son devoir, l'Académie intervienne par son autorité morale et provoque à son tour l'intervention du législateur. D'après le rapport, l'Académie n'a pas à intervenir d'une manière directe; la commission a eu raison, mais elle peut intervenir moralement et sans sortir du domaine scientifique, C'est ce qui résultera probablement de cette discussion.

Le médecin a-t-il le droit, peut-il, doit-il faire l'opération césarienne après la mort de la mère? Cela n'est pas douteux. La loi protége la mère, mais elle protége aussi l'enfant. Aux termes de la loi, il peut hériter, transmettre. Il n'y a qu'une seule condition pour que l'opération soit parfaitement justifiable, c'est que l'enfant soit viable. Je m'expliquerai plus tard sur les conditions et le terme de la viabilité. Je m'étonne qu'on ait pu se demander si le médecin avait ce droit, et qu'on ait cru devoir réclamer des injonctions légales. La loi a dit tout ce qu'elle pouvait dire, il n'est pas nécessaire qu'elle soit plus explicite à cet égard. Est-ce que les accoucheurs ne font pas l'opération césarienne sur la femme vivante, ne pratiquent-ils pas quelquefois l'avortement, les chirurgiens ne pratiquent-ils pas la castration, toutes choses défendues par la loi dans toute autre circonstance? La loi n'a pas à intervenir dans ce cas, le médecin ne relève que de sa conscience et de son savoir. Si le législateur intervenait en pareil cas, ce ne pourrait être que pour prendre l'avis des médecins. Or les médecins lui diraient : Laissez-nous à cet égard toute la latitude qu'exigent les devoirs de notre profession.

Passant ensuite au travail de M. de Kergaradec, M. Depaul déclare qu'il n'a pas l'intention de le suivre sur tous les points de son argumentation. Sur un certain nombre de points d'ailleurs, il est d'accord avec lui; il n'en est pas de même sur quelques autres, qui ne lui paraissent pas acceptables, parce que son collègue s'est appuyé sur des faits qui manquent de vraisemblance et d'authenticité, et qui, dans tous les cas, manquent du caractère de démonstration que réclament de véritables observations scientifiques. C'est sur ce terrain surtout qu'il va le combattre.

La question de l'opération césarienne *post mortem*, dit-il, est très-embrouillée. Il m'a semblé que les obscurités qui l'entourent viennent de ce qu'on a confondu des choses très-différentes. Je vais tâcher de débrouiller ce chaos, et pour cela, il me faudra établir plusieurs divisions.

Dans une première division, j'examinerai l'opportunité de l'opération césarienne pour les femmes qui succombent dans l'intervalle compris entre l'époque de la grossesse où l'enfant est viable et son terme physiologique. Il y a un grand avantage à procéder de la sorte. En effet, en posant la question ainsi, on la simplifie considérablement, et on met tout le monde d'accord. La question légale, la question théologique et la question médico-légale, ramenées à ces termes, sont toutes en parfaite concordance.

Dans une seconde division, j'examinerai la même question dans la période de la grossesse antérieure à l'époque de la viabilité de l'enfant.

Sur le premier point, je le répète, il n'y a pas de désaccord possible; il n'est pas de médecin qui n'admette que l'opération césarienne est indiquée et même nécessaire quand l'enfant est vivant et viable. Mais à quelle époque de la grossesse commence la viabilité? Voilà où est la question.

M. de Kergaradec a admis une viabilité légale et une viabilité scientifique. Il croit que la loi, dans le terme qu'elle a assigné à la viabilité, n'est pas remontée assez haut. Je crois, au contraire, qu'elle a été aussi large que possible. Je ne connais pas pour mon compte d'observation authentique de viabilité avant le 180e jour de la grossesse. J'ai vu souvent des enfants naître vivants avant six mois, à cinq, à quatre mois et demi même; mais il faut se rappeler ce qu'ils sont à cet âge pour rester convaincu qu'ils ne sauraient être viables. A moins qu'on n'oppose à ces faits des observations très-réelles de viabilité avant six mois, je déclare que je ne me départirai pas de cette opinion. Or les faits invoqués par M. de Kergaradec, empruntés la plupart à des ouvrages de théologiens, en particulier à l'Embryologie sacrée du chanoine Cangiamila et celle de Mgr Bouvier, sont-ils dans ce cas, ont-ils le caractère de faits réels, d'observations authentiques? Je le conteste. Tous ces faits sont insuffisants. C'est ce que je me propose d'établir.

Et d'abord sur quoi se fonde-t-on pour établir le point de départ de la grossesse? Je ne connais qu'un seul signe, la cessation des règles. Les autres signes, tels que le volume du ventre, les malaises éprouvés par les femmes, etc., sont beaucoup trop variables et trop infidèles pour servir de base à une semblable détermination.

M. Depaul examine ici un à un les faits relatés dans le travail de M. de Kergaradec et montre l'insuffisance des renseignements ou les fausses interprétations qui les frappent tous de nullité à ses yeux.

Je me résume sur ce premier point, ajoute-t-il, en disant que la loi, en fixant au 180e la présomption de viabilité de l'enfant, a adopté une limite extrême, conforme aux données de la science, et qu'aucun fait bien établi ne prouve la viabilité avant ce terme.

Je passe maintenant à d'autres points.

1° Combien de temps après la mort d'une femme enceinte l'enfant contenu dans l'utérus peut-il continuer à vivre?

2° En admettant cette limite connue, la science possède-t-elle des signes qui permettent de savoir si le fœtus est vivant?

Voilà les deux questions importantes que le médecin a à résoudre avant de prendre une détermination.

M. de Kergaradec a émis l'opinion, en s'appuyant toujours sur des faits, que l'enfant pouvait être vivant plusieurs jours après la mort de la mère. Mais on va voir que ces faits sont de même facture que les précédents.

Ainsi, dans son travail, il parle, à propos des naissances posthumes, d'une femme pendue, et qui, deux heures après sa mort, accoucha de deux jumeaux pleins de vie. Mais avait-on bien déterminé, dans ce cas, l'époque précise de la mort? Ne sait-on pas qu'à la suite de la pendaison et de la strangulation la mort n'est pas toujours instantanée, et qu'elle peut n'avoir lieu quelquefois qu'assez longtemps après?

Dans un second fait, il est question d'une femme qui a mis un enfant au monde le lendemain de sa mort. Mais on ne dit pas si l'enfant était vivant. Il faut bien prendre garde de ne pas accepter l'opinion du vulgaire, qui se figure qu'un enfant est nécessairement vivant au moment où il vient au monde.

Il en est de même dans les autres faits cités dans ce travail, et où il est question d'enfants venus au monde plus ou moins longtemps après la mort de la mère, mais sans qu'on dise si ces enfants étaient ou non vivants au moment de la naissance.

Ces faits sont donc sans valeur. On sait très-bien que l'accouchement peut avoir lieu spontanément plus ou moins longtemps après le décès, ce qui est dû soit à la persistance d'un certain degré de contractilité de l'utérus coïncidant avec le relâchement et le défaut de résistance des sphincters; soit, lorsque l'accouchement est très-tardif, à la putréfaction des organes maternels. Mais là n'est pas la question. Ces enfants sont toujours morts dans ce cas. La question est de savoir, je le répète, combien de temps après la mort de la mère on a vu venir au monde des enfants vivants.

J'arrive à une dernière observation qui m'embarrasse beaucoup, parce que celle-là est personnelle à M. de Kergaradec, et que nous sommes habitués à compter sur l'exactitude et la précision de son esprit d'observation. Il s'agit du fait qui s'est passé à l'hôpital Saint-Antoine, en 1807, alors que M. de Kergaradec était interne à cet hôpital. « Une femme enceinte vint à mourir, dit-il; l'autopsie ne fut faite que le lendemain après la visite. L'enfant donnait encore quelques signes de vie, et nous eûmes le bonheur de lui administrer le baptême. » Mais est-on bien sûr de l'époque de la mort? de quelle maladie était-elle morte? à quelle époque de la grossesse était-elle? quels sont les signes de vie qu'a donnés l'enfant? a-t-il vécu ultérieurement? Autant de questions sur lesquelles M. de Kergaradec ne donne aucun renseignement et qui laissent l'esprit tout à fait incertain.

Tout récemment, ajoute M. Depaul, je trouvai en bouquinant chez un libraire un livre extrêmement curieux et d'une grande rareté (il a été retenu pour la bibliothèque de Sens); il s'agit dans ce livre de l'histoire d'un enfant né vivant après *vingt-huit ans* de grossesse! Je m'arrête là.

Voici maintenant quelques observations authentiques que j'opposerai à celles de M. de Kergaradec.

M. Ménière, remplaçant M. P. Dubois à la Maternité, pratiqua une opération césarienne quelques minutes seulement après la mort de la mère. L'enfant était mort. M. Campbell a rapporté dans sa thèse la relation d'une opération semblable faite quinze minutes après la mort de la mère; cette fois l'enfant était vivant; il a vécu plusieurs années. Dans une observation citée par M. Binault et dans celle de M. Bonnet, qui ont été publiées tout récemment, l'opération a été faite également quinze minutes après le décès. Les deux enfants étaient morts.

J'ai eu moi-même trois fois l'occasion d'extraire des enfants, soit par les voies naturelles, soit par l'opération césarienne immédiatement après la mort : une fois, sur une femme qui, étant en travail, fut prise d'un accès d'éclampsie mortel; je procédai immédiatement

l'extraction de l'enfant, il était mort. Une autre fois, étant interne à la Maternité, je fus appelé auprès d'une femme enceinte en proie à une hémorrhagie incoercible; elle mourut; je pratiquai de suite l'opération césarienne, je retirai un enfant mort. Enfin, dans un cas semblable, je m'étais assuré, avant de pratiquer l'incision, de l'existence des battements du cœur de l'enfant. Je retirai, en effet, un enfant vivant, que je baptisai; mais il ne vécut que quelques heures.

L'heure étant trop avancée, M. Depaul remet la suite de son argumentation à la séance prochaine.

PRÉSENTATION.

M. MAISONNEUVE présente à l'Académie un instrument, nouvel uréthrotome de l'invention de M. Charrière, qui lui paraît avoir complétement résolu la plus grave question de l'urologie. Grâce à cet instrument, dit-il, l'opération de l'uréthrotomie sera désormais si facile, si simple et si inoffensive, que tous les chirurgiens pourront la pratiquer sans aucune hésitation. Nous reviendrons plus tard sur l'objet de cette communication.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CAPSULE DE COPAHU, PEPSINE ET BISMUTH.

Par M. le Dr RICORD.

Copahu	2,700
Pepsine neutre	600
S. Azotate de bismuth	120
Magnésie calcinée	180

F. S. A. Une masse pour 6,000 bols à gélatiniser. — Dose, quinze à dix-huit capsules par jour.

EXPLORATION LARYNGOSCOPIQUE

au moyen de la lumière directe du soleil;

Par M. le docteur L. TURK, médecin en chef de l'hôpital général de Vienne (Autriche).

Les études sur la laryngoscopie sont tellement à l'ordre du jour, que nous pensons être agréable à nos lecteurs en mettant sous leurs yeux un des plus intéressants chapitres du livre de M. le docteur Turk, qui vient d'être couronné par l'Institut. Il paraîtra très-prochainement à la librairie J.-B. Baillière et fils.

Le malade, auquel je fais préalablement couvrir les yeux d'un bandeau et incliner plus ou moins la tête en arrière suivant l'élévation du soleil sur l'horizon, tourne les yeux dans la direction du soleil. L'expérimentateur devra aussi, suivant l'élévation du soleil sur l'horizon, ou bien être assis, ou bien, pour une plus forte élévation du soleil, il se tiendra debout. Les rayons du soleil, passant latéralement à la tête de l'expérimentateur, du côté droit, s'il tient le laryngoscope de la main droite, vont tomber sur le miroir qui se trouve dans la cavité buccale.

La suppression des rayons par la tête de l'expérimentateur peut être facilement évitée, et il est très-souvent superflu de faire tomber les rayons directs sur un miroir concave ou plan, qui les réfléchit ensuite sur le laryngoscope, ainsi que le fait M. Czermak (1) dans tous les cas au moyen du porte-miroir de son invention. L'argument le plus grave qu'il allègue, est que de cette façon « la personne peut être examinée dans toute position nécessaire ».

Je ne fais dévier la lumière directe du soleil que dans les cas où son l'élévation ne répond pas aux besoins particuliers de l'exploration, et je me sers alors d'un miroir plan vissé, à la place du miroir concave, dans mon appareil éclaireur. Ce miroir présente ou bien un trou au centre de la couche métallique dont il est formé, ou bien une échancrure latérale. Quelquefois j'emploie un miroir concave : mais ce miroir présente une distance focale beaucoup plus grande que ceux dont on a fait usage jusqu'à présent; il a en effet un diamètre de 20 pouces et plus.

Si, la tête étant droite, on a besoin d'un éclairage dont les rayons tombent horizontalement ou à peu près, comme cela arrive lorsqu'on veut examiner la paroi postérieure du larynx jusqu'aux bronches, il faut presque toujours avoir recours à la lumière réfléchie.

(1) *Du laryngoscope*, 1860, p. 24.

Dans ce cas, je mets le miroir plan presque de niveau avec la bouche du malade, qui est assis sur une chaise et tient la tête droite; puis je cherche à déplacer le trépied qui porte mon appareil éclaireur ou la chaise à laquelle il est fixé, jusqu'à ce que le miroir plan tourné vers le soleil projette son ombre sur le plancher. Je fais ensuite asseoir le malade de manière que son dos et le côté droit de sa tête soient dans une position oblique par rapport au soleil; je le fais alors rapprocher avec sa chaise du miroir plan qui se trouve à sa droite et devant lui, de manière qu'il y ait entre l'ombre du miroir plan et celle de la tête du malade projetées sur le plancher, un petit intervalle éclairé. Enfin, la périphérie de la portion de la face du malade qui est éclairée par la lumière venant du miroir, doit être circulaire, et son centre doit tomber à peu près sur la bouche du malade. Toutes ces conditions sont rigoureusement nécessaires au succès de l'exploration.

Dans la figure ci-contre, j'ai en outre figuré l'appareil grossissant dont nous parlerons plus loin, et la manière dont le malade doit placer ses mains pour effectuer le soulèvement de la lèvre supérieure et pour imprimer au pince-langue une direction convenable. Il faut se rappeler ici que lorsqu'on se sert d'un éclairage artificiel disposé de telle façon que la lumière de la lampe passe du côté gauche de la tête du malade, ses mains doivent être placées du côté opposé.

Si l'examen est continué pendant un temps plus prolongé, si, par exemple, il s'agit de faire des dessins ou des démonstrations, il faut modifier les positions suivant le cours du soleil.

Lorsque, au contraire, je me propose de faire l'exploration du malade, pour une forte inclinaison de la tête en arrière, dans le but de voir, par exemple, l'angle antérieur de la glotte, et lorsque le soleil n'est pas suffisamment élevé sur l'horizon, je me place devant le malade que j'ai fait asseoir, et j'élève le miroir plan jusqu'à ce qu'il se trouve presque au-dessous de mon œil; ce qui me permet, en donnant une position convenable à la charnière qui est placée inférieurement au second genou, de faire arriver dans la bouche du malade, en suivant une direction que je puis à volonté faire rapprocher de la verticale, les rayons qui tombent sur le miroir. On comprend que, par ces réfl... il se perd une quantité de lumière d'autant plus gran... l'angle de réflexion est plus grand.

Dans un prochain numéro, nous ferons un nouvel em... au livre de M. Turk sur les appareils grossissants.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers arrêtés, ont été nommés médecins de colonisation en Algérie : M. le docteur Game, pour la commune de Fondouck, et M. le docteur Miergues, pour la circonscription de Blidah.

— Par arrêté du 28 mars, M. Lefort, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé prosecteur à ladite Faculté.

M. Labbé est nommé aide d'anatomie à la même Faculté, en remplacement de M. Lefort.

— M. Munby, botaniste bien connu par ses travaux sur la flore algérienne, vient de faire don au musée de l'Ecole de médecine d'Alger d'une centurie de plantes de la province d'Oran.

— On sait que Saint-Louis est de tous nos hôpitaux celui où les bains jouent le plus grand rôle. Après de longues expériences, les six médecins de cet hôpital viennent de se prononcer unanimement en faveur d'une plus large application de l'*hydrofère* de M. Mathieu (de la Drôme), qui, administrant le bain sous forme de pluie extrêmement fine, dépense à peine quatre litres de liquide en une heure, et permet ainsi de donner, dans les villes mêmes et en toute saison, des bains d'eau de mer et d'eaux minérales apportées des sources les plus lointaines.

Il est avéré maintenant que le bain à l'hydrofère, une des précieuses conquêtes de la médecine moderne, a plus d'action que le bain pris dans la baignoire. De nombreux malades qui n'avaient obtenu aucun soulagement, soit à la mer, soit aux eaux thermales, sont guéris à Paris par *les mêmes eaux* administrées à l'hydrofère.

— Le compte rendu annuel publié par l'hôpital général de Vienne (Autriche) constate que sur 115 individus morts par des animaux enragés, 25 seulement sont morts d'hydrophobie.

— M. Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, commencera son cours clinique et théorique sur les maladies de l'enfance, le lundi 8 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le mercredi matin 10 avril, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Les leçons théoriques auront lieu les lundi et vendredi de c... semaine. Les leçons cliniques auront lieu le mercredi.

— M. Baillarger commencera son cours de clinique sur les m... dies mentales, le dimanche 7 avril, à l'hospice de la Salpêtriè... neuf heures du matin, et il le continuera tous les dimanches suiv... à la même heure.

— M. Hérard, agrégé à la Faculté de médecine, chargé de supp... M. le professeur Rostan, commencera ses leçons cliniques à l'H... Dieu le lundi 8 avril, et les continuera les lundi, mercredi et vendr... de chaque semaine.

— M. le docteur Joulin a commencé son cours d'accouchement... mercredi 3 avril, à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 2, à sept heu... du soir. Il le continuera tous les jours à la même heure, excepté... jeudis et samedis.

— M. le docteur Mandl reprendra son cours sur les affecti... chroniques des organes de la respiration (2e semestre, phthisie p... monaire), jeudi 4 avril, à sept heures et demie du soir, à l'Ecole p... tique, amphithéâtre n° 2, et le continuera tous les jeudis, à la m... heure. — Des expériences laryngoscopiques et des conférences p... ques ont lieu les jeudis, de onze heures du matin à une heure, ... dispensaire, rue du Pont-de-Lodi, 6.

— M. le docteur Mallez commencera la deuxième partie de ... cours sur les maladies des voies urinaires, à l'Ecole pratique (amp... théâtre n° 2), le lundi 8 avril, à midi, et il le continuera les lundi... mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

La vie dans l'homme. Existence, fonctions, nature, condition prés... forme, origine et destinée future du principe de la vie; esquisse his... rique de l'animisme; par J. TISSOT, professeur de philosophie à la F... culté des lettres de Dijon. Un volume in-8° de XXIV-592 pages. Pri... 7 fr. 50 c. Paris, 1861, chez Victor Masson et fils, place de l'École ... Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 41. — SAMEDI 6 AVRIL 1861. (34e ANNÉE.) N° 41. — SAMEDI 6 AVRIL 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 18, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Deux cas de coloration anormale de la peau liée à un état cachectique de cause indéterminée.

L'histoire des altérations pigmentaires et des diverses colorations morbides de la peau est encore fort obscure. Malgré les études qui ont été provoquées dans ces derniers temps par les observations encore contestées aujourd'hui du docteur Addison, on peut dire qu'on n'est pas beaucoup plus avancé de nos jours sur ce sujet que du temps de Sauvages, qui groupait sous le titre général d'ictérities toutes les modifications de coloration de la peau que les divers états morbides cachectiques sont susceptibles de produire. M. le docteur Boucher de la Ville-Jossy a rapporté récemment à la Société médicale des hôpitaux deux exemples nouveaux d'une de ces modifications singulières, qu'il a observés à l'hôpital Saint-Antoine, et qui paraissent se rattacher l'un et l'autre à un état cachectique particulier produit par l'action débilitante combinée du froid humide et d'une alimentation probablement insuffisante. Voici les principales circonstances de ces deux faits, que nous empruntons aux comptes rendus de cette Société.

Un homme de quarante-six ans entre à l'hôpital Saint-Antoine le 25 janvier. Cet homme, d'une constitution robuste, d'une bonne santé habituelle, n'accuse comme antécédents morbides que quelques bronchites pendant les derniers hivers. Il n'a jamais eu la syphilis, n'a présenté les signes d'aucune diathèse, et subi aucun traitement spécial. Ce n'est que dans le courant du mois de décembre dernier, à la suite de travaux pénibles dans des lieux humides, qu'il a vu sa santé s'altérer. Il a commencé par éprouver un notable affaiblissement, une grande fatigue musculaire; puis est survenue la fièvre avec perte d'appétit, sans diarrhée ni vomissement, mais avec un peu de toux. Lors de son entrée à l'hôpital, on est frappé tout d'abord de son aspect profondément cachectique et de l'extrême altération de ses traits, qui lui donnent l'apparence d'un vieillard. La peau est sèche, terreuse, et présente sur toute la surface du corps, la face exceptée, une coloration brune très-prononcée, uniforme (couleur café à l'eau un peu clair); la nuance est plus tranchée sur tout le tronc, particulièrement vers le scrotum et les aines. Les membres inférieurs et supérieurs offrent une coloration analogue uniforme, mais moins intense; cette coloration résiste au lavage avec de l'eau chaude et du savon noir. Des traces directes de prurigo et de lichen existent sur le tronc et les membres. La peau, dans plusieurs points, offre un certain épaississement et un défaut de souplesse. Œdème au voisinage des malléoles et aux pieds. Les gros orteils des deux pieds offrent des eschares brunes, sèches, dures, insensibles. Une eschare semblable existe à l'extrémité plantaire des mêmes orteils. Le quatrième orteil de chaque pied offre à l'extrémité plantaire, au voisinage de l'ongle, une tache brune qui soulève l'épiderme durci en ce point. Les artères et les veines des membres inférieurs sont saines dans toute leur étendue.

La coloration blanche de la face tranche avec la couleur du reste du corps. La sensibilité de la peau est conservée, l'intelligence est nette. A part l'état de faiblesse, le système nerveux ne paraît pas lésé.

Il existe des signes de bronchite, avec un peu d'emphysème pulmonaire; absence de tout signe rationnel de tuberculisation; bruits du cœur réguliers avec un léger souffle au premier temps se prolongeant dans les vaisseaux du cou. Pouls petit, de 76 à 80 pulsations, Langue blanche, appétit conservé, mais affaibli; digestions faciles, selles normales tous les deux ou trois jours. Les urines, d'apparence normale, ne contiennent ni sucre, ni albumine; elles sont neutres.

Sous l'influence d'un régime tonique (vin de quinquina et de Bordeaux, extrait mou de quinquina, bains sulfureux), les phénomènes de cachexie s'amendent graduellement; la toux cesse; l'appétit se prononce de plus en plus. La coloration brune, après avoir envahi de proche en proche la face, tend à diminuer peu à peu sur tout le reste du corps, particulièrement vers les extrémités. Les croûtes du tronc et des membres, en tombant, laissent à découvert de petites cicatrices qui forment des îlots blancs analogues aux cicatrices des nègres. Les eschares des orteils ne se détachent que beaucoup plus tard, du 12 au 16 février. Le travail de cicatrisation s'y opère lentement. Enfin, vers le 12 et le 13 mars, l'état des forces est notablement amélioré; la coloration brune s'efface chaque jour davantage. Il n'y a plus de fièvre, et le malade commence à reprendre un peu d'embonpoint.

M. Boucher de la Ville-Jossy, se demandant à quelle cause doit être rapportée cette déviation de la sécrétion pigmentaire, exclut tout d'abord dans sa pensée la maladie décrite sous le nom de maladie d'Addison, dont la marche et les phénomènes présentent d'assez notables différences avec l'état qui vient d'être décrit; il exclut également la cachexie tuberculeuse, qui produit quelquefois une altération analogue du pigment, mais dont il n'existe ici aucune trace. Le malade n'avait subi aucune médication; il n'y avait donc pas à songer à l'action possible du nitrate d'argent. Par voie d'élimination successive, il arrive ainsi à l'attribuer à l'état cachectique spécial que paraît avoir développé chez ce malade l'action prolongée du froid humide auquel il a été exposé pendant les derniers mois de l'année.

L'analogie de conditions étiologiques et d'effets morbides dans deux cas que le hasard semble avoir groupés comme pour s'éclairer réciproquement, a fourni à M. Boucher un rapprochement qui donne un certain caractère de vraisemblance à cette interprétation du fait en question. On vient de voir qu'il s'est manifesté chez ce malade, sous l'influence d'un état cachectique général, deux ordres distincts de lésions, l'altération pigmentaire et les eschares des extrémités, qui, par la simultanéité de leur développement, leur marche et leur dégradation parallèle, doivent évidemment être considérés comme procédant d'une origine commune.

Or ces deux lésions ont été observées séparément, sous l'influence de conditions étiologiques tout à fait analogues : la première, chez un enfant qui avait habité pendant plusieurs jours une cave, où il avait eu les pieds dans l'eau une grande partie de la journée, et qui fut apporté l'année dernière à l'hôpital Sainte-Eugénie dans un état cachectique, avec de larges eschares aux pieds; la seconde, chez une femme qui est encore en ce moment même à l'hôpital Saint-Antoine, et dont l'histoire, assez semblable à celle de l'homme dont nous venons de parler, mérite d'être rapportée ici avec quelques détails.

Il s'agit d'une chiffonnière, âgée de cinquante-cinq ans, entrée à l'hôpital pour une bronchite, avec embarras gastrique fébrile, dont elle guérit en quelques jours. Cette femme, qui avait vécu dans des conditions hygiéniques déplorables, travail excessif sous l'influence d'une température rigoureuse, alimentation insuffisante, etc., présentait également l'aspect d'une constitution profondément altérée; ce qui frappa, en outre, l'attention de notre confrère, ce furent les traces de prurigo qu'elle présentait sur le tronc et les membres, et surtout une coloration de la peau analogue à celle du malade dont il a été question plus haut. Cette coloration était uniforme à la partie antérieure du tronc, particulièrement au-dessous de l'ombilic, se prolongeant à la partie supérieure des cuisses. Elle s'observait avec le même caractère au bras droit, plus nuancée vers la région du coude et la face interne du membre. Dans beaucoup de points, surtout aux membres, la peau offrait par places son aspect normal. La coloration cessait brusquement par des lignes sinueuses irrégulières. Des taches brunes, de forme et de dimension très-variables, constellaient presque toute la surface du corps par îlots et par points discrets. En dix jours, tous les phénomènes aigus disparurent; il ne restait que cette coloration anormale, dont la malade se préoccupait assez peu, et qui ne l'empêcha pas de demander sa sortie de l'hôpital.

Ainsi voilà deux exemples que le hasard a réunis en même temps dans le même service, et qui concourent à montrer le lien qui semble exister entre certaines altérations ou déviations de la sécrétion pigmentaire et l'état cachectique produit par l'action combinée du froid humide et d'un régime débilitant.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Galvanothérapie, ou de l'application du courant galvanique constant au traitement des maladies nerveuses et musculaires; par M. le docteur R. Remak, professeur à l'université de Berlin, traduit par le docteur A. Morpain, avec les additions de l'auteur (1).

De la galvanisation par influence, appliquée au traitement des déviations de la colonne vertébrale, des maladies de la poitrine, etc.; par M. le docteur J. Seiler (2).

Depuis douze ou quinze ans à peine on emploie l'électricité en médecine d'une manière rationnelle et suivie; on en est encore aux essais et aux tâtonnements; on est à peine d'accord sur quelques-uns des grands principes qui doivent dominer la *thérapeutique électrique*; et déjà les conquêtes sont grandes qu'a faites la science à l'aide des merveilleuses applications des appareils au moyen desquels on développe le puissant et mystérieux fluide. La physiologie s'est enrichie de précieuses découvertes; on a pu, par de patientes recherches, faire contracter à volonté et séparément chacun des muscles du corps humain, et d'ici à peu de temps il sera nécessaire de réviser en beaucoup de points les livres où se trouvaient décrites les fonctions de ces organes.

Pour ce qui regarde l'*art de guérir*, nous sommes un peu moins avancés; cependant on a déjà obtenu dans bien des cas des résultats qu'il est impossible de révoquer en doute, et l'électricité a pris sa place dans la thérapeutique, à côté des stimulants locaux et généraux les plus puissants du système nerveux. En France, plusieurs ouvrages ont été publiés qui ont été accueillis avec la plus grande faveur. Mais c'est surtout en Allemagne que se sont multipliées les recherches, et qu'ont été de mille manières modifiés les appareils destinés à produire le fluide électrique pour le traitement des maladies.

Nous nous proposons dans cet article d'examiner deux de ces ouvrages venus d'outre-Rhin, qui diffèrent du tout au tout de ce que nous connaissons dans notre pays.

Le livre de M. Remak, par lequel nous commençons, est consacré à l'exposé des applications d'un mode d'électrisation complétement inusité en France, le *courant constant*. Nous n'avons pas dessein d'entrer ici dans des détails techniques pour établir les différences qui existent entre ce que l'on appelle le courant constant, et le courant d'induction, le seul dont on fasse usage dans notre pays. Nous rappellerons seulement que l'on nomme *courants d'induction* ceux qui se développent instantanément dans des conducteurs métalliques, sous l'influence des courants électriques et sous celle d'aimants puissants, et, de plus, que ces courants d'induction ne se forment qu'à l'aide d'intermittences plus ou moins rapides, tandis que ces interruptions n'existent point, comme du reste l'indique suffisamment leur nom, dans les courants *constants*.

Le savant professeur de l'université de Berlin a pensé que l'on pourrait avec avantage faire usage de cette dernière forme de l'électricité dynamique dans le traitement de certaines maladies nerveuses et musculaires, et l'ouvrage que nous avons sous les yeux est le résultat des expériences faites par l'auteur sur l'homme sain d'abord (effets physiologiques), et des traitements institués sur l'homme malade.

Un mot encore ici sur la différence des effets appréciables de ces deux espèces d'agents excitateurs. Les courants induits, ceux à l'emploi desquels on a donné le nom de *faradisation*, du nom d'un des principaux inventeurs des appareils d'induction, les courants induits, disons-nous, déterminent dans les muscles auxquels on les applique des contractions énergiques, d'autant plus évidentes qu'on se rapproche des points où pénètrent dans les masses charnues les nerfs musculaires. En dehors de ces contractions, déterminées par une succession rapide de chocs d'induction, M. Remak dit avoir observé une contraction *tonique continue* produite par un courant constant continu sur les muscles qu'il traverse, contraction sur laquelle ni l'œil ni la sensation ne peuvent découvrir une oscillation, et qui par cela même présente une grande analogie avec la contraction volontaire.

Il pense que le courant constant a la propriété non-seulement de dilater les vaisseaux sanguins qui rampent dans les muscles, mais encore de gonfler les fibres musculaires et d'accroître leurs propriétés endosmotiques; tandis que le courant induit aurait des propriétés diverses, et diminuerait la propriété endosmotique. La conséquence des effets physiques produits par le courant continu serait, selon M. Remak, l'augmentation de l'aptitude mécanique des fonctions des muscles ainsi gonflés, et une disposition plus grande à accomplir les actes auxquels ils sont destinés.

Les effets des courants constants sont rangés par l'auteur en trois classes : les effets catalytiques, antiparalytiques, antispasmodiques. Les deux dernières sections sont faciles à comprendre. Par le mot catalytique, M. Remak désigne les effets qui se manifestent dans les états inflammatoires aigus ou chroniques des articulations, des muscles, des nerfs, etc., et ce sont ceux-là qui ont le plus spécialement fixé son attention. L'auteur, à l'appui de ses assertions, rapporte un grand nombre de faits auxquels on a reproché avec raison d'être par trop écourtés et succincts, mais parmi lesquels cependant on rencontre quelques exemples de guérisons ou d'améliorations incontestables et même assez rapides.

Un des grands défauts de la méthode de M. Remak, c'est d'exiger l'emploi d'appareils très-incommodes, impossibles à transporter, et parmi lesquels nous citerons seulement la pile de Bunsen, connue de tous ceux qui ont quelques notions des expériences de la physique

(1) Un vol. in-8° de 460 pages. Chez J. B. Baillière et fils. — (2) Un vol. in-8° de 160 pages. Chez les mêmes.

Des narcotiques dans le traitement des coliques hépatiques.

Nous avons dit que nous reviendrions sur la question du traitement des coliques hépatiques à propos des narcotiques. L'opium, trop dédaigné dans ces derniers temps pour des agents chimiques d'une action plus ou moins douteuse, ainsi qu'on a pu s'en convaincre, est en définitive le moyen le plus prompt et le plus efficace pour combattre la colique hépatique, soit idiopathique, soit même symptomatique de l'affection calculeuse. On trouverait assurément des témoignages nombreux à citer en faveur de la médication opiacée pour peu qu'on voulût compulser les anciens recueils et collections d'observations. Nous ne citerons seulement que quelques faits récents.

Voici d'abord deux faits qui nous ont été communiqués par M. le docteur Naudeau, de Saint-Georges (Loir-et-Cher) :

« Au mois d'août 1859, nous écrit notre confrère, je fus appelé à Chissay pour un nommé J..., malade depuis quelques jours. Cet homme, âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament bilieux, d'une bonne constitution, ressentait, au niveau de l'épigastre et de l'hypochondre droit, une douleur violente, continue, s'exaspérant par intervalles, et surtout au moment de la pression. En percutant les régions malades au moyen du plessimètre, je ne constatai aucune augmentation appréciable dans le volume du foie; seulement la vésicule me sembla plus grosse qu'à l'état normal. Le teint du malade était assez jaune. Les sclérotiques présentaient la même coloration. Les matières fécales étaient d'un gris blanchâtre, et les urines, d'un rouge foncé, produisaient sur le linge une tache indélébile.

» J... avait de fréquentes nausées et quelquefois même des vomissements. Un bain entier pris plusieurs jours de suite, loin d'avoir produit de l'amélioration, n'avait semblé au contraire servir qu'à exagérer les douleurs. Il y avait 120 pulsations par minute; la soif était ardente.

» Pensant que j'avais sous les yeux un cas de calculs biliaires, j'administrai tout d'abord un vomitif (ipéca en poudre, 1 gramme; émétique, 10 centigrammes), et, dans la soirée du même jour, je donnai toutes les heures une pilule de 2 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, après avoir débuté par une de 5 centigrammes.

» Le lendemain, le malade ne ressentait plus qu'une douleur sourde et légère. Il avait assez bien dormi, et n'avait pris que quatre pilules de 0,02 chacune. Le calme ne fut pas de longue durée; la douleur reparut, et bientôt avec la même intensité; mais des pilules administrées à temps amenèrent une nouvelle amélioration.

» La douleur une fois calmée, J... prit la médecine de Durande deux fois dans une semaine. L'état s'améliora chaque jour davantage; plusieurs fois la douleur reparut, et chaque fois elle céda aux pilules d'extrait gommeux d'opium.

» Au commencement d'octobre, J... ne souffrait plus; il suivit un régime presque exclusivement végétal, prenait souvent une dose de magnésie calcinée et buvait de l'eau de Vichy. Depuis ce temps sa santé est parfaite. »

— Au mois de décembre de la même année, M. Naudeau eut à donner ses soins à une femme de Saint-Georges qui se plaignait d'une douleur vive à la région épigastrique. Elle avait un appareil fébrile médiocre, vomissait souvent, allait tous les jours à la selle; ses garde-robes étaient d'un gris plus ou moins blanchâtre, ses urines jaunes. La percussion ne révélait aucune augmentation de volume du foie ni de sa vésicule.

Encouragé par ce qu'il avait obtenu chez le malade de Chissay, il eut recours de suite aux pilules d'extrait gommeux d'opium. La douleur céda presque instantanément, et elle céda toujours d'une manière subite et complète à chaque nouvelle administration du remède. A chaque nouvel accès, la coloration jaune de la face reparaissait pour disparaître quelques jours après lui; seulement plus les accès s'éloignaient, plus ils paraissaient croître en intensité.

Un jour, elle eut une crise beaucoup plus forte que toutes les autres, et qui la mit dans un état très-alarmant. Cette crise, dont l'opium triompha, comme il avait triomphé de toutes les autres, fut heureusement la dernière.

Notre confrère fait remarquer, à propos de cette dernière malade, qu'il avait employé tous les remèdes préconisés contre les coliques hépatiques; tout, excepté l'opium, avait toujours échoué.

— Voici un fait que M. le professeur Forget publiait avec quelques autres analogues dans le *Bulletin de Thérapeutique*, peu de jours avant qu'il fût si cruellement enlevé à la science :

Une femme de cinquante-cinq ans, de belle et forte constitution, sujette depuis sa jeunesse à de fréquents dérangements du ventre, à des attaques de névralgie de siége divers, mais occupant le plus habituellement la région de l'estomac, est prise, dans les derniers jours de septembre dernier, de douleurs vagues occupant la base du thorax, le dos, l'abdomen, et s'irradiant jusqu'aux membres abdominaux.

Le 1[er] octobre, ces douleurs prennent tout à coup une intensité considérable; en même temps la malade accuse un gonflement dans le flanc droit, où l'on perçoit vaguement une tumeur profonde, étendue, mal circonscrite et très-sensible à la pression; nausées, quelques vomissements glaireux, constipation, urines rares et colorées; point de fièvre ni d'ictère. Prenant en considération les deux éléments dominants, douleur et engorgement, sans trop s'arrêter aux doutes que pouvait soulever le diagnostic dans cette circonstance, M. Forget prescrit vingt ventouses scarifiées sur l'abdomen, bain, cataplasmes, etc.; et pour le lendemain, dix pilules de chlorhydrate de morphine, contenant chacune 5 milligrammes (1/2 centigr.) de sel morphinique, à prendre de demi-heure en demi-heure, jusqu'à soulagement ou somnolence. A dater de ce moment, les douleurs vont en diminuant; à la septième pilule, elles avaient cessé sans qu'il y eût eu de somnolence.

Le calme se maintient le jour suivant; la palpation permet alors de percevoir dans le côté droit de l'abdomen une tumeur assez étendue, mal circonscrite, paraissant se continuer avec le foie, et offrant au-dessous des fausses côtes comme une pointe obtuse, lisse, superficielle.

Tous les accidents sont dissipés le quatrième jour.

Nous pourrions ajouter à ces faits quelques observations qui nous sont personnelles, et qui ont laissé dans notre esprit la conviction que les opiacés sont encore la plus précieuse ressource de la thérapeutique dans le traitement de l'affection dont il s'agit; mais ils ajouteraient peu à ceux que nous venons de rapporter.

— Pour terminer par quelques mots qui nous reportent au point de départ de cette petite discussion, nous rappellerons qu'un de nos correspondants, M. le docteur Corlieu (de Charly), a rapporté dans le numéro du 19 juin 1856 une série d'expériences sur l'action dissolvante du remède de Durande, desquelles il résulte que ce mélange a un effet extrêmement lent. On nous saura gré de reproduire le tableau comparatif dressé à cette époque par notre confrère. Voici le temps qu'a exigé la dissolution de petits calculs biliaires d'égale dimension :

Avec le chloroforme. . . .	1 heure 1/4
— l'éther.	2 — 1/2
— la térébenthine. . . .	9 —
— la médecine Durande. .	5 —

Dans la solution alcaline, ils sont insolubles à froid ou à chaud, que la solution soit pure ou aiguisée d'acide chlorhydrique.

Il résulterait donc d'après ces expériences (c'était la conclusion de notre confrère), « que si ces calculs pouvaient être dissous, ils le seraient plutôt par le chloroforme; mais que lorsque les dissolvants mettent un temps si considérable à agir dans l'éprouvette, il ne faut guère compter sur l'effet dissolvant dans la vésicule. » Le chloroforme, l'éther et la médecine Durande n'agiraient donc dans ces cas que comme antispasmodiques, et à ce titre ils le céderaient encore à l'opium.

Réflexions critiques sur le cas d'enchondrome du bras observé récemment à l'hôpital de la Charité.

Dans la *Revue clinique* du 23 mars, nous avons rendu compte d'un cas d'enchondrome observé dans le service de clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité. M. le docteur Dolbeau, dont nous avons rappelé à cette occasion les savantes recherches sur les tumeurs cartilagineuses, nous transmet à ce sujet quelques réflexions critiques que nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Nous laissons parler notre confrère :

« L'étude des enchondromes a non-seulement eu pour résultat d'établir une classe de tumeurs bien distinctes des autres, mais encore elle a permis de poser des indications positives relatives à la thérapeutique de ces maladies. Les recherches cliniques, en démontrant que dans l'immense majorité des cas les tumeurs cartilagineuses guérissent par l'extirpation complète, ont fait une loi à tous les chirurgiens de différencier ces tumeurs et de les poursuivre dans toutes les régions du corps. La bénignité de ces productions sera toujours une raison pour les extirper, quels que soient d'ailleurs leur volume et leur situation anatomique.

» La question pratique devra seule nous occuper ici. Je m'arrête d'abord à une proposition que je ne saurais admettre : « Les enchondromes, dit M. Velpeau, semblent affecter une singulière prédilection pour la région supérieure du bras. Les deux tiers, sinon même les trois quarts de ces tumeurs, occuperaient le bras ou l'épaule. Sur vingt et quelques cas d'enchondrome que j'ai observés, il y en avait, dit M. Velpeau, au moins une quinzaine dont le siége était au membre supérieur. » Cette opinion, ou plutôt les résultats de la pratique de M. Velpeau, sont en désaccord avec l'ensemble des faits. En effet, il est de notion vulgaire que les tumeurs cartilagineuses s'observent dans la grande majorité des cas sur les os des phalanges ou du métacarpe.

» M. Lebert, sur un relevé de 125 cas d'enchondrome, a trouvé 6 enchondromes de l'humérus et 5 de l'omoplate. Il résulte de mes recherches 10 enchondromes pour l'humérus et 3 pour l'omoplate. Il y a loin, comme on le voit, de cette statistique à celle de M. Velpeau. C'est probablement pour avoir confondu l'enchondrome avec d'autres productions que M. Velpeau est arrivé à des résultats si différents des nôtres.

» J'aborde maintenant une question beaucoup plus importante, c'est celle de la thérapeutique de ces grosses tumeurs de l'humérus. On sait que le propre des enchondromes, c'est d'arriver dans quelques circonstances à offrir un volume vraiment monstrueux. La tumeur observée à l'hôpital de la Charité avait 110 centimètres de circonférence et 55 de hauteur. M. Velpeau n'a pas cru devoir opérer son malade, et cela pour plusieurs raisons que nous allons discuter, sans méconnaître en aucune façon la valeur exceptionnelle qu'on doit attacher aux opinions du professeur de la Charité.

« 1° M. Velpeau n'a pas jugé à propos d'opérer son malade pour deux raisons : la première, c'est que la tumeur, dont le point de départ principal est l'humérus, tenait aussi à l'acro-

moderne. Ce défaut dans le mode d'instrumentation est tel, que nous doutons fort qu'il se rencontre beaucoup de médecins français disposés à répéter les expériences de M. Remak.

Nous n'osons trop promettre à son livre même ce que l'on est convenu d'appeler un succès d'estime. Malgré tous les efforts de l'habile traducteur, qui a tenté de le rendre d'une intelligence facile pour les lecteurs français, le peu de méthode qui a présidé à la distribution des matières, des locutions souvent obscures, des raisonnements un peu confus, empêcheront certainement la généralité de nos confrères d'aborder cette étude, qui restera pendant quelque temps encore le privilége de quelques spécialistes.

— Le second ouvrage dont nous voulons parler, celui du docteur Seiler, est, au point de vue des idées françaises, plus étrange encore que le précédent.

M. Seiler se sert d'un appareil d'induction construit d'une manière particulière, et dont il serait inutile de chercher à donner ici la moindre idée; mais ce qui caractérise surtout sa méthode, c'est la manière dont il fait l'application des excitateurs; et ce qui étonne au plus haut degré, ce qui nous semble impossible à admettre, ce sont les résultats que l'auteur annonce et croit avoir obtenus. M. Seiler applique ses excitateurs à distance, par-dessus les vêtements, les promène sur les membres en faisant des passes comme les magnétiseurs.

Sous l'influence de ces pratiques, un vif sentiment de chaleur se produit, les muscles se contractent, une sédation manifeste s'exerce sur le système nerveux, et presque toutes les douleurs sont calmées au moins momentanément. Dans certains cas, les sujets éprouvent moins une sensation de contraction qu'une sensation de fermeté et de rigidité. Une fois la contraction produite, elle persiste pendant un temps plus ou moins long, plusieurs heures, sans intermittence et sans être modifiée par les agents extérieurs, sans produire non plus aucune fatigue ni aucune douleur.

M. Seiler a remarqué que le système nerveux, loin d'être affecté par ce mode de galvanisation, est au contraire fortifié en quelques séances. Il a, dit-il, fait cette remarque chez les phthisiques surtout, qui, peu après le commencement du traitement, se trouvent *remontés*, sont moins oppressés, marchent plus facilement, etc.

Il reste donc bien compris que ce mode de galvanisation, que l'auteur appelle *par influence*, n'est nullement semblable à ces décharges du courant d'induction pris dans le sens ordinaire. Il s'agit ici d'une action spéciale produite par des rhéophores maintenus à distance, à travers les vêtements, de quelque nature qu'ils soient. La différence qui, à ce que suppose l'auteur, existe entre la faradisation ordinaire et son procédé, et que la première met en jeu *l'irritabilité*, l'autre la *tonicité*.

Ceci établi, voyons dans quelles maladies et de quelle manière M. Seiler applique la galvanisation par influence.

C'est d'abord dans le traitement des déviations de la colonne vertébrale. L'auteur relève et dispose le buste du malade avec les mains, de manière à le rapprocher le plus possible de la conformation normale; puis, dans cette situation, il galvanise et roidit les muscles d'un des côtés du corps, de manière à faire artificiellement garder au malade la position la plus convenable.

A l'appui de ses doctrines, M. Seiler rapporte huit observations de scoliose et quatre de cyphose, suivies, les unes de guérison complète, les autres d'amélioration incontestable.

A la suite de ce chapitre s'en trouvent quelques autres dans lesquels l'auteur a étudié le traitement par la même méthode de plusieurs affections : laryngites, asthme, abaissements utérins, névralgies, etc. Mais celui qui nous a paru le plus singulier, c'est sans contredit celui qui est consacré au traitement de la phthisie pulmonaire.

On sait que nombre d'auteurs ont conseillé, comme prophylaxie de la tuberculisation pulmonaire, les très-grandes inspirations fréquemment répétées; quelques-uns même ont cru, dans cette exagération provoquée de l'inspiration, pouvoir trouver un moyen curatif de la maladie. M. Seiler est de ces derniers, et il affirme que la dilatation permanente de la cage thoracique, artificiellement obtenue à l'aide de la galvanisation par influence, est susceptible d'amener ce résultat, même chez des sujets très-avancés.

Ici encore, à l'appui de son dire, il rapporte des faits parmi lesquels celui d'un jeune homme au troisième degré de la tuberculisation, qui fut guéri complétement par la dilatation thoracique ainsi déterminée, et dont il donne le portrait gravé d'après deux photographies prises avant et après le traitement.

Ce jeune homme, nous dit l'auteur, avait le pouls à 120, une forte diarrhée, des transpirations nocturnes; matité au sommet d'un poumon, râles humides, gargouillement, tous les signes d'une caverne, crachats purulents, etc. En huit jours il y eut une énorme amélioration, en un mois le malade était guéri. Il y a aujourd'hui six ans de cela, et le malade jouit de la plus parfaite santé!

Nous ne révoquons en doute ni la science, ni la bonne foi de l'auteur, et cependant, en face d'exemples de ce genre, nous déclarons positivement qu'il nous est impossible de les admettre. Nous craignons que cette manière de voir ne soit aussi celle de la plupart des lecteurs français, et que le sort de la méthode ne soit gravement et définitivement compromis par l'annonce de si merveilleux et de si incroyables résultats.

D[r] A. Foucart.

Considérations nouvelles sur l'origine de l'hypertrophie et de la dilatation du cœur, par le docteur Campana, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. In-4° de 78 pages. Prix : 1 fr. 50 c. Paris, 1861, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'École de Médecine.

Histoire médicale de la flotte française dans la mer Noire, pendant la guerre de Crimée, par le docteur A. Marroin, médecin en chef de cette flotte, deuxième médecin en chef de la marine impériale à Cherbourg. Un volume in-8° de 230 pages. Prix : 3 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

tion et au scapulum lui-même. On n'aurait donc pu l'extraire sans enlever une partie de cet os. »

» L'étude des tumeurs cartilagineuses a fait voir que ces productions, quand elles se développent au voisinage d'une articulation, peuvent entourer cette articulation, recouvrir même les os voisins, mais sans y produire d'altération. Pour ne parler que de l'humérus, la clinique a démontré que souvent le chondrome de l'extrémité supérieure de cet os pouvait en se développant recouvrir la région de l'épaule, et se rapprocher plus ou moins de l'omoplate et de la clavicule. Dans le cas de Roux, le chondrome paraissait avoir envahi tous les os de l'épaule; mais il est facile de se convaincre, en lisant la description de la pièce donnée par M. Cruveilhier, que la tumeur ne tenait qu'à l'humérus, et que Roux aurait pu se dispenser d'enlever certaines portions du scapulum.

» Dans ce cas particulier, il y a eu erreur de diagnostic sur le siége positif de la maladie. Cette faute a encore été commise, dans un cas analogue, par Syme; il enleva la tumeur et fit la résection d'une partie de l'omoplate et de l'extrémité externe de la clavicule. La connaissance de ces faits antérieurs, l'examen du malade de la Charité, nous permettent d'affirmer que l'humérus seul était malade.

» On peut soutenir que Roux, Syme, ont été forcés, pour les besoins de l'opération, de faire la résection des os voisins. On peut admettre que le malade de M. Velpeau n'eût pu être débarrassé qu'en perdant une portion de son scapulum. Mais ce qui n'est pas discutable, c'est l'opinion que ces petites résections sont de nature à augmenter la gravité de l'opération.

» 2° L'opération de Syme a été suivie de succès, au contraire le malade de Roux est mort le lendemain de l'opération, sans avoir présenté aucun des accidents propres aux grandes mutilations. M. Velpeau conclut de ce dernier fait que « ce n'est pas impunément qu'on enlève de pareilles masses, qui sont devenues en quelque sorte comme des espèces d'organes adventifs à l'existence desquels l'organisme s'est habitué. »

» Nous ne saurions partager cette manière de voir : on observe quelquefois des malades qui succombent brusquement, sans qu'on puisse invoquer ni un accident, ni le volume considérable de la tumeur enlevée. J'ai vu, par exemple, une femme qui succomba le lendemain de l'ablation d'un polype du col de l'utérus, dont le volume égalait celui d'une noix. L'autopsie ne révéla aucune lésion. Quant à l'opération, c'est M. Velpeau lui-même qui l'avait habilement pratiquée.

» Si le malade de Roux est mort, celui de Syme a guéri; sa tumeur pesait 12 livres. Enfin, A. Cooper a enlevé avec succès un enchondrome de l'humérus, qui pesait 11 livres et qui avait 70 centimètres de circonférence.

» A en juger par les faits, il y avait indication d'opérer le malade de la salle Sainte-Vierge. Lorsque cet individu fut admis à l'hôpital, il était bien portant, allait, venait, et mangeait bien; il avait facilement fait le voyage de Cambrai à Paris, très-résolu à se faire débarrasser d'un mal qui l'empêchait de travailler depuis quelques mois seulement. En présence de cet homme, jeune encore (quarante ans), de cette maladie bien circonscrite, prenant surtout en considération la nature de la tumeur, j'avoue que je n'aurais pas hésité à entreprendre l'opération. Je suis loin de méconnaître la gravité considérable d'une telle extirpation; mais il était certain à l'avance que le malade perdrait ses forces en séjournant à l'hôpital; que les explorations multiples, les ponctions, etc., enflammeraient sa tumeur, et qu'il devait mourir fatalement dans un temps très-rapproché.

» Ce sont des cas où, suivant nous, il faut savoir compromettre une existence de quelques semaines pour tenter de guérir un homme auquel les probabilités accordent encore un bon nombre d'années de vie.

» La grande autorité de M. Velpeau lui permettait plus qu'à tout autre d'entreprendre une semblable opération. Les raisons de son abstention ne sont pas, en réalité, suffisantes. La certitude de n'avoir pas une cure radicale, est la seule raison qui puisse expliquer son abstention. Il est bon d'ajouter que, sur ce dernier point, la majorité des chirurgiens est contre l'opinion de M. Velpeau. »

— Nous ne nous constituerons point ici, vis-à-vis des critiques de M. Dolbeau, l'avocat officieux de M. Velpeau. Nous croyons devoir faire remarquer seulement que les quelques réflexions que nous avons reproduites d'après ce professeur ne sont que l'expression de son observation et de son expérience personnelle sur le sujet, à propos du fait actuel, et qu'elles ne sauraient par conséquent être considérées comme une opinion générale sur l'ensemble des faits connus dans la science. Cette déclaration, toute spontanée de notre part, a pour objet de soustraire en partie les appréciations de M. Velpeau à une critique dont nous reconnaîtrions peut-être la justesse, s'il s'était agi d'une leçon historique et dogmatique sur les enchondromes. Quant à la question pratique de l'indication d'opérer dans l'espèce, nous laissons les lecteurs juges entre les motifs qui ont déterminé M. Velpeau à l'abstention, et les considérations invoquées par M. Dolbeau en faveur de l'opération.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 mars 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. BROCA présente un malade qui porte une tumeur curieuse, au niveau de l'angle externe de l'œil. Ce malade est à Bicêtre. Il a été brûlé dans son enfance, et il lui est resté un ectropion. Au mois d'août dernier, ce garçon s'est aperçu qu'une tumeur se développait dans l'angle externe de l'œil. Cette tumeur a grossi peu à peu, et elle a acquis, comme on le voit aujourd'hui, le volume d'un petit œuf de pigeon. Elle est un peu aplatie, rougeâtre à sa surface, franchement fluctuante et transparente.

Quand on examine avec soin le siége de cette tumeur, on voit qu'elle est située au niveau des conduits lacrymaux. On aperçoit en haut deux petits orifices qui sont les orifices des conduits lacrymaux, et autour de ces points de petits pertuis appartenant aux glandules lacrymales qui sont assez nombreuses en ce point. En exposant ce jeune homme à l'action des rayons solaires, on a pu voir sourdre un liquide aqueux, transparent, des larmes en un mot, de tous ces petits orifices.

M. Broca a fait une petite ponction sur cette tumeur, il est sorti un liquide bien clair, bien fluide, bien transparent. La poche vidée, M. Broca a senti, dans le fond du cul-de-sac oculo-palpébral externe, une petite tumeur résistante, qui échappe à l'exploration quand la poche est pleine. Aujourd'hui le kyste s'est rempli.

M. Broca pense qu'il s'agit d'un kyste rempli de larmes; — d'un **kyste lacrymal**. — Cette tumeur pourrait être rapprochée d'autres tumeurs et surtout de la grenouillette. Pour la glande lacrymale comme pour la glande sublinguale, il y a un canal excréteur; et autour de lui une série d'autres petits canaux, qui sont les canaux de Rivinus pour la glande sublinguale, et les canalicules excréteurs des glandules lacrymales accessoires de Rosenmüller pour la glande lacrymale.

Peut-être ce kyste s'est-il établi dans un de ces canalicules. En tout cas, il y a une petite tumeur dure, résistante, que l'on sent très-bien quand le kyste est vide; elle est constituée par l'hypertrophie d'une de ces glandules de Rosenmüller. M. Broca se propose de ponctionner le kyste et de faire une injection iodée.

M. GIRALDÈS présente une fille de deux ans et demi qui est atteinte d'une affection assez rare et d'un diagnostic embarrassant: c'est une **tumeur congénitale** volumineuse, ayant son siége dans la région fessière, et sur laquelle M. Giraldès reviendra quand il en aura pratiqué l'extirpation. En voici la description :

D... (Joséphine), deux ans et demi, est atteinte d'une tumeur congénitale d'après les renseignements donnés par la famille. Cette tumeur présente les caractères suivants :

Elle siége à la fesse droite, qu'elle occupe tout entière; ses limites sont en haut le niveau de l'angle sacro-vertébral, en bas la rainure interfessière; elle s'arrête d'une façon assez nette sur la ligne médiane, laissant complétement indépendante la fesse du côté opposé : elle est irrégulièrement ovoïde et se divise presque complétement en deux grands lobes séparés vers la partie moyenne par un sillon transversal large et profond; le lobe supérieur est un peu plus volumineux que l'autre, et sur la partie culminante de ce dernier, la peau présente une teinte érythémateuse dont il n'y a pas la moindre trace sur les autres points. Mesurée à sa base, la tumeur offre une circonférence de 47 centimètres : son diamètre vertical en mesure 15 et son diamètre horizontal 11 seulement.

Elle n'est nullement douloureuse au toucher, et quand on la palpe assez profondément, on perçoit nettement la sensation d'une couche molle, spongieuse, assez épaisse à la superficie, et de masses dures, fibreuses, que l'on circonscrit assez facilement dans les plans profonds de la tumeur. Enfin, ce sillon dont nous avons parlé semble reconnaître pour cause l'absence ou l'épaisseur moindre de la couche adipeuse superficielle déjà mentionnée.

Suite de la discussion sur la réduction dans les hernies étranglées.

M. BOINET insiste sur l'usage des purgatifs. On ne recommande pas les purgatifs d'une manière absolue après la kélotomie : il faut, avant de les prescrire, consulter avec soin l'état de l'intestin. Il est des cas dans lesquels les purgatifs seraient très-nuisibles, d'autres dans lesquels leur usage est surtout indiqué. Les purgatifs administrés par l'anus doivent être surtout recommandés au début. Enfin, dans les premiers jours, après les premières vingt-quatre heures, c'est surtout aux laxatifs ou à des purgatifs doux qu'il faut avoir recours : l'inconvénient de ne pas vider l'intestin après l'opération, c'est que la présence des matières dans le bout supérieur peut être cause d'accidents.

M. JARJAVAY. Je demande la permission de dire deux mots : l'observation dont j'ai parlé a été publiée au mois d'août dernier dans la *Gazette des Hôpitaux*, et, au sujet de cette observation, je n'ai nullement songé, comme on peut le constater par la lecture, au purgatif pour expliquer la péritonite suraiguë. Ce n'est que plus tard qu'en entendant un de nos confrères des plus distingués dire qu'il n'employait pas généralement les purgatifs, je me suis demandé si le cas dont j'avais été témoin ne devait pas son insuccès à l'usage du médicament qui fut administré. Jusqu'alors j'ai fait comme presque tous mes collègues, j'ai donné l'huile de ricin mélangée au sirop de fleurs de pêcher.

M. GOSSELIN. Des trois points principaux qui sont en discussion depuis quelques séances, il en est deux sur lesquels je n'ai jamais eu de doute et sur lesquels je n'insisterai pas, parce que tous mes collègues, si je ne me trompe, sont aujourd'hui d'accord.

Le premier est relatif à la traction de l'intestin et à l'examen de son collet, avant de se décider à le réduire. J'ai fait soixante fois l'opération de la hernie, et à part trois cas où il y avait une gangrène évidente, j'ai toujours attiré l'intestin, et je n'ai pas eu à m'en repentir. J'ai une fois agrandi une perforation. Mais qu'est-ce que cet inconvénient à côté des dangers d'une péritonite mortelle par épanchement stercoral dans le péritoine?

Le second point est relatif à la question de savoir s'il faut réduire un intestin qui présente une petite perforation au corps ou au collet de la hernie. A cet égard je n'ai jamais hésité non plus, et je crois que personne aujourd'hui dans la Société n'hésiterait. J'ai toujours pensé que le chirurgien devait avant tout ne pas encourir le reproche d'avoir causé la mort d'un opéré; or, exposer le malade à la possibilité d'un épanchement stercoral dans le péritoine, c'est encourir ce reproche.

Trois fois j'ai trouvé cette petite perforation dont nous nous occupons, et trois fois j'ai décidé que je ne réduirais pas l'intestin perforé. La discussion qui vient de se produire ne peut que m'engager à suivre toujours la même marche.

Reste un troisième point sur lequel il peut y avoir encore des doutes, mais à l'occasion duquel j'ai déjà dit que les faits nous manquent. Une petite perforation étant reconnue, et la réduction pure et simple étant rejetée comme trop dangereuse, faut-il faire une suture, puis réduire, ou bien inciser de suite largement l'intestin pour établir l'anus contre nature, ou bien laisser l'intestin tel qu'il est dans la plaie et attendre les événements?

Je n'ai pas jusqu'à présent eu recours au premier de ces expédients, parce que je ne connais pas assez de succès à la suite des sutures faites sur l'intestin étranglé, et parce que, théoriquement, je crains la non-réunion sur une paroi intestinale enflammée et altérée par l'étranglement. Je me rallierais volontiers à cette manière de faire, si on me citait plusieurs exemples authentiques de guérison. Mais jusqu'ici je n'ai vu se produire ici que celui de M. Huguier. Je n'ai pas non plus eu recours d'emblée à l'établissement d'un anus contre nature, parce que, malgré la confiance que j'ai dans l'entérotomie et l'autoplastie, j'ai considéré comme un devoir d'épargner aux malades, s'il était possible, cette triste affection. J'ai, pour les raisons qui précèdent, donné la préférence à l'abandon de l'anse intestinale perforée dans la plaie, à la suite d'un débridement convenable.

De deux choses l'une, en effet, ou bien la paroi intestinale, qui ne paraissait pas gangrenée autour de la petite perforation, l'est en réalité, et alors l'anus contre nature s'établit de lui-même inévitablement; ou bien la paroi intestinale reste saine; alors, en maintenant l'anse dans la plaie, la perforation laisse échapper au dehors une partie des gaz et des matières intestinales, une fistule stercorale s'établit, puis la réduction se fait peu à peu et spontanément, et lorsque la perforation arrive au niveau de la cavité péritonéale, ou bien elle est déjà cicatrisée, ou bien elle est circonscrite par des adhérences qui s'opposent à l'épanchement dans le péritoine, et tôt ou tard la fistule doit se fermer.

Je regrette, et je l'ai dit le premier jour de cette discussion, de n'avoir pas un nombre de faits plus considérable à produire. Sur deux des malades à qui j'avais ainsi abandonné l'anse dans la plaie, il y a eu gangrène, et au bout de quelques jours anus contre nature. Sur la troisième une fistule s'est faite, l'intestin a commencé à se retirer, mais la malade a succombé le cinquième jour aux accidents de l'étranglement et à la péritonite. Mais je tiens à spécifier qu'il n'y a pas eu épanchement dans le péritoine, et que la mort n'a dû être attribuée ni à la perforation ni à l'opérateur.

Dans ces trois cas, du reste, je n'ai pas employé de fil ni aucun moyen pour retenir l'intestin au dehors. Je fais de même dans les cas où j'établis un anus contre nature. L'intestin a peu de tendance à rentrer brusquement, si on a soin de ne pas le comprimer, et sa réduction spontanée étant progressive et lente, on peut compter sur les adhérences pour apporter obstacle à l'épanchement dans la cavité péritonéale.

M. DEMARQUAY. Dans la communication qui nous a été faite par M. Bauchet, il y avait deux points importants à traiter; l'un relatif à la conduite que doit tenir le chirurgien quand, dans le cours d'une opération de hernie étranglée, il trouve une anse intestinale piquée ou légèrement perforée. Cette question a été suffisamment traitée, je n'y reviendrai point.

L'autre point également important consiste à déterminer à quelle médication il convient de soumettre un malade qui vient de subir l'opération de la kélotomie. Il est en France une pratique généralement suivie; elle consiste, aussitôt l'opération terminée, à administrer au malade un purgatif salin ou huileux, et cela dans deux buts :

1° Pour faire cesser les mouvements antipéristaltiques de l'intestin;

2° Pour amener des évacuations alvines normales.

Cette pratique si générale, puisqu'elle est conseillée par la plupart des chirurgiens français et anglais de la première partie de ce siècle, atteint rarement son but : souvent elle provoque des vomissements; elle jette les malades dans un malaise aussi grand que celui qui précédait l'opération; elle inquiète le chirurgien, qui reste naturellement incertain sur la cause de cet accident : il se demande si la réduction a été bien faite. Son inquiétude ne cesse que lorsqu'il a appris que son malade a été abondamment à la garde-robe.

D'autres fois cette médication, si rationnelle en apparence, dépasse le but, et alors, au lieu de vomissements, nous voyons survenir des garde-robes multipliées, qui épuisent souvent les forces du malade, si celui-ci est un vieillard.

Cette pratique, qui était celle de mes maîtres, fut suivie par moi pendant plusieurs années avec des succès divers, mais depuis cinq ou six ans, j'ai adopté la manière de faire de M. Monod, et je déclare ici bien hautement avoir obtenu des résultats bien meilleurs que ceux que j'obtenais précédemment.

Voici en quoi elle consiste : elle est d'une simplicité extrême, et elle est à peu de chose près la pratique mise en usage par tous les chirurgiens à l'égard de leurs opérés.

Dès que l'opération de la hernie étranglée est terminée et que l'individu est remis dans son lit, je lui prescris 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium en 10 pilules, une pilule toutes les heures, et une infusion chaude de tilleul ou de fleurs d'oranger.

Sous l'influence du repos et de cette médication, il se fait une détente générale dans l'économie de l'opéré, si l'opération a été faite, bien entendu, dans des conditions convenables; la peau devient moite, le pouls redevient normal, les mouvements cessent, et au bout de quelque temps le sommeil survient.

Sous l'influence de cet état, les mouvements péristaltiques de l'intestin se rétablissent, et le malade a naturellement une ou plusieurs garde-robes; il est bien entendu que pendant le sommeil du malade, on suspend l'administration des pilules d'opium, pour les reprendre au réveil, ou les cesser, suivant que la chose paraît nécessaire. L'état satisfaisant du malade sert de guide.

Mais avant tout, il faut obtenir le calme et la détente, et pour cela il faut continuer l'administration à doses fractionnées jusqu'à ce que ce résultat soit obtenu.

Cette médication, si simple et si rationnelle, puisqu'elle donne le plus souvent les mêmes résultats que ceux que l'on cherche par les purgatifs, je ne crains pas de la recommander; elle a donné à M. Monod et à moi des résultats très-satisfaisants. Toutefois, si je rejette l'administration des purgatifs dans les premières heures qui suivent l'opération, il n'en est plus de même vingt-quatre heures après. Si alors le malade, redevenu calme, n'avait point été à la garde-robe ou n'y avait point été suffisamment, dans ce cas je n'hésite point, et j'administre un purgatif, suivant l'indication que je veux remplir, soit par la bouche, soit par le rectum.

On objectera peut-être que, pour entraîner les convictions, j'aurais dû, au lieu d'une impression, produire une statistique. Mais tous ceux qui ont fait un certain nombre d'opérations de hernies étranglées savent comme moi combien il est difficile de bien classer les cas, tandis qu'il est très-facile de constater le bien-être relatif dans lequel sont placés les malades à qui on administre l'opium, comparativement à ceux auxquels on donne les purgatifs. J'en appelle sur ce sujet à l'expérience de mes confrères.

En résumé, mon opinion est celle-ci :

1° Ne donner aucun purgatif dans les vingt-quatre premières heures qui suivent l'opération;

2° Traiter les opérés de la hernie étranglée et opérée par l'opium à doses fractionnées.

M. GIRALDÈS. Dans la discussion qui s'est élevée à l'occasion de l'observation de M. Bauchet sur la conduite à tenir dans les cas de hernies étranglées, lorsque l'intestin est perforé par la gangrène ou entamé par le bistouri du chirurgien pendant l'opération, j'ai émis une opinion qui ne paraît pas avoir trouvé d'écho dans cette enceinte, et même dans la presse médicale. J'ai soutenu que, toutes les fois qu'à la suite d'une opération de hernie étranglée on rencontrait l'intestin perforé par une petite ouverture placée au siége de l'étranglement ou ailleurs, si les parois intestinales n'étaient pas altérées, il y avait avantage à fermer la perforation au moyen d'une suture et à réduire l'intestin; que la même pratique devait être suivie dans les cas où ce viscère aurait été blessé pendant l'opération, et que le meilleur procédé de suture à employer était la suture Gely, non-seulement à cause de sa facile exécution, mais comme réunissant aussi toutes les conditions nécessaires pour obtenir l'adossement des sutures de l'intestin.

Cette opinion, comme je l'ai dit, n'a pas trouvé faveur auprès de beaucoup de membres de cette Société; on a dit que cette pratique était plutôt fondée sur des résultats obtenus chez les animaux que sur des faits cliniques; que, rarement employée, on trouverait à peine dans la science trente observations de sutures intestinales. Vous avez entendu, il y a un instant, M. Gosselin dire qu'il n'avait pas grande confiance dans les sutures lorsque l'intestin malade avait été soumis pendant quelques jours à un étranglement.

Cette opinion, formulée d'une manière aussi précise, était de nature à faire rejeter de la pratique un moyen qui, dans les mains d'un de nos collègues les plus expérimentés, a donné de très-bons résultats.

C'est pourquoi je me suis demandé jusqu'à quel point on pouvait soutenir une telle assertion, et sur quelles bases elle était fondée; y a-t-il dans les sciences des faits assez pertinents pour la faire rejeter d'une manière aussi absolue?

Je n'ai point la prétention de connaître tous les faits de ce genre consignés dans les recueils périodiques; je n'ai ni la possibilité ni la volonté de me livrer à une pareille recherche; néanmoins, sans beaucoup de peine et sans consulter un grand nombre d'ouvrages, j'ai réuni vingt-deux observations, dans lesquelles la suture intestinale a été pratiquée. Ces faits me semblent de nature à démontrer que l'opinion émise devant la Société ne devait pas être acceptée d'une manière aussi absolue.

Afin de mieux faire apprécier dans l'espèce les avantages et les inconvénients des sutures intestinales, j'ai groupé ensemble les cas de simple perforation et ceux de gangrène complète, dans lesquels la partie gangrenée a été réséquée en totalité, et les deux bouts de l'intestin réunis par la suture; en procédant ainsi, j'avais les deux points extrêmes du problème à résoudre.

Les faits auxquels je fais allusion sont rangés en quatre catégories distinctes :

1° Les cas dans lesquels l'intestin hernié et gangrené a été retranché en grande partie, et les deux bouts réunis ou envaginés;

2° Les cas de simple perforation ou de gangrène partielle à la suite de l'étranglement;

3° Les cas dans lesquels l'intestin étranglé a été blessé dans l'acte opératoire;

4° Quelques cas de blessures graves avec division complète ou déchirure de l'intestin, et dans lesquels la suture a été également employée.

Dans la première catégorie nous avons les faits de Ramdohr (*Disputationes anatomicæ Halleri*, t. VI), Duverger (*Mém. de l'Acad. de chir.*, t. III), Laviellé (*Journal génér. de méd.*, t. XLIII), Nolleron (*Journal de médecine* de Vandermond, t. XIII, p. 361), Vincent (*idem*, vol. LVI, p. 161), Diffenbach (*Arch. de méd.*, mars 1837), Astley Cooper (*Anatomy and surgical Treat. of hernia*, 2e édition, p. 19 et 20), Nayles (Astley Cooper, *ib.*, p. 53), Boyer (*Traité des maladies chirurg.*, t. VIII, p. 169). Ensemble dix observations de hernie étranglée avec gangrène, dans lesquelles la portion mortifiée a été retranchée, et les deux bouts de l'intestin réunis ou invaginés.

Un mot maintenant sur plusieurs de ces faits.

L'observation de Ramdohr est bien connue; on la trouve citée dans tous les livres. Si l'on s'en rapporte aux auteurs, Ramdohr a employé un genre de suture qui porte son nom, et qui a été même dessiné dans le mémoire de Weber (*De curandis intestinorum vulneribus*, Berlin, 1830). Cependant si on lit attentivement l'observation qui a été publiée par Mœbius, on se rend difficilement compte de ce qui a été fait; la partie gangrenée a été retranchée et les deux bouts de l'intestin ont été invaginés et maintenus : « *Ope fili*, dit Mœbius, *leniter constricti aliquo modo firmaverint.* » Il est difficile d'y reconnaître un procédé de suture, et il faut une imagination bien grande pour y trouver les éléments d'un procédé en règle. Quelle que soit l'interprétation qu'on pourra donner à cette observation, toujours est-il qu'une portion de l'intestin gangrené a été enlevée, que les deux bouts ont été invaginés, et que le malade est guéri. Un semblable résultat a été obtenu par Duverger, Laviellé, Nolleron, Vincent et Diffenbach. Ce dernier retrancha chez son malade trois pouces de l'intestin gangrené; les deux bouts du viscère ont été réunis par le procédé Lembert, et guérit de l'opération. Il reprit ses travaux de la campagne. Quelques semaines après, par suite de dérèglement de régime, le malade succomba.

Un résultat aussi avantageux n'a pas été observé chez le malade opéré par Boyer. Après avoir retranché les parties gangrenées d'un intestin hernié, Boyer essaya péniblement l'invagination. Après des tentatives laborieuses, il acheva l'opération, mais son malade succomba.

Astley Cooper et Nayles n'ont pas été plus heureux que l'illustre chirurgien de la Charité.

Nayles, de son côté, dans un cas de hernie étranglée, réséqua quatre pouces d'intestin gangrené, réunit ensuite les deux bouts au moyen de plusieurs points de suture, et maintint près de l'anneau, par deux fils, la partie réduite. Des accidents étant survenus, le chirurgien enleva quelques points de suture. Il s'est formé un anus contre nature; le malade a guéri. Il en a été de même dans les deux faits cités par sir Astley Cooper.

Ainsi sur dix observations de gangrène de l'intestin par étranglement, dans lesquelles la partie gangrenée a été réséquée et les deux bouts de l'intestin invaginés ou maintenus par deux points de suture, six sont guéris, un est mort, et chez les trois derniers il s'est formé un anus contre nature.

Dans la seconde catégorie, nous avons à signaler les cas d'Astley Cooper (*On hernia*), Lawrence (*A treatise on hernia*, 4e édit., 1858), Gibson (*Instituts of surgery*, t. Ier, p. 419), Nuncianti (*Guthrie wound of abdomen*), Cloquet (*Arch. de médecine*, 1re série, t. XI), Laugier (*Bulletin chirurgical*, p. 17).

Ensemble sept observations de perforation intestinale ou de gangrène partielle, dans lesquelles six fois la suture a été employée avec succès. Dans le fait cité par M. Laugier, il s'est produit une petite fistule intestinale.

Dans la troisième catégorie se placent les opérations de Lawrence (*Op. cit.*), Cloquet, Jobert (*Arch. de méd.*, t. XIII, 2e série), Gely (*Mémoire sur la suture intestinale*), Nuncianti (*Op. cit.*). Ensemble cinq observations de blessure de l'intestin dans l'acte de l'opération de la hernie étranglée, dans lesquelles la suture a été employée avec succès. Voilà donc vingt-deux observations de sutures intestinales, pratiquées à la suite de hernies étranglées, et dont dix-sept ont été suivies d'un succès complet.

A ces faits je pourrais en ajouter d'autres appartenant à la quatrième catégorie, et comprenant des observations de blessure traumatique des intestins par arme à feu ou par déchirure, et dans lesquelles le viscère déchiré, mortifié par l'action du projectile, ou même dévié en totalité, a été réuni ou invaginé au moyen de la suture.

D'après ce qui vient d'être exposé, on peut voir que le précepte de Celse : « *Si tenuis intestinum perforatus est, nihil profici posse* » (l. VII, chap. XVI) n'est pas plus admissible que l'opinion qui rejette la suture dans les cas que nous avons déterminés. Ces faits, je me plais à le croire, montrent que la suture intestinale n'est pas une opération aussi dangereuse et aussi inutile qu'on a bien voulu le dire, et qu'en laissant même à l'écart les résultats fournis par les belles expériences de Travers, Gross, Smith, etc., et en s'appuyant seulement sur les faits classiques, on est autorisé à conclure que dans les cas de perforation des intestins à la suite des hernies étranglées, alors que les parois intestinales ne sont pas profondément altérées, il y a avantage à fermer la perforation par une suture, et à réduire l'intestin; que la même pratique, *a fortiori*, doit être suivie dans les cas où l'intestin hernié aura été blessé dans l'opération de la hern[ie] étranglée.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

Desquamation variolique de la totalité de l'épiderme des de[ux] pieds. — M. LARREY présente une pièce pathologique adressée a[u] conseil de santé des armées par le docteur Corne, médecin-maj[or] aux hôpitaux de la division de Constantine, avec la note suivante :

« Cette pièce pathologique, à défaut de grand mérite, offre l'inté[rêt] d'un cas rare, assez curieux. Il s'agit de la chute spontanée et en ma[sse] de l'épiderme des deux pieds, sous forme de babouches, par décollement ou desquamation, à la suite d'une variole confluente. L[e] sujet chez lequel ce phénomène s'est produit était un Arabe n[on] vacciné, ni inoculé, et qui, se trouvant détenu dans une prison e[n]combrée, y était mal nourri, et subissait les conséquences d'un a[p]pauvrissement profond de l'économie.

» L'éruption avait pourtant suivi une marche régulière, quoiqu[e] lente, et à part la teinte livide des pustules au début, aucune complication n'a entravé la marche et la guérison de cette maladie.

» La pièce anatomique montre assez l'insuffisance des moye[ns] prétendus abortifs, car, malgré une forte compression et l'absen[ce] d'air, l'éruption pustuleuse a parcouru toutes ses périodes, et o[n] reconnaît même encore l'empreinte de quelques boutons ulcérés su[r] la desquamation épidermique. »

M. Larrey a déposé cette pièce au musée du Val-de-Grâce.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 30 mars, M. le docteur Cintrat, médecin-major de 2e classe au 1er régiment de grenadiers de la Garde impériale, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le journal *Montpellier médical* annonce que le montant des souscriptions pour l'érection des statues de Lapeyronie et de Barth[ez] s'élève actuellement à la somme de 21,495 fr.

— M. le docteur Tardieu, professeur agrégé, commencera le cours de médecine légale à la Faculté de médecine, lundi 8 avril, à quatre heures, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

— M. le docteur Léon Labbé, aide d'anatomie à la Faculté, commencera le cours officiel de médecine opératoire de l'École pratique, le jeudi 4 avril.

Le cours aura lieu à deux heures, dans l'amphithéâtre n° 1; et les répétitions dans le pavillon n° 3, de trois à quatre heures.

— M. le docteur Phillips commencera la première partie d'un cours sur les maladies des voies urinaires le lundi, 8 avril, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et il le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

Cette première partie comprend les maladies de l'urèthre.

— M. le docteur Triquet continuera lundi prochain, 8 avril, ses leçons cliniques sur les maladies de l'oreille, à son Dispensaire, à onze heures. Il traitera des polypes de l'oreille et de la surdité nerveuse, des bourdonnements.

— M. le docteur Constantin James ouvrira son cours au Cercle des Sociétés savantes, quai Malaquais, 3, jeudi 11 avril, à huit heures du soir, et le continuera le jeudi de chaque semaine, à la même heure. Le professeur fera l'histoire des diverses maladies pour lesquelles on se rend aux eaux, indiquant tout spécialement les sources les mieux appropriées à leur traitement. Le cours est public.

ERRATUM — Dans le dernier numéro, en parlant de l'uréthrotome présenté à l'Académie par M. Maisonneuve, nous avons dit par erreur que cet instrument avait été *inventé* par M. Charrière; c'est *fabriqué* qu'il fallait lire.

Mémoire sur une maladie particulière des genoux, par le docteur REGNAULT, médecin-inspecteur des eaux thermales de Bourbon-l'Archambault. In-8°. Prix : 1 fr. 25 c. A la librairie Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Quelques considérations sur la scrofule, par le docteur Amédée COULON, ancien interne de l'hôpital Sainte-Eugénie. Paris, 1861. In-4°. Prix, *franco* par la poste : 1 fr. 50 c. Chez F. Savy, éditeur, 2, rue Bonaparte.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 8 avril 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous avons exposé dans le numéro de mardi dernier, à l'occasion de la séance publique annuelle, une courte analyse des travaux couronnés pour le concours de l'année 1860. Nous compléterons aujourd'hui le compte rendu de cette séance en faisant connaître le programme des questions de prix proposées pour l'année prochaine et pour quelques-unes des années suivantes. — Cet exposé est d'autant plus utile que l'Académie ne s'en est pas tenue seulement cette année à son programme habituel des prix de la fondation Montyon. Elle a formulé plusieurs questions spéciales d'un très-grand intérêt scientifique et pratique, auxquelles elle a affecté des sommes considérables, qui montrent assez l'importance très-légitime qu'elle attache à leur solution.

L'Académie propose comme sujet d'un prix de médecine à décerner en 1862, la question suivante : *Faire l'histoire de la pellagre.*

« On croyait, il n'y a pas très-longtemps encore, dit le rapport de la commission, que la pellagre était confinée à l'Italie et à l'Espagne. Aujourd'hui il n'est plus douteux que la pellagre règne d'une manière endémique dans plusieurs départements du sud-ouest de la France, et d'une manière sporadique en Champagne, et sans doute dans beaucoup d'autres lieux. Cet état de choses, qui intéresse si gravement la santé publique, demande une enquête étendue et systématique que l'Académie propose au zèle des médecins. »

Voici les conditions imposées aux concurrents :

1° Faire connaître les contrées où règne la pellagre endémique et celles où la pellagre sporadique a été observée en France et à l'étranger;

2° Poursuivre la recherche et l'étude de la pellagre dans les asiles d'aliénés, particulièrement en France, en distinguant les cas dans lesquels la folie et la paralysie ont précédé les symptômes extérieurs de la pellagre, des cas dans lesquels la folie et la paralysie se sont déclarées après les lésions de la peau et les troubles digestifs propres aux affections pellagreuses;

3° Etudier avec le plus grand soin l'étiologie de la pellagre, et examiner spécialement l'opinion qui attribue la production de cette maladie à l'usage du maïs altéré (verdet);

4° En un mot, faire une monographie qui, éclairant l'étiologie et la distribution géographique de la pellagre, exposant les formes sous lesquelles on la connaît présentement, et donnant au diagnostic et au traitement plus de précision, soit un avancement pour la pathologie et un service rendu à la pratique et à l'hygiène publique.

Le prix sera de la somme de *cinq mille francs*.

— L'Académie propose comme sujet d'un prix de médecine et de chirurgie à décerner en 1866, la question suivante : *De l'application de l'électricité à la thérapeutique.*

Les concurrents devront, aux termes du rapport :

1° Indiquer les appareils électriques employés; décrire leur mode d'application et leurs effets physiologiques;

2° Rassembler et discuter les faits publiés sur l'application de l'électricité au traitement des maladies des systèmes nerveux, musculaire, vasculaire et lymphatique; vérifier et compléter par de nouvelles études les résultats de ces observations, et déterminer les cas dans lesquels il convient de recourir, soit à l'action des courants intermittents, soit à l'action des courants continus.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'importance de cette question qui, grâce aux recherches actives faites dans ces dernières années, est devenue l'objet des préoccupations de presque tous les praticiens. Nous ferons remarquer seulement, comme expression de l'un des derniers et peut-être des plus importants progrès de cette branche de la thérapeutique, la division consacrée pour la première fois de l'électrothérapie en courant intermittent et en courant continu.

Le prix sera de la somme de *cinq mille francs*.

L'Académie propose enfin pour la même année 1866 un grand prix de chirurgie sur la question « *conservation des membres par la conservation du périoste.* »

Des faits nombreux de physiologie, au premier rang desquels il faut toujours citer les belles expériences de M. Flourens, ont prouvé que le périoste a la faculté de produire et de reproduire l'os. L'expérience clinique a déjà confirmé par plusieurs faits remarquables les résultats et les prévisions de la physiologie, en montrant la reproduction sur l'homme de portions d'os plus ou moins étendues par le périoste conservé. Deux nouveaux faits, communiqués dans la dernière séance et dont on trouvera la relation plus loin, viennent ajouter encore leur contingent de démonstration à l'appui de cette importante proposition. C'est en considération de l'intérêt considérable qui s'attache au double point de vue de la science et de l'humanité à l'étude pratique de cette question, que l'Académie l'a mise au concours.

« L'Académie, dit le rapport, voulant marquer par une distinction notable l'importance qu'elle attache à la question proposée, a décidé que le prix serait de *dix mille francs*.

» Informé de cette décision, et appréciant tout ce que peut amener de bienfaits un si grand progrès de la chirurgie, l'Empereur a fait immédiatement écrire à l'Académie qu'il doublerait le prix.

» Le prix sera donc de *vingt mille francs*.

» Les concurrents, ajoute le rapport, ne sauraient oublier qu'il s'agit ici d'un travail pratique, qu'il s'agit de l'homme, et que par conséquent on ne compte pas moins sur leur respect pour l'humanité que sur leur intelligence. »

Les pièces devront être remis saau secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1866. Il est essentiel que les concurrents fassent connaître leur nom.

Pour les trois questions proposées, les ouvrages envoyés au concours devront être écrits en français.

L'Académie propose pour le prix Alhumbert, consistant en une médaille d'or de la valeur de *deux mille cinq cents francs*, à distribuer en 1863, la question suivante : « *Essayer, par des expériences bien faites, de jeter un jour nouveau sur la question des générations spontanées.*

La question proposée pour le même prix, à distribuer en 1862, est la suivante : » *Étude expérimentale des modifications qui peuvent être déterminées dans le développement d'un animal vertébré par l'action des agents extérieurs.*

Elle décerne enfin, pour la première fois en 1862, le prix Barbier, destiné « à celui qui fera une précieuse découverte dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique ou dans la botanique, ayant rapport à l'art de guérir. » Elle annonce que le prix, pour cette année, sera donné au meilleur travail qu'elle aura reçu, soit sur la chimie, soit sur la botanique médicales.

Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1862. Les noms des auteurs devront être contenus dans des billets cachetés qui ne seront ouverts que si le travail est couronné.

Pour le prix de physiologie expérimentale, le prix de médecine et de chirurgie, celui des arts insalubres, dont les sujets ne sont pas déterminés d'avance, ainsi que pour le prix Bréant, les conditions sont les mêmes que pour les années précédentes.

Nous n'avons pas besoin de les rappeler. On sait que c'est toujours avant le 1er avril de chaque année que les auteurs doivent exposer les ouvrages imprimés ou manifestes qu'ils destinent à ces divers concours.

— Pour la séance dernière nous n'avons à signaler que les deux communications de MM. Maisonneuve et Richarme, de Rive-de-Gier, sur la régénération des os par le périoste, que nous avons déjà mentionnées plus haut, et diverses communications sur des sujets d'anatomie et d'histologie sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

De la goutte.

J'avais tout récemment la prétention de croire que je connaissais la goutte et que je pourrais sans trop de difficultés en aborder l'étude dans cet amphithéâtre ; je me trompais. Pendant plusieurs semaines je me suis condamné à des recherches et à un travail aride, voulant autant que possible élucider devant vous une question fort obscure déjà par elle-même, et que les auteurs semblent vraiment avoir pris à tâche de rendre plus inaccessible encore. J'ai lu les précieuses pages que nous a lais-

---

DISCOURS D'OUVERTURE DE CONCOURS,

PRONONCÉ PAR M. MAHER, DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DE L'ÉCOLE NAVALE DE ROCHEFORT, LE 2 AVRIL 1861.

Notice nécrologique sur le professeur Forget.

Messieurs,

Je n'assiste jamais à une séance comme celle qui nous réunit aujourd'hui sans éprouver un sentiment d'orgueilleuse satisfaction. N'est-ce pas, en effet, une noble institution que celle d'un concours où, dégagé de toute intrigue, libre de toute influence, le mérite vient avec son bon droit se manifester et recueillir sa récompense, où les candidats soumettent au jugement de leurs pairs leurs titres scientifiques et l'appréciation de leurs services à l'Etat? Ce mode d'avancement nous est envié par tous les corps de la marine; il fait notre force; il consacre notre valeur; c'est à lui, n'en doutez pas, que nous sommes redevables de la considération dont nous recevons souvent de si précieux témoignages; c'est lui qui entretient notre émulation, qui soutient notre ardeur au travail; c'est lui qui légitime les améliorations dont notre organisation a été l'objet, comme il provoquera infailliblement celles que nous ambitionnons encore.

Au point de vue moral, il offre d'autres avantages : ces luttes publiques couronnent et justifient l'éducation mutuelle qui se donne libéralement dans nos écoles. Les plus jeunes d'entre vous deviendront à leur tour professeurs; ils nous remplaceront un jour, nous qui avons été élèves comme vous l'êtes, et qui sommes investis actuellement de la double magistrature du jury et de l'enseignement. Votre devoir est tout tracé : travailler pour disputer vos grades dans ces luttes honorables et pacifiques; vous instruire pour élever votre profession à la hauteur d'un sacerdoce; dépenser tout ce que vous avez d'activité, d'énergie et d'humanité au profit des populations maritimes, que votre mission est de secourir dans nos hôpitaux, à la mer, dans les colonies, au milieu des combats, en face des épidémies; voilà le rôle que vous avez à jouer, voilà la source de cette solidarité de pensées et d'actions qui fait de tous les officiers de santé, à tous les degrés de la hiérarchie, une seule famille. Ni l'absence, ni la retraite, ni la mort même, ne sauraient rompre ce faisceau compacte. Nous le fortifions même avec le passé; c'est ainsi que nous revendiquons l'honneur insigne d'avoir compté dans nos rangs Broussais et le baron Larrey; c'est ainsi qu'un pieux souvenir a rassemblé dans cette enceinte, comme Venise le faisait autrefois pour ses doges, les portraits de nos anciens maîtres : de Cochon-Dupuy, le fondateur des écoles de médecine navale; de Cochon-Duvivier, le bienfaiteur de Rochefort; de nos inspecteurs généraux Keraudren, Fouilloy; des chefs de notre hôpital Clémot père et fils, Lalanne, Réjou, Bouin, Lesson, etc., qui nous ont dit depuis longtemps un dernier adieu, mais qui nous ont légué leurs traditions et l'exemple d'une vie dignement remplie. C'est encore pour obéir à ce même élan de confraternelle affection que nous ajoutons aujourd'hui à notre galerie de famille, à notre musée de deuil, l'image d'un médecin éminent, d'un homme de bien, de Forget, professeur à la Faculté de Strasbourg, qui nous appartient par son origine, et à qui je veux payer un juste tribut de profonds regrets, d'estime et de respect. Triste privilége de l'âge! je suis le seul ici qui l'ait connu au début de sa carrière, si honorablement et si complétement parcourue. Il avait à peine quelques années de plus que moi; c'est lui qui m'a donné les premières leçons d'anatomie et de médecine. Ébauchée il y a quarante-deux ans, notre mutuelle amitié en était arrivée à ce point que chacun de nous se réjouissait plus des succès de son ami que de ceux qu'il obtenait lui-même. C'est moi qui m'inquiétais du mauvais état de sa santé; lui ne s'en préoccupait guère, absorbé par sa passion pour le travail; il ne se dissimulait point cependant sa faiblesse toujours croissante, ni la gravité d'une bronchite chronique qui lui enlevait le bienfait d'un sommeil réparateur dont il avait tant besoin. « Tout est pour le mieux, m'écrivait-il un jour; dormant moins, j'ai plus de temps pour mûrir mes opinions médicales; vienne la mort, si je ne meurs pas tout entier. »

Permettez-moi donc, Messieurs, de consacrer quelques paroles, sorties du cœur, à la mémoire de Forget, mon fidèle camarade, notre honorable collègue, qui a droit à toutes vos sympathies comme homme et comme médecin.

Né à Saintes, le 17 juillet 1800, Forget (Polydore) était admis à l'hôpital de la marine à Rochefort en qualité d'étudiant, le 11 janvier 1819; élève entretenu en 1820, chirurgien de 3e classe en 1822, de 2e classe en 1824, il donnait sa démission en 1828, après quatre années de navigation sur la frégate l'*Antigone*, le *Tarn*, la *Brestoise*, la *Magicienne*, la *Gironde* et le *Volcan*. C'est à bord de ces divers bâ-

sées Sydenham, les recherches de Musgrave et de Scudamore, les commentaires si érudits de Van Swieten, les analyses du livre de Garrod, l'ouvrage si remarquable de M. le docteur Galtier-Boissière (1), et enfin les mémoires les plus importants publiés, soit par les pathologistes, soit par les chimistes. En suis-je beaucoup plus avancé pour cela ? Je suis sans doute arrivé à me faire sur la goutte une opinion assez nette, et je ne désespère pas de la faire passer de mon esprit dans le vôtre ; mais je dois convenir que les idées de Sydenham dominent tous mes souvenirs. Ce grand observateur a tracé une description d'une rare exactitude ; il a presque tout prévu.

Il m'est impossible de comprendre la goutte et d'essayer de vous la faire comprendre, si je n'entre pas au préalable dans quelques considérations générales sur la spécificité, cette clef de voûte de la médecine tout entière. Un abîme existerait entre vous et moi si nous ne nous étions pas entendus d'avance.

M. Bretonneau, dans son *Traité des inflammations spéciales du tissu muqueux*, détruisant de fond en comble l'édifice du *physiologisme* et du prétendu *rationalisme* en thérapeutique, a fixé l'attention du monde scientifique sur ce fait primordial, que les différences dans la nature de la cause apportent dans les maladies des dissemblances bien autrement fondamentales que le plus ou moins d'intensité de cette cause et que la variété des organisations. J'ai toujours été l'apôtre fervent de la doctrine dont M. Bretonneau est le père, et je reste profondément convaincu que dans les affections qui paraissent se rapprocher le plus les unes des autres, il existe des caractères spécifiques qui les séparent, absolument comme les diverses espèces d'une même famille naturelle, végétale ou animale, se distinguent entre elles. Voilà ce que Broussais n'a jamais voulu accepter.

Le rhumatisme articulaire et la goutte ne forment, a-t-on prétendu, qu'une seule et même maladie. Si l'on veut cependant se donner la peine d'analyser chaque manifestation morbide propre à ces deux états, on s'aperçoit bientôt que le rhumatisme articulaire s'accompagne d'une lésion cardiaque qui fait complétement défaut dans la goutte ; qu'il y a le plus souvent, avec la goutte, altération rénale, invasion subite de coliques néphrétiques et émission de sables ou de graviers, et que ces souffrances ne coïncident à peu près jamais avec le rhumatisme articulaire ; que les concrétions tophacées sont l'apanage de la goutte, mais qu'elles ne se retrouvent pas dans le rhumatisme articulaire ; qu'il y a une différence capitale entre la goutte qui frappe le pouce et le rhumatisme articulaire qui envahit également le pouce ; que l'on observe enfin dans la goutte des accidents nerveux invariables parfaitement inconnus dans l'histoire du rhumatisme articulaire.

Si vous me présentez l'articulation rouge, tuméfiée et douloureuse, d'un homme de cinquante ans, et que vous m'adressiez cette question : « Ce malade a-t-il la goutte? » je commencerai par répondre que je n'en sais rien encore ; mais si vous me permettez de l'examiner, de l'interroger, et si cet homme a la gravelle, de l'asthme ou un tophus dans une autre articulation, je vous dirai alors : « Oui, il a la goutte, » parce que j'aurai constaté la présence des caractères spécifiques de l'affection.

On n'a voulu voir dans la question de la spécificité qu'une affaire de plus ou de moins : on a eu le plus grand tort. Jamais, quoi qu'on fasse, la roséole ne deviendra la rougeole, pas plus que la varicelle ne se transformera en variole ; et le simple catarrhe bronchique en coqueluche. Ces maladies ont toutes leurs caractères spécifiques, absolus, invariables, qui les différencient nettement les unes des autres, quelle que soit d'ailleurs la gravité de ces diverses affections ; et la spécificité demeure tellement incontestable, et elle va si bien s'inscrire sur l'organisme, que, pour reconnaître une espèce nosologique, il n'est pas besoin de rencontrer un groupe de symptômes spéciaux, mais qu'il suffira souvent d'un seul mot pour permettre la reconstitution de la phrase pathologique tout entière : je vous en ai donné des preuves multipliées, lorsque je me suis occupé avec vous de la scarlatine *fruste*. Cuvier, lui aussi, n'a-t-il pas fait revivre en quelque sorte les types zoologiques perdus, en étudiant quelques fragiles débris de squelettes antédiluviens?

Entre la scrofule et le rhumatisme, le rhumatisme et la goutte, la syphilis et l'herpès, il y a des différences immenses : un élément diathésique les sépare. On s'est plu à donner au mot *diathèse* les acceptions les plus variées, et à l'interpréter dans des sens tout à fait opposés ; mais si nous nous reportons à l'excellent livre de MM. Littré et Robin, nous voyons que la diathèse *est une disposition générale, en vertu de laquelle un individu est atteint de plusieurs affections locales du même genre.*

Les diathèses se travestissent : la syphilis, vous le savez, se revêt quelquefois des habits les plus bigarrés ; eh bien, la goutte apparaît un jour sous la forme de l'asthme, et le lendemain l'appareil rénal fait tous les frais du déguisement. Ne vous y trompez donc point, levez résolûment le masque, et vous surprendrez la diathèse. Cependant, si l'affection diathésique se traduit en général par une affinité élective vers un certain nombre d'organes, je dois dire que dans d'autres cas, elle va susciter des désordres du côté de quelques régions habituellement respectées ; mais ces désordres ont une allure identique et facilement reconnaissable ; vous éviterez donc jusqu'à l'ombre d'une méprise.

De ces considérations préliminaires il résulte que vous devez étudier avec un grand soin l'état général ; que la localisation a certainement une importance réelle, mais qu'il faut bien se garder de négliger l'examen de cette disposition en vertu de laquelle un individu est affecté de lésions locales du même genre. Cela dit, hâtons-nous d'aborder l'histoire de la goutte.

Le mot *goutte* est une admirable expression, par la raison toute simple qu'elle ne signifie rien du tout, que tout le monde est d'accord pour désigner la maladie par la même dénomination, qu'elle ne préjuge rien, qu'elle n'indique aucune lésion et qu'elle s'applique *uni et toto definito*. Quel terme charmant que celui de *syphilis*, le nom du berger de Fracastor? A ce seul mot, ne savons-nous pas tous de quoi il s'agit? Non, jamais on ne supprimera du vocabulaire médical usuel les expressions *goutte*, *syphilis*, *coqueluche*, et tant d'autres, parce qu'elles s'adressent exclusivement à la chose que l'on tient à désigner. D'ailleurs, aucune doctrine n'a encore pu les ébranler.

Hippocrate a appelé la goutte ποδαγρα. Ce mot en passant du grec dans le latin est devenu *podagra*, mais il ne vaut rien et son étymologie rappelle trop ce qu'a dit Boerrhaave du siége de la maladie : *Locus quem primo, quem regularis aggreditur, semper pes.* C'est sous l'influence des opinions humorales que le nom de *goutte* a été imaginé et accepté : « Le vocable goutte, dit Ambroise Paré, qui est françois, luy peut auoir esté attribué parce que les humeurs distillent goute à goute sur les jointures, ou pour ce que vne seule goute de ceste humeur fait douleur très-grande. »

Il est assez difficile de se faire bien nettement une opinion sur la goutte, si l'on n'a pas soigné des goutteux, si l'on ne s'est pas trouvé maintes fois en face de la maladie, ou si, comme Morgagni, on ne l'a pas eue soi-même. Cela me rappelle que M. Galtier-Boissière, — partie fort intéressée dans cette question, — a pris pour épigraphe de son avant-propos :

...... Quæque ipse miserrima vidi,
Et quorum pars magna fui......

Déjà dans l'antiquité, la goutte avait été surnommée la reine des maladies, *dominus morborum*. Certes, à l'état aigu, c'est bien la plus douloureuse dont l'humanité soit affligée ; c'est bien la plus tenace aussi, car elle prend l'homme à l'âge adulte et ne le quitte qu'au tombeau, et il faut bien avouer enfin que si jusqu'à présent il est possible de rendre les accès moins fréquents, moins longs, il n'a malheureusement été donné à personne de guérir cette affection, et que ce qui était vrai du temps d'Ovide l'est presque encore aujourd'hui :

Tollere nodosam nescit medicina podagram.

La goutte aiguë n'a point été méconnue par les auteurs. Sydenham a particulièrement insisté sur elle et sur ses manifestations prodromiques. Certaines diathèses peuvent tout à coup faire explosion et manquer en quelque sorte de caractères initiaux significatifs, mais il est bien rare que la goutte ne se fasse pas préalablement annoncer par des phénomènes prémonitoires. C'est encore là, du reste, ce qui contribue à la distinguer du rhumatisme articulaire, dont l'invasion est souvent aussi soudaine que celle de la pneumonie ou de la pleurésie. Scudamore a parlé de ces phénomènes prémonitoires, et M. Galtier-Boissière en a donné une description des plus exactes.

On remarque du côté des facultés intellectuelles un grand abattement, de fréquents assoupissements et des bâillements. Le sommeil est agité et troublé par des cauchemars ; une lassitude générale est ressentie. Les fonctions digestives laissent à désirer ; l'appétit est irrégulier, tantôt insatiable, tantôt nul. Les malades sécrètent parfois la salive en abondance et se plaignent après le repas d'ardeurs à la gorge, de froid à la région épigastrique, de malaise et d'oppression. Quelques vomissements surviennent, une constipation opiniâtre s'établit, et le gonflement des veines hémorrhoïdales rend la défécation difficile, pénible et même douloureuse. L'urine est rare, très-colorée, contenant des cristaux ou se troublant par le refroidissement, et laissant déposer un sédiment briqueté qui se fixe aux parois du vase. L'irritabilité des voies urinaires est un des signes précurseurs les plus habituels et les plus certains. « Les urines, dit Ambroise Paré, seront trouvées subtiles et de couleur citrine, et tellement âcres qu'elles offensent le conduit urinal. »

La peau est sèche ; il y a dans quelques cas une démangeaison générale, mais bornée le plus souvent à la région périnéale. Des tiraillements et des crampes sont ressentis du côté des reins, des membres supérieurs et inférieurs, et principalement de la région que l'accès de goutte va frapper. Vous remarquerez encore de l'expectoration muqueuse et de la toux, une espèce de sensation fébrile universelle, du refroidissement des extrémités, des bouffées de chaleur à la face, des bourdonnements d'oreilles, et quelquefois une conjonctivite. Morgagni, Scudamore et M. Galtier-Boissière ont observé ou ont été atteints eux-mêmes d'ophthalmie catarrhale.

Les goutteux, aux approches d'une attaque, sont taciturnes, moroses, et présentent des caractères de nervosité, d'excitabilité, comparables aux changements subits de caractère que l'on remarque chez la femme placée sous l'imminence du flux menstruel.

Il existe un signe très-voisin de l'attaque et que l'on retrouve presque infailliblement, *quid in omnibus paroxysmis podagrorum solemne est*, je veux parler du développement, du gonflement et de la plénitude des veines du membre qui va être affecté. Ces vaisseaux se dessinent, en lignes plus ou moins noires, sur un fond bleuâtre, donnant une couleur foncée à la peau. Il se manifeste en même temps une difficulté et une roideur dans le mouvement du membre, une faiblesse et une sensibilité exagérée des articulations, et même des picotements aux orteils et aux doigts.

M. Galtier-Boissière a noté une légère tuméfaction du foie, surtout dans les cas de dyspepsie préalable, et un peu d'endolorissement dans la glande hépatique.

Avant la première attaque, tous ces phénomènes prémonitoires passent fréquemment inaperçus et les malades n'en continuent pas moins leurs affaires. Ils se couchent un beau soir plus gais, plus vifs, *alacriores*, mieux portants en apparence que les jours précédents, et entre minuit et trois heures du matin, ils sont tout à coup réveillés par une souffrance qui 70 fois sur 100 siége *dans ce premier accès* au gros orteil de l'un des pieds. La douleur ressemble d'abord à toute espèce de douleur, mais bientôt, dit Scudamore, *articuli dislocati sunt.* La simple sensation de roideur, de pesanteur, de chaleur qui avait été perçue la veille et l'avant-veille se change en celle d'une constriction violente, avec élancements et pulsations, puis en celle de brûlure et de dilacération : « *Dolor adest*, dit Boerrhaave, *tensivus, dilacerans, coarctans, increscens sensim, decrescens iterum, cum madore, rubore, tumore.* »

Les malheureux patients ne trouvent point d'expressions assez énergiques pour décrire leur souffrance : ils la comparent à un clou pénétrant dans les articulations, à une tenaille pres-

(1) *De la goutte, de sa nature, de ses causes et de son traitement préservatif, palliatif et curatif.* Paris, Victor Masson et fils.

---

timents, pendant ses campagnes aux Antilles, dans les mers du Nord, dans la Méditerranée, qu'il a réuni les éléments de sa *Médecine navale*, premier ouvrage sérieux tombé de sa plume féconde, et dans lequel il a empreint l'indélébile cachet de sa méthode et de sa probité scientifiques, en même temps qu'il y révélait l'écrivain correct et élégant. Je ne puis résister au désir de citer quelques phrases de sa préface : « Parmi les divers motifs qui président ordinairement à la confection d'un livre, il en est deux qu'on peut avouer : l'un, et le plus commun, est l'amour de la célébrité ; l'autre, et le plus louable, est l'intention d'être utile. Assurer que le premier de ces sentiments m'est totalement étranger, ce serait faire suspecter ma franchise ; mais assurément, le second est le mobile principal de la publication de cet ouvrage. »

Et à propos des difficultés immenses qu'il a eu à surmonter pour recueillir les matériaux obscurs et dispersés d'un édifice dont le modèle ne se trouve nulle part, et dont l'achèvement réclamerait toute une vie, il ajoute : « C'est assez dire que nous avons fait abnégation d'amour-propre, pour n'envisager que la nécessité d'ébaucher un travail qu'à d'autres il appartiendra de perfectionner. »

C'était trop de modestie de la part de l'auteur ; car son livre, lorsqu'il parut, était au niveau des connaissances de l'époque et en rapport avec l'hygiène navale que n'avait point encore modifiée la transformation de notre flotte par la puissance de la vapeur ; il valait, pour la marine de 1832, ce que vaut aujourd'hui le *Traité d'hygiène navale* de M. Fonssagrive, qui a eu le rare bonheur de se voir analysé et loué, comme il le méritait, par Forget lui-même, le juge le plus compétent et le plus impartial en pareille matière.

Durant ces huit années passées au milieu de nous, Forget sut se faire aimer et estimer de tous ses camarades et de ses chefs. Poëte aimable et facile, d'une gaieté de bon aloi, travailleur infatigable et réfléchi, le même jour il écrivait un poëme sur le tabac ou des chansons dont les refrains amènent encore le sourire sur les lèvres de ses vieux amis, ou bien il rédigeait de graves questions de médecine ; il avait une souplesse d'organisation qui lui permettait de se plier sans contrainte à toute occupation grave ou légère, et d'en sortir toujours victorieux. Aussi les trois concours qu'il eut à subir dans cette École furent pour lui l'occasion de trois triomphes, et s'il eût pu résister au mirage trompeur qui l'attirait à Paris, il serait arrivé très-jeune au professorat ; il serait certainement directeur aujourd'hui, peut-être à ma place, jouissant encore de cette robuste santé qu'il avait jadis et qu'ont usée peu à peu les luttes professionnelles, les polémiques du journalisme scientifique et l'inclémence du climat de l'Alsace, qui lui faisait toujours regretter son pays natal, sa Saintonge bien-aimée.

Ce n'est pas ici le moment de vous offrir une analyse complète des œuvres de l'éminent professeur de Strasbourg, en tête desquelles nous aurions à citer l'*entérite folliculeuse*, les *maladies du cœur*, l'*influence des doctrines*, la *doctrine des éléments*, les *principes de thérapeutique générale et spéciale* ; je me bornerai à transcrire une note que j'emprunte à la *Gazette hebdomadaire* : « M. le professeur Forget vient de succomber. Ce sera pour la Faculté de Strasbourg et pour le corps médical tout entier un vide d'autant plus sensible que M. Forget avait gardé dans la science contemporaine une personnalité fortement accusée, qu'une activité infatigable, maîtresse de souffrances incessantes, mettait chaque jour de plus en plus en relief. Un esprit positif, des convictions profondes, une grande probité scientifique, une honorabilité professionnelle pleine de scrupules, un remarquable talent de parole, une plume facile et féconde, tels sont les traits par lesquels on peut caractériser en quelques mots notre bien regrettable confrère. »

Il n'y a rien à ajouter à un éloge si accentué. Qu'il me soit permis cependant de faire remarquer que nul auteur de nos jours n'a autant produit que Forget ; bien entendu que je ne fais pas allusion à ces compilateurs qui discutent longuement les opinions d'autrui et dont le propre sentiment pourrait s'exprimer dans quelques lignes d'un volume de 600 pages ; je ne parle que des médecins novateurs qui puisent dans leur propre fond et qui, par des observations consciencieuses, font progresser la science. C'est cette rare qualité que Forget possédait à un si haut degré. Doué d'un admirable instinct d'appréciation, d'un jugement droit, d'un amour ardent de la vérité, d'une foi robuste dans l'art qu'il exerçait, il appliquait toutes les forces de son âme, tous les ressorts de son esprit à la solution des problèmes capitaux de la médecine : nature de la maladie, diagnostic, indications thérapeutiques. Plein de mansuétude et de modération envers tous, conciliant par caractère, d'une urbanité et d'une politesse antiques, il n'avait de paroles sévères que contre les erreurs volontaires, la mauvaise foi et les utopies ; il n'était l'ennemi que des sophismes, des vaines théories, des doctrines creuses. Il lui faudra une place à part dans la seconde édition du savant ouvrage de notre collègue

sant leurs membres, à un broiement entre deux pierres, aux morsures d'un chien, *morsuis canis rodentis*. Quelques-uns vous diront qu'il leur semble qu'on leur laisse tomber sur le pied de l'huile bouillante, d'autres de l'eau tiède : *cum sensu quasi aquæ, non frigidæ, partis affectæ membranis affusæ*. Un malade, se plaignant à Scudamore, lui tenait ce langage : « On croit que l'on vous verse du plomb fondu, que l'on vous promène un couteau dans les jointures, ou qu'on enfonce un coin entre les os. » Je me souviens encore de ce passage que vous retrouverez dans Ambroise Paré : « Aucuns malades se disent brusler et ne leur peut-on appliquer remèdes assez froids ; autres disent sentir une froidure glacée, lesquels on ne peut pas aussi assez eschauffer, et mesmement en un mesme corps se voit que la partie dextre est intempérée de chaleur et la senestre de froidure. »

Jusqu'à cinq ou six heures du matin (*cantu galli*), le mal va ainsi en augmentant au milieu de l'insomnie, de l'inquiétude et de la fièvre. Souvent, entre six et sept heures du matin, une douce transpiration survient ; l'acuité des symptômes diminue, et le malade, dont la fatigue est extrême, peut s'endormir de nouveau. Dans les cas les moins graves, surtout dans les premières attaques, ces souffrances décroissent, se suspendent un peu ou tout à fait pendant le jour, et ne redeviennent plus ou moins violentes que de minuit à six heures du matin ; puis il en est ainsi durant plusieurs jours. Mais quand les attaques sont intenses, il y a à peine quelques instants de rémission le matin, et la soirée n'est pas encore venue que déjà l'exaspération de la douleur réapparait !

L'orteil se colore peu à peu ; il devient luisant comme une pelure d'oignon et rouge comme une pivoine. Or, vous savez que cette teinte ne s'observe jamais dans le rhumatisme articulaire aigu. Si l'on touche du bout du doigt le sommet de l'articulation malade, on détermine une horrible souffrance, et si l'on promène sa main sur tout le pied pour chercher à délimiter le siége du mal, on ne tarde pas à reconnaître de l'œdème au cou-de-pied. « La tumeur, dit Ambroise Paré, sera trouvée molle, en laquelle, après auoir pressé le doigt dessus, la fosse y demeurera quelque temps après. » La coloration devient ensuite moins foncée ; la teinte, si vive la veille ou l'avant-veille, pâlit ; la douleur diminue, mais l'œdème va en augmentant, puis l'accès cesse et tout disparaît. Les articulations restent cependant roides et molles pendant quinze ou vingt jours ; elles manquent de souplesse, de flexibilité, et les malades vous disent qu'ils ont des *pieds de coton*, qu'ils ont la marche incertaine, et qu'il leur semble que leur chaussure est de beaucoup trop large.

Je vous ai esquissé le plus complétement qu'il m'a été possible l'attaque de goutte frappant inopinément un homme jeune, un sujet vierge, c'est-à-dire non goutteux encore ; mais il me reste à vous dire qu'il s'opère une desquamation de l'orteil, — ce qui ne s'observe jamais dans le rhumatisme articulaire aigu, — suivie d'un peu de démangeaison, et qu'enfin il est rare que la manifestation *initiale* de la maladie s'attaque à deux jointures à la fois, aux deux pieds, à un pied et à un genou, aux deux mains, à un pied et à un poignet. Plus tard, il n'en est plus de même, comme nous le verrons bientôt.

Lorsqu'un pied se guérit, que l'autre devient malade, et que plusieurs articulations sont successivement atteintes, une série de phénomènes analogues aux précédents s'établit, et les accès peuvent se prolonger ainsi pendant trois mois et même davantage. C'est là ce que Sydenham appelait la *chaîne des accès*, et vous avez déjà deviné que nous venions de toucher à un point non discutable de connexité entre la goutte et le rhumatisme articulaire.

La goutte aiguë avec succession de paroxysmes débute de la même manière que le premier accès dont je vous traçais la description il n'y a qu'un instant. Seulement, lorsque les malades ont déjà été éprouvés une ou plusieurs fois, les signes précurseurs éveillent tristement l'attention, et les malades n'ont que trop la conscience de l'événement qui se prépare.

Vous observerez un certain nombre d'accès de goutte dans le mois de mars. Est-ce parce que les malades ont pris très-peu d'exercice pendant l'hiver, qu'ils ont mangé beaucoup de viande et très-peu de fruits ? Cela serait bien possible ; mais, comme le mois de novembre est également fertile en accidents du même genre, mieux vaut ne point hasarder une explication, et dire simplement que les premières manifestations ou les recrudescences goutteuses se remarquent de préférence aux deux principaux changements de saison.

En général, l'accès ou la chaîne des accès sont d'autant plus longs que le sujet est moins jeune et que le temps qui s'est écoulé depuis la crise antécédente a été plus considérable, si bien qu'un individu cloué sur son lit pour la première fois à l'âge de vingt ans n'a plus à quarante ans que des attaques imbriquées, subintrantes, enchaînées, à moins cependant que sous l'influence d'une affection aiguë il ne se fasse un appel prématuré vers les articulations, cas auquel l'accès sera faible, court, et ne manquera pas d'analogies avec les caractères de la manifestation initiale.

Sans doute après la cessation de la goutte aiguë, la plénitude de la santé reparaît, mais la règle souffre des exceptions, et vous pourrez dans le cours de votre carrière voir plus d'un malade conserver pendant toute sa vie, après une première attaque, d'incurables engorgements articulaires. Je connais un médecin qui, à la suite d'une première mais formidable crise ayant son siége au genou et survenue il y a vingt-deux ans, est resté estropié et boiteux. Il est vrai de dire qu'il était fils de goutteux et qu'il vivait lui-même comme un goutteux.

Nous sommes loin d'en avoir fini avec cette intéressante question ; mais j'espère que dans les conférences qui vont suivre votre attention ne me fera pas plus défaut qu'aujourd'hui.

Dr Legrand du Saulle.

DE L'EMPLOI EN MÉDECINE

du carbonate de fer à l'état naissant;

Par le Dr H. Bellard.

Un des principes généralement admis en thérapeutique, c'est que les médicaments les plus simples sont ceux qui agissent ordinairement le mieux, c'est-à-dire avec le plus de promptitude et d'efficacité. Et par ce mot, les médicaments les plus simples, nous entendons ceux dans la composition desquels entrent les principes élémentaires très-répandus dans la nature. Sous ce rapport, l'oxyde de fer, s'il pouvait être préparé d'une manière stable, serait sans contredit la meilleure préparation ferrugineuse. A son défaut, le carbonate de fer, dont l'acide constitutif se laisse facilement déplacer par les acides de l'estomac, constitue une précieuse ressource ; et après les nombreux essais que l'on en fait chaque jour, ce sel est encore reconnu le plus efficace.

D'autre part, et puisque cette décomposition par les agents organiques est nécessaire, il est évident, les études chimiques nous l'apprennent, qu'elle aura lieu d'autant plus facilement que le composé qui doit en être l'objet sera saisi à un moment plus rapproché de sa formation, au moment même de sa formation, s'il est possible, avant qu'il ait subi la moindre modification dans sa composition, dans son degré d'oxydation.

Deux habiles pharmaciens de Paris, MM. Garnier et Lamouroux, ont essayé de résoudre ce double problème, de produire du carbonate de protoxyde de fer et de le mettre en contact avec les acides de l'estomac au moment même où la combinaison s'opère, *à l'état naissant*, pour nous servir d'une expression propre au langage chimique. Et pour cela, ils ont eu recours à un artifice tellement simple, que l'on a lieu de s'étonner qu'on ne l'ait pas imaginé plus tôt.

Ils ont formé un granule contenant 1 centigramme de sulfate de fer, qu'ils ont enrobé d'une légère couche de sucre ; puis ce granule, ils l'ont recouvert d'une couche de bicarbonate de soude (sel de Vichy), et enfin d'une nouvelle enveloppe de sucre. Ainsi séparés l'un de l'autre, les deux sels restent complétement indépendants et sans réaction possible, pourvu que le granule soit tenu à l'abri de l'humidité.

Que se passe-t-il lorsque le médicament est pris par le malade ? Un phénomène fort simple et qui se renouvelle chaque jour dans le verre à patte du chimiste. Le granule se dissout dans l'estomac, et par la loi des doubles décompositions, il se forme immédiatement du carbonate de protoxyde de fer d'une part, et de l'autre du sulfate de soude. Mais les acides gastriques se trouvant en contact avec le carbonate de fer au moment où la composition s'en opère, s'emparent immédiatement et sans aucune difficulté du principe ferreux, qui est promptement assimilé et absorbé.

Reste le sulfate de soude ; mais qu'est-ce que quelques centigrammes de sulfate de soude dans l'estomac, lorsque 25 ou 30 grammes sont nécessaires pour purger un malade ? Evidemment ils resteront sans action appréciable. En eussent-ils une, elle ne pourrait être que favorable en détruisant la constipation qui résulte ordinairement de l'usage des ferrugineux.

La dose des granules, dont chacune représente 1 centigramme de carbonate de fer, est de cinq ou six par jour en commençant. On la porte successivement à vingt-cinq ou trente chez l'adulte, dans la première cuillerée de soupe, au moment du repas.

Plusieurs confrères qui ont eu occasion d'essayer ce nouveau médicament en ont retiré comme nous les meilleurs résultats sous le double rapport de la prompte efficacité en même temps que de la facilité de l'administration, chose si importante, et de laquelle on ne tient pas toujours assez compte.

CAS RARE D'ÉCLAMPSIE.

Emploi des fumigations de nitrate de potasse et de datura stramonium.

Par M. le docteur Gouriet (de Niort).

La femme X..., âgée de trente ans, primipare, brune et nerveuse, petite, mais forte et bien constituée, a eu avant et pendant sa grossesse des attaques d'épilepsie ; elle est arrivée à terme sans offrir de particularité digne de remarque, qu'une très-grande taciturnité et l'idée fixe que ses couches lui seraient fatales.

Le 29 mai 1860, à quatre heures du soir, elle est prise de douleurs ; tout va bien d'abord : la tête se présente en position occipito-iliaque gauche antérieure et parvient sans peine au détroit inférieur, mais elle reste immobile à la vulve et ne peut vaincre ce dernier obstacle, malgré des efforts considérables entretenus par 2 grammes de seigle ergoté.

Le 30, à midi, après vingt heures, la sage-femme qui assiste la malade me fait appeler. Au moment où je mets le pied dans l'appartement, je trouve la femme X... sous le coup d'une violente attaque d'éclampsie. La rigidité des organes sexuels m'empêche d'agir avant la cessation de la crise. Dès que celle-ci est calmée, je fais une rapide application de forceps, et j'extrais un enfant mort, très-volumineux, du sexe masculin. Une seconde attaque se manifeste entre la sortie de l'enfant et la délivrance, qui s'effectue sans peine. Le sang coule, mais non en quantité extraordinaire ; de nouvelles crises se succèdent malgré l'état de vacuité de l'utérus. Deux saignées du bras, chacune d'environ 200 grammes, pratiquées à une heure d'intervalle, ne sont suivies d'aucun résultat ; dix sangsues appliquées aux malléoles ne font pas davantage.

Il est quatre heures, et depuis midi les crises se succèdent à un intervalle de dix-huit à vingt-deux minutes, sans que rien indique du ralentissement dans leur intensité ou dans leur fréquence.

Je m'assure s'il n'existe pas dans le vagin ou dans la matrice de caillots qui entretiennent cet état alarmant. Je n'y trouve rien.

A bout de moyens et appréhendant les narcotiques, comme pouvant favoriser une congestion cérébrale, je me rappelle qu'on calme parfaitement des crises d'asthme essentiel à l'aide de fumigations de datura stramonium et de nitrate de potasse ; la pensée m'en vient d'autant mieux que la veille même j'avais, par ce procédé, fait disparaître instantanément des accès de ce genre. Malgré la différence immense qui existe dans les symptômes et les causes de deux affections n'ayant de commun que leur caractère nerveux, je n'hésite pas à mettre à exécution cette idée dans un cas désespéré, où tant de ressources me font défaut. Je jette sur des charbons ardents 30 grammes de datura fortement saupoudré de nitrate de potasse, et je fais brûler du papier nitré, préparé selon la formule de M. le professeur Trousseau. Toute la chambre est bientôt remplie d'un épais nuage.

A partir de ce moment, et comme si l'éclampsie eût été *coupée*, aucune attaque ne reparaît ; la malade se trouve instantanément soulagée. Dans le cours de la soirée, je fais faire encore quelques fumigations pour affermir le mieux obtenu.

La nuit est calme, mais sans sommeil.

Les trois journées qui suivent sont excellentes ; la fièvre de lait suit ses phases ; la malade peut dormir et prendre des bouillons.

Le 1er juin, dans la soirée, se déclare un violent mal de tête avec très-forte réaction ; je prescris des sangsues aux malléoles. Pendant la nuit, quelques convulsions se manifestent, mais ne constituent pas de grands accès.

Le 2, à six heures du matin, l'éclampsie reparaît avec fureur ; les attaques, aussi violentes que celles du 29 mai, se rapprochent d'une façon désespérante : en quatre heures on en compte vingt-deux. Les fumigations, renouvelées aussitôt, n'amènent qu'une heure de répit ; le chloroforme, après m'avoir donné un peu d'espoir et après avoir retardé quelques crises, échoue à son tour. Je pratique de nouveau le toucher, et ne trouve point de caillots ; rien ne me fait soupçonner une hémorrhagie interne. De nouvelles sangsues aux malléoles, une troisième saignée, de larges vésicatoires à la face interne des cuisses, ne donnent aucun résultat.

La journée et la nuit du 3 se passent en convulsions.

La malade succombe le 4, à neuf heures du matin.

L'urine recueillie dans les courts intervalles des attaques et pendant les trois jours qui ont précédé la récidive *ne m'a pas présenté de traces d'albumine*. M. Deslandes, pharmacien à Niort, l'a examinée avec la plus scrupuleuse attention, et n'en a pas trouvé davantage.

Ce cas d'éclampsie m'a paru intéressant :

M. Delioux de Savignac, car Forget n'est ni vitaliste, ni organicien, ni humoriste, ni solidiste ; il n'appartient pas même à l'éclectisme. Le seul Dieu qu'il encense, c'est le bon sens. Voyez l'épigraphe qu'il a choisie pour sa dernière œuvre, à laquelle il a consacré les restes d'une vie près de s'éteindre et qui a peut-être contribué à l'abréger encore : *Sancta simplicitas, divin bon sens*. Forget est là tout entier. Lisez avec une attention religieuse ses nombreuses publications, et vous les verrez toutes converger et aboutir vers le même but : le diagnostic simplifié et pratique, la thérapeutique simplifiée et pratique. C'est là la marque de son individualité, la révélation éclatante de sa tendance humanitaire. Connaître pour guérir, telle était sa devise.

Tout s'enchaîne dans les pensées de l'homme de bien. Cette ardente charité qu'il mettait au service des malades, il cherchait à la faire rayonner autour de lui ; il communiquait à ses élèves, à ses lecteurs, la chaleur douce et bienfaisante qui débordait de son cœur. Jamais il n'a laissé échapper l'occasion, soit par ses conseils, soit par son exemple, de diriger la jeunesse vers le droit chemin, de lui tracer l'étendue de ses devoirs, de la prémunir contre toute défaillance, de l'instruire et de la moraliser en même temps. Son chapitre des chirurgiens à bord, dans la *Médecine navale*, ses brochures sur les devoirs du médecin, sur le courage médical, la journée d'un étudiant, sont comme des cris d'honnêteté et de droiture s'échappant de sa belle âme.

Ah ! si j'osais vous lire quelques-unes de ses lettres intimes, vous verriez ce qu'il y avait en lui de trésors de délicatesse, de bonté, d'affectueux sentiments et en même temps de probité rigide ; vous verriez quelle tendre affection il avait conservée pour la marine et pour le corps où il a fait ses premières armes. Mais il y a des épanchements qu'il faut taire sous peine de profanation.

Je ne me dissimule pas, Messieurs, que cette rapide esquisse serait incomplète pour d'autres que pour vous ; mais notre riche bibliothèque possède tout ce que Forget a écrit : d'abord par égard pour un compatriote, puis par déférence pour la haute position qu'il occupait, chacun de vous a voulu feuilleter ses ouvrages ; l'intérêt, le charme de la lecture ont fait le reste ; vous avez tout dévoré jusqu'au bout et vous savez bien, comme moi, que Forget est un savant, un médecin dans toute la noble acception du mot ; ce que vous ne saviez pas et ce que je puis vous dire, moi, son vieil et inconsolable ami, c'est qu'il était encore meilleur qu'il n'était instruit, et que si ses œuvres lui survivent, pour sa gloire, la mémoire de ses charmantes vertus ne périra pas tant qu'il restera sur cette terre de passage un cœur qui aura apprécié le sien.

Unissez-vous donc, Messieurs, à la pensée des membres du conseil de santé qui ont cru ne pouvoir mieux inaugurer l'ouverture d'un concours important qu'en rendant un hommage public à notre digne confrère ; il n'a été que chirurgien de 2e classe, mais il a fait école à la Faculté de médecine de Strasbourg où il a professé avec tant d'éclat la clinique interne ; Forget n'a jamais cessé d'être des nôtres ; et sa place, hélas ! trop tôt occupée, était marquée depuis longtemps parmi les maîtres qui honorent notre corps, et dont les portraits perpétuent le souvenir en même temps qu'ils nous sont une pieuse consolation.

1° Par l'absence de l'albumine dans l'urine, absence dont on n'a guère enregistré que deux ou trois exemples ;

2° Par la récidive de l'éclampsie après trois jours passés dans les conditions les plus heureuses et les plus satisfaisantes, et alors que tout péril semblait conjuré ;

3° Par la multiplicité des attaques; il y en a eu plusieurs centaines; la mort arrive d'habitude après vingt, trente, quarante, soixante au plus;

4° Par la coïncidence chez le même sujet de l'éclampsie et de l'épilepsie, coïncidence propre à justifier l'opinion des accoucheurs qui ne voient dans l'éclampsie qu'une épilepsie spécifique;

5° Par les heureux effets des fumigations de nitrate de potasse et de datura stramonium contre les premières crises. On peut objecter sans doute que cette sédation était le résultat un peu tardif des moyens déjà employés; qu'attribuer ce calme aux seules fumigations, c'est peut-être raisonner d'après l'adage *Post hoc ergo propter hoc*; que d'ailleurs un seul cas n'établit pas l'efficacité d'un remède, et que, dans ce cas en particulier, les crises qui ont récidivé le quatrième jour et les jours suivants, n'ont pu être conjurées.

Loin de me dissimuler la gravité de ces objections, je me borne à constater que les premières attaques ont cédé comme par enchantement dès que les vapeurs ont rempli la chambre. Quelque incertain que ce moyen paraisse, il ne mérite pas moins qu'on l'expérimente, dès lors qu'il est d'une innocuité complète, et qu'il peut offrir des ressources contre un aussi terrible accident que l'éclampsie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er avril 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

M. CARUS, correspondant pour la section d'anatomie et de zoologie, fait hommage à l'Académie d'un ouvrage qu'il vient de publier sous le titre de : « *Natur und Idee*, » et exprime le désir que cet ouvrage, imprimé en allemand, devienne l'objet d'un rapport verbal.

MM. Geoffroy Saint-Hilaire, Brongniart et Cl. Bernard sont invités à prendre connaissance de cet ouvrage, et à en faire connaître par des extraits les parties qui se rapportent plus spécialement à leurs études habituelles.

— M. SERRES présente en son nom et au nom de M. GRATIOLET des observations anatomiques sur un jeune Rorqual. Ce travail est relatif au système des veines-caves supérieure et inférieure. Ils présenteront plus tard la suite de leurs recherches.

— M. S. HYRTL adresse à l'Académie diverses publications sur des questions d'anatomie comparée et de zoologie, et une série de préparations angiologiques. Cet envoi est accompagné d'une note explicative des procédés histologiques que l'auteur a mis en usage dans ces études. (Commissaires : MM. Milne-Edwards, de Quatrefages, Cl. Bernard.)

— M. GIRAUD-TEULON communique une note sur la construction et les propriétés d'un nouvel ophthalmoscope permettant de voir par le concours harmonique des deux yeux les images du fond de l'œil. (Voir le compte rendu de l'Académie de médecine, n° du 4 avril.)

Reproduction totale de l'os maxillaire inférieur droit. — M. MAISONNEUVE communique sous ce titre la note suivante :

Dans la récente communication que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie sur la régénération des os après les opérations sous-périostiques, j'annonçais que les faits de cet ordre qui se sont produits dans ma pratique constituaient quatre groupes principaux distingués suivant que les os régénérés étaient : 1° des os nécrosés avec ou sans leurs surfaces articulaires ; 2° des os simplement affectés d'ostéite ; 3° des os atteints de dégénérescences diverses ; 4° enfin des os sains.

Parmi les faits de la première catégorie, j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie celui du jeune Paul V..., actuellement élève ingénieur, auquel j'avais extirpé le corps entier du tibia, moins les extrémités articulaires, et chez lequel cette longue portion osseuse s'était entièrement régénérée.

Pour compléter la démonstration de cette première catégorie, je viens aujourd'hui soumettre à l'Académie un second fait non moins intéressant qui démontre que les surfaces articulaires elles-mêmes peuvent se reproduire. Il s'agit d'un os maxillaire inférieur droit enlevé en totalité, y compris son condyle articulaire, et qui s'est reproduit d'une manière si parfaite, qu'il est presque impossible de dire actuellement si c'est l'os du côté droit ou celui du côté gauche qui a été extirpé.

Voici la relation succincte de ce fait, que j'avais déjà soumis à l'examen de l'Académie de médecine peu de temps après la guérison du malade :

« Esminger (Philippe), âgé de trente-cinq ans, scieur de long, vint à l'hôpital de la Pitié le 8 novembre 1854 pour y être traité d'une affection grave de la mâchoire inférieure. Cet homme me raconta que depuis six mois environ il avait, sans cause à lui connue, commencé à ressentir dans la mâchoire des douleurs sourdes, et que le mal avait fait des progrès jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. La joue du côté droit présentait une tuméfaction énorme ; à la surface s'ouvraient quatre trajets fistuleux par lesquels le stylet pénétrait facilement : deux de ces trajets existaient près de la symphyse du menton, un troisième à l'angle de l'os, le quatrième au niveau de l'articulation temporo-maxillaire ; le pus qui s'écoulait de ces fistules était d'une fétidité extrême. Quant à la santé générale, elle était profondément altérée ; il était évident pour moi que l'os maxillaire inférieur du côté droit était mort dans toute son étendue. Je proposai au malade de l'en débarrasser, lui faisant espérer, d'après les beaux travaux de M. Flourens, qu'un nouvel os pourrait se reproduire. L'opération ayant été acceptée, j'y procédai le 18 novembre 1854.

» Le malade étant soumis au chloroforme, je fis sur la ligne médiane de la lèvre inférieure et du menton une incision verticale; de l'extrémité inférieure de cette première incision, j'en fis partir une seconde, que je prolongeai parallèlement au bord inférieur de la mâchoire jusqu'au-dessous du muscle masséter. Le lambeau circonscrit par ces deux incisions comprenait non-seulement les parties molles, mais encore le périoste doublé déjà d'une nouvelle couche osseuse en voie de formation et qui recouvrait la face externe du séquestre. Ce lambeau, disséqué rapidement, fut relevé de manière à mettre à découvert toute la branche horizontale de l'os nécrosé. Je procédai ensuite à l'isolement du séquestre, en ayant soin de conserver intactes les gencives et les dents qui s'y trouvaient implantées. Ce temps de l'opération fut exécuté avec un bonheur tel, que je pus extraire la totalité de l'os, y compris sa branche verticale avec son apophyse coronoïde et son condyle, en laissant les dents suspendues à leurs gencives. C'était une chose curieuse à voir que cette rangée d'ostéides, attachées seulement à la membrane gengivale, et flottant comme les grains d'un chapelet. Après cette extirpation, le lambeau fut réappliqué avec soin au moyen de nombreux points de suture et d'un bandage approprié.

» La réunion de cette vaste plaie se fit avec une promptitude extrême : les dents restées appendues aux gencives se consolidèrent par le rapprochement des deux lames ossifiées du périoste. La réunion de la lèvre sur la ligne médiane se fit si parfaitement, qu'il restait à peine trace de l'opération.

» La pièce, après avoir été mise sous les yeux de l'Académie de médecine, a été déposée au musée Dupuytren et reproduite par M. Léveillé en un dessin d'une exactitude parfaite.

» Plusieurs années se sont écoulées depuis lors : la nouvelle mâchoire s'est reconstituée si complète et si exacte, qu'on a peine à reconnaître de quel côté l'opération a eu lieu, ainsi qu'on peut s'en convaincre en examinant le malade, qui est actuellement un homme vigoureux et mangeant bien, et qui remplit les fonctions d'infirmier dans mon service : j'ajouterai seulement que les dents, après deux ou trois ans, ont fini par tomber l'une après l'autre. » (Commission précédemment nommée.)

— M. FLOURENS donne lecture d'une lettre suivante de M. le docteur Richarme, de Rive-de-Gier, sur la régénération des os par le périoste.

J'ai lu dans les journaux que vous vous occupiez de la régénération des os. J'ai observé cette régénération dans une multitude de cas de fractures et je ne parlerai ici que du plus extraordinaire : c'est la régénération osseuse qui a remplacé le tibia et le péroné, y compris les deux malléoles jusque près de l'articulation du genou, c'est-à-dire plus des trois quarts de ces deux os; c'était une roue de wagon de chemin de fer qui avait passé sur la jambe du blessé.

Six mois après l'accident, la jambe était devenue énorme, avec de nombreuses fistules, qui avaient la profondeur de 6 à 7 centimètres jusqu'à toucher l'os nécrosé. Il a fallu élargir les fistules, du genou aux malléoles, les unes après les autres, briser les os nécrosés avec une percerette ordinaire et retirer les morceaux avec de forts crochets, après quoi il fallait laisser reposer le blessé. J'ai employé pour ces opérations environ quinze séances de demi-heure à une heure, pendant six mois, avant d'en venir à bout; après une séance, je m'assurais de ce que j'aurais à faire à la séance suivante; le dernier morceau du tibia ôté avait 6 centimètres de longueur au moins.

Peu à peu la jambe a diminué de volume et était presque revenue au volume de l'autre : elle était devenue carrée et avait perdu sa forme arrondie.

L'os de nouvelle formation enveloppait comme un étui l'os primitif nécrosé. Je l'ai enlevé successivement des malléoles au genou. Sa densité tenait le milieu entre le compacte et le spongieux. Son épaisseur était de plus de 1 centimètre, sa forme stalactiforme. Au bout de quelques mois, le blessé a pu reprendre un service de wagonnier au chemin de fer où il était auparavant postillon (les chevaux dans ce temps-là traînaient les wagons); il ne boitait nullement, et les articulations du pied et du genou jouaient parfaitement sans être nullement ankylosées. Il sautait sur les wagons comme auparavant. Si dans ce temps j'avais connu le chloroforme, l'opération n'aurait pas été si longue.

A ce blessé, j'avais proposé l'amputation de la jambe; il préféra souffrir davantage et conserver son membre.

Depuis les barricades latérales aux chemins de fer, il y a trente ou quarante fois moins d'accidents. Dans ma station de 12 kilomètres, j'avais auparavant presque constamment huit blessés et un mort ou tué tous les quinze jours. (Commissaires : MM. Flourens, Milne-Edwards, Velpeau, Cloquet, Jobert, Bernard, Longet.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés du 3 avril, M. Hirtz, agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, est chargé provisoirement du cours de pathologie médicale et clinique de cette Faculté, en remplacement de M. Forget, décédé.

M. Bruch, chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, est nommé, en outre, professeur suppléant à ladite Ecole pour les chaires des sciences physiques et naturelles, en remplacement de M. Lauras, décédé.

M. Aubry, professeur adjoint de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur titulaire de ladite chaire, en remplacement de M. Guyot, décédé.

M. Aubrée, docteur en médecine, est nommé suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à la même Ecole, en remplacement de M. Robiou, appelé à d'autres fonctions.

M. Dayot, docteur en médecine, est nommé suppléant des chaires de médecine proprement dite à ladite Ecole, en remplacement de M. Baudoin, démisionnaire.

— Le concours pour une place de prosecteur à l'Ecole anatomique des hôpitaux a été ouvert aujourd'hui, 8 avril.

Les juges sont : MM. Empis, Millard, A. Richard, Chassaignac et Verneuil, *juges*, MM. Serres et Béraud, *suppléants*.

Les candidats sont : MM. Boudin, Blondet, Delaunay, Dubreuil, Fort, Péan, Perrier et Simon.

La première épreuve consiste en préparations sèches. Tous les candidats ont à préparer *les vaisseaux cérébro-rachidiens;* comme pièce particulière ; ils ont en outre à préparer *les voies lacrymales*, *les appareils du goût et de l'olfaction*, la *mamelle*, les *aponévroses du pied*, le *larynx*, et l'*oreille moyenne*.

— M. Barth, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera le cours d'anatomie pathologique en remplacement de M. le professeur Cruveilhier, le jeudi 11 avril, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure.

De la Digitale et du meilleur mode d'emploi de cette plante, par LABÉLONYE, pharmacien de l'Ecole spéciale de Paris, ancien président de la Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine, etc. Paris, 1859, chez Labé, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 23. — M. Labélonye, qui s'est particulièrement occupé de l'étude de la digitale, démontre, dans cette brochure, que cette plante doit ses propriétés si diverses et qui en font à la fois un excellent sédatif et un puissant diurétique, non à un principe unique, mais à la réunion des divers principes qui entrent dans sa composition, et que l'alcool à 60° en est le meilleur dissolvant. — Il prépare, à l'aide de ce menstrue, dans le vide, à l'abri de toute altération, un extrait qui contient tous les principes auxquels on peut attribuer les propriétés de la digitale, et, pour en rendre l'emploi plus facile, il l'unit à un sirop dans la proportion de 5 centigrammes pour 31 grammes de sirop. — Les succès qu'obtiennent tous les jours les praticiens de l'emploi du Sirop de Labélonye (à la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19) dans les maladies organiques ou non organiques du cœur, dans les affections pulmonaires, bronchiques, et dans les hydropisies, prouvent, en effet, qu'il jouit de toutes les propriétés sédatives ou diurétiques de la digitale.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI, ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Séance de l'Académie de Médecine.

PARIS, LE 10 AVRIL 1861.

La discussion sur l'opération césarienne *post mortem* a seule occupé toute la séance. M. Depaul a repris au point où il l'avait laissée mardi dernier son argumentation, qui est, nous pouvons le dire maintenant qu'elle est terminée, une dissertation *ex professo* sur la question soulevée par les communications de MM. F. Hatin, Laforgue, Devilliers et de Kergaradec. Après cette dissertation si complète, où la question a été envisagée sous tous les points de vue qui sont du ressort et de la compétence de l'Académie, et traitée dans toutes ses parties de manière à ne laisser subsister désormais aucun doute dans l'esprit des médecins sur la latitude de leurs droits comme sur l'étendue de leurs devoirs en cette matière, nous pourrions dès à présent considérer la cause comme entendue, pour parler comme au Palais. Mais nous ne devons pas oublier que M. de Kergaradec a à défendre contre cette argumentation si vive et si pressante de son collègue une opinion qui, à défaut de base scientifique solide, s'appuie sur des motifs et des convictions respectables. Plus sa cause est faible scientifiquement, plus il nous semble convenable de respecter ses droits et de surseoir, jusqu'à ce que nous ayons entendu sa réplique, à l'énoncé des conclusions et des conséquences pratiques qui ressortiront définitivement de ce court débat.

D'autres membres, en outre, sont encore inscrits, M. Trébuchet, entre autres, dont la compétence en matière médico-légale est si bien établie. Nous avons donc toutes sortes de bonnes raisons pour ne pas nous presser de présenter le résumé de la discussion. Il n'y a d'ailleurs point péril en la demeure.

Nous saisirons cette occasion pour signaler en passant deux communications qui nous ont été faites à propos de cette discussion : l'une, écrite, est la relation d'un cas d'opération césarienne pratiquée après la mort de la mère par M. le docteur Binaut, de Lille, opération qui a eu pour résultat d'amener un enfant vivant. C'est sans doute la même observation à laquelle il a été fait allusion dans la discussion, mais avec une version différente. Nous la publierons incessamment. La seconde, verbale, nous a été faite hier à l'issue de la séance par notre excellent confrère M. le docteur Caffe. Voici quel en est l'objet.

En 1829, lorsque M. Caffe était interne à l'hôpital des vénériens, service des femmes enceintes et des nourrices, une très-belle femme de race espagnole, enceinte de huit mois, succomba à l'asphyxie par ulcérations syphilitiques dans le larynx. La mort bien constatée, M. Caffe pratiqua, moins d'une demi-heure après, l'opération césarienne en présence de ses collègues de l'hôpital, et retira vivante une fille qui vivait encore il y a moins d'un an.

C'est là sans contredit un des meilleurs arguments en faveur de l'opération, faite en temps opportun et dans les conditions convenables, et en faveur du droit d'initiative que M. Depaul réclamait hier pour les internes des hôpitaux dans ces circonstances délicates. — Dr BROCHIN.

DES CHAMPIGNONS VÉNÉNEUX.

Comme quoi il est plus facile de rendre innocents les champignons vénéneux que d'apprendre à distinguer les bonnes espèces des mauvaises.

Depuis quelques semaines, une question grave d'hygiène publique, celle des champignons vénéneux, est agitée dans plusieurs organes de la presse scientifique. A notre avis, aucun des hommes instruits qui ont écrit les articles auxquels nous faisons allusion n'a saisi le côté *véritablement pratique* de cette question, dont la solution nous semble bien plus facile qu'on n'a paru le croire jusqu'à présent. Deux mots d'abord sur le fait qui a été l'origine de la discussion.

« Le 25 octobre 1859, on servait au déjeuner des lieutenants du 2e bataillon du 58e de ligne, en garnison à Corte, des champignons que l'un d'eux avait cueillis la veille dans un bois de châtaigniers. Avant de les préparer, le maître d'hôtel avait fait observer que ces champignons lui semblaient suspects ; mais l'officier qui les avait apportés insista pour qu'on les servît à table.

» Six officiers mangèrent de ces champignons qui avaient conservé leur coloration naturelle, et tous firent la remarque qu'ils étaient très-salés. Vers huit heures du soir, deux heures après l'ingestion des champignons, les six officiers éprouvèrent des vomissements. Tous crurent à une indigestion, et on ne pensa aux champignons que deux heures après. Bientôt des coliques vinrent se joindre aux vomissements. Un médecin prescrivit à tous les malades une potion vomitive et des lavements purgatifs.

» La nuit fut mauvaise, les vomissements et les coliques continuèrent ; les malades éprouvèrent des crampes et une chaleur vive à l'épigastre. Cinq officiers eurent recours alors à divers moyens empiriques vantés dans le pays. L'un d'eux, mieux conseillé, suivit un traitement rationnel. C'est le seul qui ait survécu à cette horrible catastrophe.

» Quatre malades entrèrent à l'hôpital trois jours après l'empoisonnement. Le traitement employé consista surtout en infusion de café, en frictions, sinapismes et lavements purgatifs. Trois succombèrent au bout de trois jours. On observa chez ces malades des alternatives d'excitation cérébrale et de coma. Il n'y eut cependant jamais perte de l'intelligence, et les victimes de cette déplorable erreur purent, en quelque sorte, assister au spectacle déchirant de leur mort. »

A la nouvelle de ce terrible accident, le Conseil de santé de l'armée s'émut et rédigea une *instruction relative aux champignons comestibles et vénéneux*, contenant l'exposé des caractères *faciles* propres à faire distinguer les bonnes espèces des espèces dangereuses. Cette instruction a été publiée dans le numéro de novembre 1860 du *Journal de pharmacie*.

Notre but n'est pas ici de transcrire ce document, dont il nous suffira de reproduire le résumé suivant :

« Les espèces comestibles croissent généralement dans les lieux élevés et aérés, dans les terrains en friche, tandis que les champignons dangereux se trouvent dans les bois et dans les lieux sombres et humides.

» Les espèces alimentaires ont une chair compacte et cassante ; celles dont la chair est molle et aqueuse doivent toujours être rejetées.

» Les bons champignons ont un parfum agréable, quoique ce caractère appartienne aussi à quelques espèces nuisibles. Une odeur forte et désagréable est l'indice certain de qualités malfaisantes.

» On doit rejeter d'une manière absolue les champignons qui sécrètent un suc laiteux et ceux qui présentent une saveur âcre, astringente, amère, acide ou salée.

» Il faut se méfier des champignons qui ont une teinte brillante, rouge, verte ou bleue, dont les lames sont colorées en brun ou en bleu. La chair des espèces comestibles est en général blanche; cependant un beau champignon rouge, l'agaric *oronge*, est considéré comme l'espèce la plus fine et la plus délicate.

» Les bons champignons ne changent pas de couleur au contact de l'air lorsqu'on les coupe. Ceux dont la chair se colore d'une teinte brune, bleue ou verte, sont vénéneux.

» On doit considérer comme dangereux ceux auxquels les insectes ne touchent point. »

A la lecture de ce document, un de nos savants confrères, le docteur Bertillon, reprenant l'une après l'autre, pour ainsi dire, chacune des phrases de l'*instruction* du Conseil de santé, a essayé de démontrer « qu'il n'y a pas, qu'il ne peut y avoir de caractères généraux capables de faire distinguer les champignons vénéneux de ceux qui ne le sont pas », partant, « que cette *instruction* ne peut mener qu'à l'erreur (1). » Nous devons avouer que les arguments de notre confrère sont serrés et pressants, et qu'il serait difficile au lecteur impartial de ne pas être de son avis. Un membre distingué de l'Académie de médecine, M. Poggiale, pharmacien militaire, professeur au Val-de-Grâce, a cru devoir prendre la défense de cette instruction. De là un débat qui dure depuis un mois environ, qui n'est peut-être pas près de finir, et, ce qui est le plus grave, qui ne conduira à rien d'utile, puisque de l'aveu de tous, la *science ne possède aucun caractère certain, absolu, qui établisse une limite bien tranchée entre les champignons comestibles et ceux qui sont vénéneux*.

Voilà où en est la question.

Nous pensons, nous, que tant qu'elle restera sur ce terrain, elle demeurera insoluble ; aussi proposons-nous de la déplacer, et disons-nous : la distinction des bons et des mauvais champignons à l'aide de caractères généraux facilement appréciables par le vulgaire étant impossible, ne serait-il pas plus simple de chercher un moyen de détruire ou de neutraliser le principe vénéneux lui-même, et de transformer en un aliment innocent les champignons les plus redoutables?

Et nous ajoutons : ce moyen existe; il y a plus d'un demi-siècle que les naturalistes et les chimistes le connaissent; il est indiqué dans des ouvrages qui sont entre les mains de tout le monde; dès lors n'avons-nous pas sujet d'être surpris que des instructions populaires ne l'aient pas encore répandu dans les masses, vulgarisé partout, et que des accidents de la nature de celui que nous avons enregistré plus haut soient encore possibles de nos jours?

Expliquons-nous.

Dès 1793, Paulet, dans son grand *Traité des champignons*, écrivait cette phrase remarquable : *Il résulte des expériences faites sur les animaux avec des espèces éminemment nuisibles que, si on les laisse tremper, coupées par morceaux, dans l'eau chargée de sel marin, ou dans le vinaigre, ou dans des liqueurs spiritueuses, on leur enlève leur principe délétère, on les rend même incapables de nuire.... Il est donc possible de convertir en aliment le poison même.* (T. II, p. 25.) Et il faisait observer que le liquide dans lequel avait macéré le champignon contenait tout le poison, d'où la nécessité de ne pas se servir de ce liquide dans les préparations culinaires, tandis que le parenchyme du champignon lui-même n'en conservait pas la moindre trace.

Dans son *Traité de toxicologie*, notre excellent confrère le docteur Galtier rappelle que, d'après MM. Pouchet et Chanserel, on priverait les champignons de leurs propriétés vénéneuses en les faisant bouillir dans l'eau pendant un quart d'heure ; que le vinaigre, l'alcool, l'eau salée ou alcaline enlèvent complétement par macération le principe toxique; enfin que dans le Nord, où l'on conserve les champignons dans l'eau salée, on fait usage indifféremment de toutes les espèces.

Mais arrivons aux faits plus modernes, aux expériences contemporaines tout à fait décisives.

Dans son *Traité des poisons* (t. III, 1853), un savant chimiste, membre du conseil d'hygiène et de salubrité, M. le docteur Flandin, après avoir établi péremptoirement qu'il n'est pas un seul caractère constant et absolu dont on puisse se prévaloir pour affirmer la bonne ou la mauvaise qualité d'un champignon, écrit le passage suivant, que nous demandons la permission de mettre textuellement sous les yeux de nos lecteurs :

« Une seule épreuve, dit-il, doit décider à faire usage d'un champignon douteux, c'est le lavage *plusieurs fois répété* à l'eau chaude, ou la macération dans une eau salée, dans une eau alcaline ou acide. Ce fait avait été déjà plusieurs fois signalé par divers auteurs, mais il était passé presque inaperçu; il avait du moins été oublié, lorsqu'en 1851 M. Frédéric Gérard les reproduisit sous les yeux d'une commission nommée par le préfet de police, et le mit hors de toute contestation.

» Plein de résolution, ce savant, après un grand nombre d'expériences qu'on aurait pu croire périlleuses, adressa au Conseil d'hygiène publique et de salubrité un mémoire dans lequel il annonçait qu'il avait mangé, qu'il mangeait tous les jours, lui et sa famille, composée de douze personnes, *toute espèce de champignons vénéneux.* »

Une commission fut nommée pour s'assurer de la vérité de cette assertion. M. Flandin en faisait partie. « Les champignons qu'on nous présenta, crus, dit-il, nouvellement cueillis, étaient l'agaric *fausse oronge*, et l'agaric *bulbeux*, c'est-à-dire les plus meurtriers du genre amanite. Nous les vîmes passer à plusieurs eaux, accommoder à la manière ordinaire et servir à l'expérimentateur. Ils avaient une odeur agréable, mais étaient durs, presque coriaces. M. Gérard en mangea une forte proportion, au moins de 250 grammes, et l'un de ses enfants 50 grammes environ. Nous hésitions à laisser faire l'expérience; mais la confiance de M. Gérard nous gagna, et nous-mêmes en primes assez pour nous rendre malade, si l'aliment avait été un poison. La même expérience fut répétée plusieurs fois devant nous, et M. Gérard, non plus que ses enfants, non plus que les personnes qui s'associèrent aux épreuves, ne furent indisposés. Cependant

(1) *Presse scientifique des Deux-Mondes*, 16 février 1861.

l'expérimentateur ne se ménageait pas, et sa famille faisait habituellement comme lui. »

Des rapports, en date des 9 et 26 novembre 1851, furent lus par M. Cadet-Gassicourt au Conseil de salubrité. Vu l'importance et l'étrangeté apparente du sujet, nous en donnons ici quelques extraits.

Après avoir rapporté les tentatives faites dans tous les temps pour corriger les propriétés vénéneuses des champignons, M. le rapporteur s'exprime ainsi :

« Nul expérimentateur, que nous sachions, n'avait encore osé, dans nos contrées, mettre complétement en pratique ces théories à ses risques et périls. M. Gérard, en homme dévoué, résolu, et d'un courage qu'on serait tenté de taxer de témérité, a dépassé l'épreuve qu'on pouvait demander. D'abord, il s'est adonné au régime alimentaire des champignons toxiques avec une confiance progressive dont on ne peut donner l'idée qu'en le laissant parler lui-même.

» Dans l'espace d'un mois, dit-il, plus de 75 kilogrammes de champignons vénéneux sont entrés chez moi; ce sont les espèces les plus dangereuses. Pendant huit jours, je m'astreignis à manger deux fois par jour de 250 à 300 grammes de champignons cuits. N'en ayant ressenti aucune incommodité, je ne m'en tins pas là, et craignant que mes nombreuses expériences n'eussent émoussé ma sensibilité, j'admis à partager mon expérience tous les membres de ma famille, qui se compose de douze personnes. Je ne procédais qu'avec lenteur, et après avoir essayé sur un, j'en prenais un deuxième. Je continuai jusqu'à ce que je fusse convaincu que, malgré la différence des âges, des sexes et des tempéraments, personne n'était incommodé.

» Pour chaque 500 grammes de champignons coupés de médiocre grandeur, dit encore M. Gérard, il faut un litre d'eau acidulée par deux ou trois cuillerées de vinaigre, ou deux cuillerées de sel gris, si l'on n'a pas autre chose. Dans le cas où l'on n'aurait que de l'eau à sa disposition, il faut la renouveler deux ou trois fois. On laisse les champignons *macérer pendant deux heures entières*. Puis on les lave à grande eau. Il sont alors mis dans l'eau froide, qu'on porte à l'ébullition, et après une demi-heure, on les retire, on les lave encore, on les essuie et on les apprête comme mets spécial. Inutile de dire que toutes les eaux qui ont servi à laver les champignons doivent être jetées.

» Les champignons recueillis par M. Gérard appartenaient à une espèce très-connue, l'agaric *fausse oronge*, la plus dangereuse peut-être après l'agaric bulbeux, et si remarquable par la beauté de son chapeau, rouge écarlate moucheté de taches blanches, sortes de verrues formées par les débris du valva. Nettoyées et coupées en gros morceaux, les fausses oronges ont été d'abord lavées, puis mises, à trois heures de l'après-midi, dans un litre de nouvelle eau froide, avec addition de deux cuillerées de vinaigre, pour macérer en cet état pendant deux heures. Au bout de ce temps, on les a retirées de l'eau de macération, lavées à grande eau, mises à bouillir dans une nouvelle eau pendant une demi-heure; après cette coction, elles ont été lavées une dernière fois dans l'eau froide et essuyées.

» Ces opérations terminées, les fausses oronges ont été accommodées à la manière ordinaire. Le mets avait bonne apparence. A six heures du soir, une assiette pleine fut servie, et M. Gérard commença à en manger. Sur l'offre qu'il nous fit, M. Flandin en mangea une cuillerée; puis, les deux autres membres du conseil présent, MM. Cadet-Gassicourt et Beaude en voulurent aussi goûter; M. Gérard et un de ses enfants achevèrent ce que contenait l'assiette.

» Le lendemain, M. Gérard promettait de répéter l'expérience avec l'*amanite vénéneuse*, dès qu'il en aurait à sa disposition, et, trois jours après, en effet, il présentait à la commission, préparait et mangeait devant elle 70 grammes de champignons dits *agaric bulbeux*, l'un des plus redoutables des cryptogames. »

Le lendemain, l'expérimentateur allait donner à la commission les nouvelles les plus satisfaisantes de sa santé.

La commission terminait son rapport par des remercîments adressés à M. Gérard, et par cette conclusion formelle :

« *Qu'il est possible de rendre inoffensifs les champignons les plus dangereux.* »

Les conclusions du rapport furent adoptées par le Conseil de salubrité.

Pour la commission et pour le conseil, les expériences de M. Gérard avaient été concluantes; mais, en raison des soins que l'on prend, sur les marchés de Paris, pour qu'il n'y arrive que des champignons de couche, on se demanda s'il était nécessaire ou même seulement opportun de donner une grande publicité à ces résultats. On pensa qu'il ne serait peut-être pas sans danger de dire à tous qu'avec certaines précautions on pouvait manger tous les champignons; les précautions seraient-elles toujours rigoureusement prises? suivrait-on partout et à la lettre les instructions émanées de l'administration? ne s'en écarterait-on pas par négligence ou par témérité?

« L'administration et le Conseil d'hygiène et de salubrité, dit M. Flandin en terminant, virent le mal à côté du bien, et, tout en adressant des éloges à M. Gérard, on ne crut pas devoir donner une publicité officielle à des faits qui sans doute se propageront d'eux-mêmes. »

En présence de documents pareils, nous espérons qu'il ne restera aucun doute dans l'esprit de nos lecteurs sur l'efficacité des mesures prises par M. Gérard et qui sont, on le voit, de la plus grande simplicité. Quand ils se produisent sous la garantie de la signature d'hommes tels que MM. Cadet-Gassicourt, Beaude, Flandin, Cordier, les faits les plus extraordinaires, les plus invraisemblables au premier abord, ne peuvent plus être contestés.

Pour notre part, et sans vouloir exprimer aucun blâme contre la décision du Conseil d'hygiène qui a cru prudent de ne pas livrer à une *publicité officielle* les résultats obtenus, nous pensons que cette publicité, faite sur une grande échelle, aurait peut-être, au contraire, empêché bien des malheurs, et dans le cas d'empoisonnement des six officiers du 58e, en particulier, le maître d'hôtel, qui suspectait les champignons, eût sans doute prévenu les accidents en soumettant aux lavages répétés et à l'ébullition prolongée ces substances, qui auraient été moins savoureuses et plus coriaces peut-être, mais seraient du moins restées innocentes.

La conclusion de ce long article, dont nous espérons que l'importance nous fera pardonner l'étendue, est celle-ci :

Nous n'engageons personne à manger indistinctement toute espèce de champignons; mais toutes les fois que des individus, disant se connaître en champignons, en auront fait dans la campagne une provision dont on voudra se servir, nous répéterons : soumettez les produits de votre récolte de la manière la plus rigoureuse aux épreuves que nous venons d'indiquer, et le danger disparaîtra.

Il sera mille fois plus pratiquement utile d'enseigner au vulgaire un moyen de rendre innocentes les espèces de champignons suspectes que d'essayer de lui enseigner à distinguer, à l'aide de prétendus caractères toujours infidèles, les espèces comestibles des espèces dangereuses. — Dr A. Foucart.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Du tétanos traumatique.

(Leçon recueillie par A. Després, interne de service.)

Le tétanos traumatique, dont vous venez de voir un exemple au n° 42 de la salle Sainte-Vierge, est un des accidents les plus terribles des plaies; la mort en est le résultat le plus constant. Il est peu de chirurgiens qui n'aient eu trop souvent dans le cours de leur carrière l'occasion de constater la gravité de cette maladie et l'insuffisance des moyens, quelque nombreux et variés qu'ils soient, que lui oppose la chirurgie. Il est aussi peu d'anatomo-pathologistes qui ne se soient trouvés arrêtés dans leurs investigations, en cherchant sur le cadavre l'explication du désordre des fonctions nerveuses chez les tétaniques.

L'autopsie de notre malade ne nous a rien appris de nouveau. Nous n'avons rien trouvé dans la moelle, ni dans ses enveloppes; seules l'arachnoïde et la pie-mère, qui recouvrent la face convexe des hémisphères cérébraux, présentent des altérations. Une suffusion séreuse, de la congestion sanguine, quelques exsudats, et c'est là tout. La pie-mère semble plus épaisse qu'à l'état normal; et c'est avec une telle lésion qu'il nous reste à expliquer les contractures du tétanos et la mort.

Faut-il admettre avec Broussais que les lésions ont été plus marquées pendant la vie? que la mort en a atténué le caractère? Faut-il renouveler ce qui a été dit de l'irritation gastrique? Non, certes; un tel système d'interpréter les faits ne manquerait pas de devenir funeste. Mieux vaut dire du tétanos comme de beaucoup d'autres maladies qu'on n'en a pas trouvé les lésions caractéristiques. Mieux vaut avouer l'insuffisance de nos moyens de recherches, que de nous contenter d'un faux semblant de certitude.

Depuis que des examens sérieux ont été entrepris sur les cadavres des tétaniques, on a découvert pourtant beaucoup de lésions. Des lombrics dans le tube digestif ont inspiré aux uns l'idée que le tétanos était lié à la présence des entozoaires dans l'intestin; d'autres ont trouvé la raison des symptômes que vous avez observés, dans des ecchymoses situées entre les muscles. D'autres encore ont imaginé une simple irritation du tube digestif; et Larrey ayant constaté une rupture des muscles droits de l'abdomen, attribua le tétanos à l'existence de cette solution de continuité. Mais ici ce chirurgien prenait l'effet pour la cause, tandis qu'il eût été plus simple de voir dans ce cas une rupture consécutive, déterminée par des contractions énergiques soumises à l'influence exagérée du système nerveux.

C'est en effet là que réside la lésion du tétanos. Ce ne sont point, il est vrai, ces altérations, légères pour la plupart, comme la congestion des centres nerveux, la rougeur du liquide céphalo-rachidien. Ce ne sont point non plus ces altérations qu'on ne rencontre que dans un petit nombre de cas, comme la myélite, observée par Dupuytren, MM. Bouillaud et Gendrin; comme la méningite cérébro-spinale, que j'ai rencontrée deux fois. Le ramollissement de la moelle, observé par M. Monod, est un fait exceptionnel. Dupuytren a vu une méningite rachidienne; j'en ai constaté un cas; encore l'affection était-elle peu marquée, et ce n'était pas une infiltration avec épaississement de la membrane qui pouvait expliquer le tétanos. Les altérations des nerfs périphériques, la névrite, ne sont pas plus les lésions anatomiques essentielles de la maladie.

Mais ces faits, qu'on peut regarder comme les lésions d'une maladie nouvelle qui complique la première, ou comme une lésion locale due à l'inflammation d'une plaie, embarrassent singulièrement si l'on n'accepte pas cette interprétation. En effet, en admettant que ces lésions appartiennent au tétanos, on ne peut oublier qu'elles se rencontrent dans d'autres affections; et l'on sait si la myélite, si le ramollissement de la moelle ont avec le tétanos d'autres rapports que la gravité, et s'il n'y a pas un antagonisme entre les signes du ramollissement de la moelle et ceux du tétanos. D'un autre côté, chaque jour nous voyons des névrites; elles s'accompagnent de douleurs locales vives ou de phénomènes nerveux dans le voisinage de la plaie; il y a des contractures limitées à la région où se trouve le nerf malade. Quant à la congestion cérébrale, quel que soit son siége, elle trouve une explication suffisante dans l'asphyxie qui termine le tétanos. Vous voyez maintenant ce que ces faits peuvent prouver, et vous pouvez juger ce que les autopsies ont apporté pour l'édification de cette maladie, dont le siége pourtant ne peut être ailleurs que dans le système nerveux cérébro-spinal.

Le tétanos est un accident des plaies dont la cause déterminante est inconnue. Il n'en est pas de même des conditions dans lesquelles il se développe. Il se présente souvent chez les individus qui portent une plaie irrégulière, contuse, dans une région où les nerfs sont accessibles aux instruments vulnérants. Les plaies contuses des nerfs prédisposent surtout au tétanos. Les nègres y sont particulièrement exposés, à la suite d'une simple piqûre de la plante du pied; chez nous, les opérations même les plus petites, peuvent être le point de départ de cette grave complication; les amputations des doigts en particulier ont ce triste privilége.

Les plaies à feu sont assez souvent suivies de tétanos. Larrey rapporte qu'il a vu cent cas de ce genre en un seul jour sur des soldats blessés à la bataille de Bautzen; et c'est même à ce propos qu'il reconnaît au tétanos une cause occasionnelle. Les brusques changements de température, suivant cet auteur, ne seraient pas étrangers au développement de la maladie.

Chez notre malade, le tétanos est survenu à la suite de deux incisions faites sur un foyer hématique ancien, dans lequel s'étaient développées des fongosités qui donnèrent lieu à une hémorrhagie. On dut recourir à l'emploi du perchlorure de fer, qui, pour le dire en passant, produisit une gangrène limitée sur les points de la peau avec lesquels il fut mis en contact.

En général, les malades éprouvent comme premier symptôme de cette affection de la roideur dans le cou et la mâchoire, mais ils ne souffrent pas et se préoccupent aussi peu de leur état que le chirurgien s'en inquiète. Quelques heures, ou un jour après, la mâchoire ne peut plus s'ouvrir, et le *trismus* devient permanent. Puis la contraction des muscles du cou augmente, elle se propage à ceux du dos. Plus tard ce sont les muscles de la région antérieure du tronc qui se prennent. Et l'on a vu des cas où les muscles d'un seul côté étant contracturés, il y avait une inclinaison latérale du tronc. A ces symptômes se joint un phénomène presque constant, même au degré auquel nous l'avons observé sur notre malade, la difficulté de la déglutition. Dès le premier jour, douze heures après l'apparition de la contracture de la mâchoire, il ne pouvait plus avaler de liquides, même après des efforts inouïs.

Du reste, l'intelligence n'est point troublée. La fièvre est très-rare chez les tétaniques; elle n'apparaît qu'à la dernière période de la maladie, alors que l'asphyxie commence à s'établir.

Dans tous les faits que j'ai vus, les choses se passèrent ainsi ou à peu près. Une fois pourtant j'ai constaté cette variété dans les phénomènes du tétanos : une femme à laquelle j'avais amputé le sein présenta comme symptôme initial une contracture du diaphragme qu'il était facile de reconnaître par le défaut d'élévation du ventre à chaque mouvement inspiratoire. L'œsophage était contracturé également; la malade vomissait les liquides à mesure qu'ils étaient déglutis. Cet état dura quelques jours, puis le trismus survint, et le tétanos suivit le cours que vous lui connaissez.

En quatre ou cinq jours, le tétanos a envahi la plus grande partie du système musculaire. Les muscles respiratoires sont généralement les derniers pris, soit que le rhythme de leurs mouvements les rende plus rebelles à l'excitation nerveuse anormale, soit que, ce qui est plus probable, le résultat de leur contracture arrête le mal avec la vie en empêchant la respiration.

On a parlé de tétanos intermittent et de longue durée, je n'en ai jamais vu, et les faits allégués sont peu concluants. Quant aux convulsions dites tétaniques, ce sont plutôt des soubresauts isolés que de véritables convulsions, avec rémissions et accès, et elles ne changent rien à la marche de la maladie.

Le tétanos est toujours très-grave, bien qu'il y ait des exemples de guérison. Quoique la statistique de M. Friedrich (de Berlin) annonce, sur 252 cas de tétanos, 101 hommes et 20 femmes guéris; quoique j'aie rassemblé moi-même 55 cas de guérison empruntés à trente années de la pratique médicale d'Europe, je ne puis, en me fondant sur ce que nous voyons, nourrir une grande confiance dans la possibilité de guérir cette maladie. Les tableaux de M. Friedrich me paraissent avoir compris des affections étrangères au tétanos traumatique, des contractures idiopathiques, des trismus spontanés, comme j'en ai vu moi-même, et qui ont guéri seuls. Ce qui vous confirmera dans cette opinion, c'est une statistique due à M. Curling, et dans laquelle vous trouverez seulement 10 cas de guérison sur 246 faits.

On a employé avant le chloroforme et le curare bien des traitements qui se sont tous autorisés d'une guérison accidentelle pour prendre place dans la thérapeutique du tétanos.

La guérison qu'Ambroise Paré a obtenue en plaçant un malade dans un fumier, a donné lieu à l'institution d'un traitement par les sudorifiques et par les bains de vapeur. Lepelletier (du Mans), Lisfranc, ont réussi avec des émissions sanguines. Lisfranc avait tiré à son malade 8 kilogr. de sang, et son malade a guéri. Ce traitement a réussi une autre fois; mais aujourd'hui on recule devant la nécessité d'une telle saignée, et l'on ne tire plus de sang, sauf indications spéciales. Le sulfate de quinine, le sesqui-carbonate de fer, le carbonate de potasse, ont été employés avec l'opium dont l'usage est indiqué si naturellement,

avec une longue suite de médicaments aux propriétés les plus différentes.

Dès que le chloroforme fut découvert, il sembla qu'on avait mis la main sur un spécifique contre le tétanos. Ce remède me paraissait des plus propres à guérir cette affection. Quelques succès, une amélioration même dans des cas défavorables, justifièrent la faveur dont jouit un moment le chloroforme; mais nombre de faits ont démontré depuis l'impuissance de ce moyen. Notre malade a éprouvé, grâce à cet agent, un soulagement momentané, il est vrai, mais comme beaucoup d'autres il n'a pas guéri.

Enfin le curare entra dans le traitement du tétanos, conduit par le rationalisme. Rapprochant le tétanos des effets de l'empoisonnement par la strychnine, un médecin de Turin, M. Vella, pensa pouvoir appliquer au tétanos le contre-poison de la strychnine. Des expériences furent faites sur des animaux et les résultats parurent de nature à encourager les essais sur l'homme. L'occasion s'étant présentée, M. Vella eut un succès sur trois malades qu'il traita de la sorte. Après la communication de ces observations à l'Académie des sciences, on se mit à traiter le tétanos par la méthode de M. Vella. Il n'y eut sur 12 applications en France qu'un seul succès. C'est un fait qui appartient à M. Chassaignac, fait peu confirmatif et auquel des objections ont déjà été faites. Ce traitement a été expérimenté par MM. Gosselin, Manec, Gintrac, M. Désormeaux avec le concours de M. Vella : aucun d'eux n'a réussi. Nous avons cru devoir employer aussi le curare chez notre malade. Une expérience sur un lapin ayant appris qu'on pouvait avec 0,003 de ce poison obtenir une résolution très-suffisante, j'en fis appliquer à notre malade par la méthode sous-cutanée 0,01 toutes les deux heures : aucun changement ne fut constaté dans son état.

Le soir, le malade avait déjà absorbé 0 gr. 04 de curare; je prescrivis deux inhalations de chloroforme. Elles furent faites complétement; le malade tomba dans la résolution, et son état fut amélioré pendant une demi-heure, après quoi ses muscles rentrèrent dans les conditions où ils étaient dans la journée. Le lendemain 0 gr. 02 de curare furent introduits sous sa peau, et ne produisirent aucun résultat. Le soir, le malade succomba asphyxié. Il avait été soumis successivement au traitement par l'opium, le curare et le chloroforme. Il avait pris 10 grammes de laudanum en lavement, 1 gr. 50 d'extrait d'opium à l'intérieur et à l'extérieur sur sa plaie. On l'avait soumis à l'application de 0 gr. 06 de curare pur, et il fut chloroformé trois fois, dont deux coup sur coup. Nous avions essayé chez ce malade les trois traitements auxquels on a attribué le plus de guérisons.

Je vous ai apporté un tableau des guérisons obtenues jusqu'à ces derniers temps, où se trouve vérifié ce que je viens de dire, et duquel il vous restera cette impression, que la variété même des médicaments qui ont réussi augmente l'incertitude de ceux qui seraient tentés de demander des conseils aux observations de guérisons que nous possédons.

Neuf guérisons ont été obtenues à l'aide du chloroforme, par MM. Forget, Bargigli, Cary, Ledru, Portalier; cinq par l'éthérisation, MM. Petit et Hopgoad; une par l'électricité, M. Harley; une par la belladone, M. Bresse; une par l'assa-fœtida, M. Watson; quatre ou cinq par l'opium seul ou associé aux excitants, MM. Malinan, Giraud, Fournier; une par le sulfate de quinine, M. Foucart; une par l'eau froide, M. Ébert (de Berlin); une par l'émétique à haute dose, M. Oyden; une par les saignées, M. Gendron; une par les antiphlogistiques, M. Guastalla; une par le cautère actuel, M. Borelli; trois par le carbonate de potasse, M. Schultz; deux par la névrotomie, M. Paccheoli et un anonyme.

Cette énumération est une des meilleures preuves que le tétanos n'a point de remède spécial, et je crois qu'il est des cas nombreux où aucun de ces traitements ne saurait réussir. Notre malade est un type dans ce genre. J'ajouterai qu'il a présenté quelque chose de particulier : huit ou dix heures avant sa mort, le trismus avait disparu. Certainement on serait tenté d'attribuer cette modification au traitement, qui pourtant n'y est pour rien. Le trismus cesse, parce que la contractilité musculaire est épuisée et parce que la contracture musculaire n'y est pas toute la maladie. Ce n'est qu'un symptôme. C'est le système nerveux qui est malade, et c'est là où il nous reste à chercher et à découvrir les manifestations anatomiques de la maladie et les premières indications pour en combattre les effets.

KISSINGEN.

Le bitterwasser (eau purgative) et le rakoczy.

Par M. le Dr A. Rénier.

Les médecins français connaissent à peine les eaux minérales de l'Allemagne, et cependant nulle contrée dans le monde n'est plus riche peut-être en ressources thérapeutiques émanant directement du grand laboratoire de la nature. Tandis que la France est très-pauvre en sources purgatives et peut à peine citer ses eaux de Niederbronn ou de Contrexéville, l'Allemagne, au contraire, possède Pullna, Sedlitz, Saidchutz, Friedrichshall et surtout Kissingen, cette illustration de la Bavière.

M. le docteur Granville, auquel la science hydrologique est redevable de très-beaux travaux, a dernièrement appelé l'attention du public médical sur une eau chlorurée sodique, ayant un goût acidule prononcé et accusant distinctement la présence du fer, que nos voisins d'outre-Rhin désignent depuis longtemps sous le nom de *rakoczy*.

Purgative, dépurative et néanmoins tonique, cette eau constitue une boisson agréable et est à juste titre considérée comme un puissant modificateur des sécrétions. Comparable sous plusieurs rapports à Carlsbad et à Wiesbaden, le rakoczy s'adresse aux malades atteints de constipation rebelle, de dyspepsie s'accompagnant de vomissements, de souffrances anciennes du côté de l'appareil hépatique, de congestion rénale, d'engorgements utérins, d'affections goutteuses et de maladies des voies urinaires. La prédominance du chlorure de sodium allié à des bases magnésiennes explique tout le parti que l'on peut tirer de cette eau contre une foule d'états pathologiques qui résistent d'ordinaire aux moyens le plus habituellement mis en œuvre.

A Kissingen, le *bitterwasser* (eaux amères) s'obtient par un mode particulier d'extraction; c'est une eau purement minérale, composée des éléments minéraux que produisent les sources salines à leur émergence. Le célèbre chimiste baron de Liebig, contrôlant tous les faits avancés par le docteur Granville, a reconnu au bitterwasser de Kissingen les mêmes conditions d'origine que celles qui distinguent les sources de Friedrichshall, et l'analyse est venue lui démontrer les quantités de sulfates de soude et de magnésie, de chlorure de sodium, de magnésium et d'ammonium, de bromure de magnésium, d'acide carbonique et de lithium, contenues dans l'eau amère de Kissingen.

La découverte d'une eau purgative ayant pour base les eaux minérales naturelles déjà si connues et si bienfaisantes de Kissingen, a été regardée par le gouvernement bavarois comme un fait d'une grande importance. L'envoi du bitterwasser a été fait dans plusieurs hôpitaux du royaume, l'usage en a été prescrit dans les mêmes conditions et aux mêmes doses que l'eau de Friedrichshall, et d'après l'ensemble des rapports adressés par les médecins en chef, il demeure évident que les résultats ont été identiquement les mêmes. C'est là du moins ce qui résulte des attestations de MM. les docteurs Pfeafer (de l'hôpital de Munich), Bettinger (de l'hôpital de Frankenthal), Müller (de l'hôpital d'Augsbourg), Gleitemann (de l'hôpital de Bamberg), et des professeurs Horner, de Rothmund, de Giett, etc.

M. Granville conseille l'usage du bitterwasser aux malades atteints d'affections chroniques du tube digestif, d'hypertrophies spléniques, d'engorgements viscéraux, de maladies de la peau, de lésions cardiaques, d'hémorrhoïdes, d'hypochondrie et de mélancolie.

L'eau minérale de Kissingen jouit de ce très-précieux avantage qu'elle se conserve indéfiniment; aussi est-ce maintenant l'eau d'Allemagne qui s'exporte le plus.

Disons encore que Kissingen est placé au milieu d'une vallée pittoresque, riche et variée d'aspect, parcourue par la rivière de la Saal. D'immenses pâturages s'étendent des deux côtés de la rivière, et les collines qui limitent la vallée sont couvertes de forêts considérables. La température n'y est jamais excessive, et le climat y est des plus sains. M. le docteur Granville assure enfin que la présence si fréquente de têtes couronnées et de personnages illustres, donne à l'important établissement hydrologique de la Bavière un cachet de distinction qu'on chercherait vainement ailleurs.

FORMULES ANTIBLENNORRHAGIQUES.

Capsules de copahu au goudron,

Par M. le docteur Ricord.

Copahu.	2,200
Goudron de Norwége . . .	200
Magnésie calcinée	150

F. S. A. Une masse pour 4,000 bols que l'on gélatinise par les procédés ordinaires. — Dose, quinze capsules par jour.

Le goudron dissimule complétement l'odeur et la saveur du copahu, tout en perdant lui-même son odeur et sa saveur propres.

Bons résultats dans les blennorrhagies, pas de nausées, pas d'effet drastique. (*France médicale*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 avril 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans le département de la Nièvre;

2° Un rapport sur une épidémie de scarlatine, par le médecin des épidémies de l'arrondissement d'Avranches. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Reynal, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de médecine vétérinaire;

2° Une lettre de M. Trousseau, dentiste à Rennes, accompagnant l'envoi des premiers numéros de l'*Union dentaire*, qu'il vient de créer;

3° Un mémoire sur la phthisie pulmonaire, par M. le docteur Tampier (M. Grisolle, rapporteur);

4° Une note sur l'anesthésie produite par l'éther et le chloroforme, et sur le moyen de remédier aux inconvénients qui en sont la suite, par M. le docteur Fiévet;

5° Une note descriptive concernant un crochet à gaîne destiné à la pratique des accouchements laborieux, fabriqué par M. Charrière, d'après les indications de M. le docteur Nivet, de Clermont-Ferrand (commissaire, M. Jacquemier);

6° Une nouvelle observation d'opération césarienne *post mortem*, par M. Binaut, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Lille (commissaire, M. Devergie);

7° Une lettre de M. Cap qui fait hommage à l'Académie d'une étude biographique sur Commerson;

8° Une lettre de M. Réveil, qui adresse à l'Académie trois mémoires imprimés sur les analyses des eaux de Salins, de Salies et de Cauterets.

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. le docteur Devilliers annonçant qu'il n'avait pas l'intention de demander un rapport lorsqu'il a envoyé son travail à l'Académie le 19 mars dernier.

— M. Michel Lévy fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Maroin, d'un ouvrage intitulé *Histoire médicale de la flotte française dans la mer Noire pendant la guerre de Crimée*.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'opération césarienne. La parole est à M. Depaul pour la continuation de son argumentation.

Discussion sur l'opération césarienne post mortem.

M. Depaul rappelle en quelques mots les points principaux de la première partie de son argumentation, puis il reprend au point où il en était resté à la dernière séance.

Les personnes qui ont pensé que le fœtus pouvait vivre longtemps dans le sein de la mère après la mort, se sont fondées sur l'indépendance des deux êtres. Mais cette prétendue indépendance est une erreur. Ce qui a pu accréditer cette opinion, c'est qu'il y a jusqu'à un certain point indépendance anatomique; encore est-elle plus apparente que réelle, car il s'établit pendant la grossesse un système vasculaire nouveau dans lequel il se passe des phénomènes très-importants, le système des sinus utérins et des sinus placentaires. Et d'ailleurs, au point de vue physiologique, cette opinion ne serait pas un instant soutenable. Physiologiquement il y a au contraire entre les deux êtres une dépendance intime. Il n'est donc pas étonnant dès lors que l'opération césarienne après la mort de la mère ne donne que de si rares succès.

On oppose des statistiques, mais on sait maintenant ce qu'elles valent; et quand on lit dans l'*embriologie sacrée* de Cangiamila que 21 opérations ont donné 21 succès, il est évident qu'il y a là un grand nombre d'erreurs. M. Devilliers, dans sa thèse de 1839, a réuni dans un tableau 49 faits sur lesquels on n'aurait trouvé seulement que 6 enfants morts : 36 auraient vécu, les uns quelques minutes, d'autres jusqu'à quelques heures; 7 auraient vécu plus ou moins longtemps. Mais en analysant en détail les faits réunis dans ce tableau, je n'ai pas tardé à me convaincre que plusieurs étaient inexacts.

On se fonde enfin sur les observations publiées dans les recueils périodiques. Mais ces observations peuvent-elles donner une idée de la proportion des succès et des insuccès? Qui ne sait qu'on publie en général les cas de succès et que les insuccès restent dans l'ombre? Pour moi, sur le nombre d'opérations césariennes dont j'ai pu avoir connaissance, je n'ai vu qu'une très-petite proportion de succès, bien que ces opérations aient été faites en général dans les meilleures conditions possibles.

Il est une circonstance d'une très-grande importance pour les chances de viabilité de l'enfant, dont on semble ne pas tenir assez compte; c'est la nature de la maladie à laquelle la mère a succombé. Il est telles maladies de la mère qui entraînent nécessairement la mort de l'enfant, avant même qu'elles soient arrivées à leur terme fatal. Dans les fièvres éruptives, par exemple, parmi les maladies aiguës, il est rare que les femmes meurent sans avoir avorté. Ce n'est guère que dans les maladies de très-courte durée, dans les cas de mort subite par rupture du cœur ou des gros vaisseaux, ou par l'introduction de l'air dans les veines, par exemple, que l'on peut réellement espérer de trouver l'enfant encore vivant. Mais comme ces cas sont très-rares, on comprend aussi que ce n'est que très-rarement que l'on a l'occasion de pratiquer l'opération césarienne avec succès.

Pour me résumer sur ce point, je dirai que l'enfant ne survit à sa mère que pendant un temps très-court, quelques minutes, un quart d'heure, une demi-heure au plus. Si plus d'une demi-heure s'est écoulée depuis la mort de la mère, on peut être à peu près certain qu'en pratiquant l'opération césarienne, on trouvera un second cadavre. Cependant, comme en pareille matière il faut être aussi large que possible, j'étendrai volontiers la limite extrême jusqu'à une heure, afin d'obéir à toutes les exigences. Mais je le déclare, au delà de ce terme, quand même la loi me ferait une prescription de pratiquer l'opération, je me refuserais à le faire.

L'opération jugée possible, il reste une question importante à résoudre avant de s'y déterminer. L'enfant est-il vivant ou non? Y a-t-il un moyen certain de s'en assurer? Pour ma part je n'hésite pas à résoudre cette question affirmativement.

Je m'étonne que M. de Kergaradec, qui est l'un des inventeurs de l'auscultation fœtale, n'en ait pas tenu compte dans cette circonstance. Je crois qu'il est établi que chez les femmes qui ont dépassé le sixième mois de la grossesse, on peut toujours entendre les battements du cœur du fœtus, et on les entendra avec d'autant plus de certitude après la mort de la mère qu'ils ne seront masqués alors par aucun autre bruit.

Il est quelques autres points encore que je ne puis omettre. J'ai parlé plusieurs fois incidemment de la difficulté de distinguer positivement la mort réelle de la mort apparente. Si l'on attend pour prendre une détermination les délais prescrits par la loi pour acquérir la certitude de la mort, il est évident que l'on n'opérera jamais, car à cette époque l'enfant aura toujours certainement succombé. Mais personne n'ignore que dans bien des cas, lorsque le médecin surtout a assisté à l'agonie et au dernier soupir de la mère, il y a, sinon une certitude absolue, du moins une si grande présomption que la mort est réelle, qu'il n'y a pas lieu d'hésiter, si l'on a d'un autre côté la certitude que l'enfant est vivant. Dans le cas contraire, il est évident qu'on doit s'abstenir.

Je n'ai parlé jusqu'à présent que de l'opération césarienne; mais j'ai à peine besoin de dire qu'avant de songer à faire cette opération, il faut bien s'assurer s'il n'est pas possible d'extraire l'enfant par les voies naturelles. On a dit que pour procéder dans cette circonstance à l'extraction de l'enfant par les voies naturelles, il fallait qu'il y eût eu déjà un commencement de travail, et que l'orifice utérin fût suffisamment dilaté. On a été beaucoup trop loin à cet égard. Il n'est pas nécessaire du tout que l'orifice soit dilaté. Si la grossesse est à terme,

on peut recourir aux incisions du col. Je ne sais pas même s'il n'y aurait pas lieu de faire l'hystérotomie vaginale, alors même qu'il n'y aurait aucune apparence de commencement de travail.

Voilà, à mon sens, quelles sont les règles, règles exclusivement médicales bien entendu, qui doivent guider les médecins; et quand je dis médecins, j'entends y comprendre les internes de nos hôpitaux, qui, bien que n'ayant pas encore de titre légal pour exercer, offrent en réalité toutes les garanties de savoir nécessaires pour cela, et que leur position particulière met d'ailleurs à même de pratiquer cette opération en temps utile beaucoup plus souvent que les médecins eux-mêmes. C'est ainsi qu'il a été donné à M. Campbell, à M. Bozia, à moi-même et à beaucoup d'autres, de faire l'application des préceptes que je viens de formuler.

J'ai dit que cette question impliquait des intérêts divers. Il y a entre autres des intérêts de succession en cause. Le médecin peut se trouver tiraillé en pareil cas par les intérêts adverses. Il doit alors agir suivant sa conscience.

J'ai peu de choses à dire sur la deuxième partie de la question, celle qui est relative à l'opération césarienne pour les femmes qui meurent pendant le cours de la première période de leur grossesse, c'est-à-dire depuis le commencement jusqu'au sixième mois. Ici la question n'est pas double comme dans le cas qui précède; elle est simple, elle est tout entière religieuse. A ce titre, elle échappe à notre compétence. Cependant je crois qu'il est bon de s'expliquer à cet égard.

Le point de départ pour l'opportunité de l'opération césarienne dans cette première période de la grossesse a varié pour les auteurs sacrés qui se sont occupés de cette question, suivant l'époque de la vie fœtale où a lieu suivant eux l'animation. On sait que Platon admettait que l'âme ne s'unit au corps qu'au moment de la naissance. Aristote pensait que cette union se fait beaucoup plus tôt, mais que le terme n'en est pas le même pour les garçons et pour les filles; il fixait le terme de cette union à quarante jours pour les garçons et à soixante et même quatre-vingts jours pour les filles. L'opinion d'Aristote a été adoptée par saint Augustin, par saint Thomas d'Aquin, et elle a régné jusque vers la fin du dix-septième siècle. Mais une opinion beaucoup plus générale, professée par saint Basile, et qui est adoptée encore aujourd'hui, notamment par le père Dehreyne et par M. de Kergaradec, est celle qui fait remonter l'animation au moment même de la conception. Cette opinion a pour conséquence toute naturelle d'ériger en précepte que l'opération césarienne doit être pratiquée à toutes les époques de la grossesse, même alors qu'elle n'est pas certaine, mais seulement prohahle. On est allé même jusqu'à prescrire de faire exhumer les femmes inhumées en état de grossesse présumée, pour retirer de leur sein le germe que l'on avait lieu de croire y être contenu.

Je n'ai pas hesoin d'insister pour montrer tout ce que de pareils préceptes présenteraient de difficultés, d'impossibilités même dans la pratique. S'est-on bien rendu compte de ce que c'est qu'un germe de vingt jours, d'un mois, de deux, de trois mois même? Se figure-t-on ce que c'est qu'une opération qui consiste à aller chercher dans le fond du petit hassin, pour l'inciser, un utérus qui renferme un germe de quelques jours? Où le chercherа-t-on? Est-ce dans l'utérus, dans la trompe ou dans l'ovaire même? A quoi le reconnaîtra-t-on? Pour moi, si j'étais appelé en pareille occurrence à prêter mon concours, je déclare formellement que je ne ferais jamais l'opération césarienne avant le quatrième mois, et après avoir acquis la certitude absolue de la mort de la mère.

Une dernière question a été soulevée à propos de l'opération césarienne pratiquée dans un but religieux, c'est la question du baptême intra-utérin.

L'Académie de médecine de Belgique a eu à examiner cette question en 1847, à propos d'un travail de M. Thirion, de Namur. L'Académie de Belgique a sagement conclu en se déclarant incompétente. Pour moi, et tout le monde ici sera de cet avis, cette question est tout à fait en dehors de nos attributions. Aussi ne m'y arrêterai-je pas.

Arrivé au terme de cette longue discussion, je vous demande la permission d'en résumer les points les plus saillants par les propositions suivantes:

1° Le médecin est le seul juge compétent de la détermination qu'il croit devoir prendre relativement à l'opération césarienne *post mortem.* La loi lui laisse toute la liberté d'action dont il a besoin, et il serait non-seulement inutile, mais dangereux, de faire inscrire à ce sujet quelque article nouveau dans notre Code.

2° En fixant à cent quatre-vingts jours, ou à six mois révolus, la première époque de la viabilité, on prend la limite extrême. On cherche vainement une observation sérieuse qui prouve qu'on a définitivement conservé à la vie un enfant qui était né avant cette époque.

3° Lorsqu'une femme succombe pendant le cours de sa grossesse, en admettant que son enfant n'ait pas cessé de vivre avant ou en même temps qu'elle, on peut regarder comme certain que celui-ci ne tardera pas à succomber à son tour.

4° Quelques minutes suffisent, en général, pour que sa mort soit consommée. C'est ce que prouvent les faits rigoureusement observés, et ici les faits sont d'accord avec ce que nous enseignent l'anatomie et la physiologie.

5° Toutes les observations qui ont été accumulées pour prouver que plusieurs heures, et même plusieurs jours après la mort d'une femme grosse, on pouvait encore retirer de la cavité utérine un fœtus vivant, ne méritent aucune créance.

6° En fixant à une heure après la mort réelle de la femme le temps que peut continuer à vivre l'enfant encore renfermé dans son sein, je fais une très-large concession que ne justifient ni les faits ni le raisonnement.

7° Le médecin ne doit pas s'en tenir à de simples conjectures; il a à sa disposition un moyen qui est à peu près infaillihle quand on sait l'employer; je veux parler de l'application de l'auscultation.

8° Pour les grossesses qui ont dépassé l'époque de la viabilité, les hattements du cœur fœtal, surtout dans les conditions particulières où on se trouve, sont possibles à constater. Leur absence peut être considérée comme la preuve de la mort de l'enfant, surtout si elle remonte à plusieurs minutes.

9° Quand l'occasion d'opérer paraît convenable, il ne faut le faire qu'après s'être assuré autant que possible de la réalité de la mort de la mère.

10° La nature de la maladie qui a fait succomber la mère a une grande influence sur la vie de l'enfant.

11° Avant de recourir à l'opération césarienne, il importe de s'assurer si l'enfant peut être extrait par les voies naturelles. Il faut préférer la version, l'application du forceps et même les débridements du col toutes les fois que l'état du fœtus permet d'y recourir.

12° C'est à l'homme de l'art seul qu'il appartient de recourir à de semhlahles opérations, et il est bien entendu qu'il faut toujours les pratiquer avec le même soin et les mêmes précautions que s'il s'agissait d'une femme dont la vie ne fût douteuse pour personne.

13° Quand les femmes meurent avant les 180 jours ou l'époque où la viahilité est généralement reconnue, l'opération césarienne perd tout son intérêt scientifique; elle ne soulève plus qu'une question religieuse, celle de l'administration du baptême.

14° Je ne pense pas qu'il soit sage et raisonnahle d'y recourir avant la fin du quatrième mois.

15° De quatre à six mois, ce n'est qu'exceptionnellement que je concevrais qu'on y eut recours, et à la condition qu'on aurait positivement constaté la persistance de la vie de l'enfant.

16° Il serait à désirer que le baptême intra-utérin, à l'aide d'une injection, fût reconnu valahle par les autorités religieuses. Cette pratique serait acceptée par tout le monde et mettrait un terme à toutes les hésitations et à toutes les inquiétudes.

M. TARDIEU. Malgré le très-savant discours que vous venez d'entendre, je persiste à penser que cette question n'est pas du ressort de l'Académie. Je la supplie de se déclarer incompétente, conformément aux conclusions du rapport de la commission. Il y a à cela plusieurs raisons que je me vois obligé d'invoquer. Cette question est née de certains scrupules qu'on est venu soumettre à cette trihune. M. Hatin, dans le travail qu'il vous a lu, a argué des difficultés où pourraient se trouver les praticiens en pareil cas vis-à-vis des règlements administratifs sur les inhumations et sur les autopsies. Mais ces scrupules ne sont nullement fondés. Personne ne peut être arrêté par cette difficulté, qui n'en est réellement pas une, l'opération césarienne n'étant point assimilable à une autopsie. L'administration a résolu depuis longtemps cette question en prescrivant elle-même aux inspecteurs de la vérification des décès de procéder à cette opération dans les circonstances où ils la jugent opportune.

Une autre question a été soulevée et a donné lieu aux mêmes scrupules. On s'est demandé s'il y avait une limite assignable à la viabilité du fœtus, et quelle était cette limite; on est allé plus loin encore, on a voulu savoir à quelle époque commençait l'aptitude de l'enfant à la vie terrestre et à la vie céleste. Si vous voulez me permettre de résumer très-hrièvement mon opinion sur ce premier point, je dirai qu'il est tout à fait impossihle de fixer une limite à la viabilité. On a cherché à fixer une limite d'après la viabilité légale, mais on oublie que cette viahilité légale n'est qu'une fiction. Il n'y a pas, à dire vrai, de viabilité légale. La loi n'a nullement prétendu définir ni de limiter la viabilité. M. Adelon l'a parfaitement hien établi devant vous dans une autre circonstance. Mais il faut le répéter, puisque son avis si autorisé sur ce point ne paraît pas avoir porté la conviction dans tous les esprits. L'article 314, le seul qu'on pourrait invoquer, est relatif seulement au désaveu de la paternité; mais il n'y est pas question des conditions de la viahilité. La loi, en ceci, est pleine de sagesse, car il est impossihle d'assigner scientifiquement une limite précise et invariahle à la viahilité, et de substituer sous ce rapport quelque chose de réel et de certain aux fables dont M. Depaul a d'ailleurs si bien fait justice.

Quant à la viahilité céleste, je ne m'y arrêterai pas. Cela est tout à fait étranger à la science et complétement hors de notre compétence.

Je le répète donc, sous quelque rapport qu'on envisage la question, l'Académie n'a point à se prononcer; elle doit se déclarer incompétente, et laisser le médecin libre d'agir d'après sa conscience et suivant l'opportunité du cas. Il y aurait un danger réel à prescrire l'opération césarienne et à en faire une règle. Le médecin se trouverait par là plus d'une fois en lutte avec les familles, et s'exposerait à ces procès de responsahilité médicale qui ne sont déjà que trop communs. Le médecin doit être laissé d'autant plus lihre en pareille matière qu'il est responsable. Dans aucune occasion, à mon avis, il ne doit recourir à l'opération césarienne sans l'assentiment préalable des familles.

M. ADELON rappelle à cette occasion ce qu'il a déjà dit dans une autre circonstance sur la viabilité légale. Il répète que la loi n'a eu nullement en vue de préciser l'époque de la viabilité. Les trois seuls articles du Code où il en est question n'ont d'autre objet que de garantir la filiation. Ils ne sauraient donc être invoqués dans l'espèce.

M. DEPAUL. J'aurais très-mauvaise grâce assurément à me mettre en désaccord avec MM. Adelon et Tardieu sur une question médico-légale. Aussi n'est-ce pas ce que j'ai fait. Je n'ai rien dit qui soit contraire à leur opinion. J'ai cherché seulement à déterminer, d'après les données scientifiques, l'époque présumable où commence la viabilité réelle.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures et un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La démission de M. Lélut comme médecin de la Salpêtrière, vient de donner lieu à un mouvement dans le personnel médical des hospices d'aliénés. M. le docteur Moreau (de Tours), médecin de Bicêtre, passe à la Salpêtrière, et M. le docteur Marcé, médecin de la ferme Sainte-Anne est nommé à Bicêtre. Quant au service médical de la ferme Sainte-Anne, créé il y a six mois, il est supprimé.

— La commission instituée pour délibérer sur le projet de construction de plusieurs grands asiles d'aliénés pour le département de la Seine, se réunit tous les lundis. On nous assure que dans la séance du 8 avril, MM. Lélut et Moreau (de Tours) se sont très-énergiquement prononcés en faveur du rétablissement du concours spécial pour la nomination des médecins de ces asiles.

— M. le docteur Boucher de la Ville-Jossy vient d'être nommé médecin du chemin de fer de Vincennes, en remplacement de M. Aran, décédé.

— M. Caviole fils, médecin adjoint au lycée impérial de Cahors, vient d'être nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. Caviole père, dont la démission est acceptée, et qui est nommé médecin honoraire.

Ontologie naturelle ou Étude philosophique des êtres, par M. FLOURENS, de l'Académie française. Chez Garnier frères, 6, rue des Saints-Pères.

Entretien sur le mal de mer, et appréciation des divers moyens de traitement proposés contre cette affection, par le docteur A. JOBERT, médecin sanitaire. Brochure de 23 pages. Prix : 50 c. *franco*. Paris, 1861, chez Adrien Delahaye, place de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 18, en face du palais des Beaux-Arts.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 ». Un an. . . 30 ».

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Variole maligne ; mort au deuxième jour de l'éruption. — Epilepsie larvée, ou folie épileptique caractérisée par un état particulier d'excitation du système nerveux. — De l'anesthésie locale par le mélange du chlorhydrate de morphine avec les agents caustiques. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Richet). Amputation dans l'articulation métacarpo-phalangienne ; guérison. — Champignons vénéneux. — Nouvelle note sur l'action des bains à l'hydrofère. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 3 avril. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Variole maligne. — Mort au deuxième jour de l'éruption.

La pratique de la vaccination a rendu peu fréquentes les formes graves de la variole, mortelles quelquefois dans les premiers jours ; aussi avons-nous pensé qu'on trouverait de l'intérêt dans les détails d'anatomie pathologique d'un cas de variole mortelle au deuxième jour de l'éruption, par suite de lésions internes remarquables, qui a été recueilli ces jours derniers au Val-de-Grâce, dans le service de M. Laveran, médecin en chef.

Voici la relation de ce fait, dont nous devons la communication à M. le docteur Noizet, médecin stagiaire, qui a relevé avec le plus grand soin tous les détails de l'autopsie ainsi que les judicieuses réflexions qu'ils ont inspirées à son savant chef de service.

Le nommé S..., du 45e de ligne, âgé de vingt-six ans, entré à l'hôpital le 20 mars, est évacué le lendemain dans le service des varioleux après la visite, de manière que notre confrère ne l'a observé que le 22 au matin.

Dans cet intervalle, le malade, d'après les renseignements recueillis, n'aurait présenté qu'un commencement d'éruption ; son état général même aurait été assez satisfaisant pour qu'il ait pu s'habiller seul et gagner ensuite la nouvelle salle où il était dirigé.

Le 22 au matin, on le trouve dans l'état suivant : la peau est cyanosée, la voix éteinte, le pouls insensible ; quelques points blancs apparaissent sur la peau et dénotent l'existence d'une éruption de variole. On applique des sinapismes sur la poitrine, mais sans aucun résultat ; un quart d'heure après la visite, S... avait succombé.

Autopsie. — Habitude extérieure : pas de traces de vaccination. La peau présente une coloration d'un bleu livide causée par des maculatures sanguines, et l'on distingue à sa surface des élevures vésiculeuses réparties d'une manière assez discrète. Pas d'éruption sur la bouche.

Voies aériennes : l'épiglotte et la partie supérieure du larynx offrent une coloration d'un rouge noirâtre, livide comme la peau ; de plus on constate l'existence de points disséminés sur lesquels l'épithélium, soulevé et devenu opaque, présente l'aspect de vésicules semblables à celles de la peau. La muqueuse bronchique offre une coloration d'un rouge lie-de-vin, avec disposition marbrée par plaques ; l'épithélium est détruit sur quelques points et soulevé sur d'autres par des saillies vésiculeuses. Les poumons présentent extérieurement une coloration marbrée avec des taches foncées. En comprimant le tissu pulmonaire incisé, on fait sortir une grande quantité de liquide spumeux, opalin, qui remplit en partie les bronches de moyen calibre. Dans le poumon droit, le tissu est congestionné ; le poumon gauche résistant à la coupe laisse s'écouler beaucoup de sérosité spumeuse (œdème pulmonaire).

Cœur : on trouve environ 50 grammes de sérosité transparente dans le péricarde. Le sang des cavités droites est très-fluide, comme celui qu'on trouve dans les vaisseaux du poumon. Le cœur est de volume normal.

Foie volumineux, de teinte jaune paille ; sa coupe offre la même coloration et un aspect comme argileux. La vésicule biliaire est distendue par une bile noire et poisseuse.

Rate volumineuse, mesurant environ 18 centimètres de longueur ; son tissu ferme est remarquable par un grand développement des corpuscules de Malpighi.

Reins congestionnés extérieurement, volumineux, très-colorés comme par une putréfaction commençante ; la substance corticale très-congestionnée se laisse déchirer facilement.

Estomac : la portion cardiaque est nettement séparée de la portion pylorique par l'aspect des dispositions anatomiques suivantes : la première offre une coloration rouge disposée par plaques avec quelques points amincis, comme érodés, et présente quelques petites ecchymoses très-rapprochées simulant grossièrement une éruption de pustules. La même disposition de petites ecchymoses disséminées, quoique confluentes, donne à la portion pylorique un aspect comme tigré dû à la différence de couleur des ecchymoses qui tranchent sur une muqueuse d'un blanc mat, saine, quoique un peu tuméfiée.

Le jéjunum offre une coloration livide uniforme (putréfaction commençante). Dans l'iléon, les plaques de Peyer tranchent par une teinte noirâtre sur le tissu injecté ; ces plaques saines ont l'aspect de la barbe fraîchement rasée. (Psorentérie très-développée.) — Le gros intestin présente une lésion comparable à celle de l'estomac, on y voit des taches ecchymotiques moins confluentes que celles de la portion cardiaque et disséminées dans toute l'étendue de cet intestin, mais plus nombreuses à sa partie supérieure.

Observations microscopiques. — La peau, examinée au niveau des taches blanches aplaties qu'ont laissées les vésicules, présente une couche de cellules épithéliales non altérées, très-aplaties ; au-dessous, un liquide très-fluide au milieu duquel nagent des cellules épithéliales, quelques leucocystes très-rares et quelques globules de sang ; au-dessous encore, les coupes successives faites avec un rasoir bien affilé montrent des couches de cellules saines, au milieu desquelles existent des globules de sang déformés.

La rate, examinée au microscope, présente très-peu de leucocystes, mais beaucoup de grandes cellules à noyaux pigmentaires qui rappellent tout à fait les cellules tuberculeuses de M. Lebert. Les cellules du foie sont déformées par des gouttelettes graisseuses ; sur différents points la paroi de la cellule a disparu, et celle-ci n'est plus représentée que par des gouttelettes réunies en petits amas ; d'autre part, autour de la préparation nagent de larges gouttelettes de graisse.

La substance corticale des reins exprimée présente une grande quantité de cellules épithéliales détachées, sans altération apparente.

— Ce malade, observé superficiellement, a présenté d'abord l'apparence d'une variole assez discrète, probablement à cause du développement successif des pustules, puisque après la mort la face offrait l'aspect d'une variole déjà confluente. Quoi qu'il en soit, l'évolution simultanée de lésions ecchymotiques du côté des membranes muqueuses, témoigne de la nature confluente et grave de la maladie, qui a entraîné la mort au deuxième jour de l'éruption.

Il existe peu d'observations de variole aussi rapidement mortelle. Chaussier rapporte le cas d'une femme morte au quatrième jour de l'éruption d'une variole confluente ; à l'autopsie, il trouva dans le larynx et la trachée un grand nombre de boutons (pustules varioliques) semblables par la forme et le volume à ceux qui existaient à la peau. Ces pustules n'étaient pas bornées au larynx et à la trachée, il en existait même dans les principales ramifications bronchiques, dans l'intérieur de la bouche, du pharynx, et au commencement de l'œsophage.

M. Rayer émet un doute sur la réalité de ce que Chaussier appelle pustules, et conteste la possibilité de l'existence de pustules internes. Au point de vue des connaissances anatomiques modernes, la pustule de la peau est le résultat de la prolifération des cellules épithéliales transformées en leucocystes et retenues par la couche épithéliale extérieure, tandis que sur les muqueuses, les cellules, à mesure qu'elles se multiplient, sont entraînées dans la cavité qu'elles tapissent. A ce point de vue, il ne peut se former de pustules persistantes intérieurement ; mais il est au moins remarquable que la lésion des muqueuses se produit sous la forme de lésions déterminées, comme celles de la peau, et cela non-seulement au début de la maladie, mais comme lésion consécutive. En effet, dans les pays chauds, on sait que les ulcérations disséminées du gros intestin compliquent très-souvent la convalescence de la variole, appelée par Grégoire de Tours et les auteurs du cinquième siècle *morbus dysentericus*.

Épilepsie larvée, ou folie épileptique caractérisée par un état particulier d'excitation du système nerveux.

Dans la *Revue* du 16 mars dernier, nous avons rapporté, d'après l'excellent travail de M. le docteur Morel, quelques observations d'épilepsie larvée qui présentaient un double intérêt, et comme spécimen d'une espèce morbide qui n'avait pas encore sa place déterminée dans le cadre nosologique, et comme exemples de ces impulsions irrésistibles qui doivent assurer aux malheureux qu'elles entraînent à des actes de violence le bénéfice de l'irresponsabilité. M. le docteur A. Konarzewski, de Montfrin (Gard), nous adresse à cette occasion la relation d'un fait dont il a été témoin, et qui nous paraît, comme le pense avec raison notre confrère, constituer un cas parfaitement caractérisé du nouveau genre d'épilepsie larvée établi par M. Morel.

Voici ce fait :

M. Konarzewski fut appelé pour donner ses soins au sieur M..., âgé de cinquante ans, fortement constitué, d'un tempérament sanguin ; homme rangé, laborieux, et dont les sentiments et la conduite avaient été jusque-là irréprochables. Cet homme avait été pris tout à coup d'un fond de tristesse et d'une indifférence pour le travail qui contrastaient avec les habitudes de toute sa vie ; son caractère, bon et affectueux, était devenu irascible et bizarre. Ce changement subit préoccupait beaucoup sa famille, surtout lorsqu'à certaines époques fixes et régulièrement mensuelles, qu'on était convenu de rapporter à l'influence lunaire, on le voyait en proie à une exaltation morale effrayante. Il parcourait alors les rues à reculons, parlant à voix basse, s'emportant en invectives et en menaces contre les passants. Cet état était, en général, de courte durée, et faisait place au bout de quelques instants à une grande prostration et à un état de stupeur et d'égarement tout à fait semblable à celui qui suit ordinairement un accès d'épilepsie.

Parmi les phénomènes les plus alarmants, se faisait remarquer surtout une irritabilité excessive qui se traduisait constamment par la violence et la colère, à ce point que dans un de ces paroxysmes il jeta sa femme par la fenêtre. Celle-ci fut heureusement recueillie par les personnes que ses cris avaient attirées.

Enfin, dans un dernier paroxysme, les phénomènes délirants et l'exaltation furent poussés si loin, que s'étant échappé de sa maison, il rencontre sur son passage un charretier qu'il étend roide mort d'un coup de bâton dont il s'était muni avant son départ. Aucun motif de haine ni de vengeance ne pouvait être admis, car l'individu qui avait succombé victime de sa fureur lui était complètement étranger.

Traduit pour ce fait devant les tribunaux, il fut reconnu que cet acte avait le caractère d'instantanéité et d'impulsion irrésistible, et que d'ailleurs toutes les manifestations délirantes et agressives se rattachaient à l'ensemble des symptômes qui constituent la folie épileptique. Par conséquent, il ne fut point condamné.

Depuis ce moment, cet homme est revenu à son état normal et n'a plus eu de crises violentes ; mais les accès conservent la même régularité mensuelle et sont toujours suivis de la période d'abattement et de stupeur.

De l'anesthésie locale par le mélange du chlorhydrate de morphine avec les agents caustiques.

Nous avons parlé dernièrement d'une tentative d'anesthésie locale faite en notre présence par M. le docteur Amussat avec la pâte de caustique Filhos, additionnée de chlorhydrate de morphine, dans un cas de procidence partielle de la muqueuse rectale chez une femme qui avait été opérée quelque temps auparavant d'une fissure à l'anus avec contracture très-forte du sphincter, par la dilatation.

On se rappelle qu'il s'agissait de détruire un appendice charnu, aplati, du volume d'un gros haricot, d'une consistance assez ferme, et que son séjour prolongé à l'extérieur avait rendu muco-cutané. M. Amussat se servit à cet effet d'une de ses premières pinces à rainures, d'un millimètre de large sur quatre centimètres de long, dont les rainures étaient garnies de pâte de caustique Filhos saupoudré de 4 milligrammes de poudre de chlorhydrate de morphine.

Le résultat, sans être précisément décisif, nous parut cependant de nature à encourager à de nouveaux essais. La malade, en effet, qui dans l'opération qu'elle avait précédemment subie avait donné des marques non douteuses d'une excessive sensibilité, nous affirma n'avoir point souffert. Nous crûmes, en conséquence, devoir engager notre confrère à poursuivre ces essais.

Voici quelques faits nouveaux recueillis depuis, et qu'il a bien voulu nous communiquer :

Le 23 février dernier, il a été consulté par une jeune femme ayant un rétrécissement du rectum avec fistule recto-vaginale, et au bord de l'anus un trajet fistuleux sous-cutané d'un centimètre et demi environ. Suivant le désir de la malade, il fut convenu que l'on chercherait à guérir d'abord ce trajet fistuleux par la cautérisation linéaire. Comme la peau qui formait la paroi externe du trajet fistuleux était assez mince, on ne remplit de pâte de caustique Filhos qu'une seule rainure de la pince dans une étendue de 2 centimètres, et on la saupoudra de 4 milligrammes de chlorhydrate de morphine.

La malade placée comme pour l'opération ordinaire, notre confrère introduisit dans la fistule la rainure vide, et appliqua l'autre dans sa partie garnie de caustique contre la paroi externe, de manière que tout le pont cutané fût en rapport avec la pâte calcio-potassique. Cuisson d'abord ; on serre modéré-

ment la pince, la sensation de pression domine. Après quatre minutes, la pince est retirée, et un peu de coton appliqué sur la ligne grisâtre indiquant la portion cautérisée. Cuisson légère : petit bain local avec de l'eau fraîche ; la cuisson disparait pendant deux heures, et revient alors ; le travail d'élimination de l'eschare commence et marche rapidement : petits bains locaux et cataplasmes. Le lendemain, le pont cutané était presque complétement coupé. Le 26, plaie complète. Pansement ordinaire.

A la même époque, M. Amussat, ayant à appliquer un cautère sur la région lombaire d'un enfant pour une affection vertébrale, saupoudra l'extrémité d'un bâton de caustique Filhos de 5 milligrammes de chlorhydrate de morphine, et l'appliqua ainsi au point indiqué pendant trois minutes. La cuisson, suivant l'enfant, ne différa pas beaucoup de celle ressentie dans des applications de caustique prudentes, mais dura peu et bien moins longtemps qu'après les autres cautérisations.

Enfin, le 12 mars dernier, notre confrère est consulté par une jeune femme qui porte depuis plusieurs années un décollement de la paroi antérieure du vagin, sous le canal de l'urèthre, d'une profondeur de 3 centimètres et demi environ. Il pense que le procédé le plus convenable pour ouvrir la paroi extérieure de ce décollement est la cautérisation linéaire. L'orifice du décollement, étant presque capillaire, fut cautérisé avec la pointe effilée d'un petit caustique Filhos.

Le 17, une pince porte-caustique à rainures étroites garnies de lames protectrices (voy. *Gazette des Hôpitaux*, 3 mars 1853) est placée une branche à l'intérieur et l'autre à l'extérieur de la paroi externe du décollement. Les rainures avaient été remplies d'une pâte faite avec de la fécule de pomme de terre et de l'alcool, saupoudrée de 8 milligrammes de chlorhydrate de morphine. La pince bien placée, les lames protectrices furent retournées de manière à mettre la pâte anesthésique à découvert, et l'instrument fut laissé en place dix minutes. On le remplace alors par la pince indiquée plus haut, dont les rainures sont garnies de pâte de caustique Filhos dans une étendue de 2 centimètres, saupoudrée de 6 milligrammes de chlorhydrate de morphine. Cuisson légère pendant et après la cautérisation, mais de courte durée.

La malade, qui habite les environs de Paris, retourne immédiatement chez elle. Une petite portion de la partie profonde du décollement n'ayant pas été atteinte par la pince, une seconde application fut faite le 21, mais sans employer au préalable la pâte de fécule de pomme de terre et de chlorhydrate de morphine. Même phénomène que précédemment ; cuisson un peu plus vive après l'opération que la fois précédente, mais n'ayant pas duré plus longtemps.

Ces résultats, bien que trop peu nombreux pour asseoir un jugement définitif, nous semblent cependant constituer déjà un certain degré de présomption en faveur de l'utilité qu'on pourrait tirer peut-être de cette pratique. Mais les expériences sur les animaux nous semblent utiles pour savoir jusqu'à quel point le sel morphinique peut être absorbé pendant l'action du caustique. Nous croyons savoir que notre confrère se propose de faire ces expériences.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Richet.

Amputation dans l'articulation métacarpo-phalangienne. Guérison. Conservation des mouvements dans le pouce restant (1).

La malade que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société est entrée le 22 janvier dernier dans mon service, pour être opérée d'un pouce surnuméraire, qui gênait les mouvements de la main, au point de l'empêcher de retenir les corps qu'elle avait saisis.

Cette difformité ne se retrouve chez aucun de ses parents ; et si elle désire en être débarrassée, c'est bien plus encore à cause de la répulsion qu'inspire sa difformité à toutes les personnes qui l'approchent, qu'à cause de la gêne qu'elle en éprouve.

Lorsqu'on examine la main gauche, on observe à la place du pouce deux appendices digités, dont l'un, situé en dedans, plus volumineux, se continue avec le métacarpien par sa direction, et exécute à peu près tous les mouvements que l'on rencontre dans le pouce normal, et l'autre, plus court, plus grêle que le précédent, au côté externe duquel il est situé, offre le même type dans sa forme ; c'est évidemment le pouce surnuméraire.

Ces deux doigts s'articulent avec le métacarpien par une articulation qu'on reconnaît facilement être commune, et tous les deux exécutent des mouvements de flexion et d'extension simultanément, mais cependant jusqu'à un certain point indépendants, puisque quand on maintient l'un des deux doigts, l'autre se redresse et s'infléchit isolément.

Le pouce surnuméraire et le pouce normal sont recouverts par la peau, qui leur forme une enveloppe commune dans l'étendue de 2 centimètres ; à partir de cet endroit, ils s'écartent à angle aigu.

Pour éviter la dénudation du pouce qui doit rester, je pratique à la face externe du pouce surnuméraire une incision longitudinale, commençant à un demi-centimètre en arrière de l'articulation métacarpo-phalangienne, et se prolongeant en avant jusqu'au voisinage de l'articulation phalango-phalangienne. Puis de l'extrémité de cette dernière part une deuxième incision oblique, qui contourne ce pouce surnuméraire et revient rejoindre la première au point de départ. Je dissèque alors la phalange et je désarticule en rasant la tête du métacarpien.

Je constate alors que les deux articulations du pouce normal et du pouce surnuméraire communiquent. Un tendon fléchisseur assez volumineux et un tendon extenseur un peu plus grêle sont successivement coupés ; je suis obligé de lier une artère collatérale externe, qui donnait un jet de sang assez notable.

(1) Cette observation a été lue, ainsi que la suivante, à la Société de chirurgie dans la séance du 3 avril.

La plaie est ensuite réunie avec des bandelettes de diachylon, et le pouce restant se trouve ainsi parfaitement recouvert.

La malade est ensuite soumise à une irrigation continue d'eau tiède pour prévenir toute inflammation. Aujourd'hui, après quelques accidents insignifiants, la plaie, comme vous pouvez le voir, est si parfaitement réunie, qu'il faut quelque attention pour découvrir le point où s'attachait le pouce surnuméraire.

Néanmoins on peut encore sentir à travers la cicatrice la fausse articulation sur laquelle il glissait, et déjà le pouce normal tend à se reporter en dehors, grâce à un appareil inamovible, qui a été appliqué pour l'attirer et le maintenir dans l'abduction, en l'écartant du doigt indicateur, vers lequel il avait de la tendance à se porter.

Déjà les mouvements reparaissent, et la malade peut commencer à se servir de son pouce et à saisir les objets sans éprouver de douleur. Mais, comme elle le dit elle-même, il faut qu'on fasse son éducation pour qu'il puisse remplir ses fonctions d'une manière satisfaisante.

L'examen de la pièce que je soumets à la Société démontre :

1° Une facette articulaire concave qui correspondait à une facette convexe située sur la tête du métacarpien, laquelle permettait des mouvements d'opposition de ce pouce aux quatre autres doigts, mouvements imparfaits il est vrai.

2° L'existence de deux tendons, l'un fléchisseur plus fort que l'extenseur ; tous les deux viennent s'insérer à la base de la phalangine. N'oublions pas de rappeler que les mouvements de flexion étaient bien plus étendus et plus énergiques que ceux d'extension, ce qui s'explique par la différence de volume entre les deux tendons.

3° On découvre sur les parties latérales de la première phalange deux filets nerveux d'un volume relativement assez notable, dont les ramifications peuvent être suivies dans la pulpe unguéale et jusque dans la graisse assez abondante qui recouvre en avant la deuxième phalange.

4° Une artère collatérale externe assez volumineuse ; point de collatérale interne.

Cette observation m'a paru curieuse en ce qu'elle démontre que ce pouce surnuméraire ne différait en rien, excepté en ce qui concerne la collatérale externe et l'absence d'insertion des muscles propres de l'éminence thénar, d'un pouce normal. L'examen attentif de la malade avant l'opération m'a paru démontrer que les tendons dont était pourvu ce doigt n'étaient que la bifurcation des tendons qui se rendaient à l'autre pouce ; effectivement, lorsque les deux pouces étaient libres, ils se fléchissaient et se redressaient, ainsi que je l'ai dit, simultanément, et l'on voyait alors distinctement les deux cordes tendineuses dorsale et palmaire converger vers la base du métacarpien, où elles semblaient se réunir pour n'en plus former qu'une seule.

Quant aux muscles propres du pouce, je veux dire ceux de l'éminence thénar, ils n'envoyaient aucun prolongement au pouce surnuméraire. C'est là ce qui explique pourquoi il ne suivait pas *tous les mouvements* du pouce normal, pourquoi par conséquent il était un obstacle à l'accomplissement facile des mouvements de préhension.

Enfin, je ferai remarquer combien le procédé employé a facilité la réunion exacte des lèvres de la plaie, en même temps qu'il a permis de recouvrir de lambeaux suffisants le pouce restant. La difformité s'est ainsi trouvée réduite à une cicatrice linéaire bien peu visible. Je ne dois pas oublier non plus de noter que c'est grâce à l'irrigation continue que nous avons pu obtenir une réunion presque immédiate et sans suppuration, d'où la possibilité de conservation des mouvements malgré la communication des deux articulations.

Bec-de-lièvre double et vice de conformation fort intéressant de la lèvre inférieure.

J'ai l'honneur de présenter à l'examen de mes collègues une enfant du sexe féminin, âgée de huit jours, atteinte de bec-de-lièvre double avec saillie de l'os intermaxillaire sans division de la voûte. Mais ce n'est pas sur cette difformité que j'attire l'attention de mes collègues, c'est sur une conformation singulière de la lèvre inférieure. De chaque côté de la ligne médiane, et séparés par le sillon médian, on voit deux orifices s'ouvrant sur le bord libre de la lèvre, un peu plus près de la face interne que de la face externe. Ils peuvent admettre l'extrémité d'un petit stylet de trousse, lequel, après s'y être engagé, parcourt un canal qui fait suite à l'orifice et occupe toute la hauteur de la lèvre jusqu'au voisinage de l'attache du repli muqueux qui unit cette lèvre au maxillaire. Ces deux canaux sont isolés et séparés par une membrane assez mince, ainsi qu'on peut s'en assurer en introduisant un stylet dans chaque orifice.

Lorsqu'on presse la lèvre de bas en haut, on exprime du canal une petite gouttelette de mucus transparent et filant, qui ne se renouvelle qu'à un intervalle assez long. Quand l'enfant crie ou fait effort, la muqueuse du canal semble s'exprimer à travers l'orifice qui paraît pourvu comme d'une espèce de sphincter. Ce phénomène a quelque rapport avec l'expulsion de la muqueuse du rectum chez le cheval, lors de la défécation.

C'est la quatrième fois que pareille conformation se présente à mon observation, et je ne sache pas cependant qu'aucun auteur classique en ait fait mention. Je vais résumer en quelques mots l'histoire des trois premiers faits.

En l'année 1856, je remplaçais à l'Hôtel-Dieu le professeur Roux, lorsqu'un confrère, M. le docteur Lantenois, m'amena une jeune fille de huit ans affectée d'un bec-de-lièvre double avec saillie de l'os intermaxillaire et fissure de la voûte palatine. Sur la lèvre inférieure existaient deux pertuis par lesquels s'écoulait du mucus transparent et visqueux lorsqu'on pressait la lèvre de bas en haut. Ces deux orifices, situés de chaque côté de la ligne médiane, pouvaient facilement admettre un gros stylet de trousse, lequel s'enfonçait dans un canal ou infundibulum aboutissant sur les côtés du frein de la lèvre inférieure, exactement comme dans le cas actuel. Vivement frappé de cette particularité, j'adressai des questions à la mère, qui accompagnait son enfant, et j'appris d'elle qu'elle-même avait été atteinte de la même difformité que sa fille, c'est-à-dire d'un bec-de-lièvre double dont elle avait été opérée dans sa jeunesse, et qu'elle était affectée encore actuellement de la même conformation de la lèvre inférieure. Effectivement je m'aperçus bientôt en l'examinant que sa lèvre inférieure renversée en dehors, et d'autant plus renversée que la supérieure, qui portait les traces évidentes de l'opération autrefois pratiquée, était comme appliquée contre les dents supérieures, offrait sur la ligne médiane deux pertuis en tout semblables à ceux que nous remarquions chez sa fille, lesquels pertuis n'étaient que l'orifice de deux conduits parcourant toute la hauteur de la lèvre, ainsi qu'il nous fut facile de nous en assurer en les sondant.

Voyant alors que mon attention se fixait sur cette particularité, elle m'apprit que sa mère à elle, c'est-à-dire la grand'mère de l'enfant, avait été opérée par Dupuytren d'un bec-de-lièvre double, et qu'elle avait la même disposition qu'elle à la lèvre inférieure. Elle m'offrit d'ailleurs, si cela m'intéressait, de me la faire voir, ce que j'acceptai avec empressement.

Chez ces deux femmes, la saillie avec renversement que formait la lèvre inférieure était vraiment repoussante, d'autant plus que par les deux pertuis signalés précédemment il s'écoulait de temps à autre une gouttelette de mucus qu'elles étaient obligées d'essuyer assez fréquemment. Aussi la mère de l'enfant me déclarait-elle qu'elle tenait autant à faire disparaître la difformité de la lèvre inférieure que celle de la lèvre supérieure.

En présence d'une volonté aussi fermement exprimée, et surtout en raison de la déformation que présentaient la mère et la grand'mère de l'enfant, mon parti fut bientôt pris, et je fis successivement, et à plusieurs semaines d'intervalle, l'ablation de l'os intermaxillaire saillant, la réunion de la lèvre supérieure, et enfin l'excision de la partie médiane de la lèvre inférieure. Je ne veux entretenir la Société que de cette dernière opération et du résultat de l'investigation anatomique à laquelle je me livrai sur la portion retranchée de la lèvre.

L'opération fut très-simple. Je circonscrivis avec des ciseaux à bec-de-lièvre, par une incision en V, toute la portion médiane de la lèvre comprenant les pertuis et les deux canaux leur faisant suite ; puis je réunis par la suture à points passés. Le résultat de cette deuxième opération fut aussi satisfaisant que possible, et comme la première opération avait complétement réussi, la restauration fut complète.

Voici maintenant ce que me démontra l'examen de la pièce anatomique : les deux canaux faisant suite aux deux orifices étaient situés dans l'épaisseur de la lèvre, mais cependant beaucoup plus près de la face muqueuse que de la face cutanée ; ils étaient, vers le bord libre, séparés par un intervalle de 2 à 3 millimètres environ ; mais au fur et à mesure qu'ils descendaient, ils se rapprochaient au point de n'être plus séparés à la partie inférieure que par un repli muqueux ; mais nulle part ils ne communiquaient. Ils représentaient donc la forme d'un V à base tournée du côté du bord libre de la lèvre.

Ils se terminaient inférieurement par un cul-de-sac sans aucun pertuis ou orifice, et nulle part on ne voyait, soit à l'œil nu, soit à la loupe, sur la muqueuse très-lisse qui les tapissait dans toute leur étendue, le moindre orifice de follicules ou de canaux glandulaires. Néanmoins, je dois dire que je n'ai point examiné cette muqueuse au microscope ; c'est là une lacune que des observations ultérieures devront combler.

Telles sont les particularités qu'il m'a été donné d'observer. Je me bornerai pour aujourd'hui à deux seules réflexions qui m'ont été suggérées par l'identité de la déformation dans ces quatre cas. La première, c'est qu'il est bien difficile de ne pas admettre qu'elle soit due à un arrêt de développement, c'est-à-dire à la persistance d'un état transitoire de l'embryon, état non encore étudié, et sur lequel il faut que soit appelée l'attention des savants qui s'occupent d'embryogénie. Ce n'est pas d'ailleurs la première fois que l'observation des faits cliniques aurait mis sur la voie de la découverte des phénomènes de l'évolution embryonnaire. La deuxième, c'est que cette conformation n'est peut-être pas sans quelque rapport avec le bec-de-lièvre de la lèvre inférieure, encore si mal connu et si peu étudié. Mais on doit comprendre avec quelle réserve j'émets ces deux hypothèses, que des faits ultérieurs se chargeront, sans aucun doute, de renverser ou de consolider.

Depuis que cette communication a été faite à la Société, j'ai eu l'occasion de revoir M. le docteur Lantenois, qui m'a confirmé tous les renseignements dans lesquels je suis entré, et qui m'a appris que la jeune enfant qui fait le sujet de la note de M. Demarquay dans la *Gazette médicale* de 1847, avait été présenté par lui à Blandin, et qu'il était le frère de la jeune personne que nous avons opérée ensemble en 1856. Ce jeune enfant était, comme sa grand'mère, sa mère et sa sœur, affecté de bec-de-lièvre double, et de plus, avait aussi cette singulière conformation de la lèvre inférieure signalée précédemment, et sur laquelle notre collègue M. Demarquay avait, de son côté, appelé l'attention, mais seulement d'une manière incidente.

A propos de la présentation de cette malade à la Société de chirurgie, M. Béraud a rapporté l'observation suivante :

La communication de M. Richet me paraît très-intéressante et mérite à tous égards de fixer l'attention de la Société. Elle me rappelle un fait parfaitement semblable que j'ai mis sous les yeux de la Société de biologie il y a environ trois ans. Il s'agissait d'une fille de six ans, affectée d'un vice de conformation de la lèvre inférieure, et dont voici l'histoire succincte :

Née en Bourgogne, de parents bien conformés, cette petite présenta en naissant un bec-de-lièvre double et un pied bot équin très-prononcé. Elle fut opérée de son bec-de-lièvre par un chirurgien de la localité. La réunion eut lieu, mais elle ne fut pas régulière, en ce sens que la lèvre est encore aujourd'hui déchiquetée sur son bord libre. Plus tard, ses parents, étant venus habiter Paris, l'ont placée à l'hôpital de la Charité, où elle fut opérée par M. Giraldès, qui lui fit, je crois, la section du tendon d'Achille.

Relativement à son vice de conformation de la lèvre inférieure, il est congénital, et voici en quoi il consiste : sur le bord libre de cette lèvre, de chaque côté de la ligne médiane, on voit deux orifices ayant environ 2 millimètres de diamètre. Par ces ouvertures, s'échappe un mucus filant et abondant. Si par ces orifices on introduit un stylet de trousse, on peut parcourir toute la hauteur de la lèvre, et l'on sent que l'on arrive dans un cul-de-sac. L'on remarque cependant que l'un de ces canaux est plus profond que l'autre.

La situation de ce canal double est plus rapprochée de la muqueuse que de la peau. En effet, quand le stylet est dans le canal, on en voit la pointe mousse sous la muqueuse soulevée. Ces deux canaux sont plus rapprochés par leur extrémité profonde que par leur extrémité libre. Il en résulte que la cloison qui les sépare est très-mince en bas et plus épaisse en haut, et qu'elle a la forme triangulaire. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que ces canaux sont très-dilatables. Quand la jeune fille rit, les orifices se ferment ; quand elle fait la moue, ils deviennent très-saillants.

Ce vice de conformation m'avait beaucoup préoccupé, et je voulus savoir s'il ne se rattachait pas à quelque état embryogénique encore

connu. Je fis des recherches dans ce sens. Dans une conversation que j'eus avec M. Demarquay, j'appris de lui qu'il avait déjà observé et publié un fait dans la *Gazette médicale*. Je trouvai, en effet, dans ce journal une observation où ce vice de conformation était bien décrit. Je voulus aussi m'assurer si dans le bec-de-lièvre double, simple ou compliqué, on rencontrait souvent ce vice de conformation de la lèvre inférieure. J'examinai dans cette intention tous les becs-de-lièvre qui sont dans le Musée des hôpitaux, et je ne constatai point la présence de cette affection, même dans le cas de bec-de-lièvre double. Dans le même but, je priai M. Houel de bien vouloir me permettre de visiter le Musée Dupuytren, et sur tous les becs-de-lièvre qui existent dans cet établissement, je n'ai pu rencontrer de vice de conformation semblable à celui que je venais d'observer sur cette petite fille.

Il m'est donc démontré que ce vice de conformation est loin d'être fréquent, et qu'il serait aujourd'hui difficile de le rattacher à un état embryonnaire connu.

Ce fait m'avait aussi préoccupé au point de vue chirurgical. En présentant la jeune fille à la Société de biologie, je consultai les chirurgiens présents à la séance sur l'opportunité de l'opération. Tous, et M. Broca entre autres, furent d'avis qu'il ne fallait pas intervenir. Je me rangeai d'autant plus volontiers à cet avis que, la jeune fille présentant beaucoup d'autres vices de conformation, en supposant qu'on fût assez heureux pour lui enlever celui-là, elle n'en aurait pas retiré un grand bénéfice, attendu que celui de la lèvre supérieure, malgré la réunion des bords de la solution de continuité, était encore très-difforme.

CHAMPIGNONS VÉNÉNEUX.

M. Foucart a rappelé dans le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux* les expériences intéressantes sur les champignons vénéneux faites par M. Gérard, en présence d'une commission du Conseil d'hygiène publique et de salubrité. Il résulte de ces expériences et d'autres beaucoup plus anciennes, qu'il est possible de rendre inoffensifs les champignons les plus dangereux, soit par des lavages à l'eau chaude, soit au moyen d'une dissolution acide ou de sel marin. M. Foucart recommande avec raison ce moyen, et il ajoute : « Qu'il est plus facile de rendre innocents les champignons vénéneux que d'apprendre à distinguer les bonnes espèces des mauvaises, et que la neutralisation du principe vénéneux est *le moyen véritablement pratique.* »

Si M. Foucart veut bien relire l'Instruction rédigée par le Conseil de santé des armées, il reconnaîtra que ces *deux moyens* ont été indiqués. En effet, après avoir tracé les caractères généraux qui permettent de distinguer souvent les champignons comestibles de ceux qui sont vénéneux, on a recommandé sous le titre : *Préparation des champignons*, l'emploi de l'eau acidulée et de l'eau bouillante, comme l'atteste le passage suivant que je cite textuellement :

« Lorsqu'on veut faire usage de champignons sur la qualité desquels il reste des doutes, il *importe*, avant leur préparation, de les laver convenablement avec de l'eau acidulée par le vinaigre. Pour cela, on les coupe par tranches et on les laisse *macérer pendant une heure* dans de l'eau vinaigrée composée d'un litre d'eau et de trois cuillerées de vinaigre. On les lave ensuite avec de *l'eau bouillante*, puis on les apprête. Il résulte d'expériences certaines (celles de M. Gérard) que les champignons les plus dangereux, tels que la fausse oronge et l'agaric bulbeux, peuvent perdre leurs principes vénéneux, quand on les traite préalablement par l'eau vinaigrée. »

Le seul inconvénient que présente ce moyen, c'est qu'il est difficile de déterminer le moment où tout le principe toxique est entraîné. Si l'on fait bouillir longtemps les champignons dans l'eau vinaigrée, si on les lave plusieurs fois à l'eau bouillante, on parviendra sans doute à enlever la matière vénéneuse ; mais, au lieu d'un champignon savoureux et parfumé, il ne restera plus qu'une substance coriace et sans goût. Cependant elle n'agira pas sur l'économie, et c'est le but que nous voulons atteindre. POGGIALE.

— Un seul mot de réponse à mon honorable et savant confrère :

Les moyens d'enlever aux champignons vénéneux leur principe toxique (et non pas de le neutraliser), sont, en effet, connus depuis longtemps dans la science, comme le prouvent les passages de Paulet (1793) que j'ai cités. Mais ils semblaient si complétement oubliés que l'on doit savoir gré à M. Gérard d'avoir démontré leur efficacité d'une manière authentique en présence du Conseil d'hygiène et de salubrité.

Ces moyens, je ne reproche pas aux auteurs de l'*Instruction* de les avoir passés sous silence, mais seulement de les avoir relégués au second rang, et de ne les avoir mentionnés que d'une manière accessoire, en quelque sorte, tandis que c'est sur eux qu'il eût fallu, à mon avis, surtout insister. Enfin, je pense qu'il eût mieux valu, dans le document dont il est question, ne pas indiquer de caractères généraux pour différencier les bonnes espèces de champignons des mauvaises, puisque, de l'aveu de tous les chimistes et naturalistes, ces caractères n'existent pas.

Reste la question culinaire. Il est vrai qu'après cette préparation les champignons ont perdu une partie des qualités appréciées par les gourmets. Mais il paraît que ceux qui ont déterminé l'accident de Corte n'étaient pas très-bons, puisque les officiers leur ont reproché d'être excessivement salés. Et enfin, fussent-ils moins savoureux et moins parfumés, fussent-ils même un peu coriaces, ce que nous avons dit encore, cela ne vaudrait-il pas mieux que d'être un poison? — Dr A. FOUCART.

NOUVELLE NOTE SUR L'ACTION DES BAINS A L'HYDROFÈRE,

à propos d'un mémoire récemment communiqué à l'Académie de médecine sur la pulvérisation des Eaux-Bonnes;

Par M. le docteur TAMPIER.

M. le docteur de Pietra-Santa a adressé à l'Académie de médecine un mémoire qui tend à infirmer l'action thérapeutique des eaux sulfureuses pulvérisées. Il ne s'agit, à la vérité, dans ce travail, que des Eaux-Bonnes. Mais n'est-il pas infiniment probable que l'altération remarquée dans celles-ci doit s'étendre à d'autres eaux minérales? M. de Pietra-Santa s'est uniquement occupé de la pulvérisation au point de vue de l'inhalation. C'est dans la chambre dite *de respiration* des Eaux-Bonnes que les analyses rapportées ont eu lieu. Mais plus d'un lecteur ne pensera-t-il pas que la même altération doit se produire dans les bains d'eau pulvérisée ou bains à l'hydrofère?

Les conclusions de M. de Pietra-Santa se résument ainsi :

1° Dans l'acte de pulvérisation, l'eau de Bonnes descend de 31° à 17° ou 18°;

2° L'élévation à 60° de l'eau de Bonnes lui fait perdre une partie de sa sulfuration;

3° Par la pulvérisation l'eau de Bonnes perd une très-grande quantité de sulfure de sodium.

Examinons rapidement ces conclusions, et d'abord la première. La constatation du refroidissement que la pulvérisation fait subir à un liquide quelconque, appartient à M. Mathieu (de la Drôme), inventeur du bain à l'hydrofère. Il observa, il y a plus de deux ans, qu'en broyant de l'eau, elle descendait, quelle que fût sa température première, à 16 ou 17° environ, suivant que l'air ambiant était plus ou moins sec. Que l'on brise de l'eau chauffée à 50°, à 60°, à 100°, sa température s'abaissera uniformément à 16 ou 17°.

M. Mathieu (de la Drôme) ne pouvait songer à donner des bains à 16 ou 17°. Il y avait là un obstacle, il fallait le vaincre ; le moyen en fut bientôt trouvé.

Le refroidissement des liquides pulvérisés tient, on le comprend, à ce qu'une certaine quantité de ces liquides passe à l'état de vapeur. En opérant la pulvérisation dans une atmosphère étroitement *confinée*, préalablement saturée de vapeur d'eau, l'inconvénient est écarté. Il suffit de placer le baigneur dans une boîte analogue à celles dont on se sert pour les fumigations, et de mêler à l'eau contenue dans cette boîte une certaine quantité de vapeur d'eau pour prévenir toute évaporation nouvelle et, partant, le refroidissement signalé par M. de Pietra-Santa. Telle fut la solution imaginée par M. Mathieu (de la Drôme), qui, après avoir découvert le mal, sut découvrir le remède.

Si beaucoup de médecins pensent, avec M. de Pietra-Santa, qu'il peut y avoir quelque danger en été, par exemple, lorsque le thermomètre marque 30 ou 35°, à diriger sur la face des malades et à leur faire respirer de la poussière d'eau à 16 ou 17°, ils éviteront ce danger en conseillant l'hydrofère, qui est tout à la fois un appareil de balnéation et de respiration, qui réunit les deux modes de traitement en un seul, et administre la poussière d'eau exactement à la température prescrite par l'ordonnance du praticien.

M. de Pietra-Santa dit, en second lieu, que l'élévation de l'eau de Bonnes à 60° lui fait perdre une partie de sa sulfuration. Soit. Mais à quoi bon une température de 60°? Le bain à l'hydrofère, de même que celui de la baignoire, se donne entre 28 et 38°, suivant la nature de l'affection sur laquelle on veut agir. Il y a loin de là à la limite indiquée comme funeste par M. de Pietra-Santa. Ne nous arrêtons pas à des dangers purement hypothétiques.

Enfin, M. de Pietra-Santa dit que par sa pulvérisation l'eau de Bonnes perd une très-grande partie du sulfure de sodium qui constitue sa principale richesse minérale. Il est évident que si l'on abaisse subitement de 31 à 16 ou 17° la température d'une eau minérale, en faisant passer une partie de cette eau à l'état de vapeur, il doit y avoir là une cause d'altération et de décomposition. L'évaporation est elle-même une véritable décomposition, et il était inutile de se livrer à des analyses chimiques dans la salle de respiration de Bonnes pour se convaincre de cette vérité élémentaire. Mais où il n'y a pas de refroidissement, parce qu'il n'y a pas d'évaporation, où pourrait être la cause de décomposition?

Au reste, l'hydrofère a en sa faveur mieux que des analyses chimiques, il a l'observation clinique.

L'hydrofère fonctionne d'une manière régulière depuis sept ou huit mois à l'hôpital Saint-Louis. Il faut croire que les résultats y sont satisfaisants, puisque le 6 mars dernier MM. les médecins de cet hôpital adressaient à l'administration de l'assistance publique une lettre collective, revêtue de leurs six noms, pour réclamer de nouveaux appareils, afin de donner une plus grande extension au nouveau mode de balnéation, dont ils déclarent avoir *tous* reconnu l'utilité.

L'hydrofère fonctionne également depuis dix mois environ dans l'établissement de la rue Taranne, où se donnent chaque jour des bains d'eaux sulfureuses, d'eaux alcalines, d'eaux salines (eaux naturelles, bien entendu), et des bains composés.

Comment une eau minérale, en passant à l'état de poussière, peut-elle acquérir des propriétés curatives qu'elle n'avait pas auparavant? Grande question digne de l'intérêt de tous les esprits investigateurs.

Le bain de poussière d'eau, ou de pluie extrêmement fine, est le bain de la nature, celui qui fait croître les végétaux, qui couvre la terre de verdure, celui que recherchent en été les animaux.

Le même bain appliqué à l'homme à sa baignoire ordinaire de nombreux avantages, sur lesquels je serais heureux d'attirer l'attention d'un médecin aussi distingué que M. de Pietra-Santa :

1° L'absence de pression. Une foule de personnes, que fatigue la masse d'eau contenue dans la baignoire, s'accommodent parfaitement de l'hydrofère.

2° La percussion ou, pour mieux dire, la titillation incessante des globules d'eau sur la peau du baigneur ; titillation qui exerce tout à la fois une action sédative sur le système nerveux, et une action résolutive dans les cas de congestion et d'engorgement, causes fréquentes de la plupart des maladies ; quelques bains à l'hydrofère suffisent pour rendre cette double action manifeste.

3° Le renouvellement incessant de l'eau, qui produit aussi une excitation salutaire sur la peau, et éloigne les impuretés, les squammes et les matières étrangères adhérentes à la surface cutanée.

4° Enfin, suivant toute probabilité, une absorption plus considérable, car plus un corps est divisé, plus il doit pénétrer aisément dans nos tissus.

Je ne sais ce que deviendra l'inhalation *à froid* des liquides médicamenteux pulvérisés ; mais quant aux bains *tièdes* ou *chauds*, administrés sous cette forme au moyen de l'hydrofère, j'ose affirmer qu'ils constitueront avant peu une des branches les plus importantes de la thérapeutique. M. de Pietra-Santa ayant négligé d'établir une distinction entre les deux modes de traitement, il m'importe de réparer cette grave omission. Les explications dans lesquelles je suis entré n'ont pas d'autre but.

Nous nous bornerons à faire remarquer, comme simple éditeur des conclusions du mémoire de M. de Pietra-Santa, et sans prendre part à la discussion, qu'il n'est nullement question dans ce mémoire ni d'action thérapeutique en général, ni de l'hydrofère en particulier. L'auteur s'est borné à relater les faits physiques et chimiques qu'il a constatés à la station de Bonnes. Nous n'en avons pas moins cru devoir reproduire la note de M. Tampier comme contenant des renseignements instructifs sur l'action de la nouvelle méthode balnéaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 avril 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Giraldès dépose sur le bureau un exemplaire de ses *Recherches anatomiques sur le corps innominé*. Paris, 1861, in-8°.

— M. Broca dépose sur le bureau un exemplaire de son *Eloge d'Adolphe Lenoir*. Paris, 1861, in-8°.

— M. Jules Cloquet fait don à la Société, au nom de l'auteur M. Regnault, médecin des eaux de Bourbon-l'Archambault, d'un travail intitulé : *Mémoire sur une maladie particulière des genoux*. Paris, 1861, in-8°.

— M. le docteur Jules Rochard, chirurgien en chef de la marine, membre correspondant de la Société, à Brest, adresse à la Société l'observation suivante :

Hernie inguinale ancienne devenue subitement irréductible à la suite d'une contusion. — Accidents graves ; opération ; tumeur sanguine dans le mésentère ; réduction après un large débridement ; mort ; autopsie.

La discussion qui se poursuit en ce moment au sein de la Société de chirurgie, a fait ressortir avec toute l'évidence possible les dangers de la réduction dans les hernies étranglées, lorsque l'intestin est profondément altéré dans sa texture, ou quand il présente une solution de continuité. C'est un point de pratique bien établi désormais, mais il ne me semble pas de nature à résoudre toutes les difficultés. Le péril ne consiste pas toujours dans la lésion de l'anse intestinale ; il est des cas où, malgré son intégrité parfaite, il peut y avoir de graves inconvénients à opérer la réduction. Je me suis trouvé il y a quelques années en présence d'un fait de ce genre, et, bien qu'il soit exceptionnel, je le crois digne de fixer l'attention.

Il s'agissait d'une hernie inguinale externe, ancienne, volumineuse, réductible, mais habituellement abandonnée à elle-même. Le forçat qui en était porteur, était un homme de cinquante-sept ans, d'une constitution robuste. Il avait reçu la nuit précédente, d'un de ses compagnons de chaîne, un coup violent sur le scrotum. Une douleur extrêmement vive s'était produite au moment de l'accident, la hernie avait doublé de volume et était devenue irréductible. Des symptômes d'étranglement ne tardèrent pas à se manifester ; ils résistèrent à l'emploi de tous les moyens usités en pareil cas, et je dus renoncer promptement aux efforts de réduction, parce qu'ils ne pouvaient amener aucun résultat. Le centre de la tumeur était occupé par une masse dure, aplatie, sur la nature de laquelle il était difficile de se prononcer, mais dont le volume était beaucoup trop considérable pour qu'il fût possible de lui faire franchir le canal inguinal.

En présence d'un pareil obstacle, il n'y avait rien à attendre de l'expectation, et l'intensité croissante des accidents me détermina à agir le jour même, vingt heures après leur début. Les premiers temps de l'opération ne présentèrent rien de particulier. Je pénétrai sans difficulté dans un sac à parois épaisses, de l'intérieur duquel il s'écoula environ 100 grammes d'un liquide noir semblable à du sang veineux. L'intensité de cette coloration me fut bientôt expliquée. Après avoir complété l'incision des enveloppes, je me trouvai en présence d'une anse de l'intestin grêle, longue de 18 à 20 centimètres, parfaitement saine, mais dont le mésentère était transformé en un gâteau aplati de 6 centimètres de diamètre, de plus de 1 centimètre d'épaisseur, et constitué par un caillot interposé entre les deux feuillets de la séreuse. Le choc subi par la hernie avait déterminé la rupture de quelques-uns des rameaux qui rampent dans cet intervalle; les parties les plus fluides du sang avaient passé dans le sac par imbibition ; le caillot seul était resté, et c'était là le corps résistant dont j'avais constaté la présence, et qui s'était opposé à la réduction.

L'intestin paraissant fortement serré au niveau de l'anneau inguinal, je pratiquai en dehors et en haut un débridement de 2 centimètres, qui me permit d'attirer à l'extérieur la portion comprise dans le canal, et de m'assurer de l'intégrité de ses tuniques au point où l'étranglement avait porté. Cela fait, je me trouvai dans un embarras sérieux. Devais-je laisser indéfiniment au dehors 20 centimètres d'un intestin parfaitement sain? Fallait-il enlever avec précaution le feuillet antérieur du mésentère pour le débarrasser du sang épanché dans son épaisseur, au risque de reproduire une hémorrhagie qui m'eût mis dans l'obligation d'appliquer une ou plusieurs ligatures? Était-il préférable de replacer le tout dans l'abdomen et d'abandonner ce volumineux caillot aux chances de l'absorption et aux hasards des adhérences? C'est à ce dernier parti que je m'arrêtai, sans m'en dissimuler les dangers. Pour frayer à cette masse incompressible une voie suffisamment large, il me fallut donner au débridement une longueur totale de 7 centimètres et le faire remonter jusqu'à la hauteur de l'épine iliaque.

Les suites immédiates de l'opération furent aussi satisfaisantes que possible. Tous les symptômes d'étranglement cessèrent, et le malade eut la nuit suivante deux selles copieuses, bien que je me fusse abstenu de recourir aux purgatifs, dont j'avais eu déjà l'occasion de constater les inconvénients. Jusqu'au sixième jour, tout marcha de la façon la plus régulière, et je commençais à espérer un succès, lorsque le malade fut pris subitement d'une douleur atroce dans le ventre, immédiatement suivie de tous les signes d'une péritonite suraiguë. Les vomissements apparurent, la face se grippa, la voix s'éteignit, le pouls devint filiforme, la peau se couvrit d'une sueur froide, et la mort survint dix heures après le début des accidents.

Il n'était pas difficile de se rendre compte de ce qui s'était passé.

A l'autopsie, je trouvai dans la cavité du péritoine un épanchement séreux d'un jaune roussâtre, provenant de la fonte du caillot, dont il ne restait plus de traces.

Malgré cet enseignement, je ne sais pas à quel parti je m'arrêterais si je me trouvais de nouveau en présence d'un fait semblable, et c'est pour cela qu'il m'a paru digne de fixer l'attention de la Société de chirurgie.

Suite de la discussion sur la réduction des hernies.

M. ROBERT, tout en admettant en principe d'attirer l'anse intestinale herniée, quand on pratique la kélotomie, désire pourtant faire quelques réserves pour certaines hernies.

Dans les hernies inguinales, il y a dans l'immense majorité des cas, dans le sac, une anse intestinale complète. M. Robert, dans ces circonstances, attire toujours l'anse herniée au dehors avant de réduire. Mais dans les hernies crurales, petites, marronnées, l'intestin est profondément enfoncé dans la tumeur, et quelquefois la partie herniée ne constitue pas une anse complète. La portion étranglée est rétrécie, et au-dessus d'elle, l'intestin est gonflé, rempli de matières. Si l'on exerce alors des tractions, on éprouve une résistance très-grande, et cet obstacle est quelquefois tel qu'avec un intestin enflammé, friable, on pourrait déterminer une déchirure, si l'on voulait insister pour l'amener au dehors.

Dans ces cas, M. Robert tire doucement sur la partie comprise dans l'étranglement, et s'il éprouve une résistance trop grande, et que la portion intestinale qu'il a sous les yeux lui paraisse en bon état, il la réduit, sans insister davantage sur ces tractions. M. Robert fait donc quelques réserves pour certaines hernies crurales.

M. CHASSAIGNAC. Je désire seulement ajouter quelques mots à la discussion qui nous a occupés depuis quelque temps.

Faut-il attirer l'intestin en dehors?

Je réponds par l'affirmative. Ce n'est pas seulement pour s'assurer de l'état de l'intestin, pour se convaincre que le bistouri n'a fait aucune plaie sur l'anse étranglée, que je recommande cette règle de conduite; mais encore pour que l'on soit bien certain que l'étranglement a été levé d'une manière complète.

Si l'intestin est perforé, il faut, dit-on, établir un anus contre nature. Mais les anus ne s'établissent pas toujours très-facilement; et il ne faut pas perdre de vue que souvent les anses qui se forment d'eux-mêmes se réduisent à des fistules stercorales, qui peuvent guérir spontanément. J'en ai vu un certain nombre d'exemples. Quand donc l'intestin est perforé, que l'étranglement est levé, il vaut mieux abandonner l'intestin près de l'anneau et laisser se former une fistule stercorale, qui se fermera le plus ordinairement d'elle-même.

M. HUGUIER vient compléter l'observation dont il a parlé à la Société dans sa dernière improvisation. Il s'est établi une fistule stercorale; les matières fécales se sont échappées par la plaie pendant quatre ou cinq jours, puis elles ont repris leur cours naturel, et aujourd'hui la plaie est presque complétement cicatrisée, sans qu'elle laisse échapper de nouvelles matières.

M. Huguier émet le vœu que la Société entre prochainement dans une discussion sur l'étranglement dans les hernies ombilicales. Il pense que, dans ces cas, il ne faut pas pratiquer la kélotomie. Il possède déjà un certain nombre de faits intéressants, et sur lesquels il appuie sa pratique.

La discussion est terminée.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. RICHET présente deux malades. La première est une femme sur laquelle il a enlevé un **pouce surnuméraire** de la main gauche. (Voir plus haut.)

— M. LEGOUEST présente un malade atteint d'une affection singulière, d'un **torticolis intermittent.**

Lorsque le malade (militaire de la garde) est au repos, la tête est droite, sans déviation; mais aussitôt qu'il marche, elle s'incline sur le côté droit, en avant. Lorsque le malade veut remettre la tête dans la rectitude, il est obligé de se servir de la main, et il perçoit un craquement dans le côté gauche du cou, immédiatement en arrière de l'apophyse mastoïde, où jadis ont siégé des douleurs rhumatismales. Au repos, il n'y a ni contracture, ni contraction spasmodique, ni paralysie.

M. Legouest observe cette lésion pour la première fois; il émet l'opinion qu'il existe peut-être une lésion dans les articulations de l'atlas et de l'axis du côté droit. Le craquement perçu par le malade s'expliquerait alors facilement; pourtant il serait surprenant alors que le chirurgien ne pût pas sentir ce craquement dont le malade a seul conscience. Voilà déjà dix-huit mois que durent ces accidents, et tous les remèdes employés jusqu'à ce jour ont été inutiles.

M. Legouest demande si quelques-uns des membres de la Société n'auraient pas observé de semblables affections, et il désire avoir leur avis sur ce malade.

M. BOUVIER. Le malade présenté par M. Legouest est fort intéressant. Je ne pense pas qu'il s'agisse d'une lésion qui aurait son siége dans les articulations vertébrales, mais bien plutôt d'une affection musculaire. M. Duchenne l'a observée dans un grand nombre de muscles, et il lui a consacré un chapitre dans la seconde édition de son livre. C'est un **spasme fonctionnel** du muscle sterno-mastoïdien. Ce spasme fonctionnel se produit au moment où le muscle entre en contraction, dans la marche, par exemple. On sent alors, je viens de m'en assurer, que ce muscle est contracté, sur quelque point que l'on porte la main. J'ai vu plusieurs cas semblables, et je puis dire que c'est une maladie rebelle. M. Amussat a obtenu un cas de guérison; M. Robert a pratiqué une fois la section du muscle. J'ai fait plusieurs fois des opérations pour remédier à de pareilles lésions. Sur un malade, entre autres, j'ai pratiqué la section du muscle sterno-mastoïdien par la méthode sous-cutanée; la contracture a persisté. Présumant que quelques faisceaux musculaires avaient dû échapper à l'instrument, j'ai conseillé de tenter la section du muscle à ciel ouvert. C'est M. Roux qui a pratiqué cette opération. Elle fut portée aussi loin qu'il était nécessaire, et je n'oublierai jamais que la veine jugulaire, turgescente, vint se présenter sous le bistouri au moment où furent divisés, sur la sonde cannelée, les derniers fascicules du muscle. Le malade fut guéri pour quelque temps, puis les accidents reparurent.

Tous les traitements locaux, tous les moyens orthopédiques sont sans succès. Pourtant on n'a pas encore, que je sache, essayé l'hydrothérapie.

M. ROBERT partage l'opinion que vient de formuler M. Bouvier, et pense aussi que c'est dans les muscles qu'est le siége de la lésion. Le bruit perçu par le malade lui paraît avoir son point de départ dans les muscles, et il se rencontre assez fréquemment dans d'autres régions.

M. DEBOUT a observé deux fois déjà un torticolis spasmodique intermittent. Dans un cas, il a obtenu une guérison par la faradisation des muscles antagonistes; il a échoué dans l'autre cas.

Dans un cas de contracture de l'extenseur propre du gros orteil, il a obtenu un succès par l'injection de quelques gouttes de sulfate d'atropine; il se propose d'employer le même moyen dans un cas de crampe des écrivains. Or, si la faradisation échouait dans ces circonstances, il n'hésiterait pas à en appeler à ces injections.

M. LEGOUEST remercie les membres de la Société des conseils qu'ils lui ont donnés; il se propose d'avoir recours aux moyens qui viennent d'être proposés, et de faire connaître ultérieurement les résultats qu'il aura obtenus.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL a examiné la pièce qui a été adressée par M. Vauthier. Cette pièce, on s'en souvient, a été extirpée du maxillaire supérieur d'une femme présentée à la Société par M. Vauthier, dans une des séances du mois de mars.

Cette pièce est constituée par du tissu osseux. Quant aux points ramollis, élastiques, dépressibles, qu'on trouvait à la périphérie, M. Broca s'est assuré, à l'aide de recherches microscopiques, qu'ils n'étaient constitués ni par du tissu fibreux, ni par du cartilage, mais par un tissu de transition, tel que celui que l'on rencontre dans le cal, lorsque le travail de solidification est en train de se produire et que l'ossification n'est pas achevée.

— M. CHASSAIGNAC appelle l'attention de la Société sur trois pièces:

1° **Fracture du sternum.** Cette pièce a été recueillie sur le cadavre d'un homme qui était tombé d'un quatrième étage. On remarque, au niveau de la *poignée* du sternum, une fracture peu importante, et un peu plus bas une *fracture en V*. La pointe du V du fragment supérieur a pénétré dans le fragment inférieur et a déterminé un décollement des deux lames du diploé.

2° **Une fracture en V** du tibia. Du sommet du V part une fissure qui descend vers l'extrémité inférieure du tibia; mais tandis que la fissure va aboutir ordinairement au niveau de la surface articulaire inférieure du tibia, en détachant quelquefois la malléole interne, sur cette pièce la fissure contourne le tibia et va se rendre dans l'articulation tibio-péronière inférieure.

Cette fracture s'était produite dans les conditions les plus simples, à la suite d'un faux pas. Un appareil plâtré fut appliqué, et il ne survint aucun accident du côté de la fracture. Mais le malade était dans de mauvaises conditions; le séjour au lit a déterminé un affaissement général, un affaiblissement qui a marché graduellement en augmentant, et le malade a succombé. On n'a trouvé à l'autopsie aucune complication du côté de la fracture, mais seulement un épanchem[ent] dans les plèvres.

3° Enfin M. Chassaignac présente une **virole en cuivre**, de fo[rme] conique, rétrécie à son sommet, et épaisse de trois à cinq millimè[tres] au moins. Cette virole surmonte les tuyaux que l'on adapte aux ro[bi]nets, dans les salles de bains, pour faire arriver l'eau au fond d[e la] baignoire. Cette virole a été dévissée et un baigneur a passé sa ve[rge] dans son ouverture. La verge s'est gonflée et la virole n'a pas pu [être] retirée. Il y eut alors un véritable paraphimosis, et plus l'on fai[sait] d'efforts pour enlever la virole, plus la verge était turgescente. E[lle] formait alors du côté du gland un véritable champignon. Cette intr[o]duction eut lieu un samedi: M. Chassaignac vit le malade le lu[ndi] matin. On avait essayé de limer la virole, mais on était à peine p[ar]venu à lui imprimer quelques aspérités.

Le lundi, M. Chassaignac se fit aider de M. Mathieu, toujours [in]génieux et toujours prêt à prêter son concours quand il est récla[mé] par les chirurgiens. M. Chassaignac fixa la virole à l'aide de forts d[a]viers, et cette fixation était d'autant plus facile que la virole é[tait] évasée vers sa partie postérieure, et que l'on pouvait, en ce poi[nt,] passer sans peine un davier entre elle et la verge. La virole ai[nsi] maintenue, M. Mathieu pratiqua deux traits de scie, qui divisèrent [la] virole en deux parties presque égales. Elle fut retirée, et les accide[nts] disparurent promptement.

L'étranglement de la verge par les corps étrangers est assez ra[re;] mais M. Chassaignac ne connaît pas de fait qui puisse être mis à c[ôté] de celui-ci. Il appelle surtout l'attention sur le procédé qui a été em[]ployé pour entamer et enlever la virole de cuivre.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, BAUCHET.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les cours d'été de la Faculté, ouverts depuis le mercredi 3 avr[il] 1861, ont lieu dans l'ordre suivant:

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEU[RES].
	MM.		
Pharmacologie.	Regnault.	Lundi, mercredi, vendr.	A 10 h. 3/4
Thérapeutique et matière médicale.	Grisolle.	Lundi, mercredi, vendr.	A 3 h.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants.	Moreau, remplacé par M. Pajot, agrégé.	Lundi, mercredi, vendr.	A 2 h.
Physiologie.	Longet.	Lundi, mercredi, vendr.	A midi.
Médecine légale.	Adelon, remplacé par M. Tardieu, agrégé.	Lundi, mercredi, vendr.	A 4 h.
Hygiène.	Bouchardat.	Mardi, jeudi, samedi.	A 4 h.
Histoire naturelle médicale.	Moquin-Tandon.	Mardi, jeudi, samedi.	A 11 h.
Pathologie chirurgicale.	Gosselin.	Mardi, jeudi, samedi.	A midi.
Pathologie médicale.	Monneret.	Mardi, jeudi, samedi.	A 3 h.
Anatomie pathologique.	Cruveilhier, remplacé par M. Barth, agrégé.	Mardi, jeudi, samedi.	A 2 h.
Clinique médicale.	Bouillaud. / Piorry.	à la Charité.	Tous les jours, le matin.
	Rostan, remplacé par M. Hérard, agrégé. / Trousseau.	à l'Hôtel-Dieu.	
Clinique chirurgicale.	Jobert (de Lamballe). / Laugier.	à l'Hôtel-Dieu.	
	Velpeau. / Nélaton.	à la Charité.	
Clinique d'accouchements.	P. Dubois.	à l'hôp. de la Faculté.	

— Dans sa séance du 8 avril, la Société d'hydrologie médicale de Paris a reçu cinq démissions: celles de M. Mêlier, président; de M. Gerdy, vice-président; de M. Le Bret, secrétaire des séances; de M. Désormeaux, membre titulaire, et de M. Fauconneau-Dufresne, membre associé libre. La Société tiendra extraordinairement séance lundi prochain 15 avril, et procédera à des élections.

— M. le maire de Saint-Genest-Malifaux (Loire) nous prie de faire connaître à nos confrères que depuis quelques jours le canton de Saint-Genest-Malifaux est dépourvu de médecin. La population de ce canton est d'environ 10,000 âmes. — Il y a une rétribution annuelle de 750 fr. attachée au poste médical de cette localité.

— M. le docteur Guitard, déjà connu par d'importants travaux sur l'électricité médicale, vient de remporter le prix proposé sur la question suivante par l'Institut médical de Valence (Espagne):

« *Déterminer l'action du fluide dans les maladies internes; indiquer les cas où il a été employé et la meilleure manière d'en faire usage.* »

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours public sur les maladies vénériennes, lundi 15 avril à une heure, et le continuera les lundis et vendredis suivants dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 45. — MARDI 16 AVRIL 1861. (34e ANNÉE.) N° 45. — MARDI 16 AVRIL 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 18, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 15 AVRIL 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

On sait que M. Flourens, dès ses premières expériences sur la distinction des fonctions cérébrales, a montré leur indépendance respective : indépendance des fonctions des lobes cérébraux et de celles du cervelet, des facultés intellectuelles et des fonctions motrices. Les résultats qu'avaient donnés les expériences consignées dans son mémoire de 1822, ont été confirmés sur tous les points par une nouvelle série d'expériences dont on trouvera l'exposé dans le compte rendu de la séance.

La nouvelle note que M. Flourens a communiquée sur ce sujet à l'Académie renferme en outre des expériences nouvelles sur les effets de la section des canaux semi-circulaires. La section de chaque canal produit, comme on le sait aussi, un mouvement dont la direction est déterminée par la direction même de ce canal, mouvement horizontal s'il s'agit du canal horizontal, d'avant en arrière s'il s'agit du canal vertical antéro-postérieur, d'arrière en avant s'il s'agit du canal vertical postéro-antérieur, etc. Or, ces mêmes effets ont eu lieu à l'occasion de la section de chacun de ces canaux demi-circulaires, aussi bien après l'enlèvement préalable des lobes ou hémisphères cérébraux que lorsque ces hémisphères étaient intacts; nouvelle démonstration de l'indépendance complète et absolue de chaque organe distinct de l'encéphale par rapport au cerveau proprement dit. Reste une difficulté, c'est l'explication du phénomène qui lie la direction des mouvements à la direction des canaux demi-circulaires. M. Flourens nous fait espérer cette explication dans un prochain mémoire, « explication, dit-il, qui sera la vraie, ou qui du moins en approchera beaucoup. »

— La discussion sur l'opération césarienne *post mortem* à l'Académie de médecine touchant, suivant toute apparence, à son terme, nous n'avons pas voulu ajourner plus longtemps la publication des deux faits que M. Binaut (de Lille) a communiqués à l'Académie et des quelques considérations dont notre confrère les a accompagnés, faits et considérations dont il y aura lieu de tenir compte dans l'appréciation générale des résultats de la discussion.

Nous publierons aussi prochainement la relation très-courte d'une nouvelle opération césarienne qui vient d'être pratiquée tout récemment par M. le docteur Lemariey, de Pont-Audemer. — Dr Brochin.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE POST MORTEM;

Par M. le docteur BINAUT, professeur à l'École préparatoire de médecine de Lille.

J'ai adressé il y a peu de temps à l'Académie de médecine une observation d'opération césarienne *post mortem* (voir à la fin de cet article). Ayant eu occasion de la faire encore il y a très-peu de jours, et bien que cette fois elle ait eu lieu sans succès, je crois ce fait assez intéressant, et par lui-même, et par les circonstances qui l'ont amené, pour être porté à la connaissance de mes confrères.

Qu'on me permette de présenter préalablement quelques courtes réflexions.

Il m'a toujours paru que dans les graves questions où la responsabilité médicale pouvait être engagée, l'Académie s'était constamment dirigée d'après les principes les plus larges, et que la conduite scientifique du médecin bien et dûment basée sur les notions médicales les plus positives, toute latitude devait être laissée aux impulsions de sa conscience dans les circonstances si difficiles où il peut trop souvent se trouver placé.

Or, il est des questions sur lesquelles les opinions du corps médical sont extrêmement partagées, et celle qui va m'occuper me paraît de ce nombre. Ainsi, il est des médecins qui ne veulent jamais faire l'opération césarienne *post mortem*, soit que pour eux il n'y ait jamais espoir de sauver l'enfant, soit qu'ils craignent des poursuites judiciaires; il en est d'autres disposés à la faire à toutes les époques de la grossesse; enfin, il en est un certain nombre qui, comme moi, croient devoir la faire chaque fois que la grossesse, ainsi que la mort de la mère, ont pu être bien constatées par un ou plusieurs confrères, s'il est possible de les réunir; et dans le cas contraire, par l'opérateur seul, aidé même de personnes étrangères à l'art, quant à la constatation des décès. Il pourrait aussi paraître convenable que, dans ce cas spécial, il ne fût fait aucune différence entre le docteur et l'officier de santé. Il appartient évidemment à l'Académie, tout en laissant la plus grande liberté au médecin, seul juge du cas particulier qu'il observe, de rallier ces opinions divergentes.

Sous ce point de vue, la deuxième conclusion de M. Devergie semblerait à la fois un peu restrictive et un peu large : un peu restrictive, parce qu'elle parle seulement « d'un enfant dans des conditions d'aptitude à la vie *extra-utérine* »; un peu large, parce qu'elle se borne à dire que le médecin «*peut*..... pratiquer l'opération césarienne ». Il ne serait pourtant pas à désirer que l'on imposât au médecin le devoir absolu de faire cette opération dans tous les cas; on sait trop qu'il est une foule de raisons qui peuvent, au moment voulu, le porter ici à agir, là à s'abstenir. Ce qui serait plutôt de nature à satisfaire toutes les opinions, ce serait de lui donner la plus grande latitude possible, du moment qu'il a satisfait aux plus rigoureuses prescriptions de la science, et de déclarer qu'après cela il ne relève plus que de sa conscience.

Pourquoi, par exemple, me blâmerait-on d'avoir pratiqué l'opération dont je m'occupe sur une femme enceinte seulement de quatre mois, si ma conscience me fait un impérieux devoir, alors que je ne puis plus rien pour la mère, d'assurer la vie spirituelle du fœtus, et si, bien entendu, je ne fais l'opération qu'avec le consentement des parents de la femme décédée?

Cependant il convient de considérer cette supposition comme réalisable, et il appartient peut-être à un corps aussi haut placé que l'Académie de médecine d'éloigner à tout jamais cette supposition en couvrant d'avance le médecin par l'adoption de la modification proposée plus bas. En effet, ou je me trompe fort, ou l'on pourrait arguer de la conclusion de M. Devergie contre un confrère dans la position où je me suis supposé tout à l'heure. Il serait donc heureux de voir l'Académie modifier légèrement la conclusion dont il s'agit, et de dire à peu près : « Le médecin qui a l'espoir d'extraire du corps de la femme enceinte décédée un enfant dans des conditions d'aptitude à la vie, *fait bien* de pratiquer l'opération césarienne, *ne fût-ce que pour assurer sa vie spirituelle*, en observant les principes de la science et les règles de la chirurgie.

» Cependant, il ne peut pratiquer cette opération qu'après avoir acquis la certitude du décès et s'être entouré des lumières d'un ou de plusieurs confrères, à moins d'impossibilité absolue de réaliser cette dernière condition. »

Comme on le voit, il s'agit, dans la pensée exprimée plus haut, de supprimer le mot *extra-utérine*, de remplacer *peut* par *fait bien*, et d'ajouter *ne fût-ce que pour assurer sa vie spirituelle*.

Voici maintenant l'accident dont j'ai été témoin il y a huit jours.

Mme L..., âgée de trente et un ans, multipare, ayant encore trois enfants vivants, est arrivée au huitième mois et demi de sa sixième grossesse. Elle me fait appeler en toute hâte, à trois heures de l'après-midi; son domestique m'annonce qu'elle perd du sang à flots, et que, mon domicile étant assez éloigné, on a réclamé, en m'attendant les secours d'une sage-femme du voisinage. Je me rends immédiatement chez ma cliente, et je la trouve dans l'état suivant : agitation générale, pâleur de la face, pouls tout à fait imperceptible. La sage-femme m'apprend qu'elle n'a pu approcher la malade, qui a voulu attendre mon arrivée, même pour laisser pratiquer le toucher; elle ne consent pas même à laisser enlever ses vêtements, qui sont couverts de matières alimentaires vomies récemment (Mme L... avait dîné peu de temps avant l'accident); des mares de sang couvrent les matelas et le plancher.

Ne sachant à quoi attribuer ces accidents formidables, j'en cherche une explication du côté de l'utérus, et je constate que le col, dilaté comme chez les multipares à la fin de leur grossesse, est rigide, dur, ne se laissant pas dilater; que la tête, descendue dans l'excavation du bassin, est en position occipito-iliaque gauche transversale; qu'aucun caillot ne se rencontre ni dans le vagin ni dans l'orifice du col, à travers lequel on sent les membranes intactes et bombant légèrement par moments, en même temps que la main gauche, appliquée sur le globe utérin, perçoit un peu de dureté, indices d'une légère contraction de la matrice. Le doigt est à peine couvert de quelques stries sanguinolentes, mais seulement à sa base et du côté de sa face dorsale. Ces signes négatifs ne me rendant pas compte de la source de cette affreuse hémorrhagie, qui pourtant paraissait arrêtée, mais qui pouvait à la rigueur se continuer dans la profondeur des organes, soit par le décollement du placenta, soit par toute autre cause, je fis immédiatement une injection d'eau froide dans le vagin, et en même temps j'interrogeai les personnes présentes sur la manière dont s'étaient manifestés les accidents.

J'appris alors que, vers deux heures et demie, cette dame étant aux latrines, et entendant les pas d'un étranger, avait fermé tout à coup la porte sur elle et s'était assise brusquement, oubliant d'enlever le couvercle; or, celui-ci présentait d'avant en arrière un morceau de bois saillant, à arêtes vives, et sur lequel la malade était tombée à cheval. Les domestiques me dirent plus tard qu'on avait trouvé en cet endroit une mare de sang, dont la quantité fut évaluée par l'un d'eux, avec une incroyable exagération, à deux seaux. Malgré cette perte effrayante, la malade, croyant à un léger accident, n'avait pas voulu qu'on vînt immédiatement me prévenir de ce qui se passait; mais l'hémorrhagie continuant, elle y avait bientôt consenti et fait appeler en même temps la sage-femme.

Ces renseignements me mirent immédiatement sur la voie, et ayant écarté les grandes lèvres, je pus constater sur la petite lèvre, du côté gauche, une plaie ovalaire dirigée d'avant en arrière et située au-dessous du bord inférieur de la branche ascendante du pubis. Elle avait de trois à quatre centimètres de longueur sur un et demi de largeur, et elle recevait difficilement la première phalange de l'indicateur; elle présentait une couleur grisâtre et ne laissait plus suinter une seule goutte de sang.

Dès mon arrivée, j'avais cherché à faire avaler, à défaut de bouillon, du vin sucré; de l'ergot de seigle avait aussi été préparé dès le premier moment, dans la pensée que le sang pouvait venir de l'utérus; mais ce dernier fut abandonné après la découverte de la cause de l'hémorrhagie. La malade put à peine ingurgiter deux ou trois cuillerées de vin.

L'agitation allait en augmentant; les traits prenaient visiblement l'aspect cadavéreux, et pendant que le frère de cette malheureuse mère, curé d'une paroisse voisine de Lille, et qui se trouvait là par le plus grand des hasards, lui administrait les derniers sacrements, je rompis les membranes, et à l'aide d'une seringue, je pus très-bien ondoyer le fœtus. Bientôt après, ma pauvre malade rendait le dernier soupir (1).

Je m'occupai immédiatement de l'enfant, qu'il aurait été extrêmement difficile et trop long d'extraire par la version, le col rigide n'ayant pas plus de 2 centimètres de diamètre. Je me décidai donc à faire l'opération césarienne; mais n'ayant pas sur moi les instruments nécessaires, après avoir attentivement constaté le décès, je m'armai d'un rasoir et fis la gastrotomie. L'enfant ne put être rappelé à la vie, malgré des soins longtemps continués. Le bout fœtal du cordon divisé laissa couler assez de sang; le bout placentaire en donna à peine deux ou trois gouttes. Le placenta est resté adhérent, mais la main, introduite dans l'utérus, a pu constater qu'il était très-petit, mesurant à peine un diamètre de 15 centimètres; son épaisseur équivalait à peine à la moitié de ce qu'elle est ordinairement. L'utérus était pâle, flasque, très-ample, ses parois unies; les bords de la plaie ne donnèrent pas de sang.

Je n'ai pu malheureusement examiner la pièce pathologique. Il est probable qu'une grosse varice aura été largement ouverte, après avoir été comprimée avec force entre deux corps durs et à arêtes assez vives, le bord inférieur de la branche ascendante du pubis et la pièce de bois dont j'ai parlé plus haut. Je dois ajouter cependant qu'à mon arrivée j'avais interrogé la malade à ce sujet, et qu'elle m'avait répondu n'avoir pas eu de varices apparentes.

L'accident eut lieu le vendredi saint à deux heures et demie de l'après-midi; je fus appelé à trois heures; j'arrivai à trois heures dix minutes; la mort eut lieu à trois heures et demie, cinq minutes après la perte de connaissance; l'opération césarienne fut faite dix minutes plus tard.

— Nous croyons devoir ajouter ici la relation succincte de la première observation adressée à l'Académie par M. Binaut, qui a été l'objet d'interprétations inexactes pendant le cours de la discussion.

Opération césarienne après la mort de la mère. — Enfant vivant.

Clémence S..., femme M..., âgée de trente-deux ans, née à Gand, est entrée à l'hospice de la Maternité de Lille le 22 février 1856. Cette femme, d'une bonne constitution, habituellement bien réglée, a eu trois accouchements à terme. Comme antécédents pathologiques, voici ce que les renseignements recueillis auprès de son mari ont appris :

Elle a eu sept ou huit ans auparavant une maladie grave, mais dont on ignore la nature; elle a été traitée par plusieurs saignées et des vésicatoires sur la région précordiale; elle était habituellement oppressée, surtout le soir après le travail de la journée, et toussait fréquemment. La malade n'accusait que de la toux seulement.

Le 18 mars, cette femme, qui se trouvait dans nos salles depuis le 22 février, étant occupée à laver les latrines, se plaint tout à coup à ses compagnes d'éprouver de la faiblesse, et au même instant, s'appuyant contre un lit, elle perd connaissance. D'après les renseignements recueillis avec beaucoup de soin près des témoins oculaires, voici comment les choses se seraient passées : immédiatement portée sur un lit, la malade aurait pu boire un peu d'eau, mais sans donner

(1) C'était le cas d'essayer la transfusion; j'y ai songé, mais je n'avais aucun instrument à ma disposition.

signe de connaissance; quelques légers mouvements convulsifs se seraient manifestés dans les membres; la figure serait devenue bleuâtre. Les internes sont alors appelés. A leur arrivée, ils constatent que la figure a pâli, que les extrémités commencent à se refroidir, qu'on n'entend plus aucun bruit dans la région précordiale, qu'on ne sent plus de pouls même dans les grosses artères, qu'il n'y a plus de respiration, en un mot, que la femme est morte. L'auscultation de l'abdomen ne fit percevoir aucune apparence des battements du cœur du fœtus.

On prépara immédiatement les instruments nécessaires à l'opération césarienne, laquelle fut pratiquée quinze à vingt minutes après la constatation de la mort.

Ayant ouvert les parois abdominales et l'utérus avec autant de précaution que si la femme était vivante, l'interne reconnut qu'il était arrivé sur le placenta inséré sur la paroi antérieure de l'organe; il l'incisa, ce qui donna lieu à l'écoulement d'une grande quantité de sang. L'enfant, qui se trouvait en position occipito-iliaque gauche antérieure, fut facilement extrait; il poussa un petit cri, et puis ne donna plus signe de vie pendant quelque temps. Les soins qui lui furent donnés pendant quarante-cinq minutes (aspersions vinaigrées, frictions, pressions pectorales, bain tiède, enlèvement des mucosités avec le doigt introduit dans la gorge, etc.) réussirent à le remettre complétement, et le lendemain (19 mars) il fut placé à l'hospice général, parfaitement bien portant.

Autopsie de la mère. — Les symptômes qui avaient accompagné la mort et les renseignements fournis par le mari relatés dans le commémoratif, nous firent soupçonner une lésion du côté du cœur. En effet, tous les autres organes ayant été explorés avec soin, on n'y trouva aucune explication de la mort subite. L'utérus et le petit bassin contenaient quelques caillots de sang. Mais dans le cœur nous trouvâmes un rétrécissement notable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche avec induration de ses valvules. Cet orifice n'avait guère qu'un centimètre de diamètre, et ne recevait que difficilement l'extrémité du petit doigt.

La pièce a été conservée et fait partie de la collection du musée de l'École de médecine de Lille.

HÔTEL-DIEU. — M. Trousseau.

De la goutte (1).

La goutte régulière chronique se déclare d'ordinaire dans l'âge de retour. Cependant si des accidents aigus sont survenus chez un malade encore très-jeune, il n'est pas extraordinaire, par exemple, de le voir en proie à trente-cinq ans à toutes les manifestations habituelles de l'état chronique, surtout si le sujet a manqué de patience, s'il a trop tracassé sa goutte, s'il en a prématurément supprimé les évolutions, et s'il n'a point observé les conditions d'hygiène, de régime et de diète sur lesquelles j'aurai bientôt à insister d'une manière toute particulière.

Il y a quelques années, j'ai eu l'occasion de donner des soins à un enfant moldave, âgé de cinq ou six ans. Il avait des accès d'asthme très-nets, très-bien caractérisés, qui se liaient à de l'emphysème pulmonaire. En consultant les ascendants, je n'avais trouvé les traces d'aucune affection héréditaire, goutte ou rhumatisme. Deux ans après je revis le petit malade: il avait un gros orteil rouge, tuméfié, douloureux. Je n'ai jamais vu d'attaque de goutte plus franche, plus légitime. L'affection envahit les genoux et rien ne ressembla moins au rhumatisme articulaire aigu. C'est le seul exemple de goutte que j'aie vu à un âge aussi tendre. « Quelques goutteux, dit Scudamore, m'ont assuré affirmativement que le premier accès avait eu lieu à quinze ans, et l'un d'eux a même été jusqu'à me dire qu'il n'avait alors que sept ans. » Ettmuller prétend avoir guéri un enfant de huit ans d'une goutte héréditaire, et j'ai trouvé dans Morgagni le passage suivant: *Ipse puellos vidi qui infantia vix peracta acerbis articulorum doloribus prehensi decumbebant; sed eorum ego et parentem et avum et proavum noveram arthritide obnoxios.* Sydenham a également dit: « Je connais des sujets qui ont eu en bas âge de légères atteintes de goutte, savoir, ceux dont les pères avaient actuellement cette maladie lorsqu'ils les engendrèrent. » Enfin j'ai appris que les médecins des eaux de Vichy, de Pougues, de Contrexéville ou de Plombières étaient assez souvent appelés à soigner de très-jeunes goutteux.

Les hommes sont infiniment plus exposés à contracter la maladie que les femmes, et déjà Hippocrate avait dit qu'elles n'y étaient sujettes qu'après la cessation de la fonction menstruelle. Vous ne serez pas sans rencontrer sans doute des exceptions, et Scudamore, par exemple, a rapporté l'observation d'une demoiselle qui, dès sa dix-huitième année, avait été affectée de la goutte à la première articulation du gros orteil.

Les attaques répétées, les paroxysmes renouvelés à courte échéance, et frappant successivement deux, trois, quatre, cinq ou six articulations, finissent par porter de rudes coups à l'économie, par amener un certain état de faiblesse et par déterminer une altération générale de la santé. A la suite des petits accès *enchaînés* (*catena paroxysmullorum*), on voit survenir aux genoux, aux poignets, à l'articulation tibio-tarsienne, des engorgements simulant les tumeurs blanches (*tumorem subalbum concitantes*). La roideur des articulations qui persistait peu de temps après l'attaque aiguë ne se dissipe plus ou ne disparaît qu'incomplétement, le gonflement des tissus reste tenace et les jointures sont volontiers le siége d'une chaleur incommode, d'une sensation de pesanteur ou d'engourdissement.

Il se produit souvent un phénomène extrêmement douloureux, je veux parler des crampes et des convulsions des tendons et des muscles. Les souffrances qu'elles déterminent sont si fortes que Sydenham avoue qu'il serait impossible de les supporter pendant un certain temps. Elles ont heureusement un caractère tout à fait transitoire; elles réveillent les malades en sursaut, et il leur semble qu'un poignet de fer les étreint ou qu'ils sont frappés d'un coup de massue (*ictu clavæ*). En un mot, cette douleur est tellement vive, qu'il n'en existe pas qui lui soit comparable parmi les plus intenses de l'attaque aiguë. Les gaînes tendineuses et les capsules synoviales que la goutte aiguë avait respectées, finissent quelquefois, dans la goutte chronique, par devenir le siége du mal, et il s'y produit des concrétions tophacées.

Lorsqu'un malade a conservé longtemps la même position, il n'est pas rare de la lui voir garder et d'observer chez lui les plus gênantes déformations: il deviendra, par exemple, impossible de redresser le pied, qui, pendant un long accès, se sera soudé dans le sens du pied bot équin. Si les jambes ont été fléchies sous les cuisses et que les talons aient été appliqués contre les fesses, vous verrez de malheureux goutteux sortir culs-de-jatte de leur accès ou de leur chaîne d'accès!

Erasme écrivait à son ami: « J'ai la néphrétique et tu as la goutte; nous avons épousé les deux sœurs. » La plupart des goutteux, en effet, finissent par avoir la gravelle et par endurer de temps à autre les exquises douleurs de la colique néphrétique, qui, je vous l'ai dit dans une autre occasion, amènent une horrible agitation, d'affreuses secousses et d'incoercibles vomissements. Trop souvent soumis par leurs médecins à l'usage non interrompu du bicarbonate de soude ou de l'eau de Vichy, ces malades-là finissent au bout de six mois ou d'un an par avoir une santé extrêmement délabrée et par se faire beaucoup de mal. Comme ils sont déjà portés d'eux-mêmes à abuser étrangement des alcalins, vous devez sévèrement réglementer la médication. Du reste, vous serez si fréquemment consultés pour des coliques néphrétiques placées ou non sous la dépendance d'une diathèse goutteuse, que je dois vous dire de suite comment je comprends l'intervention hydro-minérale.

Je n'accorde pas aux eaux de Vals, de Pougues, de Contrexéville ou de Vichy, une action dissolvante pour les corps étrangers du rein et de la vessie. Lorsqu'un calcul est logé dans l'un des reins, il faut qu'il en soit chassé et qu'il tombe dans le réservoir naturel de l'urine. Le médecin ne peut pas plus guérir les calculs rénaux que les calculs biliaires. Ce qui, par exemple, est en son pouvoir, c'est de prévenir la formation de corps étrangers ultérieurs, d'en empêcher le développement et de veiller dans les cas de gravelle urique au maintien d'une urine normale, et quand il s'agit de gravelle biliaire, à la conservation d'une bile à l'état physiologique. Si nous pouvons faire cesser la disposition particulière en vertu de laquelle ces calculs ont été fabriqués, nous aurons déjà beaucoup fait.

Les eaux minérales de Contrexéville, de Carlsbad, Pougues, Vals ou Vichy, pourront immédiatement provoquer l'expulsion de ces calculs, et faire que pendant six mois, un an, deux ans, et quelquefois davantage, les malades n'aient plus cette aptitude à produire des corps étrangers; en un mot, n'aient plus la gravelle. Que fait alors la saison passée à Contrexéville ou ailleurs? A-t-elle amené la dissolution des calculs? En aucune façon, mais elle a profondément modifié la constitution, et elle l'a replacée dans sa rectitude normale. Comme il n'est pas d'usage que, en état de santé, l'on se livre à la fabrication des calculs hépatiques ou rénaux, tant que la médecine thermale — qui a une si grande puissance sur les calculs — continuera à faire sentir ses effets, il ne se formera aucun produit nouveau; mais aussitôt que les habitudes physiologiques viendront à se troubler, les corps étrangers se reproduiront.

La goutte est une diathèse (*totus est podagra*), et elle est la seule dans laquelle on rencontre des tophus. Il se développe sur les parties latérales des articulations des doigts ou des orteils de petites protubérances, des saillies non arrondies, polygonales, à bords mousses, qui déforment ces articulations et les déjettent quelquefois de manière à luxer les doigts ou les orteils. Casimir Delavigne a très-bien indiqué ces nodosités particulières lorsqu'il a écrit les vers que voici, et que je répète, je vous prie de le croire, sans faire la moindre allusion:

> On porte envie au pontife romain:
> Son front gémit sous la triple couronne,
> Son corps glacé sous la pourpre frissonne,
> Les saintes clés lassent sa faible main,
> L'ennui l'assiége, et la goutte assassine,
> Rongeant les nœuds de ses doigts inégaux,
> Va se coucher sous la bague divine
> Dont la vertu guérit de tous les maux.

Les tophus sont composés d'urate de chaux et de phosphate de chaux. Ils étaient très-anciennement connus, et l'on trouve dans le grand *Dictionnaire de médecine* l'histoire d'un goutteux qui rendit une telle quantité de craie qu'on avait pu lui en construire un tombeau! Un autre, du nom de Gordius, avait préparé pour le sien l'épitaphe suivante:

> Nomine reque duplex ut nodus *Gordius* essem.

Vous pressentez bien que je n'attache aucune importance à ces exagérations sans pareilles.

Lorsqu'on pratique l'autopsie d'un goutteux et que l'on trouve de la poudre blanche dans les articulations en guise de synovie, on s'explique très-bien alors la roideur et la gêne des mouvements.

Quand les tophus restent longtemps, ils usent la peau, et alors les malades, armés d'un cure-dent ou de la pointe d'un canif, s'épluchent soigneusement, collectionnent de la craie, et vous montrent à l'occasion toutes leurs petites boîtes. Les tophus ne siégent pas toujours dans les articulations, parfois ils se glissent sous la peau. J'ai vu, par exemple, un homme qui avait les mains comme la surface d'une artère athéromateuse: une myriade de taches apparaissait au-dessous de l'épiderme. Un de mes amis, atteint de goutte et d'asthme, me montrait naguère deux petits tophus situés sur le bord de l'oreille, à la partie supérieure et externe.

A quel moment surviennent les tophus? On a prétendu que c'était pendant l'accès, mais le fait est inexact; ils se forment dans l'intervalle des attaques, le plus ordinairement lorsque le paroxysme vient de cesser.

Stoll a entrevu la *goutte larvée* (*podagra larvata*). Dans une famille de goutteux, par exemple, ne voit-on pas fréquemment l'un des membres avoir un asthme, un autre des érysipèles périodiques, celui-ci la gravelle biliaire ou la gravelle rénale, celui-là des épistaxis, des migraines ou des maladies de la peau?

J'ai eu pour ami très-intime un major anglais qui avait servi dans les Antilles. Chaque deuxième mercredi du mois il était pris à heure fixe d'une très-douloureuse migraine, qui cessait également à heure fixe. Il conserva longtemps cette singulière forme de migraine périodique, qui procédait avec une telle régularité qu'il se faisait d'avance exempter de service pour le jour où il s'attendait à souffrir. Il continua néanmoins à bien vivre. Lorsque je débutai dans l'art de guérir, il voulut absolument que je me rendisse maître de ses migraines. Je le traitai par les purgatifs drastiques, et je fis effectivement disparaître ses maux de tête.

Au mois de juillet 1825, me trouvant chez lui, à Fontainebleau, il m'envoya chercher un jour à cinq heures du matin, et je pus bientôt constater l'attaque de goutte la moins équivoque, mais aussi la plus intense. J'avais à cette époque le malheur de suivre le cours de Broussais, et tout imbu des doctrines du maître, je couvris le pied de mon ami de sangsues et de laudanum. A partir de ce moment, il fut voué à toutes les misères pathologiques, et mourut en 1830 des suites d'une hémorrhagie cérébrale. Je suis resté convaincu depuis que si j'avais respecté ses migraines ou opposé l'expectation pure et simple à sa première attaque de goutte, il ne fût pas mort si tôt.

Récamier avait déjà très-bien indiqué la fréquence de la migraine chez des goutteux, et surtout l'alternance de la migraine et de la goutte, ou de la goutte et de l'asthme. J'ai un ami à Montreuil qui est devenu de très-bonne heure sujet à des attaques d'asthme et de goutte. Lorsqu'il éprouve un mouvement fluxionnaire du côté des articulations, il respire à merveille; et quand l'oppression et la suffocation s'emparent de lui, ses jointures sont indemnes. Enfin, lorsqu'il a des coliques néphrétiques et qu'il rend beaucoup de sable, il n'a ni goutte ni asthme.

Il y a vraiment des alternances bizarres; elles ne sont peut-être qu'apparentes, mais on les a considérées comme se rattachant à la goutte larvée. L'asthme n'est pas la seule manifestation de ce genre, et dans plus d'une occasion vous observerez des affections dartreuses, l'eczéma et le lichen chronique, alternant avec les expressions symptomatiques de la podagre.

Scudamore fait observer que « l'état de la constitution dans la goutte chronique embrasse une variété de symptômes qui sont modifiés par le tempérament, les habitudes du malade, par la situation et le degré de l'affection locale, et aussi par la nature et le siége des dérangements des viscères. Les anomalies qui en résultent souvent, et qui dépendent en partie des causes internes et en partie des souffrances des tissus entrepris, sont tellement nombreuses, dit-il, que, selon toute probabilité, nulle description, quelque étendue qu'elle fût, ne pourrait en comprendre tous les symptômes ni en faire une esquisse générale. » Lorsque, en effet, la goutte a duré très-longtemps, qu'elle a été mal soignée, que les malades ont été soumis à des déplétions sanguines ou à l'usage intempestif du bicarbonate de soude, de l'eau de Vichy ou des préparations de colchique, on voit survenir la goutte viscérale dite répercutée, c'est-à-dire une évolution imparfaite de la goutte, mais dont la persistance et la gravité sont extrêmes.

La maladie de Bright, l'hydro-pneumo-thorax, le catarrhe chronique, les phénomènes congestifs du côté de la poitrine, les épanchements pleuraux, se rencontrent très-fréquemment chez les goutteux. Il y a déjà longtemps que l'attention de M. Rayer a été appelée sur l'albuminurie à la période chronique de la goutte, et je dois dire que je l'ai pour ma part assez souvent constatée.

Cela me rappelle que Pierre Desault, dans sa *Dissertation sur la goutte*, s'est exprimé ainsi: « Dès que je suis appelé pour voir un malade sujet à la goutte, atteint de quelque autre maladie que ce puisse être, sauf les contagieuses, je ne perds jamais de vue la goutte, et je soupçonne et j'examine avec une grande circonspection si l'humeur de la goutte ne joue pas son rôle sous le masque de la maladie dont il paraît atteint et pour laquelle je suis appelé. »

Je regrette que mon prédécesseur dans cette chaire de clinique, M. Chomel, dont beaucoup d'entre vous ont pu apprécier l'excellent esprit et le grand sens pratique, ait vécu avec cette conviction que la goutte et le rhumatisme n'étaient qu'une seule et même chose. Il a propagé de la sorte une immense erreur. Tandis que la lésion du péricarde est l'accident secondaire obligé du rhumatisme, la goutte retentit, au contraire, sur le poumon, le foie ou le rein; tandis que le rhumatisme frappe tout le monde, classes riches ou laborieuses, hommes ou femmes, la goutte *fœminas perraro infestat, nisi vetulas et viragines... plures divites quam pauperes... plures interemit sapientes quam fatuos.* Mais, nous dira-t-on, il y a de l'engorgement articulaire dans

(1) Suite. — Voir le numéro du 9 avril.

la goutte, d'accord; mais est-ce qu'il y a des tophus dans le rhumatisme ?

M. Galtier-Boissière a rappelé avec beaucoup d'à-propos, dans son travail si recommandable, le court apologue de La Fontaine, intitulé *la Goutte et l'Araignée*. Craignant les médecins qu'elle aperçoit dans les palais, la goutte choisit d'abord pour habitation une cabane,

S'étend à son plaisir sur l'orteil d'un pauvre homme,
Disant : Je ne crois pas qu'en ce poste je chôme.

Mais elle s'y trouve très-malheureuse, parce qu'elle est toujours en campagne :

Son hôte la menait tantôt fendre du bois,
Tantôt fouir, houer.....

L'araignée, de son côté, était maltraitée dans les palais. Elles changent alors de gîte.

La goutte, d'autre part, va tout droit se loger
Chez un prélat, qu'elle condamne
A jamais du lit ne bouger.

Me voici arrivé aux exemples cliniques. J'aurais depuis quelques années plus de cent observations de rhumatisme articulaire à vous présenter, alors que je ne possède qu'un seul exemple de goutte. Il est d'une date encore assez récente, et j'appelle toute votre attention sur lui, car il est fécond en enseignements.

Un employé âgé de quarante-neuf ans est entré à l'Hôtel-Dieu le 7 octobre 1858. Vous l'avez vu couché au n° 4 de la salle Sainte-Agnès. Cet homme était dans un état de faiblesse et d'abattement considérable. Bien que ses facultés intellectuelles fussent très-nettes, son extrême fatigue l'empêchait de répondre pendant longtemps à toutes les questions qui lui étaient adressées. La pâleur générale des téguments était analogue à celle qui succède aux abondantes pertes de sang. Cependant l'hémorrhagie qu'il disait avoir éprouvée par l'anus quelques jours auparavant, et qu'il évaluait à 250 ou 300 gram. de sang environ, ne nous rendait pas un compte suffisant de cette coloration anémique, de cette teinte jaune paille du facies.

Bien portant jusqu'alors, il avait été pris, disait-il, d'une première attaque de goutte en 1855. Les genoux et les pieds avaient été presque simultanément frappés. Les articulations métatarso-phalangiennes des gros orteils avaient été atteintes les premières. Cette attaque, dont les accès, caractérisés par du gonflement et de la rougeur, n'eurent jamais d'ailleurs qu'une médiocre intensité, dura quinze mois. Nonobstant ces souffrances articulaires, le malade se trouvait dans un état général de santé satisfaisant. Avant cette crise, néanmoins, il avait lui-même remarqué les changements survenus dans son caractère : il se montrait susceptible, excitable, inquiet.

Cet état persista pendant deux ans et s'accompagna de troubles du côté de la tête, de céphalalgie, d'étourdissements, de vertiges, d'insomnie ou de rêves pénibles. Les accidents disparurent à partir du moment où la goutte fit invasion.

Le premier accès terminé, tout se passa bien en apparence; il n'y en eut point d'autre d'abord; mais le malade ne tarda pas à ressentir de nouveau un sentiment de fatigue cérébrale, de douleurs vagues dans le tronc et les membres. Sans qu'il y eût pour cela de francs accès de goutte, les articulations étaient endolories aux moindres efforts, et c'est dans le but de remédier à cet état que cet homme eut recours aux bains sulfureux. A la suite de cette médication, il entra à l'Hôtel-Dieu.

Lorsque nous le vîmes, il accusait simplement une grande faiblesse de corps et d'esprit, une sorte d'épuisement général. Il était d'une pâleur anémique et éprouvait un gêne semblable de la respiration. L'examen de la poitrine nous fit reconnaître l'existence d'un épanchement pleurétique considérable à gauche, s'étendant de bas en haut jusqu'au niveau de la portion médiane de la fosse sous-épineuse. Dans cette étendue, la percussion donnait une matité absolue, et l'auscultation un bruit de souffle avec retentissement égophonique de la voix. Le mouvement fébrile était très-modéré. Des préparations de digitales furent prescrites.

Dès le 8 au soir, le malade fut pris d'accidents nerveux qui augmentèrent le lendemain matin, 9 octobre. Plongé dans un état de subdélirium, il répondait aux questions qui lui étaient adressées, mais comme un homme accablé, terrassé. On observait en même temps de petites convulsions partielles, occupant principalement les mains. Ainsi, les muscles extenseurs des doigts étaient agités par de petites vibrations intermittentes. Le globe de l'œil se portait alternativement et par des mouvements rapides d'un côté à l'autre de l'orbite.

Le soir, le subdélirium et les mouvements convulsifs des mains et des yeux avaient diminué. Le malade, bien qu'il eût sa parfaite connaissance, répondait comme un homme à moitié endormi. Il mourut dans la nuit sans que de nouveaux accidents se fussent manifestés, et après avoir jusqu'au dernier moment conservé la plénitude de ses facultés intellectuelles.

Nous fîmes l'autopsie le 11 octobre, trente heures après le décès. La cavité crânienne ne renfermait qu'une quantité à peine notable de sérosité. La masse encéphalique présentait sur toute sa surface, principalement à la base du cerveau, une teinte marbrée opaline due à l'infiltration des méninges qui adhéraient à la substance cérébrale, infiltration surtout considérable au niveau de la scissure de Sylvius, où les adhérences entre les lobules moyens et antérieurs du cerveau sont plus intimes. La substance du cerveau était généralement plus molle qu'elle ne l'est d'ordinaire, à ce point que, renversant l'encéphale sur sa face inférieure, les deux lobes s'écartaient et déchiraient le corps calleux. Toutefois, un filet d'eau versé sur la substance cérébrale ne la désagrégeait pas. Les ventricules ne contenaient pas de liquide.

Cette sorte de ramollissement se retrouvait dans d'autres organes. Ainsi le cœur, qui n'avait présenté durant la vie aucun indice morbide, était mou, de volume normal, et la seule particularité qu'on ait eu à noter était une coloration d'un rouge veineux à l'origine de l'aorte, dont la surface interne était peut-être moins lisse qu'elle ne l'est habituellement.

L'ouverture du thorax donna la confirmation de l'épanchement pleural. La plèvre gauche contenait environ un litre de sérosité sanglante; il n'y avait pas d'adhérences. Le poumon gauche, que l'on supposait hépatisé, était refoulé le long de la colonne vertébrale, affaissé sur lui-même, crépitant dans toute son étendue. Son tissu, rouge lie-de-vin, était flasque, et pouvait être comparé à de la chair musculaire ayant subi un commencement de putréfaction.

Le poumon droit ne présentait rien de remarquable qu'une surface marbrée.

La dernière partie de l'intestin fut ouverte, afin que l'on pût se rendre compte de l'hémorrhagie anale dont avait parlé le malade, mais cet examen fut complétement négatif.

Le tissu des reins était noirâtre. Dans l'un de ces organes nous rencontrâmes un petit gravier engagé dans l'un des calices. Ce corps étranger, du volume d'un gros grain de chènevis, fut analysé : il était composé d'acide urique et de matière organique. De plus petits graviers furent trouvés dans la vessie.

Enfin, les articulations tarso-métatarsiennes et métatarso-phalangiennes des gros orteils ayant été ouvertes, ainsi que le genou gauche, que le malade avait dit avoir été plus spécialement atteint, nous vîmes que la surface articulaire était couverte d'une couche blanchâtre comparable à une couche de blanc de zinc écaillé. Ce dépôt, qui se trouvait aussi sur les cartilages interarticulaires du genou, sur les ligaments de toutes les articulations ouvertes, se retrouvait encore le long des gaînes tendineuses du pied gauche, où il formait en un point une sorte de tophus de la grosseur d'un pois. L'analyse chimique démontra que ce dépôt était formé d'acide urique pur.

On le voit, les lésions trouvées à l'autopsie ont été des plus caractéristiques.

Dans la prochaine conférence, j'espère que nous pourrons achever tout ce qui a trait à la goutte; il me reste à envisager la question sous plusieurs points de vue très-intéressants.

Dr Legrand du Saulle.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 avril 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

Indépendance respective des fonctions cérébrales. — M. Flourens expose en ces termes les résultats des nouvelles expériences qu'il vient de faire sur l'indépendance respective des fonctions cérébrales :

Dans un mémoire présenté à l'Académie au mois d'avril 1822, je disais : « Un animal, privé de ses lobes cérébraux, perd toutes ses facultés intellectuelles, et conserve toute la régularité de ses mouvements; un animal, privé de son cervelet, perd toute régularité dans ses mouvements, et conserve toutes ses facultés intellectuelles.

» Et ceci même, ceci est le grand fait qui domine tous les autres faits. Une indépendance complète sépare les fonctions des lobes cérébraux de celles du cervelet : d'une part, l'intelligence réside exclusivement dans les lobes cérébraux, et, d'autre part, le principe qui coordonne les mouvements de locomotion réside exclusivement dans le cervelet (1). »

J'ajoutais : « Cette indépendance complète des facultés locomotrices et des facultés intellectuelles ressort de toutes mes expériences. La perte des lobes cérébraux ne fait rien perdre aux premières ; réciproquement, la perte du cervelet ne fait rien perdre aux secondes : il y a donc, comme je viens de le dire, entre les unes et les autres une indépendance complète (2). »

Pour mieux démontrer encore cette indépendance radicale, absolue, essentielle, entre les diverses parties de l'encéphale et les fonctions propres de chacune d'elles, j'imaginai alors une série d'expériences que je n'ai point eu occasion de publier jusqu'ici, et que j'ai toutes répétées l'une après l'autre avant de les communiquer actuellement à l'Académie.

Voulant ne laisser aucun doute sur l'indépendance absolue de chaque partie par rapport aux autres, et spécialement par rapport à celle qui paraît le plus devoir influer sur toutes, j'ai commencé par enlever sur plusieurs animaux, pigeons et lapins, le cerveau proprement dit (lobes ou hémisphères cérébraux).

Après quoi j'ai opéré successivement (sur autant d'animaux différents, bien entendu) sur le cervelet, sur le pont de Varole, sur les canaux semi-circulaires. La lésion de chacune de ces parties, du cervelet, du pont de Varole, des canaux semi-circulaires et de chaque canal semi-circulaire, a produit les mêmes effets que si le cerveau (lobes ou hémisphères cérébraux) n'eût point été retranché.

Par exemple, le cerveau enlevé sur plusieurs pigeons, j'ai lésé le cervelet, et la lésion du cervelet a produit le même désordre de mouvements, la même perte d'harmonie et d'équilibre de mouvements qui suivent toute lésion du cervelet dans un animal dont l'encéphale est resté complet, dans un animal qui n'a point perdu ses lobes.

J'ai enlevé le cerveau sur plusieurs lapins ; après quoi j'ai coupé, j'ai blessé profondément le pont de Varole, et l'animal s'est mis à rouler sur lui-même, selon l'axe de sa longueur (3), ce qui arrive toujours en pareil cas, et, chose remarquable, avec autant de vigueur que si le cerveau n'eût pas été retranché.

Je passe à des expériences plus délicates et plus difficiles. On se souvient des effets que produit la section des canaux semi-circulaires. La section du canal horizontal des deux côtés est suivie d'un mouvement brusque et impétueux de la tête de droite à gauche et de gauche à droite ; la section du canal vertical inférieur des deux côtés est suivie d'un brusque mouvement vertical de bas en haut et de haut en bas, et la section du canal vertical, toujours des deux côtés, est suivie d'un mouvement vertical inverse, c'est-à-dire de haut en bas et de bas en haut.

Ce n'est pas tout. La section des canaux horizontaux détermine une rotation de l'animal sur lui-même dans le sens horizontal.

La section du canal vertical inférieur ou antéro-postérieur détermine la culbute de l'animal sur lui-même d'arrière en avant, c'est-à-dire selon la direction antéro-postérieure du canal lui-même.

Enfin, la section du canal supérieur ou postéro-antérieur détermine un mouvement de culbute de l'animal sur lui-même d'arrière en avant, c'est-à-dire selon la direction postéro-antérieure du canal lui-même.

En un mot, la section de chaque canal produit un mouvement déterminé par la direction même du canal. La section du canal horizontal, un mouvement horizontal; la section du canal vertical antéro-postérieur, un mouvement d'avant en arrière ou de culbute en arrière ; et la section du canal vertical postéro-antérieur, un mouvement d'avant en arrière ou de culbute en avant.

Je viens à mes nouvelles expériences. Le cerveau (lobes ou hémisphères cérébraux) ayant été retranché sur plusieurs pigeons, j'ai opéré successivement (et sur autant de pigeons différents, bien entendu) la section de chaque canal, et la section de chaque canal a produit son effet ordinaire : celle des canaux horizontaux, des mouvements horizontaux; celle des canaux verticaux antéro-postérieurs, des mouvements verticaux d'avant en arrière, et celle des canaux verticaux postéro-antérieurs, des mouvements verticaux d'arrière en avant.

L'indépendance de chaque organe distinct de l'encéphale par rapport au cerveau proprement dit (lobes ou hémisphères cérébraux) est donc radicale, absolue, complète et complétement démontrée.

Reste la grande difficulté : l'explication de l'étonnant phénomène qui lie la direction des mouvements à la direction des canaux semi-circulaires.

Chacun de nous a, par rapport à soi, quatre mouvements principaux : de droite à gauche, de gauche à droite, d'avant en arrière, d'arrière en avant; et ce qui est bien digne de remarque, c'est que chacun de ces mouvements répond à la direction de chacun des canaux semi-circulaires.

Je donnerai de cet étonnant phénomène, dans un prochain mémoire, une explication, ou qui sera la vraie, ou qui du moins en appprochera beaucoup, je l'espère.

— M. Flourens fait hommage ensuite à l'Académie d'un ouvrage qu'il vient de publier sous ce titre : *Ontologie naturelle, ou Etude philosophique des êtres.*

Puis il présente un mémoire de M. Bataille ayant pour titre : *Recherches sur la phonation.*

— M. de Lignerolles soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Oblitération du canal de l'urèthre par cause traumatique; rétablissement de sa cavité par un nouveau procédé; opération pouvant être substituée à la lithotomie et à la lithotritie.* (Commissaires : MM. Cloquet, Jobert.)

— M. Armand, médecin-major à l'ambulance de Cochinchine, adresse de Saïgon une *Note sur la médecine et les médecins des Chinois.* (Commissaires : MM. Andral, Bernard.)

— MM. Lefort, Durand-Fardel et Lebret, qui ont récemment adressé au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon leur *Dictionnaire général des eaux minérales*, envoient une indication de ce qu'ils considèrent comme neuf dans leur travail. (Réservé pour la future commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. Pappenheim envoie de Berlin une note intitulée *Apparence des vaisseaux lymphatiques du cœur après l'usage de l'aconit.* (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. le Secrétaire perpétuel communique l'extrait d'une lettre de M. Jackson concernant une enquête sur la question des anesthésiques instituée par la Société médicale de perfectionnement de Boston (*Boston Society for medical improvement*). La Société a chargé une commission de cinq membres de l'examen des cas de mort attribués à l'inhalation de l'éther sulfurique. Cette commission fait appel aux médecins des différents pays pour lui fournir les éléments d'une discussion approfondie de la question; elle demande que dans les communications qui lui seront faites l'observateur veuille bien indiquer précisément :

1° Quelle sorte d'éther a été employée; si c'est de l'éther sulfurique pur, de l'éther chlorique ou de l'éther combiné avec du chloroforme ;

2° Le temps qui s'est écoulé entre l'inhalation et la mort.

— M. Moura-Bourouillon soumet au jugement de l'Académie un mémoire sur les phénomènes de la déglutition révélés par l'observation laryngoscopique. (Commissaires, MM. Rayer, Cl. Bernard.)

— M. Coinde présente une note intitulée : *Physiologie entomologique.* (Renvoi à l'examen de M. Valenciennes, déjà désigné pour de précédentes communications du même auteur.)

— M. Fiévet adresse de Tournon (Ardèche) une note ayant pour titre : *Propriétés de l'hydrogène pur comme agent désinfectant et moyen de sauvetage.* (Renvoi à l'examen de MM. Payen et Rayer).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 7 février 1861. — Présidence de M. Magne, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Blessure complexe de la face par arme à feu. — M. Mourlon présente un malade dont il communique l'observation de la manière suivante. (Voir *Gazette des Hôpitaux* du 28 mars.)

Kyste de l'orbite. — Le même membre présente une autre malade dont voici en quelques mots l'histoire.

Marie P..., âgée de trente-six ans, d'une bonne santé habituelle, bien constituée, a été deux fois opérée pour une tumeur de l'orbite droit; la première fois, le 23 juillet 1859, par le docteur Blanchet, qui incisa la peau immédiatement au-dessous du sourcil, à la partie externe de la paupière supérieure, ouvrit la tumeur et cautérisa avec l'acide chlorhydrique.

La maladie s'étant reproduite, Marie se faisait opérer le 12 novembre 1860 par un empirique de Saint-Remy, lequel appliqua une pâte caustique, et n'obtint d'autre résultat que de détruire le sourcil et de défigurer la malade, sans même toucher à la tumeur.

Aujourd'hui la tumeur est du volume d'une grosse noisette, située au-dessus de l'œil droit, dans l'orbite, entre la paupière et le releveur de la paupière; sa consistance est ferme, un peu élastique. Elle est très-mobile. En comprimant la paroi supérieure de l'orbite, de bas en haut et de dedans en dehors, on la fait glisser sous le sourcil et on l'amène presque sur le front. On y sent un peu de fluctuation, mais d'une manière qui n'est pas très-nette. Les mouvements de l'œil sont gênés; le bord orbitaire est manifestement déprimé dans le milieu de son arcade supérieure. La paupière, bombée, s'abaisse moins que sa congénère dans le clignotement; l'occlusion complète de l'œil est cependant possible.

Le 15 février, M. Mourlon, assisté de M. Milon, procède à l'opéra-

(1) *Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux dans les animaux vertébrés*, p. 14 (2e édition).
(2) *Recherches expérimentales*, etc., p. 126.
(3) Et toujours du côté lésé.

tion, enlève la tumeur en totalité par une dissection qui n'est pas très-laborieuse.

Le 22, la malade était complétement rétablie.

La tumeur n'était autre chose qu'un kyste stéatomateux.

Abcès des parois abdominales. — **M. CORLIEU** (de Charly) adresse deux faits de ce genre accompagnés de quelques réflexions. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 30 mars.)

M. BOUCHUT. La question soulevée par M. le docteur Corlieu est fort importante; elle présente surtout de très-grandes difficultés de diagnostic. M. Bricheteau, qui a publié un mémoire sur les collections péritonéales ouvertes à l'extérieur, a cité un certain nombre de faits où le diagnostic est resté longtemps douteux. Dans des cas semblables, j'ai éprouvé plusieurs fois un grand embarras, en particulier pour une jeune fille qui avait certains symptômes de péritonite avec des douleurs tellement intenses qu'on ne pouvait toucher les parois abdominales.

Des sangsues calmèrent ces douleurs, mais une tumeur vint faire saillie à l'ombilic. Cette tumeur, qui se réduisait facilement, présentait alors un certain gargouillement qui nous fit penser à une hernie. Mais la peau ne tarda pas à s'ulcérer, et il s'écoula du pus en assez grande quantité.

Je suis convaincu qu'il y a eu là une péritonite limitée avec suppuration; le gargouillement s'explique par un peu de pneumatose dans l'abdomen. L'enfant, qui paraissait devoir guérir, succomba tout à coup à une diarrhée.

J'ai vu plusieurs cas de péritonite enkystée, entre autres chez une dame morte d'une péritonite puerpérale. A l'autopsie, nous trouvâmes une poche purulente, et au-dessous une tumeur énorme formée par les intestins pelotonnés et entourés de fausses membranes.

M. GUERSANT. Chez les enfants, les abcès développés dans l'abdomen ne sont pas rares; cependant j'ai pu en voir cinq ou six; aucun ne communiquait avec l'intestin; tous s'ouvraient à l'extérieur par une ou plusieurs fistules. Généralement ces malades finissent par succomber à l'épuisement.

Sondes et bougies en suc de balata. — **M. MALLEZ** présente plusieurs sondes et bougies en *suc de balata*, et lit une note sur cette nouvelle substance. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 28 février.)

Œdème de la glotte. — **M. A. LEGRAND** communique l'observation d'un jeune homme de quinze ans, né d'un père tuberculeux, et qu'il croit avoir été atteint d'un œdème de la glotte dont il a paru un moment convalescent.

Appelé près de lui le 7 août 1860, M. Legrand trouve le sujet en proie à un accès de suffocation datant de la veille. Gonflement des lobes latéraux du corps thyroïde, avec teinte bleuâtre de la peau. Soupçonnant une thyroïdite, M. Legrand se borna à faire appliquer des sinapismes aux jambes.

Le lendemain, suffocation encore plus considérable. La percussion du sommet de la poitrine donne une bonne résonnance; mais on observe sur cette région une prolongation du gonflement et de la cyanose notée la veille sur les côtés du cou. Rien d'apparent dans l'arrière-gorge, ni rougeur, ni fausses membranes. L'auscultation ne perçoit que quelques râles sibilants disséminés.

Ces symptômes et quelques autres, l'inspiration bruyante suivie d'une expiration facile, l'altération du timbre de la voix, sans aphonie cependant, l'inclinaison de la tête en avant, le visage anxieux, la déglutition douloureuse, font penser à M. Legrand qu'il pourrait bien y avoir un œdème de la glotte.

Malgré le tempérament lymphatique du malade, il crut devoir faire une application circulaire de six sangsues aux cuisses, en recommandant de laisser couler le sang pendant trois ou quatre heures. En même temps il donna 0,60 d'ipécacuanha.

Le lendemain, le mieux était si prononcé qu'il crut que le malade allait entrer en convalescence. Mais le 12, la suffocation était revenue plus effrayante que la première fois, avec une fréquence extrême du pouls. Un large vésicatoire entre les deux épaules amène encore un grand soulagement.

Nouvelle suffocation le 16, suivie de l'application de deux vésicatoires sur les omoplates, lesquels dissipent tous les phénomènes d'oppression. Sommeil bon; la partie antérieure de la poitrine n'est plus ni gonflée ni cyanosée; inspiration facile; appétit.

Le 22, retour des symptômes d'oppression, mais peu prononcés; quatrième vésicatoire à la partie supérieure de la poitrine, qui n'amène que peu de soulagement. Cependant, jusqu'au 30, l'état semble peu grave, et il est question de transporter le jeune malade à la campagne.

Le 1er septembre, nouveau vésicatoire à la nuque; l'état du malade est assez satisfaisant pour que l'on transporte en effet le sujet hors de Paris.

Mais deux jours après son arrivée, le jeune homme fut pris des mêmes accidents, moins graves en apparence que les deux premières fois, et qui cependant se terminèrent fatalement.

Le 7, le sujet s'éteignait sans avoir présenté aucun symptôme effrayant.

Traitement des tumeurs érectiles par la cautérisation. — **M. LEGRAND** rappelle que, dans la séance du 4 novembre dernier, il a entretenu la Société d'une tumeur érectile congénitale traitée par M. Broca, à l'aide de vingt-quatre piqûres vaccinales. Le résultat, quoique satisfaisant, n'avait pas été complet, et il restait encore quelques points rouges qui, trois semaines après la chute de l'eschare, commencèrent à s'étendre et à se multiplier du côté du bras. M. Broca attaqua immédiatement avec le caustique de Vienne, non-seulement la zone actuellement malade, mais encore une certaine étendue de peau saine; le caustique resta appliqué et maintenu pendant cinq minutes sur une étendue de 3 centimètres carrés. L'enfant n'a presque pas souffert, dit M. Broca dans la lettre où M. Legrand puise ces nouveaux détails; il n'est survenu aucun accident; au bout d'un mois, l'eschare s'est détachée. Pendant ce temps, aucune tache nouvelle ne s'est formée, et tout permet d'espérer que la guérison sera durable. Mais il reste encore à la base de l'index quelques taches lenticulaires que M. Broca aurait cautérisées si l'enfant n'avait été renvoyé en nourrice.

Suivant M. Legrand, on se trouverait mieux, pour faire cette cautérisation, de se servir, comme le proposait M. Guersant, d'aiguilles de platine rougies à blanc, procédé qui n'entraîne jamais le développement de l'érysipèle. Or, il n'en est pas de même du caustique de Vienne, et M. Legrand cite entre autres un fait rapporté par M. le docteur Costilhes dans la *Revue médicale* de 1851. C'est celui d'un enfant de quinze mois, portant douze tumeurs érectiles sur diverses parties du corps. On fit plusieurs applications du caustique de Vienne. La seconde, faite sur la paupière droite, fut suivie d'un érysipèle qui détermina une méningite, et par suite la mort de l'enfant.

Rétroversion utérine dans l'état de grossesse. — **M. DUHAMEL.** J'ai vu il y a quelques jours une dame enceinte de deux mois et demi; qui depuis trente-six heures ne pouvait uriner. Depuis plusieurs jours aussi elle éprouvait une constipation opiniâtre. En touchant la malade, je constatai une rétroversion de l'utérus, c'est-à-dire que le corps se trouvait dans la concavité du sacrum, et le col, en haut, derrière la symphyse, appuyant sur le col de la vessie.

Je commençai par sonder la malade, ce qui fut assez facile; puis, avec l'indicateur, je cherchai à abaisser le col. Je parvins à faire basculer le col et à le remettre en place. Il n'y eut pas de récidive.

Héméralopie. — **M. DOUMIC** raconte qu'il est médecin de l'établissement de Saint-Nicolas. L'été dernier, il y a eu encombrement, et à une visite il put constater que sur 262 enfants il y en avait 47 qui n'y voyaient plus le soir. Il remarqua en même temps chez ces malades un état saburral de la langue avec perte de l'appétit et courbature générale.

Il y avait à l'infirmerie trois varioleux. M. Doumic eut bientôt la certitude qu'il avait affaire à une épidémie varioleuse avec complication d'héméralopie. Il fit prendre quelques précautions hygiéniques et prescrivit aux quarante-sept malades un éméto-cathartique. Cinquante enfants ont eu la variole dans l'espace de deux mois. Chez les héméralopes, il a pu constater une congestion marquée, ce qui le porte à croire que l'héméralopie la plus commune est la forme congestive.

M. MAGNE demande si, au lieu d'héméralopie, il ne s'agirait pas plutôt d'amblyopie.

M. DOUMIC. L'héméralopie est-elle une entité morbide ou bien une variété de l'amblyopie? Pour moi, je suis disposé à croire que l'héméralopie épidémique que l'on observe dans les pays chauds est une variété de l'amblyopie congestive.

M. COURSSERANT. On a dit que l'héméralopie était une névrose. Les faits présentés par M. Doumic pourraient jeter quelque jour sur la question, puisque l'observation a été prise sur quarante-sept enfants. Cependant, il existait chez ces malades un état saburral, un état général particulier qui a pu en imposer pour un état congestif.

Le secrétaire annuel, Dr ELLEAUME.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM.

Causard, né à Andelot (Haute-Marne); *Essai sur la paralysie suite de contusion des nerfs.*

Fonteneau, né à Sougé (Loir-et-Cher); *Du ramollissement cérébral au point de vue de l'embolie artérielle.*

Kuhn, né à Niederbronn (Bas-Rhin); *Du sang, de ses fonctions, et plus particulièrement de ce fluide considéré comme excitateur de l'action nerveuse.*

Laporte, né à Oloron (Basses-Pyrénées); *De l'orifice utérin au point de vue du travail de l'accouchement.*

Barrière, né à Pamiers (Ariége); *De l'embolie.*

Dehargues, né à Vouvant (Vendée); *Des cholélithes ou calculs biliaires.*

Jouon, né à Brest (Finistère); *Étude sur les fistules vésico-vaginales en Allemagne.*

Simon, né à Prunay-le-Gillon (Eure-et-Loir); *De la leucocythémie.*

EXERCICE DE LA MÉDECINE. — Nos lecteurs se rappellent que dans notre numéro du 24 janvier dernier, nous avons publié un fait relatif à l'exercice de la médecine sous ce titre: *Les officiers de santé peuvent-ils, aux termes de la loi, pratiquer la version ou appliquer le forceps dans les cas d'accouchement laborieux?*

Nous sommes heureux de pouvoir annoncer que M. Bachelet ayant adressé au maire de Belleville une nouvelle réclamation d'honoraires, en appuyant sa demande du numéro de la *Gazette des Hôpitaux* dans lequel nous avions discuté la question, le conseil d'administration du Bureau de bienfaisance de cet arrondissement a donné raison à notre confrère, et lui a alloué sur-le-champ les cinquante francs qu'il réclamait. — Dr A. Foucart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 10 avril 1861, un congé d'inactivité, jusqu'à la fin de l'année classique 1860-1861, est accordé à M. Ribes, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Girbal, agrégé, est chargé, à titre de suppléant, de ce cours pendant la durée du congé accordé à M. Ribes.

M. Strohl, agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, est chargé provisoirement, et jusqu'à la fin de l'année classique, du cours d'hygiène à ladite Faculté.

— Par arrêté du même jour, M. le docteur Charvet est nommé médecin adjoint au lycée impérial de Grenoble, en remplacement de M. Silvy, décédé.

— Une commission, réunie au Magasin central des hôpitaux militaires à Paris, s'occupe activement de ramener à des types uniformes et invariables tous les objets affectés à l'exploitation du service intérieur des hôpitaux militaires.

— Mme veuve Baudens vient d'envoyer à M. le directeur de l'Ecole de médecine d'Alger un buste admirablement exécuté de feu L. Baudens, inspecteur du service de santé militaire, si prématurément enlevé à la science, à la suite de la campagne de Crimée.

En accusant réception de ce don à Mme Baudens, M. le docteur A. Bertherand, directeur de cette Ecole, l'a remerciée, au nom du conseil des professeurs, d'avoir bien voulu choisir cet établissement pour y déposer l'image du savant chirurgien, dont le nom appartient à tant de titres à l'histoire de l'Algérie, et dont une des plus constantes préoccupations avait été précisément l'institution de l'École de médecine d'Alger.

— L'Empereur a adjoint M. le docteur J. Delbet à la mission qu'il envoie en Asie Mineure, sous la conduite de M. G. Perrot. Ce jeune médecin facilitera les relations de la mission avec la population musulmane, et de plus il fera quelques études d'économie sociale sur la condition du paysan turc. (*Moniteur universel.*)

— La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, dans sa séance du 11 mars dernier, a entendu le rapport sur les mémoires envoyés pour prendre part au concours ouvert en 1859 sur la question suivante: *Des effets de la culture sur les plantes médicinales.* Aucun des travaux envoyés n'ayant complétement répondu au programme, il n'a été accordé, à titre d'encouragement, qu'une médaille d'or de la valeur de 200 fr. à M. Millet (de Tours), déjà correspondant lauréat de la Société, et une autre de même valeur à M. Léon Marchand, docteur en médecine à Paris.

— M. Cl. Bernard, membre de l'Institut, commencera le second semestre de son cours de médecine au collége de France, vendredi prochain 19, à midi, et le continuera le mercredi et le vendredi, à la même heure.

— M. Gueneau de Mussy, médecin de la Pitié, commencera un cours public de clinique et thérapeutique appliquées, le mercredi 17 avril, à neuf heures et demie, dans l'amphithéâtre n° 3 de cet hôpital, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine. — La visite des malades aura lieu à huit heures et demie.

Mémoire pratique sur l'emploi de l'ergotine, par J. BONJEAN. Paris, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

M. Bonjean, qui a obtenu une médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris, pour la découverte de l'ergotine, indique les diverses applications de ce médicament, dont la solution est considérée par les plus illustres médecins, et entre autres par MM. les professeurs Flourens, Sédillot et Retzius, médecin du roi de Suède, comme le plus puissant hémostatique que possède la médecine contre les hémorrhagies des vaisseaux tant artériels que veineux.

(Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.) — A plus faible dose, cette solution est employée comme cicatrisante.

On emploie l'ergotine à l'intérieur sous forme de dragées (à la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19), et M. Bonjean cite les praticiens les plus distingués qui s'en sont servis avec avantage pour faciliter le travail de l'accouchement, arrêter les pertes foudroyantes qui en sont quelquefois la suite, pour combattre les hémorrhagies de toute nature: l'hémoptysie, les engorgements de l'utérus, les dyssenteries qui accompagnent souvent les fièvres intermittentes, les diarrhées chroniques, etc., et en raison de la propriété dont jouit l'ergotine de ralentir la circulation d'une manière très-marquée, elles offrent un moyen puissant pour enrayer la phthisie pulmonaire.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 46. — JEUDI 18 AVRIL 1861. (34e ANNÉE.) N° 46. — JEUDI 18 AVRIL 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, 17 avril 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance a été consacrée tout entière à la suite de la discussion sur l'opération césarienne *post mortem*. MM. Devergie et de Kergaradec ont successivement occupé la tribune. M. Devergie a fait, au point de vue médico-légal, ce que M. Depaul avait fait dans les précédentes séances, au point de vue scientifique et pratique. Prenant pour texte les *desiderata* exprimés dans les diverses communications qui ont fait le sujet de son rapport, et les conclusions mêmes de ce rapport, qui sont destinées à y répondre, il a traité la question dans tous ses détails et d'une manière si complète, que nous cherchons vainement ce qu'on y pourrait ajouter. Nous aurons à tenir grandement compte de cette argumentation.

Quant à M. de Kergaradec, il a tenu à défendre contre la critique si vive et si pressante de M. Depaul les faits invoqués dans sa première lecture en faveur des principes qu'il s'efforce de faire prévaloir. S'il suffisait d'une ferme conviction pour faire triompher un principe en matière scientifique, M. de Kergaradec eût certainement obtenu gain de cause. Mais quelque honnêtes et respectables que soient les mobiles de son opinion, ils n'ont pu parvenir à dissimuler la faiblesse de ses arguments scientifiques. Or, nous ne pouvons oublier ici que c'est principalement sur ce terrain que doit être maintenue la discussion. Mais M. de Kergaradec n'a pas terminé son argumentation; il n'a répondu qu'à M. Depaul, il se propose de répondre dans l'une des prochaines séances au discours de M. Devergie. Nous réservons donc en partie notre jugement définitif. — Dr Brochin.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

Observation d'enchondrome parotidien parvenu à la période de ramollissement.

(Recueillie par M. Launay, interne du service.)

Les tumeurs cartilagineuses ou mieux fibro-cartilagineuses qu'on désigne sous le nom d'enchondromes n'ont fixé que depuis peu de temps seulement l'attention des chirurgiens. Quand on songe combien sont nombreux les faits de ce genre qui dans ces dernières années ont été réunis par divers auteurs, on est en droit de s'étonner qu'une affection qui est loin d'être rare, soit restée si longtemps presque tout à fait inconnue.

Lorsque Müller, en 1838, publia son *Traité des tumeurs*, c'est à peine si la variété qui nous occupe avait été assez observée pour qu'il pût en faire une histoire à peu près complète.

On trouve dans les ouvrages et les recueils périodiques des observations nombreuses qui ont évidemment trait à des tumeurs enchondromateuses, mais qui étaient confondues avec d'autres affections de nature toute différente. Prenaient-elles naissance sur des os, c'étaient des exostoses; quand elles apparaissaient dans des organes parenchymateux, on les prenait pour des squirrhes, pour des tumeurs fibreuses ou autres productions analogues. Il a fallu l'intervention du microscope pour apprendre à distinguer ces tumeurs les unes des autres, d'après leur structure intime.

M. Nélaton est, comme on le sait, un des chirurgiens qui ont le plus contribué à fixer sur l'enchondrome l'attention des observateurs. M. Demarquay, dans un petit travail sur les tumeurs parotidiennes publié en 1857, a fait connaître une observation d'enchondrome de cette région; mais il restait encore bien des progrès à faire sur ce sujet. M. Dolbeau, en étudiant les tumeurs cartilagineuses dans les divers points de l'économie où elles apparaissent, a résumé aussi complétement que possible l'état de la science sur ce point.

Les enchondromes peuvent se développer presque partout. On en a observé dans les points du corps les plus divers. Cependant on peut dire d'une manière générale que ces productions morbides apparaissent surtout dans les régions où existent en abondance des tissus cartilagineux, fibro-cartilagineux ou fibreux. Ainsi on en rencontre fréquemment dans le voisinage des os, sur le périoste desquels ils s'implantent, aux mâchoires, au bassin, etc. La *Gazette des Hôpitaux* du 23 mars dernier rapporte un cas fort curieux observé dans le service de M. Velpeau.

On sait aussi qu'assez souvent ils prennent naissance sur les têtes des phalanges, où ils présentent parfois ce caractère spécial : qu'ils affectent ensemble plusieurs phalanges, ce qui donne à la main malade une conformation très-curieuse. C'est surtout près des articulations que se développent ces tumeurs; là en effet abondent les tissus fibreux et cartilagineux; il semble que le voisinage d'un tissu détermine dans les tumeurs qui se forment autour de lui l'apparition d'éléments analogues à ce tissu lui-même.

Il n'est pourtant pas rare de voir des enchondromes prendre naissance dans d'autres points et affecter même une sorte de prédilection pour les organes glandulaires; ainsi, on en voit dans la parotide, dans les glandes sébacées, dans le testicule, etc.

Cependant, lors même que ces tumeurs apparaissent dans les glandes, elles ne semblent pas se soustraire à la loi que nous avons posée plus haut. Si l'on songe en effet combien le tissu fibreux abonde dans ces organes qui présentent une enveloppe de nature fibreuse, d'où partent de nombreuses cloisons séparant les unes des autres les lobules glandulaires; si l'on songe, d'un autre côté, que les fibro-cartilages se forment par l'apparition de cellules cartilagineuses au milieu d'une trame fibreuse, on comprendra sans peine comment prennent naissance et se développent les enchondromes. Du reste, le véritable point de départ de ces tumeurs est loin d'être encore aujourd'hui bien connu; ce point de leur histoire est loin d'être élucidé, et demande de nouvelles recherches. Aussi les opinions les plus diverses ont-elles été émises à cet égard, sans que rien soit venu les confirmer.

Ainsi, quant aux enchondromes qu'on rencontre dans la parotide, M. Cruveilhier pense qu'ils se forment dans le tissu cellulaire qui sépare les lobules les uns des autres. M. Velpeau croit que dans beaucoup de cas les ganglions parotidiens en sont le point de départ. M. Dolbeau cite même un cas qui semble venir à l'appui de cette opinion de ce savant professeur. Mais ce fait lui paraît une exception, et cet auteur est d'avis que, dans le plus grand nombre des cas, c'est dans les cloisons interlobulaires que se développent ces productions morbides. En effet, ces cloisons ne sont qu'une dépendance de la membrane de nature fibreuse qui entoure la glande tout entière; c'est dans ce tissu hypertrophié que se déposent les cellules cartilagineuses. Cette explication paraît d'autant plus plausible qu'elle peut s'appliquer aux enchondromes dans quelque point qu'ils apparaissent.

Enfin, l'observation que nous publions aujourd'hui montre de plus que les enchondromes parotidiens peuvent encore avoir une autre origine. La tumeur offrait dans le cas qui nous occupe une continuité manifeste avec le cartilage du conduit auditif externe; un pédicule volumineux la faisait adhérer à ce cartilage; elle semblait donc avoir eu là son point de départ. M. Demarquay pense que cette origine des enchondromes parotidiens n'est pas aussi rare qu'on paraît l'avoir cru jusqu'ici. Si l'on songe, du reste, que dans cette région et dans son voisinage on trouve en abondance du tissu cartilagineux, que l'articulation temporo-maxillaire est pourvue d'un ménisque inter-articulaire, que le conduit auditif, l'oreille tout entière renferment une grande quantité de ce tissu, que sur une tête fraîche les articulations de la base du crâne en sont abondamment fournies, on comprendra sans peine la fréquence des enchondromes parotidiens.

Quel que soit du reste le tissu dans lequel les tumeurs qui nous occupent prennent leur origine, lorsqu'elles apparaissent dans la parotide, on peut dans cette région les diviser, au point de vue du siége qu'elles occupent, en trois variétés.

Les unes sont situées en dehors de la glande, qui se trouve plus ou moins comprimée, aplatie, déformée; d'autres sont enfermées dans l'épaisseur du tissu glandulaire, qui les enveloppe de toutes parts, et elles envoient même des prolongements entre les lobules. D'autres, enfin, peuvent naître et se développer en dedans de la parotide, et refouler en dehors cette glande, au-dessous de laquelle elles peuvent acquérir un volume considérable.

Le travail de M. Demarquay, en 1857, sur les tumeurs de la parotide, renferme un bel exemple de cette dernière variété. On comprend facilement que la situation plus ou moins profonde de la tumeur doit avoir des conséquences importantes au point de vue de l'opération et de ses résultats.

En effet, pour pratiquer l'extirpation complète d'une tumeur située dans l'épaisseur de la parotide, on court risque d'intéresser le nerf facial et parfois même l'artère carotide externe, et de plus, si le malade guérit de son opération, il conservera longtemps, toujours peut-être, une paralysie de la septième paire. Une opération aussi délicate et en même temps aussi dangereuse demandera de la part du chirurgien beaucoup d'habileté et de présence d'esprit.

Si, au contraire, la tumeur est superficielle, si l'on peut pratiquer son extraction sans pénétrer dans l'épaisseur de la glande, et par conséquent sans avoir à craindre de léser les organes importants qui la traversent, l'opération sera de beaucoup plus facile et n'entraînera pas de conséquences fâcheuses, si du moins le malade échappe aux nombreuses complications qui peuvent rendre funeste la plaie même la plus simple en apparence.

Mme X..., âgée de quarante-quatre ans, entre à la Maison de santé pour se faire enlever une tumeur de la région parotidienne. Cette femme, maigre, sèche, d'une constitution assez débile, mais jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, s'est aperçue pour la première fois, il y a quatre ans, qu'elle portait à la parotide, au-dessous du lobule de l'oreille, une petite tumeur du volume d'une noisette, dure, élastique, roulant entre les doigts, mobile sous la peau, qui avait sa coloration normale.

L'attention de la malade fut attirée sur cette petite tumeur par quelques douleurs lancinantes dont elle devint le siége. Mais ces douleurs étaient spontanées, et la pression ne pouvait ni les réveiller ni les accroître.

La tumeur a d'abord augmenté de volume d'une manière lente et insensible.

Il y a cinq mois, elle a pris tout à coup un accroissement rapide; du volume d'une petite noix qu'elle avait alors, elle est parvenue en un mois à celui que l'on constate aujourd'hui. Depuis trois mois ce volume n'a pas varié. Pendant tout le temps qu'a duré cette augmentation rapide, il y a eu des douleurs lancinantes presque continuelles et assez vives pour empêcher quelquefois le sommeil.

La tumeur était surtout sensible au froid, et la malade était obligée d'avoir constamment la tête enveloppée. Si elle venait à découvrir la tumeur, ses souffrances s'exaspéraient beaucoup. Enfin de dure et résistante qu'elle était sous la pression du doigt, elle est devenue molle dans plusieurs points.

La difformité qui résulte de son volume et de sa situation, et les douleurs qu'elle cause, ont déterminé la malade à en demander l'extraction.

Voici quel était l'état de cette malade lors de son entrée à la Maison de santé :

On constate dans la région parotidienne du côté droit une tumeur du volume d'un œuf de poule, de forme ovoïde, à grand diamètre vertical. Elle est située derrière la branche du maxillaire inférieur, au-dessous du lobule de l'oreille, qu'elle soulève fortement en le portant en haut, en dehors et en avant. Elle arrive ainsi par son extrémité supérieure jusqu'au niveau du cartilage du conduit auditif. Sa surface est assez régulière, sauf quelques bosselures et quelques dépressions. Elle est mobile sous la peau, mais pas assez libre cependant pour rouler entre les doigts. Elle semble adhérer un peu par sa partie supérieure aux tissus profonds. La surface cutanée ne lui est unie en aucun point; on peut faire glisser la peau sur elle dans toute son étendue. C'est principalement en bas que sa mobilité est manifeste. En ce point et en avant, elle paraît pénétrer au-dessous du maxillaire inférieur. La peau qui la recouvre a sa coloration normale dans toute la circonférence, mais à la partie moyenne et surtout au niveau des bosselures, elle est un peu marbrée et d'une teinte légèrement violacée. Elle est, en outre, très-vasculaire, et parcourue à sa surface de veines nombreuses et contournées dans tous les sens.

Sa consistance est très-variable, suivant les points où on l'examine. Dans certains points il y a une fluctuation manifeste, notamment sur sa partie moyenne.

En bas et en avant, il y a au contraire des points durs, élastiques, qui ont la consistance de cartilages. Dans tout le reste de la tumeur, on trouve un grand nombre de points durs, séparés par des surfaces fluctuantes. En explorant attentivement, on ne tarde pas à se convaincre que ces points résistants appartiennent à l'enveloppe, qu'ils sont superficiels, et que la masse tout entière est fluctuante.

Le 22 février, une ponction exploratrice est faite avec un petit trocart sur la partie moyenne de la tumeur. Elle donne issue d'abord à un peu de sang noir altéré, comme celui qu'on trouve dans les anciens épanchements sanguins; puis il sort un jet de sang rutilant qui jaillit par saccades. Cette petite hémorrhagie, qui s'arrête d'elle-même, paraît due à la blessure d'une artériole située dans les parois de la tumeur. En pressant sur celle-ci, on fait couler de nouveau du sang noir, qui s'arrête lorsqu'on interrompt la pression.

Depuis cette époque, un écoulement sanguin peu abondant, mais continuel, s'est fait par la piqûre. La tumeur n'est d'ailleurs le siége d'aucun battement, d'aucun mouvement d'expansion; l'auscultation ne révèle dans son intérieur aucun bruit anormal.

M. Demarquay diagnostique un enchondrome à l'état de ramollissement.

L'extirpation de la tumeur est pratiquée le 25 février.

Le chirurgien fait d'abord sur la partie moyenne deux incisions courbes circonscrivant un lambeau elliptique à grand diamètre vertical, et intéressant la peau et l'aponévrose. La tumeur est ensuite disséquée avec soin et avec lenteur, car, n'étant plus bridée par l'aponévrose, elle présente une mollesse telle que le bistouri court risque à chaque instant de l'entamer.

On isole ainsi la tumeur en la séparant de la parotide, qui lui est faiblement adhérente et paraît refoulée en arrière et en dedans. Mais à son extrémité supérieure, elle est unie par un pédicule résistant, gros comme une plume à écrire, au cartilage du conduit auditif. Il faut couper ce pédicule, après quoi l'énucléation se fait sans trop de difficultés. On trouve au fond de la plaie le nerf facial entouré de sa gaîne. On distingue même très-nettement sa bifurcation.

On voit aussi d'une manière évidente les pulsations de l'artère carotide, qui soulève par ses battements la couche de tissu glandulaire dont elle est recouverte.

Il se fait pendant l'opération un écoulement de sang en nappe assez abondant. Il faut de plus lier trois artérioles. Somme toute, la malade n'a pas perdu beaucoup de sang.

On panse avec un morceau d'amadou et quelques boulettes de charpie recouvertes d'un linge glycériné.

Le 26, la plaie a bon aspect; peu de fièvre. On constate un peu de paralysie faciale, mais cette paralysie est peu prononcée, et se manifeste seulement par la déviation de la bouche, qui s'exagère quand la malade parle.

L'état de la malade est aussi satisfaisant que possible jusqu'au 3 mars, jour où elle est prise d'un frisson violent, bientôt suivi de l'apparition d'un érysipèle. Limité d'abord au pourtour de la plaie, cet érysipèle s'étend rapidement à la joue et à la paupière du côté droit, puis au front et enfin au côté gauche du visage. La plaie devient sèche et pâle. A ces symptômes locaux se joignent des symptômes généraux graves : subdélirium, assoupissement, fièvre intense; la langue, les gencives et les lèvres se couvrent de fuliginosités. Perte de l'appétit. Il survient bientôt une diarrhée colliquative.

La malade reste dans ce même état jusqu'au 14 mars. Elle est prise ce jour-là, après la visite, d'un tremblement général très-violent, qui ne cesse qu'à une application de linges chauds. — Sulfate de quinine.

Le 15, ce tremblement reparaît plus intense encore. La malade va en s'affaiblissant de plus en plus et meurt le 16 mars au matin.

L'autopsie n'a pu être faite.

Examen de la tumeur. — Cette tumeur offre, outre son enveloppe propre que nous allons étudier plus loin, une couche celluleuse très-vasculaire qui l'entoure complétement, excepté à sa partie supérieure où se trouve son point d'attache au cartilage du conduit auditif externe. Ce pédicule, du volume d'une plume à écrire, offre à la section l'aspect blanc et nacré du cartilage; il se continue avec l'enveloppe de la tumeur. Celle-ci, débarrassée de son atmosphère celluleuse, est du volume d'un petit œuf de poule. La surface libre d'adhérence est un peu bosselée et irrégulière; elle est d'une couleur blanche avec un reflet légèrement bleuâtre.

Une section suivant son grand diamètre montre qu'elle se compose de deux parties : l'une qui en constitue l'enveloppe, qui est à la coupe d'un blanc nacré, qui crie sous le scalpel, l'autre qui est renfermée dans cette sorte de coque et formée d'une masse molle, noirâtre, sorte de magma fibrineux imprégné de sang noir altéré et offrant assez bien l'aspect d'un ancien épanchement sanguin en partie coagulé. L'enveloppe a dans ses différents points des épaisseurs diverses, c'est ce qui donnait cette sensation de nodosités dispersées sur sa surface. Dans les endroits où l'épaisseur est la plus grande, on trouve interposés, comme enkystés au milieu d'un tissu blanc évidemment fibreux, des noyaux jaunâtres qui ont tout à fait l'aspect du cartilage. Ces noyaux sont d'autant plus nombreux qu'on se rapproche davantage du pédicule.

Quant à la masse noirâtre enfermée dans cette enveloppe, elle se compose de deux parties, l'une qui cloisonne dans tous les sens la cavité et qui, après avoir tapissé la coque dont nous venons de parler, envoie dans son intérieur des prolongements nombreux qui la divisent en un grand nombre de poches pleines de sang coagulé. Cette substance, comme fibrineuse, qui forme les cloisons, est évidemment organisée; on voit à l'œil nu qu'elle est parcourue par d'innombrables capillaires sanguins.

Ces tissus divers ont été examinés au microscope par M. Luys.

Dans la coque enveloppante on trouve surtout du tissu fibreux; dans les noyaux jaunâtres signalés plus haut on constate l'existence de cellules cartilagineuses interposées au milieu de fibrilles entre-croisées dans tous les sens.

Quant à la masse contenue dans le kyste, c'est un tissu complexe formé :

1° Par du tissu plasmatique en assez grande quantité, qui se développe aux dépens des parois vasculaires. Ces parois sont gonflées, triplées, quadruplées même de volume ; elles sont le siége d'un bourgeonnement fort curieux formé par cette substance plasmatique.

2° Par des cellules cartilagineuses en quantité innombrable et à toutes les périodes de leur formation, depuis les noyaux jusqu'aux cellules-mères dont quelques-unes ont acquis des proportions tout à fait anormales.

Ces cellules cartilagineuses présentent un grand nombre de cellules incluses qui, serrées les unes contre les autres, donnent à la cellule qui les contient l'aspect d'une cavité divisée par des cloisonnements nombreux en autant de petites cavités secondaires. Les parois des cellules-mères, des cellules incluses et des noyaux offrent une coloration jaunâtre ; celles des cellules-mères sont épaissies. Ce sont surtout les noyaux cartilagineux qui se rencontrent en plus grand nombre sous le champ du microscope. Parmi ces noyaux sont disséminées des cellules de volume ordinaire, et enfin, de place en place, on rencontre ces cellules énormes dont il a été question plus haut.

Les grosses et les petites cellules sont, en général, libres et peu adhérentes aux tractus de tissu plasmatique. Un certain nombre paraissent subir la période d'évolution rétrograde ; elles contiennent des granulations jaunâtres, brillantes ; d'autres paraissent ramollies.

Ce qui paraît aussi remarquable dans ce tissu, c'est sa vascularité extrême. Les vaisseaux y sont très-nombreux ; leurs parois sont épaissies, et l'on y constate presque partout ce bourgeonnement dont nous avons parlé.

Enfin, dans les épanchements sanguins contenus dans les cavités secondaires formées par le tissu que nous venons d'étudier, on rencontre en grand nombre des globules sanguins altérés, déformés, granuleux.

Nous avons eu évidemment affaire ici à une tumeur enchondromateuse parvenue à la période de ramollissement. On ne trouve plus que dans la coque qui l'enveloppe et surtout près du pédicule les caractères spéciaux de l'enchondrome, c'est-à-dire des cellules cartilagineuses incluses dans du tissu fibreux. Tout le contenu est altéré, diminué par des épanchements sanguins qui se sont formés dans l'épaisseur de la tumeur. Un certain nombre même de cellules cartilagineuses sont altérées, comme on l'a vu plus haut.

De plus, nous avions affaire à un enchondrome développé en dehors de la parotide, mais qui, en s'accroissant entre la glande et son aponévrose, a diminué la première au point d'arriver en contact avec le nerf facial.

Le peu d'adhérence de la tumeur avec la glande, l'enveloppe celluleuse qui l'entoure, montrent que la substance même de la parotide n'était pour rien dans la formation de ce tissu accidentel. Mais le cartilage du conduit auditif semble lui avoir donné naissance, puisqu'il est le seul point avec lequel la tumeur se continue d'une manière évidente.

Il est encore un fait sur lequel nous croyons devoir insister ici : c'est la paralysie, incomplète, il est vrai, de la face de ce côté. Nous avons vu que le nerf de la septième paire n'avait pas été blessé, et pourtant il y avait une déviation de la commissure labiale. C'est un fait curieux plus d'une fois démontré par l'expérience que cette paralysie de la septième paire dans les ablations de tumeurs de la parotide, lors même que le nerf paraît n'avoir pas été lésé.

M. Demarquay en cite plusieurs exemples dans lesquels, du reste, la paralysie n'a pas persisté longtemps. Il semble qu'il y ait là une altération passagère, une surprise en quelque sorte de la fonction nerveuse.

Enfin les conséquences funestes d'une opération aussi peu grave en apparence, et qui dans le plus grand nombre de cas se termine heureusement, montrent combien il faut toujours être réservé au point de vue du pronostic, et combien il y a toujours à craindre même lorsqu'on croit avoir pour soi toutes les chances de succès.

En présence d'un résultat aussi funeste, M. Demarquay se demande s'il ne serait pas possible, en modifiant le procédé opératoire, de rendre les suites de l'opération moins dangereuses. La cautérisation a l'avantage de causer moins souvent l'érysipèle, cette complication terrible qui emporte si souvent les malades. Or, dans le cas que nous venons de rapporter, n'eût-il pas été plus avantageux d'inciser largement la coque fibro-cartilagineuse, de faire sortir toute la substance ramollie qu'elle contenait, et ensuite d'appliquer un caustique sur toute la surface interne du kyste, et de détruire ainsi cette enveloppe? La pâte de Canquoin eût rempli parfaitement cette indication. Ne pourrait-on pas, toutes les fois qu'il s'agirait ainsi d'un enchondrome superficiel, attendre son ramollissement et en pratiquer de la sorte la destruction? Ce procédé aurait un double avantage, d'abord de rendre l'opération plus simple, d'éviter au chirurgien une dissection minutieuse et toujours difficile, et ensuite d'assurer à la guérison une chance de plus.

DU KOUMIS, OU LAIT DE JUMENT FERMENTÉ.

Par M. le docteur Constantin James.

Il n'est aucun de nous qui n'ait entendu parler de ces cavaliers tartares qui, plus sauvages encore que les steppes où ils mènent leur nomade existence, boivent le lait aigri de leurs juments et vivent de la chair des animaux qu'ils ont simplement échaudée sous leurs selles. Qui le croirait? C'est parmi ces descendants des anciens Scythes que certains poitrinaires vont aujourd'hui chercher la guérison. Je n'oserais affirmer que vous y rencontriez beaucoup de Français ; en revanche, nombre de Russes s'y donnent rendez-vous tous les ans.

Le traitement que l'on suit dans ces steppes consiste à boire le lait de jument fermenté. Pour obtenir cette fermentation, on ajoute une certaine quantité de farine, de millet et de levûre de bière à un volume donné de lait, puis on met le tout dans un sac de cuir qui n'est autre que la peau du cou d'un chameau ou celle de la jambe d'un cheval qu'on a fortement nouée à ses deux bouts : c'est un moyen économique d'éviter les coutures. Les choses ainsi disposées, on agite vivement ce mélange à l'aide d'un moulinet; il suffit, en général, de vingt-quatre heures pour que la fermentation s'y développe. On retire alors le lait ou plutôt le koumis, car c'est le nom qu'il prend, puis on le met en bouteilles, où il ne tarde pas à acquérir plus de montant et plus de force.

Les indigènes distinguent deux espèces de koumis, le koumis nouveau et le koumis ancien. Le koumis nouveau est plus généralement appelé *saumal;* je le comparerais volontiers au moût du raisin. Le koumis ancien, celui qui a complété sa fermentation en bouteille, est le seul, à vrai dire, auquel ils appliquent la dénomination de *koumis;* il correspond au vin entièrement fait.

Le koumis nouveau est légèrement écumeux. Il a l'aspect du petit-lait ordinaire, mais il est plus consistant, car il renferme encore les parties caséeuses du lait; il offre pour les mêmes motifs une teinte plus blanche. Sa saveur est douceâtre, un peu aromatique, avec un arrière-goût aigrelet. A mesure qu'il séjourne en bouteille, la fermentation y développe de plus en plus les caractères vineux, au point qu'il fera sauter les bouchons ou voler en éclats les verres qui le renfermaient. Le koumis ressemble alors à toutes ces boissons fermentées dont le vin de Champagne est le type; il leur ressemble de même par ses caractères suivants. Aussi les Tartares le boivent-ils comme les Russes boivent le kvass, les Anglais l'ale, les Allemands la bière et nous autres Normands le cidre.

C'est à Orenbourg, au nord de la mer Caspienne et du lac d'Aral, dans les steppes des Kirghiz, qu'on va suivre ces cures de koumis. La direction en est confiée à de simples médicastres qui, d'après les renseignements authentiques (1) qui m'ont été fournis, prescrivent uniformément et sans choix, à tout malade, les pratiques suivantes : boire d'abord, comme moyen préparatoire, du lait de jument fraîchement tiré, à doses suffisantes pour provoquer des effets laxatifs. Au bout de trois ou quatre jours arriver à la cure de koumis. Commencer par le koumis nouveau (saumal), puis passer progressivement au koumis plus ancien, par conséquent plus fort : en prendre dans la journée de vingt-cinq à trente verres. Il est très-essentiel de faire en même temps beaucoup d'exercice dans le but d'accroître la soif, d'activer la transpiration cutanée et de favoriser le renouvellement des humeurs. Le koumis servira à lui seul de boisson et d'aliment; il est en général parfaitement supporté par l'estomac, et il ne trouble en rien les fonctions du reste de l'intestin. Chez quelques malades on pourra permettre de la viande de mouton cuite, non pas sous la selle des cavales, mais devant un feu ardent, de manière qu'elle soit simplement saisie : les autres viandes, sans être absolument interdites, conviendraient moins. Quant aux légumes, salaisons, pâtisseries, fruits, salades et autres crudités, s'en abstenir sévèrement; même défense pour tout ce qui est boisson, sauf peut-être l'eau pure.

Les maladies contre lesquelles on emploie le koumis avec le plus de succès sont toutes celles qui se rattachent à la débilité, surtout quand cette débilité s'accompagne d'une grande prostration nerveuse. Telle est au premier rang la phthisie pulmonaire chez les individus faibles ou cachectiques. J'ai eu l'occasion de constater plusieurs guérisons de ce genre d'autant plus inespérées que l'affection avait résisté jusqu'alors aux traitements thermaux les mieux dirigés. Mais qu'on n'oublie pas que tout état pléthorique, toute disposition à l'hémoptysie, tout phénomène fébrile, même subaigu, contre-indiquent de la manière la plus absolue cette médication. Ce sera donc moins la lésion locale que l'ensemble de l'état général qui en pareil cas devra guider vos prescriptions.

Il est de remarque que les cures de koumis ne sont utiles qu'autant que les malades vivent au grand air, prennent beaucoup de mouvement, je dirai même rompent avec les habitudes de la vie sociale ordinaire. Aussi la plupart, au lieu de résider dans la ville même d'Orenbourg, vont-ils en pleines steppes habiter les kibitki, espèce de tentes couvertes en feutre, qui leur offrent simplement un abri contre la pluie et de l'ombre contre les trop fortes chaleurs. On a noté également que le koumis transporté soit à Saint-Pétersbourg, soit à Moscou (on en a fait venir même à Paris, perd beaucoup de son action médicinale, encore bien qu'il conserve toute sa vinosité. Il faut donc, comme condition essentielle de succès, l'atmosphère même des steppes. Or je crains bien que cette perspective d'aller vivre, ne fût-ce que pour quelques semaines, en compagnie des Cosaques et des Kalmouks, n'empêche de longtemps encore nos phthisiques de recourir au lait de jument fermenté, et ne leur fasse préférer tout simplement les cures de petit-lait de chèvre que nous offrent la Suisse et le Tyrol.

(1) J'ai dû ces obligeantes communications au docteur Pfohl, praticien fort distingué et ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de Moscou.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 avril 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre d'État transmet l'ampliation du décret en date du 2 avril, qui approuve la nomination que l'Académie a faite de M. Regnault pour remplir la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales, en remplacement de M. Thillaye, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Regnault prend place parmi ses collègues.

— M. le ministre de la marine communique plusieurs échantillons d'huile de foie de morue française fabriquée à Saint-Pierre (Terre-Neuve) par M. Riche, armateur de Saint-Malo. (Commission déjà nommée.)

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements de la Seine-Inférieure, de l'Hérault, de la Lozère, de Saône-et-Loire, de la Moselle, des Basses-Alpes, de la Sarthe, de Vaucluse et de la Haute-Vienne;

2° Les rapports de MM. les docteurs Million (de Saint-Etienne), Madin (de Chalade), Gevrey (de Cirey), Dauvin (de Saint-Pol) et Tiret (de Lorient), sur diverses épidémies (commission des épidémies);

3° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de la Motte (Isère), par M. le docteur Baron; d'Evaux (Creuse), par M. le docteur Tripier; de Balaruc (Hérault), par M. le docteur Crouzet (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance comprend :

1° Des lettres de MM. Sanson et Charlier, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire;

2° Une observation d'opération césarienne *post mortem*, par M. le docteur Domerc (commissaire, M. Devergie);

3° Un mémoire intitulé *La scarlatine au Péloponèse, et spécialement à Nauplie, en 1858 et 1859*, par M. le docteur Bernard Ornstein (commission des épidémies);

4° Une lettre de M. Mercier, accompagnant un exemplaire d'un ouvrage sur la taille et la lithotritie, par M. le docteur Ellias Buialsky, professeur d'anatomie à Saint-Pétersbourg;

5° Deux plis cachetés, déposés l'un par MM. O. Henry fils et Doré, l'autre par M. le docteur Rivoire, de Lyon. (Accepté.)

— M. LARREY dépose sur le bureau le rapport fait à la Société de médecine de Versailles, sur un monstre double autositaire, né en cette ville le 21 mars 1861, par MM. Bérigny, Leduc, et Paul Doré, rapporteur. (Commissaires, MM H. Geoffroy-Saint-Hilaire, Larrey et Depaul.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce que mardi prochain l'Académie se réunira en comité secret immédiatement après la lecture de la correspondance, pour entendre le rapport de la section de médecine vétérinaire, sur les candidats à la place vacante dans cette section.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'opération césarienne *post mortem*.

La parole est à M. Devergie.

Discussion sur l'opération césarienne post mortem.

M. DEVERGIE, rappelant le point de départ de cette discussion, la demande d'intervention de l'Académie auprès de qui de droit à l'effet de faire régler les droits des médecins en ce qui concerne la pratique de l'opération césarienne, et les doctrines de M. de Kergaradec, montre qu'il y a là une question de législation et surtout une question de responsabilité médicale. Il établit ensuite, contrairement à l'opinion soutenue par plusieurs membres, que cette question est parfaitement de la compétence de l'Académie, et il la prie en conséquence d'examiner et de discuter les propositions qui lui ont été soumises par la commission. Puis il continue en ces termes :

L'insuffisance ou l'ambiguïté de la loi qui a été signalée par MM. Hatin, Laforgue et Devilliers, dit-il, est la conséquence d'une fausse application de la loi. On a appliqué à une opération chirurgicale ce qui était applicable à une opération d'autopsie. Or l'arrêté qui semble interdire la pratique de cette opération avant un délai de vingt-quatre heures révolues depuis la mort est celui de M. de Rambuteau, en date du 25 juillet 1844.

C'est surtout un membre de phrase qui a été cause de l'erreur. Il est ainsi conçu :

« L'article 77 du Code civil, qui interdit positivement de procéder à aucune inhumation avant l'expiration du délai de vingt-quatre heures, contient implicitement la défense de procéder à l'ensevelissement, à la mise en bière, au moulage, à l'autopsie et à toute autre opération dont un corps peut être l'objet. »

Dès lors on a raisonné ainsi ; on a dit : Puisque l'hystérotomie est une opération dont un corps peut être l'objet, le médecin ne peut pas pratiquer l'hystérotomie avant le délai de vingt-quatre heures expiré depuis le décès, et à cette époque cette opération étant illusoire, puisque la vie de l'enfant a cessé, c'est défendre implicitement aux médecins de pratiquer l'hystérotomie *post mortem*.

Quand on veut interpréter une loi, il faut voir à quoi elle s'applique et quel est son esprit. Or le paragraphe de l'arrêté cité fait partie d'un chapitre intitulé *Moulage des corps*. Il ne pouvait donc s'entendre que des opérations qui sont relatives au moulage des corps. C'est donc là une erreur complète d'interprétation. Jamais le législateur n'a eu la pensée d'apporter le moindre obstacle à des opérations qui sont pratiquées dans le but de sauver la vie d'un individu, puisqu'il n'a pas défendu l'avortement chirurgical, quoique l'avortement soit un crime qualifié.

Quant à l'arrêté du préfet, il est conçu dans des idées si éloignées de cette pensée que dans l'arrêté portant création d'un comité d'inspection pour la vérification des décès, du 15 avril 1839, on a dit, article 11 : « Ils devront conseiller (les médecins inspecteurs des décès), selon les cas, l'autopsie des femmes mortes en état de grossesse; et si la visite du médecin n'avait pas encore eu lieu, ils l'exhorteront, par une note cachetée laissée à domicile, à s'unir à eux pour demander cette opération dans le but d'essayer de sauver l'enfant chez lequel la vie pourrait n'avoir pas cessé. »

Rien n'est plus clair que la lettre et l'esprit de ces articles. Quant au texte de la loi, il n'a jamais fait allusion à des opérations de ce genre. Si donc la loi garde le silence sur cette opération, elle ne la défend pas, et tout ce que la loi ne défend pas est permis.

L'Académie n'a donc rien à demander.

Ainsi se trouve justifié le premier paragraphe de la conclusion de la commission.

Cette conclusion sauvegarde les droits professionnels, puisqu'elle n'enraye pas le médecin dans l'exercice de sa profession. Elle sauvegarde les devoirs du médecin envers la femme qui vient de décéder, puisqu'elle ne met pas d'obstacle à la pratique de l'hystérotomie, si les conditions dans lesquelles se trouvent placés la mère et l'enfant doivent conduire à cette opération.

Mais s'ensuit-il, du silence de la loi à l'égard de l'hystérotomie *post mortem*, que le médecin n'ait à encourir aucune responsabilité en la pratiquant? Ceci est une autre question, question délicate et qui nous conduit à poser à cet égard des principes généraux.

Le médecin et l'officier de santé sont dans l'exercice de leur profession, comme dans toute autre profession et dans tous les actes de la vie commune, soumis aux conséquences des articles 1382 et 1383 du Code civil. Il y a plus; le médecin, en raison de la nature de sa profession, est dans certaines circonstances passible de l'art. 319 du Code pénal, lorsqu'il s'agit d'un homicide commis involontairement par maladresse, imprudence, inattention, négligence, etc.

La conséquence à tirer de ces articles, c'est, dans la pratique de l'hystérotomie *post mortem*, de prendre les moyens et de suivre la voie qui peuvent nous y soustraire.

Comment donc accepter les propositions formulées par M. Laforgue, qui dit : « Que l'opération césarienne devra être pratiquée par le médecin après la mort des femmes enceintes de plus de quatre mois; »

Que l'inhumation d'une femme enceinte ne pourra être ordonnée par l'officier de l'état civil que sur la déclaration du médecin inspecteur du décès, que l'enfant a été extrait. »

Nous n'avons pu reproduire aujourd'hui que le premier point de l'argumentation de M. Devergie. Nous la compléterons plus tard.

M. DE KERGARADEC. Ce n'est pas sans quelque étonnement que j'ai rencontré dans tout ce qu'a dit M. Depaul un ton affirmatif et absolu que ne comportent pas toujours, à beaucoup près, les questions de doctrine médicale.

La loi, nous a-t-il dit, a fait descendre outre mesure le terme minimum de la viabilité du fœtus; avant six mois et demi, il est à peu près impossible que l'enfant continue à vivre après sa naissance, et les exemples sont bien rares que, même à ce terme extrême, ces petits êtres aient survécu longtemps. Les lois physiologiques qui président au développement de l'œuf humain, expliquent suffisamment ce fait et sont d'accord avec l'observation.

Qu'un enfant, né avant le terme indiqué, vive rarement, très-rarement, je l'accorde; mais que physiologiquement parlant, cela ne puisse arriver, voilà ce que je ne saurais admettre. Qui ne sait la différence, énorme quelquefois, de force et de développement que présentent les enfants nés également au terme régulier de la grossesse? Or, ce qui se manifeste alors ne peut-il pas s'être produit très-antérieurement et à une époque plus ou moins avancée de la gestation? Et qui osera fixer le moment où commence cette inégalité de développement?

La grande pratique de M. Depaul lui donne beaucoup d'autorité en matière obstétricale. Mais des autorités grandes aussi peuvent lui être opposées. M. de Kergaradec cite ici Gardien, Orfila, M. Velpeau, Capuron, qui ne nient pas absolument que dans des circonstances, rares il est vrai, l'enfant né avant les deux derniers mois de la grossesse ne puisse à toute rigueur avoir acquis la faculté de vivre.

M. Depaul me reproche d'avoir puisé dans un vieil ouvrage les faits que j'ai cités, de les avoir accueillis sans aucune critique, et enfin de les avoir présentés dépourvus de détails essentiels dont l'absence les prive de toute valeur scientifique. L'*Embryologie sacrée* du chanoine Cangiamila est un ouvrage très-savant; qui longtemps a fait autorité; la traduction qu'en a donnée l'abbé Dinouart a été de la part de Vermond et Sue l'objet d'un rapport favorable à l'Académie de chirurgie, qui en a adopté les conclusions.

Je n'ai pas donné comme positifs et comme probants tous les faits rapportés dans mon mémoire. Il en est à l'égard desquels le doute ne me paraît pas possible. Cependant j'ai consenti à ce qu'ils fussent tous considérés comme incertains et mal observés, à la condition pourtant qu'on m'accordât que dans le doute il faut agir.

Un autre reproche m'a été adressé. Les faits sur lesquels vous vous appuyez, m'a-t-on dit, sont sans valeur scientifique, parce qu'ils manquent de détails très-essentiels. Ce ne sont pas des observations; et là-dessus on a déroulé le tableau des conditions dont la réunion constitue ce qu'on appelle une observation. J'avoue que mon intelligence n'a pas pu s'élever jusqu'à la hauteur de l'objection.

Que sur un cas de pathologie médicale, chirurgicale ou obstétricale les règles tracées par notre confrère soient souvent de stricte rigueur, je le conçois et je l'admets. Mais en est-il ainsi dans le sujet qui nous occupe? Je ne le pense pas.

En ce qui concerne l'âge du fœtus, les découvertes modernes permettent de le reconnaître aujourd'hui avec une grande précision; mais avant ces heureux progrès, il ne faut pas croire que les médecins fussent entièrement dépourvus des moyens de résoudre le problème avec quelque exactitude. D'ailleurs, pour cette détermination, il n'est pas besoin de tous les détails qu'on nous donne pour indispensables. Encore moins est-on en droit de les exiger lorsqu'il s'agit des résultats heureux ou malheureux de l'hystérotomie pratiquée plus ou moins longtemps après la mort de la mère. Ici deux choses seulement sont à déterminer :

1° Le moment de la mort de la mère;

2° L'existence du nouveau-né.

Sur le premier point, sauf des exceptions très-rares, on est le plus souvent en mesure de connaître l'instant où la vie a cessé. Quant à l'existence de l'enfant, ne suffit-il pas de s'assurer qu'il respire, qu'il crie, etc.? A quoi bon dès lors les exigences de notre collègue?

Je ne puis laisser passer sans réclamation ce que M. Depaul nous a dit touchant le court espace de temps pendant lequel l'hystérotomie *post mortem* offrirait quelque chance de sauver l'enfant. C'est là le point culminant de tout ce débat, et celui où l'erreur pourrait avoir les conséquences les plus funestes.

Dix, douze, quinze minutes, une demi-heure après la mort d'une femme enceinte, voilà le temps pendant lequel, suivant M. Depaul, il est permis dans des cas très-rares d'espérer obtenir par l'hystérotomie un enfant encore vivant.

Si je produis un seul exemple de succès après ce délai, l'affirmation de notre confrère s'écroule, et ma cause est gagnée. Elle ne serait pas perdue même si la question restait incertaine, car le doute en cette matière doit toujours profiter à l'enfant.

Je laisserai de côté les exemples de Cangiamila, récusés par M. Depaul. Je me bornerai à rappeler quatre cas consignés dans ma communication du 28 janvier. Le premier est dû à Riolan, qui attribue douze heures de survie intra-utérine à l'enfant sujet de sa consultation. Le second est emprunté à Gardien; c'est celui qui est relatif à Mme Pauline de Schwarzenberg. Le troisième est emprunté à la *Gazette de Metz*. (Il s'agit d'une femme qui avait péri dans un naufrage avec cinquante et quelques autres personnes. Le naufrage avait eu lieu le 27 mars; l'enfant que cette femme portait dans son sein vivait encore le 30.)

Le quatrième fait est celui qui m'est personnel. Voici les explications qui m'ont été demandées sur ce fait, qui s'est passé en 1807 à l'hôpital Saint-Antoine :

Un matin, entre neuf et dix heures, on descendit à la salle des morts pour procéder à une autopsie. Le cadavre était celui d'une femme morte la veille dans les salles de M. Raikem. Cette femme était enceinte. L'enfant présentait une teinte fortement prononcée d'un rouge livide; son développement était assez avancé, et pouvait correspondre au terme d'environ huit mois. Il ne cria point, il ne parut pas respirer; mais de faibles mouvements des membres et des contractions plus prononcées des muscles de la face nous convainquirent tous qu'il conservait encore un dernier reste de vie. Pas un seul des assistants n'éleva le moindre doute à cet égard. C'est dans ces circonstances que je le baptisai. Il ne tarda pas à succomber.

Et maintenant, je le demande à notre confrère, les faits que je viens de rappeler autorisent-ils le système dangereux qu'il essaye de faire prévaloir? Je suppose qu'il reste quelque doute dans son esprit, devons-nous oublier qu'une question incertaine peut recevoir des solutions opposées? Pouvons-nous méconnaître que dans l'espèce la solution de M. Depaul est un arrêt de mort irrévocablement porté contre la presque totalité des fœtus placés dans la condition dont il s'agit? Il ne nous est pas possible, il ne nous est pas permis, quant à présent du moins, de sanctionner soit par un vote, soit par notre silence, une doctrine qui entraîne après elle des conséquences aussi funestes.

M. de Kergaradec termine en répondant au reproche que M. Depaul lui a fait de n'avoir pas parlé de l'auscultation dans son mémoire. Je n'ai pas parlé de l'auscultation, dit-il, ou plutôt j'ai supprimé ce que j'en disais dans une première rédaction, parce que je n'ai pas dans ce moyen la même confiance que mon confrère. Sans aucun doute, là où le signe se présente, la certitude de l'existence du fœtus est acquise; mais son absence est loin d'avoir la même valeur séméiologique. Je regarderais comme une témérité de conclure de cette absence à la mort certaine de l'enfant renfermé dans l'utérus.

M. de Kergaradec se réserve de reprendre la parole pour répondre au discours de M. Devergie.

— La séance est levée à cinq heures.

EXPLORATION LARYNGOSCOPIQUE

au moyen de la lumière directe du soleil (1).

Par M. le docteur L. TURK, médecin en chef de l'hôpital général de Vienne (Autriche).

APPAREILS GROSSISSANTS.

La loupe-lunette. — Afin d'obtenir le grossissement des images du larynx, j'avais essayé autrefois d'appliquer en arrière du trou central pratiqué dans la couche métallique du miroir éclaireur, une lentille convergente, ou bien je m'étais servi de lunettes très-convexes. Plus tard, j'ai fait usage d'une espèce de lunette de Galilée, d'une lunette de spectacle, de distance focale très-courte; enfin, j'ai employé, avec le plus grand succès, une petite loupe achromatique disposée en forme de lunette et présentant une distance focale de 0m,2 à 0m,6. M. Plössl, opticien, à qui j'avais demandé un instrument de la distance focale indiquée, l'a construit d'une manière tout à fait convenable. Cette loupe de Plössl n'a qu'un seul objectif, tandis que celle de Brücke en a deux.

Je l'applique à mon appareil d'éclairage artificiel derrière le trou central pratiqué dans la couche métallique du miroir éclaireur ou sur une échancrure latérale que j'ai fait faire à ce miroir. Si la plus petite distance à laquelle le miroir concave ou le miroir plan, en admettant que l'on se serve de la lumière solaire, se trouvent placés de la bouche du malade, est de 0m,12 à 0m,13, la distance de la bouche au laryngoscope est de 0m,08, et la distance de l'objet à examiner le plus voisin, des parois latérales du pharynx par exemple, au miroir, est de 0m,015 : la distance d'un pareil objet au miroir éclaireur s'élèvera à 0m,12 + 0m,08 + 0m,10 = 0m,21. Ainsi la distance focale minimum s'élèverait, pour la loupe qui se trouve presque en arrière du miroir éclaireur, tant soit peu au-dessus de 0m,2.

S'il s'agit au contraire d'explorer les parties les plus éloignées de l'expérimentateur, les bronches par exemple, on trouve, pour la distance de la bouche du malade au laryngoscope, 0m,08, pour la distance de la glotte à la bifurcation de la trachée, 0m,15, pour la longueur de la bronche droite, 0m,02, et si, dans un cas très-favorable, on parvenait à effectuer l'exploration dans la bronche gauche plus en bas, on aurait, pour la longueur de la bronche gauche, 0m,05; on trouverait donc : 0m,08 + 0m,08 + 0m,15 + 0m,05 = 0m,36. Ajoutant en outre à ce résultat la distance 0m,18 de la lampe à la bouche du malade, distance qui est plus grande ici qu'elle ne l'est ordinairement, on obtient en somme 0m,54 pour le maximum de la distance focale.

Entre ces distances focales maximum et minimum, la loupe-lunette de Plössl grossit de deux fois et demie à cinq fois.

Si l'on veut appliquer un appareil optique de cette nature en arrière de l'ouverture centrale du miroir concave, il faut surtout considérer que l'axe de l'appareil optique ne coïncide pas avec celui du miroir concave. Ainsi, la lampe doit être placée latéralement en arrière de la tête du malade, tandis que le miroir concave, dont le centre doit se trouver en ligne droite en avant du malade, doit subir un mouvement de rotation tel que les rayons qui le rencontrent soient réfléchis vers la bouche du malade. L'axe du miroir concave ne coïncide ni avec celui du cône des rayons qui y sont envoyés par la flamme de la lampe, ni avec celui du cône des rayons réfléchis vers la bouche du malade; mais il se trouve entre les deux. L'axe de l'instrument optique coïncide, au contraire, avec le prolongement de l'axe des rayons réfléchis; il forme donc un angle avec l'axe du miroir concave.

Pour chaque exploration, il est du reste nécessaire de faire subir au miroir concave les mouvements de rotation les plus variés dans toutes les directions : il faut pouvoir diriger l'instrument optique de telle manière que son axe puisse former dans toutes les directions, avec le miroir concave, les angles qui sont nécessaires pour les besoins de l'exploration.

Enfin, il est nécessaire que tous les mouvements de la loupe puissent s'opérer avec facilité au moyen d'une seule main, et qu'elle reste ensuite dans la même position, sans que l'on ait à s'en occuper.

J'ai tâché de remplir ces conditions en faisant adapter au prisme triangulaire de mon appareil éclaireur un second mécanisme pareil à celui de cet appareil, mais de dimensions plus petites, qui sert de support à la loupe.

Lorsque je veux faire usage de cet appareil, j'éclaire d'abord le voile du palais et la luette à la manière ordinaire au moyen du miroir concave. Je fixe ensuite dans une position déterminée les tubes et le

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 4 avril.

prisme de l'appareil éclaireur, la boîte *c* et l'anneau *e* au moyen de leur vis de pression; je fixe également la cheminée portée par le bras *g* au moyen de sa vis *h* : mais je laisse le prisme triangulaire a du porte-loupe fonctionner librement.

a, prisme de l'appareil éclaireur; *b*, vis de pression; *c*, boîte mobile le long du prisme et munie d'une vis de pression *d*; *e* anneau brisé muni d'une vis de pression *f* mobile autour de l'axe longitudinal de la boîte *c*; *g*, bras du porte-loupe qui y est fixé.

J'applique alors la loupe en arrière du trou central du miroir concave, de manière que je puisse voir clairement les parties indiquées. Détournant ensuite mes regards du miroir concave, j'introduis le laryngoscope et j'emploie alternativement ma main gauche, qui est restée libre, pour régler la position du miroir concave et de l'appareil optique, pour faire rentrer ou sortir les tubes, et enfin pour diriger la tête et le pince-langue.

Si l'exploration a lieu avec le concours de la lumière directe du soleil, qui a déjà subi une réflexion préalable, je me sers également d'un miroir plan dont la couche métallique est percée d'un trou, ou bien j'emploie un miroir plan qui présente latéralement une échancrure semi-circulaire destinée à recevoir la loupe-lunette.

Afin de rendre l'emploi de l'appareil plus facile, j'ai fait pratiquer dans le miroir plan un trou central d'un diamètre de 0m,01, et même plus, qui était par conséquent d'une dimension plus grande qu'il n'était d'usage jusqu'alors. Le mode ordinaire d'exploration, sans adjonction de loupe, en devient également plus facile.

Si l'exploration a lieu avec le concours de la lumière directe du soleil sans réflexion préalable, j'emploie mon appareil éclaireur ordinaire comme porte-loupe, en sorte que je fixe la loupe au genou supérieur, aux lieu et place du miroir concave.

Comme, dans ce mode d'exploration, l'interception des rayons par la tête de l'observateur peut être évitée d'autant mieux que l'expérimentateur se trouve à une plus grande distance, je me sers alors avec plus d'avantage d'une loupe-lunette de Plössl, beaucoup plus grande qu'à l'ordinaire. Elle présente l'avantage d'avoir une distance focale très-considérable, et cependant elle produit encore un grossissement considérable de trois et demi.

Un second observateur, dont les deux mains sont libres, peut y tenir une loupe-lunette; chacun des deux observateurs doit du reste procéder de la manière suivante : il faut d'abord chercher l'image à l'œil nu, et, en fermant successivement chacun des deux yeux, déterminer d'une manière certaine quel est l'œil dont on l'a vue. On fixe alors d'une manière continue cet œil sur l'image en maintenant la tête parfaitement immobile, et en rapprochant de l'œil la loupe-lunette adaptée à mon appareil éclaireur ou tenue à la main. Si l'on n'opère pas de cette manière, on ne parviendra presque jamais à un bon résultat à cause de l'étendue limitée du champ d'une pareille loupe.

Laryngoscopes concaves. — Avant que j'eusse fait monter mes appareils grossissants, M. le docteur Gustave Wertheim avait fait disposer, dès l'été de 1859, un laryngoscope concave dans le but d'obtenir des images grossies du larynx. Dans une tentative que nous avons faite ensemble, les images étaient si défigurées qu'elles ne pouvaient servir à rien. J'ai laissé à des expériences ultérieures le soin de décider la question de savoir si ces miroirs ne pourraient pas être utilisés en augmentant leurs distances focales, et en y joignant des appareils dioptriques grossissants. Des expériences que j'ai faites depuis cette époque m'ont démontré que les laryngoscopes concaves, présentant certaines distances focales, peuvent être bien utilisés dans certaines circonstances.

Il s'agit ici d'obtenir en arrière du miroir une image droite et grossie. Pour que nous puissions l'obtenir, l'objet, ainsi que nous le savons, doit être placé entre le miroir et son foyer. La distance de l'objet au miroir doit donc être plus petite que la distance focale. Mais plus la distance focale du miroir est petite, plus le grossissement est considérable.

Le laryngoscope doit être placé à peu près à une distance de 0m,08 au-dessus des cordes vocales. On devait donc supposer qu'un laryngoscope concave d'une distance focale égale à 0m,10 serait convenable pour l'exploration; mais, d'après mes expériences, il n'en est pas ainsi. Il faut employer un miroir d'une distance focale beaucoup plus grande. Une distance focale de 0m,18 est encore trop petite pour les individus mâles adultes : en effet, même alors, les cordes vocales paraissent défigurées; mais elle convient pour des individus plus jeunes. Un miroir de 0m,24 de distance focale convient parfaitement pour l'exploration des cordes vocales chez les adultes. Les parties plus profondes qui les avoisinent, la paroi antérieure du larynx par exemple, paraissent déjà défigurées.

Je me suis assuré, en le mesurant, que le grossissement produit par un pareil miroir à une distance de 0m,08 de l'objet est peu considérable : le grossissement n'est que d'un cinquième : ainsi, un objet de 0m,005 de longueur paraît être de 0m,006 de longueur.

Pour explorer les parties situées encore plus profondément, il faudrait employer des distances focales encore plus grandes, et alors l'effet serait à peu près nul.

En ce qui concerne au contraire les parties plus rapprochées, on peut en obtenir ainsi un grossissement plus élevé. On peut, par exemple, explorer très-bien la base de la langue ou le bord libre de l'épiglotte qui se trouvent à une distance de 0m,025 à 0m,04 au-dessous du miroir, au moyen d'un miroir d'une distance focale de 0m,13, et on obtient ainsi un grossissement d'un cinquième, et d'un demi pour une distance de l'objet de 0m,05. Les cartilages de Santorini, qui sont situés plus profondément, paraissent déjà défigurés dans un pareil miroir.

Si l'on emploie un miroir d'une distance focale égale à 0m,10, on a, pour une distance de 0m,025, un grossissement d'environ un quart; pour une distance de 0m,04, un grossissement d'un demi; pour une distance de 0m,05, un grossissement de plus d'un demi; pour l'exploration de la base de la langue et de la portion supérieure de l'épiglotte, on obtient donc un grossissement d'un quart à plus d'un demi.

De ce que nous venons d'exposer, il résulte donc que les laryngoscopes concaves, qui se recommandent du reste par la facilité de leur application et par la modicité de leur prix, ne peuvent pas effectuer un grossissement aussi considérable que la loupe-lunette, et ne nous permettent pas de nous passer de cette dernière, surtout lorsqu'il s'agit d'explorer la glotte et les parties plus profondes.

Une combinaison de ces deux instruments présente l'avantage que leurs grossissements se multiplient.

J'ai fait donner aux miroirs concaves la forme et la grandeur de mes miroirs ronds; ce que l'on doit, du reste, facilement comprendre.

APPAREIL SERVANT A MAINTENIR LE LARYNGOSCOPE DANS UNE POSITION DÉTERMINÉE.

J'ai donné le premier l'indication d'un appareil convenable pour fixer le laryngoscope dans une position déterminée, en promettant une communication ultérieure sur un appareil convenable pour arriver à ce but. J'ai donné la description d'un appareil de ce genre, qui est représenté dans la figure ci-contre.

La tige du laryngoscope, qui doit être, dans ce cas, plus longue qu'à l'ordinaire, est fixée, immédiatement au-dessus du point d'insertion du manche, dans une sorte d'étau muni d'une vis de pression, qui lui permet un mouvement de rotation autour de son axe longitudinal: tout mouvement en arrière est au contraire entravé par une petite plaque fixée à la tige en avant de l'étau. Cette sorte d'étau se visse au genou supérieur de mon appareil éclaireur, à la place du miroir concave.

On pourrait se servir, dans ce but, d'un appareil analogue à mon porte-loupe, qui serait en outre muni d'un seul tirant, et que l'on pourrait peut-être fixer, soit sur le dossier d'une chaise disposée convenablement pour les opérations laryngoscopiques, soit encore au moyen d'un bandeau frontal suffisamment fort.

Lorsqu'on veut se servir du laryngoscope, on le place dans l'étau de la manière qui est indiquée dans la figure, puis on le chauffe et on l'introduit.

Bien que l'appareil oppose une résistance qui n'est pas difficile à vaincre, le miroir conserve la position qu'on lui a donnée.

La tête du malade n'a pas toujours besoin d'être maintenue fixe, et on n'a presque jamais besoin d'être assisté d'un aide.

L'avantage de cette disposition, qui laisse la main droite libre pour le cas où l'on voudrait faire des applications topiques dans le larynx, ne paraîtra assurément pas douteux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous avons à enregistrer aujourd'hui une nouvelle perte parmi nos confrères de Paris. M. le docteur Giniez vient de succomber à une courte maladie, à l'âge de cinquante-neuf ans. M. Giniez, ancien chef de clinique et secrétaire du professeur Delpech, de Montpellier, a pris part à plusieurs concours pour l'agrégation à l'École de Paris. L'antagonisme qui existait à cette époque entre les doctrines des deux écoles ne fut peut-être pas tout à fait étranger aux échecs qu'il subit dans ces concours. On doit à M. Giniez, indépendamment de ses thèses de concours, la première description qui ait été publiée de la taille bilatérale de Dupuytren, quelques mémoires de chirurgie et des articles de médecine dans le *Dictionnaire de la conversation*. Il a travaillé longtemps à un traité resté inédit des maladies vénériennes, dans lequel devaient être consignées les observations de son beau-père feu Cullerier et celles qu'il avait pu recueillir lui-même sur ce sujet dans sa pratique particulière. Il est à regretter que ces matériaux soient perdus pour la science.

— M. le maire de Saint-Leu d'Esserent (Oise) nous prie de faire connaître à nos confrères que cette commune va être dépourvue de médecin. Sa population est d'environ 1,300 âmes. Plusieurs communes environnantes n'ont pas de médecin. — Il y a une rétribution annuelle de 120 fr. attachée au poste médical de l'hospice.

Études sur l'hygiène des ouvriers mineurs dans les exploitations houillères, par le docteur A. Riembault, médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne. In-8° de 320 pages. Prix : 4 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André Lebel. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 47. — SAMEDI 20 AVRIL 1861. (34e ANNÉE) N° 47. — SAMEDI 20 AVRIL 1861.

Ce journal parait trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Maladies régnantes ; fièvres typhoïdes ; erysipèles. — Eclampsie pendant la grossesse ; mort ; opération césarienne deux heures après la mort. — Fracture du fémur avec consolidation vicieuse : nouvelle fracture au-dessus du cal, produite par un simple massage ; érysipèle ; mort. — Réponse à quelques observations critiques sur la diète respiratoire. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 10 avril. — Nouvelles. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Fièvres typhoïdes. — Erysipèles.

Nous avons plusieurs fois insisté sur ce fait très-remarquable de l'extrême rareté des cas de fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris, aussi bien que dans la population civile, depuis plus d'une année. Nous nous sommes borné à constater ce changement notable dans la constitution médicale habituelle de la capitale, sans chercher à remonter aux causes toujours si obscures de ces sortes de changements. Mais voici que depuis quelque temps les fièvres typhoïdes recommencent de nouveau à se montrer çà et là dans les divers services des hôpitaux, non pas avec une fréquence et une intensité insolites capables de faire présager le retour d'une de ces épidémies autrefois si communes, mais avec cette intensité moyenne qui caractérise notre constitution endémique habituelle.

Dans le seul service de la Clinique de l'Hôtel-Dieu, il y a en ce moment cinq malades atteints de cette affection, sur lesquels M. le docteur Hérard, suppléant pour ce semestre M. le professeur Rostan, a appelé l'attention de son auditoire dans quelques leçons que nous espérons pouvoir reproduire bientôt. Nous ne voulons donner ici pour le moment qu'un rapide aperçu sur leur état.

Ces cinq malades, dont 2 hommes et 3 femmes, présentent dans leur ensemble comme un petit spécimen des diverses formes les plus ordinaires de la fièvre typhoïde. Ce sont : pour la salle des hommes, les nos 4 et 12; pour la salle des femmes, les nos 5, 10 et 32. Le n° 5 des femmes présente une forme moyenne comme caractère et intensité, sans aucune prédominance accusée. Le n° 10 est un type de la forme ataxo-adynamique et principalement adynamique. Le n° 32 présente une forme muqueuse moyenne avec un caractère particulier qui la distingue des autres, la rémittence.

Dans la salle des hommes, le n° 4 offre un exemple de la forme grave ataxique. Le n° 12 est un cas de forme thoracique, d'intensité assez grave.

Le début de l'affection chez ces cinq malades a été à peu près le même ; c'est le début le plus ordinaire de la fièvre typhoïde : c'est-à-dire qu'après des prodromes d'une durée variable, mais en général assez longue, marqués par de la lassitude, de l'inappétence, de l'inaptitude au travail, de la céphalalgie, des alternatives de constipation et de diarrhée, l'invasion a eu lieu avec ou sans frisson, le plus souvent avec frisson, par l'explosion de cet ensemble de phénomènes si bien connus qui accusent une affection profonde de tout l'organisme, et particulièrement la prostration des forces et la stupeur. Toutefois, à l'égard de ce dernier phénomène, il y a une exception à faire pour l'une des malades dont il s'agit, qui n'a cessé, depuis le commencement de la maladie, de conserver son expression de physionomie naturelle. Ils ont tous présenté des symptômes cérébraux initiaux, une céphalalgie intense, persistante, de l'insomnie ou des rêvasseries pénibles, et des étourdissements qui rendaient presque impossible la station debout ou même assise. Ils ont eu presque tous enfin plus ou moins de délire.

Tous ces malades ont eu au début des épistaxis ; l'un d'eux, le n° 12 des hommes, a des épistaxis persistantes.

Du côté des sens, on n'a rien eu de particulier à constater, si ce n'est une congestion oculaire chez la femme du n° 10.

Les troubles digestifs ont été à peu près les mêmes chez tous ces malades au début : inappétence, langue saburrale, état pultacé des gencives, nausées et vomissements.

Les vomissements se sont continués au delà du terme de la période de début chez les malades nos 5 et 10, ce qui constitue comme on sait un symptôme d'une certaine gravité. Chez le n° 10 notamment, la persistance des vomissements est telle, qu'on peut se demander s'il n'y a pas chez lui un ramollissement de la muqueuse de l'estomac. Les uns ont eu de la constipation au début, d'autres de la diarrhée. Les trois malades le plus fortement atteints, le n° 10 des femmes et les nos 4 et 12 des hommes, ont présenté un symptôme très-grave ; ils ont eu des selles involontaires.

On n'a constaté chez aucun d'eux le météorisme.

Le n° 12 a présenté une éruption de taches lenticulaires rosées tellement confluente, qu'on aurait pu croire au début que l'on allait avoir affaire à une variole.

On n'a trouvé ni sudamina, ni pétéchies, ni taches bleues ecchymotiques, ni eschares dans aucun cas, bien qu'il y ait cependant chez quelques-uns de ces malades une assez grande adynamie, notamment chez la malade du n° 10.

Du côté des organes respiratoires, on a constaté chez tous des râles sibilants et sous-crépitants, et des ronchus très-abondants, indiquant cette congestion pulmonaire toute spéciale qui, ne s'accompagnant le plus ordinairement ni de toux ni d'expectoration, serait souvent méconnue sans l'auscultation.

Enfin, tous ces malades sont entrés avec de la fièvre, et à l'exception d'un seul, le n° 4, tous l'ont encore en ce moment.

Nous avons dit que la femme du n° 32 avait une fièvre typhoïde de forme muqueuse, simple et bénigne en apparence, avec rémittence.

En effet, vers le milieu du cours de sa maladie, qui avait affecté jusque-là une marche régulière, on a vu survenir un frisson quotidien, suivi de chaleur et de sueur. On a trouvé la rate un peu hypertrophiée, mais pas assez cependant pour qu'on pût songer à lui attribuer ces redoublements fébriles. M. Hérard a prescrit à cette malade 1 gramme d'abord, et puis 1 gramme 50 de sulfate de quinine, ce qui a suffi pour dissiper ces accès.

Il est survenu aussi un frisson intercurrent chez la malade du n° 10, qui présente cette forme ataxo-adynamique si grave. On lui a également prescrit le sulfate de quinine. Mais ce médicament a été vomi. M. Hérard l'a prescrit alors en lavement, mais non sans appréhender son inefficacité par défaut d'absorption.

Voilà l'ensemble des symptômes assez variés, comme on le voit, qu'ont présentés jusqu'ici ces malades. Un seul d'entre eux est dans des conditions qui rendent le pronostic extrêmement grave. Toutefois on sait la réserve qu'il faut apporter en général dans le pronostic de cette affection, alors même qu'elle se présente au début sous les apparences les plus simples et les plus bénignes. Aussi ne nous hâterons-nous pas de nous prononcer sur le degré absolu de bénignité ou de gravité que ces quelques cas sembleraient devoir faire pressentir.

Quant au diagnostic, il y aurait à peine lieu de s'y arrêter ici, s'il ne s'était présenté une circonstance qui a pu l'obscurcir dans quelques cas, au moins au début ; cette circonstance, c'est l'influence qu'a exercée sur la manifestation des premiers symptômes la constitution catarrhale qui a dominé pendant une grande partie de la saison dernière, et qui n'est pas encore entièrement effacée.

La malade du n° 5, pendant les quinze premiers jours, avait un léger mouvement fébrile avec de la toux, du coryza et quelques épistaxis ; son affection jusque-là ressemblait beaucoup plus à la grippe qu'aux prodromes de la fièvre typhoïde, et on n'aurait pu que difficilement soupçonner l'invasion prochaine de cette maladie, lorsque tout à coup, le quinzième jour, la fièvre typhoïde s'est prononcée avec tout l'ensemble de ses caractères les plus tranchés. On pourrait, comme l'a très-judicieusement fait remarquer M. Hérard en signalant cette circonstance à ses élèves, se demander s'il n'y avait là qu'une simple coïncidence de succession ou de concomitance des deux affections, de l'affection catarrhale régnante d'abord, puis de la fièvre typhoïde ; ou bien si c'est réellement à la fièvre typhoïde que l'on a eu affaire dès le début, mais modifiée dans sa physionomie par la prédominance de symptômes procédant de l'influence de la constitution régnante. M. Hérard parait disposé à admettre cette dernière interprétation. Les exemples de ces sortes d'influences d'une épidémie qui finit sur une épidémie qui commence sont assez communs pour justifier cette hypothèse.

Nous n'avons pas parlé du traitement institué par M. Hérard chez ces cinq malades. Nous nous réservons d'y revenir et d'exposer à cette occasion les principes qu'il professe sur ce point important de pratique médicale, et en particulier sur le rôle considérable qu'il assigne à l'alimentation dans le traitement de cette affection.

— Comme l'un des caractères principaux de la constitution médicale actuelle, nous devons signaler à côté de la fièvre typhoïde les érysipèles chirurgicaux. Depuis plusieurs semaines on remarque, en effet, dans les services de chirurgie des divers hôpitaux de Paris, un grand nombre de cas d'érysipèles traumatiques. Ils n'offrent d'ailleurs aucun caractère insolite qui mérite qu'on en fasse ici une description. Nous les signalons seulement comme une circonstance qui doit engager les chirurgiens à s'abstenir dans ce moment de toute opération qui n'est pas urgente.

Fracture du corps du fémur avec consolidation vicieuse. — Nouvelle fracture au-dessus du cal, produite par un simple massage. — Érysipèle. — Mort.

A propos justement des érysipèles dont nous venons de parler, nous rappellerons un fait qui s'est passé il y a quelques

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

La folie lucide étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société, par M. le docteur TRÉLAT, médecin de la Salpêtrière (1).

Le hasard nous fit tomber sous les yeux, il y a trois mois, l'épreuve de l'introduction de ce livre. Nous lûmes avec étonnement ce titre : *La folie lucide*. Sans avoir précisément compris alors le sens de cette bizarre appellation, et n'admettant pas d'ailleurs que les mots *santé* et *maladie* puissent être aisément accouplés, nous critiquâmes vivement la pensée de l'auteur, dont le nom nous fut mystérieusement caché. Il n'y a plus de secret pour personne, le livre a paru, M. Trélat en endosse la responsabilité, et nous avons le regret de lui dire que le titre nous paraît tout aussi malheureux aujourd'hui qu'il y a trois mois.

M. Trélat a pris pour point de départ de son travail une idée juste, élevée et philanthropique : fixer l'attention sur une classe d'individus aliénés, mais chez lesquels la folie n'est point soupçonnée, et diminuer autant que possible le nombre des mariages inconsidérés et dangereux qui se concluent tous les jours. L'exécution n'a point répondu à ce programme si excellent, et l'auteur, pour avoir voulu atteindre le but, est tombé dans l'exagération. Il passe successivement en revue les faibles d'intelligence, les satyres, les nymphomanes, les monomanes, les érotomanes, les jaloux, les dipsomanes, les dissipateurs, les aventuriers, les orgueilleux, les méchants, les kleptomanes, les suicides, les inertes et les maniaques lucides ; il les montre au milieu de leurs foyers, se livrant à mille excentricités, donnant des preuves d'aliénation mentale, et semant autour d'eux l'épouvante, le malheur et la honte. Notre honorable et savant confrère s'est cru obligé de charger sa palette de très-vives couleurs ; aussi ses peintures sont-elles un peu forcées. Quelques-uns de ses récits sont attachants, émouvants, effrayants même, et l'on se croirait volontiers transporté en plein théâtre du boulevard, à cette différence près, que les immorales exhibitions dramatiques de l'Ambigu et de la Gaîté donnent au public des leçons de crime et de suicide, tandis que le livre profondément honnête de M. Trélat ne respire que salutaires conseils, qu'enseignements élevés, nobles et sages. Seulement, les situations pathétiques abondent, et, pour porter la conviction dans l'esprit du lecteur, on voit que le médecin de la Salpêtrière n'a négligé aucun des effets de lumière.

L'ouvrage de M. Trélat renferme soixante-dix-sept observations. Ce dernier mot est impropre, ce ne sont pas des observations médicales, mais des histoires, de charmantes histoires, écrites dans un style simple, correct, souvent élégant, et portant le cachet de la plus scrupuleuse exactitude. Pourquoi le langage scientifique est-il banni de ces documents ? Pourquoi les termes les moins barbares de la médecine ne se retrouvent-ils dans aucun des chapitres du livre ? M. Trélat s'est complétement dépouillé de son enveloppe de savant, et il s'est fait philosophe, moraliste, homme du monde, auteur convaincu et sincère, conteur intéressant et agréable.

On cherche vainement en tête de chacune des divisions du livre un exposé du sujet, des considérations générales sur la matière, la relation des travaux antérieurs, une doctrine enfin. L'auteur a supposé tout cela connu, et, armé seulement des faits de son immense pratique personnelle, il rapporte ses anecdotes !

Jusqu'à la fin, nous avons espéré trouver une compensation dans les appréciations médico-légales qui nécessairement devaient trouver place dans un ouvrage de ce genre. Là encore une déception nous attendait. M. Trélat a très-souvent été chargé d'expertises judiciaires, et cependant il a cru devoir borner à quelques pages ce qu'il avait à dire sur l'intervention du médecin dans les procès où figure une question de psychologie morbide. Nous ne pouvons que le regretter vivement.

Les magistrats lisent volontiers les œuvres des aliénistes et les recueils spéciaux ; ils aiment à connaître tous les phénomènes dus à une imagination malade, à un cerveau en délire. Nous pensons que le livre de M. Trélat compromettra dans leur esprit l'opinion qu'ils pouvaient s'être faite sur l'état actuel de la science et sur quelques-uns de ses plus éminents représentants ; sans nul doute ils adresseront au médecin de la Salpêtrière ce reproche déjà formulé par Shakspeare : *He speaks nothing but madmen* (il voit des fous partout).

En rendant compte de *La folie lucide*, nous avions le plus vif désir

(1) Un vol. in-8° de 357 pages, chez Adrien Delahaye, Paris, 1861.

mois à l'Hôtel-Dieu, à une époque où déjà cette affection régnait dans quelques-unes des salles de cet hôpital. Ce fait présente un double intérêt sous le point de vue des lésions chirurgicales principales et de la complication qui a entraîné la mort.

Une femme de cinquante-huit ans est renversée et jetée violemment sur le pavé par une voiture lancée à grande vitesse. C'était vers le milieu du mois de septembre dernier. On l'amène de suite à l'Hôtel-Dieu, où l'on constate l'existence d'une fracture du corps du fémur, dans la partie inférieure de cet os, fracture probablement oblique en avant et en bas, à en juger par l'existence, au niveau du gonflement, d'un bec saillant auquel ne se communiquent pas les mouvements imprimés au segment inférieur du membre. La réduction est opérée sans difficulté, mais aussitôt que l'on cesse l'extension, la saillie en question se reproduit.

On applique un bandage de Scultet, qui est gardé jusqu'au 4 octobre. On le remplace ce jour-là par un appareil plâtré.

Le 8 novembre, on retire l'appareil; la fracture est consolidée, mais avec une saillie antérieure due au fragment supérieur dont le chevauchement n'a pu être corrigé. Il y a un raccourcissement de 5 centimètres. L'articulation du genou étant roide et ne se prêtant qu'à des mouvements très-circonscrits, on prescrit les manœuvres propres à l'assouplir et à lui rendre sa mobilité.

Le 15, l'élève chargé du massage et des manœuvres de flexion et d'extension sent tout à coup un craquement se produire, pendant que la malade accuse une douleur vive. La cuisse était de nouveau fracturée, comme le démontraient clairement la mobilité anormale et la crépitation. On crut que c'était le cal qui avait cédé. Le membre fut mis dans une gouttière.

Le 17, il survient des frissons et des envies de vomir; et la malade, qui s'était fait une légère déchirure à la cuisse en grattant un point comprimé par la gouttière, est prise d'érysipèle autour de cette petite écorchure.

Le 18 et les jours suivants, la langue se sèche, le délire survient, l'adynamie se prononce, et la malade succombe le 23 novembre avec un érysipèle de la partie inférieure du tronc et de toute la cuisse droite.

Voici ce qu'a appris l'autopsie relativement aux deux fractures, d'après la relation que M. Meunier, interne du service, a faite de ce cas à la Société anatomique.

Autour du foyer de la première fracture, les muscles et le tissu cellulaire étaient infiltrés d'une sorte de gelée sanguinolente rougeâtre; des saillies irrégulières, des masses rugueuses ossifiées occupaient aussi une partie de ces tissus. Les parties molles enlevées, on constatait :

1° Une fracture ancienne consolidée;

2° Une fracture nouvelle ne présentant encore aucune trace d'un travail réparateur, et dont le foyer était plein d'un liquide séro-purulent.

La première offrait un chevauchement des fragments, qui s'étaient fortement soudés dans leur position vicieuse. Le cal, volumineux, inégal et complétement spongieux, était très-solide, et adhérait fortement à la face antérieure du fragment inférieur.

La deuxième fracture siégeait précisément là où cessait le cal de l'ancienne; ce n'était donc pas dans le cal lui-même que s'était faite cette nouvelle solution de continuité, mais immédiatement au-dessus de lui.

Il n'y avait, du reste, dans ce point aucune trace d'un effort réparateur. Le tissu médullaire était ramolli et en suppuration dans une hauteur de 3 ou 4 centimètres au-dessus de la fracture.

On peut voir là, dans l'existence d'une ostéomyélite consécutive à la première fracture, et dont on n'avait pu soupçonner l'existence pendant la vie, la cause de la facilité avec laquelle l'os a cédé à des manœuvres qui eussent été incapables, dans les conditions physiologiques normales, de produire cette deuxième fracture, et dans l'influence de l'état général d'adynamie dont s'est accompagné l'érysipèle, la cause de l'absence de tout commencement de travail réparateur dans le siége de cette fracture.

Éclampsie pendant la grossesse. — Mort. — Opération césarienne deux heures après la mort.

Sans vouloir empiéter sur ce que nous aurons à dire ailleurs et plus tard sur la question qui se débat en ce moment devant l'Académie de médecine, nous croyons devoir consigner ici un fait nouveau d'opération césarienne *post mortem* que vient de nous communiquer M. le docteur Lemariey, de Pont-Audemer, et qui se rattache particulièrement, par une de ses circonstances les plus importantes, à l'un des points les plus vivement discutés; nous voulons parler de la durée probable et plus ou moins certaine de la survie de l'enfant.

Voici ce fait :

« Il y a quelques jours, nous écrit notre confrère, je fus appelé à douze kilomètres pour donner mes soins à une femme enceinte, qui, me disait-on, était prise d'accidents nerveux assez graves; accidents qui effrayaient d'autant plus sa famille, que dix ans auparavant elle avait eu un premier accouchement malheureux : le travail avait duré trois jours; l'officier de santé qui l'assistait n'avait pu terminer l'accouchement qu'avec le concours d'un confrère; la mort de l'enfant et une fistule vésico-vaginale chez la mère avaient été le résultat de ce travail long et pénible.

» D'un tempérament un peu lymphatique, cette femme était d'ailleurs d'une assez belle constitution; sa santé actuelle était bonne, quand le 10 courant, vers une heure du matin, un léger malaise se fit sentir (gêne de la respiration, céphalalgie, nausées, etc.). Vers sept heures, ces symptômes précurseurs étaient remplacés par des accès d'éclampsie, qui se succédèrent à de courts intervalles et avec une intensité telle que quand à neuf heures et demie du matin j'arrivai près d'elle, elle était morte depuis *deux heures* déjà.

« Après m'être assuré avec soin de la mort réelle de cette femme, mon attention se dirigea du côté du fœtus. Il vivait encore; les battements du cœur, plus rares qu'à l'état normal, s'entendaient *très-nettement à l'auscultation;* je pratiquai le toucher vaginal : rien du côté du col n'annonçait un commencement de travail. L'extrémité de l'index ne rencontrait point de parties fœtales à travers les parois utérines; la tête n'était pas dans l'excavation. Je savais, et par l'examen que je venais de faire de cette femme, et par les renseignements que me donnait la famille, que la grossesse remontait à huit mois au moins; d'ailleurs les battements du cœur fœtal révélaient un être vivant; aussi je n'hésitai pas un instant à pratiquer l'opération césarienne d'après les règles posées par nos maitres. Comme dans les asphyxies qui se produisent lentement, l'enfant était partout d'un rouge veineux, la face apoplectique et gonflée.

» Malgré le peu d'espoir que j'avais de le rappeler à la vie, pendant qu'un des assistants le baptisait je lui donnai tous les soins que réclamait son état.

» A deux ou trois endroits différents, section du cordon, que j'exprimai chaque fois de la base vers la surface de section pour obtenir un léger écoulement de sang (je n'en obtins pas une cuillerée en tout); enlèvement des mucosités qui obstruaient l'arrière-bouche; emploi du tube laryngien, aspersions d'eau froide, frictions sèches, frictions vinaigrées, flagellation, insufflation bouche à bouche, tout fut tenté. Pendant quarante minutes, je le maintins entre la mort et la vie. Au bout de ce temps, les battements du cœur diminuèrent d'intensité, s'éloignèrent, puis bientôt cessèrent complétement; tout espoir était perdu : la mort réelle avait succédé à la mort apparente.

» Je ne publie ce fait que pour montrer avec quelle rapidité les accidents éclamptiques peuvent se manifester et amener la mort (car, d'après les renseignements, les convulsions éclamptiques ont duré chez cette femme une heure à peine), et surtout pour rappeler *combien la vie peut se prolonger chez l'enfant après qu'elle a cessé chez la mère* (deux heures dans le cas présent). »

Nous n'avons rien voulu changer au texte de cette communication, précisément parce qu'il peut se prêter peut-être à une interprétation un peu différente de celle que lui a donnée notre confrère, et que dans le doute où il laisse les esprits sur le point principal sous lequel nous voulons l'envisager, il peut fournir en quelque sorte des arguments aux deux opinions les plus opposées. M. Lemariey ne paraît pas mettre un instant en doute qu'il a extrait un enfant vivant *deux heures* après le décès de la mère. Or, ce serait là un fait très-important s'il était irrévocablement établi. Mais où est la preuve manifeste que la mère était morte effectivement depuis deux heures au moment où l'opération a été pratiquée? M. Lemariey se fonde uniquement sur le témoignage de la famille. C'est là assurément une grande présomption, mais ce n'est pas une certitude; et pour que le fait eût toute la valeur scientifique nécessaire pour résoudre la question débattue de la durée possible de la survie de l'enfant dans le sein maternel, il n'eût pas été de trop que notre confrère eût été témoin lui-même des derniers instants de la malade et de sa mort.

Nous nous proposions, à l'occasion de ce fait, et à raison du doute qu'il a laissé subsister dans notre esprit, d'examiner ici à ce point de vue les faits les plus récents et les plus authentiques d'opération césarienne *post mortem* ayant eu pour résultat l'extraction d'un enfant vivant. Mais le défaut de place ne nous permet pas de nous étendre plus longuement sur ce sujet aujourd'hui; ce sera l'objet d'un des articles de la prochaine *Revue*.

RÉPONSE A QUELQUES OBSERVATIONS CRITIQUES

sur la diète respiratoire,

Par M. le docteur SALES-GIRONS.

Nous recevons de notre confrère M. le docteur Salles-Girons une réclamation au sujet d'un article de notre collaborateur M. Champouillon, relatif à la diète respiratoire. En remplissant le devoir d'impartialité qui nous a fait accueillir cette réclamation, nous croyons devoir prévenir que les opinions émises dans ce travail n'engagent point la responsabilité du journal.

Sous l'intitulé de *Fantaisies thérapeutiques*, M. le docteur Champouillon a fait dernièrement, dans la *Gazette des Hôpitaux* et à sa manière, une *Revue* des innovations en médecine, en tête desquelles il a eu l'attention de placer la *Diète respiratoire*.

Je ne réclame pas de cet honneur, puisqu'il m'offre l'occasion de résumer à son adresse la théorie de cette diète que j'ai présentée à l'Académie, et dont certainement M. Champouillon ne s'est pas donné la peine de prendre connaissance.

D'après les termes de la mention qu'en fait l'honorable professeur du Val-de-Grâce, la diète de la respiration serait ou rappellerait la *fantaisie*, la *conception singulière*, l'*excentricité*, la *puérilité*, etc. Ce vocabulaire, un peu dur à l'amour-propre d'un confrère encore ému des suffrages de l'Académie, me rappelle que l'an dernier, à pareille date à peu près, je fus obligé de répondre à M. Champouillon que je n'avais rien fait pour encourir son style. Mais faisons bon marché de notre amour-propre de médecin quoi qu'il en coûte, et arrivons d'emblée à la partie critique; car M. Champouillon fait la critique de la diète de respiration en insinuant que *sa théorie semble en contradiction avec les données de la physiologie et de la chimie.*

Eh bien, cette contradiction d'abord, si on avait pris la peine d'y réfléchir un instant, se fût montrée ce qu'elle est en vérité, c'est-à-dire un préjugé séculaire et traditionnel faute d'y avoir songé. La *diète respiratoire* produit en effet l'idée de contradiction; mais dès qu'on pense que l'air est l'aliment de la respiration ou que l'oxygène est son *pabulum*, et qu'on voit combien il est aisé de modifier cet aliment en quantité et en qualité, le mot *diète respiratoire* doit faire l'effet du mot d'une énigme facile. Et c'est vraiment l'effet qu'il a produit sur tout le monde, excepté sur M. Champouillon.

On dit qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil; si vrai que cela soit, en médecine surtout, il faut reconnaître que l'idée et le mot de *diète*, appliqués à la respiration, sont restés inédits dans nos archives jusqu'à ce jour. Dira-t-on que cette diète eût été inutile? Nul n'oserait justifier le passé avec cet argument. L'organe qui est la source et le foyer de toute activité vitale, la fonction qui a toujours été confondue avec la vie, le viscère dont l'excitation et la modération sont elles-mêmes la cause de toute excitation et modération dans l'économie générale, répondent à l'hypothèse gratuite de cette inutilité. Comparée enfin à la diète digestive, je ne crois pas que la diète respiratoire soit au second rang.

Cela dit, démontrons brièvement à M. Champouillon, devant les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, que la chimie et la physiologie ne sont point contradictoires à la théorie.

---

d'être agréable à l'auteur. Aurons-nous réussi? Cela ne serait pas impossible, car M. Trélat a un caractère trop net et trop droit pour s'offenser de nos critiques. Ami passionné de la vérité, il doit la rechercher, alors même et surtout lorsqu'elle ne flatte pas son amour-propre. La louange ne lui sera sans doute pas épargnée dans tous les comptes rendus qui vont être faits de son livre, mais nous mettons au défi nos collègues de la presse d'être plus sincères dans leurs appréciations et d'honorer davantage l'homme que nous avons dû combattre.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

Précis d'hydrologie médicale, ou les Eaux minérales de la France dans un ordre alphabétique, par M. le docteur IS. BOURDON, membre de l'Académie de médecine (1).

Les premières chaleurs du printemps ont rappelé à un grand nombre de malades qu'ils auraient dans six semaines à commencer leurs préparatifs de départ et à entreprendre leur pèlerinage annuel vers une station hydro-minérale. Les médecins, déjà questionnés sur l'opportunité d'une visite à telle ou telle naïade, parcourent les nombreuses et éphémères publications que le soleil d'avril fait régulièrement éclore, mais comme ils n'y trouvent qu'un enthousiasme exclusif et à jet continu, les brochures vertes, roses ou bleues sont sans pitié mises au panier! Il n'en est pas tout à fait de même des livres sérieux, écrits sans parti pris, et seulement destinés à servir de guide aux praticiens : leur grande utilité les met à l'abri du triste sort réservé aux monographies. Nous venons, par exemple, de parcourir l'ouvrage de M. Is. Bourdon, et nous pensons qu'il est appelé à un certain succès, malgré ses quelques imperfections. Ce dernier mot demande une explication que nous ne devons pas faire attendre.

M. Bourdon est généralement bien au courant de tout ce qui se rattache aux sources, à leur température, à leur composition chimique, mais il n'entre pas dans des détails suffisants relativement aux états pathologiques traités auprès de chacune d'elles. Tout le monde sait sans doute que l'on se rend à Vichy pour les maladies du foie, aux Eaux-Bonnes pour la phthisie pulmonaire, à Contrexéville pour la gravelle et à Plombières pour les rhumatismes; mais encore aurait-il fallu entrer à ce sujet dans quelques développements cliniques. Il y a là une regrettable lacune.

Nous pensons que M. Bourdon a très-bien fait de ne point s'en tenir à une classification plus ou moins exacte des eaux, d'après la nature de leur minéralisation, et de suivre l'ordre alphabétique; cette méthode facilite énormément les recherches.

L'ouvrage de notre distingué confrère se termine par un extrait des instructions académiques transmises aux médecins qui exercent près des thermes. Nous ne voyons pas de mal à cela, mais M. Bourdon aurait pu ajouter à son livre un paragraphe important à l'adresse de tous les praticiens en général, et dans lequel il leur aurait expressément recommandé de ne jamais envoyer un malade aux eaux sans lui remettre une lettre de recommandation pour l'un des médecins de la localité. Cette simple précaution est déjà prise par beaucoup de nos confrères, mais il faut à tout prix qu'elle se généralise, parce qu'elle coupe court aux piéges honteux qui sont parfois tendus au baigneur qui descend de la diligence! La lettre de recommandation protége l'étranger, honore le médecin à qui elle est adressée, défie l'intrigue et moralise l'art.

Dr DELORME.

(1) Paris, 1860, un vol. de 288 pages, chez J. B. Baillière et fils.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

L'art dentaire, revue mensuelle de la chirurgie et de la prothèse dentaire, 5e année, par A. PRÉTERRE, dentiste américain, 29, boulevard des Italiens, à Paris.

Les quatre dernières années contiennent les observations détaillées des malades confiés à M. Préterre par MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires, soit à Paris, soit en province, et la description des appareils construits pour les diverses lésions traumatiques ou congénitales de la bouche : *bec-de-lièvre, résection partielle ou totale des mâchoires inférieure ou supérieure, nécroses ou perforations, difformités dentaires, anomalies, etc., etc.*

La physiologie et la chimie sont unanimes pour reconnaître :

1° Que l'oxygène de l'air est le principal agent ou aliment de la respiration et de l'hématose;

2° Que les quatre parties d'azote pour une d'oxygène qui constituent l'air ordinaire, marquent la première intention de notre diète dans la nature.

La mère qui fait de *l'abondance* en mêlant pour son enfant quatre parties d'eau avec une de vin généreux, fait comme la nature. L'air pur et normal n'est que de l'abondance eu égard à la respiration; et la nature nous donne, dans la composition de l'atmosphère, la première grande leçon de diète respiratoire.

Nous sommes déjà loin de la prétendue contradiction de M. Champouillon, et nous n'avons fait que le premier pas; faisons le second.

La nature laisse toujours quelque chose à faire à l'art; c'est ainsi qu'elle utilise l'intelligence de l'homme ici-bas. Toute la médecine est là. L'air normal peut être encore trop peu oxygéné pour certains états morbides, et voilà la *cloche à air comprimé* qui vient y pourvoir. La *cloche à air déprimé ou atténué* remplirait l'indication contraire pour des cas opposés aux premiers; mais celle-ci n'existe pas, on n'y avait point songé.

Sur le haut des montagnes, nous trouvons réalisées, sous ce rapport, les mêmes conditions que dans la cloche à air raréfié. Dans l'intérieur de la terre, l'air des mines se trouve à tous les degrés d'oxygénation, depuis 20 jusqu'à 17 pour 100, la normale étant 21. Le mineur y vit sans s'en apercevoir, et, notons-le, il est rare qu'il meure de phthisie. Voyez la statistique du docteur Hervier, de Rive-de-Gier, à cet égard.

Les vallons au couchant, où l'air est calme, tiède et moite, sont des séjours de diète respiratoire; comparez-en la mortalité phthisique avec celle des vallons exposés au nord, dont l'air est pur, vif, sec, froid, en un mot, riche d'oxygène.

J'aurais bien d'autres observations de ce genre à signaler, si je n'étais pressé d'arriver au terme de ma réponse.

Toute diète implique modification dans la *quantité* et dans les *qualités* du *pabulum*. Continuons l'exposé des moyens faciles pour atteindre l'oxygène de l'air en *quantité*, nous verrons ensuite comment on peut l'atteindre dans ses *qualités*; car c'est là notre but.

1° La physique enseigne que l'air augmente de volume par la chaleur; donc en été ou dans une chambre à la température de 20 degrés, l'oxygène doit être en moindre quantité qu'en hiver et au dehors.

2° La chimie a calculé que l'homme, respirant à zéro de température, rend ou aspire trois fois plus d'acide carbonique que s'il respirait à 30° centigrades. Quelle différence dans la consommation d'oxygène, selon que l'on respire dans l'un ou l'autre de ces deux milieux !

3° L'homme qui court, qui fait effort, respire plus d'oxygène que l'homme au repos. Voici les chiffres du grand Lavoisier, ils n'ont pas été contredits; je cite :

« Au repos, à jeun et en une heure, l'adulte consomme 24 litres d'oxygène.

» Le même, dans les mêmes conditions, mais portant un poids de 7 kilogrammes à 200 mètres de hauteur, consomme 63 litres d'oxygène. »

La chaleur et le repos sont donc deux moyens de diète respiratoire par excellence : ils nous enseignent à épargner quand nous voudrons deux ou trois cents litres d'oxygène aux usages de la respiration.

Nous savions cela, me dira-t-on, puisque l'on a fixé à 20 degrés la température des chambres de malades et ordonné le calme et le repos à l'homme enrhumé. Je réponds : Qui est-ce qui savait qu'ainsi faisant on faisait de la diète respiratoire ? C'était la prose de M. Jourdain.

Si l'on avait eu conscience de cet empirisme, ce n'est pas seulement aux maladies de poitrine qu'eût été bornée cette diète; on aurait vu bientôt que la respiration, par l'hématose qui l'accompagne, était la fonction dominante de l'organisme, le pendule métronome et le ressort de l'économie vivante; que son exaltation et son apaisement se traduisent mot à mot dans tout le système de la vie organique. On aurait vu, dis-je, que la diète de la respiration pouvait entrer utilement dans le cadre de toutes les maladies.

La diète respiratoire et la diète gastrique, en effet, coïncident dans toute leur étendue et s'influencent réciproquement; elles se prêteraient dès lors un mutuel concours d'un bout à l'autre de la thérapeutique. Manger peu ou beaucoup, n'est-ce pas se préparer à respirer de même; et amoindrir la quantité d'oxygène respiré, n'est-ce pas ralentir la digestion ? Sous ce point de vue, j'ose le dire, la diète gastrique n'était que la moitié de la diète requise par la thérapeutique.

Voilà ce qu'enseigne la physiologie et non pas le contraire.

Si les anciens avaient eu l'idée de la diète respiratoire, les moyens de produire des modifications sur l'air respiré rempliraient des volumes. Ne sachant les faits qu'empiriquement, ils envoyaient leurs malades de la Grèce en Egypte, ou dans les forêts de pins de la Sicile. Le séjour des étables à vaches n'est pas moderne, et cependant qui est-ce qui avait jamais rapproché le bénéfice de leur habitation pour le poitrinaire, de l'abaissement qu'éprouve la normale de l'oxygène dans cet air confiné ? Le matin, avant d'élargir les portes, les étables marquent 20 et même 19 d'oxygène, au lieu des 21 de l'atmosphère extérieure. Calculez la différence de ce séjour pour la respiration au bout de vingt-quatre heures, et au bout de trois mois on se rendra raison peut-être de l'amélioration du poitrinaire; surtout si on sait que l'essence de son mal est de vivre trop vite, de brûler trop rapidement. Les Anglais, nos maîtres en science de la phthisie, lui ont conservé le nom de *consomption*; la physiologie moderne n'a que trop raison en faisant le mot *respirer* synonyme de *brûler*.

Qu'est-ce que la cravate *cache-nez* que l'on vient d'adopter si universellement contre le froid et le vent ? Cherchez tant que vous voudrez, vous ne lui trouverez pas de meilleure raison d'être que la diminution de l'oxygène. Multipliez, en effet, les doubles du tissu sur la bouche et les narines, et vous échauffez d'autant l'air respiré, et vous respirerez de nouveau une plus grande portion de l'air expiré; en un mot, vous amoindrirez la quantité d'oxygène. Les autres bienfaits du cache-nez sont peu de chose en comparaison.

Nous avons donc maint moyen d'atteindre la *quantité* de l'oxygène atmosphérique. Ce n'est là que la première partie de notre diète; passons au moyen d'en atteindre les *qualités* phlogistiques, et procédons brièvement.

Depuis quinze ans, ainsi que le prouve notre ouvrage sur le *Traitement des maladies de poitrine*, publié en 1845, depuis quinze ans notre présomption était que les émanations balsamiques du goudron, si efficaces contre la phthisie, devaient atténuer sur les bronches les effets de l'oxygène de l'air. L'an dernier seulement cette présomption fut soumise au contrôle de l'expérience; un jeune chimiste voulut bien faire pour nous l'analyse de l'air goudronné. On sait que l'analyse de l'air se fait au moyen du phosphore (les 21 d'oxygène se consument en combustion lente avec celui-ci, et les 79 d'azote restent libres).

Je ne crois pas nécessaire de décrire les détails de l'expérience; le résultat, qui seul nous importe, fut que le phosphore dans l'air goudronné ne brûla pas, c'est-à-dire que l'oxygène, si actif sur ce corps, y demeura inerte en sa présence. Les 21 parties sur 100 restèrent intactes; la quantité normale de l'oxygène, dis-je, y fut conservée en totalité; la qualité phlogistique du gaz seule fut modifiée ou amoindrie au point que le phosphore perd sa phosphorescence elle-même dans l'air goudronné, et nous appelons air goudronné celui d'un bocal de plusieurs litres, au fond duquel ont été étendues seulement quelques gouttes de goudron ordinaire.

M. le professeur Guibourt refusa de croire à ce fait, et alla même jusqu'à le nier devant l'Académie; mais les faits ne sont pas comme les opinions, ils restent, et M. Guibourt est déjà revenu de sa négation.

Nous voilà donc en possession du moyen d'atteindre l'oxygène atmosphérique en *quantité* et en *qualité* pour l'acte de la respiration, c'est la diète respiratoire constituée en principe. Il ne reste plus qu'à la traduire en pratique, ce qui est facile, si de ce qui précède nous avons retenu que les deux moyens de procéder pour cela sont :

1° De chauffer l'air respiré pour lui donner plus de volume et diminuer ainsi la quantité d'oxygène;

2° De répandre dans cet air des émanations de goudron pour adoucir les qualités de ce même oxygène.

Nous savions cela, me dira-t-on, puisque nous ordonnions aux malades de poitrine le séjour prolongé d'une chambre à vingt degrés de température, et dans laquelle on disposait des vases contenant cette même substance à évaporer de plusieurs manières. Je répondrai toujours : C'est vrai; mais qui pensait, ainsi faisant, et à la diète respiratoire et à son *pabulum*? L'empirisme a souvent précédé la science; ici seulement il l'a précédée de vingt siècles, car les vertus artériaques du goudron ont été connues dès l'antiquité.

Récapitulons un peu ce que nous venons de dire :

1° Nous avons dit que la diète respiratoire avait sa place et son utilité dans la médecine. Nous l'avons démontré par le fait de ceux qui dans le passé en ont fait sans le savoir. Ceux qui dans l'avenir en feront avec connaissance de cause le démontreront mieux que nous.

2° Ayant dit que la diète respiratoire, comme la diète digestive, impliquait modification du *pabulum* en quantité et en qualité, nous avons exposé les nombreux moyens d'amoindrir l'oxygène de l'air en quantité, et signalé celui de l'amoindrir en qualité.

3° Enfin, nous avons indiqué en passant que toutes les autres diètes, de repos, de température, de digestion, avaient, en partie du moins, pour but la diète de la respiration, et partant que les avantages retirés de celles-là pouvaient être imputés à celle-ci, même en dehors du cadre des maladies de poitrine.

Après cette récapitulation, il ne nous reste donc plus qu'à instituer en pratique la théorie de la diète respiratoire au point de vue des maladies de poitrine qui seules font ici l'objet de cette étude; une simple question rétrospective va nous abréger les détails.

Avant de connaître l'admirable propriété qu'a le goudron d'atténuer l'action subversive de l'oxygène de l'air sur les bronches, que faisait-on de mieux pour le traitement curatif des maladies en question ? Dans ses dernières années, Chomel, sans avoir lu probablement notre ouvrage de 1845, ordonnait invariablement au poitrinaire de s'établir dans une chambre chaude dont l'air peu renouvelé serait imprégné de vapeurs de goudron. C'est dans ce milieu, qui ne devait agir qu'à la longue et par le séjour continu, qu'il instituait le régime du malade.

Respirer l'air clos, chaud et goudronné, telles sont encore les conditions de notre diète, avec cette différence que nous savons ce que nous faisons.

Air clos et chaud, c'est-à-dire amoindri d'oxygène en *quantité*.

Air goudronné, c'est-à-dire amoindri d'oxygène en *qualité*.

Reste le séjour en chambre, auquel trop peu de malades peuvent s'astreindre, et dont il faut trouver l'équivalent dans notre diète; les facilités sont des garanties d'exécution, et voilà les raisons d'être de ce petit appareil que M. Bouillaud a présenté à l'Académie comme la solution du problème simplifié de la diète respiratoire.

M. Champouillon l'appelle une *muselière*; qu'importe? Si la chose est bonne, elle fera oublier ce surnom de mépris ou de ridicule. L'appareil existait, c'était la réduction intelligente de la cravate cache-nez imaginée par les Anglais, qui ont l'instinct des pratiques utiles à la respiration. Nous n'avons fait qu'y ajouter l'agent modificateur de l'oxygène avec quelques autres perfectionnements secondaires, et nous l'appelons *diète respiratoire*, parce qu'il en est l'instrument approprié.

Cet appareil, moins grand que la paume de la main, et de l'épaisseur de quelques millimètres, s'applique devant la bouche et les narines. Il est confectionné avec des lames de tissus de crin et de laine recouvertes d'un velours à l'extérieur; dans l'intervalle des lames est étendue la goutte de goudron, dont les émanations, se mêlant à l'air inspiré, doivent adoucir le contact de l'oxygène sur les organes. Les lunettes ne sont pas plus faciles à porter, et le son de la parole n'en est pas même influencé, ainsi que l'a dit M. le professeur Bouillaud, en le présentant à l'Académie, le jour où il fit son rapport sur notre *diète respiratoire*.

Le fait est qu'avec cet appareil on peut dire que le malade emporte avec lui son atmosphère diététique. Son usage équivaut au séjour dans la chambre goudronnée et n'en a pas les inconvénients. Il n'est pas de condition sociale dans laquelle on ne puisse le porter au moins quatre ou cinq heures par jour, sans compter qu'on peut le garder sans gêne durant le sommeil.

J'ai dit enfin qu'avec une certaine persévérance durant la saison rigoureuse, il équivaudra au changement de climat du nord au midi; et je maintiens ce dire, s'il est prouvé comme je l'ai prouvé que sur les 1,500 litres d'oxygène, qui servent à la respiration dans les vingt-quatre heures, l'équivalent de plus de 200 litres peuvent être épargnés à la fonction et une plus grande quantité encore au contact des organes pulmonaires.

J'aurais encore à traiter la plus importante des questions qui se rattachent à notre diète; je veux parler de celle qui a trait à ce contact de l'oxygène atmosphérique sur les lésions de la muqueuse bronchique; mais cela m'entraînerait trop loin pour le moment.

Terminons ici en remerciant M. le professeur Champouillon de l'occasion qu'il nous a fournie d'exposer à ceux qui ont pensé spontanément comme lui que la diète respiratoire était en contradiction avec la chimie et la physiologie, que rien au contraire n'est plus en harmonie avec elles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 avril 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

A propos du procès-verbal, M. BROCA présente le liquide qu'il a extrait d'un *kyste placé à l'angle externe des paupières*, et qu'il avait cru être un **kyste lacrymal**. Le malade, on s'en souvient, a été présenté à la Société dans une des séances précédentes.

Le liquide est opalin, un peu visqueux; sa consistance et sa couleur ne rappellent pas du tout la consistance et la limpidité des larmes.

L'analyse de ce liquide, faite par M. Reveil, a donné le résultat suivant :

Poids du liquide, 2,63.

Soumis à l'ébullition, l'albumine se coagule; celle-ci, desséchée exactement, pesait 0,06. Le liquide évaporé à siccité et le résidu étant repris par l'éther, par évaporation de celui-ci, on obtient des traces évidentes de matière grasse tachant le papier. Le résidu laissé par l'éther, fortement calciné à blanc, laisse du chlorure de sodium à peu près pur avec des traces de sulfate.

Eau, 2,47.	soit pour 100	96,87
Albumine, 0,06.	—	2,35
Sels inorganiques, 0,02. . .	—	0,78
Matières grasses, traces.		
		100,00

— M. GIRALDÈS : La pièce anatomique que je montre à la Société provient d'une petite fille qui a été présentée récemment à la Société et que j'ai opérée il y a aujourd'hui huit jours. L'opération a été longue et laborieuse; il a fallu détacher la tumeur au moyen de l'écraseur, et lier, avant de la séparer, les vaisseaux qui s'y rendaient. Cette tumeur est formée par deux masses, l'une supérieure et l'autre inférieure. La première a la forme d'un sphéroïde aplati, mesurant dans sa grande circonférence 0,33, et 0,29 dans sa petite. Son grand axe mesure 0,10. Cette tumeur est lobulée dans quelques points, et enveloppée par une partie fibreuse qui se détache du pédoncule. Dans quelques points de son étendue elle présente des kystes, les uns remplis d'une matière graisseuse très-blanche; les autres contenant une matière graisseuse liquide, d'aspect et de couleur de miel.

Sur la coupe de la tumeur, on voit qu'elle est formée d'une trame fibreuse serrée, remplie par une graisse très-fine; au milieu de cette masse fibro-graisseuse, on rencontre des formations osseuses au nombre de deux. La première, longue, comme pliée au tiers de sa longueur, mesure 0,04 de long; elle est terminée par une extrémité de forme apophysaire. Cette pièce osseuse est constituée par du tissu osseux, par un os enveloppé de son périoste. La seconde pièce osseuse est plate; revêtue également par du périoste, et mesure 0,03 de longueur.

La partie inférieure de la seconde tumeur est formée par un composé de tissu fibreux, de graisse, présentant dans son milieu trois kystes remplis de matière blanche sébacée, contenant une grande quantité de poils. La jeune opérée a succombé à une pneumonie neuf jours après l'opération.

CORRESPONDANCE.

M. Trélat (Ulysse) se porte candidat à la place de membre titulaire qui vient d'être déclarée vacante.

— M. Michon demande à échanger son titre de membre titulaire pour celui de membre honoraire.

— M. Parmentier fait hommage à la Société d'un exemplaire de son *Mémoire sur l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire*. Paris, 1861; in-8°.

— M. Azam, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, adresse à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant un manuscrit intitulé : *Tumeur du maxillaire inférieur; désarticulation; guérison*. (Commissaires, MM. Gosselin, Richet et Verneuil.)

— M. Bleynie, professeur à l'École de médecine de Limoges, adresse une observation manuscrite intitulée : *Plaie pénétrante de l'articulation du genou; guérison avec ankylose*. (Commissaire, M. Jarjavay.)

— M. Larrey, à l'occasion de la correspondance, donne lecture de la lettre suivante qu'il a reçue de M. le docteur Secourgeon, médecin en chef de l'hôpital militaire de Perpignan, pour avoir l'avis de la Société sur l'opportunité de la désarticulation de la cuisse dans un cas de fémoro-coxalgie :

« Perpignan, le 2 avril 1861.

» Monsieur l'Inspecteur,

» J'ai dans mon service un malade atteint de coxalgie, ou pour m'expliquer plus clairement, de carie de l'articulation coxo-fémorale, avec trajets fistuleux, suppuration abondante, flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin. Le malade est dans cet état depuis dix mois; la poitrine est saine; les fonctions digestives bonnes; peu de sommeil, car les douleurs sont vives et exaspérées par le moindre mouvement. Le moral est très-bon et si bon même, que ce pauvre homme, que nous voudrions laisser mourir en paix, réclame avec les plus vives instances l'amputation coxo-fémorale.

» Bien que je considère cette opération comme impossible dans une tumeur blanche de la hanche, puisque les deux surfaces articulaires en contact sont probablement aussi malades l'une que l'autre, pour me débarrasser de ses obsessions, j'ai réuni, à sa prière, les médecins civils et militaires de Perpignan, et après examen du mem-

bre, constatation du bon état des poumons et du tube digestif, la majorité a reconnu possible une amputation coxo-fémorale.

» J'avoue que je ne partage pas son avis, bien que le raccourcissement du membre (4 centimètres) permette à la rigueur de supposer que le fémur luxé est seul malade et que l'os coxal est encore sain. La sonde ne rencontre dans aucun point la surface osseuse dénudée complétement. Il y a dans l'aine et à la région fessière des foyers qui se vident, sous la pression, par les trajets fistuleux et ulcérés existant en avant et en dehors du grand trochanter. Enfin, le malade me supplie de l'opérer et attendra, avec la plus vive impatience, votre avis particulier et celui de l'Académie ou de la Société de chirurgie, que je vous prie de vouloir bien consulter d'urgence.

Malgré les dangers auxquels une semblable opération l'expose, et quoique je lui aie dit que la guérison était l'exception, que j'avais moi-même pratiqué cette désarticulation cinq fois sans le moindre succès, etc.... il sait qu'il est perdu et veut courir la seule chance qui lui reste.

» Veuillez donc me donner un conseil, et si vous et la Société de chirurgie, tenant compte des circonstances morales plus que de l'état pathologique, vous me conseillez d'opérer, je le ferai aussitôt votre lettre recue.

» Veuillez agréer, etc. Signé, SECOURGEON. »

M. Larrey ajoute à la lecture de cette lettre, qu'il l'a déjà communiquée à quelques-uns de ses collègues de l'Académie, du Conseil de santé et du Val-de-Grâce. Les avis divers qu'il a recueillis peuvent se résumer en trois propositions différentes : soit de se contenter de l'expectation ou des soins palliatifs, malgré la certitude d'un résultat fatal ; soit de recourir à la résection de l'extrémité articulaire du fémur, et, au besoin, de ruginer la cavité cotyloïde ; soit enfin d'en venir d'emblée à la désarticulation de la cuisse, malgré les chances malheureuses de cette redoutable opération.

M. CHASSAIGNAC. Il me paraît bien difficile de donner un avis sans voir le malade, et surtout quand il s'agit d'une opération si grave. On peut dans ces circonstances, et suivant les indications, réséquer l'extrémité supérieure du fémur seule, ou bien cette portion du fémur et une partie de la cavité cotyloïde, ou bien enfin tenter la désarticulation de la cuisse.

Quant aux résections, je ne sais si elles doivent dans ces circonstances donner de bons résultats. Syme les regarde comme de mauvaises opérations, et il prétend même qu'on n'a publié aucun cas de guérison positive, même en Angleterre. Il me paraît que Syme a été trop loin ; mais pourtant c'est une grande autorité, et qui ne nous permet pas de croire trop facilement aux heureux résultats de ces résections.

M. LEGOUEST pense comme M. Chassaignac qu'il est difficile de donner un avis sans avoir pu examiner le malade. La résection lui paraît une mauvaise opération.

M. Legouest fera prochainement à la Société un rapport sur le travail de M. Bazire ; mais il peut dire dès aujourd'hui que les faits relatés dans la thèse de M. Bazire ne lui paraissent pas concluants.

Tout en faisant ses réserves, il pense que pour le cas de M. Secourgeon, la désarticulation serait l'opération qu'il conseillerait.

M. FOLLIN désire que l'on établisse une distinction entre les lésions traumatiques et les lésions anciennes chroniques, qui peuvent réclamer ces opérations.

Il ne pense pas que l'on puisse rejeter aussi facilement ces résections; il attendra du reste le rapport de M. Legouest pour revenir sur ce sujet, s'il y a lieu. Seulement c'est une opération simple, et même des plus faciles.

M. Follin pense que dans beaucoup de lésions anciennes, la résection doit être préférée à la désarticulation.

M. CHASSAIGNAC. La question posée par M. Larrey, au nom de M. Secourgeon, me paraît entrer dans une voie plus étendue : je puis donc compléter ce que je n'avais fait qu'indiquer il y a un instant. La résection est une opération qu'il ne faut pas rejeter d'emblée ; elle n'a pas encore fait ses preuves en France ; mais en Angleterre elle paraît avoir donné un certain nombre de succès, malgré l'assertion de Syme. Mais il faut prendre garde de donner aux statistiques plus d'importance qu'elles n'en doivent avoir. Telle opération donne des succès dans tels pays, qui, importée à Paris, serait presque fatalement mortelle. Ainsi l'ovariotomie, etc.

Mais revenons à la question qui nous occupe : je crois que, dans le fait de M. Secourgeon, on peut commencer l'opération comme si l'on voulait réséquer l'extrémité supérieure du fémur ; et si l'on voit que l'altération est trop étendue, si l'on s'aperçoit que cette résection doive être insuffisante, il faut alors se décider à pratiquer la désarticulation.

M. LEGOUEST donne le même conseil que M. Chassaignac.

M. VERNEUIL pense que la résection de l'extrémité supérieure du fémur doit entrer dans la pratique. Cette opération a été faite en Angleterre, en Amérique et aussi en Allemagne, et M. Le Fort, qui a étudié cette opération en Angleterre, a rapporté des observations qui devraient nous la faire accepter plus facilement. Pour le cas actuel, M. Verneuil pense qu'il faut abandonner le malade, ou se décider à pratiquer une résection ; il ne veut pas conseiller la désarticulation.

M. GIRALDÈS croit que l'on a exagéré les dangers de la résection ; il dit que si l'on compulse les faits qui servent de base aux statistiques, si l'on rejette les observations dans lesquelles la résection a été tentée *in extremis*, comme dernière ressource, on arrive à des résultats qui n'ont rien de décourageant.

M. MARJOLIN émet aussi l'opinion que la résection est une opération qui pourrait offrir de bons résultats ; il l'a pratiquée une fois, l'enfant a survécu un an.

M. LARREY remercie la Société pour M. Secourgeon, auquel il va s'empresser de faire connaître l'opinion des membres qui ont pris part à la discussion, sans y joindre cependant l'énoncé des remarques ou des avis en dehors du cas actuel ou du sujet spécial.

LECTURE.

M. TEDESKI lit un travail sur un nouveau procédé pour l'opération de la cataracte. Le travail de M. Tedeski est renvoyé à une commission composée de MM. Richard, Béraud et Follin.

PIÈCE.

M. BROCA présente le cinquième orteil et le tiers environ de la portion antérieure du cinquième métatarsien qu'il a amputés à Bicêtre. Le malade avait un cor à la partie externe et antérieure du cinquième métatarsien ; ce cor était très-ancien, et le malade avait coutume de le recouvrir avec un morceau de diachylon. Il survint un érysipèle, puis un abcès, et en moins de quinze jours l'os fut mis à nu. Depuis cette époque, le malade éprouvait des douleurs horribles. M. Broca pensait, en raison du siége de la lésion, que l'articulation métatarso-phalangienne était ouverte. Il fit l'extirpation de l'orteil avec la portion antérieure du cinquième métatarsien. L'opération fut très-simple, et les suites n'offrent rien de particulier à noter : les douleurs ont disparu immédiatement.

Or sur cette pièce présentée à la Société l'articulation est saine, mais l'os est érodé, ulcéré ; cette érosion ressemble un peu à la carie, mais l'os est plus ramolli, et ne présente pas le vermoulu de la carie. Il reste autour de l'articulation, du côté de l'orteil et du côté du métatarsien, une lamelle compacte, foliacée, adhérente aux cartilages articulaires et les soutenant.

Or c'est une affection qui a une marche singulière, et qui a détruit une portion osseuse en trois semaines ; c'est une **affection aiguë de l'os**, qui, par son début et sa marche, se rapproche un peu de la description que l'on a donnée du **mal dit perforant.**

M. CLOQUET rappelle, à cette occasion, un fait curieux qu'il a observé à l'hôpital Saint-Louis.

Un malade portait au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne de chacun des deux gros orteils un cor dur et très-gros. L'un des deux agit comme aurait fait un clou, il écarta les tendons et pénétra dans l'articulation. Le malade souffrait horriblement, et M. Cloquet enleva l'orteil avec l'extrémité antérieure du premier métatarsien. De l'autre côté, pour prévenir de semblables accidents, M. Cloquet fit faire un bourrelet qui entourait le cor à sa base, et empêchait la chaussure d'appuyer sur sa partie libre. Il n'y eut pas d'accidents ultérieurs.

M. PERRIN a vu à l'hôpital des Invalides, dans le service de M. Hutin, la même altération que celle qui vient d'être présentée par M. Broca. C'était la même ulcération, la même lésion comme siége et comme altération pathologique. Ce fait, décrit par M. O. Leconte, a été le sujet d'un rapport de M. Larrey à la Société médicale d'émulation. Seulement la marche de l'altération avait été moins rapide, et elle avait mis sept à huit mois pour se produire.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 30 mars 1861, ont été nommés présidents des Sociétés de prévoyance et de secours mutuels des médecins :

De l'arrondissement de Saintes (Charente-Inférieure), M. le docteur Briault ;

Du département de l'Isère, M. le docteur Buissard, inspecteur des eaux de la Motte ;

Du département de la Moselle, M. le docteur Dieu, pharmacien principal à l'hôpital militaire de Metz.

— La Société d'hydrologie médicale continue à être en pleine désorganisation. Dans la séance extraordinaire de lundi dernier, présidée par M. Pidoux, les élections annoncées n'ont pu avoir lieu. M. Tardieu, membre honoraire, a écrit pour demander le titre de membre titulaire.

— M. le préfet de la Seine a visité lundi dernier les cinq services d'aliénés de la Salpêtrière, accompagné par la commission qu'il a instituée pour délibérer sur le projet de construction de nouveaux asiles. M. le préfet a consulté successivement chaque chef de service sur les améliorations à introduire, soit pour le mode de recrutement des médecins, soit pour le bien-être des malades.

Une visite semblable est annoncée à l'hospice de Bicêtre pour lundi prochain.

— L'assemblée générale annuelle de la *Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine* a eu lieu le 27 mars dernier, sous la présidence de M. Labélonye.

La première partie de la séance a été consacrée à la distribution des prix fondés par la Société en faveur des élèves stagiaires qui, pendant un séjour de deux ans et plus dans la même officine, se sont fait remarquer par leur zèle et leur dévouement.

Les lauréats ont été proclamés dans l'ordre suivant :

PREMIÈRE DIVISION. — *Premier prix* (*ex æquo*) : M. Finance, élève chez M. Millot ; M. Blondeau, chez M. Saint-Genez. — *Mention honorable, avec livres* : M. André, chez M. Fourret. — *Mentions honorables* : M. Caron, chez M. Coquil ; M. Van Ballemberghe, chez M. Faucher.

DEUXIÈME DIVISION. — *Premier prix* : M. Peschier, élève chez M. Schacuffele. — *Deuxième prix* (*ex æquo*) : M. Noizet, chez M. Bouhaire ; M. Duportail, chez M. Marcotte ; M. Ingrand, chez M. Bourrières.

TROISIÈME DIVISION. — *Premier prix* (*ex æquo*) : M. Grousseau, élève chez M. Duroy ; M. Tireau, chez M. Taborel. — *Deuxième prix* (*ex æquo*) : M. Greban, chez M. Vervaest-Béranger ; M. Luquet, chez M. Sinval. — *Troisième prix* : M. Boisredon, chez M. Moulin. — *Mentions honorables* : M. Queruel, chez M. Coquil ; M. Langlet, chez M. Dubrac.

La Société a terminé sa séance en procédant au remplacement des membres de son bureau dont les pouvoirs étaient expirés.

Par suite de ces élections, le Conseil d'administration pour l'année 1861-1862 se trouve ainsi composé :

Président, M. Fournier ; vice-président, M. P. Lamouroux ; secrétaire général, M. Marcotte ; secrétaire-adjoint, M. Genevoix ; trésorier, M. Garot.

Conseillers : MM. Favrot, Garnot, Rexès, Labélonye, Desnoix, Mayet, A. Vée, Marinier aîné, Dethan et Fayard.

— La Société de médecine de Lyon, sur la proposition de M. Gubian et le rapport de M. Desgranges, a, dans sa séance du 8 avril, arrêté l'organisation d'une commission destinée à étudier d'une manière plus attentive et plus soutenue que par le passé toutes les maladies régnantes ou épidémiques de cette ville. Voici le texte de la décision votée à ce sujet :

1° Il est institué au sein de la Société impériale de médecine une commission permanente dite *des maladies régnantes;*

2° Cette commission se composera de huit membres qui sont : un médecin de l'Hôtel-Dieu, le chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, le chirurgien-major ou le médecin de la Charité, un médecin du Dispensaire général, un membre de l'École vétérinaire, le médecin des épidémies, enfin le président et le secrétaire général ;

3° La commission se réunira une fois au moins par trimestre, et présentera au minimum quatre rapports par an ;

4° En principe, il sera alloué à la commission, en jetons, une rémunération dont le chiffre sera fixé ultérieurement par le bureau ;

5° Chaque année, deux membres de la commission seront sujets à réélection. Les membres sortants sont rééligibles.

Les membres actuels de cette commission sont MM. Girin, Desgranges, Berne, Gubian, A. Rey, Bouchet, Pétrequin et Diday.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 22 AVRIL 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu et reçu dans cette séance un grand nombre de communications intéressantes à divers titres. Parmi les communications faites par ses membres, nous signalerons d'abord : les cas de reproduction des os par le périoste observés depuis longtemps déjà par M. Jobert (de Lamballe) et rappelés à l'occasion d'une communication récente sur ce sujet; la lecture que M. Jules Cloquet a faite de l'extrait d'une lettre de M. de la Gironnière sur les effets des alcooliques donnés jusqu'à l'ivresse comme remède contre la morsure de certains serpents venimeux; la présentation d'un opuscule sur le haschisch par M. le docteur Guyon, membre correspondant, qui a lu ensuite une note sur un calcul biliaire qui s'est fait jour à travers les parois abdominales (nous regrettons de ne pas trouver cette note dans le *Compte rendu*); enfin la présentation faite par M. le président, au nom de M. le professeur Turck (de Vienne), d'une série de dessins représentant des états morbides du larynx constatés par le moyen du laryngoscope.

Parmi les lectures des savants étrangers à l'Académie, il en est une qui a été écoutée avec un intérêt particulier, c'est celle de M. Ch. Bataille, professeur au Conservatoire de musique, à qui ses brillants succès d'artiste n'ont pas fait oublier ses premières et sérieuses études physiologiques. Dans un mémoire intitulé : *Nouvelles recherches sur la phonation,* M. Bataille s'est proposé d'étudier le mécanisme de la génération de la voix humaine dans ses phénomènes essentiels. Nous demanderons à nos lecteurs la permission de nous arrêter un instant ici sur ce travail.

« Si l'on examine d'un coup d'œil et dans leur ensemble les phénomènes de toute sorte exposés dans ce mémoire, dit l'auteur, on les voit se grouper autour de trois d'entre eux, capitaux, corrélatifs, et directement essentiels à la génération de la voix humaine. Ces trois phénomènes, qui constituent ce qu'on pourrait appeler le *trépied vocal,* sont : la tension des ligaments vocaux, l'occlusion de la glotte en arrière et le courant d'air phonateur, phénomènes essentiels et corrélatifs à ce point que l'un d'eux venant à faire défaut, la phonation est impossible. »

Partant de cette proposition, M. Bataille étudie successivement, dans autant de paragraphes distincts, ces trois phénomènes, au double point de vue du mécanisme qui les engendre et des résultats issus de ce mécanisme.

Voici quel est le rôle qu'il assigne à chacun d'eux dans la production de la phonation :

Les ligaments vocaux, dit-il, sont tendus en longueur et en largeur.

La tension en longueur et la tension latérale externe ou ventriculaire ont toujours lieu; la tension latérale ou sous-glottique peut disparaître et disparaît en effet dans le registre du fausset.

La tension totale ou partielle met les ligaments en état de vibrer.

Comme elle peut être augmentée ou diminuée par gradations insensibles, elle permet aux ligaments d'engendrer tous les sons de la voix humaine, du grave à l'aigu, et réciproquement.

Elle peut, en augmentant et en diminuant, compenser, pour sa part, les effets de l'intensité ou de la faiblesse du courant d'air, et permettre l'accroissement ou la diminution de la force du son sur chaque degré de l'échelle vocale.

La glotte peut se fermer en arrière dans toute sa portion intercartilagineuse, et dans une certaine étendue de sa portion interligamenteuse.

Cette occlusion peut augmenter ou diminuer graduellement.

Elle augmente ou diminue en arrière l'étendue de la surface vibrante, et concourt ainsi à la production des sons graves ou aigus.

Elle peut, en augmentant ou en diminuant, compenser pour sa part les effets de l'intensité ou de la faiblesse du courant d'air, et permettre l'accroissement ou la diminution de la force du son sur chaque degré de l'échelle vocale.

L'affrontement progressif des arythénoïdes peut s'opérer tantôt par le tiers inférieur des faces arythénoïdiennes internes, ce qui a lieu dans le registre de poitrine, tantôt par les deux tiers supérieurs de ces faces, ce qui a lieu dans le registre de fausset.

Le passage d'un courant d'air, ayant une énergie voulue, à travers les ligaments vocaux affrontés et tendus, les détermine à entrer en vibration.

L'accroissement d'intensité du courant peut concourir à l'élévation du son en augmentant la tension des ligaments.

Pour un même son, l'accroissement d'intensité du courant d'air détermine une tension moins forte des ligaments et une plus grande ouverture de la glotte en arrière.

Tendus en tous sens, les ligaments vocaux vibrent à la manière des membranes tendues en tous sens.

L'intensité du son et l'amplitude des vibrations sont en raison directe de l'intensité du courant d'air.

M. Bataille expose ensuite dans son mémoire la disposition fasciculaire des muscles intrinsèques du larynx et l'influence de cette disposition particulière sur la faculté merveilleuse que possède la voix humaine de parcourir en un instant les degrés les plus minimes de l'échelle vocale, et de charmer l'oreille par l'assemblage rapide des sons les plus divers.

Enfin, appliquant les faits qui viennent d'être énoncés aux principaux phénomènes du chant, M. Bataille montre et ramène à des lois physiologiques déterminées les rapports qui existent entre le degré de développement des diverses parties constitutives du larynx et l'étendue et les types divers de la voix.

Dans l'impossibilité où nous sommes de donner ici plus de développement à cette analyse, nous renvoyons au mémoire original ceux de nos lecteurs qui seraient désireux d'approfondir ces intéressants détails d'art et de physiologie.

Dr Brochin.

DE L'INFLUENCE CLIMATÉRIQUE

SUR LA MARCHE DE LA TUBERCULISATION PULMONAIRE.

« *Que faut-il croire de l'influence des climats sur le développement, la marche et la guérison de la phthisie?* » Tel est le titre d'un excellent mémoire que M. le docteur Andrieux (de Brioude) vient de publier dans un journal (1) qu'il dirige avec une grande distinction.

A l'aspect des tables de mortalité embrassant tous les points du globe, M. Andrieux se trouve conduit à exprimer l'opinion que, *dans la plupart des lieux où on a l'habitude d'envoyer les poitrinaires, la proportion des phthisiques est à peu près la même que dans les lieux que fuient ces malades :* il ajoute toutefois que les données statistiques établies à cet égard ne lui inspirent pas une entière confiance.

Il est bien certain que la phthisie est trop étroitement liée au cadre des maladies propres à l'espèce humaine, pour que des régions entières se trouvent complétement à l'abri de ces atteintes; mais la question est de savoir si les causes de cette affection sont les mêmes partout, et si des influences spéciales ne président pas à son développement dans les lieux où elle se manifeste. Ce n'est qu'à cette condition qu'il est possible de faire un choix entre les stations méridionales que l'on a coutume de recommander aux poitrinaires.

Le moyen le plus rationnel de démontrer le degré d'efficacité prophylactique et curative d'un climat, relativement aux maladies chroniques de l'appareil respiratoire, consiste à rechercher le nombre des cas de ce genre qui y ont été améliorés ou guéris. Ces faits ne peuvent être établis que de trois manières, dit M. le docteur Barral :

1° Par les médecins de chaque station climatérique, qui traitent et observent les malades venus de diverses contrées;

2° Par le témoignage et l'autorité des médecins qui ont prescrit un déplacement à leurs clients;

3° Par le témoignage des malades eux-mêmes.

Voilà des indications qu'il est plus facile de stipuler que de remplir. En effet, il arrive fréquemment que des tuberculeux se rendent à Nice, à Pau, à Hyères, par exemple, s'y établissent et y attendent là leur guérison, sans autre direction, sans autres conseils que ceux qu'ils ont reçus de leur médecin ordinaire en le quittant : la saison achevée, ils retournent dans leur famille, négligent de faire constater l'état de leur santé avant leur départ. D'autres, au bout d'une semaine, d'un mois, rebutés par un motif quelconque, se décident à achever la saison d'hiver ailleurs. Tous ces malades sont perdus de vue par le médecin de la station qu'ils abandonnent, et, soit qu'ils guérissent, soit qu'ils meurent, celui-ci l'ignore presque toujours.

Toute œuvre de statistique exige un désintéressement absolu de la part de celui qui l'entreprend. Or les médecins des stations climatériques, comme ceux des stations thermales, se laissent très-souvent dominer par le désir de provoquer et d'attirer à eux l'affluence des malades, et pour y réussir, ils croient pouvoir, sans nuire à la vérité, ne publier que les cas de guérison et taire les insuccès. Ne montrer qu'une seule face des choses, ce n'est pas le moyen de les faire connaître.

Il est très-commun aussi que, dans les statistiques dressées avec l'intention de faire ressortir l'efficacité prépondérante d'une station, on mette en ligne, comme éléments numériques, d'anciens malades qui ne reviennent aux sources de leur guérison que pour en consolider la durée.

Il n'est pas impossible, d'un autre côté, que des erreurs de diagnostic s'introduisent dans les cadres d'une statistique, et en faussent plus ou moins la signification. Nous possédons en France des données très-nettes sur l'élément anatomique et sur les caractères de la phthisie; je me suis assuré qu'ailleurs on qualifie souvent de ce nom le catharre pulmonaire et la bronchite chronique, qui sont aussi, il est vrai, un mode de *consomption*, mais auquel le tubercule peut demeurer complétement étranger.

On voit combien, à l'aide de ces méprises et de ces artifices, il est facile d'embellir la colonne des améliorations dans un tableau statistique.

Signalons encore une autre cause d'erreurs. On sait que la formation des tubercules altère la sonorité du thorax, ainsi que le murmure respiratoire au sommet des poumons. Ces phénomènes, dit-on, se rattachent à un travail de tuberculisation qui commence; on ne les observe jamais dans aucun autre état morbide de l'appareil respiratoire.

Cette dernière assertion me semble beaucoup trop exclusive; j'en ai constamment la preuve sous les yeux. Nous recevons chaque jour, dans nos hôpitaux, de jeunes militaires déprimés par la nostalgie ou par quelque autre cause d'affliction, et chez lesquels ces sentiments déterminent une hyperémie passive des poumons, accompagnée d'une toux légère, habituellement sèche. L'inappétence, la maigreur, la perte des forces, viennent souvent corroborer le soupçon d'une phthisie à son début. Mais que la joie ou la tranquillité d'esprit renaissent, la toux s'éteint, la poitrine reprend sa sonorité, et le poumon son expansion normale; en quelques jours le sujet est devenu méconnaissable, sa santé a presque les apparences du luxe.

Supposons qu'au moment où existent les signes locaux pouvant simuler la tuberculisation dans sa période initiale, le malade soit dirigé sur Nice ou sur Madère, et que pendant le séjour qu'il y fait ces signes disparaissent par suite d'une heureuse modification dans son état normal, on ne manquera guère d'attribuer sa guérison à la seule influence des climats chauds. Nous pensons, au contraire, qu'il faut voir dans ces guérisons ce qui s'y trouve quelquefois, c'est-à-dire une pure coïncidence, et non toujours un rapport de cause à effet.

Les malades eux-mêmes peuvent, nous dit-on, fournir des renseignements utiles à la confection des relevés statistiques. On conviendra qu'il est très-permis de ne pas admettre leur compétence en cette matière; il est de plus à craindre qu'ils ne donnent que des indications erronées, car ils peuvent avoir un intérêt quelconque à dissimuler la gravité actuelle de leurs antécédents pathologiques, ou bien ils trompent et se trompent eux-mêmes, parce que l'illusion les aveugle.

Dans le service des hôpitaux il est facile de recueillir les faits cliniques, de les suivre d'une manière continue, de les rapprocher, de les comparer et d'en tirer une induction quelconque; mais il n'en est plus de même pour les faits qui se rapportent à la pratique civile. En médecine, la vérité ou pour le moins la vraisemblance ne découle que de la grande proportion des cas observés. Or, quoique la phthisie soit une affection commune, il est presque impossible à la plupart des praticiens de déterminer avec certitude la manière dont elle est modifiée par les climats chauds, parce qu'ils ne procèdent à cette vérification que sur un nombre généralement restreint de tuberculeux soumis à leur direction.

Les considérations qui précèdent prouvent, je crois, qu'une statistique péremptoire de la mortalité chez les poitrinaires, dans les stations méridionales, est tout bonnement impossible, et

(1) *Les Maladies chroniques.*

qu'ainsi il n'y a pas lieu d'accorder la moindre confiance aux chiffres qui ont été produits.

La phthisie, a-t-on dit, est non moins fréquente dans les villes du sud de l'Italie qu'à Londres ou à Paris. Qu'il y ait des phthisiques indigènes à Livourne, à Florence, à Naples; que ces malades succombent dans les proportions indiquées (1 sur 3, 1 sur 5), je le reconnais; mais avant de condamner l'émigration vers les pays chauds, il faudrait préalablement démontrer que cette mortalité est due exclusivement à l'action du climat et non à d'autres causes. En effet, si dans certaines villes de l'Italie méridionale la phthisie reste confinée dans la classe des indigents, par exemple, ou si elle dépend d'influences purement locales, il est de toute justice d'exonérer l'action climatérique générale de ces rigueurs exceptionnelles.

Il y a en Italie, comme ailleurs, des causes prédisposantes et des causes occasionnelles de tuberculisation. Dans tous les pays du monde, les poitrinaires ne se comptent que comme de rares exceptions parmi les populations rurales, qui ont pour elles le soleil, l'air pur et l'espace. Mais partout où les hommes s'établissent en grand nombre sur un même point, la phthisie commence à les envahir; la fréquence des cas s'y montre en raison de la densité de ces agglomérations, et la maladie frappe notamment les types altérés par l'ensemble des influences maléficiantes qui constituent la misère.

L'artisan surmené par l'excès de travail ou de privations, épuisé par l'intempérance ou la débauche, emprisonné dans une chambre, un atelier, où il n'a d'espace que pour se mouvoir, habitant un quartier que le soleil ne visite jamais, est fatalement menacé de phthisie ou de scrofule, et si, primitivement robuste, il échappe au danger, il ne manque guère d'en transmettre les chances à ses descendants.

Il est convenu aujourd'hui que l'un des attributs de la distinction, que le signe de la race, c'est la délicatesse des formes; être robuste et coloré, c'est ressembler à un roturier parvenu, c'est une humiliation. A en juger par le système suivi actuellement dans l'éducation corporelle de la jeunesse oisive, il semble qu'on ait en vue de créer un type nouveau, l'*homme-femelle;* c'est de ce type, malheureusement trop réussi, que sortent ces êtres chétifs, étiolés, véritables moules à tubercule, et dont l'aspect nous inspire toujours une profonde commisération.

Que l'on consulte les tables comprenant l'ensemble de la mortalité à Paris, à Nice, à Gênes, à Madère, etc., et l'on reconnaîtra que c'est aux familles opulentes et aux familles pauvres que la phthisie impose son plus onéreux tribut; car c'est là qu'elle rencontre les constitutions les moins faites pour lui résister. Mais, je le répète une fois encore, l'influence climatérique doit être mise hors de cause, car il est évident que la tuberculisation résulte ici d'un renversement des lois de l'hygiène et de la raison.

J'ai visité, à peu d'exceptions près, les stations méridionales hantées par les poitrinaires, et j'ai constaté que dans les localités où la phthisie, en se généralisant, envahit tous les degrés de la hiérarchie sociale, elle doit positivement cette faculté expansive aux instabilités atmosphériques; elle opère là comme dans les climats variables; mais je déclare que ces localités sont en petit nombre. De ce qu'elles font partie d'un système de climats chauds, il serait injuste de prohiber toute l'étendue de la zone à laquelle elles appartiennent.

Parmi les eaux minérales, il en est de salutaires et de nuisibles tout à la fois, suivant le choix qu'on en fait et la manière dont on en use. C'est ainsi que les Eaux-Bonnes, réputées avantageuses dans les cas de phthisie torpide, ne conviennent plus à la forme éréthique de la maladie. Il en est de même pour les climats. Un tuberculeux est disposé aux hémoptysies; il se couvre facilement de sueur, une bronchite catarrhale l'épuise; c'est vers le Caire qu'il faudra diriger ce malade; le plonger dans l'atmosphère chaude, humide, raréfiée de Pise, c'est le vouer à une mort certaine et rapide. Peu de médecins se préoccupent de ces conditions essentielles d'opportunité ou de contre-indications; les malades, mal renseignés sur l'influence décisive des localités, font souvent fausse route; voilà pourquoi « tant de phthisiques ont subi la fatigue d'inutiles migrations ». (Michel Lévy.)

On recherche pour le bien-être et la guérison des tuberculeux une température modérée et uniforme; on demande aux autres qualités de l'atmosphère la même modération et la même uniformité. Aucune des stations connues ne réunit cet ensemble de mérites, mais chacune d'elles a ses mois propices et ses mois néfastes. De là, pour le malade, la nécessité des déplacements successifs, afin de se dérober aux inclémences locales ou saisonnières. S'il néglige de le faire ou s'il n'en a point reçu le conseil, il s'expose à quelque catastrophe d'autant plus regrettable, qu'elle pouvait être prévenue. Pau, qui est une bonne résidence pendant la première moitié de l'hiver, devient presque toujours insoutenable pendant les mois de février et de mars. Est-ce à dire pour cela que Pau est un séjour sans utilité pour les tuberculeux?

La phthisie confirmée guérit rarement par un simple changement de climat; tout le monde le reconnaît et personne ne s'en soucie. La prudence exige qu'aussitôt que la tuberculisation paraît imminente, et cela s'aperçoit de loin, il faut se résoudre au départ, il faut même, si je puis ainsi dire, que le malade *parte trop tôt*. D'habitude on agit autrement; on se récrie contre les prévisions du médecin, on invoque les bons antécédents de la famille, on tergiverse longtemps, et lorsqu'on se décide il est presque toujours trop tard. Que si le déplacement ne produit pas merveilles, le malade, pour justifier son incurie, s'en prend aux climats, qu'il accuse d'impuissance, si ce n'est même de maléfice.

A moins d'une inclination particulière pour les œuvres informes ou fantasques, on ne peut donc faire aucun cas des statistiques établies jusqu'à présent pour juger des avantages ou des inconvénients que présentent les stations méridionales relativement aux maladies chroniques de la poitrine. S'il faut tenir compte de ces laborieuses tentatives, c'est uniquement pour signaler en elles un des échecs de la méthode numérique. A défaut de données rigoureusement exactes, il ne reste aux malades et aux praticiens, pour se guider, qu'à s'en référer aux renseignements fournis par la géographie topographique.

D[r] Champouillon.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Beau.

Coqueluche; laryngoscopie.

J'ai exposé dans les *Archives générales de médecine* (cahier de septembre 1856) une idée nouvelle de la coqueluche. Partant de ce fait que la quinte de coqueluche ressemble à la quinte de toux et de suffocation que produit la pénétration d'un corps étranger dans le larynx, tel qu'une goutte de liquide pendant la déglutition, j'ai cherché si dans la coqueluche on ne pouvait pas trouver les conditions d'un liquide tombant sur la glotte, et donnant lieu aux mêmes phénomènes de spasme glottique et de toux que quand *on avale de travers*.

Effectivement j'ai été amené par la considération des faits nécroscopiques et séméiologiques, à admettre qu'il y a dans la coqueluche une phlegmasie de la membrane muqueuse de l'*infundibulum* sus-glottique; que cette phlegmasie est suppurante, et que la quinte éclate chaque fois que le produit muco-purulent de cette phlegmasie est sécrété en assez grande quantité pour tomber sur les cordes glottiques; de la même manière à peu près que la sueur couvrant le front se forme en gouttes et tombe en roulant sur les joues. Le mucus est reçu par les cordes vocales comme un véritable corps étranger venu du dehors.

La phlegmasie de l'*infundibulum* sus-glottique peut être isolée. Le plus souvent elle s'accompagne de celle de la glotte, de la trachée, des rameaux bronchiques ou encore du pharynx; et alors aux quintes caractéristiques de la coqueluche s'ajoutent les symptômes des diverses inflammations que nous venons de nommer.

La phlegmasie sus-glottique de la coqueluche a cela de particulier qu'elle dure à peu près six semaines, qu'elle est contagieuse, et qu'elle n'affecte qu'une fois le même individu.

En cela, c'est une inflammation spéciale; mais la quinte elle-même n'a pas un caractère spécial, car nous verrons cette quinte se produire dans des maladies autres que la coqueluche, et marquées pourtant par une inflammation sus-glottique donnant lieu aussi à une goutte de produit liquide, qui vient tomber sur la glotte.

Nous ajouterons que la coqueluche est une affection assez complexe, car la phlegmasie laryngienne, qui joue ici le principal rôle, finit par se compliquer d'une anémie et d'un état névropathique, résultant des vomissements qui suivent les quintes caractéristiques.

Je n'ai pas à reproduire ici tous les faits sur lesquels s'appuie la théorie que je viens de rappeler; ceux qui voudront en prendre une connaissance approfondie n'ont qu'à consulter le mémoire cité plus haut. Je veux aujourd'hui la confirmer par des arguments nouveaux.

Je dois dire que cette théorie fut très-mal reçue. Je m'y attendais parfaitement. On ne tente pas de faire passer une maladie de la classe des névroses dans celle des phlegmasies sans provoquer des dénégations d'autant plus vives, que les opposants se sentent forts de l'appui, tout à la fois respectable et facile, que leur donne la tradition. Cependant quand les faits l'exigent, on doit rompre avec la tradition; il n'y a de progrès qu'à cette condition.

Cependant la réprobation infligée aux idées que je reproduis ne fut pas absolument unanime. Un jeune interne des hôpitaux, M. Wannebroucq, au lieu de crier au paradoxe, voulut savoir jusqu'à quel point les faits annoncés étaient vrais. Profitant de sa position d'élève à l'hospice des Enfants trouvés, au moment où y sévissait une épidémie de coqueluche, il eut l'occasion de faire deux autopsies dans lesquelles il constata une phlegmasie purulente de l'*infundibulum* sus-glottique. Il fut donc ainsi conduit à confirmer mes recherches, sauf quelques modifications de détails auxquels il tient beaucoup. On lira avec intérêt sa thèse, dans laquelle sont consignées les recherches qu'il a faites à ce sujet. (Thèse de Paris, 22 juin 1859.)

La thèse de M. Wannebroucq renferme deux observations avec autopsie, dans lesquelles on a constaté une phlegmasie de l'infundibulum sus-glottique; de sorte qu'avec les trois autres que contient mon mémoire, on a un total de cinq nécroscopies démontrant l'existence d'une phlegmasie sus-glottique dans la coqueluche.

Si ces faits ne sont pas assez nombreux pour faire accepter définitivement la théorie que je propose, ils le sont assez pour fixer vivement l'attention sur ce point et pour provoquer des recherches dans le même sens.

Mais à défaut d'autopsies cadavériques, on peut maintenant faire, à vrai dire, des autopsies sur le vivant, à l'aide du laryngoscope. Grâce à cet admirable moyen d'investigation, il sera facile d'observer pendant la vie, la phlegmasie catarrhale qui produit les symptômes de la coqueluche, et l'on pourra la suivre dans sa marche et ses diverses périodes.

J'ai déjà un fait de ce genre à signaler; c'est, je crois, le premier qui ait été observé. En voici les détails les plus importants à connaître.

Une jeune fille de dix-huit ans était entrée l'automne passé dans mon service à la Charité, pour une coqueluche assez violente, qu'elle avait contractée d'une jeune enfant qu'elle gardait. Il fallut pendant plusieurs jours et à plusieurs reprises porter un manche de cuiller sur l'isthme du pharynx pour abaisser la langue et pour habituer progressivement à l'emploi du laryngoscope ces parties qui étaient très-sensibles chez elle au moindre contact. On put enfin examiner le larynx le 18 octobre.

A cette époque, la coqueluche avait beaucoup diminué et les quintes étaient réduites à trois dans les vingt-quatre heures. L'examen fut fait le soir, dans la chambre de garde de la *Charité*, à la lumière éclatante d'un bec de gaz, par M. Paris, mon interne, et ses deux collègues MM. Edmond Simon et Brouardel. Voici la note qu'ils m'ont remise et où ils ont consigné le résultat de leur investigation:

« On trouve de la rougeur et un peu de turgescence de la muqueuse laryngée, et en particulier de l'épiglotte et des cordes vocales supérieures. On distingue nettement la bandelette nacrée des cordes vocales inférieures, qui ne paraissent pas altérées. De plus, on trouve des taches jaunes et grisâtres sur la face inférieure de l'épiglotte et sur les cordes vocales; ces taches sont saillantes, se déplacent dans les intervalles des examens que l'on fait, et sont évidemment formées par du mucus. »

Cet examen ressemble assez à celui que l'on fait dans une autopsie cadavérique. On a trouvé des caractères irréfragables d'inflammation et de suppuration dans l'infundibulum sus-glottique, et voilà tout. Mais le laryngoscope permet d'espérer une observation plus détaillée et surtout plus physiologique de la phlegmasie sus-glottique. On peut, sans se faire illusion, se promettre, quand on aura affaire à un individu bien disposé, par son peu de sensibilité gutturale, à subir ce mode d'exploration (ce qui ne se voit pas souvent chez les enfants, mais ce qui peut se voir très-bien chez les jeunes gens ou les adultes atteints de coqueluche), on peut, dis-je, se promettre d'étudier parfaitement l'état de l'infundibulum sus-glottique avant ou après la quinte caractéristique. Il n'y a dès lors rien d'impossible à ce qu'on assiste pour ainsi dire à l'explosion de la quinte, c'est-à-dire qu'on examine le larynx précisément dans le moment où le muco-pus, étant sécrété en trop grande quantité, forme une avalanche qui tombe sur les cordes vocales.

En attendant ces constatations décisives au point de vue de la physiologie pathologique de la coqueluche, je vais produire de nouveaux arguments qui viennent appuyer tout ce que j'ai avancé jusqu'à présent au sujet du siége et de la nature de cette maladie.

Je dois d'abord répéter que pendant la période aiguë de la coqueluche, il y a sensation manifeste de douleur ou de gêne à la partie supérieure du larynx, soit spontanée, soit provoquée par la pression et la déglutition. Souvent fièvre au début. Et, tant que durent les quintes, le malade expectore du muco-pus mélangé avec de la pituite. Ce muco-pus est souvent rendu en quantité considérable, parce que la violence de la quinte fait rendre en même temps celui qui provient de l'infundibulum et celui qui résulte des complications ordinaires de la coqueluche, c'est-à-dire de la trachéite et de la bronchite.

Il y a d'autant plus de quintes que la sécrétion du mucus est plus considérable. Voilà qui est tout naturel.

Maintenant certaines circonstances favorisent momentanément la sécrétion du mucus. Il faut citer à ce sujet l'exposition au froid, qui augmente la fréquence des quintes de la coqueluche, comme il augmente la fréquence des quintes de la bronchite ordinaire.

D'autres circonstances précipitent la quinte en favorisant la chute du mucus sur les cordes vocales. Telle est la déglutition, et particulièrement la déglutition des liquides. Il est rare qu'un individu affecté de coqueluche ne provoque pas sa quinte en buvant un verre d'eau ou de tisane. A chaque gorgée, c'est-à-dire à chaque secousse du larynx, il sent quelque chose qui lui descend *sur la gorge*, et qui finit par exciter la quinte; ce *quelque chose* senti par le malade est le mucus qui se déplace et coule à chaque mouvement d'élévation du larynx pour venir tomber sur les cordes vocales.

La quinte n'arrive jamais sans être précédée par un sentiment de chatouillement à la partie supérieure du larynx, laquelle sensation tient au glissement du mucus qui se déplace pour tomber sur la glotte. C'est un avertissement pour l'enfant intelligent, qui quitte la table ou les réunions du salon afin d'aller dans un coin retiré subir sa quinte en toute liberté. J'ai vu un enfant qui avait trouvé le secret de la retarder en retenant tout à coup sa respiration; de cette manière l'air ne venait plus à chaque inspiration aider à la descente du mucus dans le larynx.

Les malades acquièrent souvent, après une certaine expérience de leur mal, la faculté d'expulser le mucus aussitôt qu'ils sont avertis de sa chute imminente, et par conséquent ils préviennent la quinte. Quelquefois ils le rejettent directement au dehors à l'aide d'un mouvement sec de toux; d'autres fois le mucus chassé par la toux vient s'arrêter sur l'orifice du larynx, et de là ils peuvent l'entraîner dans l'œsophage à l'aide d'un mouvement de déglutition; c'est ce qu'ils appellent *cracher ou avaler leur quinte*. Ces expressions n'ont guère de sens pour les médecins qui regardent la coqueluche comme une névrose; pourtant elles expriment un fait rigoureusement vrai, c'est-à-dire que les patients littéralement crachent ou avalent la cause

matérielle de leur quinte, à savoir le mucus qui devait tomber de l'infundibulum sus-glottique sur la glotte.

Bien qu'il y ait un symptôme convulsif dans la coqueluche, le spasme de la glotte, cette maladie est au point de vue protopathique une phlegmasie, puisque c'est la phlegmasie purulente qui produit le muco-pus, dont la chute va exciter le spasme glottique et la toux convulsive sur lesquels jusqu'à présent s'est concentrée uniquement l'attention des cliniciens.

Les enfants sont donc particulièrement sujets à la phlegmasie purulente de l'infundibulum sus-glottique, de la même manière qu'ils le sont à l'inflammation purulente de la conjonctive, du conduit auditif, etc. Or, comme parmi les enfants ce sont surtout les scrofuleux qui sont affectés de ces flux purulents, il doit s'ensuivre que les scrofuleux sont plus que les autres disposés à contracter la coqueluche. C'est, en effet, ce qui a été observé par quelques médecins. Lugol dit, sans en donner la raison, que les enfants scrofuleux ont des coqueluches beaucoup plus intenses et plus longues que les autres (1). J'ai vérifié l'exactitude de cette observation de Lugol.

On voit quelquefois des phlegmasies, des pyrexies, survenir chez ceux qui sont affectés de coqueluche, et modifier cette dernière affection au point de la faire diminuer notablement et même de la faire disparaître. Ces maladies intercurrentes exercent en ce cas une action antagoniste, comme on en voit beaucoup d'autres exemples en médecine. Il est bon d'être averti de ce fait pour la question des constatations nécroscopiques; car si un individu atteint de coqueluche venait à succomber à une pneumonie ou une scarlatine, il ne faudrait pas s'étonner de ne plus trouver les lésions anatomiques de la phlegmasie sus-glottique, qui aurait été emportée par l'influence antagoniste de l'affection intercurrente.

La coqueluche dure environ six semaines; mais quelquefois elle dure beaucoup moins, comme, par exemple, cinq à six jours. M. Trousseau a signalé des faits semblables, auxquels on a refusé pour cette trop grande brièveté le caractère de coqueluche. Il est assez difficile de dire d'une manière positive si ces faits étaient ou n'étaient pas des cas de vraie coqueluche; mais ce qu'il y a de sûr, c'est que les quintes présentent alors tous les phénomènes des quintes caractéristiques. J'en ai recueilli trois observations à peu près identiques à l'hôpital Cochin; voici l'une d'elles en quelques mots :

Une femme arrive avec sa petite fille âgée de deux ans, qui a la coqueluche depuis trois jours. Elle nous dit que pendant quatre jours, avant le début des quintes, son enfant était affectée d'un coryza qui a disparu en même temps que s'est montrée la coqueluche. Celle-ci dure trois jours encore, et disparaît. A dater de ce moment, des râles se font entendre dans les rameaux bronchiques, et la toux prend le caractère du catarrhe bronchique.

Ceux qui regardent la coqueluche comme une maladie spasmodique essentiellement différente du catarrhe diront qu'ici la coqueluche a été précédée de coryza et suivie de bronchite, sans montrer le lien qui fixe ainsi la maladie entre le coryza et le catarrhe bronchique; mais ce lien devient évident quand on veut comprendre cette succession des trois affections au point de vue des idées précédemment exposées.

En effet, il y a eu chez cette enfant une inflammation catarrhale à courte durée qui a parcouru les voies aériennes depuis le haut jusqu'en bas. La phlegmasie a occupé les fosses nasales pendant quatre jours, et puis, *tombant en bas*, elle a quitté les fosses nasales pour occuper la partie sus-glottique du larynx où elle est restée six jours, et où elle a produit pendant tout ce temps les quintes de la coqueluche par le mécanisme que nous avons dit. Enfin la phlegmasie, quittant ce siége, est descendue dans l'arbre bronchique, où son arrivée a donné lieu aux râles et à la toux ordinaire du catarrhe bronchique.

Il est tout naturel de comprendre de la même manière les rapports qui lient souvent la coqueluche à la rougeole.

Si la coqueluche se montre souvent à la suite de la rougeole, c'est que dans ce cas-là la plegmasie catarrhale rubéolique se fixe à l'infundibulum sus-glottique et y produit les symptômes propres à ce siége de la phlegmasie catarrhale; car de même qu'à la suite de la rougeole on voit souvent persister assez longtemps des coryzas, des laryngites, des trachéites ou des bronchites, on doit voir quelquefois persister aussi des laryngites sus-glottiques donnant lieu aux quintes caractéristiques de la coqueluche.

Il y a donc une coqueluche consécutive à la rougeole, et résultant de la persistance du catarrhe rubéolique fixé à l'infundibulum sus-glottique; mais on doit se demander si cette coqueluche est de la même nature que la coqueluche vraie, dépendant d'une phlegmasie sus-glottique primitive. Il est difficile de rien décider à ce sujet. On sait que M. Sée, frappé de voir des coqueluches sortir des rougeoles, a tiré de ce fait cette conclusion trop absolue, que la coqueluche était une affection tenant de loin ou de près à l'éruption rubéolique.

On trouve dans la rougeole des quintes de coqueluche qui sont très-éphémères et sur lesquelles on n'a pas encore appelé l'attention. On les observe au moment où l'éruption apparaît et où le catarrhe rubéolique quitte les fosses nasales pour envahir le larynx et descendre de là dans les rameaux bronchiques. Il y a un temps assez peu long (24 heures environ) où ce catarrhe occupe l'infundibulum sus-glottique et produit des mucosités purulentes qui viennent tomber sur la glotte en donnant lieu aux quintes de la coqueluche. Cette période de vingt-quatre heures passée, le catarrhe descend successivement dans la trachée et les bronches, où il est marqué par la présence de râles qui faisaient défaut au début de la rougeole. Il faut ajouter que ces quintes à durée éphémère n'existent pas dans toutes les rougeoles, parce que dans toutes les rougeoles le catarrhe rubéolique n'occupe pas l'infundibulum sus-laryngien d'une manière assez profonde et assez prolongée, pour qu'il y ait chute du muco-pus sur la glotte. Il en est, en effet, de cet infundibulum comme des cordes vocales, qui, bien que souvent affectées par la descente du catarrhe, ne le sont pas néanmoins toujours assez pour que l'aphonie soit un symptôme constant de la rougeole.

Il faut citer ici une autre maladie dans laquelle se montrent souvent des quintes de coqueluche, c'est l'angine granuleuse, quand les granulations occupent la partie supérieure du larynx. Sous l'influence de la phlegmasie granuleuse qui occupe l'infundibulum sus-glottique, il se fait souvent une sécrétion de mucus qui vient, quand il est suffisamment abondant, tomber sur la glotte pour produire une quinte. Ces quintes arrivent surtout le matin, parce que c'est le matin que se trouve en plus grande abondance le produit phlegmasique qui a été sécrété pendant toute la nuit.

Enfin citons encore, pour terminer, certaines phthisies laryngées marquées par des quintes de coqueluche, phthisies dans lesquelles il y a un travail suppuratif de l'infundibulum sus-glottique, d'où résulte de temps en temps la chute d'un produit phlegmasique sur l'orifice glottique. J'en ai eu l'an passé deux cas dans dans mon service.

La conséquence de tout ce qui précède est qu'il faut distinguer 1° la coqueluche vraie; 2° la quinte de coqueluche.

1° La coqueluche vraie apparaît, d'après tous les faits précités, comme une phlegmasie de l'infundibulum sus-glottique, contagieuse, durant au moins six semaines, et n'attaquant qu'une fois le même individu. Sous ce rapport la coqueluche est une affection spéciale.

2° La quinte dite de *coqueluche* est une toux saccadée avec spasme glottique et expectoration, déterminée par la chute sur la glotte d'un produit morbide agissant sous ce rapport comme un véritable corps étranger introduit dans le larynx.

Cette quinte trouve ses conditions de production dans les phlegmasies sécrétantes de l'infundibulum sus-glottique, que l'on observe dans la coqueluche vraie, dans certains catarrhes à courte période, dans le catarrhe rubéolique, dans l'angine granuleuse et dans la phthisie laryngée.

(1) *Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses*, p. 235. Paris, 1844.

OBSERVATION D'AMBLYOPIE
survenue à la suite d'une pleurésie aiguë.

Par M. le docteur Thore (de Sceaux).

Mlle B..., âgée de neuf ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique, n'a jamais eu de maladies graves. Elle est très-intelligente, sait fort bien lire et aide déjà sa mère, qui est blanchisseuse, dans la tenue de ses livres.

Le 5 novembre 1860, elle a une angine couenneuse légère: mouvement fébrile assez intense; 112 pulsations; engorgement des ganglions sous-maxillaires; plaques pseudo-membraneuses sur les deux amygdales, surtout sur celle du côté gauche. — Cautérisation avec le crayon d'azotate d'argent; potion au chlorate de soude; onctions avec l'onguent napolitain.

Le 6, l'état des amygdales n'a pas beaucoup changé: nouvelle cautérisation. La fièvre a un peu diminué; 100 pulsations; les glandes restent stationnaires.

Le 7, les concrétions couenneuses ont disparu; les amygdales sont bien nettes; la fièvre tombe; l'appétit reparaît; la langue est recouverte d'un enduit jaunâtre. — Huile de ricin.

Le 8, l'enfant est assez bien; cependant la convalescence se fait lentement. Elle reste pâle, mange peu, dort mal et commence à tousser; elle se plaint de douleurs vagues dans les membres et dans la poitrine.

Le 23, une pleurésie se déclare. Matité à la base du côté gauche de la poitrine; affaiblissement du murmure vésiculaire, puis égophonie bien accusée, dyspnée modérée; fièvre, 120 pulsations; toux sèche et très-fréquente; langue couverte d'un enduit épais et jaune. Vomitif; frictions avec l'huile de croton tiglium. — Au bout de quatre ou cinq jours, l'état restant le même, on applique un vésicatoire volant à la base de la poitrine du côté gauche. A partir de ce moment, l'épanchement diminue avec lenteur, mais d'une manière graduelle; la toux est moins sèche et moins fréquente; la langue se nettoie, et l'appétit revient.

Le 5 décembre, la matité a presque entièrement disparu; on entend bien le murmure respiratoire; la toux a [illegible]aucoup diminué; l'appétit est bon. La convalescence es[illegible]

Elle commence à jouer et à lire, et c[illegible] l'on s'aperçoit qu'elle voit avec beaucoup de difficulté; elle dis[illegible]e à peine les caractères moyens d'imprimerie, qu'elle lisait avant sa maladie avec la plus grande facilité. L'examen de l'œil ne révèle rien de particulier; les pupilles se contractent assez rapidement, et les milieux de l'œil sont d'une netteté parfaite.

Au bout de quelques jours, elle lit avec plus de difficulté que jamais, et c'est à peine si elle peut distinguer les plus grosses lettres du titre d'un journal que je lui présente; elle prétend qu'elles sont brisées en plusieurs morceaux, qu'elles sont coupées en deux. On ne fait d'ailleurs aucun traitement particulier; seulement la petite malade est convenablement alimentée et soumise à un régime tonique. Vin de quinquina; tisanes amères, etc.

Le 26 décembre, elle paraît lire avec moins d'hésitation, et des caractères plus fins. On continue le traitement tonique, et on prescrit l'usage de l'huile de foie de morue.

Le mieux continue, et dans les premiers jours de janvier la vue a repris, à peu de chose près, son intégrité; elle peut lire très-couramment tous les noms, même écrits en caractères très-fins, sur des cartes de visite.

Vers la fin du mois, tout était rentré dans l'ordre; l'état général est excellent, et la vision parfaite.

On voit dans cette observation que Mlle B... a eu d'abord une angine couenneuse assez bien caractérisée, mais cependant très-bénigne, à la suite de laquelle aucun phénomène paralytique ne s'était immédiatement manifesté, ni au voile du palais, ni dans les membres, ni du côté de l'organe de la vision. Douze ou quinze jours plus tard, une pleurésie se déclare, qui se présente d'une manière sérieuse, résiste à un traitement énergique et dure un mois environ. C'est alors, et au moment de la convalescence, que l'existence de l'amaurose ou plutôt de l'amblyopie amaurotique devient évidente.

Faut-il l'imputer à l'angine pseudo-membraneuse qui a eu lieu six semaines auparavant?

Je suis loin de méconnaître l'influence de la cause diphthérique; j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'en étudier les effets sur la vue.

M. Maingault (*De la paralysie diphthérique*, pages 31 et suivantes) a rappelé de nombreux exemples d'amaurose survenue à la suite d'angines couenneuses.

Mais il est difficile d'admettre qu'une paralysie procédant de l'angine pseudomembraneuse ait mis un temps aussi long pour se manifester. Je trouve en effet dans les observations réunies par M. Maingault, que bien que l'on ait vu l'amaurose n'apparaître qu'au trentième ou trente-deuxième jour, c'est le plus ordinairement du douzième au quinzième jour qu'elle se manifeste. Dans deux cas, il est vrai, elle n'a point été précédée par la paralysie du voile du palais, qui n'a point existé non plus chez notre petite malade.

Il n'est donc guère possible de mettre l'amblyopie survenue au bout de six semaines, sur le compte de l'angine couenneuse, et il semble plus rationnel de l'attribuer à la phlegmasie aiguë de la plèvre, qui avait placé un enfant déjà éprouvé par une première maladie et d'une constitution d'ailleurs assez délicate, dans des conditions d'asthénie évidentes. Il n'y a point là une simple question de curiosité pure, et ce fait aurait assez d'importance, car je ne vois pas que M. Gubler, dans ses recherches si complètes (*De la paralysie dans ses rapports avec les maladies aiguës*), ait signalé des exemples d'amaurose parmi les paralysies survenues à la suite des phlegmasies thoraciques. Il a d'ailleurs trop bien décrit (*Archives*, août 1860, p. 197-198) le mécanisme en vertu duquel les paralysies se développent dans les maladies des organes respiratoires, pour qu'il soit nécessaire de s'arrêter un seul instant sur ce point d'étiologie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 avril 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

Nécrose, extraction du séquestre. — M. Jobert (de Lamballe) fait sur ce sujet la communication suivante :

Dans une des dernières séances de l'Académie, M. Maisonneuve a lu une intéressante observation de nécrose invaginée du tibia. Deux ans avant l'opération, le malade avait fait une chute violente, qui fut suivie de douleur, de tuméfaction, d'abcès, etc.

Pour extraire le séquestre, M. Maisonneuve fit une incision dans toute la longueur du tibia; elle fut terminée par une incision transversale à chaque extrémité, et il isola l'os mortifié de l'os nouveau.

Le malade put marcher le quarantième jour avec des béquilles sans claudication, et M. Maisonneuve fut surpris de voir avec quelle rapidité la reproduction de l'os avait eu lieu.

Ce fait confirme les résultats que j'ai obtenus et que j'ai publiés en 1836 dans le *Journal hebdomadaire du progrès des sciences médicales*. Dans plusieurs articles successivement publiés, j'ai noté le rôle important que joue le périoste dans la reproduction du nouvel os, et les métamorphoses que celui-ci subit jusqu'à son complet développement. Dans ce travail, je rapporte quatre observations qui fortifient les belles et importantes expériences de M. Flourens sur les animaux.

J'ai pu noter jour par jour le mode de régénération de l'os; mais ce n'est pas ici le moment d'en exposer les détails.

Le procédé que j'ai employé dans les cas de nécrose invaginée consiste dans une incision qui comprend tous les trajets fistuleux et qui se termine par deux incisions secondaires faites à ses deux extrémités. Il est possible alors de disséquer deux larges lambeaux, d'agir sur le périoste, de trépaner l'os nouveau, et d'extraire l'os primitif auquel le premier forme constamment un étui.

Je n'ai jamais vu d'accidents à la suite de cette opération, que j'ai fréquemment pratiquée depuis 1836, ni de raccourcissement du membre, ni de difformité sérieuse.

Les malades ont pu marcher sans claudication après la guérison comme s'ils n'avaient pas subi d'opération.

J'ai pu faire quelques remarques pendant l'opération relativement à l'os nouveau; les voici : 1° l'os nouveau offrait plus d'épaisseur que l'os ancien; 2° il était plus dur, moins régulier, et les parties constituantes étaient plus rapprochées et plus serrées. La tige osseuse nouvelle était donc plus forte que la tige primitive.

Comme je viens de le dire, depuis 1836 j'ai eu fréquemment l'occasion de pratiquer des opérations pareilles, et je me suis assuré qu'on pouvait par elles éviter l'amputation.

C'est là, suivant moi, la véritable chirurgie conservatrice, et il faut espérer que cette opération, assise désormais sur des principes, prendra rang dans la science comme un procédé régulier.

Haschisch. — M. Guyon, correspondant de l'Académie, dépose sur le bureau une notice sur le haschisch.

L'auteur, en faisant ce dépôt, s'exprime en ces termes :

Le *haschisch*, comme on le sait depuis longtemps déjà, se retire d'un *Cannabis*; seulement on pensait que ce *Cannabis* différait du nôtre,

le *Cannabis sativa* : il n'en est rien, et c'est ce que je rappelle au commencement de ma Notice.

Cette Notice a surtout pour but d'établir que le *Cannabis sativa* est le *Népenthès* d'Homère ; de plus, que c'est de la même plante que les femmes de Thèbes, en Égypte, retiraient la liqueur dont parle Diodore, et qui jouissait des mêmes propriétés que le *Népenthès* du poëte grec.

J'établis encore, dans ma Notice, que les propriétés de la plante n'existent pas seulement dans les feuilles, qu'elles se retrouvent et dans ses fleurs et dans ses semences.

Je signale les effets fâcheux attachés à l'usage continu des feuilles dont se compose le haschisch, et je termine ma Notice en rappelant des accidents d'empoisonnement produits par les semences.

M. Guyon, avant de faire cette présentation, a lu une note sur un calcul biliaire qui s'est fait jour à travers les parois abdominales.

Phonation. — M. CH. BATAILLE lit un mémoire ayant pour titre : *Nouvelles recherches sur la phonation.*

Laryngoscopie. — M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Turck, à qui l'Académie a récemment décerné un des prix de la fondation Montyon pour ses travaux concernant la laryngoscopie, est présent à la séance et a déposé sur le bureau une série de dessins représentant des états morbides du larynx et des parties environnantes, états constatés par le moyen du laryngoscope et figurés fidèlement, grâce aux facilités fournies par l'instrument, par M. le docteur Elfinger.

Ces images avec les explications correspondantes sont renvoyées à l'examen d'une commission composée de MM. Flourens, Rayer, Bernard, Cloquet, Jobert.

Anthropologie. — M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE présente, de la part de MM. le docteur G. Meynier et Louis d'Eichthal, une série de photographies faites à Saint-Pétersbourg, et représentant plusieurs Samoïèdes. Des hommes et des femmes de cette race viennent chaque hiver à Saint-Pétersbourg avec leurs traîneaux et leurs rennes ; MM. Meynier et d'Eichthal ont mis à profit cette circonstance pour faire connaître un type anthropologique encore peu étudié, et remplir ainsi une des lacunes signalées dans les instructions remises à ces voyageurs par plusieurs membres de la Commission nommée à cet effet par l'Académie.

M. Geoffroy Saint-Hilaire fait remarquer qu'il existe quelques analogies et en même temps de très-grandes différences entre les Samoïèdes figurés par MM. Meynier et d'Eichthal, et divers peuples du Nord qu'on a aussi récemment photographiés ou moulés, particulièrement les Groënlandais, bien connus depuis le voyage de S. A. I. le prince Napoléon dans les régions arctiques.

(Commissaires ; M. Geoffroy Saint-Hilaire, de Quatrefages).

— M. COLIN présente un mémoire sur la production du sucre chez les animaux à foie gras. (Commission précédemment nommée).

— MM. BÉRIGNY, LEDUC, DAUVE, MAURICE et LIEBAUT, qui avaient présenté, dans la précédente séance, un mémoire sur un monstre double autositaire, né à Versailles le 21 mars dernier, adressent aujourd'hui comme complément à ce travail l'autopsie du double sujet, un moulage en plâtre du corps entier et de quelques-unes de ses parties.

(Renvoi aux commissaires précédemment nommés, MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire.)

— M. MOREL, en adressant un opuscule sur l'épilepsie larvée, y joint une note destinée à montrer le rapport existant entre ce travail et ceux qu'il a précédemment présentés et qui ont été réservés pour le concours Montyon de 1861.

(Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Action des alcooliques dans le cas de morsure de serpents. — M. JULES CLOQUET communique l'extrait d'une lettre de M. de la Gironnière, médecin à Manille, sur les heureux effets de l'action des alcooliques portée jusqu'à l'ivresse, dans le cas de morsure par certains serpents.

« On trouve dans nos forêts vierges de Calanang, dit M. de la Gironnière, une grande variété de serpents, parmi lesquels il y en a de très-venimeux. Il y a peu de temps, l'un de mes ouvriers fut mordu au doigt par un de l'espèce que les Indiens considèrent comme la plus dangereuse. C'est un petit serpent long de 25 à 30 centimètres. Il est jaune, à tête plate triangulaire. Ses crochets ont jusqu'à un centimètre et demi de longueur.

» On m'amena le malade quelques minutes après l'accident. Je n'avais pas d'alcali volatil, et je cautérisai la blessure avec des charbons ardents : mais cela n'arrêta pas les symptômes alarmants qui se déclarèrent avec une rapidité effrayante. La tuméfaction de la main s'étendait déjà au-dessus du coude. Le malade jetait des cris de douleurs qu'il ressentait sous les muscles pectoraux : je ne savais que faire. Enfin l'idée me vint de lui faire avaler une bouteille de vin de coco (alcool de 14 à 16°). L'ivresse fut instantanée : le malade commença à déraisonner, mais sans paraître ressentir aucune douleur, et la tuméfaction du bras s'arrêta ; une demi-heure après avoir recouvré la raison, les douleurs de poitrine recommencèrent : je lui fis prendre une autre bouteille du même vin et enfin une troisième qui détermina complétement la guérison : le bras désenfla, et à la main il ne resta plus trace du mal, que les résultats de la cautérisation.

» J'avais entendu dire que l'alcool pris jusqu'à produire une ivresse profonde, était un spécifique contre la morsure des serpents : maintenant j'en ai une preuve convaincante ; cependant j'ignore si ses effets seraient les mêmes dans des cas comme celui qui vient d'avoir lieu tout récemment à Calanang.

» Un Indien fut mordu par un serpent considéré dans le pays comme très-venimeux (ce serpent, d'une couleur grise, à tête un peu arrondie, est quelquefois d'une longueur de deux mètres. C'est l'ennemi de tous les autres serpents, il fait la chasse à toutes les espèces, venimeuses ou non : j'ai eu l'occasion d'en détruire quatre pendant qu'ils avalaient un autre serpent.)

» Cet Indien rentra chez lui, cautérisa la blessure ; et quelques minutes après, sans se plaindre et sans paraître souffrir, il tomba mort.

» Ses parents, ne pouvant pas croire à une mort si subite, m'apportèrent son corps : les membres étaient encore souples, mais glacés : la blessure présentait les traces de la cautérisation, mais sans aucun indice de tuméfaction. »

Influence du nerf pneumo-gastrique et du nerf laryngé supérieur sur les mouvements du diaphragme. — M. J. ROSENTHAL communique la note suivante :

Des faits exposés dans cette note, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Il y a dans le nerf pneumogastrique, au-dessous du départ du nerf laryngé supérieur, des fibres nerveuses, dont l'excitation, réfléchie par la moelle allongée, produit un arrêt du diaphragme correspondant à la contraction de ce muscle ou à l'inspiration.

2° Il existe dans le nerf laryngé supérieur des fibres nerveuses dont l'excitation suspend l'action du centre nerveux découvert par M. Flourens et présidant aux mouvements rhythmiques du diaphragme, et c'est ainsi que l'excitation de ces fibres produit un arrêt du diaphragme correspondant au relâchement. Il me paraît bien probable que ce sont les mêmes fibres qui maintiennent la sensibilité de la muqueuse laryngienne et par lesquelles la toux est causée, car, pendant la toux, le diaphragme est toujours relâché.

3° Si l'on observe un relâchement du diaphragme par l'irritation du nerf pneumogastrique, appliquée au-dessous de l'origine du nerf laryngé supérieur, on peut en conclure, avec certitude complète, que ce n'est que l'effet des courants dérivés, parcourant les fibres du nerf laryngé supérieur.

Les faits que je viens de communiquer, ajoute M. Rosenthal, peuvent servir à éclaircir la belle découverte de M. Ed. Weber sur les nerfs dits suspensifs. Le célèbre physiologiste de Leipzig a trouvé, comme on sait, que les mouvements du cœur sont suspendus par l'excitation du nerf pneumogastrique, et que cet organe reste en diastole pendant toute l'irritation. Depuis, M. Pflueger a trouvé que l'irritation du nerf splanchnique fait cesser les mouvements péristaltiques de l'intestin grêle. De même manière l'excitation du nerf laryngé supérieur suspend les mouvements du diaphragme. Dans cette manière de voir, le nerf laryngé supérieur serait aussi un véritable nerf suspensif, et nous voyons ainsi que tous les centres nerveux présidant aux mouvements dits *automatiques*, possèdent de même des nerfs suspensifs. Mais il existe une grande différence entre les deux nerfs suspensifs susnommés et le nerf laryngé supérieur ; car l'influence suspensive de ceux-là marche des centres nerveux vers leurs organes ou en direction centrifuge ; l'influence suspensive de celui-ci, au contraire, est propagée en direction centripète. Or, tandis qu'il faut chercher les centres nerveux des mouvements du cœur et des intestins dans les cellules nerveuses, situées dans ces organes mêmes, le centre nerveux du diaphragme est localisé dans la moelle allongée, selon les recherches de MM. Legallois et Flourens. Encore, si le nerf laryngé supérieur exerce son influence en direction centripète sur la moelle allongée et suspend les mouvements du diaphragme, nous ne pouvons que conclure que les fibres nerveuses suspensives du nerf pneumogastrique et du nerf splanchnique exercent aussi leur influence sur les cellules nerveuses situées dans leurs organes. Cette opinion ayant été supposée par MM. Ed. Weber et Ludwig, le fait que je viens de découvrir est donc une nouvelle preuve confirmative de la supposition de ces physiologistes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours public sera ouvert le 19 août 1861, devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour la place de chef des travaux anatomiques.

Le délai dans lequel les candidats devront se faire inscrire expirera le 19 juillet 1861.

— M. le docteur Durand-Fardel, secrétaire général de la Société d'hydrologie, nous prie de rectifier la nouvelle relative à cette Société, que nous avons donnée dans notre dernier numéro :

« La Société n'est point en *pleine désorganisation* ; elle a, il est vrai, reçu la démission de trois de ses membres titulaires, MM. Mélier, Gerdy et Desormeaux, et d'un membre associé résidant, M. Fauconneau-Dufresne ; M. Le Bret a, il est vrai, donné sa démission de secrétaire des séances ; mais il n'y a, dans ces retraites regrettables, rien qui soit de nature à compromettre son existence, ni à troubler les études qu'elle poursuit.

» Quant aux élections, elles n'avaient jamais dû avoir lieu dans la séance du 15 avril, exclusivement consacrée à mettre à jour des travaux en retard, mais seulement dans la séance réglementaire du 22. »

— Une des conditions d'admission à l'Académie Joséphine de Vienne (Autriche) consiste dans la présentation d'un certificat de baptême. Cette condition, comme on le voit, exclut les juifs de la médecine militaire.

— M. le docteur Jadzewski, médecin à Munster (Haut-Rhin), vient de mourir à un âge peu avancé. Arrivé en France avec l'émigration polonaise, M. Jadzewski s'était créé une position honorable dans sa nouvelle patrie.

— Le banquet annuel de la Société médico-psychologique aura lieu le lundi 29 avril, à l'issue de la séance ordinaire, dans les salons des *Trois Frères Provençaux*.

Ceux de MM. les membres correspondants, nationaux ou étrangers, présents à Paris, qui désireraient prendre part à cette fête, sont priés de vouloir bien en informer à l'avance MM. les docteurs Brierre de Boismont ou Legrand du Saulle, commissaires.

— Le *Cosmos* publie la nouvelle suivante, que nous croyons devoir reproduire :

« Le docteur Théophile Eiselt, de Prague (Autriche), vient de faire une découverte importante dans le domaine ouvert par le prix Bréant, la recherche dans l'air des miasmes contagieux. Au grand établissement des Enfants-Trouvés, à Repy, près Prague, pendant l'automne et l'hiver derniers, il y a eu, parmi les 250 enfants de l'âge de 6 à 10 ans, 92 cas de blennorrhée de la conjonctive oculaire. Cette ophthalmie épidémique avait laissé M. le docteur Eiselt pleinement convaincu que la contagion pouvait se transmettre autrement que par l'attouchement. Il s'était imposé, ainsi que les garde-malades, d'éviter soigneusement de toucher aux yeux des enfants malades ; malgré ces précautions, le docteur et les infirmiers furent tous atteints du même mal. M. Eiselt eut l'idée d'examiner à l'aide de l'aéroscope de M. Pouchet, modifié par le professeur Purkynje (de Prague), l'atmosphère d'une salle où il y avait beaucoup de malades ; et dès le premier passage de l'air par l'appareil, il vit distinctement de petites cellules de pus qui avaient certainement servi de véhicule à la contagion.

» Appréciant la haute importance de cette découverte, plusieurs membres de la Société impériale des médecins de Vienne se sont réunis pour se livrer en commun à des recherches y relatives, et dont les résultats seront aussi communiqués aux lecteurs du *Cosmos*. »

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 24 AVRIL 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

Dans l'impossibilité où nous nous sommes trouvé, il y a huit jours, de reproduire l'argumentation entière de M. Devergie, nous nous sommes arrêté au premier point de son discours, qui est tout entier relatif à la première proposition formulée dans le rapport de la commission, et qui est conçue en ces termes : « Le médecin qui a l'espoir d'extraire du corps de la femme enceinte décédée un enfant dans des conditions d'aptitude à la vie extrà-utérine, *peut* et *doit* même, médicalement parlant, pratiquer l'opération césarienne, en observant les principes de la science et les règles de la chirurgie ». On sait avec quelle solidité de jugement M. Devergie a motivé le sens et les termes précis de cette proposition. Nous n'y reviendrons pas. Mais avant de passer outre, pour suivre le courant du débat, nous tenons à résumer ici la seconde partie de cette argumentation.

Il s'agit dans cette seconde partie du côté le plus délicat et le plus difficile de la question, celui qui touche aux dogmes de la religion ; il s'agit des propositions formulées par M. de Kergaradec et par MM. Laforgue et Devilliers.

Les propositions dont il s'agit peuvent se réduire à ces deux questions :

Un ministre de la religion a-t-il le droit de *provoquer* l'hystérotomie *post mortem ?*

Une personne étrangère à la médecine, ecclésiastique ou autre, peut-elle pratiquer cette opération ?

Si le prêtre a le droit de *provoquer* l'opération, le médecin doit *obtempérer à l'injonction* qui lui est faite.

Moralement parlant, un chirurgien ne peut faire une opération sans le consentement de la personne à opérer.

Un chirurgien ne peut pratiquer l'hystérotomie *post mortem* sans le consentement de la famille, et si la famille est divisée, il doit s'abstenir.

Dans ce cas, la volonté de la famille tient lieu et place de la volonté de la personne que l'on regarde comme étant décédée.

Supposer qu'un ministre du culte ait un pouvoir *supérieur* à celui de la famille me paraît exorbitant.

Quant à la loi, elle ne donne aucun pouvoir au prêtre catholique.

Le Concordat, sur lequel s'appuie M. de Kergaradec pour établir ce pouvoir, abolit toute juridiction ecclésiastique.

Or, voici quelle serait la conséquence des doctrines de notre honorable collègue :

Le médecin qui, avec l'assentiment de la famille, et sans s'entourer des lumières d'un confrère, pratiquerait l'hystérotomie *post mortem*, et qui commettrait une erreur sur la mort, pourrait être passible des peines relatives à l'homicide par imprudence et de dommages-intérêts vis-à-vis de la famille.

Le prêtre, au contraire, qui, d'après le Concordat, ne peut fouler le sol de la rue, pour l'exercice *public* du culte, sans être soumis à des mesures de police, pourrait, en vertu de dogmes religieux que nous respectons tous d'ailleurs, provoquer l'hystérotomie auprès du médecin ; à défaut ou sur le refus du médecin, la faire pratiquer par un tiers étranger à la médecine, ou, au besoin, la pratiquer lui-même.

Il suffit d'envisager les conséquences de pareilles doctrines pour en comprendre le peu de fondement.

Nous sommes obligé de le dire, il n'existe pas aujourd'hui de lois religieuses à côté des lois civiles. Tous les citoyens sont soumis à une même loi dans les actes de la vie publique.

Et si nous appliquons cette doctrine à ce curé de Bretagne à l'occasion duquel M. de Kergaradec a rédigé son savant mémoire, nous dirons que si la femme sur laquelle ce curé a fait pratiquer l'hystérotomie par un vétérinaire eût été vivante, s'il y avait eu erreur sur la mort, et qu'elle eût succombé à l'opération qui avait été faite, le curé et le vétérinaire auraient été traduits en justice sous l'inculpation d'homicide involontaire. Il y a plus ; quoiqu'il n'y ait pas eu erreur sur la mort, si les faits se fussent passés dans le département de la Seine, ils eussent été passibles des conséquences de l'arrêté de M. de Rambuteau sur les autopsies.

Quant à nous, qui venons de mettre sous les yeux des médecins toutes les conséquences de leur conduite en pareille matière, nous ajouterons, pour répondre à la demande qui a été faite de l'intervention de l'Académie, dans le but d'empêcher qu'une main étrangère à la médecine puisse agir dans les cas de ce genre, nous ajouterons que la loi a prévu ce cas, et qu'il n'y a rien encore à demander à cet égard.

C'est pour résoudre les difficultés que pourrait rencontrer le médecin dans ses rapports avec le clergé, que la commission a formulé le troisième paragraphe de sa conclusion :

« Le médecin, dans la pratique de sa profession libérale, ne relève que de la loi et de sa conscience, éclairée par les préceptes de l'art. »

Notre arriéré ainsi soldé envers la précédente séance, nous voici tout naturellement ramené à la séance d'hier.

Il semblait, après les discours de MM. Depaul, Devergie, et la petite allocution de M. Tardieu, que tout eût été dit sur le point de vue administratif et médico-légal de la question. Et cependant M. Trébuchet a encore trouvé moyen d'ajouter à ce qu'ont dit ses collègues, des renseignements administratifs et des considérations médico-légales d'un très-grand intérêt et d'une incontestable utilité pratique. Au point de vue des principes généraux qui dominent l'exercice de la profession médicale, le savant administrateur ne diffère point d'opinion avec ses collègues : il admet avec eux qu'une entière liberté d'action doit être laissée aux médecins sous leur responsabilité, dont il reconnaît également comme eux toute l'étendue. Mais ce qu'il n'admet point, c'est que la loi n'ait rien à voir dans cette question. Et, à cet égard, M. Trébuchet a commencé par établir une distinction, qui paraissait avoir échappé à ses collègues, entre la situation faite aux médecins de Paris, placés sous le régime spécial des mesures administratives et des règlements de police qui règlent tout ce qui a rapport aux inhumations, et les médecins des départements, qui ne sont soumis qu'aux prescriptions beaucoup plus générales, et partant moins précises, de l'art. 77 du Code civil.

Toutefois, après avoir montré que les ordonnances et règlements de Paris ne sont en réalité que des commentaires de l'article de loi précité, prenant désormais cet article pour texte de son argumentation, M. Trébuchet s'est attaché à démontrer que cet article, en défendant de procéder à l'inhumation avant un délai de vingt-quatre heures depuis le décès, défend implicitement toutes les opérations qui peuvent, dans ce délai, convertir en mort réelle une mort apparente.

Sans doute l'opération césarienne n'est pas une autopsie ; mais on ne saurait contester qu'elle rentre dans la catégorie indiquée des opérations capables de convertir en mort réelle une mort apparente. Est-ce à dire que l'opération césarienne ne puisse et ne doive être pratiquée que dans les délais prescrits par la loi ?

Ce serait formellement condamner l'opération césarienne *post mortem*. Telle n'est pas la pensée de M. Trébuchet. Ce qu'il a voulu seulement, c'est faire voir dans quelle difficulté particulière on se trouve placé en présence du texte de la loi, difficulté que l'on a cherché à tourner en déclarant la loi suffisante, ou plutôt en plaçant l'opération césarienne hors de l'action de la loi comme opération chirurgicale, et qu'il a mieux aimé, pour sa part, envisager en face en considérant cette opération comme relevant de la loi. Introduire dans le Code une disposition nouvelle spéciale à cette opération, ce ne serait pas à ses yeux seulement inutile, ce serait dangereux. Il repousse, comme ses collègues, toute intervention de l'Académie auprès de l'administration, mais c'est, comme on le voit, par des motifs tout différents.

Ce n'est pas qu'il trouve que la loi, telle qu'elle est, garantisse suffisamment la responsabilité du médecin dans cette circonstance ; mais il verrait un danger plus réel et plus grand peut-être à placer l'opération césarienne en dehors des règles fixées pour les inhumations. Il entend que le médecin ait pleine liberté d'action, parce que seul il est apte à juger de l'opportunité de l'opération césarienne, mais il ne voudrait pas non plus qu'il fût entièrement soustrait, en agissant ainsi, aux conséquences de la responsabilité qu'il assume, s'il venait à être établi que l'opération a été faite en dehors de toutes conditions scientifiques et de toutes règles de l'art, ou sous la pression de suggestions étrangères, contraires aux inspirations de la conscience.

Tel est le principe, telle est l'idée générale de cette argumentation, dans laquelle M. Trébuchet a interprété avec sa profonde connaissance administrative et sa netteté d'esprit ordinaire les textes de lois et ordonnances qui régissent la matière, et tracé d'une main ferme et sûre les droits et les obligations des médecins en présence des garanties qu'exige d'eux la société.

La discussion n'est pas terminée. Nous aurons donc à revenir encore sur cette question.

Après le discours de M. Trébuchet, M. Blache a lu un très-bon rapport sur un mémoire de M. Lambron, relatif à l'hypertrophie des amygdales et à son traitement par les douches sulfureuses. Nous regrettons que le défaut de place ne nous permette pas de faire ressortir ici plusieurs points intéressants de physiologie pathologique et de thérapeutique qui ont été soulevés et étudiés avec soin et par l'auteur et par son rapporteur. Nous renverrons, faute de mieux, nos lecteurs au compte rendu de la séance, où ils trouveront une analyse très-étendue du rapport.

La séance a été interrompue par un comité secret, dans lequel la section de médecine vétérinaire a présenté la liste de candidats qui suit : en 1re ligne, M. Reynal ; en 2e ligne, M. Sanson ; et en 3e ligne, M. Charlier. L'élection aura lieu dans la prochaine séance. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Fistule vésico-utéro-vaginale profonde guérie en quinze jours.

On connaît depuis longtemps les succès qu'obtient M. Jobert (de Lamballe) dans le traitement des fistules urinaires chez la femme ; aujourd'hui nous ne faisons qu'ajouter un nouveau fait à ceux déjà connus.

Nous décrirons cette observation avec tous ses détails, bien convaincu que c'est la meilleure manière d'être utile à la science.

B... (Félicité), âgée de quarante ans, née à Bucy-le-Long (Aisne), est entrée à l'Hôtel-Dieu le 5 novembre 1860. Cette femme est douée d'une constitution robuste, n'a jamais eu de maladie antérieure. Réglée à seize ans, jamais d'irrégularités dans la menstruation. Mariée à vingt-quatre ans, deux ans après elle a un premier enfant ; puis successivement deux autres à une année d'intervalle chacun.

Dans les trois cas, il y a eu présentation de la main et les trois enfants sont venus morts.

Un quatrième accouchement eut lieu le 25 décembre 1859 ; la malade fut prise des douleurs dans la soirée ; le médecin, appelé le lendemain matin, trouva une présentation de l'épaule ; il y avait procidence du cordon ; il pratiqua la version, opération qui fut très-douloureuse ; l'accouchement s'effectua, et cette fois encore l'enfant arriva mort ; il était très-volumineux. Une demi-heure après la délivrance, l'urine s'est écoulée par le vagin ; depuis cet écoulement n'a pas cessé, seulement il est intermittent, plus fréquent dans la station que dans le décubitus horizontal.

Jusqu'à son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle a été assujettie à toutes les souffrances qui accompagnent une telle infirmité : douleur, cuisson des parties génitales tant internes qu'externes ; odeur urineuse la forçant de vivre en dehors de la société.

A son entrée à l'hôpital, voici ce que l'on constate : l'urèthre n'a plus ses dimensions ni en longueur ni en calibre ; la vessie est ratatinée d'avant en arrière ; la paroi vésico-vaginale est plissée, surtout dans la portion qui avoisine le col de l'utérus. En arrivant sur le museau de tanche, on aperçoit une fente antéro-postérieure qui intéresse une portion de la cloison vésico-vaginale, se continue dans la cavité utérine en traversant l'épaisseur de la lèvre antérieure du col. Sur la face antérieure de la lèvre postérieure on observe un tissu rouge, enflammé. Par le vagin on peut introduire facilement une sonde dans la vessie, pour peu qu'on la dirige d'arrière en avant. De chaque côté de la gouttière ou fente dont nous venons de parler, on aperçoit deux mamelons qui représentent les débris de la lèvre antérieure du museau de tanche ; le vagin est inondé d'urine ; sur les grandes et les petites lèvres on observe des tubercules urinaires.

Le 5 décembre, M. Jobert, après avoir préparé la malade pendant quelques jours, procède à l'opération de la manière suivante :

Il fait d'abord l'ablation des deux angles saillants qui représentent

les débris de la lèvre antérieure du col, ravive dans une étendue de quelques millimètres le pourtour de l'ouverture vésico-vaginale, rend saignante la surface antérieure de la lèvre postérieure du museau de tanche; puis, au moyen de trois points de suture passés d'arrière en avant, il applique cette lèvre sur l'ouverture fistuleuse à la manière d'un véritable opercule autoplastique; un tampon d'agaric est placé dans le vagin; la malade est remise dans son lit, une sonde à demeure dans la vessie. Cette opération a duré 12 minutes; peu de sang a été répandu.

Infusion de fleurs d'oranger; un bouillon.

Le lendemain 6, la nuit a été bonne; pouls à 70. La malade n'a pas mouillé sous elle; l'urine coule par la sonde légèrement teinte en rouge. — Bouillons, potages.

Le soir, le pouls est à 112.

Le 7, le pouls est descendu à 100; la nuit a été bonne; on retire le tampon. — Bouillons, potages.

Le 8 décembre, pouls à 90. La sonde fonctionne bien; la couche de la malade est sèche; constipation.

Le 10, eau de Sedlitz. Trois garde-robes.

Le 12, l'urine est colorée en rouge; on suppose que c'est le sang des règles. Rien n'apparaît du côté du vagin.

Le 13, l'urine est toujours colorée; rien de plus à noter.

Le 14, l'urine est un peu moins colorée; on enlève les fils; au fond du vagin, on aperçoit une cicatrice transversale, sur laquelle on aperçoit perpendiculairement l'empreinte des trois fils.

Le 16, la malade dort et mange bien.

Le 18, on retire la sonde. La malade urine toute seule.

Le 19, la malade a pu rester quatre heures sans uriner; elle a uriné 5 fois dans la journée et 3 fois dans la nuit.

Le 20, elle a également uriné 8 fois le jour et la nuit.

Le 21, un peu d'agitation. — Limonade citrique, une cuillerée de sirop de pavots blancs.

Le 22, face grippée; pouls 112; respiration fréquente. La malade sent un point de côté à gauche. — Même prescription.

Le 23, il s'est développé une pleurésie accompagnée de l'hépatisation d'une portion du tissu pulmonaire sous-jacent. La malade présente les symptômes locaux et généraux classiques de l'inflammation de la plèvre et d'une portion du poumon, c'est-à-dire : localement, matité à la base du poumon gauche, bruits de souffle et chevrotement avec quelques bulles de râle crépitant; toux sèche et fréquente; crachats abondants, visqueux, aérés, jaunes rougeâtres.

Quant aux symptômes généraux, le facies est coloré; la peau est chaude; le pouls plein, dur et fréquent, 120 pulsations; insomnie; anxiété; urine peu abondante, foncée en couleur; langue blanchâtre; bouche amère; soif vive. — Infusions de mauve; loochs; saignée d'une palette.

Le 27, M. Jobert fait appliquer un vésicatoire au niveau de l'épanchement; à partir de ce jour, les symptômes locaux et généraux ont diminué d'intensité.

Le 7 janvier 1861, la matité a à peu près disparu; on entend encore un peu de souffle et de chevrotement; quelques râles humides et sous-crépitants; les crachats ne sont plus colorés.

Le 12, l'état du poumon s'est amélioré; la fièvre a disparu; la physionomie est souriante; pouls normal.

Le 16, la malade sort de l'hôpital, parfaitement rétablie de son affection thoracique et guérie de sa fistule vésico-utéro-vaginale. Du côté des voies génito-urinaires, il n'existe aucune espèce de cuisson ni de douleur; les fonctions génitales ont été légèrement modifiées; en effet, après l'opération, l'écoulement des menstrues s'est fait par la vessie. Il ne s'écoule pas la plus petite trace d'urine par le vagin. La malade ne salit pas son linge. L'examen au spéculum ne permet pas d'observer la moindre trace d'humidité.

La malade est examinée par MM. Robert et Axenfeld, qui constatent la guérison. L'examen au spéculum, qui laisse parfaitement voir le point où siégeait la lésion, ne permet pas de douter du succès de cette opération; on voit en effet au fond du vagin une cicatrice transversale, presque linéaire, sans aucune trace de solution de continuité. Quant à l'empreinte des trois fils de la suture, elle est à peine apparente. Une sonde introduite dans la vessie permet de retirer une assez grande quantité d'urine limpide.

M. Jobert a revu la malade le 29 janvier, et le 30 elle partait pour son pays. L. Brun.

HOSPICE DE LA MATERNITÉ DU MANS. — M. Lizé.

Un mot sur la névralgie lombo-abdominale dans l'état de grossesse.

Il arrive assez fréquemment que les femmes enceintes ressentent vers certaines parties du corps des douleurs mal connues dans leur cause intime, et sur lesquelles toute la sagacité du médecin doit être appelée. Quelques-unes de ces douleurs paraissent établir leur lieu d'élection dans les parois abdominales, la région lombaire, les aines, la partie interne des cuisses; d'autres semblent avoir leur siége exclusif dans l'utérus ou ses annexes.

Mon intention n'est pas de dresser le tableau complet de ces différentes espèces de douleurs; je veux simplement esquisser les remarques faites par M. le docteur Marrotte sur la névralgie lombo-abdominale pendant la grossesse (1).

Suivant l'habile médecin de la Pitié, lorsque la névralgie lombo-abdominale complique l'état de grossesse, on acquiert d'abord la certitude que le corps de l'organe peut être le siége de points douloureux aussi bien que le col. Ces points se reconnaissent aux douleurs vives que l'enfant provoque lorsque ses pieds viennent heurter la paroi utérine; ils sont aussi révélés par la pression limitée sur la paroi abdominale correspondant à l'utérus, et cela toujours dans les mêmes endroits, c'est-à-dire vers le fond et les angles de l'organe, la plupart du temps d'un seul côté.

Lorsque les névralgies lombo-abdominales s'accompagnent d'hémorrhagies pendant la grossesse, il en résulte ordinairement une expulsion du produit. M. le docteur Marrotte, tout en admettant ce qu'une pareille assertion renferme de vrai, prouve néanmoins par un seul exemple que le contraire peut bien avoir lieu quelquefois, et il fait appel aux accoucheurs pour mettre au jour des observations identiques. Peut-être fourniraient-ils une explication raisonnable de certaines hémorrhagies regardées comme des réapparitions de règles chez quelques femmes enceintes.

Le médecin de la Pitié a également reconnu que les névralgies lombo-abdominales peuvent être la cause d'accouchements douloureux et difficiles, et, à l'appui de cette manière de voir, il relate dans les *Archives de médecine* une remarquable observation qui est déjà consignée dans la dernière édition de l'excellent ouvrage de M. Chailly-Honoré.

Cette observation fait ressortir quatre points principaux :

1° La participation de l'utérus à la névralgie constatée par le toucher et par l'impression pénible que produisait le choc de l'enfant;

2° La contraction partielle de l'utérus, qui aurait pu devenir générale si les narcotiques à haute dose, *intus et extra*, n'avaient en quelque sorte bridé la névralgie;

3° L'action réciproque du travail sur le retour des douleurs et des douleurs sur la lenteur excessive et la fatigue du travail;

4° Enfin la cessation des douleurs après l'accouchement, c'est-à-dire après la dilatation du col.

Tout en admettant la rigoureuse exactitude des remarques faites par M. le docteur Marrotte sur ce point de pathologie obstétricale, on ne doit cependant pas les considérer comme des lois qui ne peuvent supporter quelques exceptions. Ainsi la névralgie lombo-abdominale peut exister chez la femme enceinte sans atteindre la matrice; elle peut être limitée aux parois abdominales et laisser l'utérus en dehors de sa sphère d'activité. Elle peut aussi disparaître brusquement en présence des contractions utérines, et par conséquent n'entraver en rien la marche du travail puerpéral.

Je vais prouver ces assertions par un exemple qui ne manque pas d'un certain intérêt.

Marie D..., âgée de trente-cinq ans, de maigre apparence, très-nerveuse, entre à la Maternité, le 6 février dernier, pour y faire ses couches.

Enceinte de son septième enfant, elle est parvenue au milieu du huitième mois de sa grossesse. Mariée à un ouvrier terrassier, très-malheureuse, elle a longtemps habité des masures humides et malsaines, et au mois de décembre dernier elle eut beaucoup à souffrir du froid dans le trajet qu'elle fit de Nevers au Mans pour accompagner son mari, qui venait chercher du travail sur la ligne d'Angers.

Le jour de son entrée à l'hospice, elle se plaint de douleurs vives, qui à ses yeux ne sont que des coliques violentes. Le toucher permet de constater que le col est encore long, insensible à la pression, mou, et que son orifice interne est assez ouvert pour admettre aisément le doigt indicateur. Plusieurs points douloureux sont mis en évidence par la palpation : un à la région lombaire et du côté droit, un deuxième au-dessus de l'anneau inguinal en dehors de la ligne blanche, et un troisième vers le milieu du ligament de Fallope. Rien de semblable du côté gauche.

Quelques frictions calmantes et des bains émollients procurent un soulagement notable, quand la femme D... quitte la Maternité le 17 février, afin de surveiller les intérêts de sa nombreuse famille.

Elle rentre le 5 mars dans un état de calme presque absolu; mais le 12 mars, les douleurs reprennent une intensité qu'elles n'avaient pas encore manifestée jusqu'ici. Le toucher, pratiqué par moi et M. Barouille, interne, distingue une présentation du sommet en première position, à travers un col presque effacé, très-dilatable et complétement insensible.

Ni les crises névralgiques, ni les mouvements actifs du fœtus, ni la pression limitée sur la paroi abdominale correspondant à l'utérus, ne provoquent de contractions même partielles de cet organe. — Traitement *ut supra*.

Les 13, 14, 15 et 16, des alternatives de calme et d'exacerbation se montrent encore, mais à un plus faible degré.

Les 17, 18 et 19, de nouveaux accès reparaissent avec une force plus grande et sous un type irrégulier. En appliquant à diverses reprises la main sur toute la surface de la matrice, je ne reconnais pas la moindre contraction de cet organe. Le doigt, introduit fréquemment dans le col pendant les crises névralgiques, ne réveille aucune douleur et ne sent pas le plus léger abaissement de la tête du fœtus.

Le 20 mars, vers huit heures du soir, les douleurs se généralisent, tout en prenant un caractère différent, que la femme D... rapporte à un commencement de travail. En effet, elles partent de la région lombaire pour entourer le bassin comme une ceinture, et s'accompagnent de contractions utérines manifestes. Le doigt appliqué sur le col sent que son orifice se tend et que les membranes font saillie.

Le 21, à une heure du matin, terminaison naturelle de l'accouchement par la naissance d'une petite fille, venue en première position du sommet.

Désormais, la névralgie lombo-abdominale ne reparaît plus; mais après l'accouchement, elle fait place à une douleur extrêmement vive qui suit le trajet du nerf crural gauche. Il existe des points douloureux circonscrits dans l'aine, la partie interne de la cuisse et du genou, qui forment autant de foyers d'où partent des élancements très-aigus. Impossibilité d'étendre la cuisse sur la jambe et de remuer le membre pelvien.

Le 22 mars, même état. — Vésicatoire de 4 centimètres à la partie supérieure de la cuisse, pansé matin et soir avec 2 centigrammes d'acétate de morphine; potages et bouillons de bœuf.

Le 23, les accès névralgiques sont passés, mais il existe de la douleur à la pression, et la femme D... ne peut étendre la cuisse sur la jambe ni appuyer le pied contre un objet sans pousser un cri. — Traitement *ut supra*.

Les 24 et 25, même état. — Deuxième vésicatoire de 4 centimètres en dedans de la cuisse, un peu au-dessus du genou, et pansé matin et soir avec 1 centigramme d'acétate de morphine, ainsi que le premier.

Le 28, la malade peut étendre la cuisse et appuyer le pied contre le sol sans éprouver une trop vive douleur.

Le 30, la névralgie a totalement disparu et la femme D... rentre dans les salles de médecine, les besoins du service ne permettant pas un séjour trop prolongé à la Maternité.

Comme on le voit ici, la névralgie lombo-abdominale n'a pas étendu son action jusqu'à l'utérus, puisque la sensibilité de cet organe n'a été mise en jeu ni par le toucher ni par les mouvements actifs du fœtus. Elle n'a pas été une cause de dystocie, puisqu'elle s'est évanouie au premier signal des contractions utérines, qui ont duré seulement cinq heures.

Il est bon de noter aussi que l'effet de l'accouchement sur la suspension des douleurs n'a pas été aussi absolu dans cet exemple que dans ceux de MM. Neucourt et Marrotte. Le travail physiologique a bien imposé silence à la névralgie lombo-abdominale, mais de nouvelles crises pathologiques sont venues établir leur siége dans la cuisse gauche, et il a fallu des moyens énergiques pour les faire disparaître.

FIÈVRE QUOTIDIENNE HÉMOPTOÏQUE,

le crachement de sang paraissant seul constituer le fait intermittent,

Par le docteur Dégranges.

M. F..., âgé de vingt-deux ans, possède un tempérament nerveux sanguin; pommettes colorées; cheveux, favoris noirs; œil vif; taille assez grande; constitution un peu maigre, mais forte; membres robustes. Rien dans la conformation ne peut indiquer des dispositions tuberculeuses héréditaires; le corps large, les épaules étalées.

La santé, jusqu'à dix-neuf ans, n'a jamais été dérangée, sauf quelques rhumes simples et des sensations légères de pesanteur dans la tête.

Il existe beaucoup de pusillanimité dans le moral, au point de vue surtout des maladies dangereuses.

En 1848, ce sentiment maladif de terreur le saisit à l'occasion du choléra qui faisait quelques ravages à Bordeaux.

Pour se préserver de l'épidémie, il fit usage d'un très-grand nombre de drogues qui ne purent que fatiguer l'économie. Il quitta même la ville, et alla passer un certain temps à Royan, où il prit des bains de mer avec abus.

Depuis cette époque, et après son retour à Bordeaux, des hémorrhoïdes se déclarèrent avec un petit flux sanglant.

La guérison de cet état arriva au bout d'un an, et s'est consolidée depuis huit ans.

Il y a quatre ans, M. F... s'est marié avec une très-jeune femme dont il a eu deux enfants. Il se livre aux travaux que réclame le commerce, et s'est toujours bien porté. Seulement il s'établit de loin en loin des hémorrhagies abondantes, assez répétées, par le nez.

Depuis quelque temps, ces épistaxis rapprochées n'avaient plus lieu, et pourtant les fonctions marchaient d'une manière normale.

L'existence de F... est aisée; il habite depuis six mois dans le quartier ouest de Bordeaux une belle maison, bâtie depuis peu, bien confortable sous tous les rapports, avec un jardin.

Cette habitation ne m'a paru présenter qu'un inconvénient, c'est d'être un peu humide.

Je viens de dire que la sensibilité nerveuse était extrême chez F..., aussi ne sera-t-on pas surpris d'apprendre que, même une affection bien éloignée de la gravité du choléra, l'impressionne de la manière la plus forte : entre autres sensations qui le jettent dans l'effroi, se trouve celle produite par la vue du sang..., et principalement par la vue du sien.

Voilà les renseignements que j'ai recueillis, et qu'il n'était pas indifférent de connaître.

Le 23 novembre 1859, après une journée exempte de tout symptôme quelconque, après avoir dîné comme à l'ordinaire, et s'étant placé vers six heures du soir devant son foyer (la température était un peu froide), il fut pris presque subitement d'une toux quinteuse et suffocante, qui, à diverses reprises rapprochées, amena plusieurs gorgées de sang pur et vermeil (artériel). Ce sang tacha un mouchoir entier et laissa sur plusieurs endroits de celui-ci de petits amas striés de fibrine pure, éléments stables du sang; la partie séreuse et les autres parties du sang s'étaient répandues dans le tissu du mouchoir ou s'étaient évaporées.

L'émotion de F... à l'aspect de ce sang fut très-vive, et cependant tout dans l'économie était complétement indolore, et il pouvait en conclure que le trouble ne s'était pas généralisé.

Son premier mouvement fut de sortir de la maison et d'aller au jardin se mettre quelques instants en contact avec un air frais.

Soit par l'effet de l'exposition à cet air du soir, soit par celui de l'émotion morale, ou bien encore par les conséquences directes de la maladie, ce que je crois davantage, F... fut saisi par un frisson violent avec agitations musculaires dans tout le corps.

Il se coucha immédiatement, et on le réchauffa. Cette sensation de froid se dissipa, et il lui succéda une sueur qui persista durant tout le cours de la nuit.

L'expectoration sanglante (car tous les caractères de ce symptôme indiquaient que la perturbation résidait dans les voies aériennes et non dans les voies alimentaires) s'arrêta. Le sommeil arriva; il fut calme, complet et prolongé.

Le 24 novembre, excellente journée sous tous les rapports. Le soir arrive, même symptôme d'expectoration sanglante que la veille, suivi du même cortége de circonstances, surtout (il est peut-être utile de le répéter) *sensation de froid* après les crachats sanglants, puis légère *moiteur* pendant la nuit. Seulement le sang, rutilant, écumeux, fut moins abondant.

Le 25 (c'est le jour où F... m'envoie chercher, en proie à de très-vives inquiétudes, et pensant qu'il était atteint d'une maladie grave

(1) *Archives générales de médecine*, mai 1860.

de poitrine), je le visite vers une heure de l'après-midi ; il était levé et habillé, et continuait ses occupations journalières.

Rien n'était anormal en lui extérieurement, sur sa physionomie, ni dans ses expressions fonctionnelles ; pas de fièvre ; pouls lent et faible ; pas de toux ; langue un peu blanche seulement ; bouche pâteuse, perception d'un goût limoneux.

La *percussion du thorax* ne révèle aucun signe de congestion pulmonaire, et, par conséquent, de diminution dans l'extension indolore des tissus de l'organe, pas plus d'un côté que de l'autre.

Auscultation. — Tout paraît normal dans le bruit de souffle et dans la limite d'expansion des poumons ; absence du *râle crépitant* bien avérée. Seulement j'ai cru reconnaître du côté droit un souffle vésiculaire moins net et moins *étendu* que du côté gauche.

C'était aussi dans ce côté droit et aux environs du mamelon, en s'étendant vers la région sous-sternale, que le malade dit ressentir comme un tiraillement tant soit peu douloureux. Cette circonstance rendait ce point du thorax plus sensible que les autres parties aux investigations de la percussion.

En tenant compte de la réunion de ces signes détaillés, mon diagnostic s'arrêta sur une congestion sanguine se produisant sur la muqueuse des extrémités bronchiques, ou des vésicules aériennes congestives sanguines, affectant une marche intermittente.

Traitement. — Dix sangsues sur les vaisseaux hémorrhoïdaux ; révulsifs sur les membres inférieurs ; usage de pilules avec le sulfate de quinine, à la dose de 5 centigrammes pour chacune, avec thridace (douze pilules), pour être prises dans la journée, jusqu'à cinq ou six heures du soir ; tisane béchique gommée ; alimentation ordinaire, mais modérée ; soins hygiéniques pour se garantir de toute atteinte froide ; garder la chambre.

Le 26, l'hémorrhagie par les sangsues a été assez abondante ; amélioration dans l'état général du malade.

La sensation de lourdeur dans la tête a diminué ; aucune expectoration sanglante avec sensation de froid n'a été remarquée la veille au soir, ni dans le cours de la nuit.

M. F... m'apprend qu'après une très-bonne nuit, le matin même de ce 26 novembre, vers sept heures, il avait, après une très-petite durée de toux quinteuse, rendu un crachat présentant le même aspect sanglant et la même nature que ceux des autres jours précédents. Ce crachat n'avait presque donné lieu à aucun des symptômes généraux désignés ci-dessus.

Traitement. — Persistance dans les moyens prescrits, et principalement dans l'emploi de l'antipériodique.

Le 28, le malade s'est exactement astreint à toutes les prescriptions recommandées ; elles ont eu les meilleurs résultats... et F... n'a ressenti aucun indice des accidents pulmonaires qui avaient fait naître en lui de si vives inquiétudes.

Toute cette journée du 28 s'était écoulée sans aucune secousse de toux ; il a terminé ses pilules, qui représentent la dose de 60 centigrammes du fébrifuge, et il les renouvelle.

Au moment de ma visite, F... a été obligé, pour nécessité d'affaires, de sortir de chez lui en voiture.

Le 8 décembre, après avoir pris 1 gramme de sulfate de quinine dans dix jours, le sujet de cette observation n'a rien vu reparaître des symptômes qui étaient venus interrompre le cours de sa santé.

Il a repris toutes ses occupations habituelles, et ne ressent plus absolument rien de sa courte maladie. Il clôture son traitement par un usage de pédiluves simples matin et soir, et par une purgation avec 60 grammes d'huile de ricin.

FONGUS CÉRÉBRAL, SUITE D'UNE FRACTURE DU CRANE, guéri par la compression.

Malgré les quelques faits extraordinaires et en quelque sorte merveilleux que la science a enregistrés de loin en loin sur les blessures du cerveau, tout le monde reconnaît aujourd'hui leur immense gravité et le danger des tentatives qu'on peut faire dans le but de les guérir.

Le fait que nous empruntons à un journal américain présente quelque intérêt sous ce rapport.

Le cerveau faisait hernie à travers l'ouverture du crâne ; il en dépassait les bords de près d'un pouce. M. Brown eut l'idée d'employer la compression pour le réduire. Dans plusieurs cas semblables, ce moyen n'a pu être toléré ; il amenait la perte de connaissance ou le coma ; d'autre part, l'excision de la portion fongueuse est un procédé d'une gravité plus grande encore s'il s'agit de la vraie substance cérébrale.

Le moyen de compression employé par M. Brown est assez ingénieux. Il étendit d'abord sur le fongus un morceau de linge fin, puis plaça par-dessus une plaque d'éponge préparée, de forme convenable, qu'il fixa par plusieurs tours de bande modérément serrés. L'humidité du fongus traversant le linge, passa dans l'éponge, qui, se gonflant peu à peu, devint un moyen de compression permanente et graduée (*self regulating compress*). Au bout de quelques jours, la tumeur diminua, et bientôt elle rentra complétement dans le crâne. Au bout de trois ou quatre semaines la plaie était fermée, et une cicatrice solide obturait la perforation du crâne. (*The American Journ.*)

FRACTURE DES DEUX FÉMURS PAR CONTRACTION MUSCULAIRE dans une attaque d'épilepsie.

Un enfant de douze ans était sujet à des convulsions épileptiques depuis l'âge de quinze mois. En avril 1859, il eut une série d'attaques très-violentes. Dans une de ces attaques, pendant qu'on le contenait dans son lit en le fixant par les épaules, un fort craquement se fit entendre, et on reconnut une fracture du fémur gauche à la jonction du tiers moyen avec le tiers supérieur. Au moment où le craquement fut entendu, la cuisse était violemment fléchie sur le bassin. On appliqua un appareil, et un cal osseux parfaitement solidé se produisit. Mais le 13 décembre suivant, le fémur droit se fractura dans des circonstances tout à fait semblables. Après ce nouvel accident, l'enfant continua à souffrir et mourut le 20 janvier suivant.

(*North Americ. med. chir. Rewcest.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 avril 1861. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet un mémoire intitulé : *Recherches médicales sur la propriété absorbante des cornées et ses applications à la thérapeutique des maladies des yeux*, par M. Lépine, pharmacien. (Commissaire, M. Gosselin.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un travail intitulé : *Thèses sur les altérations du système musculaire dans la fièvre typhoïde*, par M. le docteur Zenker, professeur à l'Académie médico-chirurgicale de Dresde (M. Robin, rapporteur) ;

2° Une observation relative aux effets curatifs de la terreur, par M. le docteur Ch. Rouhier (de Gransset-le-Château) ;

3° Deux observations d'opération césarienne *post mortem*, communiquées par M. le docteur Boucher (de la Ville-Jossy) (commissaire, M. Devergie) ;

4° Le modèle et la description d'une nouvelle canule destinée à la dilatation de la trachée, imaginée et fabriquée par M. Mathieu pour MM. Trousseau et Demarquay (Com., M. Trousseau) (voir la fig. ci-contre) ;

5° Un pli cacheté, contenant une modification apportée au dermatoscope par M. Ach. Brachet. (Accepté.)

— M. CH. ROBIN présente, au nom de M. Hiffelsheim, un ouvrage sur les *Applications médicales de la pile de Volta.*

— M. RICORD offre en hommage, au nom de M. le docteur Melchior Robert, un *Traité des maladies vénériennes.*

— M. DURAND-FARDEL dépose sur le bureau un *Essai sur la topographie médicale de la ville de Narbonne*, par M. le docteur de Martin.

— M. ROBERT présente un mémoire de M. le docteur Duparcque, sur *l'accouchement forcé par la dilatation forcée du col de l'utérus, même après la mort de la femme.*

RAPPORT.

M. O. HENRY lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel sur les sources de Saint-Yorre, dont deux sont le résultat du captage, prescrit par l'administration, des eaux dont l'exploitation a été précédemment approuvée par l'Académie, et la troisième a été obtenue à l'aide de sondages. Ces sources sont dans les meilleures conditions pour être exploitées utilement. Comme toutes celles de Vichy, elles renferment des bi-carbonates de soude, de magnésie, de potasse et de fer, du sulfate de potasse, de l'arséniate de soude et du chlorure de sodium.

La commission propose de répondre à M. le ministre qu'il y a lieu de maintenir pour les sources naturelles l'autorisation obtenue en 1855 par M. Lursaud, et de lui en accorder une pour sa nouvelle source. (Ces conclusions sont adoptées.)

COMITÉ SECRET.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la section de médecine vétérinaire sur les candidats à la place vacante dans cette section.

L'Académie rentre en séance publique à quatre heures un quart.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'opération césarienne.

La parole est à M. Trébuchet.

Discussion sur l'opération césarienne post mortem.

M. TRÉBUCHET commence par déclarer qu'au point de vue des principes généraux qui dominent la profession médicale, il n'a rien à ajouter à ce qu'ont dit MM. Depaul, Tardieu et Devergie, dont il partage sans aucune réserve l'opinion sur la liberté d'action qui doit être laissée aux médecins dans les cas dont il s'agit et sur l'étendue de leur responsabilité. Mais s'il est d'accord avec eux sur ces différents points, il ne peut cependant admettre que la loi n'a rien à voir dans cette question. Ce serait, suivant lui, une proposition pour le moins hasardée et même dangereuse. En lisant leur argumentation, qui porte tout entière sur les règlements de police existant à Paris, on pourrait en inférer que ces règlements sont applicables à toute la France.

Or, il n'en est pas ainsi. L'article 77 du Code civil, dont les dispositions n'ont fait que consacrer, en les généralisant pour toute la France, les coutumes qui existaient dans le siècle dernier, est la seule disposition légale applicable aux inhumations dans tout le territoire de l'Empire. Mais à Paris, on a senti la nécessité de commenter en quelque sorte, par des règlements particuliers, la règle posée par le Code civil. Ainsi, on a déterminé d'une manière certaine le moment à partir duquel doit courir le délai de vingt-quatre heures prescrit par la loi pour l'inhumation (arrêtés du préfet de la Seine du 21 vendémiaire an IX, du 25 janvier 1841, du 24 août 1840 ; et ordonnance de police du 6 septembre 1839). Mais ces arrêtés et ordonnances ne sont applicables qu'à Paris. Enfin, à Paris, des médecins sont chargés de remplacer les maires pour la constatation des décès à domicile.

Des règlements et institutions analogues existent, il est vrai, dans quelques villes de France, mais ce n'est qu'exceptionnellement. La majorité des communes de l'Empire restent soumises purement et simplement aux dispositions de l'article 77 du Code civil, dont l'exécution est confiée aux maires de ces communes, qui ne l'interprètent pas toujours de la même façon.

L'ordonnance du préfet de police de 1839, qui fait connaître les opérations qui doivent être assimilées aux inhumations par rapport au délai fixé par l'article 77 (moulage, autopsie, embaumement, etc.), explique que l'interdiction d'inhumer avant les délais fixés s'étend à toutes les opérations qui pourraient entraîner la mort ; c'est donc une sorte d'avertissement donné aux médecins et aux familles qui pouvaient croire ces opérations permises, puisqu'elles n'étaient pas nominativement défendues. C'est par l'application de ces principes que les infractions à cette ordonnance de police, comme aux autres règlements sur les inhumations, ne sont pas punies seulement des peines de simple police, mais peuvent dans certains cas être passibles des peines correctionnelles édictées par l'article 358 du Code pénal pour toute contravention à l'article 77 du Code civil et aux règlements de police qui en découlent. Cette jurisprudence est constante, et a toujours dirigé les tribunaux dans l'examen de ces sortes d'affaires.

A ces différents points de vue, l'ordonnance de 1839 devait produire et a produit d'excellents résultats. Il serait donc fort à désirer que des règlements analogues existassent dans les autres départements. Mais en principe, l'ensemble des opérations interdites à Paris par cette ordonnance sont interdites de droit par l'article 77 du Code civil.

Il n'y a donc plus lieu de discuter les prohibitions portées dans l'ordonnance de police, puisqu'elles n'ajoutent rien à la loi, qu'elles ne s'appliquent d'ailleurs qu'au ressort de la préfecture ; à plus forte raison ne doit-on pas s'arrêter à l'argumentation fondée sur ce que cette ordonnance n'a pas compris l'opération césarienne dans la nomenclature des opérations interdites.

Laissant donc en dehors du débat l'ordonnance de 1839, pour ne s'occuper que de l'art. 77, la discussion qui occupe l'Académie intéressant l'exercice de la médecine dans tout le territoire de la France, M. Trébuchet démontre que cet article, en défendant de procéder à l'inhumation avant un délai de vingt-quatre heures depuis le décès, défend implicitement toutes les opérations qui peuvent convertir en mort réelle une mort apparente.

Cela étant admis, et à moins que l'on ne prétende que l'hystérotomie ne rentre pas dans la catégorie des opérations qui peuvent convertir une mort apparente en mort réelle, faudrait-il en conclure qu'elle ne peut être pratiquée que dans les délais prescrits par la loi, à moins d'une autorisation spéciale de l'autorité municipale ?

Je suis loin d'admettre ces conclusions rigoureuses, dit M. Trébuchet, cependant il ne me semble pas possible de les rejeter d'une manière absolue ; il y a là une difficulté, une question d'interprétation si l'on veut, devant laquelle on cherche en vain à se débattre, mais qui se présentera sous plus d'une forme ; il faut donc la reconnaître, car elle est évidente, et ce qui le prouve, ce sont les communications qui vous ont été faites par des hommes sérieux et dont l'expérience ne peut être mise en doute.

Relativement à la demande qui a été faite d'une disposition destinée à sauvegarder la responsabilité des médecins dans les circonstances dont il s'agit, j'ai applaudi aux opinions qui se sont manifestées dans cette enceinte. La commission a pressenti dès le début de la discussion tout le danger d'une proposition semblable, et elle a parfaitement compris qu'elle était inadmissible. Mais elle ne s'est pas prononcée d'une manière assez précise ; elle a tourné la difficulté en déclarant que la loi était suffisante.

Je crois, cependant, qu'il faut entrer plus hardiment au cœur de la question, et je n'hésite pas à dire qu'il y aurait les plus grands dangers à introduire dans la loi la garantie sollicitée dans la communication de M. Hatin.

Tout en admettant la valeur de ses observations, je repousse toute disposition légale qui permettrait aux médecins de pratiquer l'opération césarienne en dehors des règles fixées pour les inhumations. MM. Depaul, Tardieu et Devergie pensent comme moi qu'il n'y a aucune suite à donner à cette proposition ; mais par des considérations d'un autre ordre, suivant eux, la loi n'a rien à voir dans la question, la pratique de l'opération césarienne rentrant dans l'exercice libre et régulier de la médecine. Je suis loin de rejeter ces propositions d'une manière absolue, je n'attaque que le principe qui leur sert de base et que je ne voudrais pas voir prévaloir dans cette enceinte, à savoir, que la loi est suffisante pour sauvegarder en cette matière la responsabilité du médecin. Je craindrais que cette conclusion n'induisît les médecins en erreur en leur inspirant une fausse sécurité. Je comprends comme mes collègues que l'opération césarienne ne peut être assimilée, quant aux formalités à remplir, aux autopsies, au moulage, etc. Il serait bien difficile d'admettre, en effet, dans la plupart des cas, que l'on dût se pourvoir d'une autorisation, que l'on dût attendre les preuves les plus évidentes de la mort : il vaudrait mieux déclarer en principe qu'on ne pourra jamais faire cette opération. Mais précisément, par suite de ces difficultés, par suite d'un état de choses exceptionnel, qui plus que tout autre doit être laissé à l'appréciation personnelle du médecin et à sa responsabilité, je trouve dangereux de laisser croire aux médecins que l'on peut échapper dans tous les cas à l'application de la loi et qu'elle n'a point à connaître de cette opération. Je désire, au contraire, que les médecins soient bien pénétrés de ce principe, c'est que leur responsabilité est plus engagée ici que dans toute autre circonstance, et qu'ils peuvent dans certains cas être l'objet de poursuites.

Mais, et je me hâte de le dire, si la loi me paraît formelle sur la question qui nous occupe, l'autorité qui l'applique est intelligente ; elle comprend toutes les exigences de la profession médicale ; elle comprend surtout tout ce que le médecin peut puiser de résolution dans cette espèce d'intuition qui lui dit d'agir. Jamais elle ne songera, à moins de circonstances bien anormales, bien extraordinaires, à poursuivre le médecin qui aura agi suivant les règles de son art et les inspirations de sa conscience, et qui pourra toujours expliquer d'une manière satisfaisante les motifs qui l'ont dirigé.

En résumé, il n'y a pas de motifs suffisants de modifier les dispositions de l'article 77 du Code civil et des règlements de police concernant les inhumations et les opérations qui peuvent leur être assimilées.

Il est à désirer que des règlements analogues à ceux qui existent dans le département de la Seine soient publiés dans les autres départements; que, notamment, le soin de constater les décès soit confié à un médecin vérificateur. Nul autre, en effet, qu'une personne possédant des connaissances médicales n'est apte à vérifier un décès, sans s'exposer à des erreurs funestes. L'article 77 du Code civil n'offre donc que des garanties imparfaites contre le danger des inhumations précipitées. Cependant je pense que l'intervention du maire est toujours utile en pareille circonstance. Il est ici le représentant de la société, et ce n'est pas sans raison que la loi a exigé que le décès fût constaté par ce magistrat. Les décès peuvent soulever, en effet, en dehors de la constatation médicale, des questions d'ordre public dont le maire seul peut connaître, et qui ne souffrent souvent aucun délai.

M. Trébuchet termine en exprimant l'opinion que l'Académie de médecine, dont une des principales attributions est de connaître des questions de médecine légale et de police médicale, doit en cette circonstance se prononcer de manière que son opinion, dégagée de toute incertitude, de toute équivoque, puisse être pour le corps médical qu'elle représente un guide infaillible ou même un point d'appui dans certains cas; qu'elle éclaire, en outre, l'administration et la justice sur la manière dont elle entend la question.

M. H[?]ZARD. J'avais demandé la parole après le discours d'un de nos collègues qui avait traité la question religieuse. Je pensais que c'était le moment de dire un mot de la manière dont un membre du clergé l'avait envisagée, manière qui devait faire sortir cette partie de la question des préoccupations de l'Académie.

Cet ecclésiastique, ancien secrétaire de mon père, nommé curé de la commune de F..., fut appelé dans un cas où une femme près d'accoucher avait été tuée accidentellement pour savoir comment baptiser l'enfant dans la crainte qu'il ne mourût en attendant la venue d'un médecin. Le curé, pensant, dit il, que Dieu pour sauver une âme n'exigeait pas que toutes les formalités prescrites par le culte fussent ponctuellement, matériellement exécutées, ne balança pas à baptiser l'enfant sur le ventre de la mère, et il fut approuvé alors, c'était vers 1820, par Monseigneur l'évêque de Versailles.

RAPPORT.

Hypertrophie des amygdales. — M. BLACHE, en son nom et aux noms de MM. Pâtissier et Tardieu, lit un rapport sur un mémoire intitulé : *De l'hypertrophie des amygdales, de ses fâcheuses conséquences, de ses complications et de son traitement par les eaux thermales sulfurées spécialement appliquées en douches sur les tonsilles mêmes et autour de la gorge;* par M. le docteur Lambron, inspecteur adjoint aux eaux de Bagnères-de-Luchon.

Ce mémoire, dit M. le rapporteur, n'est pour ainsi dire que le premier chapitre d'un ensemble de travaux que M. Lambron se propose de communiquer à l'Académie sur l'action curative des eaux thermales.

Il est question surtout dans ce mémoire de l'hypertrophie tonsillaire des enfants, infiniment plus grave que celle des adultes. Cette hypertrophie, en effet, entre autres conséquences fâcheuses, a surtout le grave inconvénient, en apportant un obstacle à la libre circulation de l'air dans l'arrière-gorge et en diminuant la quantité d'oxygène nécessaire à l'hématose, de placer peu à peu les malades dans les conditions d'une lente asphyxie, et de produire consécutivement une difformité des parois thoraciques et une lésion du mécanisme respiratoire qui s'ajoute à l'insuffisance de l'oxygène inspiré pour rendre de plus en plus imparfaites les fonctions de l'hématose.

On sait que Dupuytren constata le premier la coexistence curieuse de ces deux phénomènes; mais c'est à M. Robert qu'appartient l'honneur d'avoir converti en loi cette coïncidence. M. Lambron, tout en reconnaissant l'incontestable originalité du travail de M. Robert, pense que la déformation des parois thoraciques consécutive à l'hypertrophie tonsillaire a quelque chose de si spécial, des caractères tellement propres, qu'il importe d'y insister avec plus de rigueur encore qu'on ne l'a fait jusqu'ici, afin de distinguer cette lésion de celles qui se rattachent au rachitisme et à l'emphysème pulmonaire. La déformation thoracique due à l'hypertrophie tonsillaire est caractérisée, suivant lui, par une dépression transversale portant au niveau de la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, et paraissant avoir été produite comme par un anneau qui en ces points aurait déprimé cette partie de la cage osseuse, tandis que le principal caractère de l'altération rachitique est, comme on sait, de présenter une saillie des cartilages costo-sternaux et deux gouttières verticales comprenant presque toute la bauteur de la poitrine.

M. Lambron, dans un chapitre très-intéressant qui est analysé dans le rapport, explique le mécanisme suivant lequel se produit cette déformation, ainsi que le mécanisme des déformations propres aux asthmatiques et aux emphysémateux.

Après ces considérations de physiologie pathologique qui présentent un haut intérêt théorique, M. Lambron revient à la pathologie et passe en revue les complications morbides observées chez les individus atteints d'hypertrophie tonsillaire, lorsque toutes se rapportent à des affections catarrhales occupant quelques points ou tous les points de la membrane muqueuse qui tapisse les voies aérifères et les cavités de l'oreille. Il semble que le mouvement hypertrophique, se propageant de proche en proche, détermine dans tout l'appareil glandulaire naso-pharyngien et broncho-pulmonaire une turgescence vasculaire d'où résulte, dans les cas simples, une exagération des sécrétions normales, et dans les cas compliqués un développement anormal et permanent, une véritable hypertrophie des follicules mucipares.

Dans son remarquable *Traité de l'angine glanduleuse*, M. Guéneau de Mussy fait observer que l'angine folliculaire complique fréquemment l'hypertrophie des amygdales. Après la surdité et l'affaiblissement de l'ouïe, la complication la plus alarmante est la toux opiniâtre dont les petits malades sont souvent tourmentés. M. Robert la croit nerveuse et sympathique de l'irritation produite par le passage de l'air à la partie supérieure des voies aériennes. Mais si elle a ce caractère dans certains cas, le plus souvent elle est symptomatique d'un état catarrhal des bronches qui pourrait facilement en imposer pour la phthisie pulmonaire, d'autant mieux que l'organisme est débilité par l'hypertrophie tonsillaire elle-même et par les états morbides généraux qui la tiennent si fréquemment sous leur dépendance.

Si les conséquences et les complications de l'hypertrophie tonsillaire sont multiples, les causes qui la produisent ne le sont pas moins. Dans bien des cas elle est l'effet, la manifestation plus ou moins éloignée d'une diathèse à laquelle elle emprunte un caractère de chronicité et même d'incurabilité irrémédiable, telle que le rachitisme, le scrofulisme, l'herpétisme, etc.

Les irritations fluxionnaires locales, ou celles qui sont produites par la première et par la seconde dentition, sont loin d'avoir la même importance étiologique que ces états morbides généraux.

C'est en me fondant sur ces considérations pathogéniques que je conseillai autrefois à M. Lambron de faire suivre aux petits malades atteints d'hypertrophie tonsillaire un traitement par les eaux minérales sulfureuses. Ce traitement me paraissait propre à modifier heureusement, à atténuer ou même à détruire le caractère diathésique de la maladie, chose extrêmement importante et qu'on ne doit jamais perdre de vue quand on veut faire de la thérapeutique rationnelle et vraiment efficace. J'espérais, en outre, que le traitement sulfureux remédierait aux conséquences fâcheuses de l'hypertrophie elle-même, en remontant les forces de l'organisme, en lui rendant cette énergie fonctionnelle minée progressivement par l'imperfection croissante de l'hématose et les affections catarrhales intercurrentes. Il me semblait que c'était là le meilleur moyen de préparer les succès qu'on peut attendre de l'opération chirurgicale.

Les heureux résultats obtenus par M. Lambron ont de beaucoup dépassé les espérances que nous fondions sur le traitement par les eaux sulfureuses : cela vient de ce que, variant les procédés employés jusqu'ici, il a eu l'idée de combattre directement l'hypertrophie tonsillaire par des douches dirigées sur les organes eux-mêmes à l'intérieur et à l'extérieur, au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure.

Sous l'influence de ces douches, auxquelles les malades s'habituent très-facilement, l'engorgement des amygdales diminue assez rapidement et l'opération chirurgicale devient très-souvent inutile. Il est impossible de nier que ce ne soit là un grand progrès. Entre l'ablation d'un organe par l'instrument tranchant et son retour à une nutrition normale sous l'influence d'agents thérapeutiques, le choix ne saurait être douteux.

En effet, la rescision des amygdales a ses dangers qu'on ne doit jamais perdre de vue.

De ces dangers, le plus sérieux c'est l'hémorrhagie consécutive en nappe très-difficile à arrêter, quelquefois même foudroyante, parce qu'elle est produite tout à la fois par l'appauvrissement du sang et par l'augmentation du calibre des canaux vasculaires. Quand cet accident survient, alors même qu'il n'acquerrait pas par lui-même un haut degré de gravité, il affaiblit les malades et prolonge leur convalescence.

Quoique les amygdales soient des glandes vasculaires, comme l'ont démontré les travaux récents des micrographes, et qu'elles paraissent destinées à fabriquer des globules au sang, leur rôle dans l'organisme n'est pas tellement important qu'il faille redouter leur suppression. Je ne partage donc pas à ce sujet les craintes exagérées de M. Harwey (de Dublin) ni de M. Headlan. Toutefois, puisque ces organes existent, ils ont leur raison d'être, et il est bon de chercher à les conserver.

L'efficacité du traitement que préconise M. Lambron est démontrée par un tableau résumé de trente-deux observations, qui termine son Mémoire. Sous l'influence des douches sulfureuses, l'engorgement chronique des amygdales s'est fondu en quelque sorte, et il n'a pas été nécessaire de recourir à l'excision de ces organes; en même temps, la santé générale s'est raffermie, et les eaux sulfurées ont heureusement remédié aux affections diathésiques qui produisent et compliquent l'hypertrophie tonsillaire.

Considérant que les résultats pratiques importants obtenus jusqu'ici par M. Lambron donnent de légitimes espérances pour l'avenir, la commission propose à l'Académie, par l'organe de son rapporteur :

1° De remercier M. Lambron et de l'encourager à poursuivre ses recherches hydrologiques;

2° D'envoyer son mémoire au comité de publication.

Après un court échange d'explications entre MM. Larrey, Fontan et le rapporteur, ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures et un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 22 avril, M. Robert, chirurgien de 2me classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La Société impériale et centrale de médecine vétérinaire tiendra sa séance publique de distribution des prix, dimanche prochain, 28 avril, à deux heures, dans la salle de la Société impériale zoologique d'acclimatation, 19, rue de Lille.

Dans cette séance, les lectures suivantes seront faites :

1° Discours d'ouverture, par M. Patté, président;

2° Rapport général sur les prix et récompenses, par M. H. Bouley, secrétaire général;

3° Sur les services que les vétérinaires peuvent rendre au progrès agricole, par M. A. Sanson, secrétaire adjoint.

— M. le docteur M. Csauss, professeur émérite, mort à Pesth le 14 septembre dernier, a par son testament fait des legs considérables à la Faculté de médecine, à l'hôpital des enfants pauvres de cette ville et à l'Académie hongroise.

— M. Marjolin, chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie, commencera ses conférences cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants le jeudi 2 mai, et les continuera tous les jeudis à neuf heures, à l'hôpital Sainte-Eugénie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'assimilation du Lactate de fer et des avantages que présente ce sel sur les autres préparations ferrugineuses, au point de vue de la digestion. Paris, 1859, chez Labé, éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23. — M. le docteur Cordier a publié récemment, sous ce titre, un travail remarquable, dans lequel il fait ressortir les nombreux avantages que présente l'emploi des *Dragées de lactate de fer de Gélis et Conté;* on peut opposer cet article aux éloges plus ou moins mérités que l'on a donnés dans ces derniers temps à de nouvelles préparations de fer. Après avoir rappelé que dès 1840 le médicament de MM. Gélis et Conté avait été placé au premier rang parmi les ferrugineux, dans un rapport approuvé par l'Académie impériale de médecine et émanant de trois de ses membres les plus illustres, MM. les professeurs Bouillaud, Fouquier et Bally, ce praticien ajoute que, depuis cette époque, son succès a grandi de jour en jour, et a été justifié par les résultats cliniques constatés par chaque nouvel observateur. Il s'appuie ensuite sur les nombreux travaux des physiologistes modernes, entre autres sur ceux de M. Claude Bernard (de l'Institut), pour démontrer que le *lactate de fer* est la seule préparation de fer qui se forme dans l'estomac humain, et que les *Dragées de Gélis et Conté*, qui doivent à ce sel leur efficacité thérapeutique, si bien et si souvent constatée, agissent toujours, quelle que soit l'acidité de cet organe, et que, par suite, elles présentent, au point de vue de la digestion, une supériorité marquée sur les autres ferrugineux. Il rappelle que cette dernière proposition vient en quelque sorte d'être mise hors de toute contestation dans un rapport récent, lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 13 juillet 1858. — A la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19, Paris.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'albuminurie comme moyen de diagnostic différentiel de l'épilepsie et de l'éclampsie des femmes enceintes.

L'épilepsie et l'éclampsie des femmes enceintes présentent dans leurs symptômes une telle ressemblance, qu'on serait conduit à les confondre et à les regarder comme une seule et même affection, si l'on ne tenait compte que des phénomènes apparents, et si on n'avait égard aux antécédents et aux circonstances dans lesquelles ces phénomènes se produisent.

« Qu'est-ce que l'éclampsie relativement à l'épilepsie, dit M. Trousseau, et réciproquement? En ne tenant compte que de la forme convulsive, l'épilepsie symptomatique ou essentielle n'est que de l'éclampsie à retours, et l'éclampsie n'est que de l'épilepsie accidentelle et transitoire. » Sans doute la connaissance des antécédents et cette circonstance des retours périodiques des accès ou de leur manifestation récente, accidentelle, pendant la durée de la grossesse seulement, mettront le plus souvent le praticien à même d'éviter cette confusion. Mais les antécédents ne sont pas toujours connus; l'épilepsie peut bien débuter d'ailleurs pendant la grossesse, sans que rien jusque-là en ait pu faire soupçonner ou présumer l'explosion prochaine. Que le médecin se trouve en présence d'une femme enceinte en proie à un accès convulsif, qu'il voit pour la première fois et sur le compte de laquelle il n'a aucun renseignement, il lui sera assurément assez difficile de dire d'après les seuls symptômes s'il a affaire à une épilepsie ou à une éclampsie. Et cependant qui ne sait combien ces deux affections, malgré leurs ressemblances symptomatiques, diffèrent en réalité sous le double point de vue du pronostic et du traitement, les deux considérations qui importent le plus au praticien? — Il y aurait donc en réalité un très-grand intérêt à pouvoir, à un moment donné et alors qu'on ne peut s'éclairer de la connaissance de la chronicité et de la périodicité, seuls caractères différentiels absolus, demander à un signe actuel un caractère distinctif suffisant.

M. le docteur Emile Sailly s'est livré dans ce but à des recherches dont les résultats, sans donner peut-être une satisfaction complète à ce *desideratum*, nous ont paru toutefois dignes d'être signalés comme pouvant fournir du moins au diagnostic différentiel un élément ayant un assez grand degré de présomption.

On sait qu'il existe un symptôme presque constant dans l'éclampsie, l'albuminurie. Considérant ce fait comme bien établi, M. Sailly s'est proposé de s'assurer s'il en était de même dans l'épilepsie.

Les recherches de M. Emile Sailly ont porté sur 30 épileptiques de la Salpêtrière, prises au hasard. Ces malades avaient toutes de fréquentes attaques; elles étaient à l'hospice depuis un laps de temps variant de un an au moins à douze ou treize. Elles avaient pu par conséquent être observées pendant assez longtemps pour que le diagnostic ne pût point être douteux. Pendant plus de deux mois les urines ont été recueillies avec le plus grand soin, avant, pendant et après l'attaque, puis dans l'intervalle des périodes d'accès. On ne s'est servi que des réactifs en usage, afin de se placer exactement dans les mêmes conditions que les autres observateurs. Toutes les urines ont été traitées d'abord à froid par l'acide azotique, ensuite par la chaleur, puis par la chaleur et l'acide réunis. Toutes les précautions ont été prises pour éviter toute cause d'erreur, celle par exemple qui consiste à prendre un dépôt de phosphates alcalins pour de l'albumine. Enfin il a été tenu compte de l'acidité ou de l'alcalinité des urines, de leur couleur, de leur limpidité.

Voici quels ont été les résultats des expériences :

Sur 126 observations prises chez ces trente malades, les urines ont présenté constamment une acidité très-prononcée. Leur coloration n'a rien présenté d'insolite. Elles ont été généralement limpides, à l'exception du moment des règles.

M. Sailly signale un phénomène important. Il a toujours constaté une quantité notable d'urine dans la vessie au moment de l'attaque. Ainsi une de ces malades a eu plusieurs attaques aussitôt qu'on la sondait; on a retiré en une seule fois environ un litre d'urine. On se rappelle que d'après les observations de M. Blot, les éclamptiques n'ont qu'une très-petite quantité d'urine au moment de l'attaque.

Toutes les épileptiques soumises à l'observation ont constamment uriné involontairement pendant l'attaque, à une seule exception près.

Cinq fois M. Sailly a pu avoir de l'urine de cette malade immédiatement avant l'attaque; la sonde était à peine retirée que l'attaque commençait : coloration jaune assez foncée, acidité constante, pas de traces d'albumine.

Voici, pour ce qui concerne l'albumine, comment se répartissent les 126 observations recueillies :

5 immédiatement avant l'attaque : pas d'albumine.

26 pendant l'attaque : 23 résultats négatifs; 2 fois de l'albumine en quantité peu considérable; mais M. Sailly fait remarquer ici que l'une de ces deux malades avait ses règles et l'autre une leucorrhée abondante. L'urine recueillie par la sonde, dans les mêmes circonstances, ne contenait pas de traces d'albumine.

4 immédiatement après l'attaque; 5 quinze minutes après l'attaque; 7 trente minutes après; 7 une heure, 14 deux heures après l'attaque : résultats négatifs.

17 trois heures après l'attaque : 15 résultats négatifs; deux fois de l'albumine (ce sont les deux femmes dont il vient d'être question); mais le résultat était également négatif, comme on l'a vu, sur l'urine recueillie par la sonde.

6 quatre heures après : résultats négatifs.

8 six heures après : résultats négatifs.

27 pendant l'intervalle des attaques et des périodes d'accès : 26 résultats négatifs; une seule fois de l'albumine chez une malade qui avait un catarrhe utérin.

Ainsi on n'a jamais trouvé d'albumine dans les urines des femmes épileptiques soumises à l'observation, tant que ces urines n'ont pas été mélangées aux différents flux de l'appareil génital.

M. Moreau (de Tours) a fait aussi des recherches semblables sur les épileptiques de son service de Bicêtre; il a toujours eu aussi un résultat complétement négatif.

D'après ces faits on serait, jusqu'à un certain point, fondé à conclure, dans un cas douteux, de l'absence d'albumine dans les urines au diagnostic de l'épilepsie; ce signe négatif constituerait du moins une présomption. Mais serait-on également fondé à conclure de la présence de l'albumine en faveur de l'éclampsie? Ou, en d'autres termes, peut-on inférer de ces faits que l'albuminurie est un signe certain d'éclampsie? M. Sailly n'est pas de cet avis, et il a raison, car il serait très-possible qu'une femme grosse, atteinte d'épilepsie, eût de l'albumine dans les urines, puisque, d'après les recherches de M. Blot, on aurait trouvé 41 femmes albuminuriques sur 205 femmes grosses. M. Sailly n'a pas eu l'occasion d'observer l'épilepsie pendant la grossesse, mais il tient de M. Blot quatre cas observés à l'hôpital des Cliniques de femmes enceintes épileptiques dont les urines ne contenaient pas d'albumine.

En résumé, indépendamment des caractères différentiels déduits des circonstances antérieures à la grossesse et de quelques symptômes particuliers à l'une ou l'autre de ces affections, il résulterait des recherches auxquelles s'est livré M. Sailly, un ensemble de signes distinctifs, empruntés à l'état des urines, qui peuvent être formulés ainsi :

Au moment de l'attaque éclamptique, les urines sont rares; dans quelques cas, il y a presque anurie; dans l'épilepsie, les urines ont tous les caractères des urines normales, quel que soit le moment où elles sont prises; il y a une quantité notable d'urine dans la vessie au moment de l'attaque.

Toutes les femmes éclamptiques sont albuminuriques, l'albumine est plus abondante pendant l'attaque qu'en dehors de cet état; jamais il n'existe d'albumine dans les urines des femmes épileptiques, avant, pendant ni après l'attaque, à moins qu'il n'y ait une maladie de Bright.

De la fièvre puerpérale épidémique.

Lors de la discussion sur la fièvre puerpérale à l'Académie de médecine, nous avons soutenu cette opinion, défendue d'ailleurs au sein de cette Compagnie par les hommes les plus compétents, que la fièvre puerpérale épidémique n'avait pas toujours pour point de départ une lésion locale de l'utérus comme quelques médecins l'ont prétendu; que ces lésions, quand elles existent, ne jouent qu'un rôle secondaire dans cette affection; que la fièvre puerpérale épidémique, en un mot, est une affection générale, essentielle, pour parler le langage de l'école, c'est-à-dire existant par elle-même en vertu d'une sorte d'intoxication ou d'altération primitive de tous les fluides de l'économie et indépendamment de toute lésion organique locale, qui souvent n'est que consécutive quand elle existe, et qui manque quelquefois tout à fait.

Bien que cette opinion repose sur les faits nombreux recueillis dans les épidémies si fréquentes de la Maternité et de la

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

1° **Traité des maladies charbonneuses; par M. RAIMBERT, médecin des hospices de Châteaudun [Eure-et-Loir] (1).**

2° **Traité de la pustule maligne et de l'œdème malin, ou des deux formes de charbon externe chez l'homme; par M. BOURGEOIS, médecin de l'hôpital d'Etampes [Seine-et-Oise] (2).**

Deux traités pratiques sur la pustule maligne viennent d'être publiés récemment; l'un, par M. Raimbert (de Châteaudun), plus étendu, plus général, embrasse toutes les maladies charbonneuses chez les animaux, et particulièrement chez l'homme; l'autre, par M. Bourgeois (d'Etampes), plus circonscrit, a pour objet seulement l'étude des deux formes du charbon externe chez l'homme, savoir : la pustule maligne et l'œdème malin.

Bien que le *Traité des maladies charbonneuses* de M. Raimbert ait deux années d'antériorité sur le *Traité de la pustule maligne* de M. Bourgeois, ces deux livres sont frères jumeaux, si on peut s'exprimer ainsi; ils sont nés sur le même sol de la Beauce, sol si fécond en maladies charbonneuses; ils sont essentiellement composés d'observations puisées à la même source, presque à la même date, d'après les mêmes principes et la même méthode; ils sont développés en quelque sorte sous la même influence, c'est-à-dire sous l'influence des travaux et des recherches expérimentales de la Société médicale d'Eure-et-Loir sur les maladies charbonneuses.

En effet, enlevez pour un moment par la pensée du livre de M. Raimbert tous les faits et toutes les expériences sur le virus charbonneux, sur l'inoculation et la transmissibilité de ce virus des animaux à l'homme et de l'homme aux animaux, vous aurez assurément encore un livre très-remarquable par son examen critique des travaux antérieurs sur les affections charbonneuses, par la valeur des observations, par la netteté des déductions pratiques, en un mot par tout ce qui constitue une bonne monographie; mais ce livre aura perdu sa raison d'être, il sera privé de son originalité, de l'idée qui le vivifie. Sans ces recherches expérimentales, il ne serait, ainsi que le Traité de M. Bourgeois, que le complément, très-étendu il est vrai, du curieux mémoire que M. Maunoury, ancien chirurgien de l'hôpital de Chartres, a publié en 1824 dans la *Nouvelle bibliothèque médicale* (t. IV et V). Cependant disons de suite que ces deux traités, qui se complètent et se confirment l'un l'autre, sont les bienvenus pour la science médicale.

Mais avant d'aborder le livre de M. Bourgeois, qu'il nous permette de relever une phrase qui se trouve à la première page de sa préface. « Au début de ma pratique, dit-il, j'étais à chaque pas étonné, dérouté, en présence des formes si variées qu'affecte ce genre de mal, » ainsi que des nombreux faits de détail d'une très-grande importance qu'il présente, et qu'*aucun auteur n'avait exposés jusqu'à nos jours*. »

Que M. Bourgeois nous permette de lui rappeler un travail très-précis de M. Maunoury sur la pustule maligne de la Beauce; lui aussi, au début de sa pratique, a vu bientôt, comme M. Bourgeois, que les monographies n'indiquaient pas clairement cette espèce de pustule maligne de la Beauce; lui aussi avait été effrayé de la marche rapide et fatale de cette affection si insidieuse et si terrible, et voici ce qu'il écrivait dans un mémoire adressé à l'Athénée vingt ans avant les observations de M. Bourgeois :

« Des observateurs distingués, parmi lesquels on doit placer au » premier rang Enaux et Chaussier et Bayle, ont décrit la pustule » maligne avec soin et fait sur cette maladie de très-bonnes obser- » vations, mais il est évident que dans le pays où ils l'ont observée, » *elle ne s'est pas présentée à eux sous toutes ses formes et avec toutes* » *ses variétés; c'est ce qui m'a déterminé à profiter de la situation où* » *je me trouvais à cet égard, pour en signaler quelques-unes.* »

Je suis étonné du silence de M. Bourgeois sur ce mémoire qu'il aurait pu consulter avec fruit; mais passons outre; tous les jeunes médecins qui arrivent dans la Beauce éprouvent, en présence des cas de pustule maligne, les mêmes surprises que MM. Maunoury, Bourgeois et Raimbert; combien nous ont fait part de leurs émotions, à la vue des effets terribles de cette maladie et de leurs fréquentes méprises dans le pronostic! Aussi nous conseillerons désormais à nos jeunes confrères qui viennent débuter dans ce pays, de lire

(1) 1 vol. in-8°. Chez Victor Masson.
(2) 1 vol. in-8°. Chez J. B. Baillière.

Clinique, il n'est pas sans intérêt de saisir les occasions malheureusement trop communes, même dans les grands hôpitaux, de la confirmer par de nouveaux exemples.

Nous trouvons cette occasion dans une communication que M. Briquet a faite à la Société de médecine de la Seine, dans l'une de ses dernières séances, sur une petite épidémie de fièvres puerpérales qu'il observait à la fin de l'année dans son service de l'hôpital de la Charité.

Dans le mois de décembre dernier, il régnait à l'hôpital de la Charité, dans la partie du service de M. Briquet affectée aux femmes en couches, une constitution épidémique d'un caractère très-grave. La première femme atteinte le fut d'une façon en apparence légère; cependant elle succomba. La seconde résista moins que la première, et mourut aussi. Tel fut le sort de toutes les malades successivement, sans exception. On ferma la salle pendant un mois, et on blanchit les murs à la chaux. Mais, malgré ces sages mesures, la maladie recommença bientôt à sévir. La première malade résista longtemps, et finit par mourir. Une seconde fut emportée en vingt-quatre heures. Depuis, toutes les malades ont succombé.

Le jour même où M. Briquet communiquait ces faits à ses collègues, il avait fait l'autopsie d'une femme morte en vingt-quatre heures, au troisième jour de son accouchement. Il existait une péritonite générale; il y avait du pus dans le bassin et dans les vaisseaux ovariens; il n'existait rien d'appréciable à la surface intérieure de l'utérus.

Toutes ces malades avaient présenté des caractères communs. Chez presque toutes aussi on constata cette circonstance remarquable, l'absence presque complète de lésions dans l'utérus. La surface intérieure de cet organe ne présentait souvent que des traces légères d'inflammation, quelquefois même aucune. C'est à peine, dit M. Briquet, si, chez une des femmes dont l'autopsie a été faite, la surface utérine offrait une teinte rosée au niveau des ouvertures des trompes utérines.

Le caractère général que M. Briquet assigne à cette maladie, c'est la facilité avec laquelle les liquides de l'économie se transforment en pus, sans aucune manifestation locale antécédente.

M. Guibout a rappelé à cette occasion que, pendant son internat à l'hôpital de Lourcine, il a observé une épidémie semblable chez les femmes en couches pendant un tiers de l'année. La mortalité était considérable malgré les soins les mieux ordonnés. M. Huguier, alors chef de ce service, employa les antiphlogistiques de toute nature. Ils ne réussirent dans aucun cas, pas plus que l'ipécacuanha et les vésicatoires.

L'impression qui est restée dans l'esprit de M. Guibout du souvenir de cette épidémie, c'est qu'il n'y a pas lieu de concentrer son attention sur l'état d'un organe en particulier, la maladie étant pour lui générale et infectieuse; les seules indications rationnelles à ses yeux seraient de traiter la fièvre puerpérale comme on traite les fièvres putrides.

Nous ne nous arrêterons pas plus longtemps sur les moyens de traitement dont il a été question au sein de la Société, au sujet de la communication de M. Briquet, parce qu'ils ne révèlent que trop l'impuissance des ressources actuelles de l'art contre cette cruelle maladie. Mais plus cette impuissance est grande, et mieux elle est démontrée, plus c'est un motif pour nous d'appuyer et d'insister, toutes les fois que l'occasion s'en présente, sur l'urgence d'une réforme radicale dans le système d'assistance des femmes en couches, et sur la nécessité de prévenir par la dissémination et par un ensemble de mesures hygiéniques et prophylactiques, sérieusement étudiées, les retours périodiques de ces affreuses épidémies qui mettent les malades et les médecins à de si cruelles épreuves.

Emploi de la poudre de coaltar dans le traitement de certaines formes de maladies de la peau.

Il est des maladies cutanées qui ne se trouvent bien ni des résolutifs liquides ni des graisses. On est obligé de recourir dans ce cas aux substances résolutives pulvérulentes. Mais la plupart de ces substances, telles que le tannin, l'alun, l'oxyde de zinc, le sous-nitrate de bismuth, le blanc de plomb, etc., susceptibles de produire une irritation trop vive sur la peau si elles étaient employées seules, ont besoin d'un excipient presque toujours insuffisant pour pallier complétement cet inconvénient.

En considération de ces difficultés, M. Devergie a cherché à s'assurer si la poudre de coaltar, dont il a été si souvent question depuis quelque temps, ne pourrait pas rendre dans ce cas des services à la thérapeutique. Il a institué à cet effet, dans son service de l'hôpital Saint-Louis, quelques expériences dont les résultats nous ont paru mériter d'être portés à la connaissance de nos lecteurs.

Voici, d'après la relation que M. Devergie en a publiée dans un article tout récent du *Bulletin de thérapeutique*, de quelle manière il a procédé à ces essais et les effets qu'il en a obtenus :

Afin de tenir compte dans ces essais de l'action du goudron et de celle du plâtre, M. Devergie les a d'abord employés isolément. Mais il n'a pas tardé à s'apercevoir que le coaltar, préparé d'après la formule ordinaire, était trop irritant dans beaucoup de cas, et l'expérience l'a conduit à se servir d'une poudre de coaltar préparée à raison de 1 1/2 p. 100, et même 1 p. 100 de goudron au lieu de 3 p. 100.

Le premier cas dans lequel il s'est servi de cette poudre, et qui lui a inspiré la série d'essais qu'il a faits depuis, était celui d'un malade affecté d'un eczéma impétigineux de presque toute la surface du corps, récidivé après une guérison apparente. Cet eczéma était le siége d'une sécrétion abondante, un peu sanieuse, fétide, qui avait donné naissance à des croûtes épaisses d'un gris jaunâtre, se rapprochant de l'impétigo scabida ou du rupia. Dans le but de détruire cette odeur qui allait placer le malade dans une atmosphère fétide, M. Devergie eut l'idée de saupoudrer légèrement, matin et soir, avec de la poudre de coaltar, toutes les surfaces malades.

En deux jours toute odeur avait disparu, mais il s'était produit un phénomène qui prouve le rôle que joue le plâtre dans cette préparation. Toutes les croûtes, de mollasses qu'elles étaient, avaient pris une consistance considérable, et plus tard un véritable état corné. Elles formaient des saillies plus ou moins fortes à la surface de la peau; dans les petits espaces où ces croûtes s'étaient détachées, de manière à laisser la peau à découvert, on pouvait voir qu'elle ne sécrétait plus et que son état était singulièrement amélioré. Il y avait donc eu trois effets obtenus : la désinfection, la diminution de la sécrétion morbide et la solidification des croûtes. Bientôt celles-ci devinrent tellement dures, qu'il fallut en débarrasser le malade par des sections multipliées. L'usage continué de la poudre finit par amener la peau à ne plus sécréter que quelques lamelles épidermiques.

M. Devergie, depuis ce premier essai, a employé la poudre de coaltar sur un grand nombre de sujets dans des cas de rupia, d'ecthyma, de zona, de pemphygus, d'herpès, de gale pustuleuse, d'impétigo, etc.

Dans la généralité de ces cas, il en est résulté une amélioration très-notable, c'est-à-dire que dans un espace de temps assez court la sécrétion diminuait, l'inflammation se calmait, la peau tendait à reprendre son état normal, en même temps que les sensations plus ou moins désagréables ou douloureuses pour les malades s'atténuaient. Mais chez quelques-uns d'entre eux, il en résultait une excitation qui obligeait à revenir à la poudre de riz ou à l'amidon.

Enfin, et ceci est essentiel à ajouter, M. Devergie déclare qu'à l'aide de ce moyen il a obtenu de très-notables améliorations, mais jamais une guérison complète des affections eczémateuses.

M. Devergie, voulant savoir quel rôle jouait le plâtre dans ces améliorations marquées, a employé du plâtre très-fin, le plâtre à modeler. Il n'a pas tardé à voir qu'il agissait mieux que la poudre de riz et d'amidon, mais qu'il agissait moins que la poudre de coaltar. Il ne lui est donc pas resté de doute dans l'esprit sur l'utilité du mélange de coaltar dans les proportions indiquées plus haut.

Dans les intertrigos, cette poudre lui a paru plus active que les mélanges d'amidon et de tan, ou d'amidon et de poudre de vieux bois, dont on se sert habituellement. Il en a été de même pour les acnés de la face.

La poudre de coaltar ne doit jamais être employée d'ailleurs, suivant M. Devergie, qu'en très-faible proportion.

OBSERVATION DE COURBURE DES OS DE L'AVANT-BRAS,

avec fracture incomplète, chez une femme de soixante ans,

Par M. Bonifas (d'Anduze).

(Rapport lu à la Société de chirurgie par M. Boinet.)

Le docteur Bonifas (d'Anduze) a adressé à la Société de chirurgie une observation de fractures incomplètes, qui, si elle était exacte, serait un cas très-curieux et très-intéressant de courbure des os, avec fracture incomplète, chez les vieillards. Malheureusement l'observation de notre confrère nous a laissé plus d'un doute; aussi allons-nous vous faire connaître ses points principaux, afin que vous puissiez la juger.

Il s'agit d'une vieille femme de soixante ans, qui dans le mois de décembre 1858, étant occupée dans une papeterie, eut sa robe accrochée par une aiguille en fer, fixée à un arbre horizontal en fer d'environ 12 centimètres. Cet arbre tournait très-lentement; en voulant retirer sa robe, celle-ci ainsi que l'avant-bras et le bras s'enroulèrent dans le sens de la flexion autour de l'arbre, qui était placé à 0,30 centimètres au-dessus du sol; heureusement que dans ce moment la courroie qui mettait l'arbre en mouvement, vint à se détacher, sans quoi l'épaule de cette malheureuse allait aussi s'engager. Appelé à voir cette malade, le docteur Bonifas constate les lésions suivantes :

Gonflement considérable du membre. A 2 centimètres au-dessous du col chirurgical, l'humérus est fracturé, et les fragments ne sont déplacés que suivant la direction; ils forment un angle très-obtus, dont le sommet se dirige en arrière, et un peu en dehors. La crépitation et la mobilité sont très-manifestes.

A l'avant-bras, à 4 centimètres au-dessous du pli du coude, existe une seconde fracture; mais celle-ci est incomplète, n'intéressant *que les trois quarts postérieurs des deux os*; les fragments supérieurs forment avec les inférieurs un angle très-obtus, dont le sommet regarde en arrière.

Nous demanderons en passant comment notre confrère a pu, au milieu d'un gonflement très-considérable, constater d'abord que la fracture de l'humérus siégeait à 2 centimètres au-dessous du col chirurgical; comment il a pu s'assurer que les fractures situées à 4 centimètres au-dessous du pli du coude n'intéressaient que les trois quarts postérieurs des deux os, etc.

A égale distance de cette seconde fracture et de l'articulation du poignet, existe une troisième fracture qui présente *les mêmes caractères*. M. Bonifas ne constate dans ces dernières fractures ni mobilité, ni crépitation; *seulement la déformation du membre*, qui, suivant notre confrère, ne laissait aucun doute sur l'existence de ces deux fractures incomplètes.

Le traitement n'a présenté rien de bien remarquable. La tendance au déplacement était nulle. En réduisant les fractures de l'avant-bras, notre confrère affirme qu'il a fait *disparaître en partie* la déformation de l'avant-bras et qu'il a eu conscience d'opérer un redressement, et qu'en l'accomplissant, il a senti quelques fibres se briser... D'ailleurs, ajoute M. Bonifas, la double fracture était évidente; elle seule pouvait expliquer l'incurvation de l'avant-bras suivant sa face antérieure. A cause du gonflement considérable du bras et de l'avant-bras, et de la douleur, l'appareil dextriné ne put être appliqué que huit jours après l'accident. La malade a recouvré l'usage de son membre. Il y a eu longtemps de la roideur, et aujourd'hui il est seulement un peu moins fort qu'auparavant.

A la suite de cette observation viennent des réflexions de notre confrère, qui cherche à démontrer qu'il a eu affaire à des fractures incomplètes par courbure des os, telles qu'on en rencontre chez les jeunes sujets ou chez des individus de mauvaise constitution. Chez cette vieille femme, dont la constitution et les antécédents sont passés sous silence, notre confrère pense que les fractures de l'avant-bras *ont été incomplètes et indirectes*, parce qu'elles ont eu lieu successivement et avec une grande lenteur; que, d'ailleurs, la malade a affirmé qu'elle avait senti *ses os craquer peu à peu*.

L'observateur s'appuie sur la lenteur du mouvement de rotation de l'arbre sur son diamètre, qui, s'il avait été plus petit, aurait produit des lésions infiniment plus graves...; les doigts de cette femme ont été engagés les premiers et étaient appliqués contre l'arbre par leur

---

avec soin le chapitre de la symptomatologie des Traités de MM. Bourgeois et Raimbert. La description des phénomènes locaux et généraux de la pustule maligne est tracée de main de maître; on voit que ces deux auteurs possèdent la question dans ses détails les plus minutieux, et qu'ils se plaisent à faire passer en revue, sous les yeux du lecteur, dans une série d'observations bien étudiées, chacun des signes caractéristiques des différentes phases de la maladie; rien n'est oublié, et si le moindre reproche était à adresser, ce serait sur la trop grande abondance de détails variés, qui jette parfois le lecteur dans un certain état d'indécision, relativement au pronostic.

Après l'analyse symptomatologique, M. Bourgeois reprend en sous-œuvre, et il a raison, la description de chaque pustule maligne, suivant son siége, à la face, au cou, sur le tronc et sur les membres, avec leurs différentes variétés, suivant chaque point de ces grandes régions du corps; ainsi les pustules malignes de la face sont modifiées dans leur aspect et dans leur allure, suivant que le siége initial sera au front, aux paupières, aux nez, aux lèvres, etc.; celles du cou, suivant qu'elles apparaîtront à la région cervicale antérieure ou postérieure, etc.; celles des membres supérieurs, suivant que l'éruption se développera à la main, à l'avant-bras, au bras, à l'épaule. Ce chapitre remarquable révèle en M. Bourgeois un rare talent d'observation et une grande connaissance de la maladie qu'il décrit avec l'autorité du praticien consommé.

M. Bourgeois passe ensuite à la description de l'œdème malin ou charbonneux; il revendique avec raison la priorité dans la description de cette forme particulière si dangereuse et si insidieuse du charbon externe, qui le plus souvent envahit les paupières, mais peut siéger également sur toutes les autres régions du corps, ainsi que l'établissent plusieurs faits rapportés par M. Raimbert.

Quant à l'anatomie pathologique et à l'histologie, c'est à son ouvrage qu'il faut s'adresser pour étudier cette question, qui n'avait encore été approfondie dans aucun traité *ex professo*; aujourd'hui, grâce à ses observations et à la description des lésions anatomiques, cette lacune de l'histoire du charbon est en partie comblée; l'histologie seule laisse encore beaucoup à désirer, ce sera un nouveau sujet de recherches pour nos savants micrographes.

Après avoir passé en revue la *partie officielle* de la pustule maligne, suivant l'expression de M. Bourgeois, nous arrivons à la deuxième partie de son livre, c'est-à-dire à la *partie non officielle*, qui se compose de sujets où la discussion peut avoir beaucoup de prise, et qui peuvent être à peu près tous susceptibles d'interprétations diverses; ces sujets sont : la nature de la pustule maligne, ses variétés essentielles, son étiologie, ses signes pronostiques, son diagnostic et son traitement; nous n'avons ni le temps ni l'espace pour faire ici une analyse critique de tous ces sujets.

Disons en terminant que la publication de ces deux monographies sur les maladies charbonneuses répondait à une nécessité scientifique de notre époque, car les discussions qui ont eu lieu récemment sur la question des maladies charbonneuses à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie, nous prouvent que cette affection est encore très-mal connue à Paris.

Les traités de MM. Raimbert et Bourgeois vont dorénavant fixer l'opinion des médecins sur la véritable pustule maligne, en même temps qu'ils vont faire justice de ces médicaments éphémères qui viennent encombrer la thérapeutique du charbon.

L'ouvrage de M. Raimbert, qui embrasse toutes les maladies charbonneuses, tant chez l'homme que chez les animaux, aura en outre l'avantage d'être consulté avec intérêt par tous les médecins vétérinaires; aussi nous prédisons à ces deux livres un succès mérité.

A. Maunoury.

---

face antérieure. Cet enroulement, grâce aux articulations des différentes phalanges entre elles, a pu s'effectuer sans difficulté; il a pu encore se produire jusqu'auprès de l'articulation radio-carpienne; alors sont arrivés les os de l'avant-bras, qui trop longs pour s'enrouler ont dû se fracturer, de telle façon que les fibres de la face postérieure du radius et du cubitus, qui éprouvaient une distension plus considérable, se sont rompues; tandis que celles de leur face antérieure, qui appuyaient sur l'arbre, n'ont été que courbées.

Pour montrer que les choses se sont passées ainsi, notre confrère recommande de faire l'expérience suivante: Si on prend une allumette en bois, qu'on la place par son centre sur le rebord d'une cheminée, puis qu'on appuie avec lenteur sur ses deux extrémités, cette allumette se fracture d'une manière incomplète, c'est-à-dire dans les cinq sixièmes de son épaisseur environ, et si l'expérience est faite sur un corps cylindrique, la fracture intéressera une épaisseur moindre. Il conclut de cette expérience que chez sa malade les fractures de l'avant-bras ont eu lieu par un mécanisme semblable.

Nous ferons remarquer que cette observation manque de plusieurs détails importants. Nous avons déjà insisté sur quelques-uns. Il eût été bon aussi de savoir si dans la constitution de cette malade il n'y avait aucune cause de ramollissement du tissu osseux.

Pour appuyer son diagnostic, M. Bonifas invoque :

1° La déformation de l'avant-bras;
2° Le craquement entendu par la malade;
3° La cause fracturante;
4° L'expérience qu'il a faite avec une allumette en bois.

Ces preuves sont loin d'avoir à nos yeux la valeur qu'on veut bien leur donner.

La déformation de l'avant-bras, dans ce cas particulier, ne peut être considérée comme un signe certain de l'incurvation des os chez cette malade. Le gonflement était très-considérable; par conséquent, ne pouvait-il pas être la cause de la déformation? On sait que dans quelques cas l'infiltration du sang, qui durcit certaines parties, tandis que d'autres, qui sont le siége d'un épanchement, sont ramollies, peut faire croire à l'existence d'inégalités produites par les fragments d'une fracture, et être une cause d'erreurs de diagnostic. A cette occasion, nous citerons un fait que nous avons observé tout dernièrement sur un enfant de sept ou huit ans. En tombant dans un escalier, il se luxa le cubitus en arrière; à la suite de cette chute, le bras et l'avant-bras se gonflèrent énormément. Le confrère qui m'avait fait appeler le lendemain de l'accident avait cru à plusieurs fractures du bras et de l'avant-bras, mais surtout à une forte courbure des os de l'avant-bras, en raison de l'âge du sujet et de la déformation très-marquée qui existait. En effet, en regardant l'avant-bras de cet enfant, il était difficile de ne pas avoir l'idée d'une courbure des os; mais dès qu'on eut examiné les choses de plus près, il fut facile de constater la luxation du coude, ce qui était déjà une présomption pour écarter l'idée d'une fracture ou d'une courbure des os de l'avant-bras; celle-ci n'était qu'apparente. La luxation ayant été réduite, et le gonflement ayant complétement disparu au bout de quelques jours, il devint facile de constater que la déformation du membre dépendait de son gonflement et non de la courbure des os.

Puisque notre confrère a été obligé d'attendre pendant huit jours la disparition du gonflement pour appliquer un appareil dextriné; il devait être facile de constater un *reste de courbure*, si elle existait réellement, puisqu'il dit qu'au moment de la réduction il n'a pu la faire disparaître *qu'en partie*; cette circonstance aurait pu l'éclairer sur le diagnostic. A la fin du traitement, lorsqu'il a enlevé l'appareil, alors que l'avant-bras devait être aminci, un peu atrophié, ce qui arrive toujours lorsqu'un membre a été renfermé pendant un mois ou six semaines dans un appareil inamovible, notre confrère aurait pu encore constater un reste de courbure ou bien les traces du cal.

Mais il n'est rien dit de tout cela dans l'observation.

Quant au craquement entendu par la malade au moment de l'accident, c'est un signe de bien peu de valeur pour affirmer la fracture incomplète des os de l'avant-bras, car ce craquement entendu par la malade peut bien être le résultat de la fracture de l'humérus; on sait, d'ailleurs, quelle confiance on peut avoir dans le dire des blessés en pareille circonstance.

Pour ce qui est de la cause fracturante, elle aurait pu produire tout aussi bien une fracture simple et directe qu'une fracture incomplète et indirecte. Enfin, nous ne voyons guère la similitude qui peut exister entre la fracture d'une allumette en bois, dont les fibres sont molles, plus ou moins extensibles, et le radius et le cubitus d'un vieillard, dont le tissu osseux est sec et friable.

Les raisons que nous venons d'indiquer doivent donc nous engager à n'accepter l'observation de notre confrère d'Anduze qu'avec beaucoup de réserve; non que nous voulions nier d'une manière absolue que les fibres des os des vieillards non atteints de cancer, de scorbut ou de rachitisme, ne puissent, soumises à une extension lente, successive et graduée, éprouver une certaine courbure, comme celle qu'on observe chez les jeunes sujets, nous connaissons sur ce sujet les observations de Cooper, Compaignac, Meiding, Chelius, Costollat, Sanson, Cloquet; — mais parce que le fait apporté par notre confrère ne nous paraît pas offrir toutes les preuves que réclame un pareil sujet. Cette observation n'en est pas moins intéressante et mérite de fixer l'attention.

THORACOCENTÈSE

Pratiquée par MM. les docteurs BIDAULT (de Conches) et BERGERET (de Saint-Léger-sur-Dheune).

La femme O..., de Saint-Jean-de-Trezy, âgée de trente-neuf ans, basse-courière, réglée à dix-huit ans. A dix-neuf ans, aménorrhée complète jusqu'à vingt ans, époque de son mariage. Depuis lors, sa santé revint; elle fut bientôt mère de famille et se porta toujours assez bien jusqu'à cette dernière maladie que je vais décrire.

L'année dernière, cette femme fut accablée de travail; les soins qu'elle était obligée de donner à de la volaille de toute espèce ne lui laissaient qu'un repos insuffisant. Ce travail exagéré, joint à l'irrégularité des repas, détériora profondément cet organisme délicat.

Dès le mois d'août 1859, elle se plaignit de battements de cœur, d'étourdissements, de douleurs intercostales, etc. La chloro-anémie était très-marquée.

Les premiers jours de décembre, cette femme fut obligée de garder le repos; les accidents anémiques étaient poussés à l'extrême. L'innervation, la circulation, la digestion, la myotilité, toutes ces fonctions étaient profondément atteintes. Les pieds étaient tuméfiés; les articulations des genoux présentaient une double hydrarthrose; ces dernières articulations étaient si faibles, que la malade craignait de tomber à chaque pas. La peau des jambes était maculée de larges pétéchies; les gencives étaient boursouflées, saignantes.

Contre cet état alarmant, je n'eus recours qu'aux toniques radicaux; je n'administrai pas de préparations martiales, à cause d'une légère toux, quoique l'auscultation la plus minutieuse ne m'eût pas fait découvrir la moindre altération organique des poumons.

Au commencement de février 1860, cette femme avait repris son travail; toute la symptomatologie chloro-anémique avait presque disparu, et les forces revenaient assez vite.

Le 24 février, O... fit le voyage de Châlon-sur-Saône, en voiture, par le froid excessif de cette époque. Elle revint de son voyage avec une pleurésie sans fièvre ni point de côté.

Le 2 mars, O... me fit demander. Cette femme était haletante et se plaignait d'un embarras épigastrique. Une légère toux, une injection marquée des pommettes, l'anhélation, me firent soupçonner une affection thoracique. Je trouvai un épanchement presque complet de la plèvre gauche; la sonorité n'existait qu'au sommet; le cœur battait régulièrement, sans gêne, et n'était pas déplacé; la malade n'avait pas de fièvre. J'employai les drastiques, qui jusqu'alors m'avaient toujours réussi, même dans les épanchements très-vieux, là où la thoracocentèse est impraticable, ou bien produirait une déviation de la colonne vertébrale. (J'en pourrais citer un cas chez un malade de Sainte-Hélène remontant à trois ans, qui a donné lieu aux diagnostics les plus bizarres, et que j'ai guéri en six mois de temps au moyen des drastiques.) Ma médication par les drastiques, dis-je, échoua complétement chez cette malade; l'épanchement, loin de diminuer, et même de rester stationnaire, augmenta d'une manière effrayante.

La cavité pleurale se remplit entièrement, le cœur se déplaça d'une manière notable, la plèvre refoula tellement le médiastin, que l'égophonie et le souffle pleurétique s'entendaient à droite du sternum et de la colonne vertébrale.

Le 7 mars, je proposai à cette femme de la guérir par la ponction: elle accepta.

Le 9, je priai mon savant confrère, le docteur Bidault, de vouloir bien examiner ma malade, pour juger si l'opération lui paraissait, comme à moi, d'une urgence absolue. Son avis fut conforme au mien, et séance tenante, nous vidâmes un litre deux tiers de sérum fibrineux de la plèvre gauche.

Notre procédé opératoire n'a différé du procédé ordinaire par le trocart, que par le remplacement de la baudruche par une vessie de porc.

Nous ouvrîmes la vessie près du sphincter, assez largement pour y passer la main; nous la ramollîmes dans de l'eau tiède et la perçâmes à son sommet avec le trocart; alors nous ponctionnâmes entre la septième et la huitième côte, à la partie latérale de la poitrine. Le soulagement fut immédiat; le jeu du poumon devint régulier, en avant, jusqu'à la quatrième côte; en arrière, jusqu'au tiers supérieur de la fosse sous-épineuse. Au-dessous des points que nous venons d'indiquer, en avant et en arrière, la matité est restée complète et l'égophonie aussi marquée qu'avant l'opération. Nous n'avons pas vu se produire, chez notre malade, la toux quinteuse qu'on remarque d'habitude à la fin de l'écoulement du liquide.

Le 9 au soir, la malade eut un accès de fièvre qui dura une heure environ.

Le 10, pas de fièvre; la malade respire commodément; le cœur est parfaitement revenu à sa place; la malade a dormi une grande partie de la nuit. La respiration s'entend plus bas, en avant et en arrière; elle s'entend également dans le creux axillaire. Plus de gêne épigastrique.

Le 11, pas de fièvre; quelques bouffées de chaleur; respiration bonne jusqu'à la pointe de l'omoplate.

Le 12, l'état continue de s'améliorer; légère contracture des muscles fléchisseurs et de l'avant-bras gauche.

Le 15, large vésicatoire derrière le dos, là où il reste de la matité et de l'égophonie.

Depuis cette époque, cette femme a recouvré la santé; seulement les jours de pluie elle se plaint d'un peu d'essoufflement et d'un peu de gêne respiratoire.

Le 13 avril, cette femme va très-bien; il reste néanmoins, tout à fait à la base de la poitrine, un peu de chevrotement; mais la respiration est bonne, et les vibrations thoraciques sont aussi fortes que celles du côté droit.

ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE CAROTIDE INTERNE
dans le sinus caverneux.

Le malade était entré à l'hôpital Saint-Georges, le 21 août dernier, pour une maladie de la valvule mitrale avec hypertrophie, sans antécédents de rhumatisme. Il se plaignait d'une douleur dans l'œil gauche et d'un mal de tête général.

Peu de jours après son admission, il éprouva un vertige intense qu'on attribua à l'influence de la digitale qui lui était administrée.

Le 25, il se trouva plus mal; on remarqua un peu de blépharoptose, phénomène qui, au bout de quatorze jours, s'était converti en un prolapsus complet de la paupière.

La pupille était très-dilatée et la vision presque abolie; en même temps engourdissement de tout le côté gauche du front et larmoiement abondant. Il se manifesta ensuite un peu d'amélioration et le malade voulut retourner chez lui; mais il ne tarda pas à revenir.

La vision s'était rétablie, la blépharoptose était beaucoup moins prononcée; mais il existait toujours une vive douleur de tête: la mort survint le jour qui suivit la rentrée à l'hôpital.

A l'autopsie on ne trouva aucune altération dans le système artériel en général, nulle obstruction dans les artères de la base du cerveau; mais il existait un anévrysme de la carotide interne gauche dans la cavité du sinus caverneux. On suivait sur la tumeur le trajet des nerfs qui se rendent à l'orbite: le nerf de la troisième paire était distendu de dedans en dehors, ainsi que la branche ophthalmique de la cinquième.

L'anévrysme était à demi rempli par un caillot. D'après l'état sain des autres artères, M. Holmes, qui a présenté la pièce à la Société pathologique de Londres, est porté à attribuer l'origine de cet anévrysme à un dépôt de fibrine dans le point où il s'est développé.

(*Union médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 avril 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Larrey informe la Société qu'il a répondu à M. Secourgeon dans le sens indiqué par la discussion elle-même, en tenant compte, d'une part, des difficultés d'appréciation de cette fémoro-coxalgie, sans un examen direct du malade, et d'autre part, des insuccès de l'expectation, à une période aussi avancée de la maladie.

Il l'a engagé, en conséquence, à tenter d'abord la résection de l'extrémité articulaire du fémur, avec ou sans rugination de la cavité cotyloïde, sauf à recourir ensuite, par un complément du procédé opératoire, à la désarticulation secondaire de la cuisse.

M. GIRALDÈS : Dans la dernière séance, je n'avais pas de statistique à citer à l'appui de ce que j'ai dit. Or, voici les faits que j'ai réunis sur ce sujet.

Fock, médecin en chef de l'hôpital de Magdebourg, a relaté, dans les *Archives de chirurgie clinique*, publiées sous la direction de Langenbeck (t. I, premier cahier, p. 172), 90 observations, ainsi réparties :

46	pratiquées par des chirurgiens anglais.		
7	—	—	américains.
34	—	—	allemands.
2	—	—	français.
1	—	—	belge.
TOTAL 90			

Sur ce chiffre, 78 résections ont été pratiquées pour des maladies articulaires; il y a eu 38 guérisons, 26 morts. — Sur les 38 guérisons, il reste pourtant 14 cas douteux. Enfin, 22 fois les opérés ont pu se servir de leur membre, et la résection leur en a rendu l'usage.

Dans une autre statistique de Baswell, nous trouvons relatés 104 cas de résection; 12 de ces opérations ont été pratiquées à la suite de lésions traumatiques; 11 à la suite de plaies par armes à feu. On compte 1 succès. 92 résections ont été faites à la suite de maladies articulaires; il y a eu 56 guérisons, 32 morts, 4 cas douteux.

Sur ces 56 guérisons, nous voyons 14 cas dans lesquels les renseignements ne sont pas suffisants, pour savoir quel a été le résultat définitif; 6 fois les malades n'ont pas pu se servir de leur membre après l'opération; 36 fois les opérés ont pu marcher et ont recouvré, après la résection, l'usage de leur membre.

Voilà pour la résection de l'articulation coxo-fémorale. Quant aux résections du genou, sur 181 observations, rassemblées par M. Baswell, nous trouvons 39 morts, dont 2 après avoir été amputés; 20 malades ont été amputés, consécutivement à l'opération, et nous ne savons pas ce qui est arrivé; il reste 122 guérisons.

Ces chiffres parlent assez en faveur des résections, et je crois que l'on ne peut pas rejeter facilement des opérations qui ont pu donner les résultats que j'ai recueillis et que je viens de vous communiquer.

— La Société est appelée à voter sur la demande de M. Michon de changer son titre de membre titulaire en celui de membre honoraire.

Votants	25
Oui	24
Bulletin blanc	1
	25

En conséquence, M. Michon est nommé membre honoraire de la Société.

CORRESPONDANCE.

M. Blot (Hipp.) se présente comme candidat à la place de membre titulaire qui vient d'être déclarée vacante.

— La Société a reçu le discours prononcé sur la tombe du professeur Forget (de Strasbourg), par M. Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.

— M. Follin offre à la Société, au nom de l'auteur M. le docteur Metaxas, une thèse inaugurale intitulée : *De l'exploration de la rétine et des altérations de cette membrane visibles à l'ophthalmoscope.* Paris, 1861, in-4° (166 pages et 3 planches).

LECTURE D'UN RAPPORT.

M. BOINET lit un rapport sur une observation de M. Bonifas (d'Anduze). [Voir plus haut.]

M. Boinet propose de remercier l'auteur de ses observations. Cette conclusion est adoptée.

Sur la proposition du président, la Société décide que le rapport de M. Boinet sera imprimé dans les *Bulletins*.

— M. CHASSAIGNAC : Je ne puis qu'approuver les réserves que la Commission a apportées dans l'appréciation de cette observation. Il me semble difficile d'admettre une fracture incomplète, dans le fait qui nous a été adressé. Il est curieux et intéressant sans doute; mais je ne peux pas croire qu'il y ait eu, à cet âge, et dans ces conditions, avec une violence si grande, une ou plusieurs fractures incomplètes. J'ai rencontré, dans ma pratique, un certain nombre de cas dans lesquels les fractures donnent lieu à des symptômes assez singuliers. Avec une fracture évidente, une mobilité anormale des plus prononcées, on ne trouve pas de crépitation. J'ai donné à ces fractures le nom de **fractures molles**.

J'ai bien vu huit ou dix de ces faits, et j'ai plusieurs fois, dans mes leçons, appelé l'attention sur ce point. J'ai observé ces fractures sur l'humérus. Lorsque l'on cherche à se rendre compte de la lésion, on plie le membre en différents sens et sans difficulté, et l'on ne sent pas de crépitation, du moins en procédant comme doit le faire le chirurgien qui cherche à s'assurer s'il existe ou non une fracture. Peut-être sentirait-on cette crépitation si l'on cherchait à imprimer au membre blessé des mouvements violents et étendus, mais ce n'est pas ainsi que doit faire le chirurgien. Ces fractures sont lentes à guérir. Je n'ai jamais pu, par des autopsies, m'assurer de l'état des os. Elles avaient eu pour cause une violence considérable, telle

que le passage d'une roue de voiture sur le bras, ou l'enroulement du membre autour d'une roue mise en mouvement par la vapeur, etc.

M. HUGUIER. Les faits de M. Chassaignac sont fort intéressants; peut-être pourrait-on trouver l'explication de cette absence de crépitation dans le mode même de production de ces fractures. Il y a eu violence considérable, attrition du membre, et partant épanchement sanguin abondant, et broiement des parties molles. Cet épanchement, cette attrition sont de mauvaises conditions pour que l'on puisse sentir la crépitation.

Du reste, la déformation et la mobilité anormales sont telles que, comme le disait M. Chassaignac, le chirurgien n'a pas besoin de rechercher la crépitation. Peut-être encore, les muscles étant déchirés, quelques faisceaux musculaires viennent-ils s'interposer entre les fragments osseux. Toutes ces conditions expliquent fort bien pourquoi, suivant l'observation de M. Chassaignac, ces fractures sont longues à guérir. La soudure, au lieu de se faire directement, se fait latéralement, et, pour ainsi dire, au moyen d'un cal latéral.

Pour en revenir au fait de M. Bonifas (d'Anduze), je trouve aussi difficile d'admettre une fracture incomplète. Dans les cas de fractures des deux os de l'avant-bras, les deux os sont rarement cassés à la même hauteur; le déplacement en avant et en arrière est facile, et en raison de l'épanchement sanguin et de l'épaisseur des muscles, la crépitation est difficile à sentir; on ne la cherche même pas, tant la mobilité anormale et la déformation suffisent pour établir le diagnostic. Le déplacement latéral est plus difficile, et ce fait explique peut-être pourquoi l'on peut croire à une fracture incomplète. Si l'on voulait chercher dans ce sens, la douleur est vive, mais la crépitation serait plus aisément perçue.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. VERNEUIL présente une petite fille de neuf ans, atteinte d'une **luxation du coude**, datant de six mois, et survenue à la suite d'une chute. Cette luxation latérale interne persiste. La médecin prétend avoir réduit cette luxation, qui se serait reproduite au moment où fut levé le premier appareil.

Les mouvements de flexion et de rotation du coude, quoique gênés, sont conservés; peut-être en raison de ces circonstances, ajoute M. Verneuil, pourrait-on tenter encore la réduction de cette luxation. Mais ce fait a besoin d'être étudié avec soin, avant de se décider à prendre un parti, et, dit en terminant M. Verneuil, le malade devant entrer dans le service de M. Marjolin, notre collègue pourra compléter ultérieurement cette observation.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. RICHET présente une pièce d'**anévrysme artério-veineux du pli du coude**, fort instructive et fort intéressante, et remet une note détaillée. (Nous la publierons dans un prochain numéro).

M. FOLLIN présente une pièce de **cancroïde glandulaire**, développé aux dépens de la couche glanduleuse sous-muqueuse des grandes lèvres.

Toutes les fois, dit M. Follin, qu'on examine un cancroïde de la peau ou des muqueuses, il est curieux de rechercher le siége anatomique de cette production. On trouve en effet plusieurs variétés de ces cancroïdes, ayant une physionomie et une marche particulières, caractéristiques.

Il y a des cancroïdes développés dans l'épaisseur du derme (*cancroïdes dermiques*); des cancroïdes ayant leur point de départ dans les papilles de la peau (*cancroïdes papillaires*); des cancroïdes enfin dont le siége est dans les glandules cutanées (*cancroïdes glandulaires*).

La forme, l'aspect, les caractères des deux premières variétés en rendent généralement le diagnostic assez facile. La dernière espèce est assez rare et n'est pas toujours commode à déterminer. Or, dans la pièce que je présente à la Société, cette détermination est facile et ne peut pas laisser le moindre doute.

J'ai enlevé ce matin cette tumeur sur les grandes lèvres d'une femme de la Salpêtrière. Elle était située à la partie inférieure de la grande lèvre droite et occupait à la fois la face muqueuse et la face cutanée de la grande lèvre. Il y avait de plus un petit prolongement vers le haut, du côté de l'urèthre.

La femme est âgée de cinquante-sept ans; elle a eu beaucoup d'enfants. La maladie a débuté il y a onze mois par un bouton situé dans la moitié inférieure de la grande lèvre droite. Sa marche a été assez rapide, et aujourd'hui, à la place du bouton, on trouvait une espèce de champignon, gros comme un petit œuf, étalé, végétant et ulcéré, saignant facilement.

Pendant plusieurs mois, avant que je visse la malade, on fit des cautérisations avec le nitrate d'argent, et elles semblaient plutôt activer que retarder l'évolution de la tumeur.

J'ai fait aujourd'hui l'extirpation de tout ce champignon. Il y eut un écoulement sanguin, veineux, assez abondant. La maladie était limitée, et il n'y avait aucun retentissement dans les ganglions inguinaux.

La coupe de cette tumeur, dans différents points, nous montre qu'elle est formée de lobules, placés les uns à côté des autres, isolés et recouverts d'une couche épithéliale considérable. Au centre de ces lobules, on retrouve une petite cavité, qui n'est autre chose que la cavité primitive de la glande dans laquelle et autour de laquelle s'est développé le cancroïde. Ces petites cavités sont visibles à l'œil nu, et on peut très-bien les étudier à la loupe.

M. BROCA. Cette pièce de M. Follin vient compléter la série des cancroïdes cutanés que j'ai pu étudier jusqu'à présent. Je ne veux pas insister sur les cancroïdes dermiques et papillaires, mais seulement sur les cancroïdes glandulaires.

Notre collègue M. Verneuil a bien étudié les *cancroïdes* développés dans les *glandes sudoripares*, et nous en avons vu un grand nombre d'exemples à la Société. A côté de ceux-ci, je placerai les *cancroïdes sébacés*, c'est-à-dire qui ont leur siége dans les glandules qui portent ce nom. J'en ai opéré un, il y a quatre ans, qui était placé sur le nez d'un individu, et j'ai pu m'assurer qu'il avait son siége dans une glande sébacée. Il n'y a pas eu de récidive. Ici le *cancroïde* a son point de départ dans une autre catégorie de glandes, dans les *follicules muqueux* de la vulve. Ces follicules sont assez grands, plus grands que les follicules sébacés; c'est ce qui explique pourquoi la cavité glandulaire est apparente et visible même à l'œil nu.

— M. CHASSAIGNAC présente un malade et des pièces pathologiques.

1° Le malade offre une affection assez rare et singulière. Il porte sur le corps, sur les bras, les avant-bras, le tronc, les membres inférieurs, mais surtout sur les membres supérieurs, une cinquantaine de petites tumeurs. Ces productions sont d'un volume un peu variable: les unes ont la grosseur d'une petite noisette, d'autres ont à peine les dimensions d'un grain de blé. Elles sont saillantes, et forment sur le corps un relief, ce qui les fait ressembler aux tumeurs auxquelles on a appliqué cette dénomination si impropre de **tumeurs molluscoïdes.**

M. Chassaignac a enlevé une de ces tumeurs, et l'a trouvée formée de tissu graisseux. Mais ce sont surtout les caractères propres à chacune de ces tumeurs qui méritent de fixer l'attention. La peau est atrophiée au niveau de ces productions, et celles-ci ne sont recouvertes que par une pellicule épidermique très-mince. Il semble qu'elles soient dues à la hernie du tissu cellulo-graisseux sous-cutané légèrement hypertrophié, à travers le derme atrophié. On pourrait leur appliquer le nom de *lipômes molluscoïdes*.

2° M. Chassaignac présente une **tumeur de la base du cerveau.** Elle a été recueillie sur le cadavre d'un homme de cinquante ans atteint depuis longtemps d'une amaurose double. L'examen ophthalmoscopique avait montré sur les deux yeux une atrophie de la papille rétinienne. Le malade, qui n'a jamais, à part cette amaurose, présenté de phénomènes de paralysie, fut pris, dans les salles, d'érysipèle de la face et mourut.

A l'autopsie, on a trouvé au-dessous du lobe droit du cervelet une tumeur du volume d'une noix, placée entre la moelle allongée et le cervelet, mobile, pédiculée, ressemblant à ces tumeurs fibro-plastiques du cerveau qui ont été décrites dans ces derniers temps. Cette tumeur ne comprimait ni les corps genouillers ni les bandelettes optiques; et, chose remarquable, elle n'a donné lieu à aucun phénomène de paralysie appréciable; car le malade, à part l'amaurose, n'a jamais accusé aucun symptôme du côté des organes des sens, du côté de la sensibilité ou de la motilité.

M. BROCA rappelle à ce sujet que Blandin a rapporté des exemples d'amaurose chez des sujets qui n'avaient que des tubercules du cervelet.

3° M. CHASSAIGNAC présente une seconde pièce. C'est un exemple de **tumeur adénoïde** du sein, remarquable par son volume. L'extirpation de cette tumeur a été faite il y a deux jours. M. Chassaignac rapproche cette tumeur de celles qui ont été si bien décrites par M. Velpeau. L'énucléation a été facile. Pourtant du côté de la glande les tissus qui reliaient cette masse à la mamelle formaient un pédicule assez épais et assez résistant. Ce pédicule a été divisé à l'aide de l'écraseur linéaire. Toute l'opération, la section de la peau comprise, a été faite avec cet instrument.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours d'agrégation au Val-de-Grâce s'est terminé le 20 avril. Ont été nommés:

Section d'anatomie: M. J. Paulet, répétiteur à l'École de Strasbourg.

Section de chirurgie: M. Lecomte, médecin-major au 2e d'artillerie.

Section d'hygiène: M. Arnould, médecin aide-major des hôpitaux d'Algérie.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau pour l'année 1861-1862. M. Natalis Guillot a été élu *président*, et M. Monneret *vice-président*; ont été réélus M. Henri Roger, *secrétaire général*, et M. Empis, *secrétaire particulier*; ont été nommés *secrétaire particulier* M. Triboulet, et *trésorier* M. Labric. — *Conseil d'administration*: MM. Barthez (François), Béhier, Bouchut, Hervez de Chégoin et Laillier. — *Conseil de famille*: MM. Bergeron, Guérard, Moreau (de Tours), Trélat et Woillez. — *Comité de publication*: MM. Empis, Hervieux, Monneret, H. Roger et Triboulet.

— La Société d'hydrologie médicale de Paris a nommé dans sa dernière séance: *président*, M. Pidoux; *vice-présidents*, MM. Mialhe et A. Tardieu; *secrétaire des séances*, M. Desnos.

— M. Quotard, professeur de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, vient de mourir en cette ville, à l'âge de soixante-quatre ans. Ancien chirurgien militaire, il appartenait à l'enseignement depuis 1842. M. Quotard a publié un traité estimé sur la non-existence des fièvres essentielles; il était officier d'académie.

— La *Gazette médicale de Strasbourg* donne les détails suivants sur la statistique médicale de l'Alsace:

Le nombre des docteurs dans le département du Bas-Rhin s'élève à 160. Le plus ancien de grade est M. le docteur Ristelhueber, reçu en 1810. Sur les 160 docteurs 139 appartiennent à la Faculté de Strasbourg, 19 à celle de Paris, et 2 ont été reçus à Montpellier. De ces docteurs 70 résident à Strasbourg. Douze de ces derniers n'ont jamais exercé la médecine ou ne pratiquent plus.

Les officiers de santé, tous reçus à Strasbourg, sont au nombre de 45.

On compte dans le département 68 pharmaciens sur lesquels 64 ont reçu leur diplôme de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, 2 de celle de Paris et 2 de celle de Montpellier.

Enfin, il y a dans le département 495 sages-femmes.

Il y a donc dans le Bas-Rhin un docteur par 3,524 habitants; un officier de santé sur 12,530 habitants; un pharmacien sur 8,292 habitants; une sage femme sur 1,139 habitants.

Dans le département du Haut-Rhin, le nombre des docteurs s'élève à 111, dont le doyen est M. Chrétien (de Thann), reçu au grade de docteur en 1818. Sur les 111 docteurs, 60 appartiennent à la Faculté de médecine de Strasbourg, 42 à celle de Paris, 9 à celle de Montpellier.

Il y a dans le Haut-Rhin 21 officiers de santé, reçus de 1821 à 1856; 9 à Strasbourg, 9 à Colmar et 3 à Besançon.

On compte dans le même département 64 pharmaciens, dont 16 admis par les écoles spéciales et 48 par le jury médical.

Les sages-femmes sont au nombre de 392, reçues toutes par le jury médical.

Il résulte de cette statistique que le département du Haut-Rhin compte un docteur par 4,499 habitants, un officier de santé par 23,783 habitants, un pharmacien par 7,804 habitants, et une sage-femme par 1,274 habitants.

— M. le docteur G. Sée, médecin de l'hôpital des Enfants, fera, à partir du 30 avril, tous les mardis, à huit heures, des conférences cliniques, et à neuf heures, des leçons théoriques sur les maladies aiguës des enfants.

La visite aura lieu à huit heures, salle Saint-Jean (service des maladies aiguës).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Des affections nerveuses syphilitiques, par le docteur Léon GROS, ancien médecin en chef de l'hôpital Sainte-Marie-aux-Mines, etc., et LANCEREAUX, interne lauréat des hôpitaux de Paris, etc. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine (prix Civrieux 1859). Un volume in-8° de 500 pages. Prix: 7 fr. *franco*. Paris, 1861, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique, par le docteur G. B. DUCHENNE (de Boulogne). 2e édition entièrement refondue, avec une planche lithographiée et 179 figures intercalées dans le texte. Un volume in-8°. Prix: 14 fr. Chez J. B Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Nouveau traité des maladies vénériennes, d'après des documents puisés dans la clinique de M. Ricord et dans les services hospitaliers de Marseille, suivi d'un appendice sur la *syphilisation et la prophylaxie syphilitique et d'un formulaire spécial*, par le docteur Melchior ROBERT, chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille, ex-interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-8°, x-788 pages. Prix: 9 fr. Chez J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 51. — MARDI 30 AVRIL 1861. (34e ANNÉE.) N° 51. — MARDI 30 AVRIL 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 ». Un an. . . 30 ».

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 29 AVRIL 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

La seule lecture médicale qui ait été faite dans cette séance est un rapport de M. J. Cloquet sur un mémoire de M. Bourgarel, concernant les Néo-Calédoniens. M. Bourgarel, chirurgien de la marine impériale, a mis à profit l'occasion qui lui était offerte pendant une campagne de trois ans dans l'Océanie et une expédition à travers la Nouvelle-Calédonie, à laquelle il avait été attaché comme chirurgien-major, pour recueillir des renseignements importants sur les caractères distinctifs, les mœurs et les coutumes des Néo-Calédoniens.

On trouvera dans le compte rendu l'analyse que M. Cloquet a faite des parties principales de ce mémoire qui n'est lui-même, malgré son étendue, qu'un résumé des nombreuses recherches de l'auteur. Le point capital, au point de vue anthropologique, qui ressort de ce travail, est la démonstration de ce fait nouveau et d'une grande importance; l'immigration incessante des îles diverses de la Polynésie dans la Nouvelle-Calédonie, immigration qui a pour effet de remplacer graduellement la race indigène par une race supérieure. Il résulte de cette circonstance que la population actuelle de la Nouvelle-Calédonie est composée de deux races distinctes et de métis nombreux résultant de leur mélange et qui retiennent les caractères des deux races originelles. C'est ce que fait parfaitement ressortir l'étude attentive et minutieuse que l'auteur a faite d'un grand nombre de têtes de Néo-Calédoniens.

Quant aux nombreux documents, tous dignes d'intérêt, que M. Bourgarel a réunis sur les mœurs et coutumes de ces populations, ils ont surtout paru à M. le rapporteur dignes d'éloge par la sagacité avec laquelle l'auteur les a discutés, et par la bonne foi avec laquelle il a indiqué ce que l'on devait regarder comme certain, ce qui était douteux et ce qui lui était inconnu, « qualité trop rare et d'un très-bon exemple », a-t-il ajouté.

— Puisque le compte rendu de l'Académie des sciences nous place sur le terrain de l'anthropologie, nous saisirons cette occasion pour signaler à nos lecteurs la publication des premiers actes d'une société savante de création récente, et qui s'est proposé d'étudier toutes les questions qui se rapportent à cette partie de la science.

Nous avons sous les yeux quatre fascicules dont la réunion compose le premier volume des *Bulletins* de cette société (1). Il ne nous a pas encore été possible de prendre connaissance des divers travaux que renferme ce premier volume. Mais, à en juger par quelques-uns de ceux que nous avons parcourus, nous ne craindrons pas de nous trop avancer en prédisant un plein succès à l'œuvre de cette petite phalange de savants, parmi lesquels figurent des noms illustres, qui a eu l'heureuse idée d'ouvrir une nouvelle carrière et d'offrir un nouveau but utile à l'activité et à l'intelligence des jeunes générations savantes.

Voici l'indication des titres et des auteurs des principales communications qui ont plus particulièrement frappé notre attention, en parcourant ces quatre fascicules :

Mémoire sur l'ethnologie de la France par M. Broca; observations sur la microcéphalie, considérée dans ses rapports avec la question des caractères du genre humain et du parallèle des races, par M. Gratiolet; communications sur l'industrie primitive et sur les débris de l'industrie humaine qui se rattachent à la question de l'homme fossile, par MM. Pouchet, Geoffroy Saint-Hilaire, Boucher de Perthes, etc.; un rapport de M. Périer sur une thèse de M. Alfred Bourgeois, relative à la question de l'influence des mariages consanguins sur les générations; des considérations sur le non-cosmopolitisme des races humaines, par M. Bourdin; une discussion sur le croisement des races et leur dépérissement; des communications de M. Rufz sur l'anthropologie de Tahiti, de MM. de Rochas et Bourgarel sur les Néo-Calédoniens (cette dernière est un travail préliminaire de celui qui a été l'objet du rapport précité à l'Académie des sciences); enfin diverses instructions rédigées à l'usage des voyageurs savants.

Ces titres seuls indiquent assez le genre d'intérêt que présentent les travaux de la Société d'anthropologie, et justifieront d'avance aux yeux de nos lecteurs les emprunts que nous aurons plus d'une fois l'occasion de faire à ses *Bulletins*. — Dr Brochin.

(1) *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, t. Ier, 1860. Chez Victor Masson, place de l'École de Médecine.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la goutte (1).

Les causes auxquelles on peut attribuer l'invasion de la goutte, sont multiples. Les individus cependant qui sont le plus exposés à contracter cette affection, « ont de bons principes de vie, » dit Sydenham : ils sont en général doués de muscles puissants, ont une grosse tête, de larges épaules, une poitrine saillante et un abdomen proéminent. Vous rencontrerez sans doute quelques goutteux fluets et maigres, mais parmi eux plusieurs auront été auparavant pléthoriques et obèses, et l'hérédité aura fortement agi sur les autres.

Dès la plus haute antiquité, la transmission de la goutte par la voie générative a été admise. Dans leur définition de cette maladie, Boerhaave et Cullen mentionnent ce caractère important. Scudamore, sur 113 cas bien constatés par lui, en a compté 55 qui ne laissaient aucune espèce de doute sous le rapport de l'hérédité.

L'homme étant essentiellement modifiable et perfectible par lui-même, la transmission ne s'effectue pas d'une manière fatale. Nous pouvons à force d'efforts parvenir à l'amélioration de notre organisme et perpétuer chez nos descendants des qualités physiques acquises; nous pouvons également dégénérer et léguer à notre race le cachet indélébile de notre propre déchéance. Ce que je désire que vous sachiez bien, c'est qu'il n'y a rien d'absolu quant à la goutte et que la filiation diathésique ne s'établit pas en vertu d'une loi mathématique. La prédisposition héréditaire exige d'ailleurs, pour se faire sentir, l'action déterminante de quelques-unes des causes qui ont amené la maladie chez les parents. Or, ne peut-on pas prévenir cette influence et se soustraire par une hygiène appropriée à l'ensemble de ces circonstances étiologiques?

Les anciens disaient : *Si a podagra liberari cupis, aut pauper sis oportet, aut ut pauper vivas.* Cela n'est pas rigoureusement exact, mais enfin les occupations sédentaires, le manque d'exercice musculaire et les plaisirs de la table, sont des causes d'une extrême fréquence. Du reste, l'opinion scientifique la mieux établie sur la goutte, celle qui, dans l'état actuel de nos connaissances, permet de se rendre le compte le plus rigoureux des faits observés, consiste à admettre que c'est une maladie qui sévit de préférence sur les individus qui ne se livrent pas à un exercice corporel suffisant, à un travail physique assez énergique, eu égard à leur conformation héréditaire ou acquise. Il en résulte que les aliments ingérés ne se trouvent pas, soit par leur qualité, soit par leur quantité, dans un rapport convenable avec les dépenses habituelles de l'organisme. Les aliments alors, après s'être assimilés, ne servent plus seulement à l'entretien de l'économie, à la réparation des forces, au maintien de la santé; et, en se désassimilant, ils ne sont plus successivement éliminés par les divers émonctoires. Il en reste une certaine proportion dans le sang, et un composé chimique peu soluble, l'acide urique, se forme et s'accumule peu à peu. De là aux manifestations goutteuses et graveleuses que je vous ai fait connaître, il n'y a pas loin.

Restez donc bien convaincus que toutes les causes auxquelles on peut véritablement rapporter la formation de l'état goutteux sont précisément celles qui peuvent rendre imparfaite l'oxydation des matériaux nutritifs ou empêcher l'élimination de leurs résidus. L'analyse prouve que le sang des goutteux contient une proportion d'acide urique plus grande qu'à l'état normal, 50 centigrammes par kilogramme, par exemple. Comme il y a approximativement chez chaque individu 5 kilogrammes de sang en moyenne, il s'ensuit que l'excès d'acide urique dont je parle ne s'élève pas au delà de 2 grammes 50 centigrammes. Les concrétions tophacées sont composées d'urates; les calculs et les pierres que nous rencontrons dans la vessie, en faisant des autopsies de goutteux, les graviers et les dépôts sédimenteux, ont toujours pour base première l'acide urique, mais dans des proportions diverses, il est vrai.

M. Galtier-Boissière rappelle que les carnassiers du genre *felis*, « réduits dans les ménageries à l'état d'animaux de cabinet, y meurent tous avec des dépôts d'urate dans les articulations et les viscères, » ce qui ne se voit jamais, ajoute-t-il, chez ceux qui sont tués à l'état sauvage.

L'homme qui aime et recherche la bonne chère, n'a pas besoin pour marcher droit à la goutte de lester tous les jours son estomac d'une abondante nourriture; il lui suffit d'ingérer habituellement des aliments succulents renfermant sous un petit volume une forte proportion de matériaux nutritifs et très-peu de substances réfractaires à la digestion. Ceux, au contraire, qui ne font usage que d'aliments grossiers et peu réparateurs, mais qui mangent beaucoup, finissent par arriver identiquement au même résultat. Que les deux choses se trouvent réunies, ce qui arrive si souvent, et l'effet sera doublement produit. *In cibo igitur medicamentum*, a dit Skinkius.

Sydenham regarde le goutteux comme une machine chargée et qui est prête à éclater. Chez un varioleux, dit-il, il faut que la maladie apparaisse au dehors, sans quoi elle jettera son dévolu sur un viscère important et déterminera rapidement la mort. De même pour le goutteux, il ne doit pas « laisser explorer les matières récrémentitielles et excrémentitielles stagnant dans le sang »; il faut qu'il finisse par détruire les ferments particuliers et les fasse *erumpere in speciem.*

Plutarque a rappelé que « Platon nous admonestoit sagement de ne remuer et n'exercer point le corps sans l'âme, ny l'âme sans le corps, ains les conduire également tous deux, comme une couple de cheuaux attelez à un mesme timon ensemble ». Cette règle est constamment négligée. Cependant les individus prédisposés à la goutte ne devraient jamais perdre de vue qu'un exercice énergique produit un rapide appel de sang dans le système musculaire, qu'il contribue puissamment à l'équilibre et à l'harmonie de toutes les fonctions, à la conservation générale des forces, des organes et des facultés, et qu'il y va enfin de leur salut de savoir prudemment combiner les travaux corporels avec les études de l'esprit.

Pascal a écrit : « Toutes les bonnes maximes sont dans ce monde, on ne manque qu'à les appliquer. » De même on peut dire à ceux qui s'évertuent constamment à chercher un remède contre la goutte, que depuis longtemps la médication est presque trouvée, et qu'il ne manque aux médecins que de savoir la prescrire, et aux malades de s'y conformer.

A propos de la prophylaxie, je vous parlerai des précautions préventives, mais je ne veux pas, pendant que j'y songe, oublier de mentionner ce fait, que la goutte est très-rare chez les Turcs et les habitants des Antilles. Les boissons aromatiques, telles que le café et le thé, n'auraient donc point une influence trop pernicieuse, à la condition toutefois d'ingérer une très-notable proportion d'eau aux repas ou entre les repas. *Potus theæ et caffe inter reliqua remedia calculosis et podagricis excellunt,* a dit Baglivi.

Sydenham a plusieurs fois répété : La douleur est le meilleur remède, *dolor in hoc morbo est amarissimum naturæ pharmacum.* Eh bien, ce conseil est encore le plus logique, pour ce qui est relatif du moins à l'accès de goutte aiguë chez un jeune homme. Je me refuse catégoriquement pour ma part à traiter un accident de ce genre dans ces conditions-là. Lorsque le malade est vaincu par la souffrance, qu'il pousse des cris d'impatience et de rage, qu'il est en proie à des chaînes de paroxysme, qu'il interprète mal mon inaction thérapeutique et qu'il me pousse à bout, je le considère volontiers comme ce patient découragé qui vous dit : « Docteur, si vous ne me soulagez point, je me brûle la cervelle, » et alors, au lieu de le laisser tomber entre les mains du premier empirique venu, qui lui promettra monts et merveilles, je dévie de ma ligne de conduite, et j'écris une prescription susceptible d'amener un répit si ardemment souhaité. Mais autrement je ne fais rien.

Lorsqu'une jeune fille a ses règles et qu'elle veut aller le soir au bal, elle met ses pieds dans l'eau froide, supprime l'écoulement menstruel, et malgré quelques souffrances du côté de la région rénale, elle danse toute la nuit. L'hémorrhoïdaire qui, à un moment donné, doit monter à cheval, prend un bain de siége froid : un peu de céphalalgie se fait sentir, puis tout est dit. Les

(1) Fin. — Voir les numéros des 9 et 16 avril.

hommes jeunes et vigoureux triomphent facilement des causes morbifiques. Rappelez-vous au besoin ces préceptes de l'école de Salerne :

Corpora sana dabunt balnea, vina, Venus.

Les rôles sont bien changés si l'on a affaire à un sujet qui touche à la triste et maussade vieillesse. Le pentamètre que je viens de citer se convertit alors dans l'hexamètre suivant :

Balnea, vina, Venus corrumpunt corpora sana.

Il y a un âge où il ne faut plus jouer avec rien, et où il faut accepter de grand cœur une manifestation à la peau, sous peine d'avoir à redouter l'invasion de terribles accidents viscéraux, bien autrement compromettants pour la vie qu'un accès de goutte aiguë.

Lorsque la goutte est atonique, on peut tenter quelque chose. Si elle est viscérale, tous les efforts du médecin doivent tendre à la rappeler du côté des articulations.

La goutte est née avec le monde. Déjà dans Aétius et Alexandre de Tralles, il est grandement question d'un précieux remède contre la podagre et les maladies des articulations, qui est désigné sous le nom d'*hermodacte*, et sur lequel on vient enfin d'être récemment édifié. Linné avait pensé que l'ancien hermodacte n'était autre chose que notre *iris tuberosa*, et pendant longtemps on n'avait pas pu profiter des remarques faites par les médecins de l'antiquité sur les effets de cette plante, dont le nom avait même disparu des ouvrages de matière médicale et de thérapeutique.

Dès 1838, M. le professeur Richard avait reconnu dans l'hermodacte tous les caractères du *colchicum illyricum*, qu'il appela onze ans plus tard *colchicum variegatum*. Néanmoins, en 1856, le monde savant était encore dans une certaine incertitude, lorsque M. Planchon, professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, est venu résoudre l'intéressant problème par d'ingénieuses observations et par des recherches bibliographiques très-approfondies. M. Planchon est parvenu à rétablir la tradition synonymique, et il a dressé l'acte de baptême du colchique panaché. Les anciens traitaient donc la goutte comme beaucoup trop de médecins la traitent aujourd'hui. *Multa renascuntur quæ jam cecidere.*

Déjà, en 1688, Ettmuller avait dit : *Hermodactylus veterum, quid sit? Nesciunt moderni, sed his radix hermodactyli est radix, saltem colchici.*

Le colchique est la base de tous ces arcanes, d'une efficacité prétendue merveilleuse, dont la plupart des malades font abus.

Administré sous la forme de teintures ou de liqueurs, d'élixirs, de sirop, de pilules, portant invariablement le nom de l'industriel qui s'en attribue l'invention, et dont on voit chaque jour l'impudent étalage à la quatrième page des grands journaux, le colchique soulage très-souvent, enraye même l'accès; mais un résultat aussi prompt ne s'obtient qu'aux dépens des voies digestives, violemment éprouvées par la médication.

D'ailleurs, *dolorem lenire non est podagram curare*, comme a fort bien dit Van Swieten. Que les attaques de goutte se répètent, et ce ne sera jamais sans péril que l'on ira si souvent infliger à des organes qui constituent en somme la place d'armes de la santé générale, une dérivation d'une aussi excessive brutalité. L'alanguissement causé par ces troubles fonctionnels provoqués sera remplacé au bout d'un certain temps par de l'inappétence et une grande maigreur, et une lésion des voies gastro-intestinales pourra finir par amener la mort d'un malade qui eût pu continuer à vivre avec la goutte, s'il n'avait préféré se suicider en prenant un remède soi-disant appelé à la guérir !

Est-ce à dire que je condamne envers et contre tous l'usage du colchique? Pas le moins du monde; mais il faut que cet agent thérapeutique soit manié avec une circonspection extrême.

L'association la plus heureuse que je connaisse est celle qu'a imaginée M. le docteur Becquerel, qui, en très-honnête médecin qu'il est, s'est empressé de livrer sa formule :

Sulfate de quinine.	1gr 50c
Extrait de digitale.	0 20
Semence de colchique.	0 50

Pour dix pilules. — En prendre de une à trois pendant plusieurs jours de suite.

J'ai souvent vu des accès de goutte aiguë être complétement supprimés dans l'espace de sept ou huit heures, grâce à l'administration de ces pilules de M. Becquerel.

La promptitude de l'action du colchique n'avait point échappé aux anciens, et M. Galtier-Boissière, dont les recherches sont si érudites, rappelle qu'Aétius avait déjà dit en parlant de l'hermodacte : *Confestim minuit dolores*. Arétée a également porté ce jugement : *Podagricis veratrum mirifice*.

Mettez-vous en garde contre tous les spécifiques; ils renferment sans exception des préparations de colchique ou de la vératrine. Les inventeurs cachent soigneusement leur formule, et s'ils viennent à avoir des démêlés avec la justice et qu'ils soient forcés de la publier, ils avouent tout, excepté le colchique. Pouvez-vous d'ailleurs vous servir en conscience d'un médicament dont la composition vous est inconnue? Consentirez-vous enfin à vous faire les complices de charlatans qui ont mystérieusement associé dans leurs liqueurs des substances dont l'énergie est capable de causer la mort?

L'extrait de semences de colchique peut se donner à la dose de 20, 25, 30 et 40 centigrammes. La teinture de semences de colchique se prescrit à la dose de 5, 8 ou 10 gouttes, deux ou trois fois dans la journée, et pendant trois, quatre, cinq ou six jours de suite. Le vin de colchique enfin s'administre dans des proportions plus fortes; mais pour que la médication réussisse, il faut de toute nécessité que vous ayez commencé par ordonner des quantités minimes d'abord et successivement croissantes ensuite.

Les accès de goutte sont sans doute supprimés par le colchique, mais ils reviennent plus douloureux que jamais, et se rapprochent de plus en plus, à moins que les malades ne prennent des précautions infinies, mais ce n'est pas ce qui arrive d'ordinaire. Les goutteux, leur attaque avortée, se rient de la goutte, et recommencent de plus belle leur vie de plaisirs et d'excès; mais, comme il y a un terme à tout, ils finissent par succomber, et cela d'autant plus rapidement qu'ils ont tracassé avec plus de maladresse une affection qu'ils auraient dû savoir supporter.

Déjà, dans le siècle dernier, on avait préconisé les lessives lithontriptiques contre la gravelle et la goutte, et indiqué l'usage des alcalins. Van Swieten recommandait même les eaux de Carlsbad. Vous savez enfin jusqu'à quelle frénésie on a poussé dans ces derniers temps l'emploi des eaux minérales de Vals, de Vichy et de Carlsbad. Mon opinion est qu'il n'existe pas dans le monde une médication plus dangereuse que celle-là. J'ai certainement vu, pour ma part, plus de cinq cents goutteux ayant été à Vichy et s'en étant horriblement mal trouvés, et je ne sais pas en revanche si mes souvenirs me retraceraient quelques cas isolés d'amélioration réelle. Les eaux si fortement alcalines sont inconsidérément prescrites par les médecins, et elles sont sottement prises par les malades : le péril qui en résulte est trop souvent irrémédiable. M. Prunelle, qui a longtemps exercé la médecine à Vichy et avec un grand succès, a été le premier à signaler les déplorables conséquences du traitement de la goutte par les alcalins *intus et extra*. Adressez-vous, au contraire, à des eaux faiblement minéralisées, comme celles de Pougues, de Contrexéville, de Plombières, Spa ou Wiesbaden, et non-seulement vous ne verrez jamais survenir d'accidents, mais vous constaterez dans la grande majorité des cas un sensible amendement. Lorsque la gravelle est liée à la goutte, Contrexéville et Pougues vous donneront même des résultats thérapeutiques d'une grande valeur.

Le médecin actuellement le plus occupé de Vichy pense, il est vrai, que les eaux de ces thermes célèbres sont utiles aux goutteux, mais dans une mesure très-restreinte, et c'est ainsi qu'il n'en conseille jamais l'usage pendant plus de dix ou douze jours de suite. La saturation alcaline lui apparaît effectivement comme une expression phénoménale d'une très-haute gravité, et capable de tuer en provoquant inopinément l'apparition d'une goutte atonique et viscérale. Que d'exemples semblables n'a-t-il pas vus !

Held estimait tellement l'efficacité du quinquina dans la goutte qu'il s'exprimait ainsi : *Uno verbo cortex peruvianus in podagra divinum est remedium*. Dans notre *Traité de thérapeutique*, nous disions déjà, M. Pidoux et moi : « On ne peut contester qu'au début d'une attaque de goutte aiguë le sulfate de quinine donné à forte dose ne conjure les douleurs et n'abrége les accès au moins aussi sûrement que ces drogues pernicieuses connues sous la dénomination de divers arcanes; mais il ne faut pas avoir longtemps vieilli dans la pratique pour comprendre par de tristes exemples avec quel soin il faut respecter les attaques de goutte aiguë. Combien de dangers courent ceux qui cherchent un soulagement rapide et toujours si cruellement acheté !...

« Mais si, dans la goutte aiguë et régulière, nous avons proscrit le quinquina comme les autres médicaments vantés dans cette circonstance, il n'en est plus de même quand la goutte est devenue vague et viscérale, caractérisée alors par l'asthme, par les dyspepsies, par des troubles divers du côté de l'innervation, de la respiration, de la digestion, de la circulation. Alors il devient utile de donner de temps en temps le quinquina... surtout quand, à la suite de la goutte anormale, le malade est tombé dans une cachexie profonde. »

Les gonflements, douleurs, engorgements des articulations, les lésions et déformations arthritiques, et toutes les conséquences, en un mot, de la goutte, se prêtent assez volontiers à l'action des eaux d'Aix en Savoie; mais n'allez pas envoyer à cette station un malade encore sous le coup d'attaques de goutte, car vous pourriez occasionner un désordre viscéral terrible. Je ne conseille une saison à Aix en Savoie qu'aux individus *ayant eu* la goutte et en portant d'indélébiles stigmates, tandis que ceux qui l'ont encore sont par moi dirigés sur Wiesbaden, Plombières, Contrexéville, Pougues, Spa, etc.

Les goutteux ont la mauvaise habitude, afin de se préserver des changements de température et de l'humidité, de se couvrir outre mesure et de se charger de laine. Ils feraient bien mieux d'accoutumer peu à peu leur corps à réagir facilement contre le froid, et de s'habituer, au commencement de l'été, aux lotions froides, puis de s'envelopper ensuite tous les matins au sortir du lit, pendant quelques instants, dans un drap trempé dans une eau de plus en plus froide. La méthode simple et ingénieuse du paysan de la Silésie a fourni quelques résultats favorables à M. Galtier-Boissière, et a été préconisée par M. Fleury. L'hydrothérapie, en effet, réveille les fonctions cutanées, prévient les troubles rénaux, modifie les accidents consécutifs, et communique à l'économie une impulsion physiologique toute nouvelle.

Scudamore a prétendu qu'il pourrait citer une foule d'exemples susceptibles de prouver que « la prédisposition à la goutte a été efficacement combattue en prenant à temps de bons avis, et en adoptant un genre de vie convenable et des habitudes réglées. » Nous pouvons dire à ce sujet que la prophylaxie de la goutte consiste en grande partie à proportionner la quantité et la qualité des aliments et de la boisson à la dépense usuelle de l'organisme, et à maintenir dans de bonnes conditions les excrétions rénales, cutanées, pulmonaires et intestinales.

M. Galtier-Boissière, d'autre part, a beaucoup insisté sur les avantages de l'exercice corporel, et il recommande à ses malades de se promener, de frotter le parquet de leur appartement, de bêcher leur jardin, de scier du bois, etc. Ce médecin ne voudrait pas que les fils ou neveux de goutteux entrassent dans des professions sédentaires, parce que, dit-il, c'est surtout pour eux qu'il a été écrit : *Sanitatis exercitatio est, citra saturitatem vesci, artuum labores non refugere.*

Bien que Boerhaave ait émis l'opinion que voici : *Hæreditaria et tophacæa curatu omnium difficillima*, Sydenham cependant, dont j'aime toujours à invoquer la grande autorité, avait remarqué les services immenses rendus par un exercice journalier, alors même qu'il s'agit d'arrêter et de détruire les concrétions tophacées, et il s'est exprimé à cet égard dans les termes suivants : *Jam vero hoc malum ab exercitio quotidiano præcavetur, a quo oritur debita humorum podagram generantium qui unam aliquam partem libenter occupant, diffiatio per omne corpus. Unde fit, uti* IPSEMET EXPERTUS SUM, *quod exercitatio longa et quotidiana, non tantum non officit generationi tophorum, sed etiam tophos veteres et induratos solvit.*

Les goutteux doivent éviter une alimentation principalement composée de viandes. La chair des animaux renferme, en effet, sous un même volume, plus de substances albuminoïdes que l'aliment végétal. Non-seulement on se trouve exposé à en consommer une quantité trop grande; mais les viandes contiennent peu de matières réfractaires à la digestion et fournissent une faible quantité de résidu. L'action péristaltique de l'intestin n'est plus alors aussi fréquemment sollicitée, et un état habituel de constipation peut s'établir.

L'attention d'Ambroise Paré avait déjà été appelée sur ce fait. « Les riches, disait-il, sont plus souuent tourmentés de goutte que les pauures, parce qu'ils ne trauaillent pas et qu'ils mangent beaucoup et diuerses viandes en tous leurs repas, et boiuent d'autant et immodérément, et jouent trop souuent aux dames rabbattues. »

Comme l'a fait très-justement remarquer M. Galtier-Boissière, les végétaux frais, les herbes, les légumes verts, les fruits rouges et aqueux, donnent naissance à des malates, à des citrates, à des acides organiques qui se convertissent dans l'économie en carbonates alcalins, dont l'effet est de rendre le sang et l'urine moins acides.

La transformation ultime des matières animales tend, au contraire, à un résultat tout à fait opposé, et acidifie davantage le sang et l'urine.

Si le médecin doit indispensablement commencer de suite à changer le genre de vie de son malade, il faut, sous peine d'échec ou d'aggravation du mal, qu'il n'y arrive que progressivement, surtout si le goutteux est déjà âgé ou affaibli par la diathèse. Autant les mouvements musculaires, poussés tous les jours jusqu'à une très-légère fatigue, peuvent, lorsqu'ils sont gradués, être favorables; autant le harassement causé par de violents efforts succédant brusquement à une existence sédentaire et à une longue indolence musculaire peut être rapidement funeste. Une fois qu'il a été bien entendu que l'on ne doit rien précipiter, rien exagérer, il faut commencer immédiatement à faire prendre de l'exercice corporel.

Tel est le tableau que je tenais à vous tracer de la goutte. Comme toute affection chronique, elle dénature l'homme tout entier, *homo integer deinceps nova incude refingendus*. Médecins qui m'avez écouté, appliquez-vous donc à la bien connaître.

Dr Legrand du Saulle.

HYSTÉRIE. — ACCÈS HYSTÉRIQUES PÉRIODIQUES

traités et guéris par l'éthérisation prolongée. — Expériences d'hypnotisme.

Par le docteur A. Bonnes (de Nîmes).

Mlle T..., âgée de trente-cinq ans, d'un tempérament nerveux et d'une grande activité d'esprit, était atteinte depuis plusieurs années de dysménorrhée et de troubles dans la circulation générale, consistant en des palpitations, de l'oppression et des douleurs fréquentes et vives au cœur, quand, en 1851, elle eut deux attaques d'apoplexie qui déterminèrent une hémiplégie du côté droit et nécessitèrent plusieurs saignées. Presque en même temps survint une toux spasmodique par quintes et des crachements de sang abondants. L'estomac, qui depuis plusieurs années se montrait difficile, se refusa à toute espèce de nourriture.

En 1852, Mlle T... alla aux eaux de la Malou et en revint guérie de son hémiplégie. Depuis cette époque jusqu'en 1855, troubles dans la menstruation; palpitations et douleur à la région précordiale; toux sèche, contre laquelle on dirigea toute la thérapeutique propre aux altérations tuberculeuses; crampes à l'épigastre et perte d'appétit. Plusieurs fois des symptômes d'apoplexie se manifestèrent; on recourut à la saignée, malgré l'amaigrissement de la malade, et l'orage fut toujours conjuré.

En 1855, au mois de février, douleurs d'estomac très-vives; vomissements fréquents; application d'un vésicatoire à l'épigastre et absorption de morphine; délire furieux, hallucinations, fièvre intense. Une saignée fut pratiquée. La convalescence fut longue, et elle fut encore plus allongée par l'apparition d'un groupe de symptômes, tels

que vertiges, pesanteur de tête, serrement des tempes, qui nécessitèrent une seconde saignée.

En 1857, au mois de janvier, nouvelle maladie avec délire, hallucinations, spasmes de la glotte; nouvelle saignée; une hémiplégie incomplète du côté droit survint, elle dura plusieurs semaines, puis elle disparut peu à peu.

En 1859, encore au mois de janvier, nouvelle scène du même genre; même médication; pas d'hémiplégie. Une certaine périodicité dans l'apparition et la succession des symptômes avait engagé le médecin à donner le sulfate de quinine; cette médication eut de faibles résultats. La convalescence fut longue; Mlle T... se ressentit plusieurs mois de cette crise.

Mlle T... a beaucoup consulté et a suivi divers traitements. Les antispasmodiques et les narcotiques de tous genres lui ont été administrés; son état de faiblesse a nécessité bien des fois des toniques et des reconstituants. Elle est allée à plusieurs reprises prendre les bains de mer, et elle en a toujours retiré une amélioration notable. Elle a fait aussi de l'homœopathie, et elle n'en a pas retiré plus de soulagement que de l'allopathie. L'hiver elle a toujours souffert bien plus qu'en été, et c'est presque toujours au mois de janvier qu'il y a eu exacerbation dans son état.

En 1860, quelques jours avant l'apparition des accès que j'ai eu l'occasion d'observer, Mlle T... était dans l'état suivant : Amaigrissement notable, excitabilité exagérée, intelligence toujours active; palpitations; essoufflement à la moindre fatigue; toux spasmodique, sèche; douleur à la région précordiale; crampes d'estomac; appétit faible; douleurs de tête fréquentes. La menstruation est depuis quelque temps régulière. La percussion de la poitrine est douloureuse et ne révèle qu'une matité un peu plus étendue que d'habitude à la région précordiale. Les bruits du cœur sont réguliers, rapides, forts, éclatants, se propageant dans les carotides; pas de bruit anormal. La respiration est courte, incomplète; la malade ne peut faire une grande inspiration sans éprouver de la douleur et sans soutenir sa poitrine avec les mains; elle est nulle en arrière et à la base des poumons; au sommet elle est sèche, rude; résonnance grande de la voix.

Le 7 janvier, par un temps très-froid, trois jours après la cessation des menstrues, sans cause appréciable, et sur le soir, Mlle T... est prise tout à coup de pesanteur de tête, vertiges, serrements de tempes, obscurcissement de l'intelligence, gêne dans les mouvements des membres et de la langue. Elle craint une nouvelle attaque, car elle en connaît les symptômes précurseurs. Le docteur Parlier et moi nous nous rendons chez elle, et nous pratiquons une saignée du bras de 300 grammes environ. A mesure que le sang coule, les symptômes énoncés ci-dessus diminuent d'intensité; mais à peine est-il arrêté, qu'une syncope arrive et qu'il se manifeste du délire, de la fièvre, puis des contractions spasmodiques des muscles du larynx, qui empêchent l'entrée de l'air dans la poitrine, et jettent la malade dans un état d'anxiété épouvantable; elle s'accroche aux couvertures, aux rideaux du lit, pour prendre un point d'appui et tâcher de respirer; vains efforts, la crise ne cesse qu'au moment où la lutte est impossible et où l'asphyxie menace; la malade retombe alors sur son lit et respire à pleins poumons. Quelques symptômes d'hémiplégie apparurent et furent de peu de durée; il en fut ainsi jusqu'à minuit; à cette heure le calme revint, et la malade s'endormit. — Potion antispasmodique.

Le 8, nuit bonne; toute la matinée calme complet; légère fièvre. A midi précis, retour du délire et des hallucinations; chaleur forte de la peau; pouls fréquent, résistant. Il faut maintenir la malade au lit. — Application de sangsues à la partie supérieure et interne des cuisses; potion antispasmodique.

Cet état dura jusqu'au soir; l'hémiplégie reparut; puis quelques spasmes, semblables à ceux de la veille, survinrent. Vers minuit la malade s'endormit.

Le 9, nuit bonne, calme; il en fut de même jusqu'à midi. Mais à midi précis, l'agitation commence : paroles incohérentes, fièvre, délire. A six heures du soir, le délire et la fièvre cessent; la scène change, et ce sont des crises épouvantables de suffocation qui se succèdent. A minuit, bâillements, soupirs et sommeil.

Le 10, nuit bonne, matinée tranquille. La périodicité des phénomènes était trop évidente pour ne pas administrer le sulfate de quinine à haute dose pendant l'état de calme. L'antipériodique ne fit rien, et nous assistâmes à une scène semblable à celle de la veille.

Le 11, ce fut alors que, me basant sur les succès obtenus avec le chloroforme dans les crises d'éclampsie, je proposai au docteur Parlier d'employer chez Mlle T... une éthérisation prolongée, me réservant de la faire moi-même pour éviter tout accident.

Je plaçai une éponge dans un petit sac fabriqué avec un morceau de vessie de cochon, et au milieu duquel j'avais pratiqué un petit trou; j'appliquai l'ouverture du sac sur la bouche de la malade, laissant les narines ouvertes et respirant à air libre, et je commençai l'éthérisation à l'arrivée des premiers symptômes de l'accès. A midi précis, la fièvre commença, la figure devint animée, le délire survint; je fis contenir la malade, et je la forçai à respirer l'éther, lui bouchant parfois les narines pour en faire absorber davantage. Un quart d'heure après, Mlle T... était clouée sur son lit; elle avait pris goût à l'éther, et elle respirait volontairement; ses yeux étaient appesantis, les mouvements difficiles, et, chose curieuse, l'intelligence parfaitement nette; toute espèce d'hallucination avait disparu, et elle causait avec moi aussi librement qu'à l'état de veille. Quand je suspendais un moment l'éthérisation, le délire revenait. A six heures précises, je m'aperçus du changement de scène : ce n'était plus le délire que je maîtrisais, c'étaient les spasmes des jours précédents, et je n'avais qu'à éloigner l'éther deux ou trois minutes pour donner explosion à une de ces crises; parfois il m'arrivait de les arrêter à leur début, mais parfois aussi le mal était plus fort que le remède, et il fallait en attendre la fin. A minuit, des bâillements arrivèrent, et la malade s'endormit.

Le 12, nuit bonne, matinée calme. La malade prend un peu de bouillon. A midi, l'accès reparut, et de suite je commençai l'éthérisation; la journée du 12 fut moins agitée que celle du 11; je poursuivis l'emploi de l'éther jusqu'à minuit, mais il ne fut pas nécessaire de l'employer d'une manière continue. La malade respirait à pleins poumons; de longtemps, me disait-elle, elle n'avait respiré aussi largement.

Ce jour-là, je fis avec succès des expériences d'hypnotisme, et je vérifiai les assertions des auteurs sur ce sujet, c'est-à-dire la catalepsie, l'influence de la goutte d'eau froide sur les membres, et la cessation de cet état par l'action du souffle sur les yeux. A minuit, l'accès cessa, et la malade s'endormit.

Le 13, nuit bonne. L'accès reparut et cessa aux mêmes heures que les jours précédents; mais les manifestations furent légères, à peine fut-il besoin de l'éther. J'essayai d'arrêter les spasmes par l'hypnotisme, et j'y réussis presque toujours; il me suffit de présenter l'extrémité de l'index à la malade, et de la forcer à fixer mon doigt en le mettant toujours dans la direction de son regard. La compression du plexus brachial amena dans le membre la cessation des phénomènes cataleptiques. Je ne pus rien obtenir avec le strabisme divergent.

Les jours suivants, il y eut un léger retour de l'accès; l'éther dut être encore employé. Mais le 16, Mlle T... put se lever. Je signalerai ici l'influence de l'habitude dans l'apparition des phénomènes hypnotiques. Un jour Mlle T..., en venant vers moi et me fixant, tomba deux fois en catalepsie; elle resta droite, dans l'attitude d'une personne qui s'avance. Je fis cesser cet état en soufflant sur les yeux.

M. Parlier et moi mîmes la malade aux toniques pour faciliter le relèvement des forces, et à la fin de janvier notre malade n'avait que de la faiblesse.

Plusieurs mois après, Mlle T... était assez bien; mais sa constitution hystérique n'avait pas changé. Toutes les fois que quelques spasmes apparaissaient, elle se servait de l'éther, et elle en était soulagée.

A cette observation, je n'ajouterai que les réflexions suivantes : Plusieurs hémiplégies se sont produites à diverses époques; les premières dépendaient-elles d'apoplexies sanguines, et la saignée a-t-elle été réellement utile? Je n'ai pas vu alors la malade; mais à coup sûr les dernières étaient un symptôme d'hystérie. Cette hystérie a-t-elle été une maladie primitive, ou bien a-t-elle eu pour cause déterminante ou occasionnelle les émissions sanguines répétées? L'influence fâcheuse du froid est incontestable; c'est presque toujours en plein hiver, au mois de janvier, que les exacerbations se sont manifestées. Cette forme d'accès et la périodicité dans leur apparition dit assez combien l'hystérie est bizarre. Quant aux conclusions tirées de la thérapeutique, je dirai la puissance de l'éther et l'inefficacité du sulfate de quinine dans la forme périodique; je signalerai la spécificité de cet agent anesthésique, et la possibilité de prolonger sans crainte son emploi pendant des heures entières, ce qui peut-être n'aurait pas été la même chose avec le chloroforme. Je finirai en disant que l'hypnotisme peut être un moyen d'arrêter les crises hystériques.

OBSERVATION DE DEUX CAS DE DRAGONNEAU

chez un même individu,

Par M. le docteur Defaye (de Bruxelles).

M. X..., colonel anglais, âgé de quarante ans, tempérament bilioso-sanguin, a quitté les Indes orientales pour revenir en Europe, au mois de mars 1859. Il a toujours joui d'une excellente santé, malgré les fatigues de ses campagnes en Crimée et dans l'Inde, lors de la dernière révolte des cipayes. Il n'a jamais eu de fièvre intermittente ni de choléra, immunité qu'il veut bien attribuer à un eczéma rubrum qu'il porte depuis son enfance, et qui est limité à la région palmaire de la main gauche. Son genre de vie a été celui de la plupart des officiers anglais. Fort soigneux de sa personne, il se lotionnait fréquemment tout le corps à l'eau froide, buvait très-peu d'eau, et celle qu'il buvait il la filtrait lui-même au moyen d'un petit appareil portatif; il ne se rappelle pas avoir jamais marché sans chaussures, même au plus fort de l'action.

Le 23 juin, nous fûmes appelé auprès de lui pour ce que l'on croyait être un érysipèle du pied gauche; la face dorsale de ce pied était rouge, chaude, tuméfiée; l'empreinte du doigt y restait marquée en blanc; on apercevait sur le centre de la rougeur une petite élevure assez analogue à une pustule d'ecthyma à son début. La douleur était assez vive et avait quelque chose de térébrant; néanmoins pas de fluctuation manifeste. Nous diagnostiquâmes un érysipèle phlycténoïde, mais menaçant de devenir phlegmoneux. Les ganglions de l'aine du côté correspondant sont engorgés et douloureux.

Le soir, la douleur était très-intense, le malade fit inciser lui-même la pustule : de la sanie mêlée à du pus grumeleux s'en échappe, mais en très-petite quantité; quelque chose de blanc apparaît à l'ouverture, on le saisit, et sans désemparer, on extrait environ huit pouces de filaire, malheureusement, dans l'ignorance où l'on se trouve sur la nature de l'affection et un peu effrayé, on se hâte d'exciser le lambeau sorti et de le jeter. L'animal disparaît aussitôt dans la profondeur des tissus; la douleur a grandement diminué.

Deux jours après, le 26, mêmes phénomènes inflammatoires que précédemment, mais ils ressemblent davantage à un phlegmon simple : à un pouce de l'ouverture pratiquée antérieurement et au côté externe du pied, on sent manifestement de la fluctuation. Nouvelle incision d'où s'échappe un peu de pus mal lié et contenant des flocons blanchâtres. Le lendemain matin, le filaire reparaît à l'ouverture de la deuxième incision; il est saisi de nouveau, mais cette fois pour être enroulé autour d'un bâtonnet. Il a le volume d'une grosse corde de violon, il est légèrement aplati et d'un blanc parfait; mais en se desséchant à l'air, ce qui s'effectue rapidement, il devient rougeâtre. *Fréquemment le bâtonnet s'agite dans divers sens et même le ver se déroule quelque peu.* Deux ou trois fois le jour on enroule les portions qui deviennent libres et dont l'étendue ne dépasse jamais deux pouces en vingt-quatre heures. On s'arrête chaque fois que le malade accuse une vive douleur, symptôme qui correspond à une résistance de la part du ver, résistance parfaitement semblable à celle que l'on éprouve lorsqu'on veut extraire de la terre un lombric dont une partie du corps seule est sortie du sol. Pendant quatre jours l'enroulement s'opère régulièrement, mais dans un moment d'impatience facile à comprendre, on voulut forcer la résistance et extraire une plus grande portion du ver; celui-ci se rompit, ce que l'on reconnut à la facilité avec laquelle le bâtonnet tourna, amenant hors de la plaie le lambeau qui y était resté attaché.

L'animal continua à cheminer dans sa direction primitive, c'est-à-dire vers le côté externe du pied; mais arrêté probablement par la densité des tissus, il contourna la malléole en s'enfonçant davantage dans les chairs.

Le malade souffre beaucoup, le gonflement est considérable, la fluctuation manifeste, mais profonde. Incision comme dans la kélotomie; dès que l'aponévrose est ouverte, il s'échappe une assez grande quantité de pus jaunâtre mêlé à de la sanie rougeâtre. Le soir on extrait par cette dernière ouverture (les deux autres sont cicatrisées) et sans résistance un lambeau de filaire long de sept pouces, ne présentant ni extrémité céphalique ni extrémité caudale et n'offrant aucun signe de vie. Bientôt la plaie se cicatrise, le gonflement disparaît et l'adénite inguinale se termine par résolution.

En même temps que s'accomplissait à gauche ce travail de réparation, notre attention fut appelée vers la jambe droite. A la partie moyenne et postérieure de ce membre, on remarque une petite tumeur du volume d'un gros pois, très-dure, adhérente aux chairs, et qui, constatée par le malade depuis plusieurs semaines, mais alors parfaitement indolente, commençait à devenir douloureuse. Bientôt il survint du gonflement, de la fluctuation; nous incisâmes avec précaution, et nous ne tardâmes pas à voir paraître un ver en tout conforme au précédent et parfaitement vivant. Il fut saisi et enroulé avec soin pendant trois jours, puis une traction un peu forte ayant été exercée, le ver se rompit et disparut.

Le 15 juillet, trois jours après, on voyait à la région interne et moyenne de la jambe, dans une étendue d'un pouce et demi, et d'arrière en avant, une traînée bleuâtre et sinueuse, assez analogue à la disposition qu'offrent les veines temporales chez les vieillards, sauf qu'ici les contours étaient bien moins marqués. Incision à la partie déclive et là où la fluctuation est plus manifeste. Le pus paraît venir d'assez haut et par un canal étroit; un stylet de grosseur moyenne n'arrive pas jusqu'au foyer supérieur. Plus d'apparition de ver à l'ouverture qui bientôt se cicatrise; à mesure que le gonflement diminue on voit manifestement la traînée sinueuse, dont nous avons déjà parlé, se porter en haut et vers la partie postérieure de la jambe; sa direction est longitudinale, elle commence à trois travers de doigt de la région poplitée et s'étend jusqu'au tiers inférieur de la jambe.

Dans la crainte que le filaire (car nous ne pouvons douter que la traînée sinueuse ne soit due à une portion de filaire) ne gagne la région poplitée où les incisions seraient devenues plus graves, nous essayâmes de lui fermer le passage en haut au moyen d'un tampon de linge maintenu par une bande un peu serrée.

Depuis lors jusqu'au 10 août, époque où nous revoyons le malade, il ne s'est plus produit de manifestation inflammatoire : la traînée sinueuse persiste, mais à un moindre degré; la peau qui la recouvre est toujours violacée; lorsque l'on touche, on a la sensation d'une corde résistante, mais on ne provoque pas de douleur.

Notre traitement a consisté, outre les incisions dont nous avons déjà parlé, dans l'emploi local des moyens que l'on dirige d'ordinaire contre les phlegmons simples. De plus, nous nous sommes appliqué à soutenir le malade, qu'un long séjour au lit et de vives souffrances débilitèrent beaucoup, par les toniques et une alimentation reconstituante.

N. B. Nous apprenons que M. X..., en vue de guérir son eczéma rubrum, s'est rendu à Aix-la-Chapelle pour y prendre les eaux et qu'à la présente date (15 juillet 1860), aucun symptôme indiquant la présence de nouveaux filaires ne s'est manifesté et que la traînée sinueuse a complètement disparu.

Soixante hommes du même régiment, tous Européens, ont été atteints à la même époque, aux Indes, de l'affection dont il vient d'être question; le commandant est revenu en Angleterre, où on lui a extrait deux filaires des régions temporales (droite et gauche).

(*Journ. de méd. de Bruxelles.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 avril 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

Anthropologie. — M. J. Cloquet lit en son nom et au nom de MM. Serres et Geoffroy Saint-Hilaire un rapport sur un mémoire de M. Bourgarel, intitulé : *Des races de l'Océanie française et de celles de la Nouvelle-Calédonie en particulier.*

« Les Néo-Calédoniens, dit l'auteur, appartiennent au type mélanésien ou nègre océanien; ils ont une taille un peu supérieure à celle des Français et un système musculaire peu développé; la couleur de leur peau varie du chocolat au jaune olivâtre foncé; ils ont les cheveux noirs, floconneux et crépus; la barbe noire; le crâne aplati en travers; le front étroit, bombé et fuyant; les yeux ovales, enfoncés sous des arcades orbitaires proéminentes et dirigés horizontalement; le nez large, épaté; les pommettes saillantes; des lèvres épaisses bordant une bouche large de six centimètres; des dents blanches, mais proclives; le menton arrondi, un peu proéminent. »

L'île est peuplée, selon lui, par deux races distinctes : l'une appartenant au type mélanésien, qui paraît être la race primitive, et l'autre au type polynésien, et qui, d'après les renseignements pris par l'auteur, a envahi différents points de l'île dans le courant du siècle dernier, en a subjugué les habitants, et plus tard s'est mélangée avec eux, de manière à produire des métis nombreux, qui retiennent des caractères des deux races.

L'auteur appuie ces assertions sur des mesures très-nombreuses prises sur cinquante têtes de Néo-Calédoniens.

De ces mesures il résulte :

1° Que la coupe horizontale du crâne se rapproche du rectangle pour la variété noire, tandis qu'elle est ovoïde dans la variété jaune;

2° Que tous les diamètres du crâne sont plus courts dans les deux races que chez les Européens, mais plus courts pour la race noire que pour la race jaune;

3° Que les os de la face sont, au contraire, beaucoup plus développés que dans la race caucasique; que l'angle facial est beaucoup plus aigu;

4° Qu'enfin, tandis que le frontal est à peine élevé, que la voûte du crâne est peu développée et fuyante en arrière, l'occipital présente, au contraire, un développement considérable et forme une cavité située au-dessous du niveau des apophyses mastoïdes : caractères qui rapprochent les Néo-Calédoniens de la race nègre, et sont

plus marqués sur les individus de la variété noire que sur ceux de la variété jaune.

En examinant le reste du squelette, M. Bourgarel a reconnu des caractères qui appartiennent à la race nègre, et d'autres qui se retrouvent chez les Polynésiens, ce qui vient confirmer cette opinion que la population actuelle de l'île résulte du mélange d'une race primitive nègre et d'émigrants de la Polynésie.

M. Bourgarel donne ensuite les caractères extérieurs des Néo-Calédoniens, et de sa description il résulte encore que cette race est intermédiaire entre la race nègre et la race polynésienne.

La peau de ce peuple est douce et fraîche, même par les plus grandes chaleurs, mais elle exhale une odeur des plus fortes et des plus désagréables ; le système pileux est en général très-développé ; les cheveux sont crépus ou plutôt floconneux, ordinairement d'une couleur très-foncée, mais cependant roux chez certains sujets, qui présentent alors sur différents points de la peau des taches de rousseur.

La barbe est assez fournie, mais les moustaches manquent souvent ; les yeux sont grands, droits, ovalaires ; l'iris de couleur marron ou brun orangé ; les sclérotiques jaunâtres ; l'œil vif et très-mobile ; les lèvres proclives, brunes, plus épaisses que chez l'Européen, mais beaucoup moins que chez le nègre, et circonscrivant une bouche largement fendue et munie de dents fortes, bien rangées et ayant la blancheur de l'ivoire.

Leur taille est assez élevée, la moyenne est de $1^m,670$.

Leur système musculaire est très-médiocrement développé et leurs membres grêles, surtout les inférieurs.

Les femmes présentent les mêmes caractères extérieurs, si ce n'est que leur taille est très-peu élevée.

Les habitants de la Nouvelle-Calédonie sont intelligents, mais cupides, fourbes et ingrats ; ils ne paraissent susceptibles d'aucun sentiment affectueux ; ils poussent la paresse au point que, tout en reconnaissant la supériorité des Européens, et les avantages matériels qu'ils pourraient se procurer en les imitant, ils aiment mieux ne rien faire et supporter les inconvénients de l'oisiveté. Aussi, chez eux, les femmes sont-elles esclaves : ce sont elles qui doivent non-seulement s'occuper des travaux domestiques, mais encore se procurer les provisions nécessaires et se livrer même presque seules à la culture ; aussi la multiplicité des femmes est-elle pour les Néo-Calédoniens une source de bien-être, et l'existence de la polygamie l'obstacle le plus sérieux que rencontre la propagation de la foi chrétienne.

Leurs mœurs sont arrivées au dernier point de dissolution. Le mari ne parle guère à sa femme, n'habite pas avec elle ; les hommes se réunissent ensemble, se livrent au plus odieux libertinage, afin de n'avoir pas à nourrir des enfants, dont ils ne s'occupent pourtant pas ; d'où résulte une dépopulation rapide du pays.

Le vêtement est réduit chez eux à sa partie indispensable ; il consiste pour les femmes en une ceinture à laquelle pend une frange épaisse de 10 à 15 centimètres ; il est encore plus simple pour les hommes. Par les temps froids et pluvieux les deux sexes portent un manteau en paille tressée.

La coiffure varie suivant la position sociale de l'individu : ceux de la classe inférieure portent leurs cheveux ras ; les chefs relèvent leurs cheveux, auxquels ils laissent une longueur de 2 ou 3 décimètres, et les maintiennent par une pièce d'étoffe blanche, ou les réunissent en nattes nombreuses, selon qu'ils appartiennent au nord ou au sud de l'île. Cette chevelure, très-mal soignée d'ailleurs, est toujours habitée par un grand nombre de parasites que leurs nourriciers mangent avec volupté.

Leur nourriture se compose essentiellement de végétaux, de coquillages et de poissons. L'usage des boissons fermentées leur est heureusement inconnu. Le bétel n'est point cultivé dans l'île, mais ils ont un goût très-prononcé pour le tabac, qui sert actuellement de monnaie pour les transactions.

Le tatouage en relief est généralement pratiqué par eux de la manière la plus cruelle. « Ils prennent, dit M. Bourgarel, une des plus petites nervures des feuilles du cocotier, y mettent le feu et appliquent sur la peau ce charbon incandescent en soufflant dessus avec force pour activer la combustion. Une cautérisation profonde est le résultat de l'application de cette espèce de moxa ; la croûte qui se forme est arrachée tous les jours, et la plaie, ainsi avivée constamment, s'élargit, suppure et bourgeonne de manière à former un véritable champignon. Lorsque la tumeur est assez volumineuse, ils cessent de l'irriter, la lotionnent avec de l'eau fraîche, et une cicatrice solide ne tarde pas à se former ; il reste alors un tissu cicatriciel brillant, d'une couleur un peu plus claire que la peau environnante et qui ressemble à un gros bouton de 15 à 20 millimètres de diamètre. »

Les habitations des Néo-Calédoniens sont des plus simples ; ce sont des huttes de six à dix pieds de hauteur, formées par une charpente de bois recouverte de paille ou d'écorces et n'ayant d'autre ouverture qu'une porte d'un mètre de haut ; comme ils y allument du feu pendant l'hiver, ils s'y trouvent incessamment plongés dans une atmosphère épaisse de fumée qui entretient chez eux des blépharites chroniques, d'où M. Bourgarel croit leur venir l'habitude d'avoir continuellement les yeux à moitié fermés.

Les cases des chefs ont plus d'apparence au dehors, mais elles ne diffèrent de celles du peuple que par la grandeur.

Le climat de la Nouvelle-Calédonie est chaud et humide ; la température, très-variable, peut monter dans une journée de 10 à 25°.

La scrofule et la phthisie pulmonaire y sont fréquentes, ainsi que les bronchites et les diarrhées, mais la dyssenterie y est rare et sans gravité.

En outre apparaissent souvent des épidémies terribles qui font de grands ravages, mais dont l'auteur ne peut spécifier la nature.

Chose étrange ! sur ce sol couvert de marais, par cette température molle et énervante, les fièvres intermittentes sont inconnues. Il est presque inutile de dire que les affections cutanées, surtout la forme pustuleuse, y sont endémiques, de même que les maladies chroniques des yeux et des paupières.

Les circonstances hygiéniques dans lesquelles vivent ces peuples suffisent amplement pour l'expliquer ; et comme si ce n'était pas assez de toutes ces influences nuisibles pour décimer la population, les Néo-Calédoniens ont adopté un genre de sépulture qui devient une nouvelle cause d'infection.

Au lieu d'enterrer les morts, ils les exposent dans des bois sacrés, soit à la surface du sol, soit au milieu des branches d'un arbre, après avoir, quand c'est le cadavre d'un chef, détaché la tête, qui est cachée loin de là, dans quelque anfractuosité de rocher, afin qu'un ennemi ne vienne pas la ravir pour s'en faire un trophée.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission qui sera chargée de préparer une liste de candidats pour la place d'associé étranger vacante par suite du décès de M. Tiedemann.

Aux termes du règlement, cette commission doit être composée du président de l'Académie et de six membres pris par moitié dans les sections des sciences mathématiques et dans les sections des sciences naturelles.

D'après les résultats du scrutin, cette commission sera composée ainsi qu'il suit : M. Milne-Edwards, président en exercice ; MM. Liouville, Élie de Beaumont, Chasles (sciences mathématiques) ; MM. Dumas, Flourens, Boussingault (sciences naturelles).

MM. JANSSEN et FOLLIN soumettent au jugement de l'Académie une note sur l'ophthalmoscopie et spécialement sur une modification qu'ils proposent d'introduire dans le mode d'éclairage employé pour l'examen ophthalmoscopique.

(Commissaires, MM. Flourens, Rayer, Bernard, Cloquet, Jobert).

Un chirurgien illustre, un professeur qui a longtemps brillé au premier rang dans l'enseignement clinique, un homme de cœur qui cultive tous les nobles souvenirs, M. Cloquet, s'est rappelé qu'il a fait ses premières études médicales au Val-de-Grâce. Il a voulu revoir cette École, où il a été reçu jeudi dernier avec une vive sympathie et une haute déférence. Après avoir visité les salles de clinique chirurgicale, M. Cloquet a assisté à la leçon de M. Legouest, qui tous les jeudis traite des blessures de guerre.

En quittant la salle des conférences, M. Cloquet a félicité M. le professeur Legouest ; puis il a adressé à l'auditoire, composé de cinquante docteurs stagiaires, quelques paroles de réminiscence personnelle et de paternel encouragement.

M. le directeur de l'École a de son côté rendu justice, en présence de l'illustre visiteur, au zèle, aux goûts studieux, à l'excellent esprit qui anime cette promotion.

M. Cloquet a ensuite visité l'amphithéâtre où il a fait, en 1808, ses premières dissections sous la direction de feu Devilliers, les locaux des cours, des laboratoires où les élèves sont exercés aux manipulations chimiques, la bibliothèque, les collections, etc. A l'issue de cette visite, il a fait don à l'École de trente-six volumes d'ouvrages rares et précieux, en joignant à ce don la lettre suivante :

« A Monsieur le Directeur de l'École impériale d'application de médecine au Val-de-Grâce.

» Monsieur le Directeur et très-honoré Confrère,

» Permettez-moi d'avoir recours à votre obligeance et de vous prier de faire déposer dans la bibliothèque de l'École de médecine que vous dirigez avec tant de zèle, quelques ouvrages de médecine et de chirurgie que je lui offre en témoignage des sentiments de reconnaissance que j'ai conservés pour l'institution où, en sortant du collége de Sainte-Barbe, je suis venu puiser ma première instruction médicale. C'est un hommage que je suis heureux de pouvoir rendre à la mémoire des maîtres (1) qui ont guidé mes premiers pas dans la carrière que je parcours depuis de longues années. — Vous comprendrez facilement, Monsieur le Directeur, le tendre intérêt, l'intérêt de famille que j'ai toujours porté à nos confrères des armées de terre et de mer, à ces braves et généreux médecins qui ont dédaigné les voies de la fortune pour suivre le chemin de l'honneur et du dévouement en consacrant leur vie entière aux intérêts de nos soldats et de nos marins, et qui, pour partager leur gloire, n'ont pas craint d'affronter les dangers des champs de bataille et les épidémies des hôpitaux militaires.

» Soyez donc, Monsieur le Directeur, l'interprète de mes sentiments les plus intimes de vieille, franche et sincère confraternité auprès de nos honorables confrères du Val-de-Grâce, et veuillez bien leur dire que je serais heureux d'apprendre qu'ils ont accepté mon offrande avec autant de plaisir que j'en éprouve moi-même à leur en faire hommage.

» Veuillez, Monsieur le Directeur, agréer, etc.

» Jules CLOQUET.

» *P. S.* — Je joins à mon envoi mon premier certificat d'études médicales au Val-de-Grâce. Vous pourrez le conserver dans vos archives comme autographe de l'ancien chirurgien en chef, M. le professeur Barbier. »

Paris, le 28 avril 1861.

« Monsieur le Professeur et illustre Confrère, l'École du Val-de-Grâce a reçu avec bonheur la visite de l'éminent chirurgien, du savant anatomiste qui, arrivé au sommet d'une carrière aussi utile que glorieuse, se souvient d'avoir fait au Val-de-Grâce ses premières dissections et puisé les premières notions de la science.

» La médecine militaire a servi de berceau à la plupart des illustrations de la profession civile, et si elle se réjouit de cette fortune, c'est surtout quand ces illustrations revendiquent elles-mêmes leur origine, et, loin de l'oublier, la font ressortir comme vous avec une affectueuse complaisance de souvenirs aussi honorables pour les maîtres que pour l'élève qui les a dépassés.

» Les beaux ouvrages que vous avez bien voulu offrir à notre bibliothèque conserveront à nos successeurs le témoignage de votre visite et celui des sympathies que l'École du Val-de-Grâce est fière de vous inspirer. Je me suis empressé d'informer de ce don Son Excellence M. le maréchal Randon, ministre de la guerre, qui, dans sa bienveillante sollicitude pour le service de santé de l'armée, attachera un intérêt tout particulier à vos appréciations si magistralement compétentes.

» Quant à votre premier certificat d'études médicales, qui vous a été délivré au Val-de-Grâce, permettez-moi de vous dire que ce don nous est le plus précieux de tous ; il deviendra l'un de nos meilleurs titres de famille, et une place d'honneur lui sera assignée dans nos archives.

Veuillez recevoir, etc.

L'Inspecteur du service de santé de l'armée, Directeur,

Michel LÉVY.

M. Alphonse Milne-Edwards, candidat au doctorat ès sciences naturelles, soutiendra, demain mercredi 1er mai, à quatre heures :

1° Une thèse de zoologie sur l'histoire des crustacés podophthalmaires fossiles ;

2° Les propositions données par la Faculté.

— M. Magne a transféré sa clinique des maladies des yeux rue Beaubourg, 31. Les consultations publiques et les conférences pratiques ont lieu, comme par le passé, les lundis et vendredis à dix heures précises. Le professeur consacrera les prochaines conférences à la cure radicale de la fistule lacrymale par l'oblitération du sac, et aux heureux effets de la glace comme moyen de prévenir le traumatisme dans les opérations de cataracte.

(1) MM. Barbier, Desgenettes, baron Larrey, Genouville, Coignet, Devilliers, Léclancher, etc.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 52. — JEUDI 2 MAI 1861. (34e ANNÉE.) N° 52. — JEUDI 2 MAI 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 18, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 1er MAI 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre dans la section de médecine vétérinaire. M. Reynal, professeur à l'école d'Alfort, a été élu à une grande majorité.

L'élection a été précédée d'une communication de M. Gavarret, qui a décrit et mis sous les yeux de l'Académie l'ingénieux appareil *pharyngoscope* de M. le Dr Moura-Bourouillou. On trouvera cette description, ainsi que l'indication des principaux usages du pharyngoscope, dans le compte rendu de la séance.

L'Académie a repris ensuite la discussion sur l'opération césarienne *post mortem*. Dans un long discours écrit, dont la lecture n'a pu être terminée dans cette séance, et qu'il ne nous a pas été possible de consulter (le manuscrit n'ayant pas été déposé au secrétariat), M. de Kergaradec s'est énergiquement défendu contre les objections et les attaques nombreuses dont ses opinions sur cette question ont été l'objet de la part de MM. Depaul et Devergie; et il a pris en mains avec une grande chaleur la défense des droits professionnels des médecins contre les restrictions législatives et les entraves administratives, que les discours de ses collègues, et notamment celui de M. Trébuchet, lui ont paru susciter dans l'espèce. Nous reviendrons sur l'ensemble de cette argumentation quand elle sera terminée.

A la fin de la séance, M. le Dr Bourguignon a lu un travail sur les troubles fonctionnels produits par le séjour prolongé dans les grandes villes, qu'il a groupés et désignés sous le titre commun de *malaria urbana*. Un semblable sujet ne peut être apprécié sur une simple lecture. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Corps étrangers dans la vessie.

Parmi les observations recueillies dans le service de M. le professeur Jobert (de Lamballe) pendant l'année 1860, il en est deux en particulier qui nous ont paru mériter d'être rapportées ici. Elles sont relatives toutes deux à des corps étrangers de la vessie (un tuyau de pipe dans un cas et un calcul vésical dans l'autre).

On sait que des corps étrangers de toute espèce et des formes les plus variées sont susceptibles d'être introduits dans la vessie, tantôt d'une manière accidentelle, comme lorsqu'un bout de sonde vient à se briser dans le canal de l'urèthre, par exemple, tantôt et le plus souvent par suite de manœuvres qu'on nous dispensera de qualifier.

De quelque manière et dans quelque but que ces corps aient été introduits dans l'urèthre, ils pénètrent de là dans la vessie par un mécanisme assez simple. Il se produit une sorte de mouvement antipéristaltique que le malade n'est pas libre d'arrêter alors que le corps étranger ne fait plus saillie au dehors et est engagé à une certaine profondeur. Arrivés dans la vessie, ces corps étrangers ne tardent pas à subir d'importantes modifications. Ils se recouvrent au bout de quelques jours, et petit à petit, d'incrustations calcaires qui se déposent régulièrement et sur toute leur surface quand le corps est rond, et principalement vers le milieu quand il a une forme allongée.

Ils peuvent rester quelque temps ainsi sans donner lieu à des symptômes inquiétants, mais bientôt la vessie réagit; la douleur, nulle d'abord ou presque insignifiante, devient très-vive; il se produit de la strangurie; les urines deviennent sanguinolentes; il se produit des hématuries, et le corps étranger détermine enfin un catarrhe vésical. Devenus de véritables calculs phosphatiques, ces corps sont susceptibles de causer des perforations vésicales, dont les conséquences sont d'une grande gravité.

Le diagnostic n'est pas toujours facile, et l'on ne sait trop quelquefois à quoi rapporter les accidents que l'on constate, lorsque le malade n'ose pas faire des aveux qui lui coûtent. C'est alors qu'il faut recourir à l'exploration vésicale, soit avec la sonde, soit avec d'autres instruments. Mais nous reviendrons sur ce point à propos du traitement. Rapportons d'abord les deux observations en question.

Observation d'un corps étranger dans la vessie, remarquable par la longueur de la maladie et la difficulté d'arriver à une guérison complète et persistante.

Le 11 août 1859 est entré au n° 34 de la salle Saint-Côme le nommé G..., âgé de quarante-deux ans, ébéniste. Cet homme, d'une forte constitution, et qui n'a jamais eu jusqu'ici d'affection vésicale, raconte que le 20 juin 1859, ressentant au niveau de la vessie et de la verge une vive irritation, à la suite d'un travail forcé et après avoir gardé ses urines très-longtemps, il voulut s'injecter de l'eau dans la vessie. Dans ce but, prenant une pipe, il introduisit le tuyau dans l'intérieur de l'urèthre; puis, versant de l'eau par la grosse extrémité, il chercha à faire pénétrer le liquide en soufflant dans cette sonde d'un nouveau genre. Malheureusement la pipe se brisa et un morceau du tuyau, long de quelques centimètres et engagé dans le canal, pénétra au bout de peu de temps dans la vessie.

A la suite de cet accident survinrent de très-vives douleurs, puis des envies d'uriner très-fréquentes, se répétant chaque quart d'heure. Bientôt les douleurs cessèrent dans l'intervalle de la miction. Un médecin le sonda et reconnut facilement la présence du corps étranger.

Six semaines après l'accident, cet homme se détermina à entrer à l'hôpital.

La sonde pénétrait bien dans la vessie, et l'on put reconnaître que le fragment était solidement arrêté au col. A diverses reprises, l'extraction fut tentée sans succès. On fit ensuite plusieurs séances de broiement qui à chaque fois amenèrent quelques petits fragments, et permirent au malade d'[illegible] il sortit de l'hôpital le 26 août 1859, pour n'y rentrer que le 12 janvier 1860.

Il ne s'était fait dans ce long intervalle de temps aucun travail de désagrégation, ce qui s'explique par les dépôts phosphatiques qui enveloppaient le corps étranger. Sauf un peu de catarrhe vésical, la santé générale était du reste excellente. Trois mois s'écoulent ainsi.

Voici l'état dans lequel le malade se trouve au 1er mai 1860 :

Il n'urine plus que toutes les heures le jour, et la nuit toutes les deux heures; l'envie est subite, et s'il veut se retenir, il perd involontairement quelques gouttes de liquide. Le jet est fort; mais les dernières gouttes sont accompagnées de douleurs lancinantes profondes, qui vont un peu en diminuant dans ces derniers temps.

Le 3 mai, on procède à l'opération suivante :

Le malade est couché sur le dos; un coussin volumineux est placé sous le sacrum, et une forte quantité d'eau tiède est introduite dans la vessie afin de la distendre. On essaye d'abord d'enlever le corps étranger à l'aide d'une pince de Charrière, mais on ne peut y parvenir par ce moyen. Alors le lithotriteur est introduit, et en quelques secondes on arrive à saisir le tuyau de pipe, on constate alors que le diamètre suivant lequel il est pris est de 3 centimètres. On l'écrase facilement, et une grande quantité de matière terreuse est retirée dans la cuiller, ainsi qu'un morceau de calcul, reconnu par M. Chatin pour être composé de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien. — Un grand bain est prescrit.

Le 4, les douleurs assez vives que le malade a éprouvées pendant l'opération ont promptement disparu.

Les urines furent un peu sanguinolentes pendant les deux premières mictions seulement. Au fond du vase contenant l'urine se voit une cuillerée environ de petits graviers et de poudre calcaire, le tout mélangé de pus.

Le 5, on fait une nouvelle tentative de broiement, que les douleurs éprouvées par le malade empêchent de continuer.

Le 10 mai, le malade est couché à terre sur deux matelas dont l'un est plié de façon que sa tête est placée dans une position tout à fait déclive. Du premier coup on saisit un calcul qui est broyé de nouveau, et l'instrument en ramène un morceau semblable au précédent.

Le 11, l'extrémité du tuyau de pipe, long d'environ un centimètre, est rendue spontanément avec les urines, qui contiennent toujours beaucoup de graviers, entourés de pus et de mucus.

Dès le 21 mai, l'état du malade est bien meilleur; il urine moins souvent, les douleurs sont peu vives, l'urine est claire et ne laisse plus déposer qu'une légère quantité de pus.

Le 9 juin, on fait une nouvelle tentative de lithotritie qui est sans résultat, car on ne rencontre aucun fragment de calcul; aussi le malade sort de l'hôpital le 23 juin 1860; mais il est forcé d'y rentrer pour de nouveaux accidents.

Trois fois on dut broyer dans le canal de l'urèthre des fragments de calcul qui s'y trouvaient engagés, et cinq séances de lithotritie furent encore consacrées à écraser tout ce que l'on put rencontrer du tuyau de pipe dans la vessie.

Enfin, il y a quelques jours, le malade a rendu spontanément par l'urèthre un morceau de tuyau de pipe long de près de trois centimètres.

Des injections ont été faites ensuite, et comme le malade est en très-bon état, comme ses urines sont très-limpides et ne contiennent plus qu'une légère quantité de mucus, il peut sortir de nouveau du service.

On voit donc que dans cette observation le traitement n'a pas été simple; une portion seulement du tuyau de pipe fut retirée et le reste donna lieu à un développement de calculs vésicaux dont la persistance et la quantité ont obligé le malade à faire un très-long séjour à l'hôpital.

Nous venons de dire qu'un fragment du tuyau de pipe fut retiré sans broiement. L'opération eut lieu avec un lithotriteur, instrument qui souvent peut servir à ces deux fins. Cela dépend de la forme du corps étranger; le plus souvent il n'en est pas ainsi, et l'on est obligé de se servir d'instruments variés que l'on peut classer en instruments par duplicature, par redressement et par division. Quelquefois cependant la sonde ou bien la pince à trois branches ont suffi pour retirer certains corps étrangers. Enfin, chez des femmes, des aiguilles portées dans la vessie ont pu être extraites à l'aide du doigt introduit dans le vagin. Témoin cette jeune demoiselle dont Morgagni rapporte l'histoire. Une aiguille étant tombée dans la vessie, un chirurgien portant ses doigts dans le vagin poussa l'aiguille d'arrière en avant, et parvint à la ramener vers le méat urinaire, où des pinces suffirent alors pour l'extraire.

— La deuxième observation que nous allons rapporter est celle d'un malade atteint de calculs vésicaux, et qui un mois après son entrée à l'hôpital put sortir parfaitement guéri :

Le 10 novembre 1860 est entré au n° 34 de la salle Saint-Côme le nommé G..., âgé de quarante-six ans, matelassier. Cet homme, d'une bonne constitution, n'a jamais eu de maladie vésicale autre que celle qui le conduit à l'Hôtel-Dieu. Il n'y a pas d'autres calculs; elle a débuté par des envies fréquentes d'uriner. Le malade pouvait à peine se retenir, le jet apparaissait rapidement et presque involontairement.

Quelquefois cependant, après avoir voyagé en voiture, la miction était un peu difficile; il lui fallait marcher à pied pendant quelque temps avant de pouvoir uriner. Deux ou trois fois aussi, nous dit-il, il y eut arrêt subit de la miction.

Les douleurs, plus vives autrefois qu'elles ne le sont maintenant, apparaissent sous forme d'accès durant quelques heures ou même quelques jours.

Et à des intervalles assez rapprochés tous les cinq, dix ou vingt jours.

Actuellement elles siégent au périnée, à l'hypogastre, le long des cuisses, mais surtout le long du canal de l'urèthre et dans le canal lui-même. Elles disparaissent quand le malade est couché sur le dos, pour revenir extrêmement vives et intolérables, s'il se couche sur le côté. Elles s'exaspèrent par les secousses.

Il y a deux ans et demi les urines devinrent sanguinolentes, et ne cessèrent de l'être qu'il y a six mois.

Tantôt l'urine était simplement sanguinolente; tantôt, au contraire, il sortait de l'urèthre du sang pur liquide ou bien formé en caillots.

Aujourd'hui les urines, qui ont été assez longtemps troubles, sont redevenues limpides; à peine y aperçoit-on çà et là quelques filaments de mucus.

Il y a six mois, cet homme rendit spontanément un calcul de la grosseur d'un crayon et de 0,008 environ de longueur. Il était inégal et couvert d'aspérités. Sa sortie causa de très-vives douleurs, et mit vingt-quatre heures à s'effectuer. Le malade nous dit qu'au bout de quelques jours ce calcul se réduisit de lui-même en poussière.

Beaucoup d'autres calculs plus petits furent rendus ensuite à des intervalles de temps variables; mais leur volume et leur expulsion facile empêchaient presque le malade d'y faire attention.

Le 31 novembre, on procède à la première opération.

Le malade étant couché sur le dos, le bassin soulevé par un coussin, on introduit un lithotriteur à cuiller dans la vessie préalablement distendue par de l'eau tiède.

On saisit facilement le calcul, qui se laisse aisément broyer. Les fragments, repris de nouveau par l'instrument, sont aussi écrasés, et on retire le lithotriteur dont les cuillers sont remplies de substances phosphatiques.

Une injection détersive est enfin poussée dans la vessie avant de reporter le patient à son lit.

Le 1er décembre, le malade a rendu avec les urines une assez grande quantité de sang. L'urine contient beaucoup de mucus, pas de pus, et un grand nombre de petits calculs, que l'on recueille sur un linge servant de filtre.

Pendant trois jours, le malade eut le soir des accès de fièvre bien caractérisés (frissons suivis de sueurs) qui se prolongeaient une partie de la nuit.

Le 3, on pratique une nouvelle opération. Après plusieurs tentatives infructueuses, on renonce à saisir le calcul, qui semble avoir été complétement broyé dans la séance précédente.

Le soir, il se déclare un accès de frisson pareil aux précédents.

Le lendemain, le malade rendit encore quelques graviers avec un peu de mucus.

Le 7, dernière opération. Les cuillers de l'instrument ramènent un certain nombre de petits graviers, mais il est impossible de saisir autre chose.

Point de fièvre le soir; le malade rend seulement par ses urines une assez grande quantité de sang, suivie le lendemain de faibles morceaux de calcul.

Le 10, les urines contiennent encore du mucus, mais ne sont plus sanguinolentes.

Le malade n'éprouve plus la moindre douleur, et les envies fréquentes d'uriner ont disparu pour faire place à une miction régulière.

Ce fait est, comme l'on voit, remarquable par la facilité de l'exécution, l'innocuité du procédé, et enfin la rapide guérison obtenue sans que rien puisse faire craindre la récidive.

DU RHUMATISME A FORME INSOLITE,

et des moyens d'y remédier,

Par M. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Au nº 9 de la salle Saint-Antoine était couchée une blanchisseuse âgée de trente ans, dont toute la maladie consistait en un rhumatisme subaigu limité à une main et à un genou. Le pouls était à 27, et l'oreille, appliquée sur la région du cœur, ne percevait qu'un bruit de souffle au premier temps, s'étendant surtout à la base de l'organe et se propageant dans les vaisseaux du cou. La respiration se faisait régulièrement. Il en était de même des autres fonctions, quand par un contraste étrange on a vu tout à coup cette affection articulaire d'apparence si bénigne donner lieu à des accidents rapidement mortels.

M. Aran n'avait pas jugé le cas suffisamment sérieux pour prescrire une émission sanguine. Il s'était borné à faire prendre un gramme de sulfate de quinine en quatre fois dans la journée du 14 juin, et à recouvrir de ouate les articulations malades.

Le 15, les douleurs s'étant aggravées et le souffle cardiaque ayant pris plus d'intensité, la dose de sulfate de quinine fut portée à 1 gramme 50 centigrammes.

Le 16, amélioration; les douleurs sont limitées au poignet; même dose de sel de quinine jusqu'au 20.

Le 23, dans la soirée, la malade se trouvait passablement, lorsqu'à onze heures elle est prise subitement de dyspnée excessive. L'interne de garde compte 45 respirations par minute : la face est injectée, les battements du cœur sont précipités, inégaux, avec souffle persistant; le pouls est à 110, faible, et s'accompagne de soubresauts. Au bout d'une heure et demie d'angoisses, cette femme mourait asphyxiée.

Une terminaison si imprévue, dans le cours d'une affection généralement peu grave, donnait un grand intérêt à l'autopsie. trouve-t-on? Absolument rien, si ce n'est une congestion modérée des parties déclives des poumons, dont le tissu d'ailleurs est parfaitement perméable et crépitant. L'examen le plus attentif ne fait rencontrer nulle part dans l'arbre artériel de ces caillots fibrineux désignés sous le nom d'*embolies*. La seule chose à noter, c'est que le calibre de l'artère pulmonaire comme celui de l'aorte était peu considérable, et n'admettait qu'avec difficulté l'extrémité du doigt indicateur. Le diagnostic de M. Aran avait-il été juste? Oui. Il y avait eu là un rhumatisme articulaire, et, pour le dire en passant, ce rhumatisme, si bénin qu'il fût, avait déjà produit des fausses membranes et des flocons purulents que l'on trouva flottants dans le liquide louche qui remplissait la cavité du genou.

A quoi donc avait succombé cette malade chez laquelle aucun des accidents observés ne pouvait être rattaché à une altération du cœur ou du cerveau? M. Aran n'a pas hésité à déclarer qu'elle était morte d'une congestion pulmonaire rhumatismale. En effet, a dit ce professeur, il est dans la nature des fluxions, et surtout des fluxions rhumatismales, d'arriver rapidement, d'emblée, à leur summum d'intensité, et l'on ne peut mesurer par les caractères anatomiques constatés après la mort le degré véritable auquel cette congestion avait été portée pendant la vie. Le rhumatisme, comme l'a prouvé une fois de plus cette autopsie, est une inflammation des articulations; c'est une inflammation qui a quelque chose de spécial, et, sous ce rapport, les idées des anciens sur les manifestations du rhumatisme, différentes des nôtres à certains points de vue, se rapprochaient peut-être davantage de la vérité. Grâce aux beaux travaux de M. Bouillaud, il n'est pas un médecin qui ne soit convaincu de la coexistence fréquente avec le rhumatisme articulaire de l'inflammation des membranes fibro-séreuses qui enveloppent le cœur ou le tapissent intérieurement. Tout le monde sait pareillement aujourd'hui que les membranes identiques dans leur structure avec les séreuses articulaires s'enflamment sous l'influence de la même cause, et c'est ainsi que l'on s'explique aisément l'apparition de pleurésies et de méningites dans le cours du rhumatisme articulaire. Cependant il ne faut pas croire que cette maladie se manifeste exclusivement sur les membranes fibro-séreuses, et M. Aran se croit autorisé à répéter avec les anciens que le rhumatisme est une maladie générale qui peut envahir non pas seulement un tissu, un organe, mais bien tous les tissus, tous les organes de l'économie.

Un premier fait incontestable, c'est que le rhumatisme est le résultat de l'action du froid humide et surtout de la suppression brusque de la transpiration cutanée. Un second fait non moins important, c'est qu'à partir du jour où un individu a pris un rhumatisme, cet individu se trouve dans un état particulier, véritable diathèse qui durera toute sa vie. Cette diathèse peut venir des ascendants, mais qu'elle soit héréditaire ou acquise, toutes les fois qu'une cause la mettra en jeu, elle manifestera son existence par les phénomènes les plus variables, les plus bizarres, et dominera tous les états pathologiques dont l'individu peut être atteint. Vous voyez dans ces conditions diathésiques la même cause génératrice, c'est-à-dire la suppression de la transpiration, amener chez l'un une dermalgie, une hyperesthésie rhumatismale; chez l'autre une anesthésie, une paralysie partielle du mouvement dans tout un côté de la face, dans un membre, etc. Sous le coup de la diathèse rhumatismale, une jeune fille délicate et nerveuse est vivement émue : aussitôt se manifeste chez elle une chorée, évidemment de même source que les troubles morbides que nous venons d'indiquer. Or, ce qui se passe du côté de l'innervation se voit pareillement du côté de la circulation, indépendamment des lésions organiques décrites par M. Bouillaud. C'est ainsi que sous l'influence d'un refroidissement, un rhumatisant va prendre une fluxion passagère dont le siége pourra varier à l'infini, mais qui se traduira par des gonflements, de la rougeur, de la douleur, et dont l'invasion et la disparition auront surtout pour caractère une rapidité extraordinaire.

Eh bien, cette fluxion vasculaire n'est pas toujours extérieure; elle se fait sur tous les organes; et quand elle a pour siége le poumon, par exemple, elle a pour cortége, comme chez la malade qui fait le sujet de ces remarques, une douleur vive de la poitrine, une dyspnée excessive et tous les signes d'une asphyxie rapide. Les anciens connaissaient ces congestions rhumatismales des poumons, ils connaissaient aussi le rhumatisme cérébral, signalé de nouveau dans ces derniers temps, et dont les cas malheureux se sont multipliés peut-être sous l'influence des changements apportés dans la médication du rhumatisme.

M. Aran croit, en effet, que l'introduction du sulfate de quinine dans le traitement de cette maladie a rendu plus communes les formes insolites du rhumatisme. Aujourd'hui, dit-il, on saigne beaucoup trop peu, et sous ce rapport la thérapeutique a reculé de trente ans. Dans tous les cas de rhumatisme cérébral observés par MM. Vigla, Bourdeu, Tardieu, Gubler, etc., les malades avaient été traités exclusivement par le sulfate de quinine à haute dose. Or le sulfate de quinine donne à coup sûr des résultats satisfaisants au point de vue du soulagement immédiat, mais il congestionne le cerveau et la moelle épinière, et en produisant cet effet physiologique peut-être n'est-il pas étranger à l'invasion des phénomènes anormaux qui nous occupent.

Quoi qu'il en soit, le rhumatisme est une affection grave non-seulement par les récidives auxquelles il expose toute la vie et par les lésions qu'il peut déterminer du côté des articulations et du cœur, mais aussi, et bien plus encore, par ses manifestations [illegible] le poumon. Il résulte de là qu'il est sage, avant d'administrer le sulfate de quinine dans cette affection, de pratiquer au moins une saignée. Puis, quand une fois l'on se trouve en face de ces congestions plus graves par la rapidité avec laquelle elles se forment que par leur intensité, il faut intervenir avec la plus grande énergie. C'est alors le moment d'employer largement les émissions sanguines, tant générales que locales : ces dernières surtout, et parmi elles les ventouses scarifiées, qui ont l'avantage de joindre l'action révulsive à l'action déplétive. Mettez-en quinze, vingt, vingt-cinq, et faites en même temps recouvrir de ventouses sèches les jambes et les cuisses. Appliquez de larges sinapismes sur les jointures, et laissez-les en contact avec la peau pendant vingt à trente minutes; ajoutez à ces moyens des frictions irritantes avec l'ammoniaque liquide; enfin servez-vous au besoin du marteau de Mayor, ressource héroïque qui opère de véritables résurrections. On en fait quatre, huit, dix, quinze, vingt applications au creux de l'estomac, aux insertions costales du diaphragme, le long de la colonne vertébrale.

M. Aran a cité à ce sujet un fait intéressant observé il y a deux ans à l'hôpital Lariboisière :

Un jeune homme de vingt ans, convalescent d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, fut saisi par le froid en sortant d'un bain de vapeur. Peu de temps après survint chez lui une dyspnée extrême avec crachement de sang, qui céda momentanément à l'action combinée des ventouses scarifiées sur la poitrine et des sinapismes sur les membres inférieurs.

Dix jours après, réapparition des mêmes phénomènes : 48 respirations, 154 pulsations, crachements de sang abondants. Quatorze ventouses scarifiées appliquées sur la poitrine arrêtent encore les accidents; mais au milieu de la nuit, la suffocation devient extrême, le malade ne parle plus, le pouls est à peine sensible, les yeux sont convulsés. M. Doyen, alors interne et aujourd'hui professeur suppléant à l'École de Reims, saisit un fer à repasser qui se trouve sous sa main, le plonge dans l'eau bouillante, l'applique à l'épigastre du malade et sauve ainsi ce dernier d'une mort imminente. (*J. de méd. et de chir. prat.*)

ENCANTHIS CONSIDÉRABLE DES DEUX YEUX,

dit en queue d'hirondelle. — De la pierre divine dans le traitement des granulations des paupières.

Par M. le Dr Magne.

On rencontre fréquemment l'hypertrophie de la caroncule lacrymale et du repli semi-lunaire ensemble ou isolément. L'angle interne de l'œil présente alors une tumeur molle, rosée ou rougeâtre, d'aspect granuleux, dont le volume varie de la grosseur d'un pois à celui d'un œuf de pigeon; on prétend même avoir rencontré des hypertrophies de la caroncule grosses comme le poing.

Quoi qu'il en soit, ces sortes de tumeurs sont en général limitées, arrondies, et simulent assez les amygdales hypertrophiées.

Quand le repli semi-lunaire participe à l'hypertrophie, l'aspect extérieur est celui d'une fraise. Mais l'encanthis ne conserve pas toujours ces allures limitées; la caroncule et le repli semi-lunaire s'allongent en s'hypertrophiant, peuvent recouvrir la cornée, doubler les voiles palpébraux à l'intérieur, en guise de membranes clignotantes, et pousser leurs rameaux jusqu'à l'angle externe de l'œil. Les points lacrymaux complétement cachés et comprimés, il en résulte un épiphora abondant; l'occlusion des paupières est génée, et quand les yeux sont ouverts, les bords ciliaires sont doublés d'une languette granuleuse.

Ce degré d'hypertrophie se rencontre rarement, soit parce que cet état est exceptionnel, soit parce que les malades réclament le secours de l'art, avant que la tumeur ait acquis de telles proportions.

Mais un fait plus rare encore, c'est l'observation de ces grappes granuleuses occupant entièrement les quatre paupières, comme dans l'observation qui va suivre.

Le 18 juin dernier, Mme G..., demeurant rue Neuve-Saint-Augustin, se présente à ma consultation. Cette dame est âgée de quarante-huit ans environ, d'une constitution lymphatique et nerveuse; elle est sujette à de l'asthme et à de fréquents maux de gorge. Mme G... a dû renoncer à ses occupations habituelles, qui consistent à tenir une caisse, par suite d'une ophthalmie remontant à plusieurs années. Elle se plaint d'un larmoiement continuel et de violentes douleurs de l'œil. Elle dit avoir été traitée par l'électricité, pour un engorgement du sac lacrymal; elle a eu les paupières plusieurs fois cautérisées avec le sulfate de cuivre et l'azotate d'argent.

Voici le résultat de notre examen : Les yeux ont de la peine à s'entr'ouvrir, et la malade renverse habituellement la tête en arrière comme les personnes qui ont une chute de la paupière supérieure. Les voiles palpébraux sont doublés, dans toute la longueur du cartilage tarse et jusqu'au sillon conjonctival, par une ligne rouge et granuleuse; la caroncule et le repli semi-lunaire s'avancent jusque sur la cornée, surtout du côté droit.

Les paupières étant écartées et renversées, je constate, premièrement, que les conjonctives sont semées de granulations épaisses et rugueuses au toucher, tant aux paupières supérieures qu'aux inférieures; en outre, j'observe un type complet d'encanthis en *queue d'hirondelle*, comme on peut en juger par les dessins et les pièces pathologiques que je viens de vous soumettre. Enfin, un entropion existe au milieu de la paupière inférieure du côté gauche, entropion qui nous paraît avoir été déterminé par les cautérisations au nitrate d'argent, la conjonctive oculaire étant à cet endroit soudée par une bride à la conjonctive palpébrale.

Je conseille l'excision complète de l'encanthis, que je pratique le surlendemain 20 juin avec l'assistance de M. le docteur Mouzard.

Je crus ne devoir opérer qu'un seul œil, et, eu égard aux accidents consécutifs, je dus m'applaudir de cette prudente mesure.

Le prolongement de la caroncule, situé à l'angle externe et à la paupière inférieure de l'œil droit (le plus malade), saisi par une pince à dents de souris, je commençai la dissection de la tumeur, que j'isolai jusqu'à l'angle interne; je procédai de la même manière pour le prolongement situé à la paupière supérieure. Il ne restait plus qu'à détacher la tumeur de sa base, située à l'angle interne de l'œil, ce qui eut lieu d'un coup de ciseaux. La quantité de sang répandue fut considérable, et ne gêna pas médiocrement le travail de dissection, qui devait se faire tout en ménageant la conjonctive palpébrale, sous peine de voir naître plus tard des adhérences, par suite de la formation du tissu cicatriciel. Néanmoins, grâce à la docilité de la malade, l'opération se termina rapidement. Je conseillai le repos, un régime modéré et des applications d'eau glacée sur la paupière. Le lendemain, le globe était le siége d'un chémosis considérable, qui exigea un traitement antiphlogistique vigoureux; les accidents inflammatoires se dissipèrent rapidement, et un mois après nous opérions l'œil gauche.

On se rappelle que la paupière inférieure est soudée au globe de l'œil de ce côté; redoutant l'inflammation consécutive et craignant en outre d'augmenter l'entropion, je résolus de limiter l'excision de l'hypertrophie de la caroncule.

Je saisis avec une pince la portion d'encanthis située en dedans de l'entropion, et j'excisai jusqu'à l'angle interne de l'œil; de même pour la paupière supérieure. L'inflammation consécutive fut modérée; cependant j'observai encore un chémosis. Je pensais qu'ayant coupé la base de la tumeur, les prolongements éprouveraient un commencement d'atrophie et pourraient être aisément supprimés. Notre prévision se réalisa; nous pûmes enlever plus tard, à l'aide d'une pince épilatoire, les bourrelets muqueux qui s'étendaient jusqu'à l'angle externe de l'œil.

A la fin de juillet, toute trace d'encanthis avait disparu; les conjonctives palpébrales avaient contracté quelques adhérences avec la conjonctive oculaire, vers l'angle interne; mais le bord ciliaire avait conservé, comme il conserve encore aujourd'hui, son état normal, sauf le point d'entropion qui existait avant nos opérations.

Nous n'étions qu'à la moitié du chemin; le plus fort était fait; mais on n'a pas oublié qu'outre l'encanthis, les conjonctives palpébrales offraient sur toute leur surface des granulations épaisses et rugueuses au toucher. Le larmoiement persistait, et la malade souffrait cruellement d'une sensation de gravier à chaque mouvement des paupières.

Ici le traitement est fort simple : tous les deux jours les conjonctives palpébrales ont été touchées, je ne puis dire cautérisées, et je n'ose dire grattées, à l'aide d'un crayon de pierre divine. Et à ce sujet je tiens à vous donner quelques explications d'un intérêt essentiellement pratique.

Généralement on cautérise les conjonctives hypertrophiées ou granuleuses, soit avec le nitrate d'argent, soit avec le sulfate de cuivre. Le nitrate d'argent, vous le savez, cautérise trop ou trop peu. Si la cautérisation est légère, les granulations persistent; si, au contraire,

elle est trop forte, on s'expose à des brides cicatricielles, quelles que soient les précautions employées pour éviter des adhérences. En outre, les cautérisations par le nitrate d'argent ont l'inconvénient grave de substituer à une muqueuse destinée à être en contact continuel avec la cornée, un tissu inodulaire peu élastique et ne participant en rien de la structure des conjonctives.

Le sulfate de cuivre, dont les propriétés sont styptiques et non pas caustiques, outre qu'il détermine des douleurs que tous les malades accusent, ne donne que des résultats insuffisants.

La pierre divine, oubliée depuis maître Jan dans le traitement des maladies des yeux, et que j'ai réhabilitée il y a quinze ou seize ans, me paraît mériter toutes les préférences du praticien, surtout lorsqu'il s'agit de conjonctivites granuleuses. Cette pierre, composée de sulfate de cuivre, d'azotate de potasse et de sulfate d'alumine, appartient aussi à la classe des styptiques ; mais elle offre des avantages qui lui sont propres. Elle ne cautérise pas et ne substitue pas un tissu cicatriciel au tissu primitif ; elle est poreuse et jusqu'à un certain point rugueuse, ayant sous ce rapport quelque analogie avec la pierre ponce ; non-seulement elle modifie les muqueuses à la manière des styptiques, mais au lieu de glisser doucement sur les conjonctives, elle lime, elle râpe, passez-moi l'expression, tous les points granuleux, et détermine un léger écoulement de sang ; l'absorption se fait mieux sur ces surfaces dépouillées de leur épithélium, et la guérison est la plupart du temps assurée ; enfin l'usage de la pierre divine est supporté aisément par les malades qui redoutent le plus la douleur, et la rougeur qui suit son application est de courte durée.

La malade dont je viens de parler est, grâce à la pierre divine, presque entièrement guérie de ses granulations, et a pu reprendre ses travaux d'écriture à la caisse.

Encore quelques mots sur l'encanthis. On triomphera aisément de cette affection, limitée à l'angle interne de l'œil, en enlevant d'un coup de ciseaux courbes toute la portion hypertrophiée. Il est bon d'agir promptement, car le globe oculaire lui-même peut prendre part à l'inflammation. J'ai publié il y a quinze ans, dans l'*Abeille médicale*, une observation relative à une jeune femme atteinte depuis longtemps d'une kérato-conjonctivite, qui cessa pour ne plus reparaître lorsque j'eus enlevé la caroncule lacrymale hypertrophiée.

DE L'EMPLOI DES APPAREILS OUATÉS

dans le traitement des maladies articulaires,

Par M. le Dr Deneffe.

Frappés des avantages que présenterait l'immobilisation absolue des articulations malades, les chirurgiens ont cherché depuis longtemps à la réaliser au moyen des appareils les plus variés et les plus ingénieux. Mais malgré tant de recherches et de si constants efforts, on a pu dire jusqu'aujourd'hui de ce repos mathématique des articulations, ce que Boileau disait d'un sonnet parfait :

« Et cet heureux phénix est encore à trouver. »

Si ce rêve de tant de générations chirurgicales a tardé si longtemps à s'accomplir, c'est peut-être parce que le véritable principe de l'immobilisation a toujours été méconnu. Empêcher les divers segments d'un membre de se mouvoir les uns sur les autres, ou sur la ceinture qui les unit au tronc, voilà comment la plupart des chirurgiens comprennent l'immobilisation. Et en effet, les appareils dont ils se servent s'opposent à ces grands mouvements des membres sur lesquels ils sont appliqués. Mais ces mouvements visibles ne sont pas les seuls qui s'accomplissent dans les articulations ; à côté de ces déplacements étendus, il en est d'autres moins appréciables et moins volontaires, mais bien plus fréquents que les premiers. Sous l'influence de causes multiples, les muscles sont continuellement le siége de légères contractions, qui retentissent dans l'article autour duquel ils s'insèrent. Le faible déplacement qui en est la conséquence nécessaire n'est pas visible, et à l'état physiologique nous n'en avons même pas conscience. Mais que l'articulation soit enflammée, qu'une sensibilité morbide s'y soit développée, et ces mouvements, qui tantôt n'étaient point appréciables, deviennent pour le malade la source de vives souffrances.

Ce sont ces mouvements involontaires qu'il importe d'empêcher au même titre que les grands déplacements, et si les appareils employés jusqu'à ce jour n'ont jamais pu remplir cette indication, c'est qu'ils ne sauraient s'adresser à la cause qu'il importe de faire disparaître : la contraction musculaire.

La gouttière de Bonnet, le coussin-gouttière de M. Jobert (de Lamballe), l'ingénieux appareil dont se sert M. Guersant dans les cas de coxalgie, et bien d'autres bandages encore s'opposent suffisamment aux grands mouvements articulaires, mais les muscles, conservant malgré l'appareil la faculté de se contracter, le font d'autant plus souvent qu'il y a près d'eux un foyer d'irritation, un article malade, et de là des douleurs presque continues.

Pour éteindre ces contractions perpétuelles des muscles, et immobiliser par là les articulations, nous avons à notre disposition un puissant moyen, c'est la compression. Non pas cette compression telle quelle, qu'on a l'intention d'obtenir avec les appareils en usage, mais une compression forte et si douce cependant qu'elle ne soit pas douloureuse pour le malade. Cet idéal de la compression est resté longtemps à l'état de *desideratum*, parce que les pièces élémentaires des appareils employés ne sont pas assez molles, assez malléables, pour se mouler aisément sur les membres et comprimer également leurs saillies et leurs dépressions. Si on les y force, ce n'est pas seulement une compression douloureuse que l'on produit, mais c'est encore une constriction sur les points en relief.

Pour qu'il y ait une compression partout égale, il faut qu'elle soit exercée par une substance en quelque sorte fluide, qui s'infiltre dans tous les creux et les comble. Le plâtre semblait répondre à cette indication ; mais si le plâtre, comme les appareils cités précédemment, s'oppose bien par sa roideur aux grands mouvements articulaires, il n'enraye pas la contraction des muscles, car en se desséchant, il subit un retrait notable, et partant il ne saurait comprimer d'une manière efficace le membre qu'il enveloppe, puisqu'il n'est même plus en contact immédiat avec lui.

Mais il est une autre substance qui se moule sur les membre avec la même facilité que le plâtre le plus liquide, qui ne subits ni dessèchement, ni retrait, qui conserve pendant toute la durée du traitement les rapports qu'on lui a fait prendre avec les parties sur lesquelles on l'applique. Cette substance c'est la ouate.

Depuis plusieurs années déjà, Burggraeve, dans son enseignement et ses publications, a démontré les immenses avantages de la ouate, et en a préconisé l'emploi dans le traitement des maladies articulaires. La compression que l'on peut exercer en interposant une couche épaisse de ouate entre les bandes et le membres est si grande, qu'on réduit les muscles sous-jacents à une impuissance complète, qu'on fait disparaître ces contractions involontaires dont ils sont sans cesse agités.

Quelque énergique qu'elle soit, cette compression n'expose cependant à aucun danger, car ce n'est pas la bande elle-même qui comprime directement comme dans les autres appareils, ici elle borne son rôle à tasser fortement la ouate. En vertu de son élasticité, celle-ci fait un effort d'expansion d'autant plus grand qu'elle est plus condensée ; cet effort, étant enrayé par l'inextensibilité de la bande amidonnée, reporte toute son action sur le membre, et partant le comprime. Cette compression exercée par une substance aussi douce que la ouate, n'est jamais douloureuse pour le malade.

Tel est le principe de l'appareil de Burggraeve. Afin d'imprimer plus de solidité à ce bandage, son auteur y ajoute deux ou trois attelles de carton ramollies dans l'eau et qui prennent aisément la forme du membre, sous l'influence de la forte pression qu'on exerce au moyen de bandes mouillées elles-mêmes. Une légère couche de colle d'amidon étendue sur la surface externe de l'appareil le rend inextensible et en assure la solidité.

Nous n'insisterons pas davantage sur le mode d'application de cet appareil, qui se trouve longuement décrit dans le beau *Traité de chirurgie théorique et pratique* publié récemment par le célèbre professeur de l'Université de Gand. Mais nous dirons en terminant que si dans le traitement des tumeurs blanches Burggraeve obtient cet étonnant succès de ne pas devoir recourir deux fois sur cent à l'amputation, il ne le doit pas seulement à l'emploi des caustiques dont il fait largement usage mais plus encore à l'énergique compression qu'il peut exercer sur le membre et l'article malades, compression dont découlent à la fois ces trois précieux avantages :

1° Diminution de l'afflux des liquides ;

2° Résorption des liquides épanchés ;

3° Immobilisation absolue de l'articulation, immobilisation que nous défions d'obtenir au même degré avec aucun autre appareil.

OBSERVATION D'ARGYRIASIS

avec dépôts métalliques dans les intestins, le foie, les reins et la rate.

M. Frommann, médecin de l'hôpital allemand de Londres, observa un malade atteint d'épilepsie sous l'influence de conditions morales malheureuses. Il avait été soumis à un traitement par le nitrate d'argent, dont il avait pris 75 milligrammes par jour au début. Plus tard il en prit pendant neuf mois 0,50 par jour. Après quatre mois de traitement la peau de la face prit une coloration grise qui se répandit plus tard au cou et au tronc. Pendant la durée du traitement le malade était sujet à des maux d'estomac, à de l'inappétence, à des vomissements. Une tuberculisation pulmonaire qui marcha assez rapidement le fit succomber.

A l'autopsie, on trouva la surface de la muqueuse du duodénum et du jéjunum parsemée de grains noirs, abondants au sommet des valvules, et produisant des stries noires dans les sillons qui les séparent. Dans le duodénum les grains pigmentaires sont réunis en groupes qui forment des taches noires, plus foncées au centre qu'à la périphérie.

L'examen microscopique fait voir l'existence de grains noirs à l'extrémité des villosités intestinales. Ces grains, de volume variable, tantôt arrondis, tantôt de forme irrégulière, présentant des arêtes vives, se trouvent tantôt sous la couche épithéliale, tantôt au centre de la villosité. Ces dépôts pigmentaires se dissolvent rapidement et complétement dans le cyanure de potassium.

La rate, petite et très-dense, présente à l'examen microscopique ces mêmes granulations pigmentaires sur les parois des petites veines où elles se trouvent surtout accumulées au niveau des bifurcations.

Le foie est petit, présente à la coupe de nombreux points noirs résultant de dépôts métalliques qui se sont faits autour des dernières ramifications de la veine-porte et des veines sus-hépatiques et dans les cellules hépatiques avoisinantes.

Les reins présentent les dépôts les plus abondants : les pyramides sont presque noires, surtout près des papilles ; la coloration de la substance corticale est moins prononcée. Les glomérules de Malpighi apparaissent comme des points noirs ; les anses vasculaires sont remplies d'une masse finement granuleuse. Les tubes urinifères sont entourés d'un anneau noir par le dépôt de grains métalliques dans le tissu connectif interstitiel. Dans la peau de l'aisselle et des dernières phalanges des doigts, les couches superficielles du derme présentent des stries noires.

L'analyse chimique fit voir que les grains du foie renfermaient 0gr,009 de chlorure d'argent, c'est-à-dire 0,047 °/o d'argent métallique ; 8gr,6 de substance rénale desséchée contenaient 0gr,007 de chlorure d'argent, c'est-à-dire 0,061 °/o d'argent métallique. (*Arch. f. path. anat.*)

DANGER RÉSULTANT DE LA PERSISTANCE DU THYMUS

chez les enfants.

MM. Hemming et Haynl ont vu trois enfants, l'un de deux ans, l'autre de vingt mois, le troisième d'un âge indéterminé, mourir subitement, sans autres symptômes préalables qu'un léger accès de convulsion au dernier moment ; et l'autopsie ne révéla pas de condition morbide, si ce n'est un développement anormal du thymus. Chez l'un des sujets, il pesait 38 ; chez l'autre, 40 grammes.

Ces remarques, confirmatives de celles de Kopp, Copland et Hood, conduisent l'auteur, M. Breut, à déterminer le mécanisme par lequel le volume persistant du thymus peut causer la mort. Il le trouve dans la compression exercée sur les nerfs voisins, d'où est résulté le spasme de la glotte.

M. Breut estime, en outre, qu'il existe une corrélation entre le volume du thymus et le développement et par conséquent l'excitation morbide du système nerveux. Aussi ces enfants morts subitement étaient remarquables par leur intelligence précoce. En second lieu, il est digne de remarque qu'on n'a jamais noté l'absence congénitale du thymus que dans les cas d'acéphalie. (*The Lancet.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 avril 1864. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet :

1° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), par MM. Tellier et Réolle ; de Saint-Christan (Basses-Pyrénées), par M. Darcet ; de Propiac (Drôme), par M. Loubier ; d'Euzet (Gard), par M. Auphan ; de Charbonnières (Rhône), par M. de Finaz ; de Bains (Vosges), par M. Bailly ; de M. Roussel (commission des eaux minérales) ;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements de la Marne, de Tarn-et-Garonne, de la Dordogne et de la Loire (commission des épidémies) ;

3° L'extrait d'une lettre du lieutenant-colonel Nagtglas, gouverneur des possessions néerlandaises de la côte de Guinée, relative à plusieurs cas de vaccination opérée avec succès à l'aide de vaccin régénéré sur les nègres de cette colonie. (Commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

L'Académie reçoit :

1° Un mémoire de M. le docteur Auphan, intitulé *La pulvérisation à Euzet-les-Bains et ses effets thérapeutiques.* (Commission des eaux minérales.)

2° Une note sur les propriétés curatives des phénates alcalins et des huiles acides saponifiables, par M. Bobœuf. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

3° Une lettre de M. Billod, médecin de Saint-Gemmes (Maine-et-Loire), qui informe l'Académie que la pellagre manifeste de nouveau sa présence dans l'asile confié à sa direction. (Nous publierons cette lettre dans un prochain numéro).

4° Un mémoire sur la responsabilité du médecin considérée au point de vue de l'obstétrique et plus particulièrement de l'opération césarienne *post mortem*, par M. G. Rousseau. (Commissaire : M. Devergie.)

5° Une lettre de M. Charrière, qui adresse, au nom de M. le docteur Chassagny (de Lyon), pour être soumis à l'Académie, un forceps avec les dernières modifications qu'il vient d'y apporter d'après les indications de l'auteur.

6° Un pli cacheté renfermant le dessin et la description d'un instrument nouveau pour la destruction de la pierre, déposé par MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie.

PRÉSENTATION.

Pharyngoscope. — M. GAVARRET présente au nom de M. le docteur MOURA-BOUROUILLOU un instrument nouveau que l'auteur appelle pharyngoscope, et il dépose sur le bureau un mémoire explicatif renfermant la description, les usages et le mode d'emploi de cet instrument.

Le pharyngoscope se compose de deux parties essentielles :

1° Un *miroir plan ou concave* AB, percé à son centre d'une ouverture de 3 à 5 centimètres de diamètre. La forme du miroir, représenté ci-contre, est elliptique ; elle peut être circulaire, ovale, quadrangulaire ou polygonale. Ses dimensions, comprises ordinairement entre 10 et 20 centimètres, peuvent varier comme sa forme ; sa monture, en bois, en ivoire ou en métal, a la même ouverture que le miroir qu'elle encadre. Une courte-tige-mortaise ou à charnon plein ou échancré est soudée sur un point quelconque de la circonférence de la monture si le miroir est rond, ou à l'une de ses extrémités s'il est elliptique.

2° Une *lentille biconvexe ou loupe*, à court foyer, est maintenue dans un tube T qui s'emboîte à frottement avec celui de la monture

du miroir. Elle est formée d'une seule pièce ou de deux, pleine ou creuse, c'est-à-dire vide, et susceptible par conséquent de contenir un liquide transparent ou réfringent, incolore ou diversement coloré (eau, alcool, solutions acides, salines, etc.), et de constituer une lentille fluide ou verre ardent. Cette lentille est destinée à concentrer les rayons lumineux de la flamme d'une bougie ou d'une lampe, à les faire passer par l'ouverture S et à les diriger en faisceau dans la bouche de celui qui se regarde dans le miroir ou sur une autre partie du corps visible dans le miroir. Les gencives, les dents, l'intérieur des joues, le palais, l'isthme du gosier, le pharynx, etc., sont ainsi passés en revue avec la plus grande facilité.

3° Une troisième partie accessoire est un pied ordinaire à tige mobile, ou ce que l'auteur appelle le *porte-pharyngoscope*.

Le *porte-pharyngoscope*, appelé aussi *porte-loupe* lorsqu'on emploie la lentille L séparément, comprend une pince, un levier articulé et un tube à mortaise, destinés à maintenir le *porte-loupe* fixé sur la lampe, et à lui faire exécuter toute sorte de mouvements et prendre toute espèce de positions autour de la flamme.

Le premier usage de cet instrument consiste dans l'éclairage du fond de la bouche. En concentrant la lumière sur le pharynx, les amygdales, le voile du palais, etc., il permet au médecin et au malade lui-même de voir dans quel état se trouvent ces organes et de leur appliquer directement s'il y a lieu un traitement opportun. D'un autre côté, le pharyngoscope éclaire le miroir laryngien placé au-devant du voile du palais, et l'image du laryngoscope est aperçue directement par le médecin sur son malade et par celui-ci dans le laryngoscope. Enfin cet instrument, par le moyen de sa lentille, peut aussi concentrer les rayons lumineux sur le réflecteur de M. Czermak placé au-devant du front ou des yeux du médecin, et ce dernier dirige la lumière sur le laryngoscope comme par le passé.

En éclairant le pharynx, cet instrument éclaire aussi vivement toutes les diverses parties de la bouche et en particulier les dents.

Le médecin qui veut examiner les dents, la bouche, le larynx de ses malades, doit en général se servir de la lentille séparée du miroir. La tige lui permet de la fixer sur le *porte-pharyngoscope* ou sur le pied ordinaire de l'instrument. Un porte-écran dans lequel on fixe une carte ou un carré de papier blanc met les yeux à l'abri de la lumière. La lentille doit être à environ 10 ou 12 centimètres de distance de la flamme de la lampe (qu'il faut placer entre le malade et le médecin). En regardant à droite ou à gauche de la lentille, l'observateur dirige lui-même l'éclairage à son gré, sur les dents, sur le pharynx, et par conséquent sur le laryngoscope.

Cet examen peut se faire aussi sans séparer la lentille du miroir pharyngoscopique. Le grand diamètre de ce dernier est alors dirigé verticalement. On regarde à droite, à gauche et même au-dessus de l'instrument pendant qu'on dirige l'éclairage sur le pharynx, sur les dents du patient. De son côté, ce dernier s'observe dans le miroir, et voit ce qui se passe dans sa bouche.

Au lieu de mettre la lampe entre le malade et l'observateur, celui-ci peut la placer derrière lui, à sa droite ou à sa gauche, selon qu'il le juge à propos. Mais alors la lentille doit être à une plus grande distance de la flamme que tout à l'heure, et l'éclairage est moins intense.

Enfin, cet examen peut également se faire avec la lumière solaire. Dans ce cas, la lentille devient inutile, et le miroir pharyngoscopique est seul nécessaire. La lumière solaire passe par l'ouverture S du miroir, et elle va éclairer la bouche du malade placé en face du soleil. Le médecin tourne le dos au soleil, et regarde à droite, à gauche, au-dessus ou au-dessous du miroir. Les yeux du malade sont garantis contre les rayons solaires par la surface du miroir lui-même.

Ceux qui veulent éclairer le malade avec le réflecteur de M. Czermak n'ont qu'à diriger sur ce réflecteur la lumière concentrée par la lentille, comme par le passé.

L'éclairage par la lentille comme par le réflecteur n'est pas seulement applicable à la bouche, aux dents, au pharynx, etc., mais encore aux oreilles, aux organes génitaux, au rectum, et à toutes les autres parties du corps.

Parmi les usages de cet instrument, il en est deux sur lesquels l'auteur insiste plus particulièrement.

Le premier est relatif au diagnostic des affections graves de la gorge.

Le second avantage est de concourir à la vulgarisation des études laryngoscopiques, en rendant, au moyen de la combinaison de la lentille à court foyer avec le miroir, ces études sur soi-même faciles, indépendantes du jour ou de la nuit, et du plus ou moins d'adresse de l'observateur.

ÉLECTION.

L'Académie procède au scrutin pour la nomination d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

La liste de présentation porte :

En 1re ligne.	M. Reynal.
En 2e ligne.	M. Sanson.
En 3e ligne.	M. Charlier.

Nombre de votants, 72.

Au premier tour de scrutin ont obtenu :

M. Reynal.	67 voix.
M. Sanson.	3
Billets blancs.	2

En conséquence, M. Reynal est proclamé membre de l'Académie. Son élection sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

RAPPORT.

Eaux minérales. — M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport officiel sur une nouvelle source d'eau minérale découverte à Contrexéville (Vosges).

L'analyse chimique de l'eau de la nouvelle source, dit M. le rapporteur, a fait reconnaître une grande analogie de composition avec celle de l'établissement de Contrexéville ; comme celle-ci, c'est une eau sélénito-magnésienne, mais plus magnésienne et un peu moins chargée de fer.

La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter médicalement l'eau de cette nouvelle source.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'opération césarienne *post mortem*.

M. DE KERGARADEC commence la lecture d'un discours qu'il n'a pu terminer dans cette séance, et qu'il a demandé la permission de continuer dans la séance prochaine.

LECTURE.

M. le docteur **BOURGUIGNON** lit un travail ayant pour titre : *Quelques réflexions sur la* malaria urbana, *ou sur les troubles fonctionnels produits par le séjour prolongé dans les grandes villes.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Roche, Trébuchet et Mélier.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 24 avril, M. le docteur Campmas, médecin-major de 1re classe, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

—Par arrêté ministériel, M. Ernest Geoffroy, ancien élève de la Salpêtrière, vient d'être nommé interne de la Maison impériale de Charenton.

— Dans sa séance du 29 avril, le Comité consultatif d'hygiène publique a présenté en première ligne M. le docteur Lambron, pour la place de médecin-inspecteur de Bagnères-de-Luchon.

— M. le préfet de la Seine, accompagné de MM. Ferdinand Barrot et Amédée Thayer, sénateurs, Marchand, conseiller d'Etat, et Girard de Cailleux, inspecteur général du service des aliénés de la Seine, est allé visiter, le 24 avril, l'asile public d'Auxerre. Cette visite, succédant à celles des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, se rattache aux études que poursuit la commission instituée pour l'amélioration et la réforme du service des aliénés du département de la Seine. Nous dirons à cette occasion que MM. les docteurs Baillarger, Delasiauve, Mitivié, Trélat et Marcé ont été entendus au sein de la commission, comme l'avaient été précédemment MM. Lélut et Moreau (de Tours).

M. Ferdinand Barrot, qui présidait la séance, a successivement interrogé nos distingués confrères sur le projet de construction à Paris d'un grand hôpital de clinique des maladies mentales et de plusieurs autres établissements dans la banlieue, et sur l'annexion à ces divers asiles d'un quartier spécialement destiné à des pensionnaires.

Si nos renseignements sont exacts, cette dernière création ne devrait point, comme on l'a cru, entraîner nécessairement la suppression des maisons de santé.

— Lundi dernier, la Société d'hydrologie médicale a ajourné au mois de novembre prochain la reprise de ses travaux.

— Une succursale agricole de dix-huit hectares vient d'être annexée à l'Asile public d'aliénés de Pau (Basses-Pyrénées).

— Une épidémie de *démonomanie* règne depuis quelque temps en Savoie, dans l'arrondissement de Thonon. M. le ministre de l'intérieur vient d'envoyer sur les lieux M. le docteur Constant, inspecteur général des asiles d'aliénés.

— Les journaux belges annoncent que M. le ministre de l'intérieur de ce royaume se préoccupe déjà des modifications que devra subir la loi sur l'enseignement supérieur. Il aurait, suivant eux, soumis à l'appréciation des présidents et des jurys d'examen la proposition de réunir alternativement dans chacune des villes universitaires tous les récipiendaires qui devraient subir leurs examens pendant une session. Le double jury combiné serait maintenu, de sorte que l'on examinerait alternativement à Liége et à Bruxelles, par exemple, tous les élèves des universités de ces deux villes ; la même chose aurait lieu pour Gand et Louvain.

Ces modifications à introduire dans le régime actuel occupent tout naturellement la presse médicale de Belgique.

— M. Beau ouvrira son cours de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, le 7 mai prochain, et le continuera les jeudi et samedi de chaque semaine. — Visite des malades à huit heures ; leçons à neuf heures.

— M. de Quatrefages, professeur, membre de l'Institut, commencera son cours d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme ou d'anthropologie, au Muséum d'histoire naturelle, le mardi 7 mai, à trois heures un quart, et le continuera les mardis et samedis à la même heure. Le professeur poursuivra ses études sur l'unité de l'espèce humaine. Il traitera quelques-unes des questions qui se rattachent aux migrations et à l'acclimatation de l'homme, et exposera les caractères généraux des races humaines.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 53. — SAMEDI 4 MAI 1861. (34e ANNÉE.) N° 53. — SAMEDI 4 MAI 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Névrite. — Altération anatomique du ganglion de Gasser et des branches du nerf maxillaire inférieur.

L'anatomie pathologique du système nerveux, quand elle se borne à l'exploration simple des parties malades, est trop souvent réduite à l'impuissance pour qu'on ne doive pas chercher à en reculer les limites au moyen des procédés délicats de la microscopie. Müller, Schwann, Koliker, Schiff, Lent, en Allemagne; M. Michel, en France, sont entrés dans une voie qu'il faudra avoir poursuivie tout entière avant de pouvoir considérer comme bien établie l'histoire du trouble nerveux sans lésion. Le fait suivant, recueilli par M. le docteur Noizet, stagiaire, dans le service de M. Laveran, médecin en chef du Val-de-Grâce, montre au plus haut degré de développement une lésion qui doit être commune dans le système nerveux, et que M. Laveran a constatée deux fois dans la moelle épinière; nous voulons parler de l'atrophie des fibres nerveuses et de l'hyperplasie du tissu conjonctif, lésion décrite par Rokitansky dans plusieurs affections du système nerveux, et que M. Demme, dans un ouvrage intitulé *Anatomie pathologique du tétanos et de quelques autres maladies du système nerveux*, a justement considérée comme rentrant dans une grande classe de lésions anatomiques dont la cirrhose est le type, et à laquelle il faut rapporter à la fois la maladie de Bright, l'hypertrophie cellulaire du poumon, décrite par Corrigan, etc.; affections présentant toutes ce caractère commun d'une dégénérescence graisseuse atrophique de l'élément histologique spécial : cellules, fibre nerveuse; et d'une hyperplasie du tissu conjonctif.

Les observations anciennes, incomplétement interprétées par leurs auteurs, montrent d'ailleurs que le fait observé au Val-de-Grâce n'est pas entièrement nouveau. Dans une dissertation sur la sciatique nerveuse (thèse de Paris de 1804), Rousset parle d'un fait analogue.

» J'ai eu, dit-il, l'occasion de disséquer avec Dupuytren le nerf facial d'un homme qui avait été tourmenté très-longtemps par le tic douloureux; le volume du nerf était de beaucoup supérieur à celui du côté opposé, la nutrition était évidemment accrue. »

Voici l'observation recueillie par M. Noizet :

C..., soldat au 28e de ligne, âgé de vingt-quatre ans, est entré au Val-de-Grâce le 29 octobre 1860, dans le service de M. Laveran.

Cet homme, d'une constitution chétive, a fait antérieurement un séjour de trois mois à l'hôpital, pour une névralgie du trifacial qui a résisté à tous les moyens mis en usage. Il rapporte le point de départ de sa maladie à un choc qu'il aurait reçu contre la partie droite et supérieure du cou, en portant un piano, et qui aurait été suivi d'une douleur très-vive et d'une gêne notable des mouvements.

Six semaines après ce premier accident, ayant été exposé une partie de la nuit au froid d'une fenêtre ouverte, il ressentit pour la première fois des douleurs très-vives à la mâchoire supérieure, s'irradiant du point frontal et sous-orbitaire, et se fixant en dernier lieu à la mâchoire inférieure. Entré à l'hôpital pour cette dernière affection, il a été soumis à toutes les médications sans amendement durable.

Il existe un engourdissement permanent de tout le côté droit de la face; la mastication est très-pénible, et presque tous les soirs les dents semblent être le point de départ d'irradiations déchirantes qui privent le malade de sommeil, et qui l'ont réduit à un état excessif d'irritabilité et de faiblesse. D'ailleurs, C... est naturellement faible; il tousse habituellement l'hiver. On constate chez lui de la maigreur, peu d'appétit, de la toux et de la submatité au sommet du poumon gauche, avec bruit d'expiration et craquements humides. Il existe un peu d'engorgement vers l'angle de la mâchoire du côté droit. Les fosses nasales, explorées en avant et en arrière, n'offrent rien d'anormal; les dents sont saines; la voûte palatine, sans autre lésion qu'un peu d'intumescence de la muqueuse à la partie supérieure du pilier antérieur du voile du palais. La névralgie est encore le fait dominant; elle revient par accès d'une durée variable. Pendant l'accès, la lumière est pénible; il existe des élancements intolérables sur le trajet du maxillaire inférieur, et surtout au niveau de l'arcade dentaire, qu'on ne peut toucher pendant les accès.

C... est soumis successivement à l'emploi des médications calmantes, de l'iodure de potassium, des bains sulfureux; les douleurs persistent avec une opiniâtreté désespérante; le seul changement survenu dans son état est l'accroissement de la tumeur de la voûte palatine. Vers la fin de novembre, elle a acquis le volume d'une petite noisette; elle est d'ailleurs molle, sans résistance, comme formée par le décollement de la muqueuse. Une ponction n'en fait sortir que quelques gouttes de sang.

Pendant le mois de décembre l'état va s'aggravant; la paupière supérieure cesse de se relever complétement; le côté droit de la face devient le siége d'un œdème dur; la mastication est très-douloureuse et très-difficile; le malade ne prend plus que des aliments liquides et s'affaiblit sensiblement.

Vers le milieu de janvier, la partie droite de l'isthme du gosier devient le siége d'une tumeur molle, fluctuante, qui s'ouvre spontanément et donne issue à un mélange de pus et de sang. Cette évacuation est suivie d'un soulagement remarquable, mais de courte durée.

Le mois suivant, le malade va en s'épuisant par la persistance des douleurs, l'impossibilité de marcher et l'accroissement des accidents pulmonaires : toux, expectoration purulente, gargouillement.

D'autre part, les mouvements de flexion et de rotation de la tête sont très-pénibles; le malade est forcé de soutenir sa tête avec ses deux mains pour la déplacer, et de mouvoir son corps tout d'une pièce.

Aggravation croissante pendant le mois de mars. Outre le prolapsus de la paupière supérieure, le côté droit de la face a perdu sa sensibilité au toucher. Bien qu'elle soit encore le siége d'élancements douloureux, il existe de l'œdème, un écoulement de larmes. Le point lacrymal supérieur est le siége d'un écoulement muqueux; la fosse nasale du côté droit est oblitérée postérieurement; d'ailleurs, les douleurs névralgiques se produisent avec la même intensité, surtout sur le trajet du dentaire inférieur. Au commencement du mois d'avril, la faiblesse est devenue excessive; le malade ne peut plus changer de position dans son lit ni écarter les mâchoires; la déglutition est impossible, et le malheureux, réduit au dernier degré d'émaciation, succombe le 23 avril.

Nécropsie. — Emaciation extrême, déviation de la commissure des lèvres du côté droit, œil droit complétement fermé.

Encéphale, méninges pâles et amincies, pâleur générale de la substance nerveuse, sérosité sanguinolente dans les ventricules, intégrité des parties blanches centrales. Au niveau du ganglion de Gasser du côté droit, l'arachnoïde présente une production plastique encore molle, mais sans trace d'organisation, de 5 à 6 millimètres d'étendue; au-dessous de la dure-mère, le ganglion de Gasser présente un volume presque double de celui du côté gauche; sa coupe permet de constater une augmentation de résistance et un aspect d'un blanc fibrineux tournant à la couleur du fibro-cartilage. Les nerfs ophthalmique et maxillaire supérieur n'offrent rien de notable à la vue simple, tandis que le maxillaire inférieur continue dans la fosse zygomatique à présenter un développement double des nerfs du côté gauche, jusqu'à deux ou trois centimètres de son point de sortie; d'ailleurs les nerfs sont confondus au milieu des parties altérées; le trou ovale est notablement étendu par une nécrose qui a détruit également la pointe du rocher.

L'apophyse ptérygoïde et la partie postérieure du maxillaire [illegible] les muscles ptérygoïdiens sont confondus dans une masse creusée à son centre d'un foyer caverneux, par le ramollissement de ganglions tuberculeux qui se continuent avec les ganglions de la région carotidienne, et que limitent les vertèbres privées de leur périoste, érodées, morbides, et l'articulation temporo-maxillaire dont les os sont désunis et érodés à la surface.

L'apophyse coronoïde est détachée de la branche du maxillaire. La glande maxillaire inférieure a une teinte grise et est notablement ramollie.

En examinant au microscope les parties des nerfs qui offrent soit une augmentation de volume, soit un aspect comme atrophique avec teinte grisâtre, — le nerf maxillaire supérieur présente surtout cet aspect, — on éprouve la plus grande difficulté à trouver au milieu de la préparation des éléments appartenant au tissu nerveux; presque toutes les préparations montrent du tissu conjonctif, non pas complétement constitué par des fibres à noyaux plasmatiques, mais seulement de petites lamelles superposées dont les plicatures simuleraient facilement des fibres; les quelques fibres nerveuses qu'on observe à un grossissement de 350 diamètres apparaissent comme disposées en faisceaux courts et distants les uns des autres. Les fibres à double con-

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Leçons sur le chancre, professées à l'hôpital du Midi, par M. RICORD, rédigées et publiées par M. FOURNIER, interne à l'hôpital du Midi; suivies de notes et pièces justificatives, et d'un formulaire spécial (1).

Des affections blennorrhagiques. Leçons cliniques professées à l'hôpital du Midi par M. CULLERIER; rédigées et publiées par le docteur Eug. ROYET, ancien interne des hôpitaux; revues et approuvées par le professeur (2).

Le premier de ces deux volumes est la seconde édition d'un livre publié il y a trois ans, et qui a été épuisé en quelques mois; le peu de temps qui a séparé ces deux publications a cependant suffi pour qu'un événement immense se soit produit, presque une révolution... Nous voulons parler de la fameuse discussion de 1859 devant l'Académie de médecine, sur la transmissibilité des accidents secondaires d'individu à individu. On se rappelle encore ces attaques passionnées dont le résultat définitif a été celui-ci, à savoir que, dans quelques cas, la contagion des accidents secondaires de la vérole constitutionnelle a été possible.

Ce fait important, qui avait été nié avec toute l'énergie de la plus ardente conviction par M. Ricord, lequel n'avait jamais voulu tenter l'inoculation sur un sujet sain; ce fait, disons-nous, si rare et si exceptionnel soit-il, devait nécessiter dans la nouvelle édition des modifications sur lesquelles nous allons revenir. Mais nous devons dire avant d'aller plus loin que, enivrés de leur triomphe, les vainqueurs du jour nous ont semblé pousser un peu trop loin les conséquences de leur victoire. A les entendre, on croirait vraiment que la contagion des accidents secondaires est aussi facile, aussi commune que celle du chancre. Le temps fera justice de ces prétentions, et d'ici à quelques années, nous en sommes certain, cette contagion des accidents secondaires, si elle se confirme, redeviendra ce qu'elle est réellement, un fait exceptionnel, fort rare, au lieu d'être la loi générale, comme on voudrait nous le faire croire.

On ne s'attend pas que nous fassions ici de nouveau l'analyse de ce livre. Trop peu de temps nous sépare de l'époque où nous en avons rendu compte dans ce journal, pour que nous répétions ce que nous en avons dit en 1857. Nous ne voulons signaler ici que les principales modifications qu'il a subies sous quelques rapports, modifications en harmonie avec celles qu'a cru devoir apporter à sa doctrine le chef éminent de la nouvelle école syphiliographique.

En 1857, M. Ricord n'avait pas encore voulu admettre la dualité du virus chancreux, professée par un de ses plus brillants élèves, M. Bassereau. Aujourd'hui le maître semble un peu ébranlé dans son opinion première. « On ne saurait méconnaître, dit-il dans une note ajoutée à sa dernière leçon, que les observations réunies dans ces dernières années sont venues prêter appui à la doctrine de la *dualité*. Ces observations sont nombreuses, et elles se multiplient chaque jour dans le même sens. Le problème commence donc à s'élucider.... Les différences cliniques qui séparent l'une de l'autre les deux variétés du chancre, les résultats des recherches récentes sur la contagion, les témoignages concordants d'observateurs impartiaux, permettent de croire aujourd'hui, avec quelque apparence de certitude, à l'existence de *deux virus* distincts, se manifestant, il est vrai, l'un et l'autre par une ulcération spécifique dite *chancre*, mais dont l'un engendrerait une diathèse, un état constitutionnel, tandis que l'autre serait dépourvu de toute influence infectieuse sur l'économie. »

Si M. Ricord est maintenant convaincu de la dualité des virus, il a eu raison de le dire; nous trouvons là une preuve de plus de sa loyauté bien connue. Une erreur franchement confessée plaide encore en faveur de l'honorabilité de celui qui l'avoue. Mais nous devons dire que, pour notre part, nous avons regretté de voir M. Ricord admettre cette doctrine nouvelle. Dût-on nous accuser d'être plus *royaliste que le roi*, nous ne sentons nullement le besoin de la dualité des virus, et nous pensons que l'on peut parfaitement, comme il le professait autrefois, expliquer la différence des effets produits par la différence des terrains dans lesquels le germe a été déposé. Tel sujet, croyons-nous, ne peut avoir qu'un chancre local, auquel on inocule le virus qui sur un autre déterminera le chancre infectieux. Pourquoi

(1) 2e édition; un volume in-8°; chez Adrien Delahaye.
(2) Un volume in-8° de 246 pages, chez le même.

tour n'ont pas l'aspect variqueux ; elles apparaissent minces, pâles et transparentes, comme si elles ne contenaient ni substance médullaire, ni *cylinder axis*. Autour de la préparation nagent des gouttelettes de graisse peu nombreuses.

Opérations de cataracte par kératotomie supérieure. — Procédé sous-conjonctival. — Kératotomie supérieure avec iridectomie.

Depuis une vingtaine d'années l'ophthalmologie a fait en France des progrès fort importants ; si l'on envisage, par exemple, l'opération de la cataracte, on voit que la pratique des chirurgiens n'est plus la même depuis un certain temps. Tandis que la plupart d'entre eux, sous l'influence des idées de Dupuytren, avaient surtout recours à l'abaissement, actuellement l'opération de la cataracte est généralement faite par extraction. Toutefois, à l'époque où l'abaissement était beaucoup pratiqué, Roux seul protestait en quelque sorte contre cette méthode en opérant constamment par extraction ; mais il avait recours à la kératotomie inférieure, procédé qui présentait de graves inconvénients.

Voici deux exemples d'opération de cataracte par kératotomie supérieure dont nous devons la communication à M. le docteur Parmentier, et qui montrent la supériorité de ce procédé et sur la méthode d'abaissement et sur le procédé d'extraction par la kératotomie inférieure.

Il est entré dernièrement à la Maison municipale de santé ; dans le service de M. Demarquay, deux malades affectés d'une double cataracte. Ce sont deux vieillards : l'un, âgé de soixante-sept ans, est un homme qui paraît d'une bonne constitution, l'autre est une femme âgée de soixante-huit ans, et qui était affectée du côté droit d'une cataracte compliquée d'adhérence de l'iris à la cristalloïde ; l'œil gauche offrait une cataracte sénile demi-molle, en étoile à trois branches. Ces deux malades ont été le même jour opérés de la cataracte par kératotomie à lambeau supérieur. Chez l'homme, M. Demarquay a employé d'un côté le procédé sous-conjonctival ; et chez la femme, pour extraire la cataracte adhérente à l'iris, il a fallu préalablement faire l'iridectomie.

Chez les sujets âgés, M. Demarquay emploie toujours l'extraction et l'extraction supérieure. Cette manière de faire lui a déjà donné de nombreux succès. Il rejette l'abaissement, qui laisse dans le fond de l'œil un noyau dur qui comprime les membranes internes, un véritable corps étranger qui détermine une inflammation souvent très-grave de l'œil, et qui peut, dans quelques circonstances, remonter dans le champ pupillaire ou passer dans la chambre antérieure.

L'extraction, au contraire, enlève d'un seul coup le cristallin plaie de la cornée, elle donne des résultats incontestablement supérieurs à ceux que peuvent procurer l'abaissement ou le broiement.

M. Demarquay emploie toujours la kératotomie supérieure, parce que, une fois les deux lèvres de la plaie cornéenne appliquées l'une contre l'autre, la paupière supérieure, dès qu'elle est abandonnée à elle-même, fait l'office d'un bandage contentif naturel qui les maintient sans effort ; tandis que lorsque l'on a fait la kératotomie inférieure, la paupière inférieure peut venir heurter la plaie, déprimer plus ou moins la lèvre inférieure de l'incision, et favoriser par conséquent l'écartement ou tout au moins le soulèvement du lambeau. S'il survient un écoulement du corps vitré, on peut, dans la kératotomie supérieure, relever promptement le lambeau cornéen, maintenir les lèvres appliquées en abaissant les paupières, et empêcher ainsi l'œil de se vider. Enfin la cicatrice de la cornée est placée en dehors du champ de la vision, et cachée par la paupière supérieure lorsque l'œil est naturellement ouvert.

Lorsqu'un malade est affecté d'une double cataracte, les chirurgiens ne sont pas d'accord sur la question de savoir s'il faut opérer les deux yeux à la fois ou bien un seul œil. M. Demarquay opère toujours les deux yeux dans la même séance. Le traumatisme n'est pas beaucoup plus grand dans ce cas que si l'on n'opérait que d'un côté seulement, et on a, suivant lui, plus de chances de succès en agissant ainsi qu'en faisant deux opérations successives.

L'une des cataractes que présentait l'homme a été extraite par la kératotomie sous-conjonctivale, en achevant de tailler de suite le lambeau sans laisser un petit pont ; on sait que par ce procédé, les vaisseaux de la conjonctive étant coupés dans une certaine étendue, il s'écoule toujours un peu de sang ; de plus, l'incision de la cornée étant très-rapprochée de la grande circonférence de l'iris, celle-ci poussée par l'humeur vitrée placée derrière elle et n'étant plus soutenue en avant, tend à faire hernie à travers la plaie de la cornée, ce qui est un des inconvénients de ce procédé. Cet accident s'est présenté pendant l'opération, mais M. Demarquay, en exerçant une légère pression sur la partie de l'iris qui se présentait au dehors, est parvenu à réduire aisément cette petite hernie de l'iris ; les deux lèvres de la plaie cornéenne ont ensuite été mises en contact et maintenues dans cette position par la paupière supérieure abaissée au-devant de l'œil.

Pour pratiquer l'iridectomie, M. Demarquay, après avoir fixé l'œil en dedans avec une petite pince courbe et à griffes, a exécuté la kératotomie supérieure ; puis, avec un petit crochet, il a attiré l'iris dans la plaie, et à l'aide de petits ciseaux a excisé un lambeau triangulaire de ce diaphragme.

Cette opération a donné lieu comme de coutume à un écoulement de sang qui n'a pas tardé à s'arrêter spontanément. Des portions de sang coagulé ont pu être extraites avec la curette de Daviel ; enfin l'incision de la cristalloïde a permis au cristallin de sortir à son tour. L'œil gauche, qui présentait une cataracte sénile, a été opéré ensuite et les paupières ont été maintenues rapprochées à l'aide d'un petit tampon de ouate fixé par des bandelettes agglutinatives. Un bandeau et une petite vessie pleine de glace ont complété le pansement.

Le soir, la malade se plaignait de souffrir de l'œil droit ; son pouls était plein et dur ; aussi M. Demarquay lui fit-il pratiquer une saignée de 300 grammes. Sous l'influence de cette émission sanguine tous les phénomènes inquiétants disparurent, et jusqu'ici la malade est dans un état très-satisfaisant.

Après l'opération, M. Demarquay place un tampon de ouate pour assurer l'immobilité des paupières et dans le but de prévenir les accidents inflammatoires ; il administre le calomel à la dose de 10 centigrammes en 10 paquets tous les jours. Il parvient ainsi à conjurer les accidents inflammatoires pendant les quatre ou cinq premiers jours ; mais du sixième au huitième jour il survient toujours un peu de conjonctivite, même dans les cas les plus heureux. Toutefois, cette inflammation de la membrane muqueuse oculaire n'offre rien de grave dans ces cas ; quelques vésicatoires à la nuque et l'instillation de quelques [illegible] ordinairement l'irritation de se propager à l'iris et préviennent le rétrécissement de la pupille qui en serait la conséquence.

Les deux malades dont nous venons de parler ont été opérés le 22 avril. L'appareil n'a été levé pour la première fois que le 26, c'est-à-dire le quatrième jour, ainsi que M. Demarquay est dans l'habitude de le faire. Le pansement a été fait depuis tous les trois jours ; jusqu'à présent aucun accident n'est survenu, les malades ont chaque fois aperçu le jour lorsque les paupières ont été écartées, et tout fait présumer que ces opérations seront couronnées de succès.

Rappel de la fluxion laiteuse par l'emploi de l'électricité.

Au moment où l'on s'occupe beaucoup des ressources que peut offrir l'électricité à la médecine, on ne lira pas sans quelque intérêt la relation du fait suivant, qui nous est communiqué par M. le docteur Desrivières et qu'on pourra rapprocher de quelques faits analogues que nous avons publiés l'année dernière.

Le 18 mars dernier, une jeune femme se présenta dans son cabinet portant dans ses bras un petit enfant âgé de sept mois, qui avait les yeux ternes et enfoncés, et paraissait amaigri et très-souffrant. La mère raconta qu'elle avait allaité son enfant jusqu'à l'âge de six mois, mais qu'ayant dû se placer comme concierge, elle avait été obligée de le confier à une femme de la campagne pour finir de l'élever au biberon. Elle l'avait livré frais et bien portant.

Au bout d'un mois, elle le trouva dans un tel état de dépérissement qu'il était méconnaissable.

La première idée de M. Desrivières fut de conseiller à cette femme de rendre le sein à son enfant. Mais son lait était passé ; il s'agissait de chercher à rappeler la sécrétion laiteuse tarie. Notre confrère pensa aux excitations électriques. Ayant sous la main un appareil de Grenet, il promena les deux conducteurs sur les deux seins, et de préférence sur les mamelons, comme jouissant d'une plus grande excitabilité.

Bientôt les courants déterminèrent une sensation de chaleur et de picotement quasi-douloureux. Après cinq minutes, il cessa pour faire donner le sein à l'enfant. Après quoi, la même manœuvre fut recommencée, et ainsi de suite à quatre ou cinq reprises, la faisant alterner avec la succion de l'enfant tantôt sur un sein, tantôt sur l'autre, mais le tout sans turgescence du sein et sans sécrétion laiteuse.

Une seconde séance eut lieu le lendemain sans plus de résultat que la veille.

Le surlendemain, nouvelle tentative qui, dans la pensée de notre confrère, devait être la dernière s'il n'obtenait pas la montée du lait, craignant qu'une attente plus prolongée ne fût nuisible à la santé de l'enfant, qui continuait de vomir les boissons qu'on lui donnait.

Après une demi-heure environ, la femme accusa une plus grande sensibilité dans les mamelons, une sorte d'érection douloureuse, qui bientôt fut accompagnée de l'accélération du pouls et d'un état de surexcitation générale si sensible, que la figure s'anima, que les veines du cou et du front se gonflèrent, et que de grosses gouttes de sueur ne tardèrent pas à inonder le visage. Au lieu de recourir à la succion de l'enfant, qui devait être faible, M. Desrivières appliqua alors une ventouse en caoutchouc sur un des mamelons. Après quatre ou cinq minutes, la ventouse fut retirée, et cette fois le bout du sein, au lieu d'être mou et allongé, comme lorsqu'on le retirait de la bouche de l'enfant, était gros, rouge, et jetait du lait goutte à goutte. La ventouse elle-même en contenait la valeur d'une demi-cuillerée environ.

L'autre sein, bien qu'on n'y eût point appliqué de ventouse, avait participé à la montée du lait qui venait de s'accomplir. La poitrine de la mère s'était transformée à vue d'œil ; ses seins, petits et vides auparavant, étaient devenus fermes et bien développés. Aussitôt l'enfant fut mis au sein et teta fort abondamment. Depuis un mois, M. Desrivières a suivi cette femme, la voyant de temps à autre, et il a constaté que la fonction laiteuse était complètement rétablie. L'enfant n'a pas tardé à reprendre des forces et de la bonne mine.

HOPITAL DE MARENGO (Algérie). — M. Garny.

Plaie du scrotum. — Issue du testicule gauche. — Autoplastie par glissement. — Guérison.

Le 22 septembre 1860, L..., colon à Marengo, âgé de cinquante-six ans, reçut d'un jeune bœuf trois coups de corne dans le scrotum, qui fut déchiré en plusieurs lambeaux à bords frangés et inégaux. Le testicule gauche est pendant et fait hernie à travers les lèvres de la plaie ; les tuniques érythroïde et fibreuse sont intactes.

N'ayant vu le malade que vingt-quatre heures après l'accident, je trouvai les parties énormément tuméfiées et la peau fortement contusionnée. Craignant qu'une violente inflammation n'amenât une gangrène qui détruisît la peau et ne mît de nouveau le testicule à nu après l'avoir réduit, je me contentai de faire des applications de compresses imbibées d'eau froide. Ce que j'avais craint arriva ; une grande portion du scrotum fut entraînée par la gangrène, et ce n'est que quinze jours après l'accident, quand l'eschare se fut détachée et que les adhérences commencèrent à se former, que je me décidai à réduire, en empruntant à la peau restante l'étoffe nécessaire pour recouvrir entièrement le testicule.

n'en serait-il pas du virus chancreux comme du virus vaccinal, qui chez les uns produit une vaccine préservatrice, tandis que chez les autres il ne fait éclore qu'une pustule locale sans réaction générale sur l'organisme, partant sans préservation de la variole ?

C'est surtout dans les notes que l'intelligent rédacteur des *Leçons sur le chancre*, M. Fournier, a introduit de nombreuses additions. Nous signalerons, entre autres, une note sur l'époque d'apparition des premiers accidents constitutionnels ; le discours sur la contagion de la syphilis secondaire, prononcé à l'Académie le 31 mai 1859 ; un long article de M. Fournier sur les sources de la syphilis ; enfin un formulaire spécial dans lequel se trouvent rassemblées toutes les formules du professeur dans le traitement des divers accidents vénériens et syphilitiques.

Nous ne croyons pas nous tromper en prédisant à cette nouvelle édition un succès au moins égal à celui de la première.

— Le second ouvrage dont nous avons à dire un mot, est celui de M. Cullerier sur *les affections blennorrhagiques*. Si nous avons réuni dans une même revue les leçons professées par MM. Ricord et Cullerier, c'est un peu parce que les doctrines des deux auteurs sont à bien peu de chose près les mêmes, et que les deux livres se complètent l'un l'autre, présentant l'histoire entière des accidents qui constituent la pathologie vénérienne.

Les leçons de M. Cullerier contiennent tout ce qui se rattache à la blennorrhagie chez l'homme et chez la femme, et ici disons tout d'abord qu'en raison des différences qu'offre la maladie dans les deux sexes, le professeur a divisé son sujet en deux parties distinctes.

La blennorrhagie chez l'homme est étudiée dans ses causes, son siége, ses symptômes, ses accidents, sa nature, son diagnostic et son traitement, enfin dans ses complications dont les plus importantes forment chacune le sujet d'un article spécial.

Un mot de quelques-uns de ces chapitres.

Pour l'étiologie, nous avons été heureux de voir M. Cullerier admettre, comme tous les observateurs sérieux, que tout contact irritant sur la muqueuse uréthrale peut produire la chaude-pisse, et qu'il n'est nullement nécessaire pour la voir se déclarer que l'homme ait eu des rapports avec une femme infectée.

Tous les écoulements des femmes, même les plus sages, peuvent donner lieu à la blennorrhagie ; la simple leucorrhée, un écoulement cancéreux, l'abus du coït entre personnes parfaitement saines, les injections irritantes dans un urèthre sain, sont susceptibles de la produire. On a déjà compris que pour M. Cullerier, il n'y a pas de blennorrhagie virulente, comme l'admettait l'ancienne école ; la seule blennorrhagie virulente, c'est le chancre uréthral. Il veut qu'on le range parmi les *non-identistes* ; il y attache une grande importance ; il y revient à plusieurs reprises ; c'est pour lui, dit-il, un acte de foi, un *credo* scientifique.

Nous ne dirons que peu de chose du traitement ; c'est celui qui est généralement adopté par tout le monde. Cependant il est un point sur lequel nous ne pouvons être d'accord avec notre excellent confrère et ami, c'est l'utilité des boissons rafraîchissantes. Nous sommes de ceux qui croient que la blennorrhagie guérit d'autant mieux et d'autant plus vite que les malades boivent moins et par conséquent urinent plus rarement. Une expérience basée sur des faits nombreux a fait passer pour nous ce fait à l'état d'axiome.

Nous avons dit que les complications avaient été étudiées avec un soin tout particulier et chacune séparément ; telles sont, la plus fréquente, l'orchite, qui est dans la plupart des cas plutôt une épididymite ; la cystite et principalement la cystite du col, la prostatite, l'arthrite et l'ophthalmie blennorrhagique, enfin la balano-posthite.

L'histoire de la blennorrhagie chez la femme est beaucoup plus courte que celle de l'homme, Dans ce sexe, il est quatre lésions qui peuvent concourir à constituer la maladie : la vulvite, la vaginite, l'ovarite, l'uréthrite. Cette dernière, la plus rare, indique toujours une affection contractée par contagion, suivant M. Cullerier, tandis que les trois autres sont bien loin d'avoir la même valeur diagnostique. La thérapeutique est aussi beaucoup plus simple ; le traitement local est presque toujours suffisant.

L'ouvrage de M. Cullerier se termine par un formulaire dans lequel les principales divisions correspondent aux maladies les plus importantes dont il a été question dans le cours des leçons cliniques.

Éminemment pratique, parfaitement clair, net et tranché dans ses doctrines, au sujet desquelles il ne laisse subsister aucun doute, bien écrit, court et cependant complet, le livre de M. Cullerier est appelé à rendre aux praticiens de véritables services, et d'autant plus grands que l'on est réellement surpris de voir combien peu de médecins savent convenablement traiter cette affection si commune et le plus souvent si simple.

Dr A. Foucart.

Armé d'un bistouri convexe et de pinces à dissection, je détache en disséquant les bords de la solution de continuité qui ont déjà une assez forte adhérence, je mobilise la peau du scrotum en énucléant pour ainsi dire le testicule; puis après avoir, à l'aide de ciseaux courbes, ravivé les lèvres de la plaie, je les rapproche au-devant du testicule de manière à le recouvrir entièrement, et je maintiens, à l'aide de deux sutures emplumées, les deux lambeaux qui viennent se rencontrer à angle obtus; en un mot, j'exécute une autoplastie par glissement.

Ici, j'ai dû de préférence me servir de la suture emplumée, qui remédie plus efficacement que toute autre suture à la tendance qu'a la peau du scrotum de se recroqueviller en dedans.

Des compresses imbibées d'eau froide sont appliquées sur les parties, que je tiens élevées à l'aide d'une serviette.

Le jour de l'opération, 6 octobre, le blessé a un peu de fièvre. — Bouillons; limonade citrique; potion calmante.

Le 7 octobre, les parties sont rouges, tuméfiées; fièvre; inappétence. — Rhubarbe et cannelle, 4 grammes; quinine, 5 décigrammes; bouillons le soir.

Le 8, mêmes symptômes et même régime.

Le 9, légère suppuration; les fils de la suture tendent à couper la peau; je les détache, et j'applique une coque faite de minces rubans de diachylon. Cette coque exerce une légère compression; le pus s'écoule par les angles de la plaie.

Vers le 15, la suppuration a complétement cessé; la plaie s'est réunie dans sa plus grande étendue par première intention; les angles seulement se sont comblés à l'aide de bourgeons charnus.

Le 23 octobre, le malade sort de l'hôpital pour aller commencer ses semailles. J'ai revu dernièrement mon blessé; le testicule gauche a un volume triple qu'à l'état normal, mais il a la plus complète mobilité dans le scrotum.

PELLAGRE CONSÉCUTIVE A L'ALIÉNATION MENTALE.

Voici la lettre adressée à l'Académie de médecine par M. Billod sur la variété de pellagre propre aux aliénés, qu'il a observée à l'asile de Sainte-Gemmes. (Voir le compte rendu de l'Académie du 30 avril.)

Sainte-Gemmes-sur-Loire, le 29 avril 1861.

Monsieur le Secrétaire perpétuel,

Je vous demande la permission de recourir à votre obligeant intermédiaire pour informer l'Académie que l'affection que j'ai décrite dans des travaux successifs, sous le nom de *Variété de pellagre propre aux aliénés*, ou *pellagre consécutive à l'aliénation mentale*, manifeste de nouveau sa présence dans mon service par quelques cas qui me semblent devoir être parfaitement caractérisés.

En transmettant cet avis à l'Académie et, par son intermédiaire, à tous les médecins qui désireraient venir s'éclairer sur l'identité de cette affection avec la pellagre des Landes ou de la Lombardie, je vous serai reconnaissant de vouloir bien lui faire observer que depuis la première communication que je lui ai faite à ce sujet en 1854, et qui comprenait déjà deux années d'observation, *c'est-à-dire depuis sept ans*, l'affection précitée *n'a pas manqué une seule fois* de se montrer parmi les aliénés de Sainte-Gemmes, à l'époque ordinaire d'éruption ou d'exacerbation de toutes les pellagres connues, qu'elle y a constamment suivi la même marche, qu'elle a eu les mêmes modes de terminaison et qu'elle a présenté identiquement et dans leur ensemble les mêmes symptômes et les mêmes caractères anatomiques que ces mêmes pellagres.

Pour le cas où il serait répondu à l'appel que je fais aujourd'hui et où on voudrait profiter de ma présence à Sainte-Gemmes pour venir visiter mes pellagreux, permettez-moi d'ajouter que je me propose de m'absenter un mois, à partir du 25 mai courant, pour aller poursuivre en Vénétie et en Lombardie mes recherches sur le même objet.

Veuillez agréer, etc.

E. BILLOD.

SIROP DE SANTONINE.

L'usage fréquent que la thérapeutique fait de la santonine dans la médecine des enfants comme médicament vermifuge, a suggéré à M. Lafargue, pharmacien à Moissac, l'idée de préparer un sirop.

Santonine.	3gr 60
Sirop simple.	500 grammes.

Faites dissoudre la santonine dans une petite quantité d'alcool, et ajoutez la solution au sirop bouillant. Chaque once de sirop contient 20 centigrammes de santonine.

SÉCRÉTION DE LAIT PAR L'AISSELLE.

M. Ch. Hare a vu, le 14 mai 1860, à l'hôpital du Collége de l'Université, une femme de trente-sept ans, qui portait sous l'aisselle droite une tumeur moins grosse qu'une noix, percée d'un très-petit pertuis sans élevure, d'où coulait de véritable lait (6 à 7 décigrammes environ par minute, lorsqu'on pressait). Cette tumeur s'était formée la nuit même de sa dernière couche (la septième), qui avait eu lieu le 2 février. Après une tension modérée, et sans s'être jamais enflammée, elle s'ouvrit au bout d'un mois.

Le fluide recueilli a toutes les propriétés physiques du lait: mis dans un tube, il se recouvre d'une couche de crème. Le microscope y découvre les globules huileux propres au lait, sans aucun globule de pus. De plus, comme cette femme nourrit, on a examiné comparativement du lait tiré de ses seins et du fluide de l'aisselle, sans trouver entre eux la moindre différence. Enfin, récemment, elle a eu au sein un mouvement fluxionnaire accidentel terminé par une hypersécrétion momentanée, toutes circonstances qui se sont alors exactement reproduites dans la tumeur de l'aisselle. — M. Hare a encore revu cette femme le 4 et le 18 septembre; les choses étaient toujours dans le même état.

Un fait semblable a été observé par Champion, de Bar-le-Duc.

Quant à l'explication, on ne peut admettre qu'il y ait eu un sinus établi entre la glande mammaire et l'aisselle. Il serait presque aussi difficile de croire que du lait ait suivi la même voie par les vaisseaux lymphatiques. L'hypothèse la plus vraisemblable est qu'il existe dans l'aisselle une glande mammaire surnuméraire. (*The Lancet.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 avril 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Davat, membre correspondant d'Aix, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal, M. MARJOLIN dit que la petite malade présentée dans la dernière séance ne s'est pas présentée à l'hôpital.

— M. Marjolin présente, à cette occasion, un garçon de douze ans qui a eu, il y a quatre mois, une fracture du condyle interne de l'humérus. La consolidation s'est faite, mais le membre reste maintenu dans la rectitude; il s'agit de rétablir les mouvements. Dès que des tentatives auront été essayées, l'observation sera publiée.

M. BOINET pense qu'après un premier examen, fait rapidement, on pourrait hésiter pour le diagnostic entre une fracture ou une luxation; il aurait quelque tendance à admettre qu'il y a eu plutôt une luxation du coude.

M. HUGUIER est de l'avis de M. Marjolin. Il insiste sur ce fait qu'il n'y a aucun déplacement entre les os qui forment l'articulation du coude. Il n'y a aucune saillie en avant, en dehors, en arrière; l'épicondyle, le radius et l'olécrâne ont leurs rapports normaux. La seule déformation que l'on rencontre est du côté de l'épitrochlée; on sent, à ce niveau, une dépression, et plus bas, en avant du cubitus, une saillie anormale. Il y a eu fracture de la trochlée humérale, qui a été déplacée, portée en avant du cubitus, et soudée dans cette position vicieuse.

M. Huguier pense qu'il ne faut pas abandonner cet enfant avec cette fâcheuse infirmité; il conseille franchement de soumettre le petit malade à l'influence du chloroforme, et de faire exécuter au coude des mouvements forcés, jusqu'à ce que l'avant-bras soit au moins fléchi à angle droit sur le bras. On ne s'arrêterait que si l'on était convaincu que l'on ne peut rien obtenir de plus satisfaisant.

M. VERNEUIL a eu à traiter deux malades qui se trouvaient dans une position analogue à l'enfant présenté par M. Marjolin. Il en a vu un troisième qu'il a soigné avec notre collègue M. Foucher. M. Verneuil donne quelques détails sur les deux malades qu'il a observés.

L'un d'eux est entré à l'hôpital Saint-Louis: c'était une jeune fille de vingt ans, atteinte d'une ankylose rectiligne, à la suite d'une fracture assez curieuse. Le diagnostic s'était arrêté à l'idée d'une fracture de l'apophyse coronoïde: on sentait, au-dessous et en avant de l'articulation du coude, une saillie qui rappelait l'apophyse coronoïde. Cette malade fut chloroformée, et M. Verneuil arriva à [illegible] à une flexion complète. Le membre fut laissé fléchi à angle droit et fixé dans un appareil. Au huitième jour, cet appareil fut levé, et M. Verneuil se proposait de faire une nouvelle tentative; malheureusement la malade, qui n'habitait pas Paris, fut renvoyée de Paris par l'administration. Son bras était coudé à angle droit, elle pouvait s'en servir pour manger. Un appareil plâtré fut appliqué avant que la malade quittât l'hôpital.

Le deuxième malade traité par M. Verneuil est un employé de chemin de fer. Il était sur le marchepied d'un train, occupé à poinçonner les billets des voyageurs, quand son coude fut violemment heurté contre un pont. Ce choc détermina une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Quand M. Verneuil vit le malade pour la première fois, il y avait déjà six mois que l'accident avait eu lieu, et le bras était dans une position à peu près rectiligne; mais il existait encore dans l'articulation un peu de mobilité. Le malade fut soumis à l'influence du chloroforme, et dès la première tentative, sans avoir recours à l'emploi d'aucune machine, M. Verneuil sentit un craquement très-fort et amena le bras à la flexion de l'angle droit. On prescrivit des frictions et l'usage de cataplasmes.

Quinze jours après, notre collègue fit une seconde tentative, et le bras put être fléchi à un degré extrême. Aujourd'hui (il y a un mois que la seconde séance a été faite), le malade se sert d'un appareil pour fléchir son coude et lui faire exécuter des mouvements; il fait usage de sa main droite, peut manger, boire, et même écrire.

Dans chacune de ces tentatives, la douleur a duré à peine vingt-quatre heures, puis elle a disparu complétement.

Pour en revenir au jeune enfant présenté par M. Marjolin, M. Verneuil pense aussi qu'il y a eu fracture et non luxation. Il partage l'avis de M. Huguier, et conseille d'avoir recours à des manœuvres qui auront pour but et pour résultat de fléchir le coude et de rendre à ce malade l'usage de son membre. Il insiste, dans ces circonstances, sur l'usage du chloroforme.

COMMUNICATION.

M. LARREY. J'ai communiqué à la Société (1), il y a quelques mois, la lettre d'un chirurgien américain, M. H. Squire (d'Elmira), près de New-York, sur une question de responsabilité médicale, relative à *l'extraction d'un cartilage mobile de l'articulation du genou*. L'opération, pratiquée depuis deux ans, avait eu pour résultat l'ankylose, et le malade intentait contre le chirurgien une action en dommages-intérêts, en se fondant sur les dangers de cette opération par elle-même, et, dans le cas particulier, sur une erreur présumée de diagnostic.

M. Squire demandait à ses confrères étrangers, comme à ceux de son pays, des faits propres à démontrer qu'il avait agi conformément aux préceptes de l'art; mais il ne nous donnait point les renseignements les plus utiles à cet effet.

Dans ma réponse à cette lettre j'énonçais successivement les difficultés pratiques des cas du même genre, dans l'appréciation des corps étrangers articulaires, vrais ou supposés, cartilagineux ou autres, mobiles ou adhérents; les opérations faites par les chirurgiens les plus habiles et suivies quelquefois des accidents les plus redoutables; les conditions prédisposantes à l'ankylose; les chances favorables à la guérison et quelques-uns des succès connus de nous. J'indiquais à notre confrère, entre autres travaux appartenant de près à la Société de chirurgie, la thèse de concours de M. Morel-Lavallée, le procédé opératoire de M. Goyrand, et un moyen que j'ai proposé moi-même, mais de minime importance, pour fixer le corps étranger. Je rappelais ensuite deux opérations pratiquées par mon père et une autre par moi, avec un heureux résultat, malgré des complications graves (1), et j'y joignais l'aperçu de ces corps étrangers dont les caractères sont généralement semblables.

J'exprimais enfin à M. Squire le regret de n'avoir pas reçu de sa part des indications plus explicites sur le cas litigieux dont j'avais donné connaissance à la Société, sans comprendre comment un chirurgien, autorisé par son titre et sa position, par son savoir et son talent, à pratiquer une opération jugée nécessaire, pouvait être justiciable, devant les tribunaux, des accidents consécutifs indépendants de sa volonté.

Notre confrère m'a adressé dernièrement une nouvelle lettre digne de l'intérêt de la Société, mais dont je ne lui donnerai que l'analyse, parce que la traduction en serait trop longue.

Il m'annonce tout d'abord, avec des remerciments, qu'il a gagné sa cause. Onze jurés sur douze ont prononcé l'acquittement, à la suite d'une procédure qui a duré plusieurs mois et entraîné pour lui beaucoup d'embarras, de dépense et d'inquiétude. Mais enfin le verdict du jury a démontré que M. Squire avait pratiqué l'opération en litige avec discernement et habileté, à moins que, contre toute prévision, ses adversaires n'en appellent de ce jugement.

Le chirurgien américain relate alors avec assez de détails l'observation qui, à part la question médico-légale, ne diffère pas de bien des faits du même genre. Il s'agit, en peu de mots, d'un homme de quarante ans, atteint dans le genou gauche de douleur, de claudication et de faiblesse, à la suite d'un violent exercice pour patiner sur la glace, pendant l'hiver de 1853. L'affection articulaire, pendant quatre années environ, parut être seulement rhumatismale; mais au bout de ce temps le malade sentit manifestement un corps étranger mobile, vers un point superficiel du côté interne de la jointure.

Il consulta divers chirurgiens, qui reconnurent et lui annoncèrent la véritable nature de cette affection; mais il attendit jusqu'au 9 septembre 1858, pour réclamer les premiers soins de M. Squire. Un état d'inflammation fut d'abord combattu, et pendant une vingtaine de jours environ, la présence du corps étranger fut constatée, à plusieurs reprises, sur la face interne de l'articulation, en bas des ligaments latéraux internes, mais jamais dans un autre point. Ce corps étranger était petit, libre et flottant. Le malade, impatient que l'extraction en fût faite, consentit à l'opération pour le 6 octobre suivant, après y avoir été bien préparé.

M. Squire y procéda par une incision valvulaire, dans le point désigné, et, par la pression digitale de ses aides, il fit sortir le corps étranger du genou. La réunion immédiate de la plaie par un emplâtre adhésif et la position du membre dans le repos le plus absolu, n'empêchèrent pas un frisson suivi de chaleur et de gonflement articulaire de se déclarer vingt-deux heures après l'opération. Une saignée générale, des applications réfrigérantes et quelques autres antiphlogistiques calmèrent ces symptômes d'inflammation; mais la réunion par première intention devint impossible, la suppuration profonde envahit la synoviale, et, en décollant les cartilages, dénuda les condyles du fémur. L'opéré, après un séjour de six mois à la chambre, dut marcher pendant très-longtemps avec des béquilles. L'articulation s'est ankylosée dans un très-faible degré de flexion de la jambe, donnant au membre une apparence disgracieuse, mais ne lui ôtant rien, dit M. Squire, de son aptitude pour la marche ni de sa force dans le genou.

En décrivant ensuite le corps étranger semi-osseux, semi-cartilagineux, il demande des documents ou des observations authentiques, tendant à démontrer, d'après les résultats, le danger des opérations pratiquées sur l'articulation fémoro-tibiale, pour en extraire des corps étrangers.

Il a réuni dans un tableau statistique 104 cas empruntés à divers chirurgiens, depuis le premier exemple fourni par Ambroise Paré, et il exprime le désir de connaître les faits qui, en dehors de ceux-là, pourraient lui être communiqués. Les noms des observateurs ou des opérateurs successivement désignés sont, par ordre alphabétique: Abernethy, Adams, Aumont, Bartlett, Bell (Benjamin et Charles), Berry, Birkett, Blacke, Bonnet, Brodie, Bromfield, Clarck, Coley, Cooper (Bramsby), Cruiskchank, Decaisne, Desault, Fergusson, Ford, Gibson, Goyrand, Hewill, Hilton, Hoffmann, Hunter, Hutchinson, Kirley, Larrey (Dominique et Hippolyte), Liston, March, Maskoe, Morgagni, Muller, Paré, Pechlin, Reimann, Richerand, Sabatier, Sédillot, Simson, Simpson, Smith, Soender, Squire, Syme, Theden, Velpeau et Watley, sans compter bien des omissions involontaires de la part de l'auteur de ce tableau.

Il en fait du reste la récapitulation, en attribuant à l'incision découverte 63 succès, 14 morts, 9 cas d'ankylose, 3 disparitions du corps étranger pendant l'opération et 3 résultats inconnus, tandis que l'incision sous-cutanée lui a fourni 8 succès, 6 cas dans lesquels l'opérateur n'est point parvenu à effectuer l'extraction, et 1 suivi de mort. Total: 104 faits.

M. Squire termine sa longue lettre par une série de conclusions qui peuvent se traduire ou se résumer ainsi:

Les cartilages mobiles de l'articulation du genou produisent des effets variables de gêne et de douleur, selon leur siége et leur volume.

Le bandage compressif du genou, en limitant les mouvements de l'articulation, ne convient que pour s'opposer aux effets nuisibles de la mobilité du corps étranger.

Il est impossible d'en assurer l'adhésion à la membrane synoviale, non plus que l'absorption et l'élimination par cette voie.

Lorsque l'instrument tranchant a opéré l'extraction de l'un de ces corps étrangers, et que la plaie se cicatrise par première intention, la guérison est parfaite.

L'incision à découvert, décrite par la plupart des auteurs et pratiquée par les chirurgiens les plus circonspects, peut être suivie d'in-

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 10 octobre 1860.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 18 août 1840.

flammation et d'ankylose, ou même entraîner la mort, mais c'est là l'exception et non la règle.

Les chances de danger pour cette opération faite dans des circonstances semblables, mais extrinsèques, varient dans les différents cas, d'après l'organisation et le tempérament de chaque individu.

Plusieurs éléments distincts concourent au danger des plaies de cette articulation (l'auteur les énumère, sans que nous ayons besoin de les reproduire ou de les discuter).

La méthode sous-cutanée n'obvie qu'à l'un de ces éléments de danger, c'est-à-dire à l'influence de l'air atmosphérique.

Cette méthode est très-difficile, sinon impossible, à mettre en pratique pour les chirurgiens même les plus expérimentés, dans tout autre point qu'à la partie antérieure et supérieure de l'articulation.

Si le corps étranger doit être extrait par l'incision à découvert, le point de l'articulation où il sera le plus convenablement garanti, sera toujours pour l'opérateur le lieu d'élection.

M. Squire sollicite, en dernière analyse, la communication des faits que les chirurgiens voudront bien lui faire connaître sur l'extraction des corps étrangers de l'articulation du genou.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu une *Notice historique sur la vie et les travaux de Gensoul*, par M. le docteur Potton (de Lyon). Lyon, 1861, grand in-8°.

— M. Larrey offre à la Société, au nom de l'auteur M. le docteur Brault, médecin-major de 1re classe, une brochure qui a pour titre : *Observations de chirurgie* (Paris, 1861, in-8°), et une autre intitulée *Luxation complète du deuxième métatarsien*.

— M. Amédée Coulon, docteur en chirurgie, ancien interne des hôpitaux de Paris, envoie pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée *Des fractures du coude chez les enfants*. Paris, 1861, in-4°.

— M. Depaul dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Duboué (de Pau), candidat au titre de membre correspondant, un mémoire intitulé : *Sur un cas d'ophthalmie chronique*, etc. (Commissaires : MM. Richet, Depaul, Richard et Verneuil.)

— M. Adrian, pharmacien à Paris, adresse un travail intitulé : *Note sur la solution officinale du perchlorure de fer neutre et inaltérable* (avec un échantillon de cette préparation). Ce travail sera déposé aux archives.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. MARJOLIN met sous les yeux de la Société une petite fille qui présente à la partie interne de la *clavicule* droite une **exostose pédiculée** saillante, et qu'il se propose d'opérer. Il communiquera l'observation dès qu'elle sera complète.

M. LARREY a observé deux ou trois cas d'exostose épiphysaire du fémur et du péroné. Il a fait des recherches à propos de ces faits, et il n'a rien trouvé qui pût être rapproché de celui présenté par M. Marjolin.

M. HOUEL connaît plusieurs cas d'exostose épiphysaire d'un ou deux centimètres, qui avaient leur siége sur la première côte. Il insiste sur la mobilité que l'on rencontre dans le cas présenté à la Société.

M. GIRALDÈS trouve que le mot exostose est très-mauvais. Outre cette mobilité, sur laquelle vient d'insister M. Houel, et que l'on trouve à l'union de cette production et de la clavicule, M. Giraldès appelle l'attention sur un mouvement qui se passerait à l'extrémité même de cette exostose.

Pour M. CHASSAIGNAC, il préfère le mot ostéophyte à celui d'exostose. Cette ostéophyte présente les caractères réunis de deux types d'ostéophytes (ostéophyte articulée, ostéophyte sessile). L'opération ne lui paraît pas très-grave, et il conseille d'agir.

Il rappelle à ce sujet une observation que l'on trouve dans la collection de Haller. Elle est relatée dans un travail de M. Chassaignac sur la résection de la clavicule.

C'était un mendiant qui portait une tumeur de la clavicule, paraissant assez mobile, mais que le couteau ne put pas entamer, et que l'on dut attaquer avec la scie.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. MARJOLIN présente une altération occupant l'extrémité supérieure du tibia et le coude. C'est un bel exemple *d'ostéomyélite*.

L'extrémité supérieure du tibia est ramollie ; le cartilage est détaché de l'os. Pour le cubitus, on voit une petite cavité occupant son extrémité supérieure ; il y a en ce point élimination d'une portion osseuse. La marche de cette affection a été très-rapide.

— Enfin, M. FONTAN, interne provisoire à l'hospice de Bicêtre, présente des **fractures multiples** du crâne, du maxillaire inférieur, des membres supérieurs et inférieurs, etc., et remet la note suivante :

Les pièces pathologiques que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société de chirurgie proviennent d'un vieillard âgé de soixante-quatorze ans, le nommé François L..., qui s'est suicidé, le 12 avril, à l'hospice de Bicêtre, en se précipitant du troisième étage de l'infirmerie. La mort a été instantanée.

Pendant cinq mois, un asthme compliqué de catarrhe chronique a retenu cet homme à la salle Sainte-Marthe, n° 21, dans le service de M. le docteur Léger. Depuis quelques jours, l'oppression était devenue plus vive, et c'est probablement ce surcroît de souffrances qui a porté le malade à se donner la mort.

Ces pièces sont un exemple très-remarquable de la grande fragilité que le système osseux peut acquérir par les progrès de l'âge. Ainsi, l'on observe que, chez cet homme, presque toutes les parties du squelette ont plus ou moins souffert, et sont le siége de fractures multiples. On trouve aussi des lésions importantes dans quelques-uns des viscères et des gros vaisseaux.

Tête. — La plupart des pièces qui la constituent sont brisées, et il serait trop long de décrire les fractures de chacun des os en particulier. D'une manière générale, on remarque un premier système de fractures, qui, commençant au niveau de la cavité orbitaire gauche, remonte sur le frontal, suivant une ligne oblique de gauche à droite, d'avant en arrière, pour venir se continuer sur le pariétal droit. A la base du crâne, cette même fracture se prolonge également, suivant une ligne oblique de gauche à droite, et d'avant en arrière, en affectant tour à tour la voûte de l'orbite, le milieu de la selle turcique, et le rocher qu'elle divise parallèlement à son axe et dans toute son étendue. De la selle turcique part un autre système de fractures, oblique d'arrière en avant, de dedans en dehors, occupant la ligne d'articulation du maxillaire supérieur avec les os du crâne, et qui en sépare les deux tiers de la face.

Ces lésions du rocher, de la lame criblée et de la selle turcique vaient déterminé un écoulement sanguin par l'oreille droite, le nez et la bouche.

Le maxillaire inférieur est brisé à gauche, au niveau de l'union de la branche avec le corps de l'os. De chaque côté, le col du condyle de la mâchoire est fracturé, ainsi que les arcades zygomatiques. Cette fracture combinée du col du condyle et de la base de l'apophyse zygomatique a déterminé à gauche l'enfoncement de la cavité moyenne de l'oreille.

Tronc. — Fractures multiples des côtes et des cartilages costaux, de l'extrémité interne des deux clavicules. L'apophyse coracoïde gauche est brisée à son sommet.

Fracture comminutive de l'os coxal du côté gauche, intéressant ses portions iliaque, ischiatique et pubienne.

Membres. — L'humérus gauche, à son extrémité supérieure, est brisé en plusieurs points :

1° Au-dessus de l'insertion du deltoïde ;

2° De là, part une seconde division qui sépare du reste de l'os la tubérosité interne, ainsi que les deux tiers internes de la tête humérale ;

3° Le col anatomique est divisé dans une certaine partie de son étendue.

Fracture comminutive de l'extrémité inférieure des deux radius. L'apophyse styloïde du cubitus gauche est séparée du reste de l'os.

Le fémur droit présente des lésions très-remarquables : on observe d'abord qu'il est brisé au niveau de son extrémité inférieure ; puis de cette fracture part une autre division qui descend verticalement dans l'articulation du genou, en séparant du reste de l'os les deux tiers internes du condyle interne ; enfin ce même condyle est divisé en plusieurs fragments, dont un, moyen, semble enclavé, à la manière d'un coin, entre deux autres qui le débordent de chaque côté.

Fémur gauche : le grand trochanter est complétement séparé du col du fémur.

Le péroné droit est brisé à son extrémité supérieure.

Viscères et gros vaisseaux. — Rien d'appréciable du côté du cerveau et des enveloppes de l'encéphale.

Péricarde : sa cavité était remplie par un épanchement sanguin avec des caillots.

Il y a eu rupture de la veine-cave inférieure, au niveau de son entrée dans le péricarde.

On observe une lésion semblable à la crosse de l'aorte ; ce vaisseau est rompu dans les deux tiers antérieurs de son calibre, au niveau de sa portion ascendante. La tunique celluleuse a résisté dans une certaine étendue.

Enfin, il y avait des ruptures du foie et de la rate.

Les lésions de ces viscères, celles de l'aorte et de la veine-cave inférieure, ainsi que l'épanchement péricardique qui en a été le résultat, expliquent parfaitement l'instantanéité de la mort, dont on n'aurait pu trouver suffisamment la raison, malgré le nombre et la gravité des fractures, et qu'en l'absence d'un désordre matériel appréciable du côté des centres nerveux, on aurait peut-être été tenté de rapporter à une commotion cérébrale.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Une affaire comme on en trouve un assez grand nombre dans l'histoire des affections nerveuses, s'est passée dernièrement dans un orphelinat, à Elberfeld (Prusse). Il s'agit d'un *réveil* organisé par le directeur de cet établissement, à l'aide de procédés assez singuliers.

L'Alliance Évangélique de la localité avait organisé des prières publiques, à l'effet d'appeler sur la communauté l'effusion du Saint-Esprit, et les employés de l'orphelinat s'étaient associés à ces actes de dévotion. Au bout d'un mois environ, le journal *Sæmann* (le Semeur), qui est l'organe du parti religieux le plus exalté de l'endroit (parti des *Mucker*), annonçait que ces prières avaient été exaucées, et que l'orphelinat était en plein *réveil*. Dès les premiers jours, quelques enfants avaient eu des convulsions. Au bout de quelques autres jours, ce n'étaient que soupirs et gémissements dans les salles des filles ; l'une d'elles tombait par terre comme si elle était morte.

A une heure très-avancée de la nuit, le *Père* des orphelins, appelé dans les dortoirs des filles, les trouvait dispersées dans tous les coins de la salle, sous les lits, etc., se livrant à des prières d'une ferveur extraordinaire.

L'exaltation fut portée à son comble par des prières que le *Père* prononça à haute voix, et à minuit celles des orphelines qui n'étaient pas totalement épuisées, se promenaient dans les escaliers et dans les corridors en chantant des hymnes. Quelques enfants furent pris de catalepsie ; l'un de ceux qui n'étaient pas encore convertis eut des convulsions et tomba par terre, criant qu'il était possédé du diable qui l'empêchait de prier... Trente-trois garçons étaient dans un état tel d'épuisement qu'ils ne pouvaient quitter le lit, et, finalement, il ne restait plus qu'un petit nombre de réfractaires sur le total de 295 orphelins.

L'article inséré dans le *Sæmann* provoqua de la part de l'autorité civile une enquête, à la suite de laquelle tous les employés de l'orphelinat furent immédiatement renvoyés. Il fut démontré que le *Père* des orphelins avait d'abord cherché à frapper l'imagination des enfants en appuyant ses admonestations et ses prières de l'exhibition d'un diable noir. Comme ce moyen tardait à produire l'effet désiré, et que le nombre des convertis ne grossissait guère, on appela la gourmandise au secours de la ferveur religieuse ; de petits plats de faveur étaient la récompense des plus zélés, tandis que les réfractaires étaient nourris aussi mal que possible. Les plus obstinés, enfin furent convertis à coups de bâton.

Toutes ces scènes cessèrent comme par enchantement dès que les employés de la maison eurent été congédiés.

Quant au *Père* des orphelins, il a été reçu dans la maison d'un riche commerçant de la ville, qui le considère comme un prophète, et qui lui a assuré une belle rente viagère.

— La Société médico-psychologique a chargé une commission, composée de MM. Trélat, *président*, Baillarger, Jules Falret, Moreau (de Tours), Girard de Cailleux, Cerise et Legrand du Saulle, *rapporteur*, de suivre à l'hospice de la Salpêtrière les applications du *courant voltaïque continu permanent* au traitement des hallucinations, méthode imaginée et préconisée par M. le docteur Hiffelsheim.

— M. Cullerier, chirurgien de l'hôpital du Midi, a commencé ses leçons de clinique le vendredi 3 mai, à neuf heures du matin,

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 54. — MARDI 7 MAI 1861. (34e ANNÉE.) N° 54. — MARDI 7 MAI 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le Journal ne paraîtra pas jeudi.

PARIS, 6 MAI 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans une note sur les opérations sous-périostiques, qui ont, comme on le sait, la merveilleuse prérogative de permettre la reproduction de l'os, M. Maisonneuve a exposé les avantages qu'offrent en outre ces opérations sous le double point de vue de l'innocuité et de la facilité d'exécution, facilité et innocuité telles qu'aucune des opérations similaires exécutées par d'autres méthodes ne saurait leur être comparée sous ce rapport. M. Maisonneuve, à l'appui de cette proposition, a placé sous les yeux des académiciens une série de pièces encore fraîches provenant des opérations sous-périostiques qu'il a pratiquées dans le courant du mois d'avril, et qui, à ce qu'il assure, ont toutes présenté, grâce à cette méthode, une facilité et une sécurité également remarquables.

Dans un mémoire soumis l'année dernière à l'Académie et qui a été récemment honoré d'une mention, MM. Philipeaux et Vulpian ont démontré que lorsque des nerfs séparés des centres nerveux se sont altérés et ont perdu leurs propriétés physiologiques, cette altération anatomique et physiologique n'est pas, comme on le croyait, nécessairement permanente, si la séparation est elle-même permanente ; mais qu'à une époque variable, ces nerfs, quoique privés de toute communication avec les centres nerveux, recouvrent plus ou moins complétement leur structure [illegible] propriétés nor- [illegible]ration exigeait des faits décisifs. Aux expériences contenues dans leur premier mémoire, ces deux habiles expérimentateurs viennent de joindre, dans une nouvelle note communiquée à l'Académie, la relation d'une série d'expériences qui, longtemps infructueuses entre leurs mains, leur ont donné depuis le résultat qu'ils en espéraient. On en trouvera l'exposé dans le compte rendu de la séance.

On trouvera également dans ce compte rendu l'extrait d'une note de M. le docteur de Pietra-Santa, relative à des observations physiques, chimiques et météorologiques recueillies à la station thermale des Eaux-Bonnes, et l'indication de plusieurs présentations intéressantes faites au nom de leurs auteurs par M. le secrétaire perpétuel. — Dr Brochin.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE POST MORTEM,

A L'OCCASION DE LA DISCUSSION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur l'opération césarienne qui se poursuit encore devant l'Académie de médecine, intéresse trop vivement les praticiens pour que nous ne croyions pas devoir accueillir les réflexions qu'elle a pu susciter à ceux de nos confrères que leur expérience personnelle et leurs études spéciales en obstétrique ont pu mettre à même de se faire une idée des difficultés particulières de ce point de pratique, et de se former une opinion sur les principaux points en litige. C'est à ce titre que nous accueillons les considérations suivantes, qui nous sont communiquées par M. le docteur Mattei, dont les opinions ne doivent d'ailleurs pas engager celles que nous aurons à exprimer à la fin du débat.

Des cas où il convient de pratiquer l'opération césarienne sur la femme morte en état de grossesse.

Les divers cas dans lesquels peut se trouver le médecin, quand il s'agit de pratiquer l'opération césarienne *post mortem*, peuvent être rattachés aux quatre conditions suivantes :

1° La femme est morte, et il est possible de constater encore les mouvements actifs du fœtus ou les pulsations de son cœur ; 2° la femme est morte quelques minutes avant l'arrivée du médecin, et celui-ci ne trouve pas à l'auscultation les bruits du cœur fœtal ; 3° la femme est morte depuis une, deux ou plusieurs heures ; 4° elle est morte depuis un ou deux jours.

A. *Les mouvements actifs ou les bruits du cœur sont encore appréciables.* — Il n'est pas question ici du temps qui s'est écoulé entre la mort de la mère et le moment de l'examen, pourvu que l'on ait les signes sensibles de la vie de l'enfant. Je mettrai même parmi ces cas ceux où l'on a constaté les bruits fœtaux un instant encore avant le moment où il est possible d'agir. Que doit faire ici le médecin ?

Il doit s'assurer autant que possible de la mort réelle de la mère, voir s'il n'y aurait pas possibilité d'extraire l'enfant par les voies naturelles, en faisant au besoin l'accouchement forcé et le débridement du col ; mais si aucune de ces manœuvres n'est possible, il doit pratiquer immédiatement l'opération césarienne avec tous les soins possibles, comme si la femme était en vie. Peut-on mettre ici des restrictions ? Je ne le pense pas.

En effet, l'enfant vit, et comme il n'est pas possible de préciser toujours, ni l'époque de la grossesse, ni le terme de la viabilité, toutes les fois qu'on saura l'enfant vivant d'une manière positive, je crois qu'on doit opérer et prodiguer à cet enfant tous les soins possibles, comme s'il devait vivre toujours. Voyons sur quoi se fondent les restrictions qu'on a pu faire jusqu'ici à ce précepte.

Devrait-on être arrêté parce qu'on ne peut pas réunir deux ou plusieurs confrères, et perdre ainsi le temps qui permet à peine d'espérer qu'on extraira un enfant vivant ? Je ne le crois pas ; bien plus, je crois que dans un cas aussi urgent l'officier de santé, ainsi que l'interne d'un hôpital, après s'être assurés de la vie de l'enfant, pourront pratiquer l'opération en se conformant, bien entendu, aux préceptes susindiqués.

Sous le point de vue médico-légal, MM. Devergie, Tardieu et Trébuchet ont été d'accord pour dire qu'il ne fallait pas opérer quand la famille ne le permet pas, ou lorsque les parents seraient en contestation pour les intérêts que soulève la vie ou la mort de l'enfant. Je regrette de ne pas pouvoir me rendre à l'avis de pareilles autorités. J'aurais constaté formellement qu'un enfant vit, et je le laisserais mourir parce que sa vie contrarie les intérêts d'un tel, fût-ce même le plus proche parent ? Quant à moi, je ne le ferai pas, et si on s'opposait à l'opération, je ne me retirerais qu'après avoir protesté au nom de l'humanité. Mais, dira-t-on, on peut vous intenter un procès. Soit, il y a des procès qui honorent ; je doute fort cependant qu'il y eût un tribunal pour me condamner. Jusqu'ici, du moins, on n'en pourrait citer un exemple.

Quant aux craintes de voir opérer une femme qui serait en état de mort apparente, elles peuvent avoir quelque fondement ; mais si, dans les campagnes, le permis d'inhumation est donné par le maire, qui ne visite jamais les cadavres, pourquoi n'accordera-t-on pas ce pouvoir à l'homme de l'art qui, avant d'opérer, fera tout ce qui lui est possible pour constater la mort de la mère ? Lorsque le législateur a fixé à vingt-quatre heures l'inhumation des cadavres, il n'a jamais pu avoir l'intention de défendre au médecin une opération qui peut sauver la vie des enfants si elle est faite avant ce terme ; les craintes de M. Hatin sont exagérées sur ce sujet. Depuis la loi dite *royale* jusqu'aux arrêtés du préfet de la Seine, tout vient démontrer, au contraire, que la loi a protégé la vie de l'enfant en recommandant l'opération césarienne.

B. *La femme est morte quelques minutes avant l'arrivée du médecin, et celui-ci ne trouve pas à l'auscultation des bruits fœtaux.* — D'après M. Depaul, il faudrait s'abstenir dans ce cas de faire l'opération césarienne, car là où l'on ne constate pas les bruits du cœur, le fœtus serait mort. Ce point de la question est grave ; si en pareil cas la mort de l'enfant peut être considérée comme la règle, il peut y avoir aussi d'assez nombreuses exceptions pour commander l'opération. J'aurai prouvé ma thèse si je parviens à démontrer que le fœtus peut être vivant dans le sein de sa mère sans qu'on entende les pulsations de son cœur, et que même là où elles sont inappréciables à l'auscultation après la naissance, il est possible quelquefois de ranimer les enfants.

Les cas où l'enfant, quoique vivant et près du terme, n'a pas laissé constater les pulsations de son cœur à l'auscultation,

FEUILLETON.

L'ontologie naturelle et M. Flourens. — *De la raison, du génie et de la folie.* — Les eaux ferrugineuses artificielles. — Des plantes alimentaires.

Toutes les publications de M. Flourens sont des événements et dans le monde scientifique et dans le monde littéraire. Nous n'avons pas besoin de faire ici l'éloge d'un talent si justement apprécié ; nous aimons mieux annoncer à nos lecteurs l'apparition de ses deux nouvelles productions ; l'une, intitulée *De la raison, du génie et de la folie*, vous sera présentée par un de nos collaborateurs ; l'autre est l'*Ontologie naturelle*. L'étude rapide que nous allons en faire permettra, nous l'espérons, de juger sa valeur.

Mais, d'abord, qu'est-ce que l'ontologie naturelle ? La physiologie comprend deux études : celle des fonctions et celle des êtres. La première est la *biologie*, la seconde, l'*ontologie*. Cette dernière peut à son tour considérer l'être dans son état actuel, ou comme être perdu, fossile, de là une subdivision en *néontologie* et *paléontologie*.

Ces premières données nous laissent entrevoir le champ immense d'observations qui va se dérouler devant nous. Ce n'est plus l'étude des fonctions, c'est l'étude de l'être lui-même, étude encore nouvelle et déjà riche de faits précieux.

Une première pensée dans l'étude ontologique est la crainte de voir la quantité de vie diminuer sur le globe. Tant d'espèces sont aujourd'hui perdues ! Que sont devenues ces espèces d'éléphants, d'hippopotames, de reptiles, que nous retrouvons fossiles ? Mais à côté de ce fait, nous voyons le nombre des individus augmenter dans d'autres espèces. La balance s'établit, et la quantité de vie reste la même sur le globe.

Dans son cours sur l'ontologie naturelle, M. Flourens abordera de bien hautes questions, *la spécification des êtres, leur formation, leur répartition et dans l'espace et dans le temps.*

La spécification des êtres est une question ardue et dans laquelle les plus grands penseurs ne se sont pas trouvés d'accord. M. Flourens caractérise l'espèce par la fécondité *continue* et le genre par la fécondité *bornée*. Pour lui, l'espèce est permanente, fixe ; il discute la théorie des arrêts de développement, et ne prend ses conclusions que les faits à la main. L'espèce est fixe ; pour faire changer les espèces, invoquera-t-on le développement insensible des êtres organisés, les révolutions du globe ou le croisement des espèces ? Ces causes de mutabilité sont pour l'auteur de nouveaux moyens de démonstration en faveur de la fixité de l'espèce. Nous n'avons insisté qu'en raison de l'importance de cette question en histoire naturelle.

L'espèce est la famille ; elle est d'institution primitive ; nous ne pouvons rien quant à sa production. Il n'en est plus de même de la *race*, ces *variétés* de l'espèce : l'homme est alors tout-puissant.

Si l'on étudie l'organisation, on est surpris de trouver deux tendances très-manifestes : l'une à varier, l'autre à transmettre ces variations totales ou partielles ; ce sont les causes internes de toutes les races. Le climat, la nourriture, la domesticité, représentent les causes extérieures du développement des variations.

La cause interne de la domesticité est la sociabilité. Un seul exemple vulgaire : le lapin est devenu domestique ; le lièvre n'a pu être soumis. Pourquoi ? C'est que le lapin est un animal *sociable*, qui vit en famille, et que le lièvre est un animal qui vit *solitaire*.

Nous voici amenés à étudier la *fécondité*, dont les lois dominent la spécification des êtres.

Et d'abord le rapport de la fécondité avec la taille de l'animal, puis celui des sexes dans les naissances ; la prédominance de certains types dans les croisements ; enfin, l'influence de la domesticité sur la fécondité.

Quels problèmes pleins d'intérêt pour le savant et le médecin ! La durée de la gestation, les naissances précoces ou tardives, la naissance du mâle précédant celle de la femelle, sont autant de questions dont l'étude complète la spécification de l'espèce, et permet d'établir l'exclusivité de l'espèce humaine ; son unité et l'égalité de toutes les races humaines.

On peut alors aborder la formation des êtres.

M. Flourens ouvre cette seconde partie de son œuvre par un historique intéressant de la question. Génération spontanée, préexistence des germes, molécules organiques de Buffon, mélange des deux liqueurs d'Hippocrate, Hervey et son épigénèse, les germes accumulés, toutes les théories passent sous les yeux de l'auteur, qui profite de l'occasion de la préexistence des germes pour rappeler ses belles recherches sur les métis. Il présente, enfin, sa théorie personnelle : *la vie ne se forme pas, elle se continue.* Cette hypothèse le conduit à étudier la force de reproduction ; c'est dire que l'auteur reproduira l'historique de ses travaux sur les os et le périoste.

Comment se forment donc les êtres ? L'ovologie répond : Tout animal vient d'un œuf ; tout œuf vient d'un ovaire. Toute la partie ovologique est traitée de la manière la plus remarquable ; l'exposition est d'une netteté qui sera fort appréciée par les personnes les plus étrangères à la question. Cette partie nous est trop familière pour y insister, mais les détails et les anecdotes en feront un morceau très-agréable pour le médecin.

Nous quittons encore notre vrai domaine, l'imprévu nous frappera davantage. Suivons l'auteur dans l'étude de la distribution des ani-

ne sont pas rares. Tous les auteurs qui se sont sérieusement occupés de l'auscultation de la grossesse ont eu occasion d'en constater, et à cet égard il me suffit de citer M. Depaul lui-même. Il dit en parlant des bruits cardiaques comme signe de la grossesse : « Il résulte des observations qui me sont propres et de celles qui appartiennent à quelques autres auteurs, que les pulsations fœtales, dans les quatre derniers mois de la grossesse, ont été entendues 898 fois sur 906. *Il a été impossible* de les découvrir une fois sur la proportion de 112 (1). » Dans tous ces cas cependant les enfants étaient vivants. En parlant de l'absence des pulsations comme signe de la mort de l'enfant, il dit : « Cependant, puisque l'exception peut exister, *il devient impossible de donner à l'auscultation*, *quand on veut déterminer si le fœtus est mort ou vivant*, *une valeur absolue.* » En parlant des grossesses qui sont entre le cinquième et le neuvième mois, il dit : « Sur 67 cas où, par le résultat négatif de l'auscultation, j'ai annoncé que l'enfant avait cessé de vivre, je n'ai constaté que trois erreurs. »

Ainsi M. Depaul lui-même a cru l'enfant mort à une époque avancée de la grossesse, et il s'est trompé 1 fois sur 22. Je dirai bien plus, il lui est arrivé de croire qu'un enfant était vivant d'après les pulsations du cœur, et cet enfant était mort. Voici ce cas :

Le 26 février 1856, entre à la Clinique de la Faculté une femme enceinte de huit mois. M. Blot, chef de clinique, constate les pulsations du cœur de l'enfant.

Le 27, M. Depaul, qui faisait alors le service, reconnait lui-même la présence de ces bruits, et le 28 la femme accouche d'un enfant qui était en putréfaction. Ainsi donc, d'après l'auscultation, cet enfant, dans l'espace de vingt-quatre heures, a été vivant, mort et putréfié.

L'erreur est donc possible, même de la part des hommes les plus habiles et dans les conditions les plus favorables en apparence. Que dire maintenant des cas où l'on rencontre des conditions défavorables à l'auscultation, telles, par exemple, que l'obésité de la mère, une ascite, une pneumatose, l'anasarque, une tumeur abdominale quelconque, un hydramnios, la présence du placenta entre l'enfant et le stéthoscope, le peu de développement de cet enfant, son état de souffrance, etc.? A ce propos, j'emprunterai encore un exemple à M. Depaul. Dans un travail qu'il a publié sur les soins à donner dans les cas de mort apparente des nouveau-nés, il dit (2) avoir pu ranimer par l'insufflation pulmonaire un enfant qu'on avait abandonné comme mort depuis plus d'une demi-heure, et chez lequel « *il lui sembla* que la région précordiale était encore le siége de *quelques vagues frémissements* ». Or, je le demande, si cet enfant était encore dans le sein de sa mère aurait-on pu constater ce reste de vie? Assurément non; aussi je ne suis pas étonné de lire dans une observation de M. Chereau (3) que l'on n'ait pas pu constater les pulsations du cœur du fœtus avant l'opération et qu'on ait pu le faire après.

Je n'ai parlé jusqu'ici que des difficultés que peuvent rencontrer les hommes les plus habiles; maintenant que sera-ce pour les médecins qui sont peu habitués à l'auscultation, lorsqu'il s'agit d'examiner une femme au moment où elle vient de mourir, au milieu de l'émotion, du bruit, et souvent au milieu des cris des assistants, comme l'a fait remarquer avec raison M. Devergie?

J'arrive aux cas où il est possible quelquefois de ranimer un enfant après la naissance, quoique l'auscultation ne permette plus de constater les pulsations de son cœur.

Si bon que soit ce moyen d'exploration, il ne dit pas tout. Tous les praticiens qui ont étudié la mort apparente des nouveau-nés ont pu s'apercevoir comme moi que là où l'auscultation ne disait plus rien, on pouvait percevoir encore de faibles contractions du cœur, en déprimant avec les doigts les espaces intercostaux, ou mieux encore en déprimant l'épigastre, de manière à porter les doigts sur la base du péricarde; enfin lorsque, par aucun de ces moyens, on ne constate plus les contractions cardiaques, l'organe se meut encore; pour le prouver, on n'a qu'à enfoncer une aiguille dans son épaisseur à travers les parois thoraciques, et l'aiguille s'agite encore pendant plusieurs minutes.

(1) *Trait. de l'auscultat. obstétric.*, p. 287.
(2) *Gaz. des Hôpit.*, 15 septembre 1859.
(3) *Union médic.*, 18 avril 1861.

Dans ces cas, les forces de la nature, aidées des ressources de l'art, peuvent réveiller quelquefois la circulation et la respiration. Ne savons-nous pas que Hooke, Brodie, Legallois, Wilson, Philip et autres, après avoir fait cesser les pulsations du cœur chez quelques animaux, ont fait reparaître ces pulsations par la respiration artificielle et ont prolongé cette vie artificielle pendant plusieurs heures? Dans des expériences plus récentes, M. Piorry a fait paraître et disparaître ces pulsations chez des animaux exsangues, selon qu'il mettait la tête en haut ou en bas.

Pour conclure, lorsqu'il y a quelques minutes seulement que la femme est morte, et que d'après les signes de la grossesse, le développement de l'utérus surtout, il y a lieu de présumer qu'on approche du terme de la viabilité, on doit pratiquer l'opération césarienne, quand même on n'entendrait pas les pulsations cardiaques. Je conviens que le résultat sera souvent nul, j'admets aussi que les restrictions dont j'ai parlé dans le cas précédent ont ici plus de valeur; on peut même y en ajouter d'autres, telle serait la mort de la femme après une longue agonie, après une maladie chronique ou infectieuse, comme l'a fort bien fait remarquer M. Depaul.

J'ai fait moi-même l'opération césarienne peu de minutes après la mort, chez une femme morte du choléra au septième mois de la grossesse, et j'ai trouvé un fœtus qui était mort depuis quelque temps. Dans une autre circonstance, j'ai passé toute une nuit auprès d'une femme agonisante, qui succombait à une phthisie pulmonaire dans le huitième mois de la grossesse, avec l'intention de faire l'opération césarienne; mais la matrice est entrée en contraction et a expulsé, pendant l'agonie même, un fœtus mort. Ces cas ne sont pas encourageants, sans doute, mais ils n'interdisent pas l'espoir d'être plus heureux une autre fois. Mauriceau s'est trouvé cinq fois en position de faire l'opération césarienne, sans avoir pu sauver un seul enfant, et malgré cela il n'en prescrit pas moins d'opérer; l'abstention en effet est plus dangereuse que l'intervention.

C. *La femme est morte depuis une, deux ou plusieurs heures.* — Ici la dissidence est encore plus tranchée. M. de Kergaradec et la commission elle-même laissent espérer qu'on puisse avoir quelquefois un enfant vivant. M. Depaul le nie; bien plus, il déclare ces faits impossibles.

Je n'ai pas ici de faits personnels à fournir; tout au con[illegible] faire l'opération césarienne huit heures après le décès, chez une femme morte d'une fièvre typhoïde, pendant qu'elle touchait au terme de sa grossesse. Aujourd'hui j'agirais autrement, car si toutes les observations qu'on a rapportées ne méritent pas la même confiance, elles sont par le nombre assez imposantes pour donner à réfléchir.

M. de Kergaradec, en dehors des cas empruntés aux auteurs religieux, en a cité quatre dans une séance; il en a ajouté d'autres dans son dernier discours; M. Devilliers (1) en a cité huit desquels il résulte que l'enfant a été trouvé vivant au moins deux heures après la mort de la mère. A ces faits j'en ajouterai trois autres, dont un est consigné dans les *Archives d'accouchements* de Schweighaeuser (2). On y lit que « Nieser a conservé en vie un enfant, par le moyen de l'opération césarienne faite sur une femme deux heures après qu'elle s'était noyée ».

(1) *Union médicale*, 23 mars 1861.
(2) *Archives*, t. 1er, p. 252.

Le second fait est décrit par M. Hammon (1), qui dit « avoir extrait un fœtus de sept à huit mois du sein de sa mère, par l'opération césarienne, deux heures un quart après la mort de celle-ci; le cœur de l'enfant cependant battait encore ».

Enfin le troisième fait vient de paraître dans la *Gazette des Hôpitaux* (2). M. Lamericy, « deux heures après la mort de la femme, a constaté les pulsations du cœur de l'enfant dans le sein de la mère, et, après l'opération, ces pulsations ont duré encore pendant quarante minutes ». Nier tous ces faits c'est trop; ce qui porte M. Depaul à le faire, ce sont les idées théoriques qui règnent sur ce sujet et qu'on peut résumer ainsi :

Le fœtus respire par le placenta, dans lequel circule le sang de la mère à l'aide de larges sinus vasculaires. La mère morte, la circulation s'arrête, et avec elle cesse la possibilité de l'hématose pour le fœtus; or si l'on reste dix, vingt, trente minutes, sans respirer, on est asphyxié et le cœur cesse de battre. Si bonne que soit cette théorie, elle n'explique pas tous les faits; ainsi dans le cas même de M. Depaul, l'enfant est resté trente-cinq minutes hors de la mère, et il n'était pas en état de mort presque réelle, parce qu'il était à l'air, mais parce qu'il avait souffert longtemps dans le cours du travail; son asphyxie datait peut-être de plusieurs heures; cependant le cœur conservait encore de légers *frémissements*, et l'enfant a pu être ranimé. Dans ce même travail, M. Depaul conseille de pratiquer l'insufflation pulmonaire pendant plus de deux heures, et il a raison, car tant que le cœur bat, il y a de l'espoir. On aurait vu cet organe battre pendant vingt-trois heures (1) chez un nouveau-né, sans qu'il ait respiré une seule fois; mais je le demande, si le cœur peut battre pendant des heures à l'extérieur, sans que l'enfant ait respiré, pourquoi ne le pourrait-il pas dans l'utérus après la mort de la mère? M. Dubois et quelques autres professent que le placenta pendant le travail est presque toujours décollé, avant même que le fœtus soit expulsé; or, comme ce praticien professe aussi que le travail peut durer vingt-quatre heures sans cesser d'être naturel, il s'ensuivrait que, dans ce cas, on ne devrait guère avoir que des enfants morts, ce qui n'est pas. Dans le cas de prolapsus du cordon, dès que les pulsations cessent pendant quelques minutes dans la tige vasculaire, on devrait déclarer l'enfant comme définitivement asphyxié, tandis que dans ces cas mêmes on a quelquefois des enfants vivants.

On se tromperait fort, en effet, si l'on croyait que l'hémato[illegible] a besoin de se renouveler [illegible] souvent que chez l'adulte. Les expériences de Buffon, de Haller, de Roose, de Legallois et de M. Milne-Edwards, ont prouvé que les petits animaux vivaient plusieurs minutes dans l'eau ou dans du lait sans respirer, ou ils ne respiraient que du liquide, et si, en retirant ces animaux, on avait pratiqué l'insufflation pulmonaire avec autant de soin que nous le faisons chez l'enfant, on aurait fait revivre ces animaux, j'en suis certain, au bout d'une ou deux heures. Il ne me répugne donc pas d'admettre que le fœtus, après la mort de la mère, puisse conserver assez de vitalité pour être ranimé au bout d'une ou deux heures, surtout lorsque cette mort a lieu subitement.

D. *La femme est morte un ou deux jours avant le moment auquel on est appelé pour faire l'opération.* — Quelques faits tirés des auteurs religieux, d'autres cités par M. de Kergaradec et M. Devilliers, tendraient à faire croire qu'on peut avoir un enfant vivant même un ou deux jours après la mort de la mère. Je ne me déclarerai pas [illegible] nie pas absolument; je dis qu'ils ont besoin [illegible] je ne les [illegible] Puisqu'on admet les animaux ressuscitant, puisque chez l'homme adulte même la mort apparente peut atteindre cette durée, pourquoi repousser l'idée que la vie du fœtus puisse sommeiller quelquefois pendant un temps aussi long? Ce qui tendrait à

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 22 septembre 1857.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 20 avril 1861.
(3) *Gazette des Hôpitaux*, 23 octobre 1855.

---

maux sur la surface du globe : pénétrons-nous de la diversité et en même temps du parallélisme des espèces. La géographie physiologique se développe devant nos yeux; voici trois continents tracés par les faunes elles-mêmes; les lois des climats les dominent.

La paléontologie nous offre maintenant ses merveilles; nous signalerons le chapitre des dents fossiles. Buffon réfuté, Cuvier restituant les pachydermes de Montmartre, et enfin l'examen des fameuses théories des *créations successives* et de *l'unité de la création*, terminent ce très-intéressant ouvrage.

Ce livre ne nous était pas entièrement inconnu. Il est le résumé du cours de physiologie comparée fait par M. Flourens au Muséum d'histoire naturelle en 1854.

Ce résumé fut publié en 1856 par M. Ch. Roux. « Quelque soin, dit l'auteur, que je mette dans mes leçons à être exact, quelque habileté que M. Ch. Roux eût mise à rédiger celles-ci, cependant bien des erreurs s'étaient glissées dans le livre.

» J'ai tout revu, tout corrigé. L'ouvrage actuel est un *ouvrage nouveau.* »

C'est à ce dernier titre que nous lui avons consacré cette longue analyse : heureux si nous avons pu faire désirer au lecteur de pénétrer plus avant dans un livre qui nous a fait passer de si agréables instants. La *science* et la *forme* rivalisent si bien dans les œuvres du Fontenelle moderne!

— Après cette promenade un peu en dehors de notre domaine médical, revenons à des sujets qui lui touchent de plus près.

Un savant allemand propose un nouveau procédé de fabrication artificielle d'eaux ferrugineuses. A leur état naturel, ces eaux renferment au maximum 1 décigramme de carbonate ferreux par litre. Bischof, plaçant dans l'eau du fer spathique et l'exposant à un courant de gaz carbonique, obtint une eau quatre fois plus chargée.

A son tour, M. de Hauer augmente la proportion en substituant au fer spathique du fer réduit par l'hydrogène : la dissolution est alors bien plus rapide, et le litre d'eau ferrugineuse contient alors 7 décigrammes de fer carbonaté.

La pression augmente le pouvoir dissolvant, et la présence des carbonates alcalins dans l'eau le contrarie. De là deux indications qu'il est bon de ne pas perdre de vue.

— Il y a une dizaine d'années à peine, nous avons accueilli d'abord avec méfiance un nouvel essai de conservation des plantes alimentaires. Que de tentatives il a fallu pour arriver au résultat enfin obtenu! La question était si grave au point de vue de l'hygiène, que tous attendaient avec impatience la solution du problème. Une compagnie se formait, les usines se construisaient, on allait enfin voir les essais s'établir sur une grande échelle.

Celui qui vit toujours à terre comprend moins le service que la compagnie Chollet a rendu à l'hygiène. Quelques mois de privation de légumes lui sont pénibles, mais supportables. Le marin, au contraire, si souvent privé de vivres frais, accueillit avec transport la nouvelle application de la science. Aujourd'hui, les plantes alimentaires conservées sont entrées dans les habitudes de toutes les ménagères. On peut facilement manger dans l'hiver les légumes que nous apprécions tant en été; il n'y a plus de saisons. La nature peut s'endormir, l'homme conserve ses produits.

Aussi, voyez les progrès de cette heureuse invention. Dans le premier trimestre de 1861, les *ordinaires* des régiments, à Paris et en province, ont consommé environ 14 millions de rations de légumes Chollet, comme les appelle le vulgaire intelligent. Quel chiffre accuserait la consommation de la marine militaire et marchande, si, comme le *Moniteur de l'armée*, auquel nous empruntons ces chiffres, les journaux de la marine nous procuraient une semblable statistique!

Les procédés sont nombreux pour cette conservation si précieuse des substances alimentaires. Tous ont pour but de soustraire ces substances à l'action de l'oxygène, ce grand destructeur de la matière, et d'enlever l'oxygène qui se trouve déjà en contact avec elles; de là ces mille moyens que nous prodigue la chimie.

La médecine a voulu jouir de cette conquête : les malades ont trouvé durant l'hiver les légumes frais et agréables dont nous prive la mauvaise saison. Il nous semble voir encore la reconnaissance de ces pauvres blessés qui, en Crimée, privés de tout par la rigueur de l'hiver, retrouvaient un instant une jouissance douce et salutaire dans l'emploi de légumes frais, de ces conserves alimentaires si dignes de notre encouragement. Autant une alimentation végétale pure est dangereuse, autant des substances animales salées et des légumes secs jettent du trouble dans nos fonctions.

Rentrant dans la vie intime, nous constatons un fait singulier; non-seulement l'hygiène, mais nous dirions presque l'économie domestique, gagne à l'usage de ces conserves, qui donnent l'*équivalent* des autres consommations. Il serait curieux de pénétrer dans ces immenses ateliers où des montagnes de légumes seront réduites en petites tablettes, où tant d'estomacs trouveront leur subsistance. Des cultures en grand de ces divers légumes jettent leurs précieux produits dans ces belles usines. Nous en voyons sortir des substances alimentaires qui n'ont été soumises à aucune préparation douteuse, et dont la simplicité et la salubrité ne font pas le moindre mérite. A nous, médecins, de nous assurer de l'exactitude de ces faits et à en faire notre profit pour nous et nos clients, car ne vaut-il pas mieux conserver que reconstruire un organisme?

Dr E. RENAUD.

me le faire croire, ce sont deux faits, dont l'un est consigné dans la *Bibliothèque* de Planque, l'autre est décrit tout au long par Baudelocque. Dans ces deux faits, le fœtus est né vivant, quoique le cordon fût rompu depuis plusieurs jours, si bien que le nombril était cicatrisé. On peut nier ces faits, parce qu'ils sont inexplicables par la théorie; mais un fait réel, bien constaté, est plus fort que toutes les théories réunies pour le nier. D'ailleurs, il n'y a plus d'objection possible à faire à l'opération césarienne dans ces cas, par rapport à la mère.

CONCLUSION. — Dans tous les cas où le médecin sera placé en présence d'une femme morte en état de grossesse, après s'être assuré autant que possible de la réalité de la mort, il doit pratiquer l'opération césarienne dès que l'enfant approche du temps de la viabilité, n'importent les minutes, les heures et même les jours qui se sont écoulés depuis la mort. L'abstention est toujours moins sage que l'intervention. Il ne déclarera l'enfant définitivement mort qu'après l'avoir extrait et lui avoir prodigué tous les soins possibles comme s'il était en état de mort apparente. La putréfaction ou la roideur cadavérique seules peuvent dispenser de ces soins. Cette opération ne devra être faite que lorsqu'il y a impossibilité d'extraire l'enfant par les voies naturelles, et sera toujours pratiquée comme s'il s'agissait d'une femme vivante.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. RICHET.

Observation d'anévrysme artério-veineux de l'humérale au pli du coude; inefficacité de la compression; ligature de l'artère humérale; ouverture du sac. — Mort par infection purulente. — Examen de la pièce anatomique. — Réflexions.

(Observation lue à la Société de chirurgie dans la séance du 17 avril.)

Le nommé D... (François), âgé de soixante-six ans, journalier, se présente le 24 janvier 1861 à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, pour y être traité d'une tumeur siégeant au pli du coude, à gauche; tumeur qui a paru après une saignée pratiquée trois mois auparavant. Après un examen attentif, on reconnaît que cette tumeur est un anévrysme artério-veineux; et le malade est admis dans le service, où il est couché salle Saint-Augustin, au n° 14.

Voici les renseignements fournis par ce malade.

Pendant le courant du mois d'octobre 1860 il reçut à la poitrine une forte contusion; l'apparition de quelques symptômes inflammatoires força de [illegible] saignée qui fut pratiquée par une sage-femme de la localité. La veine médiane céphalique fut d'abord ouverte; mais vu la minime quantité de sang que fournissait cette veine, la sage-femme se décida à pratiquer la saignée de la médiane basilique. Aussitôt après la ponction, issue d'un jet de sang d'une couleur vermeille, mais nullement saccadé. Lorsque la quantité de sang nécessaire fut obtenue, un bandage, composé seulement d'une compresse et d'une bande, fut appliqué. Cependant le bras acquit bientôt un volume énorme, et deux heures après la saignée, le malade, tourmenté par ce gonflement et les douleurs qu'il ressentait dans tout le membre supérieur, retourna chez la sage-femme, laquelle défit le premier bandage, et le remplaça par une légère compression, au moyen d'une bande et de compresses. Le gonflement, les douleurs disparurent peu à peu, et au bout de huit jours, le malade ne conservait plus qu'une petite tumeur siégeant au pli du coude, au niveau de la saignée. Il ne s'en préoccupa pas d'abord; mais plus tard, voyant que cette tumeur tendait à augmenter de volume, il se décida à consulter un médecin. Ce dernier, après un examen attentif, reconnut un anévrysme, et conseilla au malade d'appliquer sur la tumeur [illegible] imbibées d'une solution d'alun et serrer assez fortement une bande au-dessus. Ce dernier moyen n'amena aucune amélioration; les pulsations augmentèrent, et bientôt le malade ne put plus étendre le bras. Il se rendit alors à Soissons; là les médecins de l'hôpital confirmèrent le diagnostic de l'anévrysme artério-veineux. C'est alors que le malade, désirant à tout prix être débarrassé de cette affection, qui l'empêchait complétement de travailler, vint à Paris, où il fut admis dans nos salles.

État actuel. — Le lendemain, au moment de la visite, le malade est examiné avec le plus grand soin, et voici ce qu'on peut observer:

Au bras gauche, au niveau du pli du coude et un peu vers la région interne, siége une tumeur offrant à peu près le volume d'un œuf de pigeon. Cette tumeur est superficielle, les téguments qui la recouvrent sont très-amincis; la main appliquée sur elle est soulevée par un mouvement d'expansion isochrone aux battements du pouls; le frémissement vibratoire est très-aisément perçu, mais il n'existe qu'à la partie interne du bras, le long du trajet de la veine basilique et des veines qui accompagnent l'artère humérale. Il est surtout prononcé dans la rotation du membre en dedans; quand on le porte dans la rotation en dehors, il s'amoindrit sensiblement, parfois même disparaît complétement. C'est à peine si on le retrouve dans les veines situées au-dessous du pli du coude. Aucune des veines superficielles ne présente de dilatation, *il semblerait* que la communication existe avec les veines profondes, celles qui accompagnent l'artère. Mais ce n'est là qu'une supposition, le peu de temps qui s'est écoulé depuis l'apparition de l'anévrysme n'ayant pu encore changer les dispositions anatomiques des parois veineuses.

L'auscultation donne les résultats suivants: souffle continu, saccadé, à maximum d'intensité au moment où le sang est chassé dans les artères. Ce souffle est entendu d'une part jusqu'au poignet dans la radiale et la cubitale, d'autre part on le retrouve sur tout le trajet de l'artère humérale et jusque dans la sous-clavière.

Comme symptôme accessoire, nous noterons le développement anormal des poils de ce membre supérieur, surtout au niveau de la tumeur. La compression pratiquée au-dessus de la tumeur amène la disparition du souffle et l'affaissement de la poche, qui augmente au contraire lorsque la compression est établie au-dessous.

Le membre est sensiblement atrophié; sa température est moindre que celle du côté opposé; le malade y éprouve un sentiment de gêne continuel et parfois d'assez vives douleurs qui l'inquiètent beaucoup et le privent de sommeil. L'avant-bras est demi-fléchi sur le bras et il est impossible de l'étendre; tout mouvement un peu étendu de ce côté est impossible, et pour ces diverses raisons, le malade veut absolument être débarrassé de sa maladie.

Pour nous, le diagnostic n'est pas douteux; l'affection est un anévrysme artério-veineux. L'artère humérale lésée communique avec les veines superficielles et peut-être profondes; elle-même est surmontée d'une poche anévrysmale.

Le malade est laissé en observation jusqu'au 1er février. Ce jour-là on établit une compression au moyen de plaques d'agaric et d'une bande. Cette compression est assez facilement supportée.

Le lendemain, les battements de la radiale sont un peu plus faibles que du côté opposé. On applique une deuxième bande au-dessus de la première pour que la compression soit plus exacte.

Le 3 février, on enlève l'appareil. Le pouls radial est encore plus faible que la veille. L'auscultation dénote la continuation du souffle, peut-être un peu plus affaibli.

Les jours suivants la compression est continuée.

Le 5, l'appareil est de nouveau levé. Le pouls est faible. Le bruit de rouet diminue d'intensité d'une manière sensible, ce qui semblerait indiquer que la communication avec les veines est plus facile. On n'observe plus qu'un souffle simple, intermittent.

Le 6, le frémissement vibratoire est très-fugace et disparaît par instants. Il change avec l'attitude quand le bras est fléchi et dans la supination; on le perçoit assez nettement. Dans l'extension et la pronation il disparaît, pour reparaître de nouveau, lorsqu'on élève le bras.

L'application du sphygmomètre de M. Marey, faite par lui-même, ne fournit aucune indication bien appréciable; les pulsations artérielles du côté malade sont un peu plus fortes que du côté sain, le sommet de la courbe décrite par l'aiguille est un peu plus élevé à gauche qu'à droite; mais c'est là tout.

La compression à l'aide d'un bracelet en tissu de caoutchouc est substituée à celle que jusqu'ici nous avions opérée avec les bandes de toile; elle est continuée pendant deux jours, mais le malade ne peut la supporter; l'avant-bras se gonfle, devient violacé, douloureux, et la tuméfaction est telle que nous devons la supprimer sans en avoir rien obtenu de bien notable.

C'est alors que nous essayons la compression digitale, qui est commencée le 8 février, à midi, et continuée sans interruption pendant vingt-deux heures consécutives par les élèves de service, avec un zèle auquel il faut rendre toute justice et qui est au-dessus de tout éloge.

Cette compression fut très-pénible pour le malade, qui ne cessa d'accuser de très-vives douleurs supportées d'ailleurs avec un grand courage. Le soir, vers cinq heures, elles devinrent extrêmement violentes dans l'avant-bras et la main, qui sont gonflés et cyanosés. A neuf heures et demie les battements ont presque complétement cessé dans la tumeur qui est dure, mais le souffle persiste toujours.

Le 9, la compression est suspendue au moment de la visite, et on reconnaît alors que la tumeur est soulevée, mais en masse, et qu'il n'y a plus d'expansion; elle est dure, rétractée, nullement réductible et évidemment occupée par des caillots; le pouls radial est encore perçu. Quant au frémissement cataire, il ne peut plus être retrouvé. Comme aspect extérieur, il existe un peu de gonflement au pli du coude, voilant en partie la tumeur. L'auscultation permet de reconnaître un souffle ou plus tôt un sifflement qu'on pourrait comparer au bruit du vent passant par une fissure. Depuis quelques instants qu'on a cessé la compression la tumeur a augmenté de volume, mais sans offrir d'ailleurs ni battements ni frémissements.

Je me propose de continuer la compression digitale; mais le malade, quoique très-courageux, déclare qu'il ne pourra plus la supporter. C'est alors qu'autant pour lui donner quelque répit que pour soulager les élèves qui avaient passé la nuit, et leur permettre de prendre du repos, on applique le compresseur de J. L. Petit, qu'on est bientôt obligé de supprimer à cause des douleurs intolérables qu'il détermine. La compression digitale est de nouveau reprise de dix heures à deux heures, jusqu'au moment où nous pouvons nous procurer les appareils de M. Charrière et de M. Jules Roux que nous désirons substituer à la compression digitale devenue impossible. Nous nous sommes ainsi assurés que, pendant cet intervalle, le sang n'avait pu pénétrer de nouveau dans la poche.

Ces deux appareils, successivement appliqués dans la journée, ne sont pas mieux supportés que la compression digitale, et ils déterminent une bien plus grande gêne dans la circulation en retour.

Nous lui substituons alors un appareil compresseur plus simple, fabriqué sur les indications de l'interne de service, M. Duchesne, par le serrurier de la maison, lequel, s'il ne comprime pas très-exactement, a du moins l'avantage d'être mieux supporté.

Le 13, la tumeur a diminué de volume; mais les mouvements d'expansion ont reparu, faibles il est vrai. A l'auscultation: bruit de souffle intermittent, très-faible, mais cependant très-perceptible. Le frémissement vibratoire est de nouveau sensible dans l'élévation du bras. La compression directe sur la tumeur est reprise en même temps que la compression sur l'artère à distance.

Les 15, 16, 17, 18, l'appareil continue à être appliqué. Le malade le supporte en quelque sorte d'une manière intermittente; ainsi un jour il le supporte pendant dix heures; d'autres fois on est forcé de l'enlever après deux ou trois heures d'application.

Le 19, l'appareil de compression à distance est définitivement enlevé depuis vingt-quatre heures. On constate qu'il n'y a que peu d'expansion dans la tumeur; mais à la partie postérieure existe toujours un léger frémissement. A l'auscultation, souffle intermittent avec renforcement.

Les 20, 21, 22, 23, 24, le seul appareil de compression employé consiste dans l'application sur la tumeur d'un bracelet en caoutchouc maintenant sur la tumeur une pyramide de disques d'agaric très-doux.

Le 1er mars, l'examen de la tumeur fournit à peu près les mêmes indications que précédemment; ainsi les mouvements d'expansion sont à peine sensibles, mais le frémissement vibratoire est tout aussi net qu'aux premiers jours, malgré la compression directe sur la tumeur énergiquement continuée et sans interruption à l'aide des disques d'agaric accumulés sur elle et soutenus par le bracelet en tissu de caoutchouc. Le malade perd patience, ses souffrances augmentent; il se trouve beaucoup plus impotent de son membre qu'à son arrivée à l'hôpital, et demande avec instance qu'on lui pratique l'opération dont il a entendu parler par les chirurgiens qui l'ont envoyé à Paris et qui doit le débarrasser. Mais je l'engage encore à prendre patience pendant une dizaine de jours, après quoi, si on n'obtient pas d'amélioration, je lui promets de prendre un parti décisif.

Le 10, la compression directe est enlevée, et non-seulement nous ne constatons aucune amélioration dans les symptômes locaux, mais encore la tumeur s'est évidemment accrue. La peau est amincie vers son sommet; elle est chaude et douloureuse au toucher; les mouvements d'expansion ont reparu, le frémissement câtaire est plus prononcé que les premiers jours; l'avant-bras, tuméfié et violacé, est douloureux, presque fléchi à angle droit sur le bras avec impossibilité absolue de l'étendre; bref, il est démontré que l'on n'a plus rien à espérer de la compression soit directe, soit à distance, et que, malgré l'emploi de ce moyen continué pendant quarante jours avec persévérance et prudence, la maladie s'est aggravée.

Il ne reste donc plus qu'à chercher un autre moyen d'arrêter les progrès du mal, et je n'en vois point de plus certain que la ligature de l'humérale et l'ouverture du sac par la méthode ancienne.

Opération. — Le 11 mars, en présence de MM. Denonvilliers et Dolbeau, l'opération est pratiquée de la manière suivante:

Une incision longue de 0,03 centimètres est pratiquée sur le bord interne du biceps, un peu au-dessus du pli du bras. L'aponévrose bicipitale, mise à nu, est incisée. Immédiatement je découvre l'artère humérale, au-dessous de laquelle j'engage un stylet cannelé entraînant un fil ciré; avant de serrer la ligature, je fais remarquer que l'artère, quoique découverte, est soulevée par des pulsations isochrones à celles du pouls; elles peuvent même, quoi qu'on en ait dit, être perçues avec le doigt. La ligature est serrée, et toute pulsation disparaît dans la tumeur. L'incision est alors prolongée au-dessous du pli du bras, et je passe au deuxième temps de l'opération, c'est-à-dire à l'ouverture du sac.

Aussitôt après l'incision de la poche anévrysmale, de laquelle on extrait de nombreux caillots mous et peu résistants, il s'écoule un flot de sang rouge, rutilant, évidemment artériel, qui vient des profondeurs de la plaie, et qui paraît pleuvoir dans le sac par plusieurs orifices sans qu'on puisse en découvrir aucun distinctement. Supposant alors que c'est surtout par le bout supérieur, malgré la ligature posée au-dessus du sac, qu'a lieu l'hémorrhagie, j'introduis un stylet dans ce bout supérieur, que j'isole, et je l'entoure d'un fil immédiatement au-dessous du sac sans trop éprouver de difficulté. Malgré cette ligature, le sang continue à affluer dans la partie la plus profonde du sac.

C'est alors que M. Denonvilliers comprime les artères radiale et cubitale, pendant que je recherche le bout inférieur pour y placer une ligature, ainsi qu'il venait d'être fait pour le bout supérieur; mais, malgré cette compression, l'hémorrhagie persiste et semble même augmenter.

Cependant le malade perdant beaucoup de sang, pour en suspendre l'écoulement et me donner le temps de réfléchir, j'exerce la compression directe sur le fond de la plaie. J'entreprends alors de découvrir le bout inférieur immédiatement au-dessous du sac, et pour bien déterminer quelle est sa direction, je suspends la compression afin de pouvoir y introduire un stylet; mais ce stylet se dirige tantôt vers le bord interne, tantôt vers le bord externe de l'avant-bras, suivant, en un mot, la direction tantôt de la radiale, tantôt de la cubitale. Il devient dès lors évident que le sac était placé sur le point même de bifurcation de l'humérale, et que par conséquent il fallait, ou lier séparément la radiale et la cubitale, ou jeter un fil sur la portion de l'humérale intermédiaire au sac et à la naissance des deux artères, portion qui ne paraissait pas avoir plus de 0,002 à 0,003 millimètres de longueur, à en juger par la position de l'éperon inter-radio-cubital, qui paraissait faire pour ainsi dire saillie dans la cavité du sac. Néanmoins j'entreprends la dissection de ce bout inférieur que je cherche à isoler, afin d'y pratiquer une ligature immédiate; mais les tissus qui l'entouraient avaient été tellement dénaturés, soit par l'inflammation, soit par la compression trop longtemps prolongée, qu'ils étaient devenus comme cartilagineux, et qu'il était impossible, malgré la présence de deux stylets introduits, l'un dans la radiale et l'autre dans la cubitale, de reconnaître exactement son trajet. Ce qui rendait d'ailleurs cette opération si délicate, c'est qu'il fallait agir au fond d'une plaie profonde, que remplissait à chaque coup de bistouri une nouvelle quantité de sang versé par le bout inférieur, dont la compression directe ne pouvait plus être exactement faite à cause des deux stylets engagés dans les artères radiale et cubitale. Ce que voyant, je résolus de passer avec une aiguille courbe une ligature médiate autour du bout inférieur, en y comprenant les veines et le tissu cellulaire ambiant; seulement je pris la précaution de repousser le nerf médian, et lorsque je fus assuré que le fil étreignait bien les deux stylets introduits par le bout inférieur, je serrai fortement la ligature, et tout écoulement de sang fut immédiatement supprimé. Les trois chefs des ligatures furent ramenés, le supérieur dans l'angle supérieur de la plaie, le moyen et l'inférieur dans l'angle inférieur. Quelques boulettes de charpie furent maintenues dans le fond de la plaie, et ses lèvres légèrement rapprochées à l'aide de quelques bandelettes de diachylon.

Les trois premiers jours qui suivent l'opération, le malade prend de la nourriture, et ne souffre nullement de son bras. La plaie a un bon aspect, la suppuration est parfaitement établie; la chaleur est normale dans l'avant-bras, mais les battements des artères radiale et cubitale imperceptibles.

Le 15 au matin, la plaie a changé d'aspect; les bourgeons sont affaissés, et la suppuration est devenue séreuse. Le malade accuse une vive douleur au pied droit; un examen attentif ne permet pas de découvrir autre chose qu'une rougeur légère au niveau des articulations métatarso-phalangiennes, avec un peu d'empâtement. Le malade déclare d'ailleurs n'avoir eu aucun frisson ni malaise, soit dans la nuit, soit la veille.

Les jours suivants, la rougeur et l'empâtement s'étendent et augmentent; des traînées rouges contournent le dos du pied et s'avancent jusqu'à mi-jambe. Je diagnostique une lymphite spontanée, tout en faisant observer qu'elle se présente avec des caractères singuliers et insolites. La fièvre est modérée, la soif assez vive; point d'appétit. — Cataplasmes, frictions avec l'onguent napolitain, puis vésicatoire volant sur le pied, tels furent les moyens employés.

Le 22 au matin, la ligature moyenne, c'est-à-dire celle placée sur le bout supérieur, immédiatement au-dessus du sac, est tombée dans le pansement.

Dans la nuit du 22 au 23, hémorrhagie en nappe considérable. L'interne de garde appelé n'aperçoit aucun vaisseau donnant issue au sang. L'hémorrhagie est arrêtée par l'application d'un morceau d'amadou dans le fond de la plaie et par une légère compression. Aujourd'hui le malade est abattu, la fièvre est modérée. Je n'ai garde de toucher au pansement, de peur de renouveler l'écoulement du sang.

Le 25, à trois heures du matin, nouvelle hémorrhagie, que l'interne de garde arrête par une ligature placée au fond de la plaie. La dernière ligature tombe pendant ces tentatives et ces recherches; quant à la seconde, elle a disparu sans qu'on puisse se rendre compte de la manière dont elle est tombée. Dans la nuit du 25 au 26, deux nouvelles hémorrhagies ont lieu, on les arrête par la compression et le perchlorure.

Le 26 mars au matin, en présence de ces hémorrhagies qui se reproduisent malgré les divers moyens hémostatiques employés, je me décide à pratiquer la ligature de l'axillaire. Cette opération est faite en quelques secondes, et sans que le malade ait perdu une goutte de sang.

Je dirai plus loin les raisons qui m'ont déterminé à faire cette ligature en ce point; je me borne, pour le moment, à faire remarquer que le malade, pâle et exsangue, n'aurait pu sans périr supporter une nouvelle perte de sang.

Le 27, apparition d'une rougeur avec empâtement, semblable à celle de l'érysipèle phlegmoneux, à la partie antérieure du cou, au niveau de l'articulation du sterno-claviculaire gauche. Cette rougeur, due probablement à un épanchement purulent dans la cavité articulaire sterno-claviculaire, ressemble de tous points à celle qui s'est développée au pied. Il est malheureusement à craindre que ce ne soit là, malgré l'absence des frissons, l'indice d'une intoxication pyo-hémique, d'une infection purulente.

Le 28, les symptômes généraux s'aggravent.

Le 29, léger épanchement de sang par les parois de la plaie, facilement arrêté avec l'agaric. Délire pendant la nuit.

Le 30, persistance des accidents; teinte jaune; fièvre; pouls petit, fréquent; subdélirium.

Le 31, mort à cinq heures du soir.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 avril 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

M. le général Morin présente à l'Académie le quatrième numéro des *Annales du Conservatoire*, dans lequel se trouvent, entre autres articles, des *Etudes sur la ventilation*, qui étaient déjà exécutées et sous presse, lorsqu'une commission présidée par M. Dumas, et qui compte dans son sein MM. Regnault, Combes, Boussingault et Morin, a été formée par M. le préfet de la Seine, pour examiner les questions qui se rattachent à la ventilation des hôpitaux. M. Morin croit devoir faire connaître cette circonstance, qui explique comment cette partie des études qu'il a entreprises sur la ventilation a paru en dehors du concours de cette commission.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission qui sera chargée de l'examen des pièces admises au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

D'après les résultats du scrutin, cette commission, qui est de neuf membres, est composée ainsi qu'il suit :

MM. Velpeau, Bernard, Cloquet, Andral, Jobert, Serres, Rayer, Flourens et Longet.

Opérations sous-périostiques. — M. Maisonneuve lit une note sur les opérations sous-périostiques considérées sous le point de vue de leur innocuité et de leur facilité d'exécution.

Indépendamment de la merveilleuse prérogative qu'ont les opérations sous-périostiques de permettre la reproduction des os, dit l'auteur, elles possèdent encore deux autres qualités, moins brillantes peut-être, mais dont l'importance n'est certainement pas moins considérable dans la chirurgie pratique.

Ces qualités sont d'être incomparablement plus simples dans leur exécution et plus innocentes dans leurs suites qu'aucune des opérations similaires exécutées par d'autres méthodes.

Déjà les belles expériences physiologiques de M. Flourens laissaient pressentir ce fait, mais la chirurgie seule pouvait en donner la démonstration, et c'est ce qu'il m'a été donné de constater de la manière la plus complète.

Soit, par exemple, la résection de l'os maxillaire inférieur.

Il y a quelques années à peine, l'extirpation totale de cet os était considérée comme une entreprise tellement difficile et dangereuse, qu'aucun opérateur, même parmi les plus audacieux et les plus habiles, n'avait osé l'entreprendre, et que les auteurs de médecine opératoire le plus justement estimés n'admettaient même pas comme possible le succès de son exécution.

Or depuis que M. Flourens a posé les bases de la méthode sous-périostique, voici trois fois qu'il m'a été donné de pratiquer cette terrible opération, et trois fois elle a été couronnée de succès.

Quant à la résection du maxillaire inférieur d'un seul côté, la seule qu'eussent osé pratiquer nos prédécesseurs, elle inspirait encore, sous le point de vue des dangers et de la difficulté de son exécution, de si vives craintes, que des opérateurs tels que Mott (de Philadelphie, Græfe (de Berlin), Gensoul (de Lyon), Walther (de Bonn), et d'autres encore, se croyaient obligés, pour parer aux accidents hémorrhagiques, de faire la ligature préalable de l'artère carotide.

Or cette opération, naguère si redoutable, est actuellement devenue si simple et si facile, qu'elle a pour ainsi dire cessé désormais de compter parmi les opérations graves de la chirurgie, depuis qu'on l'exécute par la méthode sous-périostique. Sa durée est à peine de quelques minutes, une simple incision verticale faite à la lèvre inférieure suffit pour l'exécuter, et souvent il n'est pas même besoin de pratiquer une seule ligature d'artère.

Pour faire comprendre une différence aussi radicale, il me suffira de rappeler combien est pénible et pleine de dangers l'extirpation des tumeurs dites adhérentes, que le bistouri doit pour ainsi dire sculpter de toutes pièces, en divisant les artères, veines, nerfs, qui rampent à sa surface, ainsi que les liens celluleux, fibreux, musculaires, qui vont s'y insérer, et combien au contraire est prompte, facile et simple l'énucléation des tumeurs dites enkystées, que le doigt souvent suffit à détacher comme un noyau de fruit.

Or quand on examine un os revêtu de son périoste, on voit qu'il est précisément dans les conditions de ces tumeurs adhérentes dont la dissection est si laborieuse et si grave, tandis que sous ce même périoste qui l'enveloppe comme un véritable kyste, l'os se trouve dans les plus parfaites conditions d'énucléabilité. Je me propose de développer plus tard, dans un travail complet, l'histoire de la méthode sous-périostique; pour le moment je crois devoir m'en tenir à ces propositions générales, à l'appui desquelles je me contenterai de mettre sous les yeux de l'Académie, d'une part le mémoire que j'ai publié en 1859 sur la désarticulation de la mâchoire inférieure; d'autre part une série de pièces encore fraîches qui proviennent des opérations sous-périostiques que j'ai pratiquées dans le courant de ce mois.

Ces dernières sont au nombre de cinq :

La première comprend une partie considérable des deux os maxillaires supérieurs nécrosés;

La deuxième et la troisième deux maxillaires inférieurs droits atteints de cancroïde;

La quatrième un maxillaire inférieur gauche atteint de cancer;

La cinquième les phalangine et phalangette du troisième orteil du côté gauche.

[illegible] présenté les dangers et les difficultés les plus graves, ont pu être exécutées, grâce à la méthode sous-périostique, avec la plus entière sécurité et une facilité vraiment incroyable. (Commission précédemment nommée).

Régénération des nerfs. — MM. J. M. Philipeaux et A. Vulpian adressent une note sur la régénération des nerfs transplantés.

Ces auteurs ont sur différents animaux introduit sous la peau de la région inguinale ou de la région externe de la cuisse des segments de nerfs détachés, chez les mammifères, du nerf lingual ou du nerf hypoglosse, et chez les oiseaux, du nerf médian brachial. Ni chez les cochons ni chez les poules, ils n'ont vu un seul tube nerveux se régénérer dans les segments transplantés, au bout de plusieurs mois. Ils ont constaté que les segments nerveux se greffaient parfaitement, et qu'ils subissaient une altération dont les phases, bien que plus lentes, offraient une grande analogie avec celles que l'on observe dans la partie périphérique d'un nerf divisé. Chez les cochons, il s'est le plus souvent produit une multiplication considérable des éléments du tissu conjonctif du segment nerveux, et les tubes nerveux étouffés par ce développement exagéré du tissu fibreux se sont trouvés dans des conditions peu favorables à la régénération.

MM. Philipeaux et Vulpian ont observé au contraire une régénération manifeste du segment nerveux transplanté, sur deux chiens mis en expérience le 25 octobre 1860. On excisa un segment du nerf lingual; ce segment, long de 2 centimètres, fut immédiatement insinué sous la peau de la région inguinale droite. Le 11 et le 19 avril 1861, près de six mois après l'opération, on examine sur les deux animaux la partie périphérique du nerf lingual dans la région sus-hyoïdienne et le segment placé sous la peau de l'aine. La partie périphérique du lingual est restée isolée de la partie centrale, et elle contient de très-nombreux tubes restaurés. Le segment placé sous la peau a une teinte grisâtre et est relié au tissu conjonctif de la région par de petits tractus fibreux. Dans l'un des deux cas, on a pincé fortement et à plusieurs reprises ce segment, et il n'y a eu aucun signe de douleur. L'examen microscopique a fait voir que ce segment, chez les deux chiens, contenait un certain nombre de tubes restaurés. Ces tubes sont grêles et ont pour la plupart un diamètre de 5/1000 de millimètre. Ils sont disséminés au milieu des tubes encore altérés; ceux-ci sont presque tous dépourvus complétement de matière médullaire; quelques-uns offrent encore des granulations graisseuses en séries linéaires, derniers vestiges de l'ancienne matière médullaire; d'autres enfin paraissent en voie de régénération.

Ainsi des tubes nerveux, transplantés loin du nerf dont ils faisaient naguère partie, et isolés entièrement, dans la nouvelle région qui les nourrit, du système nerveux central, peuvent se régénérer après s'être altérés complétement. (Commission du prix de physiologie expérimentale.)

(Nous donnerons la fin de cette séance dans un prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 2 mai, dispose qu'à la fin de chaque année scolaire, il sera ouvert, près la Faculté de médecine de Strasbourg, un concours entre les internes ayant au moins une année de service.

Ce concours se composera de trois épreuves :

1° Présentation d'observations de médecine, de chirurgie et d'accouchements recueillies à l'hôpital, au nombre de trois, au moins, pour chaque partie;

2° Question écrite sur un sujet de médecine, de chirurgie et d'accouchements;

3° Appréciation des services du candidat.

L'interne classé le premier prendra le titre de *premier [illegible] de clinique*. Il sera [illegible], pendant une année, à chacune des trois cliniques magistrales.

Les avantages suivants lui seront accordés :

La durée de ses fonctions sera prolongée de trois années. Il aura le droit, pendant ce laps de temps, de se faire recevoir docteur, sans cesser pour cela d'exercer, jusqu'à leur terme, les fonctions d'aide de clinique.

Il pourra lui être attribué une indemnité de 300 francs en sus du traitement de 500 francs alloué aux internes.

— Par décret du 3 avril, M. Ed. Bruch, docteur en médecine et ès sciences, chef des travaux anatomiques, a été nommé professeur suppléant pour les sciences physiques et naturelles, à l'École de médecine d'Alger, en remplacement de M. le docteur Lauras, décédé.

— On écrit de Naples, le 30 avril :

« Un document officiel que l'on me permet de consulter, constate que le typhus a enlevé, dans l'espace de trois mois, les deux tiers des médecins, infirmiers ou desservants des hôpitaux de Naples et des environs. [illegible] maladie contagieuse sévit presque aussi cruellement dans la ville, où depuis quelques [illegible] times privilégiées. » (*Constitutionnel.*)

— La séance mensuelle et publique de la Société médicale du Panthéon aura lieu, comme d'habitude demain mercredi 8 mai, à huit heures précises du soir, à la mairie du Panthéon.

Ordre du jour : Rapport et discussion sur la syphilisation.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 55. — JEUDI 9 ET SAMEDI 11 MAI 1861. (34e ANNÉE.) N° 55. — JEUDI 9 ET SAMEDI 11 MAI 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 18, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 10 MAI 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie de médecine a terminé mardi dernier la discussion sur l'opération césarienne *post mortem*. Le résultat de cette discussion donne-t-il aux praticiens la satisfaction qu'ils avaient le droit d'attendre de la part de l'Académie? Nous le croyons. C'est ce qu'il s'agit de justifier.

Rappelons en peu de mots l'origine du débat.

Dans sa communication en date du 20 novembre dernier, M. le Dr Félix Hatin (1) a exprimé en termes très-précis et très-nets les difficultés que la pratique pouvait susciter au médecin dans une circonstance aussi grave, et les scrupules qui devaient l'assiéger en présence d'une législation qui ne lui paraissait pas couvrir suffisamment sa responsabilité et lui semblait même entraver sa liberté d'action. L'article 77 du Code civil réglementant tout ce qui a trait aux formalités à remplir après le décès d'un individu, devait-il être considéré comme applicable ou non à l'opération césarienne? Dans le cas de l'affirmative, le médecin pouvait se trouver placé dans cette alternative pleine de périls, entre sa conscience, qui lui dit qu'il y a un enfant qu'il peut sauver et qui va périr sûrement s'il ne se hâte d'intervenir en sa faveur, et le respect qu'il doit à la loi qui lui défend cette intervention, sous le prétexte que la mort de la mère n'est peut-être qu'apparente. C'est pour éclairer sa religion sur cette question délicate, que M. Hatin s'est adressé à l'Académie, en la priant d'intervenir, soit par son autorité morale, soit plus directement, par une demande en révision de ce point de législation.

Pour répondre aux scrupules énoncés dans cette communication, il y avait à examiner deux points principaux : la convenance de l'opération au point de vue purement médical, son admissibilité au point de vue légal.

La première question était complétement et exclusivement de la compétence de l'Académie.

Pour la deuxième, si sa compétence est moins évidente, on ne pourrait du moins la lui contester entièrement. Ce serait oublier qu'elle comprend une section de médecine légale, et qu'elle renferme dans son sein des hommes spécialement versés dans la connaissance de la jurisprudence médicale et administrative. On a paru l'oublier un peu trop à notre avis dans le vote des conclusions, surtout après les argumentations remarquables que l'Académie a entendues sur ce point.

Mais bientôt la question s'est compliquée d'un troisième élément par l'intervention de M. de Kergaradec, qui est venu formuler à la tribune les préceptes de la religion catholique en matière d'opération césarienne.

Pour simplifier la question et la dégager de tout ce qui pourrait momentanément l'obscurcir, résumons d'abord ce que la discussion a établi sur les deux premiers points. Nous reviendrons plus tard sur le point de vue religieux, qu'il n'est pas possible d'éluder, quoi qu'on en ait pu dire.

Sur la question de la convenance de l'opération au point de vue médical, il ne pouvait y avoir un seul instant, et il n'y a pas eu en effet la moindre hésitation. Toutes les fois qu'une femme enceinte meurt près du terme de la grossesse ou dans une période assez avancée pour qu'il y ait lieu de présumer que l'enfant est vivant et apte à la vie extra-utérine, le médecin a le *droit* et il est de son *devoir* de faire l'opération césarienne, s'il n'est pas possible de procéder à l'extraction de l'enfant par les voies naturelles.

A quelle époque de la grossesse l'enfant contenu dans le sein de sa mère a-t-il les conditions de la viabilité ou de l'aptitude à la vie extra-utérine?

Combien de temps après la mort de la mère le médecin est-il fondé à espérer qu'il trouvera l'enfant encore vivant?

Telles sont les deux questions que le médecin, placé en face d'une femme décédée en état de grossesse, a à se poser avant de prendre une détermination; les deux seules questions essentiellement scientifiques, et sur lesquelles il doit posséder des notions suffisantes pour appuyer cette détermination.

M. Depaul, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer dès le début de cette discussion, a parfaitement exposé l'état de la science sur ces deux points, qui sont tout le nœud de la question.

L'opération césarienne ne pourra être faite avec quelque chance de succès, au point de vue de la conservation de la vie de l'enfant, qu'à dater du cent quatre-vingtième jour de la grossesse, c'est-à-dire de la fin du sixième mois. Voilà l'indication que fournit la science sur le premier point.

M. Depaul a montré en effet qu'il n'existait pas dans la science un seul fait authentique de conservation de la vie avant cette époque, et que les faits invoqués contre cette proposition manquaient de tout caractère scientifique ou étaient susceptibles d'une interprétation toute différente qui les ramenait à la loi générale dont ils n'étaient qu'une apparente déviation. Tels sont, par exemple, les cas de grossesse gémellaire dédoublée, cités par M. Depaul, et qui ont été pris pour des grossesses successives. Ce qu'il y a seul de certain à cet égard, c'est le résultat de l'expérience commune, d'accord en ce point avec les données de la physiologie, pour montrer que, dans l'immense majorité des cas, l'enfant ne présente point avant le sixième mois les conditions de la viabilité.

Est-ce à dire qu'il faille poser une limite précise en deçà de laquelle le médecin pourrait être blâmé d'avoir pratiqué l'opération césarienne?

Assurément non. La pratique de la médecine ne comporte pas de pareilles délimitations. Rien n'est difficile d'ailleurs, tous les praticiens le savent assez, comme de préciser d'une manière rigoureuse la date d'une grossesse. Mais avec ces données il aura du moins un guide, et il appréciera, suivant que la grossesse approchera plus ou moins de ce terme, la somme des chances favorables ou défavorables que lui offrira l'opération.

Le second point peut prêter peut-être, et a prêté dans la discussion à d'assez grandes dissidences. Mais ces dissidences, qui portent encore sur un de ces points de fait physiologique qu'il est à peu près impossible d'exprimer par une formule rigoureuse, n'importent pas autant au fond, pour la question pratique qui nous occupe, que le porterait à penser la vivacité même qui a été apportée de part et d'autre dans le débat à l'appui d'opinions peut-être également exagérées. Expliquons-nous.

Combien de temps après le décès de la mère l'enfant peut-il continuer à vivre dans la cavité utérine?

Evidemment, les prétendus faits d'extraction d'enfants vivants plusieurs jours après la mort de la mère, sont tous plus ou moins entachés d'erreur et sont à peine discutables. Mais M. Depaul, à son tour, n'est-il pas resté un peu en deçà des limites du possible, en déclarant qu'il ne restait au médecin que la latitude de quelques minutes pour agir avec une certaine chance de succès, et en fixant à une heure la limite extrême au delà de laquelle il serait inutile de tenter l'opération?

Nous ne méconnaissons pas qu'il a encore ici pour lui la grande généralité des faits appuyée sur les données de la physiologie. Mais encore une fois ces lois physiologiques sont-elles si irréeusablement établies et si fixement invariables qu'on puisse affirmer que les limites posées en leur nom ne pourront jamais être franchies? Nous croyons d'autant plus sage de rester à cet égard dans une certaine réserve, que, tout en reconnaissant avec M. Depaul que dans la plupart des faits observés et rapportés avec l'exactitude scientifique que comporte un pareil sujet, les enfants ont été extraits vivants quelques minutes seulement après la mort de la mère; il y a des faits qui, s'ils ne prouvent pas péremptoirement une durée beaucoup plus longue de la vie intra-utérine après décès, tendent du moins à laisser subsister des doutes à cet égard.

Quant à l'auscultation, ce moyen si précieux et sur lequel M. Depaul a insisté avec tant de raison, nous n'oserions pas lui accorder dans cette circonstance une valeur aussi absolue, et conclure de la non-constatation des battements du cœur à la mort du fœtus.

D'ailleurs, avons-nous dit, ces dissidences, d'un grand intérêt scientifique, n'ont pas ici une importance aussi décisive sur la détermination du médecin, qu'on serait porté à le croire au premier abord; et cela par une raison bien simple. C'est que dans le doute où peut être le médecin sur la conservation de la vie de l'enfant, il doit être d'autant moins retenu d'opérer, eu égard à la mère, qu'il s'est écoulé plus de temps depuis qu'elle a rendu le dernier soupir.

Ces réserves faites sur ce que l'opinion de M. Depaul nous a paru avoir d'un peu trop absolu sur ces deux points, et particulièrement sur le dernier, nous nous rangeons d'ailleurs pleinement aux sages propositions qu'il a formulées en manière de résumé de son argumentation, et qui tracent d'une manière aussi sage que nette la conduite que doit tenir le médecin en pareil cas. Nous ne saurions mieux faire que de les rappeler ici :

« Le médecin est le seul juge compétent de la détermination qu'il croit devoir prendre relativement à l'opération césarienne *post mortem*.

» En fixant à cent quatre-vingts jours (ou six mois révolus) la première époque de la viabilité, on prend la limite extrême.

» Lorsqu'une femme succombe pendant le cours de sa grossesse, en admettant que son enfant n'ait pas cessé d'exister avant ou en même temps qu'elle, on peut regarder comme certain que celui-ci ne tardera pas à succomber à son tour. Quelques minutes suffisent en général pour que sa mort soit consommée. En fixant à une heure après la mort réelle de la femme le temps que peut continuer à vivre l'enfant encore renfermé dans son sein, je fais une large concession que ne justifient ni les faits ni le raisonnement. (On vient de voir les restrictions que nous faisons à cet article.)

» Le médecin ne doit pas s'en tenir à de simples conjectures : il a à sa disposition un moyen qui est à peu près infaillible quand on sait l'employer, l'auscultation. Pour les grossesses qui ont dépassé l'époque de la viabilité, les battements du cœur fœtal, surtout dans les conditions particulières où on se trouve, sont possibles à percevoir. Leur absence constatée depuis plusieurs minutes peut être considérée comme la preuve de la mort de l'enfant. (Une grande présomption, oui; la preuve, c'est trop absolu.)

» Quand l'occasion d'opérer paraît convenable, il ne faut le faire qu'après s'être assuré autant que possible de la réalité de la mort de la mère.

» Avant de recourir à l'opération césarienne, il importe de s'assurer si l'enfant peut être extrait par les voies naturelles. Il faut préférer la version, l'application du forceps, et même les débridements du col, toutes les fois que l'état des parties permet d'y recourir.

» C'est à l'homme de l'art seul qu'il appartient de pratiquer de semblables opérations, et il est bien entendu qu'il faut toujours la faire avec le même soin et les mêmes précautions que s'il s'agissait d'une femme dont la vie ne fût douteuse pour personne. »

Nous n'avons rien à ajouter à ces sages prescriptions, qui résument les règles de conduite du praticien, en ce qui concerne l'opération césarienne pratiquée en vue de la conservation de l'enfant. On trouve également énoncé dans ces lignes, avec les indications d'agir, les restrictions et les motifs d'abstention, que le praticien aura à peser dans sa conscience et dans sa compétence spéciale, avant de prendre une détermination.

Voyons maintenant, et ceci était le point capital, l'esprit même de la question posée à l'Académie, dans quelle situation se trouve vis-à-vis de la loi le médecin qui vient d'assister aux derniers moments d'une femme portant dans son sein un enfant présumé viable, et en quoi la discussion a éclairé les praticiens sur les difficultés de cette situation.

M. Depaul, qu'il faut citer encore ici, car il n'a pas laissé un seul point de la question en dehors de l'examen approfondi qu'il a apporté dans l'étude de cet important sujet, M. Depaul avait déjà très-bien défini cette situation dans la première partie de son argumentation, lorsqu'il a dit qu'il n'y avait même pas lieu de se poser la question, en face du silence de la loi à cet égard d'une part, et des termes précis des arrêtés préfectoraux d'autre part, qui prescrivent aux médecins inspecteurs de la vérification des décès « l'autopsie des femmes mortes en état de grossesse, dans le but de tenter de sauver l'enfant chez lequel la vie pourrait n'avoir pas cessé. » Aussi a-t-il pu conclure sans hésitation que la loi laisse au médecin toute la liberté d'action dont il a besoin, et qu'il serait non-seulement inutile, mais dangereux de faire inscrire à ce sujet quelque article nouveau dans nos Codes.

Cependant, bien qu'en réalité M. Depaul fût parfaitement dans le sentiment de la vérité pratique en formulant cette proposition, et que pour notre propre compte elle nous parût assez bien fondée pour rassurer pleinement notre conscience, il n'était pas inutile que cette question fût examinée avec quelque attention par les hommes les plus compétents en jurisprudence médicale que renferme l'Académie. C'était utile, au contraire, en raison même de ce silence de la loi, qui aurait pu à la rigueur être interprété tout différemment peut-être, si des arrêtés préfectoraux et des règlements spéciaux de police n'étaient venus y suppléer, et en raison surtout de l'application circonscrite de ces arrêtés et règlements, qui laissent la majorité des médecins français en dehors de leur action protectrice.

C'est en cela surtout que l'intervention de MM. Tardieu, Devergie et Trébuchet dans la discussion, a été utile, bien que les dissidences qui se sont manifestées entre deux de ces honorables membres, sur l'interprétation de quelques points de législation et de réglementation, aient pu paraître un instant obscurcir le débat et compliquer les difficultés au lieu de les simplifier.

M. Devergie, dans son rapport sur les communications de MM. F. Hatin, Laforgue et Binaut, avait déjà déclaré la lé-

(1) Nos lecteurs apprendront avec le plus vif regret la mort de M. F. Hatin. Praticien des plus honorables, savant distingué et confrère excellent, M. Hatin laissera de profonds regrets dans le corps médical de Paris.

gislation actuelle suffisante pour sauvegarder les droits professionnels du médecin et ses devoirs envers la femme décédée en état de grossesse.

Dans la savante argumentation médico-légale dont il a fait suivre son rapport, tout en ne dissimulant aucune des graves difficultés dans lesquelles peut se trouver placé le médecin, dont la responsabilité semble se multiplier avec tous les incidents qui peuvent compliquer la situation, M. Devergie a très-bien démontré qu'en définitive, sous la double condition de se conformer aux préceptes de la science et de n'agir qu'avec le consentement des familles, il n'a rien à craindre de l'action de la loi.

Cette opinion a été aussi celle de M. Tardieu, comme on a pu le voir par nos comptes rendus. Elle a été également défendue, quant au fond, par M. Trébuchet, mais avec quelques différences dans l'exposé des motifs et dans l'interprétation des textes de loi. Nous avons dit quelle était la manière de voir de M. Trébuchet sur l'application des arrêts et règlements explicatifs de l'art. 77 du Code civil, et en quoi elle diffère de celle de M. Devergie.

Nous n'y reviendrons pas ici. Mais quelles que soient ces divergences, qui ne portent que sur des interprétations et des attributions de compétence, il n'en reste pas moins établi, et c'est le fait qui nous importe, que pour tous les membres de l'Académie qui ont pris part à cette discussion, et nous pourrions dire, sans craindre de nous compromettre, pour l'Académie tout entière, il n'y a pas de doute sur le droit que la loi laisse au médecin, si même elle ne le lui confère, de pratiquer l'opération césarienne immédiatement après le décès de la femme enceinte s'il la juge opportune, et sur le devoir que lui en fait l'intérêt social sous la réserve de l'assentiment de la famille.

Il nous resterait à dire un mot du troisième point de vue sous lequel s'est présentée la question, le point de vue religieux.

Quelle que soit l'incompétence de l'Académie et celle des médecins en général en matière religieuse, on ne peut se dissimuler une chose, c'est qu'il n'est pas possible d'éluder ce point de vue de la discussion, sous peine de laisser les praticiens, à qui les hasards de la pratique peuvent susciter ces nouvelles difficultés, livrés à leurs seuls scrupules et aux dures alternatives de manquer à ce qu'ils peuvent considérer comme un devoir de conscience, ou d'encourir vis-à-vis de la loi une responsabilité dont le caractère se trouve ici changé.

On vient de voir, en effet, que la responsabilité du médecin est suffisamment sauvegardée, que ses droits sont garantis, ses devoirs même tracés par l'administration, tant qu'il s'agit d'une femme décédée en état de grossesse avancée, et qu'il y a lieu de se préoccuper de l'existence de l'enfant. Ici, l'obligation religieuse du baptême ne fait qu'ajouter un motif de plus à l'intervention active du médecin. Mais il s'agit d'une femme enceinte de deux, de trois, de quatre mois. Il n'y a plus d'enfant viable à sauvegarder. Le médecin, invité à faire l'opération en vue seule de l'administration du baptême, devra-t-il prêter son concours, et le pourra-t-il, sans encourir l'application possible des lois et articles réglementaires des inhumations, n'étant plus protégé comme il l'était dans le cas précédent par l'obligation de porter secours à une existence menacée?

Nous nous trouvons ici en face de M. de Kergaradec, qui a chaleureusement plaidé la cause des intérêts religieux, et qui aurait voulu, pour assurer dans toute leur plénitude l'exécution des prescriptions de l'Eglise, que les garanties législatives qui couvrent le médecin dans le premier cas, le garantissent également lorsqu'il est appelé à pratiquer l'hystérotomie en vue de l'administration du baptême.

On a encore présentés à l'esprit les considérations toutes scientifiques par lesquelles M. Depaul a montré les difficultés excessives que présenterait au point de vue du manuel l'hystérotomie pendant les premiers mois de la grossesse. Dans un esprit de conciliation qu'on ne peut que louer, il a inscrit parmi les propositions finales de son discours, celle-ci :

« Je ne pense pas qu'il soit sage et raisonnable de recourir à l'opération césarienne avant la fin du quatrième mois. De quatre à six mois, ce n'est qu'exceptionnellement que j'en conçevrai l'opportunité, et ce serait à la condition qu'on aurait positivement constaté la persistance de la vie de l'enfant ou la cessation toute récente de ses manifestations. »

Et dans une dernière proposition, il ajoute :

« Il serait à désirer que le baptême intra-utérin à l'aide d'une injection pût être reconnu valable par les autorités religieuses. Cette pratique serait acceptée par tout le monde et mettrait un terme à toutes les hésitations et à toutes les inquiétudes. »

La commission n'a cru devoir rien stipuler à cet égard dans ses conclusions; mais M. le rapporteur, dans sa dernière argumentation, s'est joint à M. Depaul pour exprimer la même pensée. Il ne nous appartient pas d'émettre une opinion en cette matière, mais nous croyons remplir un devoir de conscience en exprimant le vœu qu'il soit adopté pour ces circonstances une formule, un mode d'administration du baptême qui dispense désormais de l'opération césarienne avant l'époque de la viabilité présumée du fœtus.

Il nous reste un dernier vœu à formuler. M. Trébuchet a présenté à cette occasion, dans la dernière séance, une proposition tendant à appeler l'attention de l'administration sur l'utilité qu'il y aurait à appliquer dans toute la France les arrêts et règlements qui régissent le service des inhumations. Cette mesure, indépendamment des avantages considérables qu'elle offrirait sous d'autres rapports, aurait en particulier ce résultat, désirable pour nos confrères des départements, de les placer, pour le cas spécial qui nous occupe, sous la protection des règlements de la capitale.

En résumé, cette discussion aura été utile, n'eût-elle eu pour unique résultat que de faire voter par l'Académie la conclusion principale de la commission, qui, ainsi tronquée, ne dit pas tout ce qu'il eût fallu dire, mais dit l'essentiel. Du reste, c'est moins du texte de cette conclusion que de l'esprit général de la discussion elle-même, que s'inspireront à l'avenir les praticiens dans le choix de la conduite qu'ils auront à tenir dans ces délicates conjonctures. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Aran (1),

Suppléant M. le professeur Rostan.

(Leçon recueillie par M. le docteur F. Siredey.)

De la chlorose.

Je vais vous entretenir aujourd'hui d'un état morbide très-fréquent, et que vous rencontrerez à chaque pas dans la pratique, soit qu'il existe seul, constituant par lui-même toute la maladie, ou bien au contraire qu'il se présente concurremment avec d'autres affections. Peut-être avez-vous déjà compris à ce peu de mots que je veux parler de la chloro-anémie.

Ce n'est pas qu'il manque de descriptions de cette maladie, et qu'elle n'ait été parfaitement étudiée par les auteurs dans plusieurs de ses manifestations. Vous savez tous quelle lumière ont jeté dans l'étude de cet état morbide les belles recherches sur les altérations du sang des hématologistes de notre époque, et en particulier celles de MM. Andral et Gavarret. Cependant l'observation longtemps continuée de nombreuses malades atteintes de chlorose, l'étude de cette maladie dans ses causes, dans ses manifestations, dans sa marche si bizarre et si diverse, et dans son traitement si incertain, m'ont fait adopter, relativement à sa nature, quelques opinions qui me sont personnelles, et que je vais essayer de vous exposer.

Mais auparavant, permettez-moi de vous retracer les principaux traits de l'histoire d'une malade entrée à l'hôpital le 31 juillet, et actuellement couchée au lit n° 27 de la salle Saint-Antoine.

Cette malade est une jeune fille de seize ans, d'une taille élevée, d'une constitution plutôt faible que forte, et qui présente les attributs du tempérament lymphatique exagéré. Ainsi elle a la peau fine et blanche, les cheveux blonds, les yeux bleus, plusieurs ganglions engorgés au cou et sous la mâchoire, sans offrir cependant des cicatrices de scrofule.

Elle nous dit, en outre, qu'elle entre à l'hôpital parce qu'elle a mal aux yeux, qu'elle éprouve des battements de cœur, et une douleur très-vive à la partie supérieure de la poitrine, à droite et en avant. Elle a perdu ses parents de très-bonne heure. A peine a-t-elle connu son père; quant à sa mère, elle est morte en couches quelques années après lui avoir donné naissance.

Orpheline dès son bas âge, elle eut à souffrir de la misère et à endurer bien des privations. Elle prétend avoir eu le choléra à cinq ans, et un peu plus tard la fièvre typhoïde. Elle a eu aussi des croûtes dans la tête, et toujours depuis ce moment des glandes engorgées au cou. Elle est sujette aux rhumes de cerveau et aux maux d'yeux. Depuis l'âge de cinq ou six ans elle perd involontairement ses urines pendant la nuit. Cette incontinence a été modifiée assez avantageusement depuis trois mois par des bains de siége froids.

Elle tousse facilement pendant l'hiver et même l'été; cependant elle n'a jamais craché de sang.

Il y a trois mois, elle a été prise d'un coryza intense, qui n'a pas encore disparu aujourd'hui. Au même moment s'est déclarée une maladie d'yeux, qui persiste aussi, et l'essoufflement habituel qu'elle éprouvait a augmenté au point qu'elle ne peut plus marcher ni se livrer au moindre exercice sans être prise au même instant d'une dyspnée excessive et de palpitations de cœur très-douloureuses.

Ajoutons enfin que le peu de forces qu'elle avait autrefois a encore diminué, qu'elle n'a jamais été réglée, et qu'elle a depuis deux ans des flueurs blanches de plus en plus abondantes.

Examinons maintenant l'état dans lequel elle se trouve aujourd'hui.

Vous avez tous été frappés de son état de souffrance générale, de sa pâleur extrême, et de la décoloration si marquée de la muqueuse qui recouvre les lèvres et les gencives. La langue est un peu collante, mais ne présente aucun enduit. L'appétit est bon, les digestions s'exécutent bien; il n'y a pas de soif; les garde-robes sont à peu près régulières.

Depuis l'augmentation du malaise général qu'elle éprouve, il n'y a pas de fièvre. La température de la peau n'est pas sensiblement élevée; le pouls, faible, mais régulier, bat 84 fois par minute. Il n'y a pas de voussure ni de frémissement à la région précordiale. Cependant elle accuse en ce point une douleur qui s'exaspère, surtout dans les moindres efforts qu'elle fait soit pour marcher un peu vite ou monter des escaliers. La matité du cœur est diminuée. Les bruits sont clairs, éclatants, et le premier est soufflant. Ce souffle s'entend à la base, mais présente son summum d'intensité sur les parties latérales du cou, dans la direction des vaisseaux; il est intermittent, isochrone à la contraction ventriculaire et à la diastole artérielle.

La muqueuse palpébrale, très-rouge, présente de nombreuses petites granulations au niveau du bord libre des paupières. La malade nous dit, en outre, que tous les matins elles sont collées; en un mot, il y a une blépharite ciliaire des plus évidentes. Un coryza, qui date de trois mois, comme je vous l'ai déjà dit, persiste encore. La malade ne peut respirer librement par le nez, dont la muqueuse boursouflée est le siége d'une sécheresse considérable. Une rougeur très-vive, avec des granulations très-fines et une vascularisation très-abondante, se fait voir dans toute l'arrière-gorge et le pharynx. Cependant la déglutition s'opère assez bien, et la malade n'accuse qu'un état de sécheresse plutôt gênant que douloureux, et qui n'existe guère que le matin à son réveil.

Elle respire de 24 à 26 fois par minute. Elle ne tousse pas en ce moment, et se plaint seulement d'une douleur sous la clavicule droite. L'expectoration est nulle. La percussion, pratiquée aux deux sommets, donne peut-être un peu moins de sonorité de ce côté qu'à gauche; l'auscultation n'y fait entendre qu'une expiration un peu prolongée, avec un retentissement léger de la voix et de la toux. Vous voyez ainsi que nous n'avons que des signes bien peu certains de l'existence d'une phthisie pulmonaire.

Le sommeil est bon; il existe parfois des bourdonnements et des tintements d'oreille, et la malade se plaint de bouffées de chaleur qui lui montent vers la tête. Elle est très-nerveuse, sans que cependant elle ait jamais eu de grandes attaques de nerfs. Ainsi elle est très-sensible, et fortement impressionnée par les moindres événements. Elle accuse elle-même l'existence de plusieurs points douloureux, notamment dans les espaces intercostaux; et si elle a été surprise de la douleur que nous lui avons causée en quatre ou cinq endroits par la pression exercée au niveau du sommet des apophyses épineuses de la colonne vertébrale, elle a été étonnée bien davantage lorsque notre exploration lui révéla qu'elle était insensible presque par tout le corps, et lorsqu'elle nous vit lui enfoncer des épingles dans toute leur longueur à la face dorsale des mains et à la partie postérieure des avant-bras, sans qu'elle en éprouvât la moindre sensation.

Je termine l'exposé des symptômes en vous rappelant que malgré ses seize ans révolus elle n'a jamais eu ses règles, mais que depuis deux ans elle a des flueurs blanches qui ont encore considérablement augmenté dans ces derniers temps. Elle accuse cependant parfois une sensation de chaleur dans le bas-ventre, et l'hypogastre est un peu sensible à la pression; mais les seins sont très-peu développés. Pour une raison que vous comprendrez tous, le toucher n'a pas été pratiqué.

Si maintenant nous récapitulons les principales particularités de l'histoire de notre malade, si nous tenons compte des circonstances malheureuses au milieu desquelles son enfance s'est écoulée et sa constitution s'est détériorée; si nous nous rappelons sa pâleur extrême, son aspect de souffrance générale, l'absence de règles, l'abondance de flueurs blanches, la dyspnée, les palpitations de cœur, l'existence d'un bruit de souffle doux si accusé à la base du cœur et surtout dans les vaisseaux du cou, les points douloureux dans les espaces intercostaux, l'anesthésie presque générale et si complète, il n'est personne d'entre vous qui ne reconnaisse à cet ensemble de symptômes une chlorose des mieux confirmées.

Vous n'ignorez pas le caractère anatomique essentiel de cette maladie : vous connaissez tous les belles recherches de MM. Andral et Gavarret sur les altérations du sang, et vous savez que ces auteurs ont établi que dans la chlorose il existe constamment un abaissement dans le chiffre proportionnel des globules. C'est un fait aujourd'hui universellement reconnu, et que les expériences sont venues confirmer de tout point. Ainsi, au lieu de 127, qui est le chiffre normal des globules pour 1,000 parties de sang, on a vu que dans la maladie qui nous occupe il pouvait descendre à 80, à 60, à 40, et même jusqu'à 35.

En même temps que l'on établissait l'existence de cette diminution constante dans la proportion des globules, on reconnaissait qu'il se manifestait dans les mêmes circonstances des bruits de souffle ayant leur siége dans les gros vaisseaux. Ces bruits anormaux sont d'autant plus évidents que la diminution des globules est plus considérable. Ils peuvent cependant manquer dans les premiers degrés de la chlorose, mais dès que le chiffre des globules est tombé à 80, ils existent toujours, ainsi que l'a établi M. le professeur Andral.

Ces mêmes bruits de souffle présentent des caractères différents et proportionnels au degré de l'altération du liquide sanguin. C'est ainsi qu'ils sont *intermittents* ou *continus*.

Les bruits *intermittents* se rencontrent dans les chloroses les moins prononcées. Ils ont leur siége dans toutes les grosses artères; et si on les recherche le plus ordinairement sur les carotides, c'est que ces vaisseaux sont plus faciles à explorer que l'artère axillaire ou la fémorale, par exemple.

A un degré plus avancé de la chlorose, le bruit de souffle *intermittent* présente des modifications dans son rhythme et sa durée; c'est ainsi qu'en se prolongeant, il paraît *continu avec redoublement*. Je m'explique : sa durée est continue, on l'entend toujours; seulement, à chaque ondée de sang chassée par le ventricule dans les artères, il présente en ce moment même une intensité plus marquée, correspondant exactement à la diastole artérielle, pour se continuer en perdant de sa force, pendant le retrait de l'artère, jusqu'à ce qu'une nouvelle contraction du cœur, chassant une nouvelle colonne sanguine, vienne l'empêcher de mourir, et lui redonner une intensité qui produit alors le caractère du *redoublement*.

Quant à la deuxième espèce de bruits, c'est-à-dire ceux qui ont une durée et une marche uniforme, continue, sans intensité momentanée plus nettement accusée, et que l'on a comparés avec assez de justesse au bourdonnement de la mouche, au bruit de diable, à celui de la guimbarde, etc., etc., les auteurs sont en dissidence sur leur siége. Ainsi MM. Bouillaud, Beau, Grisolle, Hardy et Behier admettent qu'ils se passent dans les artères, tandis que d'autres, et je suis du nombre, prétendent au contraire qu'ils ont lieu dans les veines.

D'abord j'invoquerai à l'appui de mon opinion leur caractère d'uniformité continue. Quoi qu'on en ait dit, en effet, il me

(1) Cette leçon, recueillie et rédigée pour la *Gazette des Hôpitaux*, a été retrouvée dans les cartons de notre regrettable confrère. Nous sommes heureux de pouvoir reproduire aujourd'hui ce dernier écho d'un enseignement dont nos lecteurs ont été à même d'apprécier la solidité.

(*Note du Rédacteur en chef.*)

semble que l'on a déjà quelque raison d'admettre qu'un bruit circulatoire *continu* ne peut guère avoir lieu que dans des organes où la circulation est elle-même *uniforme* et *continue*.

A une époque plus éloignée, dans un travail sur ce sujet publié dans les *Archives de médecine*, j'invoquais encore à l'appui de l'opinion que je défends les raisons suivantes :

Quand le bruit *continu* est superficiel au cou, il suffit de presser légèrement la veine jugulaire externe avec le doigt audessus du stéthoscope, pour faire cesser le murmure à l'instant, et on le fait ainsi paraître et disparaître à volonté, en relevant ou en abaissant le doigt. Quand il est plus profond, au contraire, on n'a qu'à comprimer légèrement la jugulaire interne à la partie moyenne du cou, là où elle est assez superficielle, et aussitôt le murmure continu cesse, et l'on n'entend plus qu'un bruit intermittent qui doit se passer dans la carotide. Ces expériences me semblaient être de nature à convaincre les plus incrédules, que les bruits de souffle continus se passaient dans les veines.

Je ne veux pas entrer aujourd'hui devant vous dans tous les détails de la polémique qui s'est alors élevée contre moi. Parmi les arguments les plus sérieux qu'on m'objecta, je me bornerai à vous citer celui-ci, qui m'a été donné comme tel par un de mes honorables contradicteurs : c'est que la pression que je recommande de faire sur l'une ou l'autre veine s'exerce sur l'artère carotide; que le calibre de ce vaisseau se trouve ainsi rétréci, et voilà pourquoi le murmure continu disparaît, se changeant par le fait du rétrécissement en bruit intermittent.

Pour toute réponse à ces raisons, qui n'avaient déjà pas, à l'époque où elles me furent alléguées, ébranlé ma conviction, je renverrai mes adversaires à la belle découverte que vient de faire récemment M. Sappey.

Dans la cirrhose du foie ou même dans toutes les affections qui ont pour résultat d'apporter une grande gêne à la circulation hépatique, vous voyez se dessiner sur l'abdomen, au niveau de l'ombilic, de grosses veines ayant la forme d'une tête de Méduse, et qui sont destinées à relier la circulation porte-hépatique avec la circulation générale. Si dans ces conditions vous appliquez sur les vaisseaux l'oreille armée du stéthoscope, vous entendez un bruit de souffle continu des plus manifestes. Or, l'habile anatomiste dont je viens de vous citer le nom a trouvé qu'il y avait alors un développement considérable de vaisseaux rudimentaires à l'état normal, et que ces vaisseaux n'étaient autre chose que des diverticula de la veine hépatique ou des veines-portes accessoires. Je demanderai maintenant à mes contradicteurs quelles sont les artères que peut presser le stéthoscope appliqué dans cette région?

Quant à connaître les conditions mécaniques nécessaires à la production de ces bruits, il faut bien ici avouer notre ignorance. Ce n'est pas cependant que les explications manquent. Ainsi les uns admettent, avec M. Vernois, que les vaisseaux contenant moins de liquide reviennent sur eux-mêmes, d'où la formation de plis dans l'intérieur de ces conduits, grâce au froncement de la membrane interne. Or ce serait à la vibration de ces plis, sous l'influence du choc de l'ondée sanguine, que seraient dus les bruits que l'on entend. D'autres, admettant encore le rétrécissement du calibre des artères, l'expliquent par une contraction spasmodique de leurs tuniques, ou par une infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-jacent à la membrane interne.

M. Beau et ses partisans prétendent au contraire que le calibre des artères est augmenté, par suite d'une pléthore aqueuse, et attribuent les bruits au frottement déterminé par l'excès du liquide contre la paroi interne des vaisseaux. Enfin, vous dirai-je encore que l'on a rapporté les bruits à des oscillations sonores produites par les molécules sanguines, alors que le sang n'a plus la même densité, et qu'il circule plus rapidement? Sans entrer dans les détails d'une plus longue énumération, je me bornerai à vous apprendre que pour moi ces diverses explications sont plus ingénieuses que rigoureusement démontrées, et que l'état actuel de la science ne permet pas d'adopter une de ces théories plutôt que l'autre, parce que toutes manquent d'une constatation certaine.

De ce qui précède, il résulte donc que le caractère fondamental de la chlorose est *la diminution du nombre des globules*, et que cette altération nous est révélée par l'existence *de bruits de souffle* dans les gros vaisseaux. Mais est-ce là tout ce qui constitue la maladie?... Ne le croyez pas, car vous tomberiez dans une grande erreur.

La chlorose est une maladie beaucoup plus générale; une fois établie, elle constitue une véritable diathèse, elle fait partie inhérente de l'individu chez lequel elle s'est déclarée. Et, s'il y a des moments où ses manifestations disparaissent, l'individu n'en est pas moins chlorotique, aussi bien que le malheureux atteint d'épilepsie est encore épileptique en dehors de l'attaque, et que la jeune fille qui a eu des accès d'hystérie est hystérique en dehors de ses crises.

DE L'IODURE DE FER ET DE QUININE

et de son emploi en thérapeutique,

Par M. le Dr L. DESORMES.

Il n'est pas de médicament que l'on voit administrer sous un plus grand nombre de formes diverses que les préparations ferrugineuses, depuis l'état le plus simple, le fer à l'état métallique, jusqu'aux composés les plus complexes. Il semblerait dès lors que, sous ce rapport, la thérapeutique n'a plus aucun progrès à réaliser, et que le praticien trouvera toujours dans la collection de ses composés celui dont la formule répondra le mieux à l'indication qu'il se propose de remplir.

Malheureusement ici, comme dans bien d'autres circonstances, cette richesse apparente n'est qu'une preuve de pauvreté. Si l'on possédait une préparation ferrugineuse vraiment bonne, toujours facile à supporter, constante dans ses effets, elle suffirait, et le médecin n'aurait nul besoin de procéder comme il est obligé de le faire, par tâtonnements, par essais souvent infructueux, de consulter, en un mot, l'idiosyncrasie de son malade.

Puis il est deux inconvénients graves que l'on est en droit de leur reprocher à presque toutes. Le premier, c'est qu'elles déterminent une constipation tellement opiniâtre, que souvent on voit les malades obligés d'en discontinuer l'usage. Le second, c'est que la plupart de ces ferrugineux sont insolubles, par conséquent inertes, et que dans la grande majorité des cas ils sont à peine attaqués par les acides gastriques. Le résultat de leur emploi est donc de fatiguer inutilement l'estomac et le reste de l'appareil digestif, et souvent, comme il est facile de le comprendre, de déterminer des douleurs gastralgiques qui au bout de peu de temps finissent par rendre la médication intolérable.

A ces inconvénients, on peut remédier en associant au fer certains principes médicamenteux qui, tout en empêchant la constipation et en rendant la préparation martiale soluble, agissent dans le même sens, et augmentent même ses propriétés thérapeutiques.

L'expérience de plusieurs années nous a convaincu que ce double but avait été atteint par les pilules d'iodure de fer et de quinine du docteur Cronier, qui réunissent tous les avantages des plus utiles ferrugineux sans en avoir aucun des inconvénients.

A nous, obscur pionnier de la science, il appartiendrait peu de parler de notre pratique. Mais heureusement nous pouvons, à l'appui de notre dire, citer les opinions d'hommes considérables, de maîtres de l'art.

Et pour commencer par un des plus compétents, par un de ces hommes qui font autorité, rappelons que le professeur Bouchardat écrivait dès 1854 le passage suivant, qu'après une expérience de six années de plus il a cru devoir maintenir dans sa dernière édition : « L'iodure de fer et de quinine, dit-il, est » d'une grande efficacité dans la chlorose; aucune préparation » de fer ne relève plus rapidement l'appétit des jeunes malades. » Il m'a paru très-avantageux dans la plupart des cas d'affec- » tions scrofuleuses, dans les fièvres intermittentes rebelles. Il » s'attaque à la cause de l'intermittence, et rétablit les qualités » primitives du sang. »

La seule cause, ajoute le savant professeur, qui le fasse délaisser, c'est la difficulté de l'obtenir à l'état constant et pur. Le moindre contact avec l'oxygène suffit pour le transformer en un produit insoluble.

C'est, en effet, la grande difficulté qu'est parveau à surmonter le docteur Cronier, et sous ce rapport il a rendu à l'art de guérir un signalé service.

Après M. Bouchardat et sa manière fort explicite d'envisager la question, nous n'aurions besoin d'invoquer aucun autre témoignage, et cependant il en est que nous sommes heureux de pouvoir citer : tels sont MM. Lemarchand (de Rouen), Denys (de Roscoff), Gay (de Boulogne), Belloc (d'Agen), etc. Mais aucun ne s'est prononcé d'une façon plus complète que le savant docteur Gély (de Nantes) dans une lettre duquel nous lisons ce passage :

« Les pilules Cronier, dit-il, ont été administrées à des sujets affectés de chloro-anémie, suite d'anciennes fièvres intermittentes. Elles ont été fort bien supportées.... Elles ont paru agir comme les autres préparations de fer qu'avaient déjà essayées les malades, et elles ont bientôt donné au teint une meilleure coloration, etc. »

Nous avons cru qu'il était de notre devoir de rendre publiquement ce témoignage, pour engager nos confrères à expérimenter les pilules d'iodure de fer et de quinine, desquelles, nous le leur assurons, ils obtiendront les plus constants et les plus éclatants succès.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 mai 1861. — Présidence de M. LAUGIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet une série de rapports sur les revaccinations pratiquées dans divers départements en 1860. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note sur un nouveau procédé d'extraction de la quinine, par M. Rabourdin, pharmacien à Orléans. (Commissaires : MM. Boudet, O. Henry et Bussy.)

2° Une note sur l'utilité des revaccinations, par M. Lucciana, de Bastia. (Commission de vaccine.)

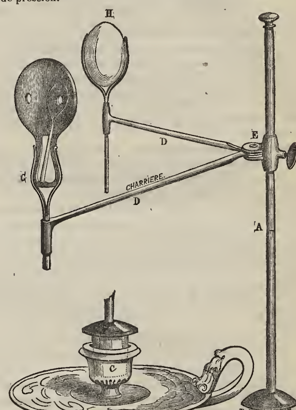
3° Un pli cacheté déposé par M. Delafond, membre de l'Académie. (Le dépôt est accepté.)

4° La description et la figure d'un appareil porte-ophthalmoscope fabriqué par M. Charrière sur les indications de M. Desmarres fils.

Cet appareil, destiné surtout à faciliter les commencements de l'étude de l'ophthalmoscopie, se compose :

1° D'une tige d'acier A divisée en deux parties de la longueur totale de 30 centimètres, dont la base est terminée par un bouchon de liége B que l'on place dans un bougeoir C ou un pied de plomb quelconque ;

2° De deux branches D D articulées E comme un compas, l'une portant l'ophthalmoscope Desmarres que l'on possède déjà, l'autre une lentille H de 2 1/2 de foyer; ces deux branches se rapprochent ou s'éloignent à volonté, et sont maintenues fixes sur la tige A par une vis de pression.



Ce petit appareil se place dans un étui de poche de 18 centimètres de long sur 5 de large et de l'épaisseur d'une trousse ordinaire, et il réunit à la fois la légèreté et la simplicité; il est disposé pour recevoir le laryngoscope comme ceux de MM. Liebreich (de Berlin), Donders (d'Utrecht), Follin et Cusco (de Paris).

Il suffit pour fixer la tête d'appuyer le menton sur quelques livres.

— M. MICHEL LÉVY dépose sur le bureau de l'Académie, au nom de l'auteur, la traduction d'un ouvrage sur la dernière épidémie de fièvre jaune à Lisbonne.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'opération césarienne *post mortem*.

La parole est à M. de Kergaradec.

Suite et fin de la discussion sur l'opération césarienne post mortem.

M. DE KERGARADEC lit la deuxième partie du discours commencé dans la précédente séance. Il termine et résume ce discours par les propositions suivantes :

1° En ce qui concerne les personnes étrangères à la médecine, la loi est suffisamment répressive.

2° En ce qui concerne les médecins, leur action étant gênée par la crainte de la responsabilité, il est nécessaire de leur faire savoir officiellement qu'ils sont autorisés à pratiquer l'opération césarienne.

3° Il serait à désirer que l'Académie, dans les conclusions du rapport, fit comprendre aux médecins toute l'étendue de leurs droits et de leur devoir.

Avant de répondre à M. de Kergaradec, je dirai quelques mots sur un intéressant mémoire qui vient d'être présenté tout récemment à l'Académie par un jeune médecin de Paris, M. le docteur Gustave Rousseau, et qui a pour titre : *De la responsabilité du médecin considérée au point de vue de l'obstétrique, et plus particulièrement de l'opération césarienne* POST MORTEM. M. Gustave Rousseau a étudié avec beaucoup de soin la responsabilité du médecin en rappelant tout ce qui concernait cette question tant dans la législation romaine que dans la législation française. Il a cité à ce sujet l'opinion des jurisconsultes les plus éclairés, et entre autres celle de M. le procureur général Dupin, qui nous paraît déterminer parfaitement les différentes questions se rattachant à la responsabilité du médecin. Je propose donc de renvoyer ce travail au comité de publication, afin qu'il en soit fait un extrait des pages les plus importantes.

M. DEVERGIE, après cette courte communication, s'exprime en ces termes :

Les conclusions de la commission n'avaient reçu aucune atteinte jusqu'à l'argumentation de M. de Kergaradec. Notre collègue a non-seulement attaqué les conclusions, mais encore il a exposé des doctrines contraires à celles de la commission qui avaient paru satisfaire les esprits. « L'autorité n'a rien à voir, rien à prescrire, rien à permettre, » a-t-il dit. Le laconisme de cette formule est gros de déceptions. Comment M. de Kergaradec a-t-il pu nier que les articles 1382 et 1383 du Code civil fussent applicables aux médecins, lorsqu'ils s'appliquent à tous les individus quelle que soit leur position sociale et la profession qu'ils exercent? Est-ce que chacun n'est pas responsable du préjudice qu'il cause à autrui par son fait? De pareilles doctrines ne sont pas soutenables... J'en dirai autant de l'art. 319 du Code pénal, relatif à l'homicide par imprudence. Non-seulement il est applicable, mais il a été appliqué. Reste à savoir quand et comment. C'est, disent tous les jurisconsultes, et la jurisprudence des tribunaux le démontre, c'est lorsqu'il y a de la part du médecin faute lourde, impéritie, négligence.

La conséquence de cette doctrine serait que le médecin qui dans le cas d'ignorance profonde ou de légèreté coupable donnerait involontairement la mort à son semblable, pourrait ne pas être recherché pour de pareils méfaits.

La commission s'est attachée à traduire en termes très-généraux tout ce qui a trait à la pratique médicale, dans l'opération dont il s'agit. Elle a voulu laisser le médecin entièrement libre de décider s'il y a ou s'il n'y a pas opportunité à faire l'opération, parce que la pra-

tique médicale ne doit ressortir que de la conscience du médecin, éclairée par les données de la science.

M. de Kergaradec ne veut pas que l'Académie dise : Lorsque le médecin aura conçu l'espoir d'extraire un enfant dans des conditions d'aptitude à la vie utérine. Il désire qu'à cet égard il n'y ait aucune considération formulée. M. de Kergaradec fait évidemment son opposition en vue de l'administration du baptême. L'Académie sortirait de la sphère de sa compétence si elle s'immisçait à des idées religieuses. Le médecin religieux n'est plus seulement le médecin pour l'Académie, c'est le médecin et l'individu catholique, protestant, juif, musulman ou autre. En un mot, ce sont deux individualités distinctes.

L'Académie ne connaît qu'une individualité, c'est l'individualité médicale. Et en effet, si elle allait au delà, le précepte qu'elle formulerait pour le médecin catholique ne serait plus applicable au médecin juif ou autre. Aussi repousserai-je de toutes mes forces toute proposition qui tendrait à engager l'Académie au delà des devoirs de notre profession.

Si nous voulons que nos doctrines et la jurisprudence de l'Académie aient plus tard quelque faveur auprès des tribunaux, et qu'elles soient utiles à nos confrères, limitons l'une et l'autre au cercle étroit mais autorisé de l'art médical, et rien de plus.

M. Devergie abordant ensuite l'argumentation de M. Trébuchet, fait remarquer que cette argumentation, en élargissant la législation qui pèse sur la responsabilité médicale et en aggravant ce qui pèse sur l'exercice du médecin dans l'exercice de l'hystérotomie *post mortem*, tendrait plutôt à restreindre qu'à étendre le chiffre des opérations césariennes.

Il dirigerait donc vers un but diamétralement opposé aux désirs exprimés par les médecins qui demandent l'intervention favorable de l'Académie.

M. Devergie s'attache à combattre ces doctrines, après avoir toutefois répondu, au nom de la commission, à quelques reproches qui lui ont été adressés par M. Trébuchet.

M. Trébuchet, dit M. le rapporteur, n'a appuyé sa manière de voir que sur un raisonnement, à savoir que l'hystérotomie pouvant transformer une mort apparente en une mort réelle, l'arrêté du préfet de la Seine relatif au moulage des corps, etc., comprend cette opération.

Cet article, fait remarquer M. Devergie, a été conçu en vue de la famille et de la domesticité, et non pas en vue de la pratique de la médecine. Le préfet a voulu empêcher que pour satisfaire à des sentiments de famille que tout le monde respecte, un modeleur vienne avant vingt-quatre heures écoulées depuis le décès, appliquer son plâtre sur la figure et s'opposer, par l'occlusion des ouvertures naturelles, au rétablissement de la respiration s'il devait avoir lieu ; comme aussi proscrire certains usages religieux qui veulent que le corps soit, aussitôt après le décès, étendu sur le sol de la chambre, ou immédiatement enfermé dans un drap mortuaire. De même, il a voulu empêcher, avant le délai de vingt-quatre heures, des injections ou opérations qui ont pour but la conservation du corps à l'abri de la putréfaction.

Il a même proscrit les autopsies faites dans l'intérêt de la science ou des familles, en un mot toutes les opérations comprises sous le titre général de *moulage du corps*, opérations capables de transformer en mort réelle une mort apparente.

Mais comment admettre que l'autorité administrative se soit opposée à l'accomplissement d'une opération qui a pour but de sauver la vie d'un enfant, alors que, quelques articles plus loin, elle prescrit elle-même aux médecins inspecteurs des décès d'obtenir des familles l'autorisation de pratiquer l'hystérotomie *post mortem !*

Appliquant ces doctrines à la pratique, dans le cas où il y aurait ouverture à une poursuite judiciaire, dit M. Devergie, M. Trébuchet soutiendra-t-il qu'il y a aussi ouverture à une poursuite de la part de l'autorité administrative pour application de l'article 358 du Code pénal en ce qui concerne les règlements de police ? Mais la peine la plus forte est celle de l'article 349 ; elle absorbe donc de fait celle de l'article 358, et la poursuite administrative se trouve ainsi annulée. Dira-t-il qu'elle aura lieu, si la justice n'intervient pas ? Alors ce n'est plus qu'une application aléatoire et indirecte de la loi, en présence des conséquences de la conduite médicale.

Avec l'interprétation des règlements qu'a donnée M. Trébuchet, on serait réduit à laisser périr l'enfant dans le sein de la mère. Jamais les magistrats ne comprendront une doctrine législative qui conduirait à un pareil résultat. Aussi, ajoute M. Devergie, je repousse de toutes mes forces l'interprétation que M. Trébuchet a donnée au membre de phrase de l'arrêté du préfet sur le moulage des corps.

En résumé, M. le rapporteur demande à l'Académie qu'elle vote les conclusions suivantes, qui posent les principes de la jurisprudence de l'Académie sur cette question :

1° La législation actuelle suffit au médecin pour l'accomplissement des devoirs de la profession en ce qui concerne l'enfant de la femme enceinte décédée.

2° Le médecin qui a l'espoir d'extraire du corps de la femme enceinte décédée un enfant dans des conditions d'aptitude à la vie extra-utérine, peut et doit même, médicalement parlant, pratiquer l'opération césarienne en observant les préceptes de la science et les règles de l'art.

Cependant il ne peut pratiquer cette opération qu'après avoir acquis la certitude du décès et s'être entouré des lumières d'un ou plusieurs confrères, à moins d'impossibilité absolue de réaliser cette dernière condition.

3° Le médecin, dans la pratique de sa profession libérale, ne relève que de la loi et de sa conscience éclairée par les préceptes de l'art.

M. DE KERGARADEC n'ayant pu, dit-il, motiver suffisamment les propositions qu'il a présentées à la fin de son discours, voudrait que l'Académie, avant de procéder au vote sur les conclusions du rapport, lui permît de développer le sens de ses propositions dans la séance prochaine.

Plusieurs membres réclament la clôture de la discussion.

La clôture est mise aux voix et adoptée.

On passe à la discussion des conclusions.

L'article 1er est mis en délibération.

M. MALGAIGNE repousse cette conclusion comme tout à fait inopportune. L'Académie n'a pas à se prononcer sur un point de législation. Elle est tout à fait incompétente pour reconnaître et pour déclarer si la loi est ou non suffisante.

M. GIBERT propose de remplacer les conclusions du rapport par un ordre du jour motivé, consistant à dire simplement que c'est là une question de conscience dans laquelle l'Académie n'a pas à intervenir.

M. TRÉBUCHET propose de laisser la question en l'état, en disant qu'il n'y a pas lieu de modifier la loi en ce qui concerne l'opération césarienne. Mais il ne faudrait pas dire, car ce ne serait pas exact, que la loi et les règlements en vigueur sont suffisants pour sauvegarder la responsabilité du médecin.

M. BOULEY appuie l'amendement de M. Malgaigne.

M. BRIQUET propose de surseoir au vote des conclusions jusqu'à la séance prochaine, vu, d'une part, le petit nombre de membres présents, et, d'autre part, les hésitations qui paraissent régner dans les esprits sur la question.

M. VELPEAU parle contre l'amendement.

M. le président met aux voix la première conclusion. Elle est rejetée.

Deuxième conclusion. — M. Malgaigne trouve superflu de dire que l'opération doit être pratiquée en observant les préceptes de la science et les règles de l'art. Cela va de soi. On n'a pas besoin de le dire.

M. le rapporteur consent à supprimer les mots « suivant les règles de l'art, » comme devant être sous-entendus ; mais il croit devoir maintenir les mots « en observant les préceptes de la science. »

Ces derniers mots seuls sont retranchés.

M. DE KERGARADEC voudrait que, au lieu de dire : « le médecin qui a l'espoir d'extraire du corps de la femme enceinte, etc., » on dît : « le médecin qui n'a pas perdu tout espoir, etc., » ou bien qui n'a pas acquis la certitude de la mort de l'enfant, doit, etc. » Cette rédaction, beaucoup plus impérative que celle de la commission, n'exposerait pas, comme celle-ci, à compromettre l'existence d'un certain nombre d'enfants.

M. DEPAUL demande la division de la deuxième conclusion, qui comprend deux paragraphes distincts. Il accepte très-bien la rédaction du premier paragraphe, mais il ne saurait accepter celle du second, qui lui semble impliquer une sorte de contradiction avec le premier. En effet, que dit le premier paragraphe ? Que le médecin peut et doit même, dans les conditions spécifiées, pratiquer l'opération césarienne. Et puis, dans le second paragraphe, on ajoute que cette opération ne pourra être pratiquée qu'après avoir acquis la certitude du décès et s'être entouré des lumières d'un ou plusieurs confrères. Mais cette certitude, on ne peut jamais l'avoir. Si l'on attend assez longtemps après le décès présumé pour voir se produire les signes certains de la mort, on n'opérera jamais en temps utile. Dès lors le premier précepte est illusoire. D'un autre côté, si l'on se croit obligé de provoquer une consultation avant de pratiquer l'opération césarienne, ce sera encore détruire le bénéfice de votre prescription, car presque jamais on ne réunira cette consultation à temps. Il faut donc laisser ici toute l'initiative comme la responsabilité tout entière au médecin, qui n'a de chances d'agir avec succès qu'à la condition d'agir avec promptitude. M. Depaul insiste sur la suppression du deuxième paragraphe.

M. MALGAIGNE appuie l'observation de M. Depaul. Le mot certitude ici n'est point admissible. On peut avoir une présomption assez grande que la femme est morte pour se croire autorisé à agir ; mais si l'on attend les signes qui peuvent seuls donner une certitude absolue, on n'agira jamais.

M. DEVERGIE s'oppose à la suppression demandée, car avant tout, dit-il, le médecin doit se préoccuper de la mère.

La suppression demandée par M. Depaul étant appuyée, est mise aux voix. Elle est adoptée.

Le premier paragraphe de la deuxième conclusion, devenue la première, est mis aux voix et adopté avec la légère modification demandée par M. Malgaigne et acceptée par le rapporteur.

Troisième conclusion. — M. MALGAIGNE demande la suppression de cette déclaration comme inutile.

Cette suppression est mise aux voix et adoptée.

M. TRÉBUCHET dépose sur le bureau une proposition tendant à exprimer le vœu que les règlements qui régissent les inhumations à Paris soient appliqués à toute la France.

Cette proposition n'est pas appuyée.

Les conclusions adoptées par l'Académie se réduisent donc à cette proposition unique :

« Le médecin qui a l'espoir d'extraire du corps de la femme enceinte décédée un enfant dans des conditions d'aptitude à la vie extra-utérine, *peut* et *doit* même, médicalement parlant, pratiquer l'opération césarienne, en observant les préceptes de la science. »

La discussion est close.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Duban, médecin en chef de l'état-major fédéral suisse, est décédé à Avenches, à l'âge de cinquante-huit ans.

— M. Giuseppo Tagliabo, président du collége de médecine et de chirurgie, ancien professeur de clinique à l'Université romaine, vient de mourir à Rome.

— M. Alphonse Guérin commencera le mercredi 15 mai, à l'hôpital de Lourcine, un cours clinique sur les maladies des organes génitaux de la femme, et le continuera les lundi et mercredi de chaque semaine à neuf heures du matin.

De la raison, du génie et de la folie, par M. P. FLOURENS, membre de l'Académie française et secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences. 1861 ; un volume grand in-18 anglais. Prix : 3 fr. 50 c.

Ontologie naturelle ou Étude philosophique des êtres, par M. P. FLOURENS. 1861 ; un volume grand in-18 anglais. Prix : 3 fr. 50 c.

Ces deux ouvrages se trouvent à Paris chez MM. Garnier frères, libraires, rue des Saints-Pères, 6.

Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, ou Traité de thérapeutique chirurgicale, par E. CHASSAIGNAC, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc.

Cet ouvrage comprendra trois volumes. — Le premier volume est en vente au prix de 14 francs, chez V. Masson et fils, libraires, place de l'Ecole de médecine. Le second volume paraîtra prochainement.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 56 — MARDI 14 MAI 1861. (34e ANNÉE.) N° 56. — MARDI 14 MAI 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, 13 mai 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous n'avons à signaler pour cette séance que la présentation faite par M. Flourens de la nouvelle édition de son ouvrage sur l'intelligence et l'instinct des animaux, et un mémoire sur l'encéphale des cétacés, communiqué par MM. Serres et Gratiolet. La classification méthodique des animaux la plus généralement adoptée, se fondant sur l'état d'infériorité de la forme extérieure et de la disposition des organes locomoteurs, place, comme on le sait, le groupe des cétacés dans le rang le plus inférieur de la classe des mammifères. Le mémoire de MM. Serres et Gratiolet est une sorte de protestation faite au nom de la philosophie naturelle contre ce classement, protestation fondée sur le développement remarquable que présente l'encéphale de ces animaux. — Dans la séance d'aujourd'hui l'Académie vient de nommer un membre associé étranger en remplacement de M. Tiedemann. Sur 48 votants, M. Liébig (de Munich) a obtenu 31 suffrages; M. Wolher (de Gœttingue) a eu 14 voix; les autres se sont partagées entre MM. Airy et Agassiz. En conséquence M. Liébig a été proclamé membre associé étranger. — Dr Brochin.

QUELQUES FAITS RELATIFS A LA VITALITÉ DES FOETUS.

A l'occasion de la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine sur l'opération césarienne, M. le docteur Faure nous communique la relation de deux faits qui tendent à montrer que les fœtus sont peut-être capables d'une longévité plus grande qu'on ne parait le croire.

Voici ces deux faits, qui viennent sous ce rapport prêter un nouvel appui à quelques-unes des opinions que nous avons exprimées dans notre article de samedi.

En 1856, je fus appelé à constater le décès d'un enfant mort-né, venu au monde à huit heures du matin. Il était deux heures et demie quand on fit la déclaration, je m'y rendis à trois heures et demie du soir.

Cet enfant, enveloppé dans une masse de torchons et de linges mouillés, ensanglantés et imprégnés de matières fécales provenant de la mère, avait été déposé sous la fontaine, sur le carreau tout humide, parmi des tessons et divers ustensiles de ménage. Quand je le vis, il y avait donc près de huit heures qu'il était ainsi enseveli, dans les conditions les plus contraires à la vie, on peut même dire les plus propres à causer la mort : d'une part, la privation d'air, toute communication avec l'atmosphère étant interceptée; de l'autre, un refroidissement presque glacial. On m'apprit qu'aussitôt après sa naissance, la personne qui avait présidé à l'accouchement (laquelle avait sans doute des raisons particulières pour penser qu'il ne pouvait pas être vivant) l'avait entortillé dans les linges qui se trouvaient sous la mère, et l'avait ainsi jeté sans s'en préoccuper autrement.

Comme la chambre était fort obscure, je fis apporter le cadavre sur une table, près de la fenêtre. Il était loin d'être à terme; les yeux étaient fermés; la peau, rouge, luisante et humide, présentait cet aspect muqueux des six ou sept premiers mois de la vie intra-utérine; il me parut que l'ombilic était bien près encore du pubis; enfin, il s'en fallait de beaucoup que les ongles fussent arrivés à leur développement complet.

L'enfant était donc sous mes yeux depuis quelques instants, quand je vis la partie inférieure du thorax se soulever légèrement, pendant que le ventre se creusait à la région diaphragmatique; un mouvement ondulatoire sur la paroi thoracique en avant; la poitrine se leva peu à peu de bas en haut, et enfin il y eut une inspiration très-caractérisée. A la troisième ou quatrième minute, on entendit un cri très-distinct. Les bras s'étendirent, les jambes s'agitèrent; il s'écoula de l'urine, etc.

Je renonce à décrire l'état de la mère, qui se dressa aussitôt sur son séant. Mais j'en suis encore à me demander si à ce moment son visage n'a pas trahi moins de joie que d'étonnement...

Après avoir réchauffé et emmaillotté l'enfant, je le plaçai auprès de la mère, en prescrivant à celle-ci les soins nécessaires.

Il ne mourut que le lendemain, à une heure avancée de la journée. Comme on était allé le matin de ce dernier jour faire annuler la déclaration de décès de la veille pour le réintégrer au nombre des vivants (ce qui, par parenthèse, avait occasionné dans les bureaux de l'état civil des formalités d'une nature un peu inusitée), lorsqu'on y retourna pour la deuxième fois déclarer son décès, les employés, par précaution, ne voulurent recevoir la déclaration qu'après plus ample informé.

Il est vrai qu'il ne s'agit pas ici d'un enfant encore renfermé dans le sein de sa mère; mais vu l'état dans lequel je l'avais trouvé, je n'hésite pas à croire qu'il lui était, à bien peu de chose près, aussi difficile de respirer que s'il eût été encore contenu dans la cavité utérine. Quoi qu'il en soit, j'ai regretté bien vivement de ne l'avoir pas emporté, pour lui faire donner des soins de la sollicitude desquels je pusse être sûr.

Le second fait s'est présenté chez des animaux, il paraîtra par conséquent n'avoir pas de rapport avec ce qui a lieu chez l'homme; mais même en tenant compte des différences qu'entraîne nécessairement la diversité des espèces, on reconnaîtra encore qu'il y a ici un grand intérêt au point de vue abstrait de la résistance de la vie chez le produit contenu dans l'utérus, alors que la mère est morte.

En 1859, je faisais des expériences à la Fourrière; un jour, à midi environ, je trouvai l'un des animaux mort. Le cadavre était froid et entièrement roide; on m'apprit qu'il avait succombé dans la nuit. J'eus donc tout lieu de croire qu'il était mort au moins depuis sept heures lorsque j'en commençai l'autopsie.

Ayant ouvert l'abdomen, je vis une sorte de soulèvement se produire dans la masse des viscères; bientôt j'en retirai cinq petits, dont deux parfaitement vivants.

Comme ces animaux étaient d'une très-forte race, j'en emportai un pour le faire élever chez moi; on le réchauffa, on lui fit boire du lait. Il se ranima parfaitement, et donnait les plus belles espérances. Malheureusement, une nuit, il fut étouffé sous un édredon.

Mon premier soin avait été d'ausculter le cœur chez ces animaux, et bien qu'ils eussent des mouvements respiratoires très-visibles, sinon très-prononcés, les bruits de cet organe n'avaient pas été tout d'abord perceptibles. J'avais ouvert l'autre petit; le cœur ne me montra dans le premier moment que des mouvements ondulatoires, vermiculaires pour ainsi dire; ce n'est qu'après une minute ou deux qu'ils acquirent sous le contact de l'air une certaine amplitude, mais ils cessèrent bientôt définitivement.

Chez l'enfant qui fait le sujet de la première observation, les mouvements du cœur n'étaient pas perceptibles non plus au premier abord; je m'en étais bien assuré, car ce fait, qui se présentait au moment où je m'occupais de recherches sur l'asphyxie, avait pour moi trop d'intérêt pour que je ne l'exploitasse point dans toute son étendue.

Dans une autre circonstance encore, j'ai vu chez des fœtus d'animaux le cœur se contracter après la mort de la mère. Une chienne pleine fut pendue; aussitôt qu'elle fut morte, je l'ouvris : son cœur était immobile, mais celui des fœtus se mouvait encore d'une manière notable; toutefois, je n'en pus ranimer aucun. Il est probable qu'ils avaient été tués par les mouvements convulsifs et désordonnés qui avaient précédé la mort chez la mère. Cette bête appartenait à la race des épagneuls; elle était à long poil. Si elle eût été à poil ras, si elle eût été de la race des lévriers, par exemple, peut-être les petits fussent-ils revenus à la vie. Cette assertion paraîtra singulière; mais il est un fait qui, pour moi, s'est trouvé confirmé par trop de centaines d'exemples, pour que je ne le tienne pas pour certain, c'est que, toutes choses égales d'ailleurs, les animaux à poil ras ont la vie plus résistante que les autres.

Bien des fois je me suis demandé, en voyant ces différences si remarquables dans la force de la vie chez les uns et chez les autres, bien que la raison en fût insaisissable, si chez les hommes il n'y avait pas de même quelques conditions inconnues capables de rendre certains d'entre eux primordialement plus ou moins vulnérables que les autres.

Il s'en faut donc beaucoup, selon moi, que l'on soit autorisé à prendre l'absence des bruits du cœur chez le fœtus pour un signe de mort absolu et infaillible. J'ai vu mainte et mainte fois, chez des animaux adultes, le cœur tomber à un tel état de faiblesse qu'il n'était presque plus possible de saisir ses bruits, et cependant se relever, revenir à l'état normal quand je faisais cesser l'expérience. Or, chez les petits qui n'ont pas encore respiré, il doit pouvoir s'abaisser bien plus encore. En effet, ainsi que des physiologistes ont cherché avec tant de raison à le faire comprendre, l'individu à cet état se rapprochant des êtres qui lui sont inférieurs dans la classe animale, est loin d'avoir pour vivre les exigences qui le caractériseront plus tard, et il se contente des moyens d'existence en quelque sorte rudimentaires qui suffiraient à ces derniers. Dr Faure.

HOTEL-DIEU. — M. Aran,

Suppléant M. le professeur Rostan.

(Leçon recueillie par M. le docteur F. Siredey.)

De la chlorose (1).

La chlorose est une maladie de l'enfance bien plus encore que de l'âge adulte. Elle se montre beaucoup plus rarement dans l'âge mûr et disparaît dans la vieillesse. Elle est due à un défaut de la sanguification, dépendant lui-même d'un arrêt du développement organique. Ainsi, chose qui vous étonnera peut-être, dans les recherches que j'ai faites à ce sujet sur les enfants, j'ai pu acquérir la preuve, ainsi que l'a aussi établi M. Roger, que l'immense majorité des enfants ont des bruits de souffle sur le trajet des gros vaisseaux, ou, en d'autres termes, qu'ils sont chlorotiques.

Cette maladie est déjà peut-être un peu moins fréquente chez les garçons que chez les filles dès la deuxième enfance. Mais la différence est beaucoup plus sensiblement accusée à l'époque de la puberté. Les garçons entrent dans cette période de la vie sans presque s'en apercevoir, et pour peu que les jeunes sujets se trouvent dans de bonnes conditions hygiéniques, grâce au développement organique qui se fait normalement, bientôt le bruit de souffle disparaît, et avec lui les symptômes de la chlorose.

Chez la jeune fille, au contraire, les choses sont loin de se passer ainsi. Ce n'est pas sans une profonde modification de tout son organisme, que des fonctions nouvelles aussi importantes que l'ovulation et la menstruation tendent à s'établir.

Ainsi, vous voyez en quelques mois sa taille s'élever rapidement, sa poitrine s'élargir, ses seins se développer, en même temps que les organes génitaux, se modifiant jusque dans leur structure, se préparent à l'exercice des fonctions qui vont dominer toute la physiologie et la pathologie de la femme, pendant près de trente ans de son existence.

Comprenez-vous maintenant pourquoi on rencontre à cette période de la vie tant de jeunes filles chlorotiques? Que pensez-vous aussi des médecins qui regardent la chlorose comme dépendant de la non-apparition ou de la suspension des règles? Ne voyez-vous pas, au contraire, que l'aménorrhée est subordonnée à la chlorose, celle-ci indiquant par son existence l'inertie ou l'insuffisance des fonctions utéro-ovariennes, reconnaissant elles-mêmes pour cause un arrêt dans le développement organique de l'individu?

La menstruation ne tient donc pas la chlorose sous sa dépendance; seulement, comprenez bien que c'est au moment que cette fonction nouvelle va commencer, que la chlorose se montre le plus souvent, parce que c'est alors que l'économie de la femme reçoit l'ébranlement le plus considérable. D'où, sans aucun doute, le nom de *morbus virgineus* ou *virginum*, donné par les anciens médecins à cette maladie.

Une nouvelle preuve que la chlorose ne dépend pas de la menstruation, c'est qu'elle existe aussi chez l'homme. Ai-je besoin de vous rappeler à ce sujet le jeune garçon de notre salle Sainte-Jeanne, que nous avons examiné ensemble il y a quelques jours? D'ailleurs, si elle dépendait de l'aménorrhée, ne devrait-elle pas être guérie par l'apparition des menstrues? Or vous savez ce que la clinique répond à cet égard.

Il y a de nombreuses causes de cette maladie. On peut les résumer en un seul mot, et dire que toutes ont pour effet de débiliter l'économie et de s'opposer au développement normal de l'organisme. C'est ainsi que nous mettons en première ligne l'alimentation insuffisante soit par la quantité, soit par la qualité; l'habitation dans les grandes villes au milieu d'un air trop rare ou vicié par des émanations insalubres; le travail excessif, et surtout s'il a lieu à l'abri de la lumière et de la chaleur du soleil, comme dans les mines, les houillères, ou bien, au contraire, le défaut d'exercice musculaire, comme c'est la règle dans les professions des femmes; l'oisiveté, les veilles prolongées, les bals, les spectacles, qui nuisent à l'activité des fonctions de nutrition, en entretenant le système nerveux dans un état d'éréthisme permanent, et en prédisposant les chlorotiques aux névralgies, aux névroses, aux spasmes, aux attaques de nerfs convulsives, et à toutes les formes si bizarres et si variées de l'analgésie et de l'hyperesthésie. Supposez maintenant que toutes ces mauvaises conditions se rencontrent chez un sujet lymphatique, scrofuleux, d'une constitution déjà antérieurement détériorée, comme notre jeune fille par exemple, ne comprenez-vous pas alors comment les symptômes de la chlorose

(1) Fin. Voir le numéro précédent.

seront plus prononcés, et comment elle résistera plus longtemps au traitement?

Si l'aménorrhée est le symptôme le plus ordinaire de cette maladie, quand elle se déclare à l'époque de la puberté, elle n'est pas la seule manifestation morbide qui peut avoir lieu du côté des organes génitaux. Souvent elle est accompagnée de flueurs blanches plus ou moins abondantes, ou bien de dysménorrhée. Dans d'autres circonstances, vous observez au contraire une menstruation plus abondante, se présentant quelquefois sous la forme de véritables hémorrhagies utérines. C'est là une des complications les plus graves de la menstruation, car, par suite de la perte de sang que chaque époque menstruelle détermine, l'économie se trouve de plus en plus affaiblie, et sans réaction contre la maladie qui la minait antérieurement.

Le plus ordinairement ces phénomènes coexistent avec une altération de la muqueuse utérine, et surtout avec le catarrhe utérin, qui se rencontre dans tous les âges; vous voyez donc comment, dans ces circonstances, il ne faut pas négliger de s'occuper de l'état des organes génitaux, même chez une très-jeune fille, mais bien au contraire se hâter par un traitement approprié de modifier l'état de la muqueuse utérine, pour arrêter les hémorrhagies qui exercent une influence si funeste sur la constitution. Enfin, pour en terminer avec ce qui a trait à la menstruation, dans certains cas celle-ci est parfaitement normale.

Vous voyez donc qu'il existe concurremment avec la chlorose des altérations des muqueuses, et particulièrement de la muqueuse génitale. Quant à la blépharite, au coryza et à la pharyngite de notre malade, je ne les rattache nullement à la chlorose, mais bien à son tempérament lymphatique.

Si les troubles du côté des organes génitaux sont assez fréquents dans la chlorose pour qu'ils aient pu faire croire à quelques médecins qu'ils tenaient cette maladie sous leur dépendance, ils ne sont pas les seuls qu'on observe, et l'on peut dire que dans cet état morbide toutes les fonctions sont plus ou moins dérangées et perverties. Tous les grands systèmes organiques, et plus particulièrement encore le système nerveux, présentent les modifications morbides les plus nombreuses, d'où cet adage: *Sanguis moderator nervorum.*

Ainsi, du côté de l'appareil digestif, vous parlerai-je de ces troubles si variables de l'appétit et des digestions? Qui de vous ignore ces dépravations si bizarres du goût, qui font que les malades, pleines d'une répugnance invincible pour les aliments les plus usuels et les mieux préparés, font leurs délices de charbon, de craie, de vinaigre, de grains de café, etc., et d'autres substances qui sont encore bien plus étrangères à l'alimentation de l'homme? Ne connaissez-vous pas aussi ces tympanites si opiniâtres et si incommodes qui surviennent principalement après l'ingestion des aliments, et qui apportent une gêne si considérable à la respiration? Vous n'ignorez pas non plus la facilité avec laquelle ces malades sont prises d'essoufflement et de battements de cœur quelquefois si douloureux, qu'elles sont condamnées à une immobilité presque complète, les moindres efforts, le plus léger mouvement, réveillant aussitôt ces accidents qui présentent ce caractère à un si haut degré chez notre malade.

Par suite de l'appauvrissement du sang et de la diminution des globules, qui, outre le fer, renferment encore l'hématosine ou matière colorante, les tissus sont décolorés, et la peau prend cette teinte spéciale qui a fait donner son nom à la maladie. Cependant n'allez pas vous y tromper, car souvent la même maladie règne chez les jeunes filles ornées des couleurs les plus fraîches, et dont tout le monde admire la brillante constitution. C'est cette variété de chlorose que les auteurs ont appelée *chlorosis fortiorum*. Mais, comme la précédente, elle s'accompagne de bruit de souffle dans le trajet des vaisseaux, et des mêmes phénomènes nerveux. D'ailleurs, en y regardant de plus près, on constate le plus souvent aussi une décoloration sensible de la muqueuse des lèvres et de la bouche.

Une erreur qui se fait assez communément est celle qui consiste à confondre la chlorose avec une affection organique du cœur, à cause du bruit de souffle qui s'étend à la région précordiale. Mais si vous vous rappelez que le bruit chlorotique est doux, qu'il ne présente jamais les caractères du bruit de frottement, de râpe, de scie, de lime, etc.; qu'il n'a jamais son maximum à la pointe du cœur, mais qu'au contraire il s'entend beaucoup plus fort sur le trajet des gros vaisseaux, et enfin si vous vous souvenez que dans la chlorose le cœur est toujours petit, que la matité précordiale est par conséquent toujours très-diminuée relativement à l'étendue qu'elle acquiert dans les affections organiques, il me semble, dis-je, en tenant compte de ces diverses considérations, qu'il sera facile d'éviter l'erreur.

Quant aux phénomènes purement nerveux qui s'observent dans la chlorose, le temps ne me permet pas de m'étendre sur tous les détails que comporte ce point intéressant de la maladie. Ce que je vous dirai seulement, c'est que tous les troubles que vous pouvez imaginer se rencontrent dans cette maladie. N'oubliez pas, en effet, que la chlorose est souvent compliquée de l'hystérie, qu'elle prépare en quelque sorte, et c'est ainsi que vous verrez, avec les troubles les plus curieux survenus dans les facultés intellectuelles, les phénomènes morbides les plus divers du côté du mouvement et de la sensibilité générale ou spéciale. Tandis qu'en effet telle malade aura des spasmes, une agitation convulsive d'un seul ou de plusieurs membres, ou bien même de tout le corps, telle autre sera atteinte d'une paralysie générale ou partielle du mouvement. Ici l'exaltation de la sensibilité est portée au plus haut degré. Le plus léger contact réveille les douleurs les plus vives; là, et quelquefois sur le même sujet, comme notre jeune fille nous en fournit l'exemple, vous pouvez au contraire pincer la peau, la traverser avec des épingles et même la brûler, sans que la malade en éprouve la moindre sensation. De même, du côté de la sensibilité spéciale, que vous prouvent ces aberrations du sens du goût, sinon une perversion ou une paralysie plus ou moins complète? et que direz-vous des amauroses survenues dans les mêmes circonstances, et disparaissant sous l'influence du traitement avec les autres symptômes?

La chlorose, étant plus particulièrement une maladie de la jeunesse, est très-difficilement curable, au moins pendant cette période de la vie. J'irai plus loin, et je vous dirai que je crois que, malgré le prétendu spécifique, c'est-à-dire le fer, on ne parvient à la guérir qu'avec les progrès de l'âge. Sans aucun doute, je ne nie pas la puissance et la supériorité de cet agent thérapeutique sur tous les autres pour combattre et faire disparaître les accidents que j'appellerai volontiers les phénomènes aigus de la chlorose; mais ce que je n'admets point, c'est qu'avec lui seul on puisse guérir le fond de la maladie. Je sais bien que tous vous avez vu mainte et mainte fois disparaître, et même assez rapidement, sous l'influence de la médication ferrugineuse, les principales manifestations de la chlorose, telles que la faiblesse, les battements de cœur, l'essoufflement, etc., etc.; mais la cessation de ces accidents, qui pourrait satisfaire quelques médecins, ne suffit pas pour me faire croire, moi, à une guérison durable. Quand bien même votre malade aurait repris de l'embonpoint, que son teint serait plus coloré, que les forces seraient revenues, que la menstruation, irrégulière jusqu'alors, ne présenterait plus aucun trouble ni pour l'époque de ses apparitions ni pour sa quantité, etc., etc., eh bien, malgré tout cet ensemble de symptômes favorables, si le bruit de souffle persiste encore, je ne crains pas de vous affirmer que votre malade n'est pas guérie, et que sous peu de temps elle vous rappellera pour combattre les mêmes accidents qu'elle présentait naguère.

Depuis plus de quinze ans j'observe les mêmes malades atteintes de chlorose; pendant six mois, un an, deux ans, elles jouissent d'une santé parfaite, en apparence du moins; puis, sous l'influence de la fatigue, des veilles, de la grossesse, de l'allaitement surtout, la maladie, qui sommeillait, se réveille aussi intense que jamais.

Quant au choix à établir entre les diverses préparations ferrugineuses, je crois que souvent l'on doit être dans un grand embarras. D'une manière absolue, toutes sont bonnes, seulement toutes ne sont pas également favorables dans un cas donné. Ainsi chez telle malade les préparations insolubles réussiront à merveille; chez telle autre, au contraire, et sans que rien puisse vous l'indiquer à l'avance, il faudra avoir recours seulement aux préparations solubles. D'après cette simple donnée, vous n'attendez pas que je me prononce sur la préférence à donner à telle ou telle préparation à l'exclusion des autres.

Comment agit le fer dans la chlorose? C'est là une question dont la solution divise encore les médecins. Les uns admettent que le fer est absorbé, passe dans le sang, s'y fixe à l'état d'oxyde, et régénère ainsi ce liquide. Les autres, au contraire, n'accordent à ce médicament qu'une action tonique en vertu de laquelle les fonctions digestives sont influencées, de manière que la nutrition devenue plus parfaite, la reconstitution organique s'opère.

Un autre point divise encore les thérapeutistes: pendant combien de temps doit-on continuer l'emploi du fer chez les chlorotiques? Les uns veulent qu'après la cessation des accidents, les malades prennent encore du fer pendant plusieurs mois, mais à des doses moindres, suspendues au moment des époques menstruelles, et reprises dans leur intervalle. Ils espèrent ainsi modifier l'organisme et faire disparaître la chlorose à tout jamais. Pour moi, je ne partage point cette opinion; je prescris du fer jusqu'à ce que les malades se trouvent assez soulagées pour se croire guéries, et je supprime alors tout à fait l'emploi de ce médicament, étant persuadé qu'il a produit tout l'effet curatif dont il est capable. En effet, par son emploi longtemps continué, l'estomac se fatigue, l'appétit se perd, les digestions deviennent plus longues, plus laborieuses, et la nutrition, que l'on a tant d'intérêt à ménager, ne tarde pas à s'altérer de nouveau. Si alors survient une récidive des accidents, vous vous trouvez désarmé, puisque vous avez usé inutilement le moyen le plus puissant dont vous puissiez disposer.

Vous aiderez beaucoup l'action du fer, et si les troubles des fonctions digestives ne vous permettent pas d'en continuer l'emploi, vous le remplacerez avec avantage par des moyens hygiéniques dont je vais vous dire encore quelques mots.

Ayez soin de soumettre vos malades à un régime tonique et reconstituant; qu'elles aient une alimentation réparatrice, riche en substances azotées. Recommandez de préférence les viandes noires, grillées ou rôties, mais non pas toutefois à l'exclusion de toutes substances végétales; car alors la constipation, déjà si ordinaire pendant l'administration des ferrugineux, augmenterait encore. N'oubliez pas non plus de prescrire l'usage du vin aux repas, et de les faire précéder de l'administration d'un petit verre ou deux de vin de quinquina ou de vin de gentiane, par exemple.

En même temps, vos malades seront soumises à un exercice modéré, elles vivront au milieu du grand air, habiteront la campagne, et si leur état de fortune le leur permet, vous les enverrez aux eaux minérales, où les plaisirs, les distractions, les promenades, ne prendront pas une moindre part à la guérison que les principes minéralisateurs de la source.

DEUX CAS DE TUMEURS ENKYSTÉES DE L'OVAIRE guéries par l'excision,

Par Henri MILLER.

OBS. I. — Le sujet est une femme âgée de trente ans. Il y a quinze mois, elle s'est aperçue d'une petite tumeur dans la fosse iliaque droite; cette tumeur a augmenté peu à peu et remonte aujourd'hui jusqu'à la région épigastrique. De temps en temps, et surtout après un effort, cette tumeur est le siége de douleurs assez vives.

Les règles sont rares et peu abondantes; l'appétit est diminué; le pouls est continuellement accéléré. La malade a mis au monde deux enfants, dont le dernier a six ans.

La tumeur a des limites très-irrégulières et difficiles à bien circonscrire. Sa densité n'est pas partout la même. A sa partie inférieure, la fluctuation est très-nette; au niveau de l'ombilic, elle est très-obscure.

La tumeur descend un peu dans la cavité pelvienne et peut être sentie par la partie supérieure du vagin.

D'après tous ces signes, il était facile de reconnaître un kyste multiloculaire de l'ovaire, et le seul remède à employer était l'extirpation.

On chloroformise la malade; on fait une incision de 2 pouces de long dans le sens de la ligne blanche, juste au-dessous de l'ombilic; il en sort une petite quantité de liquide visqueux, puriforme, sans qu'on puisse savoir s'il en est sorti de la cavité du kyste ouverte par mégarde ou de la cavité péritonéale. Puis on introduit un trocart dans le kyste pour diminuer son volume. Deux doigts sont introduits entre la tumeur et les parois abdominales; la tumeur est partout libre et sans adhérences; alors on poursuit l'incision jusqu'à la symphyse du pubis.

La tumeur est encore trop volumineuse pour sortir par l'incision; on ponctionne les autres poches qui la constituent, et une grande quantité du liquide tombe dans le péritoine.

Alors on parvient à entraîner la tumeur et à mettre son pédicule à découvert; on le sectionne, après y avoir placé une forte ligature, et on évite ainsi l'hémorrhagie. Puis on éponge le liquide écoulé dans la cavité péritonéale, on pratique la suture et on attache la ligature du pédicule à une bougie de cire, à la partie inférieure de la plaie.

La malade était épuisée; on lui fait prendre de l'eau-de-vie mélangée avec de l'eau, on lui met un sinapisme sur l'estomac, des bouteilles chaudes aux extrémités, et on lui ordonne 20 gouttes de laudanum à prendre toutes les heures.

Le soir, elle avait pris sept doses de 20 gouttes de laudanum; le pouls est bon, les extrémités chaudes; on continue le laudanum et on ordonne deux ou trois cuillerées de potage à prendre d'heure en heure. La nuit a été bonne; la malade n'a pris qu'une dose de laudanum à cause de la diminution de la douleur. Le pouls est à 104, la température est normale; on augmente le régime.

La vessie est vidée par le cathétérisme.

Le troisième jour, on enlève le pansement; la plaie paraît s'unir par première intention; l'état général est toujours satisfaisant; on augmente le régime et on prescrit le laudanum tant que les douleurs reviendront.

Le cinquième jour, on procure quelques selles à l'aide d'une petite cuillerée de magnésie.

Le dixième jour, l'état général est toujours très-satisfaisant; l'appétit augmente; on enlève les points de suture; la plaie est réunie par première intention, excepté à l'angle inférieur, où se trouve la ligature du pédicule, qu'on ne peut enlever que le dix-septième jour de l'opération.

Depuis ce moment, la plaie se couvrit de bourgeons charnus et se cicatrisa assez rapidement.

On a eu des nouvelles de la malade longtemps après; la guérison s'est parfaitement maintenue, et cette femme a pu accoucher depuis d'un enfant vivant et bien portant.

OBS. II. — La deuxième observation a beaucoup d'analogie avec la première. C'est un kyste multiloculaire aussi, chez une femme âgée de trente-sept ans. Les symptômes sont à peu près les mêmes; l'état général est assez mauvais, l'émaciation est prononcée, le pouls est très-fréquent, les digestions difficiles.

On pratique l'opération. On fait d'abord une incision verticale de l'ombilic au pubis, puis on est obligé de rompre à l'aide des doigts quelques adhérences qui unissaient la tumeur aux parois abdominales; puis on ponctionne les kystes, on met à découvert le pédicule sur lequel on place une ligature; on enlève la tumeur, et après avoir réuni la plaie on fixe à sa partie inférieure la ligature du pédicule.

Les suites furent simples; le laudanum fut toujours administré à assez haute dose pour empêcher toute sensation douloureuse. Les premiers jours, il sortit par la partie inférieure de la plaie un peu de sérosité sanguinolente, qui était probablement tombée dans la partie péritonéale pendant l'opération. Les bords de la plaie suppuraient un peu; mais trente jours après l'opération la cicatrisation était complète, excepté à la partie inférieure de la plaie, et la malade a pu retourner chez elle sans accident. (*Americ. journ.* et *Gaz. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er mai 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que MM. Denucé, professeur à l'École de Bordeaux, et Prestat (de Pontoise), membres correspondants, assistent à la séance.

RAPPORT.

M. GUERSANT lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Tholozan, premier médecin du schah de Perse, sur les calculs vésicaux en Perse (quatorze opérations de lithotomie pratiquées avec succès par M. Tholozan).

La Société décide que le mémoire de M. Tholozan sera déposé aux archives, et que le rapport de M. Guersant sera imprimé dans nos *Bulletins*. De plus, le nom de M. Tholozan sera inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. GIRALDÈS, à propos du rapport de M. Guersant, rappelle le travail du docteur Pollak. Il remettra une note sur les faits observés en Perse par ce médecin.

M. Giraldès ajoute que la base de ces calculs, chez les enfants, est le plus généralement l'acide urique. Il n'est pas rare de rencontrer dans les reins de ces derniers des dépôts d'urate de soude et même de véritables calculs.

Par rapport aux fistules consécutives aux opérations de lithotomie dont a parlé M. Guersant, M. Giraldès rappelle en quelques mots un fait qu'il a observé récemment. Il s'agit d'un enfant opéré à l'hospice de Charenton, par M. Deguise, par la taille bilatérale, et qui avait conservé une fistule périnéale. M. Giraldès eut recours à la cautérisation électrique, et le malade guérit. Cette cautérisation est difficile en raison du petit diamètre du trajet fistuleux et de la difficulté de se procurer des cautères assez étroits pour les faire pénétrer dans ces trajets.

M. LARREY, à propos de la fréquence des calculs vésicaux dans certaines contrées, fait observer à M. Guersant l'opportunité de citer l'Egypte, comme offrant le plus d'analogie avec la Perse. L'un des célèbres correspondants de la Société, M. Clot-Bey, a signalé autrefois (1) la fréquence des calculs vésicaux en Egypte, et la pratique des chirurgiens arabes pour en faire l'extraction. Il a rapporté aussi les résultats d'une quarantaine d'opérations de taille faites par lui-même, non sur des enfants, mais chez des jeunes gens, pour lesquels l'existence de la pierre bien constatée est un motif d'exemption du service militaire.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. le docteur TURCK, médecin en chef de l'hôpital général de Vienne, présente à la Société un malade atteint d'ulcérations laryngiennes probablement d'origine syphilitique. Ces ulcérations, en partie en voie de cicatrisation, ont détruit une portion très-considérable de l'épiglotte; elles occupent aussi les cordes vocales inférieures. Les appareils laryngoscopiques de M. Türck permettent à plusieurs membres de la Société de constater ces lésions.

Ces appareils consistent :

1° Dans un laryngoscope déjà décrit en juin 1858;

2° Dans un miroir concave à court foyer, fixé sur un pied et pouvant se mouvoir, suivant différentes directions, à l'aide d'articulations à boulet;

3° Dans un pince-langue à l'aide duquel le malade lui-même fixe et abaisse la langue.

M. Türck a montré sur un sujet sain la cavité du larynx et les différents mouvements physiologiques des cordes vocales.

Enfin, ce médecin a fait voir l'appareil grossissant qu'il adapte au miroir d'éclairage de son laryngoscope, afin d'étudier les plus minutieux détails des lésions laryngiennes.

— M. FOUCHER présente un malade, âgé de vingt ans, atteint d'une **double ankylose des coudes**, couché salle Saint-Honoré, n° 25, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Voillemier.

M. Foucher conseille d'avoir recours à des mouvements forcés, le malade étant préalablement soumis à l'influence du chloroforme. Il n'espère pas rétablir les mouvements, mais bien placer les membres dans une bonne position.

Voici, du reste, l'observation succincte de ce malade :

Il y a cinq mois, J... fut pris d'un rhumatisme articulaire avec fièvre. D'abord les deux genoux furent pris; peu de jours après la douleur et le gonflement quittèrent les genoux, et se fixèrent sur les deux coudes.

La fièvre diminua rapidement; mais pendant deux mois les coudes, envahis par le rhumatisme, furent dans l'immobilité la plus absolue.

Ne souffrant plus, J... voulut se remettre au travail, mais il ne put faire reparaître les mouvements des avant-bras. Ce ne fut qu'après deux mois de tentatives qu'il se décida à venir à l'hôpital.

Les deux avant-bras présentent exactement la même position fixe. Dans tous les deux les mouvements de pronation sont conservés dans les mêmes limites.

L'angle que font les avant-bras avec le bras est tellement obtus, qu'ils occupent une position plus voisine de l'extension que de la flexion à angle droit. Cette position est fixe; il est impossible de fléchir ou d'étendre les membres. Cette position des avant-bras fait que le malade ne peut porter les mains à la tête. Pour manger, il est obligé de mettre ses aliments à l'extrémité d'un couteau, et de les porter ainsi à sa bouche. En fléchissant fortement ses mains, c'est à peine si l'extrémité de ses doigts vient à 10 ou 15 centimètres de sa face.

Les deux avant-bras sont dans une demi-pronation, mais on peut facilement les mettre dans la pronation forcée (ce dernier petit mouvement est facilement exécuté par le malade), tandis que la supination est à peu près impossible.

M. CHASSAIGNAC. Nous n'avons malheureusement pas assez de faits bien observés et suivis assez longtemps, pour savoir ce qui arrive définitivement dans des cas semblables à celui qui nous est présenté. Pourtant, d'après ce que j'ai vu et les résultats que j'ai obtenus dans plusieurs circonstances, je pense qu'il faut ici avoir recours à des mouvements forcés, pour tâcher, si c'est possible, de rendre aux articulations leur mobilité, ou tout au moins pour mettre les avant-bras dans une position qui leur permette d'être utiles aux malades.

Voilà, en effet, un pauvre garçon, jeune, bien constitué, et qui est atteint d'une des infirmités les plus malheureuses que l'on puisse rencontrer. Mais en raison des petits mouvements que l'on peut faire exécuter aux membres, on peut se convaincre que l'ankylose n'est pas complète, et l'on peut espérer d'arriver à un résultat utile au malade.

Parmi les faits que j'ai observés, je rappellerai le suivant : un malade avait un des deux bras dans une position presque rectiligne. Ce cas était dans de mauvaises conditions, et Lawrence avait pensé qu'il y avait soudure osseuse. Je pus m'assurer qu'il y avait encore des mouvements dans l'articulation radio-cubito-humérale. Le malade fut soumis au chloroforme, et dès la première séance je parvins à amener une flexion assez prononcée.

Je mis un appareil inamovible, et huit ou dix jours après je fis une nouvelle tentative. Je recommençai ainsi trois ou quatre fois. Le bras fut mis dans une bonne position, et non-seulement l'avant-bras était fléchi, mais il y avait des mouvements dans l'articulation.

Je fis construire un appareil, et le malade put lui-même faire exécuter des mouvements à son articulation. Je perdis alors le malade de vue; mais la dernière fois que je le vis, il pouvait faire usage de son membre au point de porter la main à la bouche.

En général, la première séance est suivie de quelques accidents, de gonflement, qui se dissipent au bout d'une dizaine de jours; puis les accidents deviennent de moins en moins sérieux, et les séances, qui d'abord doivent être faites à des intervalles éloignés, peuvent être ensuite très-rapprochées et avoir lieu tous les quatre, trois, et même deux jours.

Je n'hésiterais pas, pour le cas qui nous est présenté, à agir et à tâcher de rendre à ces coudes les mouvements, comme j'ai fait chez le malade dont je viens de rappeler l'observation en quelques mots.

M. DESORMEAUX rappelle qu'il a présenté une malade, couchée à l'hôpital Cochin, et qui était atteinte, comme le malade de M. Foucher, d'une ankylose des deux coudes. Cette malade était plus âgée que ce garçon, mais elle avait eu aussi une double arthrite qui avait laissé à sa suite des adhérences et une fausse ankylose. Cette arthrite était venue à la suite de couches.

MM. Bouvier et Gosselin virent la malade, et pensèrent que l'on pourrait, à l'aide de mouvements forcés, rendre aux articulations quelques mouvements, ou tout au moins une position moins fâcheuse. Les tentatives qui ont été faites n'ont jusqu'à présent amené aucun résultat.

M. LARREY. L'ankylose des coudes chez le malade de M. Foucher ne me paraît pas non plus incurable, et je partage l'avis de M. Chassaignac, à l'égard des tentatives praticables à l'aide du chloroforme, pour restituer à l'une des articulations au moins une partie de ses mouvements.

J'ai eu occasion de réussir ainsi, au Val-de-Grâce, dans plusieurs cas d'ankylose traumatique du coude, notamment à la suite de coups de feu, chez des blessés, entre autres, de la campagne de Crimée.

Une circonstance d'ailleurs explique la fréquence des ankyloses dans l'armée, chez des hommes soumis ou même volontairement accoutumés à l'immobilité du membre, et parfois conduits à exagérer son état de rétraction ou de rigidité; c'est qu'ils ont droit à une pension de retraite proportionnée aux suites de leur blessure et au degré de l'ankylose.

Il importe seulement de recourir à l'anesthésie avec les précautions voulues, d'en seconder l'influence à l'aide des appareils à extension ou à flexion graduée, et d'agir assez lentement pour employer, au besoin, plus d'une séance. On doit enfin exercer assez longtemps ensuite les mouvements articulaires, facilités d'ailleurs par des moyens accessoires, tels que le massage, les frictions, les douches, etc.; sinon la mobilité obtenue d'abord n'aurait pas un résultat durable.

M. VOILLEMIER. Dans des circonstances semblables, rompre une ankylose, mettre l'articulation dans une bonne position, n'est pas chose difficile, mais le résultat définitif est plus que douteux. Il faut, en effet, distinguer deux conditions toutes différentes : ainsi, il peut rester chez des blessés, qui ont eu des lésions osseuses, des fractures dans le voisinage d'une articulation, des roideurs articulaires; dans ces cas, la jointure n'est pas malade elle-même primitivement. Au contraire, à la suite d'une inflammation de l'articulation, il s'est fait un travail tel que la synoviale est altérée, adhérente, et ici l'ankylose est dans des conditions déplorables.

Dans le premier cas, il y a dans les mouvements forcés des chances de succès; dans le second, je n'espère rien. J'ai fait bien des tentatives pour rompre des pseudo-ankyloses résultant d'une arthrite, et j'ai toujours vu, en définitive, les membres revenir à leur position vicieuse. Ces tentatives elles-mêmes sont parfois dangereuses. Ainsi je voulais un jour redresser un genou; je me suis aperçu que le fémur se brisait : il était devenu friable, et il cédait plutôt que les adhérences articulaires. Il n'est survenu aucun accident.

Pour le cas actuel, le malade est dans mon service. Je ferai tout ce qu'il faut pour tâcher de ramener le membre dans une bonne position; mais, je puis le dire à l'avance, instruit par l'expérience, j'ai grand'peur d'échouer.

Sur une femme atteinte de pseudo-ankylose à la suite de couches, et qui pourrait être rapprochée de la malade de M. Désormeaux, je n'ai rien obtenu, malgré des tentatives plusieurs fois renouvelées.

M. CHASSAIGNAC. Il ne faut pas s'exagérer les dangers des altérations de la synoviale. Ainsi, dans l'arthrite sèche, la synoviale est profondément altérée, et pourtant les divers segments d'un membre exécutent les uns sur les autres des mouvements étendus. Pour moi, tant qu'il n'y a pas synostose, soudure complète des os qui composent une articulation, je crois qu'il faut agir. Mais il faut de la persistance, et ce qu'on n'obtient pas une première fois on peut le gagner après deux ou trois séances. Pour le cas présenté par M. Foucher, je n'hésite pas à répéter qu'il faut tâcher de remettre ces membres dans une bonne position. En supposant qu'on ne rende pas à ces articulations leurs mouvements presque normaux, on pourra au moins, je l'espère, faire que les avant-bras soient à angle droit sur les bras. Dans des tentatives que j'ai faites pour redresser un genou, j'ai aussi une fois brisé le fémur; j'ai mis le membre dans un appareil plâtré, et il n'est résulté aucun accident. J'avais déjà fait cinq ou six fois de semblables tentatives, et le fémur avait résisté. Dans ces circonstances, on produit bien plus souvent des subluxations, en raison du raccourcissement des ligaments postérieurs et de la configuration des surfaces articulaires.

M. VOILLEMIER n'a pas dit qu'il fût impossible d'arriver dans ce cas à un résultat; mais il craint que la lésion actuelle se reproduise après un certain temps. Il ne faut pas établir de comparaison entre l'arthrite sèche, altération éminemment chronique, et les arthrites aiguës, soit rhumatismales, soit suites de couches. Du reste, il va essayer de remettre les deux membres dans une bonne position, et le malade sera ultérieurement représenté à la Société.

M. GIRALDÈS dit qu'il est quelquefois bien difficile d'équilibrer la puissance qu'il faut employer pour rompre ces adhérences, et la résistance qu'elles opposent. Ainsi, dans un cas qu'il a récemment observé, il s'agissait d'une ankylose de l'épaule, et l'on aurait brisé l'humérus avant de faire céder l'articulation.

M. BÉRAUD. J'ai eu l'occasion de pratiquer, il y a trois ans, une opération pour un cas semblable à celui que nous présente M. Foucher, et, il faut le dire, le résultat ne fut point satisfaisant. C'était une jeune femme de vingt-deux ans, un peu lymphatique. Elle était accouchée depuis deux ans et demi, et à la suite de ses couches elle avait eu un rhumatisme, circonstance qui nous permet de rapprocher ce cas de ceux cités par MM. Désormeaux et Voillemier. Par l'effet de ce rhumatisme, l'articulation du coude droit était ankylosée. L'avant-bras était fixé au bras suivant un angle d'environ 100 degrés. Aucun mouvement n'était possible. Comme la malade ne pouvait plus se livrer à l'exercice de sa profession de couturière, elle voulut se soumettre à une opération. Je lui proposai le redressement et la rupture de l'ankylose, et elle accepta. Je commençai par la chloroformer, et pendant le sommeil anesthésique je parvins facilement à rompre les adhérences des surfaces articulaires. Je pus, immédiatement après, faire exécuter les mouvements d'extension et de flexion dans presque toute leur étendue. Il survint un peu de gonflement et de rougeur à la peau au niveau de l'articulation; mais ces phénomènes disparurent bientôt. Pendant huit à dix jours je soumis cette articulation à des mouvements artificiels; je recommandai aussi à la malade de la mouvoir dans l'intervalle de mes visites. Malgré ces soins, les mouvements communiqués devenaient chaque jour plus restreints. Quand je cessai de visiter cette malade, les mouvements étaient encore assez étendus, et je renouvelai ma recommandation de faire exécuter des mouvements en soulevant des poids ou en se faisant mouvoir l'avant-bras par une autre personne. Six mois après, ayant rencontré cette malade dans la rue, j'appris d'elle-même que son coude avait repris son ancienne fixité dans la même direction, et que, du reste, elle avait bientôt abandonné le traitement que je lui avais indiqué.

Il résulte donc de cette observation que le retour des mouvements n'a pas eu lieu, et je crains bien que chez le malade de M. Foucher on n'obtienne pas un meilleur résultat.

M. FOUCHER. Si le fait de M. Béraud vient nous démontrer que notre collègue, malgré la persistance qu'il a mise, n'a rien obtenu, il tend à nous prouver aussi qu'il n'y a eu aucun accident fâcheux à la suite de ces tentatives. Par conséquent ce fait ne vient en aucune manière infirmer l'opinion qu'il faut tâcher de rompre, chez notre malade, cette pseudo-ankylose. J'ai vu avec M. Verneuil une femme qui avait le bras dans une position rectiligne; nous avons pu amener l'avant-bras dans une position telle qu'il forme un angle droit avec le bras.

M. LARREY. Eu égard à la curabilité, il faut établir une différence non-seulement entre l'ankylose complète et l'ankylose incomplète, mais aussi entre l'ankylose traumatique et l'ankylose dite spontanée ou rhumatismale, selon que celle-ci résulte d'une arthrite simple ou d'une arthrite sèche, ou bien selon qu'elle s'est produite tantôt rapidement, tantôt d'une manière lente et progressive, sous diverses influences. Je suis porté à croire, d'après cette distinction, que l'ankylose traumatique offre plus de chances de curabilité.

Il me paraît nécessaire aussi de ne pas considérer de même toutes les grandes articulations, au point de vue du traitement de l'ankylose. En effet, l'épaule, par exemple, ne se prête pas, comme le coude ou le genou, à l'application des appareils de mouvement, et le point d'appui que l'on peut prendre sur le bras, ou même une pression trop forte, expose l'humérus à se fracturer facilement, tandis que l'action mécanique bien circonscrite au coude ou au genou, et bien dirigée dans l'état anesthésique, permet d'obtenir, sans accidents, la guérison de l'ankylose.

J'ai remarqué enfin que dans l'ankylose du coude, l'avant-bras est naturellement entraîné par l'action des muscles, dans une pronation plus ou moins prononcée, d'où il résulte que la main devient souvent inutile, en se présentant par sa face dorsale et non par sa face palmaire. La conséquence à déduire de ce fait, c'est qu'il importe, si on ne peut éviter l'ankylose du coude dans la flexion, de favoriser au moins la direction de l'avant-bras, de façon à le maintenir dans la supination plutôt que dans la pronation, pour mieux utiliser les usages de la main.

M. LABORIE a observé, à l'Asile impérial de Vincennes, un malade qui avait une ankylose de la cuisse telle que la cuisse était presque soudée à angle droit sur le bassin. Cette altération était le résultat d'un rhumatisme articulaire; et le malade a été vu par MM. Bouvier et Broca. M. Laborie a rompu les adhérences qui retenaient la cuisse dans cette fâcheuse position, et non-seulement le membre a repris sa position rectiligne, mais il y a des mouvements assez étendus dans la jointure. L'homme qui fait le sujet de cette observation est un commissionnaire : il a repris son état.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DESORMEAUX présente une pièce d'**abcès métastatiques de la prostate** et des corps caverneux, recueillie sur un malade mort dans son service, à l'hôpital Cochin. Ce malade avait subi l'amputation du gros orteil gauche pour un écrasement de cet orteil. Au bout de quelques jours, il fut atteint de symptômes d'infection purulente qui se développèrent de plus en plus et amenèrent la mort sans qu'il y ait eu aucun accident qu'on pût rapporter aux organes génito-urinaires. A l'autopsie, on trouva dans le poumon gauche un très-petit nombre d'abcès métastatiques de la grosseur d'un petit pois, entourés de l'aréole indurée et rougeâtre caractéristique. Le poumon présentait en outre de la pneumonie hypostatique. Le poumon droit et les autres viscères des grandes cavités étaient sains. La veine iliaque externe du côté gauche contenait un caillot mou, dans lequel on trouva quelques gouttelettes de pus.

On était sur le point de terminer l'autopsie, lorsqu'une incision faite dans le tissu cellulaire du petit bassin y fit découvrir du pus. On continua les recherches de ce côté, et l'on trouva les lésions suivantes : plusieurs veines des parois de l'excavation sont remplies de pus; le tissu cellulaire qui entoure le col de la vessie et la prostate laisse écouler du pus lorsqu'on l'incise; la prostate elle-même présente son volume et sa forme normale, mais sa surface est parsemée de petites taches grisâtres, rondes, entourées d'aréoles d'un rouge livide; en l'incisant, on la trouve remplie de petits abcès métastatiques parfaitement caractéristiques, gros comme des grains de millet ou de chènevis, et réunis en groupes confluents.

La partie postérieure des corps caverneux, du côté droit surtout, est infiltrée de pus qui remplit les aréoles veineuses. La vessie est entièrement saine, ainsi que l'urèthre. Le tissu spongieux de l'urèthre et le bulbe ne présentent rien d'anormal.

— M. DENUCÉ présente des **plaques épaisses de fausses membranes** qu'il a extraites dans une opération d'**hématocèle scrotale** par décortication.

Le malade portait cette tumeur depuis deux ans et ne s'en préoccupait pas. Un jour, il est réveillé en sursaut, sent un craquement

(1) *Notes sur la fréquence des calculs vésicaux en Egypte*, etc. Marseille, 1830.

dans sa tumeur et s'aperçoit qu'il existe une vaste ecchymose couvrant tout le scrotum. Effrayé alors, il entre dans le service de M. Denucé (hôpital Saint-André). M. Denucé diagnostiqua une hématocèle avec érosion de la pseudo-membrane et transfusion d'une certaine quantité de sang dans le tissu cellulaire du scrotum. L'opération fut pratiquée et la décortication opérée facilement (ponction, incision, décortication). Le malade sortit complétement guéri.

— M. DENUCÉ présente une seconde pièce; c'est une **tumeur du sein** constituée par des **kystes multiples**. Cette tumeur, développée chez une femme âgée de quarante-trois ans, datait de plusieurs années. Elle était assez volumineuse, dure, bombée, sans rougeur à la peau. Pourtant il y avait en un point une adhérence, et en cet endroit on remarquait une teinte ecchymotique. Le mamelon était rétracté, mais il n'y avait pas d'adhérences profondes, pas d'engorgement des ganglions axillaires.

La tumeur fut enlevée par M. Denucé, et elle est constituée par une série de kystes cloisonnés contenant une matière noirâtre ressemblant à du sang desséché. Le tissu glandulaire est hypertrophié, et l'on trouve aussi de distance en distance, et comme perdus au milieu du tissu mammaire, de petits kystes du volume d'un grain de blé, remplis aussi de ce même liquide.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 mai 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

M. FLOURENS fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de la quatrième édition de son livre intitulé *De l'instinct et de l'intelligence des animaux.*

Anatomie comparée. — Encéphale des cétacés. — MM. SERRES et GRATIOLET communiquent un Mémoire contenant un résultat des recherches qu'ils ont faites en commun sur le groupe des cétacés. Ce mémoire a particulièrement pour objet l'étude de l'encéphale du rorqual, dont MM. Serres et Gratiolet poursuivent en ce moment la dissection, et pour but de montrer le contraste singulier qui existe entre la dégradation de la forme extérieure générale de ces animaux et le degré de perfection de leur encéphale.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale parmi les pièces de la correspondance un ouvrage allemand de M. Eyrel, intitulé *Physiologie de la voix humaine.* (Réservé pour le concours du prix de physiologie expérimentale, et renvoyé à titre de renseignement à la commission nommée pour le travail de M. Bataille, *Sur la phonation;* commission qui se compose de MM. Flourens, Milde-Edwards, Cl. Bernard, Longet.)

En comité secret, le rapport de la commission chargée de présenter une liste de candidats pour la place d'associé étranger, vacante par suite du décès de M. Tiedemann, présente la liste suivante :

En 1re ligne, M. Liébig, à Munich. En 2e ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Agassis, à Boston; Airy, à Greenwich; Bunsen, à Heidelberg; de la Rive, à Genève; Martius, à Munich; Murchison, à Loudres; Steiner, à Berlin; Struve, à Pulkowa; Wolher, à Gœttingue.

(*Addition à la séance du 29 avril.*)

Observations thermo-minérales. — M. DE PIETRA-SANTA communique des observations physiques, chimiques et météorologiques recueillies à la station thermo-minérale des Eaux-Bonnes.

A. *Observations relatives au nouveau système de division extrême de l'eau dite pulvérisation.* — 1° Dans l'acte de sa pulvérisation, l'eau thermo-minérale de Bonnes perd une grande quantité de calorique. Pulvérisée à 31°, elle n'arrive au point d'aspiration qu'à 17° ou 18°.

2° La seule élévation de température de l'eau de Bonnes à 60° lui fait perdre une partie de sa sulfuration (quantité représentée par 3/10es de division du sulfhydromètre Dupasquier).

3° Par sa pulvérisation, l'eau de Bonnes perd la très-grande partie de sulfure de sodium qui en forme un des éléments minéralisateurs les plus importants. L'analyse chimique n'en retrouve plus que des traces.

B. *Observations relatives aux recherches ozonométriques* (papier Jame, échelle Bérigny). — La quantité d'ozone répandue dans l'atmosphère suit la même progression que l'humidité de l'air atmosphérique. La courbe de l'ozone est en raison directe de celle formée par les constatations successives de l'hygromètre Saussure.

C. *Observations relatives à la thermalité de l'eau de Bonnes.* — D'observations thermométriques répétées, il résulte que dans les premières minutes l'eau de Bonnes se refroidit plus promptement que l'eau ordinaire préalablement portée à la température de 32°. La différence est de 2° environ après les cinq premières minutes et après une demi-heure. A ce moment, l'eau minérale est descendue de 32° à 25°, et l'eau ordinaire de 32° à 27°. Par contre l'eau sulfureuse froide (source du Bois à 14°) s'échaufferait plus vite que l'eau ordinaire. En plaçant dans un bain-marie à 44° de l'eau du torrent et de l'eau sulfureuse froide, au bout de cinq minutes l'eau de torrent est à 24°, et l'eau minérale est à 28°.

Je me propose de répéter les dernières expériences avec des instruments plus précis. (Commissaires : MM. Andral et Peligot.)

— M. MOURA-BOUROUILLOU soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Description du pharyngoscope. Origine, mode d'emploi et utilité de ce nouvel instrument d'optique.* (Commissaires : MM. Flourens, Rayer, Bernard.)

— M. ZENKER, professeur d'anatomie pathologique à l'Académie médico-chirurgicale de Dresde, présente une série de propositions *Sur les altérations du système musculaire dans la fièvre typhoïde.* (Commissaires : MM. Rayer, Bernard, Fremy.)

— M. WILDBERGER adresse au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un ouvrage sur les scolioses (courbures latérales de la colonne vertébrale) et leur traitement au moyen d'un appareil de son invention. (Renvoi à la commission des prix de médecine et chirurgie.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente, au nom de M. A. B. Granville, des recherches statistiques basées sur onze années d'observations dans deux hospices de femmes en couches, et portant sur plus de 12,000 cas, recherches comprenant tout ce qui a rapport à la grossesse et à l'accouchement chez les femmes appartenant aux classes ouvrières de Londres, aux époques où commence et où cesse la fécondité, au nombre des enfants, etc.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale parmi les pièces imprimées de la correspondance un livre de M. Hiffelsheim « Sur les applications médicales de la pile de Volta », et donne, d'après la lettre d'envoi, une idée de quelques-uns des résultats exposés dans ce travail.

« La propriété physiologique la plus importante que j'aie trouvée dans le cours de mes recherches, c'est, dit M. Hiffelsheim, pour les courants continus, leur action sédative sur les nerfs du sentiment et sur les centres nerveux eux-mêmes, et, pour le courant interrompu, l'action excitante, parfois avantageuse, qu'il exerce sur les nerfs du mouvement. »

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le lundi 10 juin 1861, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3, pour la nomination à trois places de médecins au Bureau central d'admission dans les hôpitaux de Paris.

MM. les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir, devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration.

Les inscriptions seront reçues depuis le vendredi 10 mai jusqu'au samedi 25 du même mois, de une heure à trois heures de relevée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le ministre de l'intérieur vient de prescrire d'une manière formelle l'envoi dans les campagnes des enfants valides ou infirmes qui se trouvent actuellement dans les hospices d'enfants trouvés. La mise en pratique de cette mesure aura lieu à partir du 1er août prochain.

La circulaire de M. le ministre de l'intérieur établit que les enfants assistés étaient en 1860 au nombre de 158,734, et qu'en présence d'un tel chiffre les revenus des hospices ne sont pas au niveau de leurs obligations. D'autre part, l'indulgence excessive avec laquelle les commissions de tutelle et parfois les inspecteurs départementaux tolèrent le maintien de leurs pupilles à l'hospice, amène des dépenses inutiles, des charges toujours croissantes et même de graves complications.

Quant aux enfants, le séjour de l'hospice leur est nuisible à tous égards : au point de vue de la santé, de l'éducation pratique, de l'avenir même. C'est un droit aussi bien qu'un devoir pour l'administration, d'imprimer une direction conforme à l'intérêt personnel de ces enfants et à l'intérêt social. Or la vie agricole favorisant plus que toute autre le développement des sentiments et des habitudes d'ordre et d'honnêteté, c'est vers l'agriculture que l'État croit devoir les diriger.

Les tarifs des pensions se sont depuis quelques années notablement améliorés, et ils permettent de placer à la campagne, dans des conditions convenables, les enfants d'un jour à douze ans.

On a objecté que, passé cet âge, les pères nourriciers, privés de leurs salaires, se séparent de leurs pupilles. Si ces faits se sont présentés, ils sont loin d'être généraux, et un choix intelligent des nourriciers, une surveillance exacte sur eux et sur leurs pupilles, enlèveront à l'administration la crainte de voir s'affaiblir ou se briser les liens de famille.

Les instructions ministérielles s'appliquent aux filles comme aux garçons. Les orphelinats ruraux offrent la preuve irrécusable que les filles sont parfaitement propres au travail de la ferme.

— Un nouveau formulaire du service de santé de l'armée belge vient d'être distribué à tous les médecins et pharmaciens militaires.

— Les élèves du doctorat de la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles se sont réunis le 5 mai à Boitsfort, dans un banquet où la plus franche cordialité n'a cessé de régner.

Cette fête avait été provoquée par une discussion clinique où les opinions avaient été fort partagées : il s'agissait d'un diagnostic difficile, et pour arrêter une discussion inutile, le professeur avait proposé un pari accepté avec empressement. Ceux dont l'opinion serait contredite par le fait, devaient offrir un diner à ceux qui, plus heureux, auraient vu la confirmation de leur diagnostic. — Comme on le voit, le point de départ de cette fête était tout scientifique.

Cette fête universitaire démontre les sentiments qui animent les élèves de l'Université de Bruxelles, et nous fait espérer que ces relations intimes, contractées sur les bancs de l'école, serviront plus tard à établir entre eux ces relations confraternelles si utiles dans une profession qui offre tant de contrariétés et de déboires.

(*Presse méd. belge.*)

— M. Batailhé commencera son cours public sur le pansement des plaies jeudi prochain, 16 mai, à deux heures, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera tous les jeudis à la même heure.

Leçons sur la scrofule, considérée en elle-même et dans ses rapports avec la syphilis, la dartre et l'arthritis, par le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. 2e édition, revue, corrigée, et augmentée de recherches sur la scrofule viscérale, et de nombreuses observations. Un volume in-8° de plus de 700 pages. Prix : 7 fr. 50 c. *franco*. Paris, 1861, chez Adrien Delahaye, éditeur, place de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 57. — JEUDI 16 MAI 1861. (34e ANNÉE.) N° 57. — JEUDI 16 MAI 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie de médecine. — De l'ossification de l'épiphyse inférieure du fémur au point de vue médico-légal. — Hôpital Cochin (M. Axenfeld). Zona. — Hôpital Saint-Louis (M. Richet). Anévrysme artério-veineux de l'humérale au pli du coude ; mort par infection purulente ; examen de la pièce anatomique ; réflexions. — Académie de médecine, séance du 14 mai. — Nouvelles.

Paris, 15 mai 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

« C'est un grand mal de suivre l'exception au lieu de la règle, » a dit Pascal. Il veut que l'on soit sévère et contraire à l'exception. « Mais néanmoins, ajoute-t-il, comme il est certain qu'il y a des exceptions à la règle, il faut en juger sévèrement, mais justement. » C'est de cette pensée que semblent s'être inspirés les chirurgiens qui ont pris la parole hier à la suite de la lecture d'un rapport de M. Gosselin. Il s'agissait de deux opérations insolites faites par M. le docteur Bourguet, d'Aix, pour remédier à des désordres considérables de la région périnéale, avec oblitération ou rétrécissement infranchissable de l'urèthre. L'état des parties n'ayant permis l'application d'aucun des procédés réglés de la chirurgie, procédés basés sur la recherche du bout postérieur de l'urèthre, M. Bourguet a dû suppléer par un expédient hardi au défaut de tout guide et de toute règle, et laissant de côté la portion oblitérée du canal, il a tracé un canal nouveau au milieu des parties molles du périnée. Cette opération n'était pas sans précédents ; M. Gosselin, pour qui l'histoire de la chirurgie contemporaine a peu de secrets, en a cité plusieurs exemples. Mais ces exemples, comme tout ce qui est imprévu et exceptionnel, n'étaient point susceptibles de servir de guide.

L'opération pratiquée par M. Bourguet a donc en réalité tout le mérite d'une initiative heureuse. Restera-t-elle comme ses semblables à l'état de fait isolé, ou devra-t-elle être considérée à son tour comme une règle de conduite à suivre dans les circonstances analogues ? C'est, autant que nous l'avons compris, contre cette tendance de l'auteur à formuler en principe une opération qui n'est justifiable que par les conditions tout exceptionnelles dans lesquelles elle a été faite, que MM. Robert, Malgaigne et Laugier ont cherché à faire prévaloir les principes résumés dans le passage que nous avons cité en tête de ces lignes.

M. Gosselin a si bien plaidé d'ailleurs en faveur de son client les circonstances atténuantes, que les accusateurs n'ont rien eu de plus empressé que de déclarer qu'ils se joignaient à lui pour décerner à M. Bourguet les justes éloges que méritait son travail.

L'enthousiasme gâte les meilleures causes. La percussion est assurément une précieuse découverte et un des plus utiles procédés d'exploration. M. le docteur Cros a lu, il y a six mois environ, un travail très-bien fait sur ce sujet, et a proposé un nouvel instrument de plessimétrie dont nous étions tout disposé à reconnaître l'utilité. M. Piorry en a trop voulu prouver l'excellence ; l'un des commissaires s'est empressé de dégager sa part de responsabilité, et l'Académie indécise ne savait plus trop que voter, lorsque M. Gibert l'a tirée d'embarras en demandant le renvoi à la commission.

Plusieurs présentations intéressantes ont été faites au commencement de la séance, parmi lesquelles nous signalerons le *Traité de palpation, de percussion et d'auscultation*, écrit en langue persane, par M. le docteur Tholozan, et un discours prononcé à la séance publique de la Société impériale de médecine de Bordeaux, par M. le docteur Rey, sur les droits et les devoirs réciproques de la société civile et de l'art médical. — Dr Brochin.

DE L'OSSIFICATION DE L'ÉPIPHYSE INFÉRIEURE DU FÉMUR au point de vue médico-légal.

Par M. le docteur Eugène Giraudet, professeur d'anatomie à l'École secondaire de médecine de Tours.

Depuis l'époque où Béclard publia ses remarquables travaux sur l'ostéose (1819), les traités de médecine légale ont répété l'un après l'autre que le caractère le plus concluant, le plus décisif de l'âge d'un enfant né à terme, consiste dans la présence d'un noyau osseux pisiforme au centre du cartilage épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur.

Les recherches auxquelles je me suis livré dans le but de compléter autant que possible les indications que fournit l'embryogénie à la médecine légale dans les questions de détermination d'âge, ont amené des résultats auxquels j'étais loin de m'attendre. Au moment de les entreprendre, je regardais encore comme une vérité, que semblait confirmer l'observation de chaque jour, l'existence de ce point d'ossification ; je croyais aussi que les conditions de son développement pouvaient être considérées comme un moyen précis de comparaison qui permettait d'apprécier l'âge d'un enfant à terme pendant une certaine période de temps après la naissance.

Je m'étais trompé, ou du moins le nombre des observations recueillies par moi tend à démontrer que les faits d'ossification épiphysaire du fémur ne sont pas d'une exactitude telle qu'ils puissent servir à déterminer l'âge du fœtus d'une manière précise, soit au moment de la naissance, soit dans une certaine période de temps après celle-ci.

I. Il résulte d'un examen comparatif de plus de 150 enfants décédés à l'hospice de Tours, que sur 85 enfants venus à terme, 12 ne présentaient aucune trace d'ossification du cartilage épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur.

Sur 20 enfants à terme ayant vécu plus de vingt jours, ce noyau épiphysaire n'existait pas chez deux d'entre eux.

8 avaient des points d'ossification du diamètre de 2 millimètres en tous sens.

Chez les 10 autres, le diamètre transversal du noyau osseux était de 7 millimètres, le diamètre antéro-postérieur de 6 millimètres.

Sur 4 enfants âgés de six mois, le diamètre du noyau épiphysaire était de 5 millimètres seulement, tandis que sur 3 enfants de cinq mois, les dimensions de ce centre d'ossification étaient deux fois plus grandes que celles-ci.

II. La grosseur du noyau osseux n'est pas toujours en rapport avec le volume du cartilage épiphysaire du fémur. Ainsi, sur 2 enfants qui avaient vécu dix mois, et dont les os des extrémités étaient assez grêles, ce noyau atteignait 15 millimètres dans son diamètre transversal, et 10 millimètres dans l'antéro-postérieur.

Sur 3 autres enfants du même âge, mais dont les os étaient beaucoup plus développés, les diamètres étaient de 12 millimètres en tous sens.

III. La coloration sanguine du point qui est en voie d'ossification est loin d'être un phénomène constant. L'observation nous a démontré un assez grand nombre de fois qu'un cartilage pouvait s'accroître et s'ossifier sans que l'on puisse constater la présence de vaisseaux sanguins dans son tissu. Or, si un expert concluait de l'apparence plus ou moins colorée du point d'ossification du cartilage épiphysaire du fémur à un rapport nécessaire d'âge, il pourrait s'exposer à commettre une erreur grave.

IV. Les modifications de forme que subit le noyau osseux à partir de la naissance, nous ont paru constituer un caractère moins vague, moins incertain dans les cas où il s'agit de déterminer dans de certaines limites l'âge de la vie extra-utérine. Globuleux ou pisiforme pendant les deux premiers mois, en même temps qu'il acquiert un volume plus considérable, il représente dès le troisième mois un ovoïde aplati dont l'extrémité, en rapport avec le condyle externe du fémur, est plus large, plus épaisse que dans le reste de son étendue.

C'est en s'appuyant sur des faits d'ostéogénie de cette nature, et d'après le seul examen des membres inférieurs, qu'Ollivier (d'Angers) n'hésita pas à déclarer qu'un enfant était non-seulement vivant, mais qu'il avait très-probablement vécu plusieurs semaines après la naissance (deuxième *Mémoire sur l'infanticide*, 1842).

V. Il existe, selon moi, une grande analogie entre l'évolution de la dentition à l'époque de l'éruption et la marche de l'ossification dans les épiphyses des membres. Ces deux ordres de faits ont pour caractère commun l'instabilité de leur manifestation. Les théories qui ont voulu les assujettir à des périodes calculables, déterminées, sont en désaccord avec un trop grand nombre de faits de détail pour être admises sans réserve.

Ainsi il n'est pas difficile de dire et de répéter sur la parole du maître, que, vers le sixième mois après la naissance, très-rarement avant, on voit d'abord paraître tantôt simultanément, tantôt isolément, les deux petites incisives de la mâchoire inférieure, et bientôt après les incisives correspondantes de la mâchoire supérieure; que dans les deux mois qui suivent les quatre autres incisives, se montrent, etc... Et cependant quel est le médecin-praticien qui ne se soit aperçu souvent, très-souvent, du peu de valeur de cette détermination d'époque? Combien de fois ne lui a-t-il pas été donné de voir par lui-même, et non à travers le prisme des théories, qu'au douzième mois, qu'à deux ans même, il est un certain nombre d'enfants chez lesquels le tissu des gencives n'a encore été ni aminci ni entr'ouvert? Ai-je je besoin de rappeler qu'il n'est pas aussi rare qu'on le croit de voir des enfants à terme naissant avec des dents sorties?

VI. Je n'ai pas à examiner ici si l'irrégularité avec laquelle procèdent les phénomènes d'ossification dont je viens de parler, dépend ou non du plus ou moins d'activité de la nutrition générale du fœtus pendant la vie intra-utérine. Au point de vue où je suis placé, il doit me suffire d'appeler l'attention des médecins légistes sur l'interprétation d'une question d'ostéogénie dont la solution est dans beaucoup de circonstances difficile, délicate, et d'une grave importance.

Si l'on veut bien se rappeler les chiffres cités plus haut, on ne pourra se dispenser de reconnaître qu'il y a trop de variétés individuelles dans le développement de l'ossification chez les enfants nouveau-nés arrivés à la même période de la gestation, pour que l'état dans lequel se présente le noyau épiphysaire du fémur conduise l'expert médico-légal à une appréciation *toujours exacte, toujours précise* de l'âge d'un enfant au moment de l'accouchement, et pendant une certaine période de temps après la naissance.

HOPITAL COCHIN.

M. Axenfeld, suppléant M. de Saint-Laurent.

Zona.

(Observation recueillie par M. Douillard, interne.)

D... (Jeanne), trente-six ans, cuisinière, entre à la salle Saint-Philippe, n° 7, le 3 mai 1861. D'une constitution moyenne, née d'un père rhumatisant, elle dit n'avoir eu aucune maladie sérieuse dans son enfance. L'apparition des règles a été précédée pendant longtemps d'accès d'oppression, et en outre, depuis l'âge de quinze ans (première menstruation) jusqu'à vingt-six ans (grossesse), il y avait à chaque époque une sorte d'attaque avec chute et perte complète de connaissance, mais sans cri, sans écume à la bouche : l'hémorrhagie menstruelle apparaissait régulièrement une heure et demie ou deux heures après l'invasion de ces accidents. D... se rappelle avoir été saignée une fois à l'approche de ses règles, et purgée une autre fois ; ces deux mois-là elle n'eut pas de perte de connaissance. Depuis son accouchement, c'est-à-dire depuis dix ans, la menstruation ne s'accompagne d'aucun phénomène insolite.

C'est à cette même époque que D... fait remonter les douleurs abdominales dont elle n'a cessé de se plaindre jusqu'à ces derniers temps. Elle raconte que le lendemain de son accouchement elle avait été forcée de se lever et de travailler ; trois semaines après, elle eut une métrorrhagie abondante, promptement suivie, paraît-il, de la formation dans le flanc droit d'une tumeur grosse comme un œuf de poule. Cette tumeur fit des progrès insensibles, et n'empêcha pas D... de vaquer à ses occupations jusqu'à l'année dernière ; mais à cette époque, de vives douleurs, ressenties aux reins et à l'épigastre, et accompagnées de leucorrhée, obligèrent la malade à s'aliter. Elle fut admise à la Pitié, et y subit plusieurs cautérisations au fer rouge. Six mois plus tard, elle entra à la Charité pour d'autres douleurs, siégeant cette fois dans le côté droit, à la base du thorax. Elle fut traitée, entre autres moyens, par l'application d'un grand nombre de vésicatoires, dont on trouve les traces sur l'abdomen, l'épigastre et le dos. Peu de soulagement ; persistance de la tumeur.

Enfin il y a douze jours, au milieu des douleurs habituelles et devenues seulement plus intenses, D... a vu paraître l'éruption que l'on trouve encore aujourd'hui.

Etat actuel (3 mai). — Apparence légèrement cachectique ; pouls dépressible, sans ampleur ; très-léger souffle vasculaire à la région du cou ; pas de fièvre ; insomnie déjà ancienne ; anorexie ; langue couverte d'un enduit jaunâtre assez épais ; pas de garde-robes depuis deux jours ; ventre souple, sensible à la pression, surtout à droite. On trouve au niveau du flanc droit une tumeur présentant par sa forme et son volume quelque analogie avec le rein (l'idée d'un *déplacement du rein droit* a été émise ; cependant la percussion de la région lombaire, en faisant reconnaître la présence de la matité normale, *semble* autoriser à rejeter cette supposition). La tumeur est solide, obscurément mobile, très-douloureuse à la pression ; elle est le siége d'élancements qui s'irradient vers la fosse iliaque droite, et que la malade a, de son propre chef, essayé de combattre en appliquant un vésicatoire au-dessus du ligament de Fallope. Ce vésicatoire est actuellement sec ; on trouve seulement vers son milieu une petite surface blanchâtre, légèrement saillante, d'aspect couenneux, et sur les bords quelques vésicules à moitié flétries. La malade dit être sujette à des éruptions d'*herpès* au pourtour des lèvres, sur le menton

et jusque sur la région temporale ; toujours, dit-elle, ces boutons se montrent dans la moitié droite du visage.

On voit au niveau des huitième et neuvième espaces intercostaux, et disposées suivant la ligne oblique des côtes, trois plaques rouges, isolées, irrégulièrement arrondies, constituées par un certain nombre de vésicules desséchées et transformées en petites croûtes brunâtres ; la peau est à peine un peu saillante et rouge au niveau de ces plaques, dont la *postérieure* avoisine la ligne des apophyses épineuses, et la *moyenne* répond à la verticale de l'aisselle, chacune d'elles ayant l'étendue d'une pièce de cinq francs ; le groupe *antérieur*, formé de trois vésicules seulement, occupe l'épigastre. La malade accuse à la base de la poitrine, à droite, mais principalement au niveau de la plaque herpétique latérale, une douleur sourde, continue, et par moments des pincements douloureux ; de plus, le neuvième espace intercostal est sensible à la pression, même dans l'intervalle des points occupés par l'éruption.

L'utérus et ses annexes, examinés à l'aide du toucher, ne présentent rien d'anormal.

(Bouteille d'eau de Sedlitz ; bouillon et potages.)

Les jours suivants, l'appétit est meilleur, la langue plus nette ; les vésicules d'herpès achèvent de se sécher ; les douleurs conservent leur intensité. — Pilules de chlorhydrate de morphine de 2 centigr. par jour ; les premières déterminent des vomissements, les suivantes sont bien supportées et amènent un peu de calme ; une portion.

Le 8 mai, un bain fait tomber les quelques croûtes qui existaient encore. Douleurs bien diminuées ; cependant la malade accuse encore des douleurs sourdes dans le côté droit ; la pression au niveau du neuvième espace intercostal a cessé d'être douloureuse.

(Vin de quinquina ; 2 grammes de sous-carbonate de fer ; deux portions.)

De tout temps, le zona a excité la curiosité des pathologistes par la régularité singulière avec laquelle sont disposés les groupes vésiculeux, et par l'intensité insolite des douleurs qui en précèdent, accompagnent et suivent le développement. L'hypothèse qui rattache l'éruption du zona à la souffrance de branches nerveuses déterminées, et qui fait de cette maladie un *herpès névralgique*, a l'avantage sinon de fournir une explication de cette double particularité, du moins d'en faire entrevoir une assez plausible. Peut-être même pourrait-on aller plus loin et résoudre par l'affirmative la question de savoir si, dans le zoster, l'affection névralgique précède et détermine la formation des vésicules ; on citerait en faveur de cette manière de voir plus d'une observation ayant toute la netteté d'une expérience physiologique. Tel est, entre autres, le fait publié par Earle.

Une femme de trente-deux ans s'étant blessé le nerf cutané interne avec une fourchette sur le milieu de l'avant-bras, éprouva sur le trajet de ce nerf de vives douleurs, en même temps qu'une inflammation notable s'empara du voisinage de la blessure ; trois semaines après l'accident, cette femme ayant essayé de faire un mouvement avec son bras malade, fut prise de vives douleurs et d'un sentiment de brûlure dans la plaie. Une rougeur érysipélateuse se répandit sur la face antérieure de l'avant-bras, il s'y joignit de grandes bulbes semblables à celles du pemphigus ; la température du membre était très-élevée. Le repos absolu et des fomentations opiacées ramenèrent le calme ; mais peu de temps après, nouvelle tentative de mouvement et retour des mêmes accidents. Quatre fois encore des circonstances analogues donnèrent lieu à des récidives ; seulement à la fin ce ne furent plus des phlyctènes qui se formèrent, mais une éruption analogue à l'urticaire.

D'ailleurs, de quelque nature que puissent être les rapports de l'élément douleur et de l'élément éruption du zona, il suffit pour le moment de reconnaître que ces rapports existent, et c'est ce qui est démontré par un ensemble de faits dont on pourra trouver l'exposition dans l'excellent travail de M. le docteur Parrot, professeur agrégé de la Faculté de Paris (*Union médicale*, 1856, *Considérations sur le zona.*) Chez notre malade, outre l'état névropathique général (menstruation accompagnée de désordres nerveux, insomnie habituelle, dyspepsie, etc. ; rhumatisme dans les ascendants) ; outre la disposition à l'herpès (éruptions vésiculeuses répétées à la face et jusque sur la tempe droite), nous croyons devoir signaler encore l'exaspération récente des douleurs qui paraissent liées à la présence d'une tumeur abdominale dont ce n'est pas ici le lieu de discuter le diagnostic, et l'existence d'une nouvelle poussée herpétique accompagnant l'apparition du zona (vésicules développées au centre et sur les bords de la surface rougie par le vésicatoire) ; mais ce qui nous paraît surtout mériter l'attention, c'est le groupement des vésicules du zona en *trois foyers* distincts et séparés, reproduisant d'une manière si frappante les *trois points* classiques de la névralgie dorso-intercostale.

M. Parrot, dans le mémoire cité plus haut, rapporte des faits où, ayant été témoin de la formation du zona, il a vu paraître d'abord les trois plaques correspondant à ces points douloureux ; puis d'autres vésicules apparaissant dans leur intervalle, venaient compléter la demi-ceinture herpétique. Dans notre observation, il y a cela de frappant que ces trois plaques initiales sont demeurées seules jusqu'à la fin, et qu'il y a eu, pendant toute la durée du mal, ce que M. Parrot appelle « une superposition exacte des foyers de douleur et des foyers d'éruption. » Le petit groupe de trois vésicules qu'on trouvait à la région épigastrique, semblait être là tout exprès pour achever la démonstration.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. RICHET.

Observation d'anévrysme artério-veineux de l'humérale au pli du coude ; inefficacité de la compression ; ligature de l'artère humérale ; ouverture du sac. — Mort par infection purulente. — Examen de la pièce anatomique. — Réflexions (1).

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée le 2 avril. Les articulations du pied droit et l'articulation sterno-claviculaire droite sont pleines de pus. Pas d'abcès métastatiques dans le foie ni dans les poumons. Le bras gauche est séparé du tronc. Une injection est poussée par l'humérale, elle ressort par le sac et ne pénètre ni dans la radiale ni dans la cubitale.

Le bras est ensuite disséqué avec le plus grand soin. Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'énorme volume des nerfs, du musculo-cutané, du médian et du cubital. Ces deux derniers sont très-rouges, parcourus par des vaisseaux noueux. Cela est dû probablement à la compression prolongée ; cet aspect a aussi frappé à première vue M. Denonvilliers, lorsqu'il examina la pièce. Le nerf cubital reçoit au milieu de ses fibres deux artères relativement considérables, l'une du volume d'une collatérale des doigts ; l'autre plus petite, située au centre du nerf, toutes deux remplies par l'injection et provenant de la collatérale interne. On peut les suivre jusqu'au voisinage de l'articulation où elles se détachent du nerf, pour concourir à former un cercle artériel anastomotique très-développé.

L'examen des veines superficielles démontre que les veines radiales assez volumineuses et qui vont concourir à la formation de la céphalique, sont, au niveau du pli du coude, sensiblement épaissies. Cette hypertrophie porte surtout sur les replis valvulaires, plus accusés qu'à l'état normal. Au pli du coude, la plaie pratiquée pour l'opération a interrompu dans leur continuité ces veines radiales et divisé probablement les médianes céphalique et basilique. On ne retrouve donc en dehors que la céphalique, dont les parois, à partir du pli du coude, présentent un épaississement notable jusqu'au milieu du bras, où elles perdent ce caractère pour redevenir minces et transparentes. En dedans, les veines cubitales nombreuses viennent aboutir au pli du coude dans la basilique. Elles ne présentent au-dessous du pli du coude un épaississement notable qu'à partir de 2 centimètres de l'articulation. Là comme dans les veines radiales, les replis valvulaires sont très-accusés. Au-dessus du pli du coude, la veine basilique, résultat de leur jonction, offre tous les caractères d'une veine artérialisée, c'est-à-dire que ses parois sont épaissies et comme charnues, qu'elles présentent les stries longitudinales très-manifestes qu'on peut suivre jusqu'à la partie moyenne du bras, où elles disparaissent ; les parois veineuses reprennent là leur minceur et leur translucidité.

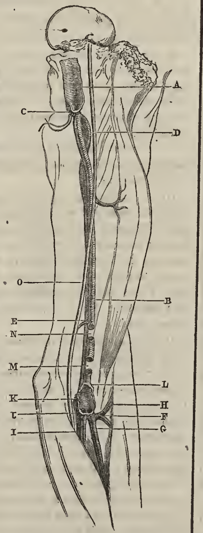
Il est impossible, quoiqu'on ait d'après ces caractères anatomiques la certitude que la communication artérielle ait été établie avec ces veines, de retrouver dans l'état actuel des choses cette communication. En effet, pour découvrir le sac et pratiquer la ligature au-dessus et au dessous, il avait fallu séparer complétement les parties superficielles des parties profondes, et par conséquent couper toutes les communications existant entre les veines et l'artère.

Mais il est présumable, d'après la position de la blessure faite par la lancette d'une part, d'autre part par ce que nous trouvons dans le système veineux superficiel, que la communication s'était établie entre la médiane basilique et l'artère humérale, tout à fait à la partie postérieure du sac, dans un point assez rapproché de la partie interne du bras ; c'était là en effet qu'on trouvait le frémissement vibratoire indiquant le passage du sang artériel dans les veines cubitales et la basilique.

L'examen des parties profondes et surtout du système artériel donne les résultats suivants :

LÉGENDE DE LA FIGURE.

A. L'artère axillaire.
B. L'artère humérale.
C. Le fil appliqué sur l'artère axillaire, immédiatement au-dessus de la naissance de l'humérale profonde.
D. L'artère humérale profonde.
E. La collatérale interne, naissant immédiatement au-dessus de la ligature placée sur l'humérale.
F. Le tronc commun des récurrentes radiales.
G. L'artère radiale.
H. La récurrente radiale antérieure s'anastomosant avec l'humérale profonde.
I. L'artère cubitale.
J. L'ouverture dans le sac des deux artères radiale et cubitale.
K. Le sac anévrysmal.
L. Le bout supérieur de l'artère humérale, immédiatement au-dessus du sac.
M. Interruption de l'humérale par le fil placé immédiatement au-dessus du sac.
N. Interruption de l'humérale déterminée par la première ligature.
O. Le nerf médian.



L'artère humérale volumineuse est modérément distendue par l'injection pratiquée au-dessous de la ligature faite sur l'axillaire. Une des premières choses qui frappe, c'est que, immédiatement au-dessous de cette ligature, tout au plus à 0,001 de distance, naît de l'humérale une branche collatérale considérable, du volume de la radiale, laquelle, après un court trajet, fournit les circonflexes et vient s'adosser ensuite au nerf radial, qu'elle accompagne dans sa gouttière. C'est l'humérale profonde ayant au moins le triple du volume normal. On peut la suivre, quoiqu'elle ne soit pas injectée jusque sur les côtés de l'articulation du coude, où elle s'abouche avec les récurrentes radiales.

A partir de cette bifurcation, l'humérale fournit plusieurs autres branches à droite et à gauche, quelques-unes très-volumineuses, se rendant dans les muscles. En dedans surtout, on voit plusieurs artères qui par leur position figurent des collatérales internes, car aucune d'elles n'est assez considérable pour mériter exclusivement ce nom. A 3 centim. au-dessus de l'épitrochlée, l'humérale est brusquement interrompue ; c'est là où avait porté la ligature supérieure. L'injection, en repoussant le caillot, a ouvert largement le calibre de ce vaisseau. Immédiatement au-dessus du point où avait été appliquée la ligature à 0,001 de distance, naît une collatérale interne d'un volume assez notable. A un centimètre au-dessous, on retrouve le bout inférieur de l'artère, interrompue encore par la deuxième ligature placée au-dessus du sac. Enfin, un demi-centimètre plus bas, on découvre une large ouverture sur la paroi antérieure de cette même artère, ouverture qui conduit dans la partie profonde du sac anévrysmal. Cette ouverture irrégulière, ayant un peu plus d'un centimètre dans son diamètre vertical, est plongée au milieu d'un tissu lardacé, et il faut de grands soins et une grande patience pour la séparer des parties adjacentes. Enfin on arrive à découvrir que les veines profondes sont situées en dedans, ainsi que le nerf médian, tandis qu'en dehors la partie profonde du sac repose sur le tendon du biceps. La naissance des artères radiale et cubitale se fait à 2 millimètres au-dessous de l'ouverture anévrysmale, de telle sorte qu'en soulevant légèrement l'artère on aperçoit de suite l'éperon qui sépare ces deux artères.

Immédiatement au-dessous de la séparation, à la distance de 1 millimètre au plus, on observe que la radiale fournit par sa partie profonde une énorme branche, d'un volume au moins égal au tronc principal : c'est le tronc commun des récurrentes radiales antérieures et postérieures, dont on peut suivre les ramifications venant s'aboucher avec la collatérale externe. Quant à la cubitale, elle ne fournit de collatérale que beaucoup plus bas, c'est-à-dire à 2 centimètres au-dessous de l'ouverture anévrysmale. Il est impossible de retrouver sur cette portion du tube artériel les traces de la constriction exercée par la ligature médiate qui y avait été placée, et nous ne pouvons même nous expliquer que le fil soit tombé sans avoir coupé les parties qu'il embrassait dans son anse. Un moment nous avons douté que l'artère, au-dessous de l'anévrysme, ait été réellement comprise dans la ligature ; mais, après quelque réflexion, nous avons reconnu que cela n'était pas possible, car, avant que de procéder à la ligature au-dessous du sac, nous avions pris la précaution d'introduire un stylet dans l'orifice artériel par lequel s'échappait le sang, et c'est autour de ce stylet qu'avait été conduite l'aiguille courbe entraînant le fil, dont l'anse comprimait tout à la fois le tube artériel au point de bifurcation des artères radiale et cubitale et les veines adjacentes ; seulement le nerf médian avait été repoussé en dedans de manière à ne saisir que les vaisseaux. D'ailleurs le trajet suivi par l'aiguille et le fil autour des vaisseaux est attesté par une traînée purulente et un décollement circulaire manifeste, quoiqu'il ne reste pas de trace de constriction sur ces vaisseaux eux-mêmes. Comment se fait-il donc que le fil ait pu tomber sans couper les parties qu'il embrassait dans son nœud ? Une seule explication est admissible : la ligature avait été posée médiatement, c'est-à-dire qu'elle embrassait en même temps que les vaisseaux une certaine quantité de tissu de nouvelle formation à la base du sac. Au bout de quelques jours il est probable que le fil, ayant coupé les parties extérieures au tube, d'autant plus sécables qu'elles étaient plus enflammées, l'anse qu'il formait est devenue libre, a joué pour ainsi dire autour du tube artériel, et que le nœud s'étant détaché, aura été entraîné sans qu'on s'en aperçût dans les manœuvres faites pendant la nuit pour arrêter l'hémorrhagie. C'est à partir de ce moment que le calibre de la radiale étant devenu libre, le sang a pu reparaître, ramené par les anastomoses de la collatérale externe avec le tronc commun des récurrentes radiales.

Quant aux veines profondes, elles ne présentent aucune trace du passage du sang artériel dans leur intérieur. Les deux veines qui accompagnent l'artère humérale en particulier ont leurs parois tout à fait à l'état normal, excepté au voisinage des débris du sac anévrysmal, où elles sont plus épaisses qu'en tout autre point. Mais comme là elles étaient en contact avec le pus et qu'elles plongeaient dans le foyer, il est à présumer que cet épaississement est dû à l'inflammation périphérique.

Reste à examiner la ligature appliquée sur l'axillaire dans le creux de l'aisselle. Le fil était encore solidement maintenu. Ainsi qu'il a été dit déjà, la ligature portait à 1 millim. au plus au-dessus de l'humérale profonde naissant anormalement dans le creux de l'aisselle. Le bout inférieur au-dessous de la ligature ne présente rien de particulier. Les tuniques artérielles interne et moyenne, complétement coupées, sont renversées vers l'intérieur du vaisseau. Dans le bout supérieur, on retrouve la même disposition, mais la cicatrisation n'est pas encore effectuée. Un petit caillot conique, à base reposant sur l'endroit où a porté le fil et dont le sommet effilé remonte du côté du cœur, n'occupe pas à beaucoup près tout le calibre artériel et n'a contracté aucune adhérence avec les parois artérielles. La collatérale la plus voisine de la ligature en est distante de 0,02, et c'est une artère de quatrième ordre. Il faut remonter jusqu'à 0,04 pour trouver une branche d'un certain calibre.

RÉFLEXIONS. — Lorsque l'anévrysme artério-veineux du pli du bras ne détermine qu'une gêne modérée dans les fonctions du membre, qu'il ne donne lieu qu'à peu de douleur, et surtout qu'il reste stationnaire et ne menace pas de se rompre, je suis de l'avis de ceux qui pensent qu'il n'y faut point toucher, ou tout au moins qu'il n'y a pas lieu de faire d'opération sanglante. Tout au plus alors peut-on intervenir en essayant la compression directe sur la tumeur, ou la compression à distance, ou bien encore ces deux opérations simultanément, méthode qui a si bien réussi entre les mains de M. Nélaton. Mais tel n'était pas le cas actuel. D'abord le malade ne pouvait absolument plus se servir de son membre, qui était, ainsi qu'on a pu le voir, condamné à une inaction absolue par suite de la flexion de l'avant-bras sur le bras, dont les muscles, malgré le temps assez court qui s'était écoulé depuis l'apparition de la maladie, s'étaient déjà notablement atrophiés. De plus, le malade éprouvait des douleurs violentes et continuelles qui le privaient de sommeil, et une sorte d'engourdissement, qui lui faisaient vivement désirer d'être débarrassé de son affection. Telles étaient d'ailleurs les raisons qui l'avaient déterminé à quitter la province pour venir à Paris chercher les secours de la chirurgie. Toutefois ces considérations n'eussent pas été pour moi déterminantes si je n'avais trouvé dans l'examen de la tumeur anévrysmale elle-même des raisons qui me paraissaient commander d'agir. Effectivement, la tumeur, qui avait déjà acquis le volume d'un œuf de pigeon, grossissait, au dire du malade, d'une manière nota-

(1) Fin. — Voir le numéro du 7 mai.

ble ; et sous nos yeux même, pendant les quelques jours qu'il fut laissé en observation, elle avait acquis un développement très-manifeste. La peau d'ailleurs, rouge et douloureuse, était déjà très-amincie au sommet de la tumeur, et il était à craindre que d'un moment à l'autre elle ne se rompît et ne déterminât une hémorrhagie grave.

Telles sont les considérations qui me décidèrent à ne pas rester simple spectateur du mal et à intervenir.

C'est alors que je crus d'abord devoir recourir à la compression directe sur la tumeur, dans le but de transformer, s'il était possible, l'anévrysme artério-veineux en un anévrysme artériel simple, en oblitérant l'ouverture de communication de la veine avec l'artère. Je me proposais ensuite de traiter l'anévrysme ramené à cet état de simplicité par la compression digitale à distance.

Un instant je crus avoir réussi à opérer cette transformation, et c'est alors que je fis pratiquer la compression digitale sur l'artère humérale, puis enfin la compression à l'aide des divers appareils employés par d'autres chirurgiens avec succès dans les cas d'anévrysmes artériels simples.

Malheureusement le résultat ne répondit point à mon attente, et la compression directe et à distance, employée avec persévérance et prudence pendant quarante jours, n'eut d'autres résultats que de diminuer momentanément le passage du sang artériel dans le système veineux, et de supprimer, mais pendant quelques jours seulement, les battements dans le sac. Bientôt la compression devint tellement intolérable qu'il fallut la suspendre, et, s'il faut dire toute ma pensée, je crois qu'ici elle a été plutôt nuisible qu'utile, et cela pour plusieurs raisons que je vais successivement énumérer.

D'abord elle nous a fait perdre un temps précieux, et pendant les six semaines que nous l'avons expérimentée, le malade, privé de sommeil par les douleurs auxquelles elle donnait lieu, avait perdu l'appétit et s'était visiblement affaibli. Cet homme, habitué au grand air et à l'exercice de ses membres, fut forcément condamné à un repos absolu au lit, sans lequel toute compression aurait été nécessairement inefficace.

En second lieu, il était difficile, pour ne pas dire impossible, de faire la compression sur l'artère seulement ; les nerfs, les veines surtout, ne pouvaient y échapper : d'où les douleurs intolérables éprouvées par le malade, et la gêne de la circulation en retour se traduisant par l'œdème violacé et le refroidissement de la main et de l'avant-bras, toutes circonstances évidemment défavorables lorsqu'on est obligé d'en venir plus tard à l'opération de la ligature.

De plus, la compression directe sur la tumeur me paraît avoir occasionné dans toutes les parties avoisinant le sac cette induration qui nous a rendu si pénible et si difficile la recherche de l'artère au-dessus et au-dessous de l'anévrysme, sans compter qu'elle a certainement contribué à amincir davantage la peau qui le recouvrait, et à provoquer cette réaction inflammatoire qui ne nous a plus laissé maître de temporiser davantage et d'attendre pour opérer un moment plus favorable.

J'ajouterai enfin que dans ce cas particulier la dilatation des anastomoses déterminée par la compression soit directe, soit indirecte, dilatation si favorable pour le rétablissement de la circulation dans les anévrysmes artériels des membres inférieurs, par exemple, nous a été plutôt défavorable qu'utile en ce sens ; que ce n'est pas la gangrène du membre qu'on a à redouter après la ligature de l'humérale, mais bien plutôt le retour trop rapide du sang vers le sac.

Qu'on veuille bien remarquer cependant que malgré ce concours de circonstances défavorables notre opération eût réussi, selon toute probabilité, si l'infection purulente ne fût venue mettre obstacle à la cicatrisation des tuniques artérielles, et n'eût fait perdre au sang ses qualités plastiques. C'est effectivement le 15 mars, c'est-à-dire quatre jours après l'opération, que le malade accuse une vive douleur dans les articulations du pied droit, et que la plaie, qui jusqu'alors avait conservé un aspect satisfaisant, se sèche et prend un aspect blafard, tandis que ce n'est que dans la nuit du 22 au 23 mars, c'est-à-dire douze jours après, que tombe la première ligature et que se manifeste l'hémorrhagie. Puis, à partir de ce jour, les symptômes d'infection purulente s'aggravent et les hémorrhagies se succèdent jusqu'au moment où, pour y mettre un terme, encore incertain que j'étais sur la signification de ces douleurs articulaires qui n'avaient été précédées d'aucun frisson, d'aucun des signes ordinaires de la pyohémie, je me décide à lier l'axillaire. A partir de ce moment, tout écoulement de sang est définitivement suspendu. N'est-il pas évident que même alors, et sans cette complication de l'infection purulente, l'oblitération de l'axillaire eût pu être obtenue ? En tout cas, nul ne peut dire que le malade a succombé par le fait de l'hémorrhagie.

Supposons maintenant qu'avant de pratiquer l'opération nous eussions pu connaître la disposition anatomique qui nous a été révélée par la dissection du membre, à savoir : l'existence du sac anévrysmal au point même de bifurcation des artères radiale et cubitale ; puis la naissance, à 2 ou 3 millimètres de l'humérale, par un tronc commun aussi volumineux que la radiale elle-même, des récurrentes radiales antérieure et postérieure s'anastomosant largement avec l'artère humérale profonde, anormalement développée et naissant de l'axillaire, qu'aurions-nous fait ? Pouvions-nous lier l'humérale seulement par la méthode d'Anel, sans toucher au sac ? C'eût été une opération trop évidemment insuffisante pour qu'il soit besoin d'en faire ressortir les inconvénients. Fallait-il, après avoir placé une ligature sur l'humérale, pour pouvoir, ainsi que je l'ai fait, ouvrir ensuite le sac avec sécurité, lier isolément la radiale et la cubitale ? Mais j'ai dit déjà que la recherche de ces deux vaisseaux, au milieu de tissus indurés par l'inflammation et la compression, était une tentative impossible ; j'admets cependant qu'on ait pu réussir à lier la cubitale, la chose eût été impossible pour la radiale, puisqu'il ne restait pas un espace suffisant entre la bifurcation de l'humérale et la naissance du tronc commun des récurrentes radiales pour y porter un fil ; et que, d'autre part, lier au-dessous de ce tronc commun, c'était s'exposer à une hémorrhagie certaine, le sang devant être rapidement ramené dans le sac par les anastomoses de ces artères avec l'humérale profonde naissant ici anormalement de l'axillaire.

Il ne restait donc qu'un seul parti à prendre, et c'est celui que j'ai adopté, plutôt instinctivement, je dois le dire, qu'en parfaite connaissance de cause, à savoir : celui de jeter une ligature médiate sur le tronc commun, malheureusement trop court et trop difficile à isoler des artères radiale et cubitale. Il me paraît donc raisonnable d'admettre que si le malade eût été dans des conditions de santé générale meilleure, s'il n'avait pas été affaibli par six semaines de séjour au lit, par la privation du sommeil et par les douleurs qu'entraînait la compression ; si surtout il n'était pas survenu des symptômes d'intoxication générale, cette ligature du tronc commun des artères cubitale et radiale, quoique médiate, eût suffi pour empêcher le retour du sang dans le sac et pour prévenir l'hémorrhagie.

Maintenant cette hémorrhagie survenant, il ne me restait plus qu'à recourir à la ligature de l'axillaire. Il ne me paraissait pas douteux en effet que le sang ne fût ramené dans le sac par les anostomoses de l'humérale profonde avec les récurrentes radiale et cubitale. Or, on sait que très-souvent cette artère, sans naître comme ici de l'axillaire même, se détache souvent très-haut de l'humérale ; c'était donc s'exposer à la laisser au-dessus de la ligature que de porter le fil sur l'artère du bras. Le seul regret que j'éprouve, c'est de n'avoir pas pris ce parti dès le premier jour, c'est-à-dire avant l'opération de l'ouverture du sac, et j'avoue qu'à l'avenir surtout, chez des malades sur lesquels on aurait préalablement tenté la compression, et alors que je soupçonnerais les communications artérielles très-développées, je n'hésiterais pas à prendre cette détermination. La seule considération qui pourrait retenir peut-être serait la crainte de la gangrène, mais je crois qu'elle est bien moins à redouter que le rétablissement trop rapide de la circulation.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 mai 1861. — Présidence de M. Caventou.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre d'État adresse une ampliation du décret en date du 4 mai, par lequel l'élection de M. Reynal est approuvée.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux rapports : l'un de M. le docteur Balme, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1860 à Saint-Julien-Chapteuil (Haute-Loire) ; l'autre, de M. le docteur Haime (de Tours), sur une épidémie d'angines qui a régné à Neuillé (Indre-et-Loire) en 1860 ;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans le département de la Charente-Inférieure (commission des épidémies) ;

3° Un mémoire de M. le docteur Caillat, sur les effets thérapeutiques des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault ;

4° Un rapport de M. le docteur Chabraud, sur le service médical des eaux minérales de Monestier (Hautes-Alpes), en 1859 (commission des eaux minérales) ;

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note sur une nouvelle préparation du proto-iodure de fer, par M. Vézu, pharmacien à Lyon (commission des remèdes secrets et nouveaux) ;

2° Un pli cacheté déposé par M. Briau. (Le dépôt est accepté.)

M. Larrey présente, au nom de M. Tholozan, médecin du schah de Perse, un traité de palpation, de percussion et d'auscultation, écrit en langue persane.

— M. Depaul dépose sur le bureau un exemplaire du discours prononcé par M. le docteur Rey dans la séance publique de la Société impériale de médecine de Bordeaux, et intitulé : *Des droits et des devoirs réciproques de la société civile et de l'art médical.*

Appareil gazogène portatif. — M. Gavarret présente au nom de M. Warker (de New-York) un nouvel appareil gazogène portatif, produisant de l'acide carbonique pur, en même temps que du liquide gazeux. La construction de cet appareil est simple, et il est à l'abri de tout danger d'explosion au moyen d'une soupape de sûreté qui y a été adaptée. En outre, il peut servir comme générateur et laveur, pour un récipient d'une grandeur voulue, soit de 4 à 10 litres de liquide.

Ses principales parties constitutives sont :

Deux globes en verre : l'un contenant l'eau, et l'autre les substances propres à produire le gaz. A l'intérieur du goulot se trouve une soupape en verre, avec laquelle on règle à volonté la sortie de l'eau. Lorsqu'on a rempli le globe supérieur d'eau, on le retourne ; alors la soupape tombe sur son coussin et le tient hermétiquement fermé, tant que le globe reste ainsi en position verticale. Dans cette position on le superpose sur le globe inférieur en les vissant ensemble.

Pour faire fonctionner l'appareil, on n'a qu'à le pencher, en déplaçant ainsi la boule ou soupape de son coussin, et laissant écouler la quantité d'eau voulue. Les gaz, se dégageant au fond du globe inférieur, montent vers la boule soupape, la soulèvent suffisamment pour entrer dans l'eau du globe supérieur, en empêchant tout écoulement par leur force d'expansion et de résistance. Cette force venant à cesser, la boule soupape redescend sur son coussin, et finit par refermer l'ouverture. Les gaz, ainsi montés dans le globe supérieur, *entièrement lavés et épurés de tous corps hétérogènes* en passant par l'eau, arrivent purs dans l'espace au-dessus de l'eau et entrent dans le tube en verre, qui les conduit au robinet à prolongement, d'où ils peuvent être tirés et employés à tout usage médical ou autre.

Ainsi se trouve résolu un problème important de la pratique médicale : avoir toujours sous la main et pour ainsi dire dans son étui, par un procédé des plus simples et avec le moins de frais possible, de l'acide carbonique pur en telle quantité qu'on voudra ; et ce n'est pas le moindre des avantages que donne cet appareil que de permettre, en réglant l'écoulement de l'eau à volonté, de produire pour chaque cas donné telle quantité et telle force de gaz voulues ; en un mot, de répondre partout et toujours au besoin du moment.

Mais là ne se borne pas l'usage de cet appareil : muni d'un second robinet à bec cintré, en communication directe avec l'eau du globe supérieur, le robinet à prolongement restant fermé et l'eau se trouvant ainsi sous la pression du gaz comprimé, il donnera du liquide gazeux absolument comme les appareils gazogènes aujourd'hui en usage.

Si l'on désire saturer de l'eau ou autre liquide en plus grande quantité avec l'acide carbonique, le générateur est mis en communication avec le récipient par un petit tube percé de petits trous dans sa partie inférieure, de façon que le gaz en sortant de ce tube s'imprègne plus facilement avec le liquide (lequel récipient consiste dans le vaisseau entouré d'un étui). Le vaisseau (récipient) est hermétiquement fermé au moyen d'un couvercle à vis. Le rapport entre le générateur et le récipient a lieu au moyen d'un tampon bouchant hermétiquement le bout du tube attaché à l'issue du générateur. La noix vissant sur le bout du tube sert à maintenir le tampon en place, ce tampon laissant un passage libre entre l'issue et le vaisseau dans le récipient, et il est joint au tube de manière que ledit tube puisse tourner librement sur le tampon. Un robinet sert à soutirer le contenu du récipient, et un robinet plus bas à laisser écouler l'eau de l'étui.

— M. le Président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire de l'un de ses correspondants, M. Lemazurier, de Versailles.

RAPPORTS.

Plessimétrisme. — M. Piorry, au nom d'une commission composée de MM. Cruveilhier, Barth et Piorry, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Antoine Cros, ayant pour titre : *Sur un progrès dans l'étude et la pratique de la percussion médiate par une modification du plessimètre.*

M. le docteur Cros a cherché à établir dans son mémoire :

1° Que le plessimètre qu'il propose présente toutes les qualités de celui dont on se sert généralement ;

2° Qu'il a l'avantage sur celui-ci d'être plus petit et plus léger ;

3° Qu'il donne des résultats plus précis que les plaques larges ;

4° Que les résultats de la percussion pratiquée sur cet instrument sont plus certains, plus clairs, mieux déterminés, qu'on les obtient en moins de temps et avec moins de peine que si on se sert du plessimètre ordinaire ;

5° Enfin, qu'il rend pour les élèves l'étude du plessimétrisme moins longue et plus facile.

M. le rapporteur, après avoir fait ressortir ces avantages, et rappelé les principes et les principales applications de la plessimétrie, termine son rapport par les conclusions suivantes ;

Le travail de M. Cros est remarquable, utile, et digne de l'approbation de l'Académie ;

Il mérite d'être inséré dans le *Bulletin* des séances de la Compagnie ;

Le plessimètre de M. Antoine Cros, très-portatif et très-léger, est utile, favorise l'étude de la limitation des organes et des dessins que l'on peut en tracer ;

Nous proposons, en conséquence, d'adresser à M. le docteur Antoine Cros des remercîments pour la communication de son travail.

M. Barth déclare que, n'admettant pas les opinions exprimées dans le rapport, il décline toute solidarité avec le rapporteur.

M. le Président met les conclusions du rapport aux voix. Le résultat du vote, après l'épreuve et la contre-épreuve, est déclaré douteux.

M. Gibert, en présence de la déclaration de M. Barth et de l'hésitation qui a paru en résulter dans le vote, propose le renvoi du rapport à la commission.

Le renvoi étant appuyé, il est mis aux voix et adopté.

M. le Président propose au nom du bureau d'adjoindre M. Beau à la commission.

Cette proposition est adoptée.

Uréthrotomie. — M. Gosselin, en son nom et au nom de MM. Robert et Malgaigne, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Bourguet (d'Aix), intitulé *De l'uréthrotomie externe par section collatérale et par l'excision des tissus pathologiques dans les cas d'oblitération ou de rétrécissement infranchissable de l'urèthre.*

Le mémoire de M. Bourguet contient la relation de deux opérations insolites pratiquées dans deux cas de rétrécissements infranchissables.

La première de ces opérations a été faite pour un rétrécissement qui occupait la région membraneuse, et qui, sans être d'origine traumatique, était cependant en partie cicatriciel, une fausse route ayant été faite à une certaine époque. Il était accompagné de plusieurs fistules périnéales qui laissaient passer toute l'urine. Divers chirurgiens avaient essayé de sonder le malade, aucun n'y était parvenu ; M. Bourguet, après beaucoup de tentatives, y ayant également échoué, prit le parti de tenter l'uréthrotomie externe sans conducteur.

Le manuel opératoire consista à faire une incision au périnée, à chercher le bout antérieur dont une sonde indiquait la présence, à conduire cette sonde dans le bout postérieur, de là dans la vessie, et à la fixer ; peu à peu la plaie se cicatrisa, et lorsqu'au bout de trois mois le malade quitta l'hôpital, il urinait facilement et n'avait plus au périnée qu'une très-petite fistule laissant couler peu d'urine.

La deuxième opération de M. Bourguet consiste dans l'excision du rétrécissement ; il l'a pratiquée deux fois. Sur un premier malade, qui avait en même temps que des fistules périnéales un rétrécissement profond reconnu infranchissable par plusieurs chirurgiens, il fit comme dans le cas précédent une incision médiane au périnée, après avoir mis une sonde dans l'urèthre jusqu'au niveau de l'obstacle.

Il se proposait de faire encore la section collatérale ; mais trouvant à la place de l'urèthre une induration très-épaisse et très-volumineuse, il pensa que cette masse calleuse ne se prêterait pas à la formation d'un nouveau conduit, et il se décida à faire l'excision de toute la portion imperméable. Une sonde fut alors placée aisément dans la vessie. Les bords de la plaie furent maintenus écartés. La suppuration s'y établit peu à peu, on vit la plaie se rétrécir, les deux bouts de l'urèthre se rapprocher, et enfin le tout se cicatriser.

La même opération a été faite quelque temps après sur un second malade ; mais celui-ci a été emporté par une infection purulente.

Des points longuement traités par M. Bourguet dans son mémoire au sujet de ces deux opérations, il en est trois sur lesquelles le rapporteur a jugé utile de s'arrêter plus particulièrement. Les voici :

1° L'auteur signale comme une des difficultés des opérations qu'il décrit, la recherche du bout postérieur de l'urèthre ; il prévoit, avec la plupart des chirurgiens qui se sont occupés de ce sujet, le cas où on ne trouverait pas ce bout postérieur, et il signale l'idée qu'il avait eue d'aller à sa recherche d'arrière en avant en faisant préalablement la ponction de la vessie, et se servant de la canule hypogastrique pour conduire dans le col de la vessie, et de là dans l'urèthre une sonde qu'on ferait arriver jusqu'au niveau de la plaie et sur laquelle on ouvrirait facilement le bout postérieur. M. le rapporteur ajoute qu'on éviterait peut-être de recourir à cet expédient si l'on parvenait à faire uriner le malade devant soi, et à se guider sur le passage du liquide par une des fistules pour conduire du périnée dans la vessie une petite bougie ou une sonde qui servira de guide au bistouri. Il a pu lui-même, dans une circonstance semblable, faire arriver une sonde dans la vessie après avoir attendu longtemps ce secours fourni

par la miction. Enfin, si l'on n'était pas parvenu par ce moyen, et si surtout l'absence d'une rétention d'urine éloignait le chirurgien de la ponction hypogastrique, on pourrait songer aussi, ajoute M. le rapporteur, au précepte de M. Gaillard, précepte que cet auteur a mis deux fois à exécution lui-même avec succès, et qui consiste à inciser l'espace recto-prostatique pour aller à la découverte de la face inférieure de la prostate, ouvrir soit la glande seule, soit avec elle le col de la vessie, et conduire par cette voie d'arrière en avant une bougie et une sonde jusqu'au niveau de l'obstacle.

Le deuxième point est relatif à la question de savoir si, après l'une ou l'autre des opérations de M. Bourguet, il convient mieux de fermer la plaie avec des points de suture ou de la laisser béante et d'en favoriser la suppuration. L'auteur à cet égard n'est pas tout à fait explicite. Sur le premier de ses malades il a réuni avec des bandelettes de collodion; sur les deux autres il a interposé de la charpie entre les lèvres de la plaie, et après les considérations qu'il présente sur ce point, il ne prend pas de parti décisif, et laisse à chacun le soin de prendre celui qui lui sera indiqué par les circonstances particulières.

Considérant que dans la plupart des faits de ce genre, et en particulier dans celui dont il a témoin, la réparation du canal s'est faite pendant le travail de suppuration, tandis que le nombre des cas où l'on a dit avoir obtenu la réunion immédiate sont beaucoup plus rares et sujets à contrôle, M. le rapporteur est d'avis que le plus sage est de se décider de suite en faveur de la suppuration.

Quelle est la valeur et quel est l'avenir de l'urèthre ainsi reconstitué? Sur ce point encore la plupart des observations sont insuffisantes. La deuxième de M. Bourguet est la plus satisfaisante à cet égard, car l'excellent résultat obtenu existait encore au bout de trois ans.

En résumé, M. Bourguet, dit M. le rapporteur en terminant, a fait faire un progrès à la thérapeutique des rétrécissements infranchissables; c'est pourquoi la commission propose:

1° De lui adresser des remercîments pour son intéressante communication;

2° De remettre son travail au comité de publication.

M. SÉGALAS propose que le travail de M. Bourguet soit renvoyé à l'une des commissions de prix.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL fait remarquer que cette proposition est contraire aux usages de l'Académie. Ce ne serait que sur la demande de l'auteur que ce renvoi pourrait avoir lieu.

M. ROBERT s'associe volontiers aux éloges donnés par le rapporteur à l'habileté de M. Bourguet. Cependant il ne pense pas que l'Académie puisse approuver les idées émises dans son travail. Dans sa première opération, il s'est proposé de constituer un nouveau canal à travers les tissus sains, sans s'inquiéter des traces du canal oblitéré, dans cette pensée qu'en agissant sur le tissu inodulaire, le trajet tendrait à se rétrécir et à s'oblitérer de nouveau, tandis qu'en incisant des tissus sains, il obtiendrait une cicatrice plus mince et moins rétractile.

Mais le trajet de la plaie ne peut se cicatriser et s'organiser en canal qu'à l'aide du séjour prolongé d'une sonde, et par suite avec formation de bourgeons charnus et d'une cicatrice inodulaire rétractile. De plus, l'urèthre nouveau, n'étant pas placé dans l'axe de l'ancien, doit offrir des difficultés pour le cathétérisme. Cette observation n'est donc pas de nature à modifier les préceptes de l'uréthrotomie externe.

Quant au second procédé employé par M. Bourguet, et qui consiste à exciser la partie rétrécie du canal, il n'est pas digne de prendre place dans la médecine opératoire. En effet, dans la plupart des cas il serait impraticable. Si dans quelques cas exceptionnels où le trajet de la partie malade peut être déterminé au travers des parties molles, il est possible, trouvera-t-on alors facilement le bout postérieur de l'urèthre pour y faire pénétrer une sonde, et ne sera-t-on pas quelquefois exposé à de graves hémorrhagies?

En résumé, il n'y a pas lieu, quant à présent, à modifier le manuel opératoire classique de l'uréthrotomie externe sans conducteur.

M. GOSSELIN répond que M. Bourguet n'a pas eu la pensée de proposer un procédé nouveau. Il s'est trouvé placé en face de cas particuliers qui ne lui permettaient pas de suivre les procédés usités; il a dû agir en conséquence, et s'écarter des règles admises, mais il n'abandonne pas pour cela ces règles. Dans ces conditions, M. Bourguet a rendu un véritable service à la science en formulant une opération que d'autres avaient faite avant lui, mais sur laquelle on n'avait pas encore d'idées bien exactes.

M. MALGAIGNE. Sans doute, si l'urèthre manque dans une grande partie de son étendue, s'il n'existe plus en arrière de la lésion, il faut agir comme l'a fait M. Bourguet; mais on ne peut considérer cette manière d'agir comme une méthode régulière, la vraie loi chirurgicale est de chercher l'urèthre et de l'inciser. Ce n'est donc qu'à titre de procédé exceptionnel qu'il faut admettre le procédé de M. Bourguet, et sous ce rapport les faits qu'il a communiqués à l'Académie sont très-intéressants.

M. LAUGIER est du même avis que M. Malgaigne. N'y eût-il qu'une toute petite partie de l'urèthre, il faut l'aller chercher. M. le rapporteur a soulevé un point très-intéressant, savoir s'il vaut mieux ou non que la plaie suppure. M. Laugier a vu à l'hôpital Beaujon un fait très-curieux qui l'avait déjà conduit à admettre le précepte formulé par M. le rapporteur. Un malade avait une perte de substance de l'urèthre de 4 centimètres de longueur environ. Il s'agissait de combler ce vide énorme. A cette époque il n'était guère question encore d'uréthrotomie. Il ne fit rien.

Or, au bout de six mois, ce malade alla le voir, et ce ne fut pas sans surprise qu'il vit le canal réparé par un tissu nouveau. On n'avait rien fait pour provoquer ce résultat; c'était la nature qui avait tout fait elle seule. Ce fait n'a pas été publié. Il répond, comme on le voit, en partie à la question de M. Gosselin.

M. GOSSELIN répète que M. Bourguet n'eût certainement pas demandé mieux que d'agir selon les règles de l'art et d'aller chercher l'urèthre, ainsi que le veulent MM. Malgaigne et Laugier. Mais ce n'est que parce qu'il lui a été possible de le faire, qu'il a dû agir autrement. Sa pratique ne peut donc être regardée comme contraire aux règles de la chirurgie.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par une décision qui remonte au 15 novembre 1860, Son Excellence le ministre de la guerre a arrêté comme il suit la liste des ouvrages classiques pour les élèves de l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg, qui sont aujourd'hui au nombre de 220.

1re année. *Anatomie*, 4 vol.; *Physiologie*, 1 vol.; *Chimie*, 2 vol.; *Physique*, 1 vol.; *Éléments de botanique médicale*, 1 vol.; *Éléments de zoologie médicale*, 1 vol.; *Précis d'histologie*, 1 vol.

2e année. *Éléments de pathologie externe*, 5 vol.; *Pathologie interne*, 2 vol.; *Pathologie générale*, 1 vol.

3e année. *Médecine opératoire*, 2 vol.; *Traité d'accouchement*, 1 vol.

4e année. *Manuel de matière médicale et thérapeutique*, 2 vol.; *Traité d'hygiène publique et privée*, 2 vol.; *Médecine légale*, 1 vol.

Ces livres deviennent la propriété de l'élève, étant compris dans la composition du trousseau.

Ils lui sont distribués au commencement de chaque année.

— Les épreuves d'aptitude pour l'emploi de médecin traitant dans le service hospitalier viennent de se terminer, au Val-de-Grâce, par l'inscription des médecins-majors de 1re classe ci-après dénommés, sur les états de candidature, savoir:

Pour la médecine: MM. Masse, du 24e de ligne, et Fickelscherer, du 29e de ligne.

Pour la chirurgie: MM. Quesnoy, du 57e de ligne; Brault, du 39e de ligne; Martenot de Cordoux, du 103e de ligne; Vallin, du 35e de ligne; Souville, du 98e de ligne; Jourdeuil, du 84e de ligne; Hounau, du 20e de ligne; et Viry, du 16e d'artillerie monté.

Les jurys étaient et resteront composés de la manière suivante;

Médecine. — M. Vaillant, médecin inspecteur, *président;* MM. Laveran, Cazalas et Grellois.

Chirurgie. — M. Hutin, médecin inspecteur, *président;* MM. Goffres, Thomas et Mounier.

— Ont été autorisés à accepter et à porter les décorations qui leur ont été conférées:

M. Nublat, médecin aide-major de 1re classe au 1er escadron du train d'artillerie, la décoration de chevalier de l'ordre de *François-Joseph d'Autriche.*

M. Galand, médecin aide-major de 1re classe au 20e bataillon de chasseurs à pied, celle de chevalier de 2e classe de l'ordre de *François Ier des Deux-Siciles.*

M. Périer, médecin principal de 2e classe à l'hôtel impérial des Invalides, la croix de commandeur de l'ordre de *François-Joseph d'Autriche.*

M. Boulongne, médecin aide-major de 1re classe au corps expéditionnaire en Syrie, la croix de chevalier de l'ordre de *François-Joseph d'Autriche.*

M. Colau, médecin-major de 1re classe au 9e dragons, la décoration du Medjidié (5e classe).

— On lit dans le *Temps:* « Nous tenons à noter un arrêt rendu le 9 avril par la cour de Colmar, en matière de magnétisme et de somnambulisme. Cet arrêt a confirmé un jugement du tribunal correctionnel de Mulhouse renfermant le considérant que voici:

« Attendu que l'emploi du somnambulisme magnétique comme » moyen de découvrir les maladies et d'appliquer les remèdes, n'est » point à considérer en lui-même comme un élément du délit d'es» croquerie; qu'en effet l'inanité des phénomènes de cette sorte, » comme auxiliaire de l'art de guérir, est loin d'être scientifique» ment démontrée... »

— Le comte Cowley a eu l'honneur de présenter à l'Empereur des Français une députation de la Société protectrice des animaux de Londres. Cette députation, composée du général sir John Scott Lillie, MM. Gurney, J. Curling et Rev. Thomas Jackson, était chargée d'appeler l'attention de Sa Majesté sur les vivisections, sujet qui a déjà depuis longtemps ému les autres Sociétés du même genre en Europe. L'Empereur, sans vouloir préjuger le côté scientifique de la question, a assuré à la députation qu'une enquête serait ouverte à ce sujet. *(The Lancet.)*

— Le *Train*, indicateur spécial de chacune des cinq grandes régions de chemins de fer français, se recommande par sa division claire et précise pour chaque ligne; par un classement simplifié qui facilite les recherches; par l'impression en gros caractères; par l'indication exacte des services, des prix réduits d'aller et retour, et des correspondances. — Une grande carte spéciale pour chaque ligne contient toutes les stations.

Les habitants des villes et des campagnes auront ainsi l'Indicateur spécial de leur ligne le plus exact et le plus complet, au prix minime de 15 centimes. — A Paris, rue de Rivoli, 134.

Études théoriques expérimentales sur l'action de la vaccine chez l'homme, par le docteur P. D. LALAGADE, directeur du service de la vaccine pour le département du Tarn. Un volume in-8° de 74 pages. Prix: 1 fr. 50 c. A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 58. — SAMEDI 18 MAI 1861. (34e ANNÉE.) N° 58. — SAMEDI 18 MAI 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. — Six mois. . 16 » — Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Paralysie ascendante aiguë, rapidement mortelle, survenue dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Depuis que l'attention des médecins a été appelée sur les paralysies consécutives aux maladies aiguës, par la savante discussion qui a eu lieu sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux et les divers travaux que nous avons enregistrés ici les faits de ce genre se multiplient. En voici un très-intéressant que M. le docteur Leudet, professeur de clinique médicale à Rouen, récemment élu correspondant de l'Académie, vient de communiquer à la Société de biologie.

Une jeune femme entre, le 1er décembre, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, dans le service de M. Leudet, pour une affection dont elle faisait remonter le début, marqué par de l'abattement, de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles et des étourdissements, à une dizaine de jours environ; bien que déjà avant cette époque elle se sentit très-mal à l'aise et accomplit avec grande difficulté ses travaux ordinaires. Au moment de son entrée à l'hôpital, elle présentait les symptômes suivants : céphalalgie, un peu d'abattement, étourdissements, épistaxis peu abondante la veille, intelligence parfaite, chaleur de la peau; pouls à 80, assez développé et dur; un peu de tympanite, avec sensibilité dans les deux fosses iliaques; quelques taches rosées lenticulaires; râles sonores épars dans les deux côtés de la poitrine. Il s'agissait, en un mot, d'une fièvre typhoïde, mais d'une fièvre typhoïde légère, à symptômes peu tranchés. La maladie parcourut en effet ses phases avec une très-grande bénignité, et le 8 décembre, c'est-à-dire le huitième jour de l'entrée de la malade à l'hôpital et le dix-huitième ou dix-neuvième environ du début, elle entrait en convalescence.

Le 15, sept jours après, sans aucune douleur préalable, cette femme accuse en se promenant dans la salle une faiblesse marquée des jambes, telle qu'elle a grand'peine à se recoucher seule; les membres inférieurs ne sont le siége d'aucune douleur, seulement elle y éprouve comme un engourdissement.

Le lendemain 16, affaiblissement extrême des deux jambes, et, depuis le matin, du bras droit. D'ailleurs point d'anesthésie ni d'hyperesthésie cutanée, pas de douleur dans la tête ou dans le dos; aucun mouvement convulsif, général ou partiel; l'intelligence est toujours parfaite; appétit normal, point de difficulté de la déglutition, aucun symptôme morbide du côté de l'arrière-bouche.

La paralysie va toujours croissant les jours suivants; elle s'étend aux deux bras, sans qu'aucun nouveau symptôme survienne.

Le 21, aggravation de l'état général, dyspnée depuis la veille au soir; ronchus trachéal; gêne considérable de la respiration; teinte violacée des lèvres et de la face. Impossibilité absolue de remuer les membres. La malade meurt dans l'après-midi, ayant conservé jusqu'au dernier moment l'intégrité de son intelligence.

L'autopsie est faite vingt-six heures après la mort. L'examen le plus attentif du cerveau et de la moelle dans toute leur étendue ne fait découvrir aucune altération appréciable. L'arrière-bouche et le larynx étaient également exempts de toute trace de lésion.

Dans les organes abdominaux, on trouva les plaques de Peyer infiltrées et ulcérées, mais en voie de cicatrisation, les ganglions mésentériques volumineux et ramollis, la rate également accrue de volume, en un mot les lésions anatomiques caractéristiques de l'affection typhoïde.

— Si l'on se rappelle l'observation de paralysie ascendante rapidement mortelle pendant la convalescence d'une variole, que nous avons rapportée il y a quelques années, alors que les faits de ce genre n'avaient encore que très-peu fixé l'attention des observateurs, on sera frappé de la parfaite ressemblance qu'ont présentée les symptômes paralytiques dans ces deux cas, et du défaut de rapport qu'il y a eu également entre le peu de gravité de l'affection primitive et la marche en quelque sorte foudroyante de la paralysie. M. Leudet fait remarquer avec raison cette dernière circonstance, qui a été vue également dans la paralysie diphthérique, et l'oppose à l'opinion des médecins qui ont avancé que ce n'était qu'à la suite des formes graves de la dothinentérie qu'on voyait survenir ces paralysies.

On remarquera, enfin, que M. Leudet a constaté pendant toute la durée de la maladie l'absence de tout accident nerveux grave, tel que délire, convulsion, soubresauts des tendons, etc. Il ne serait donc plus exact de dire, comme on l'a avancé aussi dans ces derniers temps, que l'absence de troubles cérébraux était un des caractères de la paralysie diphtérique.

Ce nouveau fait, comme le nôtre et comme tous ceux qu'a fait connaître M. Gubler dans l'important mémoire dont nous avons exposé les conclusions il y a quelque temps, tend donc à confirmer de plus en plus l'opinion du savant médecin de l'hôpital Beaujon, ainsi que celle de M. Bouchut, sur la nature essentiellement dynamique de ces sortes de paralysies.

La conséquence pratique qui en ressort, c'est l'indication d'un traitement tonique. L'expérience clinique a, en effet, justifié cette déduction de la théorie. M. Leudet avait parfaitement suivi cette indication dans le fait que nous venons de rapporter; mais la marche de la maladie a été si rapide que son traitement est resté sans efficacité.

Arthralgie calcanéo-astragalienne chez les adolescents.

Nous avons vu à l'hôpital Beaujon, dans les salles de M. Gosselin, deux jeunes gens de dix-sept ans, atteints d'une affection mal connue, incomplétement étudiée jusqu'à présent, et sur laquelle ce chirurgien rassemble des matériaux cliniques pour en faire l'objet d'une publication spéciale.

Cette maladie, déjà décrite par quelques auteurs sous le nom de *valgus accidentel*, *valgus douloureux*, *contracture des péroniers*, peut se développer à tous les âges, mais paraît avoir une prédilection particulière pour les adolescents de quinze à dix-huit ans qui grandissent vite et qui se livrent, pendant leur croissance, à des exercices fatigants. Elle se montre plus souvent sur le pied gauche que sur le pied droit.

Les symptômes fonctionnels sont: une gêne de la marche à partir du milieu de la journée, et surtout le soir; parfois une douleur véritable; dans tous les cas, une claudication en rapport avec la gêne et la douleur dont il vient d'être question. Si les malades ne peuvent se reposer ils boitent de plus en plus, et finissent par ne plus pouvoir marcher. Après quelques jours de repos la marche redevient possible, mais la gêne et la claudication se rétablissent.

Les symptômes physiques sont: une déviation du pied en dehors (valgus), une saillie formée par les tendons des péroniers latéraux, saillie variable comme la contracture qui la produit, suivant les sujets et suivant les moments où l'on fait l'exploration; l'impossibilité, pour le malade, d'exécuter les mouvements de latéralité du tarse; l'impossibilité, pour le chirurgien, d'exécuter ces mouvements, soit en saisissant avec une main la partie inférieure du pied, et cherchant à le dévier en dehors ou en dedans pendant que l'autre main immobilise le tibia, soit en saisissant avec les deux mains le bas de la jambe et la secouant pendant qu'on examine si cette secousse fait ou non mouvoir le pied en dehors et en dedans. Il est remarquable que pendant le sommeil anesthésique les mouvements de latéralité redeviennent faciles.

C'est cette suppression des mouvements qui se passent en grande partie dans l'articulation calcanéo-astragalienne, qui fait penser à M. Gosselin que le point de départ est dans cette articulation et les os qui la forment, et non dans les muscles péroniers contracturés.

Des deux jeunes gens qui se trouvaient dernièrement dans les salles de M. Gosselin, l'un était sur le point de quitter l'hôpital, et paraissait guéri après deux mois et demi de séjour et l'emploi d'un appareil plâtré qui avait été appliqué pendant le sommeil anesthésique, afin de corriger plus sûrement la déviation anormale du pied en dehors. L'autre avait depuis plusieurs semaines le pied enveloppé dans un appareil semblable, que M. Gosselin comptait laisser au moins deux mois.

A la salle des femmes se trouve encore dans ce moment une femme de trente ans qui, sans avoir le valgus ni la contracture des péroniers, a tous les autres symptômes d'une arthrite subaiguë calcanéo-astragalienne consécutive à une entorse, et qui est également traitée par l'immobilité dans un appareil plâtré.

Cancer squirrheux péri-mammaire et mammaire à forme galopante.

En même temps que nous suivions les faits que nous venons de rapporter, M. Gosselin a signalé à notre attention une femme de son service, portant une tumeur grave de la région mammaire, dont la marche a présenté quelque chose d'insolite et d'insidieux.

Cette tumeur s'est montrée dans le cours d'un allaitement au côté droit de la poitrine sur une femme de trente-sept ans, d'une santé jusque-là très-bonne et d'une constitution en apparence vigoureuse.

Lorsque la malade s'est présentée à l'hôpital Beaujon, le 11 avril, elle nourrissait encore un enfant alors âgé de six ou sept mois, et l'allaitait également des deux seins. Elle avait au-dessus de la mamelle droite, et paraissant distincte de la glande, une tumeur arrondie, inégale et bosselée, qui remontait jusqu'au niveau de la clavicule droite. Dans l'abduction du bras elle paraissait adhérer aux parties profondes, mais dans l'adduction et le relâchement complet du grand pectoral, elle avait assez de mobilité pour faire croire que ses adhérences à ce dernier muscle n'étaient pas très-intimes.

De quelle nature était cette tumeur? Ses caractères physiques étaient bien ceux d'un squirrhe péri-mammaire, c'est-à-dire développé dans un des lobules de la périphérie ou dans un petit lobule supplémentaire. Cependant, l'âge peu avancé de la malade, sa bonne santé générale d'une part, et d'autre part la gravité de cette affection, engagèrent M. Gosselin à multiplier ses efforts pour arriver à un autre diagnostic, et bien qu'il n'y eût pas d'antécédents syphilitiques évidents, il se décida à essayer les mercuriaux et l'iodure de potassium, au moins pendant tout le temps que demanderait la suppression de la sécrétion lactée.

Le sevrage fut donc immédiatement prescrit, et la malade mise à l'usage d'une pilule de proto-iodure de 0,05, et à celui de 0,30 à 0,50 d'iodure de potassium chaque jour. Mais la tumeur a pris sous les yeux du chirurgien un développement de plus en plus grand. En même temps, la glande elle-même, qui jusque-là n'avait pas paru atteinte, a pris une dureté caractéristique; la peau qui la recouvre s'est indurée elle-même, est devenue de plus en plus adhérente, si bien qu'aujourd'hui l'on trouve, non plus seulement un squirrhe péri-mammaire, mais cette forme de cancer squirrheux de la mamelle, avec dégénérescence de la peau, que M. Velpeau désigne sous le nom de cancer en cuirasse.

La marche de cette affection a été tellement rapide qu'au bout de huit jours l'idée d'une affection syphilitique était tout à fait abandonnée, et celle d'un cancer probablement inopérable était devenue la seule acceptable.

Il y a donc eu de remarquable chez cette malade :

1° Le développement d'un squirrhe sur l'un des points du contour de la mamelle;

2° La marche un peu lente de l'affection pendant les premiers mois;

3° A cette époque l'espoir, peu fondé sans doute, mais légitime, qu'on avait affaire à une tumeur syphilitique du grand pectoral;

4° L'accroissement rapide, à forme galopante, du mal, une fois la lactation terminée;

5° L'extension également rapide du mal à toute la mamelle et à la peau qui la recouvre.

Chorée rhumatismale traitée et guérie par le tartre stibié à haute dose.

Nous avons plusieurs fois depuis trois ans signalé les bons effets du traitement de la chorée par le tartre stibié à hautes doses. M. le docteur Labric vient de communiquer à la Société médicale des hôpitaux une observation recueillie pendant le cours du service intérimaire qu'il a fait à l'Hôtel-Dieu, à la fin de l'année dernière et pendant les premiers mois de la présente année.

Le fait est trop remarquable par la promptitude avec laquelle a eu lieu la guérison sous l'influence de la médication dont il s'agit, pour que nous ne croyions pas devoir le mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Vers la fin de décembre dernier, il est entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Piédagnel, suppléé en ce moment par M. Labric, un jeune homme de vingt et un ans, en proie à une agitation extrême et à un délire furieux.

Voici en quelques mots les antécédents de ce malade, qui devaient jeter du jour sur la nature de sa maladie actuelle :

A l'âge de douze ans, Emile C... fut pris d'un rhumatisme articulaire aigu d'un mois de durée et qui laissa après lui des douleurs vagues dans les membres, douleurs qui augmentaient d'intensité dans les temps froids et humides. Pendant une période de trois années, de 1857 à 1860, il n'eut pas à se plaindre de

sa santé; mais au mois de mai de cette dernière année, il fut pris d'une deuxième atteinte de rhumatisme articulaire aigu. Ce fut un mois environ après la cessation de ce deuxième accès, qu'il éprouva les premiers symptômes de chorée. Les bras furent les premiers atteints; on remarqua d'abord chez lui une maladresse insolite et une agitation continuelle qui provoquaient les plaisanteries de ses camarades; la face devint bientôt grimaçante, puis les membres inférieurs se prirent à leur tour, et enfin tout le corps ne tarda pas à être en proie à une agitation continuelle. La marche devint impossible, si ce n'est par saccades et par sauts.

Dès le 12 décembre une de ses sœurs avait remarqué certains troubles dans ses idées.

Le 18 et le 19 il ne savait plus du tout ce qu'il disait, il présentait le spectacle d'une extrême exaltation et un redoublement dans l'exagération et le désordre de ses mouvements, au point qu'on avait grand'peine à le contenir.

Lors de son entrée à l'hôpital, on le trouva dans un état d'agitation extrême, tout le corps agité de mouvements tumultueux, jetant les hauts cris, voulant à chaque instant sortir de son lit pour se précipiter sur ses voisins. La figure était rouge, les yeux injectés, le pouls fréquent (110 pulsations). Il répondait assez bien aux questions qu'on lui adressait, mais par saccades et avec un ton brusque; il avait de la peine à tirer la langue, et la rentrait aussitôt, comme s'il craignait de la mordre. Il n'y avait point de souffle au cœur; on ne trouvait aucune lésion dans les organes thoraciques.

M. Labric prescrivit le matin, à la visite, une potion avec 0,40 de tartre stibié et 30 grammes de sirop diacode. C'était le 21 décembre.

Le lendemain 22, la potion avait été tolérée; le délire avait duré toute la nuit, et il persistait encore le matin; l'agitation était toujours extrême, le pouls fréquent. La potion stibiée est continuée à la même dose.

Le 23, on constate un peu d'amélioration. L'agitation est un peu moindre, les réponses sont plus nettes; le malade a un peu reposé vers le matin. — Potion stibiée avec 0,50.

Le 24, le malade a eu une dizaine de selles; il est plus calme; les mouvements choréiques ont beaucoup diminué; il y a eu un sommeil de plusieurs heures; le délire a cessé dans la fin de la soirée; le pouls est descendu à 90. On suspend l'usage de la potion stibiée, et on prescrit une potion avec 0,10 de morphine.

Le 25, le malade n'a pas eu de délire; les mouvements choréiques sont moins étendus; sommeil; point de garde-robes.

Le 27, on ordonne une nouvelle potion stibiée à la dose de 0,40.

Le 28, les mouvements se calment de plus en plus; le malade peut se servir de ses bras, il n'a plus de fièvre. — Même potion.

Le 30, l'amélioration croissant, on cesse définitivement la potion.

A partir de cette époque, le malade va de mieux en mieux; il se lève un peu chaque jour et peut marcher assez bien.

Dès le 1er janvier, il est soumis à un régime tonique, au fer et au quinquina, puis aux bains sulfureux.

Il quitte l'hôpital le 15 février, en parfait état, pour aller à l'Asile de convalescence de Vincennes.

— Voilà un exemple assurément très-remarquable de l'efficacité du tartre stibié à doses élevées et répétées dans le traitement de la chorée, et qui, joint aux faits déjà nombreux que nous avons rapportés dans ces dernières années, est bien de nature à encourager les praticiens dans l'emploi de la médication si heureusement réhabilitée par le regrettable Gillette.

Mais ce n'est pas sous ce seul point de vue que cette observation offre de l'intérêt. M. Labric, en la soumettant à ses collègues, a également appelé leur attention sur deux autres points qui se rattachent à l'histoire générale de la chorée. Le premier est relatif à un point de pathogénie mis pour la première fois en lumière par M. Sée; nous voulons parler du lien étiologique qui rattache un certain nombre de maladies choréiques à l'affection rhumatismale. Ce malade a eu antérieurement, comme on vient de le voir, deux attaques de rhumatisme articulaire très-intenses, dont la dernière a eu lieu peu de temps avant la manifestation des premiers symptômes de la chorée. Plutôt que d'admettre qu'il n'y a eu là qu'une simple coïncidence fortuite, nous aimons mieux, avec M. Labric, considérer ce cas comme devant être rangé dans la classe des chorées rhumatismales de M. Sée.

Le second point n'est pas moins digne d'intérêt. On se rappelle que M. le docteur Marcé, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, a cherché à établir un lien analogue entre la chorée et certains troubles cérébraux dont l'existence assez fréquente avait été déjà signalée dans ce cas. Cette observation, en donnant encore sous ce rapport un nouvel appui aux idées de M. Marcé, réunirait, comme on le voit, en elle seule la triple expression phénoménale de l'affection rhumatismale.

ATAXIE MUSCULAIRE, CRAMPE DES ÉCRIVAINS.

Par M. le docteur Faure.

M. R..., âgé de quarante-six ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, a eu toute sa vie une excellente santé. Entré très-jeune dans une administration publique, il y occupe aujourd'hui un rang assez élevé.

Il y a six ou sept ans, il s'aperçut qu'il était sujet à éprouver de temps à autre une douleur assez vive à l'extrémité de l'annulaire, qu'il se fatiguait d'écrire plus vite qu'autrefois, et qu'il lui fallait enfin des efforts plus puissants pour tenir sa plume. Afin de surmonter ces difficultés, il se servit d'abord de manches de plumes de plus en plus gros; il en arriva même à se servir d'un bouchon de plus de deux centimètres de diamètre et percé au centre pour y faire passer la plume. Mais malgré ces moyens, il en est aujourd'hui à ne plus pouvoir écrire.

C'est sur l'état bizarre de la main droite que je désire appeler l'attention.

M. R... prend une plume sur la table, et il se met en position pour écrire, les doigts allongés, le coude au corps, etc., avec une telle facilité qu'il semblerait que l'on ne peut plus attendre de lui qu'un chef-d'œuvre de calligraphie.

Mais à peine veut-il commencer que le doigt indicateur se contracte convulsivement, de telle sorte que l'extrémité de la dernière phalange vient bientôt comprimer l'éminence thénar, tandis que de son côté le pouce se roidit en dehors et est poussé fortement en abduction. Je fis renouveler l'expérience à plusieurs reprises, il en fut toujours de même.

Enfin, il arrive souvent que le mouvement de contraction s'étendant de proche en proche, du doigt à la main, au poignet, à l'avant-bras et au bras, le membre tout entier se trouve courbé convulsivement, et demeure ainsi pendant quelques secondes.

Je lui demandai d'essayer à tenir sa plume entre le médius et le pouce; le médius resta ferme, mais le pouce obéissait inévitablement à sa tendance, et il s'écartait.

Dans ces diverses conditions, tantôt la plume tombait sur le papier de suite, tantôt elle ne tombait qu'au milieu même de la formation d'une lettre; tantôt enfin elle était portée sous la paume de la main et y était maintenue par l'indicateur, de façon à présenter en avant, horizontalement, le bout opposé au bec.

Mais, chose bien singulière, la lésion porte uniquement sur la faculté d'écrire, car, malgré les perturbations que je viens de signaler, la main est restée en possession de toutes ses autres fonctions. Ces doigts, qui ne peuvent pas tenir une plume, ramassent sans hésiter une aiguille sur une table de marbre poli; ils ne se refusent à aucun des mêmes détails de la vie. M. R... coud lui-même ses boutons; il taille une plume; il dessine, écrit même à la craie sur un mur, etc.: il soulève sans peine de lourds fardeaux. Dernièrement enfin, à une heure avancée de la nuit, ayant été attaqué dans la rue, il donna, à ce qu'il paraît, à son agresseur un témoignage très-suffisant de la vigueur de son bras.

M. R... a essayé de tous les moyens, bains, affusions, douches, électricité, etc., rien n'a enrayé la marche du mal.

NOUVELLE MÉTHODE OPÉRATOIRE

dans les cas désespérés d'iritis chronique,

Par Alb. de Græfe.

Parmi les malades atteints d'affections oculaires que l'on déclare généralement incurables se trouve un groupe de cas qui doivent ce triste pronostic à l'existence d'iritis chroniques avec synéchies postérieures. L'opération de la pupille artificielle, possible et très-utile dans quelques cas, devient presque impossible quand l'iris se trouve intimement uni à la capsule antérieure par de fausses membranes résistantes, pigmentées. Il devint impossible de saisir avec la pince une portion suffisante d'iris; d'ailleurs il ne suffit pas d'enlever une portion de l'iris, il faut aussi enlever les fausses membranes qui tapissent la capsule antérieure, ce qui ne peut se faire sans blesser le cristallin. Celui-ci devient opaque et l'opération reste sans résultat.

Ces considérations engagèrent M. de Græfe à enlever préalablement le cristallin et à procéder plus tard seulement à l'excision d'une partie de l'iris et des fausses membranes.

L'extraction du cristallin se fait le mieux dans ces cas par un lambeau inférieur. L'opération est moins grave que dans les cas habituels, les sujets étant plus jeunes le plus souvent, et il en résulte généralement une amélioration marquée dans l'état de l'iris. Quatre à huit semaines après l'extraction on procède à l'iridectomie: la pince suffit rarement dans ces cas pour saisir l'iris, il est plus avantageux d'employer un crochet que l'on enfonce dans l'iris et les fausses membranes. En l'attirant au dehors on produit une déchirure qui met à nu le fond noir de l'œil. La pupille nouvellement formée conserve ses dimensions.

Cette méthode opératoire est d'une grande utilité pour un certain nombre de malades ordinairement abandonnés comme incurables après avoir subi trois ou quatre opérations de pupilles artificielles demeurées sans résultats, soit qu'elles se fussent refermées, soit que l'opération elle-même n'ait pu être pratiquée qu'incomplétement.

Wenzel avait proposé une opération analogue, employée quelquefois, qui consiste à faire une extraction de cataracte avec excision de l'iris dans les cataractes avec synéchies postérieures. *(Gaz. méd. de Strasbourg).*

ANÉVRYSME DE LA CAROTIDE ET DE LA SOUS-CLAVIÈRE DROITES,

Ligature du tronc innominé;

Par E. S. Cooper.

La maladie a commencé par la carotide primitive à son origine, mais elle a peu à peu envahi la sous-clavière, et maintenant il ne reste qu'un moyen de guérison, c'est la ligature du tronc innominé qu'on pratique de la manière suivante:

On fait une incision rectiligne de 4 pouces de longueur parallèle à la clavicule et à un demi-pouce au-dessus du bord supérieur de cet os, commençant en dedans à l'articulation sterno-claviculaire, se terminant en dehors au bord antérieur du trapèze.

On fait une seconde incision partant du centre de la première et se terminant en haut au sterno-cléido-mastoïdien, puis on dissèque les lambeaux, on met la tumeur à découvert, on trouve le tronc innominé déjà dilaté, et on est obligé d'enlever l'extrémité du sternum et une portion de la clavicule pour pouvoir appliquer la ligature sur une partie saine, à 3/4 de pouce du cœur!

Le malade perdit peu de sang pendant l'opération et parut assez bien pendant cinq jours; mais, après ce temps, il eut de la dyspnée, de l'inquiétude, une rétention d'urine, et s'affaiblit graduellement jusqu'au neuvième jour, où il mourut.

A l'autopsie, on trouva le ventricule droit légèrement dilaté; le poumon droit adhérent à la paroi postérieure de la poitrine et infiltré de tubercules; de la sérosité épanchée dans la plèvre et le péricarde; un peu de pus au centre du rein droit seulement; rien dans les autres organes. *(Gaz. méd.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 mai 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A propos du procès-verbal, M. Giraldès communique les résultats obtenus en Perse par le docteur Pollak.

Ces faits sont relatés dans une note lue à la Société de médecine de Vienne.

Depuis le mois de novembre 1852 jusqu'au mois de juin 1860, c'est-à-dire dans un espace de huit années, le docteur Pollak a rapporté 158 cas de lithotomie.

La lithiasie (affection calculeuse) est très-commune en Perse, notamment dans les anciennes provinces, la Médie, l'Hyrcanie, etc. Le docteur Pollak en recherche la cause dans la fréquence de la diète, de l'usage du lait et surtout du lait acide, des fruits acides et verts, et même du vin.

Voici quelques chiffres tirés de l'examen des 158 cas rapportés par le docteur Pollak:

De 1 à 7 ans.	60 cas.
De 8 à 14 ans.	58
Total de 1 à 14 ans. . . .	118
De 15 à 21 ans.	9 cas.
De 21 à 50 ans.	16
Total de 15 à 50 ans. . . .	25

La taille latérale a été pratiquée 121 fois.
— rectale — 2

Il est noté que dans 147 cas on n'a trouvé qu'un seul calcul.

De la lecture attentive de la statistique du docteur Pollak, il ressort (et il ne faut tenir compte que des cas positifs) 144 guérisons, 7 morts, sur 151 cas.

Toutes ces opérations ont été pratiquées à l'aide du chloroforme, à l'air libre, jamais dans l'intérieur d'une maison.

CORRESPONDANCE.

— La Société a reçu la lettre suivante de M. Lefort:

« Monsieur le Président,

» Dans une des précédentes séances de la Société de chirurgie, M. Richet a présenté un enfant atteint de bec-de-lièvre et d'un **vice de conformation très-rare de la lèvre inférieure**, puisque, sauf un autre cas observé également par M. Richet, aucun membre de la Société n'avait rencontré encore d'exemple semblable. Le numéro d'octobre 1860 du *British and foreing medico-chirurgical Review* en rapporte quatre à peu près identiques observés sur les membres d'une même famille; j'ai cru que la Société, qui s'est intéressée à la présentation de M. Richet, recevrait peut-être avec intérêt une courte traduction de la note de M. Murray (de Brighton), publiée sous le titre de *Vice de conformation de la lèvre inférieure, rencontré sur quatre membres de la même famille et non encore décrit.* — On trouve dans le livre des planches représentant la difformité.

» En mai 1859, le docteur Murray fut appelé à voir un enfant atteint de bec-de-lièvre simple du côté gauche et âgé de dix-huit mois. L'enfant, opéré, guérit; mais ce qui frappa le chirurgien fut l'existence d'un singulier vice de conformation se rencontrant sur quatre membres de la famille.

» Cette anomalie consiste dans l'existence de deux petites poches ou saccules sur la lèvre inférieure du père, de l'aîné, du troisième et du huitième enfant, âgés de 17 ans, 13 ans, et le dernier de 18 mois.

» Tous sont exempts de maladies constitutionnelles, et jouissent d'une excellente santé.

» Le père, né avec un double bec-de-lièvre, fut opéré par Liston. Ni les frères ni les sœurs du père ne présentaient d'affections analogues.

» Sa fille, âgée de dix-sept ans, présente à la lèvre inférieure deux petites poches qui offrent l'aspect suivant:

» La lèvre inférieure est grosse et charnue; à un quart de pouce environ du bord externe de la muqueuse labiale existent deux ouvertures en forme de croissant, toutes deux de forme semblable et placées symétriquement des deux côtés de la ligne médiane. Les extrémités de croissant sont dirigées en avant et un peu en dehors. Une sonde, introduite dans une de ces ouvertures, s'enfonce en bas à la profondeur d'un demi-pouce et se rapproche du côté buccal de la lèvre, mais l'instrument est toujours recouvert par une certaine épaisseur de parties molles. Les deux conduits ne communiquent pas l'un avec l'autre, ils sécrètent du mucus glaireux, et leur présence n'amène aucun inconvénient.

» Le père et deux autres enfants présentent les mêmes altérations, et les petits conduits ont les mêmes caractères.

» Sauf la fille aînée, tous sont nés avec un bec-de-lièvre.

» Le docteur Murray cherche à s'expliquer l'existence de ce vice de conformation; il tendrait à penser qu'elle serait due à une maladie intra-utérine des glandes labiales.

» MM. Goodsir, Owen, Simpson, Paget, Green et Quekett, con-

sultés par M. Munay, n'ont pu s'expliquer ce fait d'une manière satisfaisante. »

M. DEMARQUAY. M. Lefort, dans la lettre qu'il vient d'adresser sur un état particulier de la lèvre inférieure, dit que personne avant M. Richet n'avait signalé ce vice de conformation. J'ai publié, dans la *Gazette médicale de Paris*, un travail sur le bec-de-lièvre, où j'ai décrit avec soin ce vice de conformation, et où j'ai signalé également l'influence de l'hérédité.

— L'ordre du jour appelle la nomination d'une commission pour examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante.

A la majorité relative, sont nommés membres de la commission : MM. Larrey, Legouest et Verneuil.

Discussion sur le traitement des anévrysmes.

M. BROCA. La Société avait d'abord voulu s'occuper du traitement de l'anévrysme artériel; cette question pourra venir un peu plus tard, mais le fait de M. Richet se rapporte à un ordre d'anévrysmes bien différents.

Il s'agit d'anévrysmes artérioso-veineux. Le fait de M. Richet vient nous démontrer une fois de plus, dans ces sortes de tumeurs, la gravité des opérations sanglantes, et surtout des opérations dans lesquelles on est obligé d'aller ouvrir le sac. Cette observation me paraît du reste assez complexe.

La blessure des vaisseaux a eu lieu bien au delà de la profondeur où pénètre la lancette dans les saignées maladroites ou malheureuses; elle existe au point où se bifurque l'artère humérale. Il est probable que c'était une veine profonde qui concourait à la formation de l'anévrysme. Ces détails ont été révélés par l'autopsie, mais ne pouvaient pas être exactement connus d'avance. Que fallait-il faire alors?

Pour ma part, je n'hésite pas, dans ces cas d'anévrysmes artérioso-veineux, à rejeter la méthode d'Anel. Cette méthode échoue presque toujours, quand elle ne tue pas les opérés. Les conditions de la phlébartérie empêchent la poche de s'oblitérer. Parmi les malades traités de cette manière, on peut bien compter 1 cas sur 30 dans lequel les malades ont survécu, mais la lésion a persisté. En général, les résultats sont déplorables. Chose assez singulière, les anévrysmes des membres inférieurs, traités par cette méthode, ont été presque tous suivis de gangrène; et quand on opérait en liant le vaisseau au-dessus et au-dessous de la tumeur, la gangrène était moins fréquente! Cette idée émise par Breschet, du passage à un certain moment de la circulation, de sang veineux dans l'artère, pourrait bien être vraie après la ligature par la méthode d'Anel.

M. Richet a eu recours à la compression directe : on pouvait tout au plus risquer d'échouer avec ou sans amélioration, mais on pouvait aussi espérer une guérison. Je ne puis donc qu'approuver la tentative qui a été faite. M. Richet a donné cette observation comme un exemple d'insuccès de la compression indirecte. Oui, c'est un insuccès, mais il ne faut pas perdre de vue que la compression n'a pas été conseillée pour les cas d'anévrysme artérioso-veineux.

Maintenant je me demande si, la compression ayant échoué, il y avait lieu d'avoir recours de suite à une autre opération, à la ligature. Je n'admets, pour ces anévrysmes, d'opérations que quand la tumeur fait des progrès, menace le membre et la vie du malade, mais ces cas sont rares et constituent une très-minime proportion. On peut garder vingt, trente ans, et même davantage, des tumeurs de ce genre. Sans doute cette communication entre une artère et une veine peut modifier la force et la nutrition d'un membre, mais pour obtenir une bien faible amélioration, faut-il faire courir au malade les chances si funestes d'une opération sanglante? Dans le fait de M. Richet, a-t-on du reste assez attendu après la compression? En général, si cette méthode réussit, ce n'est qu'après un temps assez long. M. Nélaton a guéri cinq ou six anévrysmes artérioso-veineux du pli du coude à l'aide de la compression, soit directe, soit indirecte. Mais il n'a pas obtenu ces succès de suite, et je me souviens d'un fait que j'ai vu à la Clinique et qui m'a bien frappé.

Je prenais le service de M. Nélaton; je trouvai dans les salles de l'hôpital un malade atteint de phlébartérie traitée par la compression digitale. Il y avait déjà six mois que la compression avait été abandonnée, que la tumeur allait en diminuant : elle a fini par disparaître entièrement.

J'aborde un dernier point de la communication de M. Richet, et celui-ci touche non-seulement aux anévrysmes artérioso-veineux, mais aussi aux anévrysmes artériels.

Frappé de la rapidité du retour du sang, M. Richet se demande si ce n'est pas la compression indirecte qui a déterminé un accroissement dans le calibre des vaisseaux, et, partant, préparé les voies de retour dans la circulation collatérale. La compression agit en effet ainsi dans la majorité des circonstances; c'est dans le but de favoriser le développement des voies collatérales, et de diminuer les chances de la gangrène, que les chirurgiens du dernier siècle avaient recommandé ce mode de traitement des anévrysmes.

Mais cette objection tombe quand on veut l'appliquer aux anévrysmes artériels; ce n'est pas sur le sac que l'on porte le bistouri, on n'opère plus par la méthode ancienne. Dans les cas d'anévrysmes artérioso-veineux, c'est un danger sans doute, si l'on veut ouvrir le sac, mais pour les anévrysmes artériels c'est plutôt un bienfait.

J'arrive enfin à une anomalie sur laquelle notre collègue M. Richet a appelé l'attention. Cette anomalie est décrite par Meckel et ses successeurs comme un fait si fréquent, qu'il serait plutôt normal à une certaine période de la vie. Cette longue branche artérielle qui, partant de l'artère axillaire, venait s'ouvrir largement dans l'artère radiale, et donnant naissance aux récurrentes radiales, n'est autre chose qu'une espèce de *vas aberrans* décrit par Meckel, et que l'on rencontre dans le fœtus et chez les très-jeunes sujets. Je l'ai recherché moi-même et je l'ai souvent rencontré. Ce *vas aberrans* est l'origine de cette anomalie décrite sous le nom de bifurcation prématurée de l'artère humérale.

Dans ce cas, comme dans celui de M. Richet, si l'on cherche bien, on trouve presque toujours l'artère humérale qui se continue en donnant naissance à l'artère cubitale, puis ce *vas aberrans* plus ou moins volumineux. Dans le premier cas, il constitue l'artère cubitale : dans le second, il est rudimentaire. Dans celui-là, il reçoit un petit ramuscule partant de l'artère humérale, au moment où elle va prendre le nom d'artère cubitale en venant se jeter dans l'artère radiale; dans celui-ci, au contraire, c'est le *vas aberrans* qui se jette dans l'artère radiale.

Dans ces deux circonstances, le tronc des récurrentes radiales prend naissance sur le *vas aberrans*, avant sa jonction avec l'artère cubitale. C'est ce qui fait dire que ces récurrentes naissent par un tronc commun : ce tronc commun c'est le rudiment de l'artère radiale, dans le cas de division prématurée de l'artère humérale; c'est le *vas aberrans* lui-même dans les cas ordinaires. J'ai vu au moins dix fois l'artère radiale naissant par deux racines presque égales : une de l'humérale en bas, une autre de l'humérale en haut (*vas aberrans*).

Dans le cas de M. Richet, il y avait une anomalie; mais ce n'est pas la compression qui aurait pu provoquer le développement d'une collatérale aussi longue. Y a-t-il beaucoup de collatérales semblables, ailleurs que dans ces circonstances et dans cette région, dans les cas d'anévrysmes artériels? La compression ne pouvait pas produire ici plus que n'aurait produit la ligature.

M. CHASSAIGNAC. Je trouve dans ce fait la confirmation d'un principe qui me guide constamment, mais que l'on me paraît un peu trop souvent porté à oublier : c'est le danger de porter une ligature sur des vaisseaux, sur des tissus enflammés, altérés par la suppuration. Les ligatures sur des vaisseaux enflammés ne restent pas longtemps en place; elles tombent au bout de trois ou quatre jours. Or c'est un temps insuffisant pour être sûrement à l'abri d'une hémorrhagie consécutive. Il n'a fallu rien moins que la grande habileté de M. Richet pour terminer cette opération laborieuse. Aussi je pense que dans des circonstances semblables il vaut mieux aller plus haut, et lier l'artère axillaire. C'est ce que je recommande, et ce que je ferai moi-même. J'ajouterai que je ne reculerais pas devant la ligature des artères axillaire, radiale et cubitale, ces deux dernières liées au-dessous du sac par la méthode de Brasdor.

Enfin, lorsque l'inflammation s'est emparée de ces vaisseaux, déjà altérés par le mélange des deux sangs, artériel et veineux, il faut retarder autant qu'on le peut toute opération sur ces organes. Ils ressentent pendant longtemps les atteintes de l'inflammation.

M. HOUEL fait remarquer que M. Nélaton cherche d'abord à obtenir l'oblitération de la veine, ou tout au moins de l'orifice de communication, par la compression directe, avant d'attaquer par la compression indirecte l'anévrysme artérioso-veineux, ainsi transformé en anévrysme artériel.

M. DARAT s'est beaucoup occupé de la question de l'oblitération des veines. Cette oblitération est très-longue et très-difficile à obtenir.

— La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

COMMUNICATION.

M. BROCA communique à la Société le fait suivant :

Un homme fut renversé et eut la jambe prise sous une énorme pierre. Il en résulta une fracture de jambe avec plaie et issue du fragment supérieur. Le blessé fut apporté à l'hospice de Bicêtre.

L'accident avait eu lieu le soir; le lendemain matin, au moment où M. Broca, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, vit le malade, outre la fracture et la plaie étendue dont il vient d'être fait mention, il constata qu'il existait un **emphysème** considérable.

La plaie était située un peu au-dessus de la malléole interne; l'emphysème occupait toute la partie inférieure de la jambe et remontait jusqu'à trois travers de doigt au-dessous du point où se pratique l'amputation dite au lieu d'élection.

M. Broca se décida, en raison des lésions et des désordres graves de la jambe et de l'existence de l'emphysème, à pratiquer immédiatement l'amputation. Elle fut faite au lieu d'élection par la méthode circulaire, et la section, *même la section des parties molles*, porta au-dessus du point où avait pénétré l'infiltration gazeuse. M. Broca note, en passant, que, bien que le blessé fût à peine âgé de quarante-sept ans, il y avait ossification des artères.

Dès le lendemain, M. Broca constata que le moignon (la manchette, le tissu cellulaire sous-cutané et même les muscles) était sphacélé. Toute cette portion était recouverte d'une couche grise, pultacée. Huit jours après le développement de cette gangrène, le blessé a succombé. Il avait été pris de frissons à plusieurs reprises. Il portait dans d'autres régions du corps, dans le dos par exemple, des traces de contusions plus ou moins violentes, mais sans fractures.

L'autopsie n'a pas été pratiquée.

M. Broca, à propos de ce fait si singulier, s'est posé et soumet à la Société les questions suivantes :

1° Quelle est l'origine de ces gaz? Sont-ils le résultat de la putréfaction ou d'une simple exhalation?

2° Parmi les faits qui ont été rapportés, il en est dans lesquels il y a eu gangrène plus ou moins étendue; d'autres n'ont pas présenté cet accident. Dans les premiers, quelques-uns ont été suivis de guérison; d'autres, au contraire, ont amené la mort plus ou moins promptement. Quelle serait l'influence de ce développement de gaz sur la production de la gangrène? Comment les tissus en contact avec ces gaz se gangrènent-ils?

3° Enfin, en admettant que ces gaz jouent un rôle plus ou moins important sur la production de la gangrène, comment expliquer cette gangrène à distance, cette gangrène qui s'est développée dans le moignon, alors que M. Broca avait fait porter même la section des parties molles en dehors de la ligne occupée par l'emphysème? L'emphysème a-t-il pu être la cause de cette gangrène à distance?

Telles sont les questions que M. Broca adresse aux membres de la Société.

M. CHASSAIGNAC. La question que vient de soulever M. Broca me paraît une des plus importantes de la chirurgie. Notre savant maître M. Velpeau est le premier qui se soit occupé avec soin de cette question. Pour ma part, je l'ai aussi beaucoup étudiée. M. Malgaigne, dans son *Traité des fractures*, pense qu'il faut attribuer cette production de gaz à la putréfaction. Il rapporte une analyse chimique qui aurait été faite, et dans laquelle on aurait trouvé des gaz analogues à ceux de la putréfaction. J'ai vu plusieurs cas semblables, et dans un des faits les plus curieux que j'ai observés, l'emphysème occupait l'avant-bras et la partie inférieure du bras; il s'était produit à la suite d'une fracture compliquée de plaies, chez un vieillard de soixante-six à soixante-sept ans. J'ai amputé le bras à la partie supérieure, et le malade a guéri.

J'ai remarqué que les cadavres des individus qui succombaient offraient une rapidité étonnante de décomposition. J'en ai conclu qu'il était au pouvoir d'une lésion traumatique violente, d'ébranler et même d'empoisonner sur-le-champ l'économie.

Il est bien difficile, il faut l'avouer, d'établir pour ces cas une théorie satisfaisante. On a remarqué que les cadavres des suicidés se décomposent très-promptement, qu'ils donnent lieu très-vite à une production gazeuse abondante, générale. On peut, jusqu'à un certain point, admettre que l'influence morale, les pensées, les préoccupations qui dominent l'individu dans ces circonstances, peuvent ébranler fortement l'économie, l'anéantir en quelque sorte, et que cette influence nerveuse peut jouer un certain rôle dans cette production si prompte de gaz; mais cette influence nerveuse, antérieure au traumatisme, n'existe pas quand il s'agit d'accidents et de développement consécutif d'emphysème.

Il y a donc dans ces cas, pour moi, une espèce d'empoisonnement immédiat, que je comparerai volontiers à l'intoxication des virus des serpents, qui se produit sous l'action d'un violent traumatisme. Pendant que je remplaçais notre collègue M. Michon à l'hôpital Cochin, j'ai vu un grand nombre de blessés ayant des fractures compliquées de plaies. Or, parmi ceux-ci, les uns succombaient promptement avec ou sans production d'emphysème pendant la vie, et chez tous j'ai constaté que les cadavres se décomposaient avec une étonnante rapidité. Cette altération prompte des tissus, je ne puis l'attribuer qu'à une disposition particulière tenant au traumatisme violent auquel ces individus ont été soumis.

M. MOREL. Il ne faut pas confondre l'emphysème spontané et l'emphysème traumatique. M. Velpeau a décrit l'un et l'autre, et, pour ma part, placé dans des hôpitaux où les accidents sont fréquents, j'ai pu observer un grand nombre de cas d'emphysème.

J'ai vu un cas d'emphysème spontané bien curieux; un de mes internes l'a rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux*. Un choréique, en tombant, se brise la rotule; il n'y avait pas trace de plaie ni de contusion; il est survenu un emphysème très-marqué, se propageant dans les deux cuisses, qui du reste a très-bien guéri. J'ai attribué cette production gazeuse à une influence nerveuse. Mais ce n'est pas de l'emphysème spontané qu'il s'agit ici.

J'ai observé plusieurs cas d'emphysème traumatique analogues à celui de M. Broca. Dans ces conditions, les muscles sont déchirés, ils se retirent dans leur gaîne; la peau se décolle et glisse sur l'aponévrose; l'os, en se réduisant, laisse en quelque sorte un vide dans le point où il faisait saillie. Toutes ces conditions me portent à penser qu'il y a là une espèce de mouvement de succion, de pompe, et que l'air extérieur entre et pénètre dans nos tissus. J'ai vu un blessé qui portait une plaie étendue gagnant jusque sous le grand pectoral, mais sans pénétrer dans la poitrine. Or, pendant les contractions du muscle grand pectoral, l'air entrait dans la plaie et en ressortait dans l'expiration. Ce qui se produisait dans ce cas peut être rapproché de ce qui a lieu dans les fractures avec plaie, et l'on peut, je crois, admettre que c'est l'air extérieur qui vient produire cet emphysème traumatique, qui se manifeste immédiatement après la blessure, sans gangrène, sans décomposition apparente de nos tissus.

L'objection tirée de l'analyse des gaz n'a pas une très-grande portée, il faudrait que cette analyse fût faite au moment même où l'emphysème se produit; plus tard, l'air est déjà décomposé, et l'analyse chimique ne prouve plus rien contre la théorie que j'invoque.

Quant au pronostic, je pense qu'on en a exagéré la gravité. Cet emphysème spontané, subit, ne me paraît pas aussi sérieux qu'on avait pu le croire autrefois. J'ai vu plusieurs cas de guérison, entre autres celui d'une belle jeune fille de dix-sept ans qui était tombée dans les catacombes, et qui avait une fracture de la jambe avec plaie et production d'emphysème. C'est un des cas les plus graves de fracture compliquée que j'ai rencontrés.

Dans le fait dont parle M. Broca, je pense qu'il ne faut pas rapporter la gangrène du moignon à l'emphysème. Il y a eu coïncidence, et il s'est fait là un sphacèle comme on en voit à la suite de certaines amputations dans des cas où il n'existe pas d'emphysème au moment de l'opération. Peut-être faut-il tenir compte de l'ossification des artères.

M. LEGOUEST. Je veux surtout examiner un point dans la communication de M. Broca, le sphacèle du moignon. Ce n'est pas un fait très-rare dans la pratique des armées, dans les amputations qui sont faites soit sur les champs de bataille, soit dans les hôpitaux improvisés. J'en ai vu beaucoup en Orient, et à Constantinople, où étaient évacués les blessés et les amputés. Dans ces cas, ces accidents pouvaient être rapportés à l'encombrement et à la pourriture d'hôpital. Ces amputations étaient faites sur des blessés qui étaient déjà dans de mauvaises conditions. Chez ces hommes soumis à des privations, fatigués, il pouvait bien survenir quelque chose d'analogue à l'intoxication charbonneuse. Or les plaies présentaient précisément cette teinte verdâtre, pultacée, sur laquelle M. Broca a appelé notre attention. Il me semble donc, sans nier l'influence qui a pu se produire sur le malade de M. Broca, qu'il n'est pas nécessaire, pour expliquer ce sphacèle du moignon, de chercher une relation de cause à effet entre l'emphysème traumatique et le développement de la gangrène consécutive à l'amputation.

M. FOLLIN. Depuis que notre excellent maître M. Velpeau a étudié l'emphysème traumatique, depuis la thèse d'un de ses élèves, M. Bouraud, on a recueilli un grand nombre de faits. On peut les ranger en deux catégories : les uns ont rapport à un emphysème qui se produit par suite des mouvements des parties dilacérées; les autres sont le résultat de la décomposition des liquides.

M. Goffres a fait sur des chevaux une série d'expériences rapportées par un journal de Toulouse. On faisait une plaie étendue, intéressant la peau, l'aponévrose et même les muscles, puis on faisait courir l'animal; il se produisait un emphysème peu étendu, et guérissant sans accidents. Ces expériences peuvent être rapprochées du fait de M. Morel, dans lequel il existait une plaie de l'aisselle allant jusque sous le muscle grand pectoral.

Dans d'autres cas, on a analysé les gaz qui s'étaient produits, et on a trouvé de l'hydrogène protocarboné, etc. Tel est le fait rapporté par M. Malgaigne. Mais ces analyses laissent encore à désirer. Ces observations peuvent être rapprochées de ce qui se passe à la suite de l'introduction des virus des serpents.

Les faits rapportés par Fabrice de Hilden, Dionis, A. Paré, dans lesquels des individus, pour inspirer la pitié, insufflaient de l'air sous la peau au point de produire des difformités hideuses et repoussantes, peuvent être classés dans la première catégorie.

Le pronostic est différent pour ces deux ordres de faits. Dans le premier cas, innocuité presque complète; dans le second, au contraire, la mort est presque toujours la terminaison fatale de cette complication. Dans le premier cas, il y a introduction dans les mailles du tissu cellulaire de l'air ambiant; dans le second, les gaz sont dus à la décomposition des liquides de l'économie.

M. BROCA. Jusqu'à présent la question a peu avancé, et je reste dans une incertitude assez grande. Je ne vois pas encore de théorie satisfaisante pour expliquer la production de l'emphysème et la gangrène si prompte du moignon de mon amputé. Voici une idée de M. Maisonneuve qui m'avait toujours paru fort hasardée, mais qui pourrait avoir dans ce cas un certain degré d'admissibilité. M. Maisonneuve prétendait que ce développement si rapide des gaz était le résultat du traumatisme; qu'au moment même de l'accident, et sans qu'on aperçût les signes de la gangrène, la gangrène existait déjà; qu'au moment du traumatisme, les tissus étaient frappés de mort; que dès lors la putréfaction marchait très-vite; que la décomposition avait lieu immédiatement. Mais, pour le cas que j'ai observé, je comprends peu, je l'avoue, une gangrène si prompte, et je comprends moins encore ce sphacèle du moignon, ce sphacèle à distance.

Or, chez mon malade, la gangrène a marché si vite qu'il est difficile de ne pas admettre une relation de cause à effet. Quel est ici l'effet? quelle est la cause? Est-ce l'emphysème qui a produit la gangrène, ou la gangrène l'emphysème? Il n'y avait pas de gaz dans le point où a porté le couteau, et pourtant le moignon s'est sphacélé. Malgré tous ces rapprochements, je ne vois rien qui vienne me mettre sur la voie de la solution que je cherche.

M. VOILLEMIER. Je commence par laisser de côté les cas dans lesquels la plaie communique avec l'air extérieur ou avec la poitrine; j'insiste surtout sur les fractures avec emphysème consécutif, si bien étudiées par M. Velpeau.

Dans le premier moment, il y a attrition et mortification des parties blessées; mais il y a, en outre, déchirure du tissu cellulaire; il se forme des espèces de poches, et sous l'influence de la chaleur les liquides épanchés dans ces poches se vaporisent et forment des gaz. J'ai vu un malade qui avait reçu un violent coup de bâton sur la cuisse; il y avait une vaste poche, sans plaie extérieure, et dans cette poche il y avait peu de liquide, mais beaucoup de gaz. Des résolutifs furent appliqués, et la guérison eut lieu. Or si les gaz avaient été le résultat d'une décomposition gangréneuse, pareille guérison n'eût pas été obtenue.

Lorsqu'il y a une contusion profonde, il peut en résulter la production de gaz et de la gangrène : dans ces circonstances, ces deux accidents réagissent l'un sur l'autre; la gangrène marche d'autant plus vite qu'il y a des gaz, et *vice versa*.

Dans le fait de M. Broca, peut-être l'accident a-t-il produit une modification dans l'état des tissus amputés; il ne faut pas toujours juger qu'un tissu est sain parce qu'il a toutes les apparences de l'état normal après un traumatisme violent : après vingt-quatre heures, la nature n'a pas encore commencé son travail de réaction. Dans un cas semblable à celui qui nous est soumis, je me rappelle avoir pratiqué une amputation, et avoir vu aussi la gangrène se déclarer immédiatement après l'opération.

M. VELPEAU. Dans le fait qui nous a été communiqué par M. Broca, je vois trois points également intéressants à examiner : l'origine du gaz dans l'emphysème traumatique, la gravité de cette complication au point de vue du pronostic, et le traitement qu'il convient de mettre en usage.

Je mets de côté, bien entendu, l'emphysème spontané, pour ne m'occuper que de l'emphysème traumatique proprement dit, emphysème qui se produit à la suite d'une violence extérieure, portée au point de déterminer une solution de continuité à la peau et souvent une ou plusieurs fractures.

La première idée qui s'est présentée à mon esprit est celle de l'introduction de l'air extérieur, et cette explication me paraît bien simple. Les muscles en se retirant et en jouant dans leur gaîne, les frottements de la peau sur l'aponévrose, le mouvement de va-et-vient du fragment osseux qui a percé les téguments, toutes ces conditions, ainsi que l'a établi tout à l'heure M. Morel, sont suffisantes pour admettre qu'il y a en quelque sorte dans un membre un mouvement d'aspiration, et par suite entrée de l'air extérieur.

Les expériences de M. Goffres rappelées par M. Follin, le fait de M. Morel, viennent à l'appui de cette théorie. Je ne peux pas m'expliquer d'une autre manière, je l'avoue, cette production si prompte, si instantanée de gaz. Est-il possible d'admettre que la gangrène ait pu en un quart d'heure amener la production de ces gaz? Chez les malades qui ont guéri après avoir présenté une telle complication, chez ceux même qui ont succombé, il est le plus ordinairement arrivé que l'on n'a pas trouvé de traces de gangrène plus ou moins étendue.

Le premier malade chez lequel j'ai observé et étudié cet accident est entré dans nos salles à la Pitié. C'était un grand garçon, qui vendait des mottes dans la rue, et qui était tombé de sa charrette. Il se fit une fracture de jambe avec plaie et issue du fragment supérieur du tibia. La plaie siégeait près des malléoles. Je le vis deux heures à peine après l'accident; il n'y avait aucune réaction dans la jambe ni autour de la plaie, et il y avait déjà de l'emphysème. Ce malheureux mourut quarante-huit heures après son entrée à l'hôpital; il n'y avait aucune trace de gangrène à la jambe.

Quelques années plus tard, je vis un autre blessé qui s'était fracturé la jambe en voulant monter dans un omnibus avant que la voiture fût arrêtée. Il se releva, courant après l'omnibus, qui était en marche, en s'appuyant sur le fragment supérieur de son tibia. L'os sortait à travers la peau. Je fus appelé une heure après l'accident, et déjà de l'emphysème existait. Est-ce la gangrène qui en une heure avait provoqué ce développement de gaz?

Les analyses qui ont été faites laissent trop à désirer pour qu'elles puissent être invoquées avec autorité pour résoudre cette question. A l'analyse citée par M. Malgaigne, je pourrais opposer l'analyse des gaz contenus dans les tissus de la jambe de mon premier malade. M. Soubeiran, qui fit cette analyse, ne trouva que de l'air. Nous devons tenir compte des expériences faites de nos jours, de celles, par exemple, de MM. Demarquay et Leconte. L'air emprisonné dans nos tissus change de caractère, et on ne le retrouve plus tel qu'il a été introduit. Il faudrait donc de nouvelles expériences faites sur des gaz au moment où on constate leur présence, sur des gaz quelque temps après l'accident, et surtout tenir compte de l'état des parties blessées, constater avec soin s'il existe ou non de la réaction, etc. J'ajouterai que ces analyses sont bien difficiles, car au début la quantité de gaz est bien peu considérable.

Je citerai encore, à l'appui des preuves que l'on peut invoquer pour éloigner l'idée que la production des gaz a lieu sous l'influence de la gangrène des tissus, l'observation suivante : chez une femme, je constate l'existence d'emphysème traumatique à la suite de fracture de jambe compliquée de plaie; il survient une inflammation diffuse; je fais plusieurs incisions. Cette femme guérit et ne présenta jamais trace de gangrène.

Ce n'est pas à dire que, à la suite d'un traumatisme violent, d'une plaie plus ou moins grave, il ne puisse pas se développer des gaz dépendant d'un sphacèle plus ou moins étendu; mais dans ces circonstances, les gaz ne se montrent pas immédiatement après l'accident, mais après la réaction qui suit la violence extérieure.

M. Chassaignac a tout à l'heure appelé notre attention sur une théorie qui me paraît devoir être prise en sérieuse considération, pour expliquer certains cas d'emphysème traumatique et surtout spontané.

Quant à la gravité résultant de cette complication, je crois qu'elle n'est pas aussi grande que je l'avais cru tout d'abord. Dans la thèse fort bien faite de M. Bourraud, on trouvera relatés un certain nombre de cas de guérison. La gravité dépend bien plutôt de la blessure elle-même que de l'emphysème qui vient la compliquer. L'emphysème est l'indice d'une lésion profonde, étendue, avec vastes épanchements, grands décollements, attrition des parties molles. C'est surtout en ce sens que l'emphysème constitue une grave complication.

Le traitement doit donc varier en raison de la blessure elle-même : Ici, avec des délabrements considérables, l'amputation est indiquée; là, il faut se borner aux résolutifs, aux antiphlogistiques, aux émollients, suivant les circonstances.

Pour le fait de M. Broca, s'il y a eu sphacèle du moignon, je crois que ce sphacèle est indépendant de l'emphysème. M. Broca avait, du reste, pratiqué son amputation de telle sorte, que l'emphysème ne devait jouer aucun rôle dans la production de la gangrène.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

M. BÉRAUD présente, au nom de M. Danyau et au sien, un fœtus qui offre une monstruosité remarquable à plusieurs points de vue. Ce fœtus du huitième mois est né vivant, et a vécu cinq ou six heures. Il avait au niveau de la fontanelle antérieure plusieurs petites tumeurs, dont l'ensemble avait le volume d'un petit œuf, avec pédicule se prolongeant dans la cavité crânienne. Du sommet de cette tumeur part une sorte de cordon, qui, après un trajet plus long que le corps du fœtus, vient s'enrouler autour de la partie inférieure de la jambe gauche. Là cette membrane, en forme de cordon, a produit la section de la peau jusqu'à l'aponévrose. Après avoir fait deux fois le tour de la jambe, cette corde vient se continuer avec l'amnios au niveau de la face fœtale du placenta. Le pied est infiltré au-dessous du point serré de la jambe.

La Société ayant décidé que ce fœtus serait dessiné, l'observation complète en sera donnée en même temps que les dessins.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société centrale de l'Association générale, dans sa séance du 3 mai dernier, a statué sur les admissions suivantes : MM. Voisin, Meunier, Auzoux, Morpain, Gentil, Finot et Landry, médecins civils, et MM. Martenot de Cordoue, Busschaërt, Vallin, Boyreau, Janin, Tissier et Lhonneur, médecins de l'armée.

— La Société impériale de médecine de Lyon, dans sa dernière séance, avait donné à M. Bouchard, interne de l'hospice de l'Antiquaille et lauréat de la Société, la mission d'aller à Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire) observer la pellagre qui régnait dans l'asile d'aliénés, placé sous la direction de M. le docteur Billod. Cette mission est à la fois une marque de la confiance dans la capacité de ce jeune savant, et une preuve du désir qu'elle a de contribuer à approfondir l'étude d'une maladie qui ne soulève pas seulement une question médicale, mais une question d'intérêt social.

— Nous avons, dans notre dernier numéro, publié la nomenclature des livres que doivent posséder les élèves de l'École de santé militaire de Strasbourg; nous donnons aujourd'hui les noms des auteurs dont les ouvrages ont été adoptés par M. le ministre de la guerre :

MM. Sappey, *Anatomie*; Béclard, *Physiologie*; Malagutti, *Chimie*; Ganot, *Physique*; Moquin-Tandon, *Botanique et Zoologie médicales*; Morel et Willemin, *Histologie*; Nélaton, *Pathologie externe*; Grisolle, *Pathologie interne*; Chomel, *Pathologie générale*; Sédillot, *Médecine opératoire*; Cazeaux, *Accouchements*; Bouchardat, *Matière médicale*; Michel Lévy, *Hygiène*; Briand, *Médecine légale*.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 59. — MARDI 21 MAI 1861. (34e ANNÉE.) N° 59. — MARDI 21 MAI 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des Beaux-Arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, 20 mai 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

Cette séance, occupée en grande partie par une élection d'associé étranger, dont nous avons fait connaître le résultat il y a huit jours, et par un comité secret préparatoire pour l'élection d'un membre titulaire dans la section de géologie et minéralogie, n'a laissé que peu de place pour les lectures et communications orales. La correspondance seule a présenté quelque intérêt pour nous. L'électro-physiologie y tient une grande place.

M. Matteucci, en faisant hommage à l'Académie de la publication de quelques leçons faites sur ce sujet à l'université de Turin, a exposé dans une note analytique les points principaux et plus particuliérement nouveaux que renferme cet ouvrage On y trouvera en particulier l'énoncé des recherches intéressantes de l'auteur, déjà mentionnées dans une des séances précédentes, sur les polarités ou courants secondaires que le passage du courant électrique développe dans les nerfs ; ainsi que la relation de l'expérience ingénieuse à l'aide de laquelle M. Matteucci a démontré la liaison qui existe entre le pouvoir électro-moteur des muscles, la contraction et les phénomènes chimiques, de ce qu'il appelle « la respiration musculaire. »

La seconde communication, relative à l'électro-physiologie est un mémoire de M. Nivelet sur la différence d'action physiologique des pôles positif et négatif dans les courants voltaïques et dans les courants d'induction. L'auteur s'est proposé de démontrer dans ce mémoire que dans les trois ordres de courants, continu, inducteur et induit, les pôles positif et négatif ont une action différente sur la contractilité électro-musculaire, sur la sensibilité cutanée, ainsi que sur les actes organiques locaux. De ces différences d'action il déduit des indications spéciales dans les applications thérapeutiques sur la nécessité d'agir par tel ou tel pôle et avec tel ou tel courant, suivant que l'un se proposera de modifier la contractilité musculaire, la sensibilité cutanée ou les fonctions plus intimes de nutrition et de composition des tissus.

Nous signalerons, en outre, deux autres communications qui intéressent l'anatomie et la physiologie : la première partie d un grand travail de M. Lavocat sur le système vertébral, envisagé d'une manière générale et au point de vue de l'anatomie philosophique ; et un mémoire de M. Colin sur la sensibilité des ganglions et des filets du grand sympathique, mémoire dont les conclusions sont de tous points confirmatives des expériences de M. Flourens sur les degrés divers de sensibilité des ganglions et des nerfs et plexus ganglionnaires.

Nous ne devons pas omettre de mentionner, parmi les ouvrages imprimés, présentés au nom de leurs auteurs par M. le secrétaire perpétuel, le deuxième volume du beau recueil de Mémoires publié par M. le professeur Bouisson (de Montpellier), sous le titre de *Tribut à la chirurgie* (voir aux Annonces bibliographiques), ouvrage qui fera honneur à la savante école chirurgicale de Montpellier, dont M. Bouisson continue si dignement les traditions.

Ce deuxième volume renferme :

Le parallèle de Delpech et de Dupuytren, discours prononcé à l'ouverture du cours de pathologie externe de 1841 ; un mémoire sur l'exploration sous-cutanée des tumeurs avec la description d'un nouvel instrument explorateur proposé pour le diagnostic des tumeurs solides ; la description d'une nouvelle fronde élastique pour le traitement des fractures de la mâchoire inférieure ; des recherches sur les fissures congénitales des lèvres et sur quelques variétés nouvelles de bec-de-lièvre ; une observation de taille médiane employée pour extraire divers corps de la vessie ; un mémoire sur la ventilation des plaies et des ulcères, méthode dont nous avons exposé à plusieurs reprises les résultats avantageux ; un mémoire sur l'amputation du pénis ; le mémoire sur le cancer buccal chez les fumeurs qui a fait une si grande sensation dans le monde ; des remarques sur l'ophthalmie pseudo-membraneuse ; l'histoire d'un aliéné aveugle qui, après avoir subi l'opération de la cataracte, a recouvré à la fois la vue et la raison (nous avons publié cette curieuse observation) ; un mémoire sur l'orchite rhumatismale, sur l'affection tuberculeuse du testicule ; des recherches cliniques sur les variétés et le traitement de l'hématocèle, sur la phlébite inguinale ; la relation d'un cas rare de hernie inguinale avec étranglement de l'intestin grêle à travers une perforation du mésentère, et enfin un mémoire sur l'hypospadias.

Nous rappellerons parmi les travaux non moins remarquables que renferme le premier volume publié en 1858, les mémoires sur les fractures longitudinales des diaphyses osseuses, sur la lithotritie par les voies accidentelles, sur les amputations multiples, sur les hémorrhagies périodiques qui compliquent les suites des opérations, sur la taille médiane, et le beau travail que nous avons dû citer plusieurs fois sur les tumeurs syphilitiques des muscles, affection dont nous publions aujourd'hui même un nouvel exemple.

— En exprimant, dans notre premier-Paris du 11 mai dernier, le regret que l'Académie de médecine n'eût pas cru devoir appuyer de son autorité morale plusieurs des propositions qui lui ont été soumises dans la discussion sur l'opération césarienne, et en particulier celle de M. Trébuchet concernant la constatation des décès, nous étions certain de répondre au sentiment le plus général des médecins. Nous avons reçu depuis plusieurs lettres qui témoignent que nous ne nous étions pas mépris à cet égard et que nous avions eu raison de relever pour notre compte la proposition que l'Académie a laissé se perdre dans le vide. Voici les réflexions que nous transmet à ce sujet M. le docteur Marmisse (de Bordeaux).

« Le service médical de la constatation des décès, tel qu'il est organisé à Paris, est une institution si sage qu'il ne nous est pas possible de rester indifférents à toute proposition qui tendrait à la généraliser dans toutes les autres communes de l'Empire. Parmi les résultats qu'aurait une pareille mesure, on peut signaler :

» 1° La conviction qui en résultera pour le public que nul désormais n'est exposé à être inhumé prématurément, et sans qu'il y ait certitude de mort réelle ; et par conséquent la cessation de cette terreur inspirée par des faits plus ou moins véridiques d'individus inhumés vivants ;

» 2° Une surveillance plus active sur les diverses causes de mort, et la découverte plus facile d'interventions criminelles dans certains décès ;

» 3° Des entraves prudentes apportées aux opérations qui, sous le nom de moulage, d'autopsie, d'embaumement, pourraient cacher des manœuvres coupables ;

» 4° Une collection précieuse de faits qui, entre les mains d'hommes laborieux et compétents, pourraient enrichir l'hygiène, la médecine, l'économie sociale.

» Voilà l'énumération rapide des principaux avantages d'un bon service médical de la constatation des décès. A ce point de vue, l'Académie aurait dû ne pas traiter aussi légèrement la proposition de M. Trébuchet.

» Un autre élément de la question aurait dû, secondairement, exciter son intérêt. Dans la proposition de l'honorable académicien, il y avait au fond une question d'intérêt professionnel d'une grande portée, au point de vue moral et matériel ; intérêt professionnel, au point de vue moral, en ce que la création d'un grand nombre de postes médicaux administratifs pourrait rehausser dans l'esprit public l'influence qu'exerce notre science sur la civilisation moderne ; intérêt professionnel, au point de vue matériel, en ce qu'une nouvelle source d'honoraires s'ouvrirait pour la carrière médicale. »

M. Marmisse termine sa lettre en nous informant que, grâce à l'active intervention de deux de nos confrères, membres du conseil municipal de Bordeaux, un nouveau développement vient d'être donné au service de la constatation des décès dans cette ville, par l'augmentation du nombre des médecins préposés à ce service.

Nous espérons apprendre bientôt de nouveaux progrès de cette mesure hygiénique d'un si grand intérêt public.

Dr Brochin.

ASPHYXIE PAR STRANGULATION,

Par M. le docteur Léon Sorbets, d'Aire (Landes).

La *Gazette des Hôpitaux*, dans son numéro du 15 janvier dernier, contient un article important relatif à l'étude médico-légale de la mort par strangulation. Indépendamment des questions générales traitées avec le plus grand soin dans cet article, questions que peut soulever toute étude sur l'asphyxie déterminée par la strangulation, il en est d'autres qui, quoique secondaires, sont souvent agitées par les défenseurs des prévenus. Parmi ces dernières, se place celle relative à une forte congestion du poumon.

Au premier abord, cette objection paraît sérieuse. Cependant, il est très-facile de trancher la difficulté et d'en donner la solution, si l'on admet cette division naturelle : il y a congestion, résultat de l'inflammation, ou simplement afflux de sang dans une partie du poumon.

Dans presque tous les cas d'asphyxie par strangulation, la congestion est due à une stase mécanique du sang dans les parties les plus déclives du poumon. C'est la congestion non inflammatoire, celle qui existe indépendamment de toute affection concomitante. On rencontre cette espèce de congestion dans l'asphyxie par strangulation, à cause de la perturbation de la circulation pulmonaire. Elle siége à la partie inférieure de l'organe, tandis que l'emphysème en occupe la partie supérieure. Les plaques pseudo-membraneuses, peu épaisses et blanches, se remarquent à la partie superficielle et moyenne du poumon.

Au contraire, la congestion pulmonaire, résultat d'une inflammation, se trouve liée parfois à une pleurésie, le plus souvent à une bronchite. La défense d'une personne inculpée d'infanticide doit accepter la congestion comme signe de l'asphyxie par strangulation, si des affections de l'arbre aérien n'accompagnent pas cette lésion, et s'il est prouvé qu'un médecin n'a pas été appelé pour donner des soins.

Cette objection a son importance. Elle nous a été soumise devant le jury des Landes par le défenseur d'une fille mère accusée d'avoir fait périr son enfant, âgé de vingt-huit jours. Tous les signes d'une asphyxie par strangulation étaient des plus évidents : sillon circulaire autour du cou et ecchymoses à la partie latérale du tronc ; écoulement d'un sang spumeux par les narines ; langue légèrement relevée et fixée derrière les arcades dentaires ; emphysème à la partie supérieure du poumon droit, et plaques pseudo-membraneuses formées par l'air, et soulevant la séreuse, après la déchirure des vésicules pulmonaires ; forte congestion à la base du poumon droit, existant indépendamment de toute inflammation concomitante des voies aériennes.

Le doute n'était pas possible. Cependant, comme la mère soutenait que son enfant avait succombé aux accidents du croup, nous détachâmes le larynx et une partie de la trachée. Leur examen ne nous révéla aucun symptôme anatomo-pathologique se rapportant à ces affections. Les amygdales étaient aussi à l'état normal. En outre, le cœur était vide de sang ; un caillot seulement se trouvait dans l'oreillette droite. Enfin, la docimasie pulmonaire hydrostatique vint confirmer ce que l'état du cadavre nous avait déjà appris, c'est-à-dire que l'enfant avait vécu, et qu'il était âgé de plus de quinze jours. Malgré tous ces signes rationnels, l'objection fut proposée. La solution en était facile. Elle fut confirmée, du reste, par les aveux de la coupable.

L'asphyxie par strangulation donna lieu à une autre objection relative à la différence qui existe entre les ecchymoses qui se produisent en pareil cas, et les phénomènes cadavériques. Les différences sont nombreuses.

Les ecchymoses constituées par l'extravasation du sang hors des vaisseaux capillaires, souvent très - nombreuses et de petite dimension, se présentent tantôt sous forme d'un pointillé rouge, tantôt sous forme de plaques violacées, irrégulièrement arrondies, apparaissant à la face et au-devant du cou et de la poitrine. Dans ce cas, le sang est extravasé dans les tissus, et combiné avec eux.

Dans les plaques noirâtres, au contraire, résultat des phénomènes purement cadavériques, le médecin constatera ces lividités à la partie postérieure du tronc et des membres, en général aux parties sur lesquelles le corps était couché pendant son refroidissement. En outre, en incisant les ecchymoses, on trouve au-dessous d'elles des extravasations sanguines dans le tissu cellulaire sous-cutané, extravasations que l'on peut rencontrer encore dans l'épaisseur des muscles, mais qui n'accompagnent jamais les phénomènes cadavériques. En ce qui se rattache à ce dernier fait, on constate seulement dans les parties les plus déclives, et lorsque la putréfaction est avancée, des infiltrations

séro-sanguinolentes, transsudation pure et simple, ou mieux, collection superficielle d'un sang devenu diffluent.

Ainsi, les caractères généraux des ecchymoses, l'état dans lequel se trouve le corps vivant lors de la formation de cette lésion, l'extravasation sanguine dans le tissu cellulaire sous-cutané, sont des caractères importants qui feront toujours distinguer les ecchymoses d'avec ces plaques noirâtres, ces lividités et ces collections séro-sanguinolentes, phénomènes purement cadavériques.

Dans toute expertise médico-légale, ce n'est que d'après l'ensemble tant des caractères de l'état extérieur du cadavre — des symptômes anatomo-pathologiques fournis par l'autopsie des organes, que le problème pourra recevoir une vraie et entière solution. Ces phénomènes auront d'autant plus d'importance et de valeur qu'ils se contrôleront réciproquement. Il sera dès lors possible, dans le plus grand nombre des cas, de déterminer si la mort a été naturelle, ou si elle est la conséquence d'un crime.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Tumeurs syphilitiques musculaires.

M. Nélaton appelait, il y a quelques jours, l'attention des élèves sur un malade atteint d'une tumeur gommeuse de la cuisse gauche. Je crois utile, a-t-il dit, d'entrer avec vous dans quelques détails sur cette affection, parce que, bien qu'elle ne soit pas très-rare, elle est souvent méconnue, et peut donner lieu à des erreurs de diagnostic très-préjudiciables.

Cette tumeur était située dans la région inférieure et interne de la cuisse gauche, correspondant à l'insertion inférieure du muscle droit interne et du demi-membraneux, allongée, fusiforme, présentant environ 10 à 12 centimètres dans son diamètre longitudinal. Les téguments qui la recouvraient étaient très-légèrement altérés dans leur coloration, présentant une teinte violacée faiblement accusée; ils n'étaient pas complétement mobiles à la surface de la tumeur, c'est-à-dire qu'ils se déplaçaient dans une certaine étendue, mais pas aussi librement qu'à l'état normal.

En exerçant sur cette masse indurée une pression lente mais soutenue, on finissait par déterminer à sa surface une légère dépression, indiquant que l'on avait ainsi déplacé une certaine quantité de liquide, bien que la masse ne parût pas œdémateuse.

La tumeur était dure, d'une consistance assez ferme pour donner l'idée d'une masse compacte, presque cartilagineuse à son centre, qui était aussi plus saillant; quant à ses limites, il était assez difficile de les déterminer d'une manière exacte.

J'ai maintes fois interrogé le malade à l'effet de savoir s'il souffrait de cette tumeur; chaque fois il m'a répondu qu'il y éprouvait des élancements.

Recherchant dans les antécédents de ce malade s'il n'avait pas eu quelque affection à laquelle cette tumeur pût être rattachée, j'appris qu'il avait eu à diverses époques de sa vie des chancres, des bubons, etc.

A propos de ces bubons, le malade raconte que son médecin — c'était à l'époque où dominait la doctrine de Broussais — lui fit appliquer *quatre cents* sangsues sur une de ces tumeurs; celle-ci ne s'était en rien modifiée; au bout de quelque temps elle s'était enflammée, puis ramollie, et il s'était formé là un abcès qui avait été ouvert. Le malade a fait alors un traitement spécifique complet, et a guéri, non sans avoir eu toutefois des éruptions à la peau, des syphilides.

Il ajoute que la tumeur qu'il portait au moment de son entrée à l'hôpital n'était pas la première de ce genre dont il eût été atteint. Il y a quelques années, il a eu la même affection sur le même muscle de la cuisse opposée : il entra dans un des hôpitaux de Paris, où on lui pratiqua une opération; il ne peut nous dire en quoi elle a consisté, mais il semble probable qu'on a extirpé cette tumeur, car il aurait entendu le chirurgien dire en montrant la plaie après l'opération : « Vous voyez, nous avons enlevé la totalité du mal, nous sommes allés jusqu'à l'os. » Quelle était la nature de cette tumeur qui a été enlevée ainsi?

Je pense qu'elle était de même nature que celle qui a amené le malade dans notre service, c'est-à-dire une tumeur gommeuse des muscles, développée dans l'épaisseur même du muscle demi-membraneux, sur l'aponévrose d'enveloppe de ce muscle et dans le tissu cellulaire sous-cutané. On sentait sur la partie inférieure de ce muscle un gros faisceau dur, que l'on pouvait facilement saisir entre les doigts quand on plaçait le muscle dans le relâchement; puis, le malade exécutant des mouvements alternatifs de flexion et d'extension, on sentait la tumeur se relâcher et se durcir tour à tour.

Quant à la nature même de la tumeur, nous n'avions aucun doute possible à cet égard; l'ensemble de ses caractères, la filiation des accidents primitifs, secondaires et tertiaires, confirmaient notre opinion qu'il s'agissait là d'une tumeur syphilitique.

Un traitement spécifique fut donc prescrit; il consistait dans l'administration journalière de petites doses de proto-iodure de mercure et de plus fortes doses d'iodure de potassium.

Les téguments, qui d'abord étaient peu altérés, ont pris une coloration de plus en plus violacée; la tumeur s'est ramollie, surtout à son centre; une ponction fut faite en ce point; il sortit un peu de liquide brunâtre, semblable à un mélange de sang et de pus, comme cela se voit ordinairement en pareil cas, peut-être toujours, pour le membre inférieur, quand le malade a continué de marcher. La poche ne s'est pas oblitérée et a continué à fournir un liquide séreux, contenant quelques globules purulents. Enfin les téguments, au pourtour de l'ouverture, se sont amincis et un peu décollés.

Pendant ce temps la principale masse dure s'est fondue, et aujourd'hui l'on ne trouve plus qu'un petit noyau central, gros comme une noisette; le muscle a déjà repris une grande partie de sa souplesse; les mouvements du membre s'exécutent bien, et tout fait espérer que d'ici à peu de jours il aura recouvré toute sa liberté d'action.

— Je crois qu'il est utile d'entrer ici dans quelques considérations sur ces tumeurs syphilitiques, manifestation tertiaire de la syphilis constitutionnelle.

Longtemps avant la publication du mémoire de M. Bouisson sur ce sujet, j'avais déjà vu un certain nombre de ces tumeurs, et leur pathologie était formulée d'une manière bien nette dans mon esprit. Je n'avais rien publié sur ce sujet, et j'ai été précédé dans cette voie par M. Bouisson, dont j'ai lu avec plaisir le travail, qui confirmait en grande partie mon opinion sur cette maladie.

Depuis cette époque, j'ai eu maintes fois l'occasion d'en observer, tant à l'hôpital Saint-Antoine, à Saint-Louis et à la Clinique, que sur des malades de la ville; et ma façon d'envisager ces affections a subi peu de modifications.

Ces tumeurs se développent principalement dans trois systèmes de l'économie :

1° A la face interne du derme ou dans le tissu cellulaire sous-cutané;

2° A la surface des aponévroses d'enveloppe;

Et 3° dans l'épaisseur même des muscles.

C'est de ces dernières en particulier que je m'occuperai aujourd'hui, passant sous silence les deux premières espèces, ainsi que les tumeurs gommeuses des glandes.

Ces sortes de tumeurs, on le comprend d'ailleurs facilement, sont rarement limitées au tissu musculaire; le plus souvent elles comprennent l'épaisseur du muscle, son aponévrose d'enveloppe, et le tissu cellulaire ambiant. On peut les rencontrer dans tous les muscles de l'économie; j'en ai vu un certain nombre dans le biceps brachial, dans le grand pectoral, dans le masséter, dans la langue, dans les muscles jumeaux, droits de l'abdomen, etc. Une chose à noter dans l'histoire de ces tumeurs, c'est qu'il est assez commun de les voir affecter dans leur développement, comme certaines autres maladies constitutionnelles, une symétrie remarquable. Ainsi notre dernier malade portait une tumeur gommeuse siégeant dans le muscle demi-membraneux du côté gauche, et quelques années auparavant, il en avait porté une semblable dans le même muscle du côté droit. Pareille chose s'observe également pour les exostoses.

Ces tumeurs sont dures et conservent pendant un temps assez long une consistance ferme, plus considérable à leur centre, qui est aussi plus saillant. Les téguments, présentant une très-légère coloration violacée, conservent généralement une certaine mobilité avec la surface de la tumeur; mais cependant, comme dans un très-grand nombre de cas le tissu cellulaire sous-cutané et la face interne du derme sont également envahis par l'affection syphilitique, on comprend que cette mobilité des téguments n'est pas aussi complète qu'à l'état normal.

Lorsque la tumeur occupe un muscle superficiel, si l'on place ce muscle dans le relâchement, on peut la saisir entre les doigts, et la déplacer avec facilité dans tous les sens; le malade vient-il au contraire à contracter ses muscles, la tumeur aussitôt devient immobile. Par ce mode d'exploration, on s'assure que la tumeur siége bien réellement dans l'épaisseur même du muscle dont elle fait partie intégrante, et l'on apprécie son volume et sa consistance. Quant à ses limites, il est le plus souvent assez difficile de les déterminer d'une manière exacte.

Si l'on exerce sur la tumeur une pression légère mais soutenue, sa surface se laisse un peu déprimer et conserve l'empreinte du doigt.

Quand on interroge les malades sur la sensibilité de ces tumeurs, ils répondent en général qu'ils ne souffrent pas, mais que la pression est un peu douloureuse. Quelquefois cependant, et c'était le cas de cet homme, la tumeur est le siége de douleurs spontanées, passagères, que les malades désignent sous le nom d'élancements. Ce symptôme est très-important à connaître, car si le praticien n'est pas averti de la possibilité de ce fait, il aura d'autant plus de tendance à croire à l'existence d'un cancer, que le malade se plaint d'y éprouver des élancements.

L'étiologie de ces tumeurs est des plus simples : c'est sous l'influence de la syphilis constitutionnelle qu'elles apparaissent, comme manifestation tertiaire de cette maladie. Vous savez que le médecin peut être tenu en échec par le dire du malade, qui peut affirmer n'avoir jamais eu d'accidents syphilitiques; mais l'expérience nous a appris depuis longtemps combien il faut ajouter peu de foi en général aux déclarations des malades : ils veulent vous tromper, ou bien ils se trompent eux-mêmes. Lors donc que l'on aura lieu de soupçonner la nature syphilitique d'une tumeur — et cette idée doit toujours être présente à l'esprit du médecin quand il a affaire à une tumeur d'un diagnostic un peu obscur —, on ne doit pas s'arrêter au dire du malade, on prescrit le traitement spécifique; s'il guérit, on a jusqu'à un certain point la confirmation de la véritable nature de la tumeur.

Si le malade est bien sincère dans ses aveux et qu'il soit bien avéré qu'il n'a jamais eu d'accidents syphilitiques, je ne vois que deux manières possibles d'expliquer la production de ces tumeurs : ou bien, sans syphilis antérieure il peut se développer des tumeurs simulant complétement une affection syphilitique, ou bien il s'agit alors d'une maladie héréditaire dont un individu peut être atteint sans avoir jamais présenté lui-même aucun autre signe de cette affection constitutionnelle. A ce propos, il y a une remarque très-curieuse à faire, c'est que jamais ces tumeurs ne se produisent chez des sujets très-jeunes, et que même, dans le cas où elles sont le résultat de l'hérédité, elles n'apparaissent jamais avant un certain âge.

De l'ensemble des symptômes que nous avons exposés plus haut : tumeur dure, assez mal circonscrite, mobile quand les muscles sont relâchés, fixe au contraire quand ceux-ci se contractent, recouverte par des téguments violacés et conservant l'empreinte du doigt, il semblerait résulter que le diagnostic des tumeurs syphilitiques des muscles doit toujours être facile. Cependant il n'est peut-être pas de tumeurs qui soient plus souvent méconnues; souvent on les confond avec des cancers, erreur de diagnostic qui peut être très-préjudiciable aux malades. L'homme qui fait le sujet de cette observation nous racontait qu'il y a quelques années il portait à la cuisse du côté droit une tumeur pour laquelle il lui a été pratiqué une opération qui n'est pas sans gravité. Il n'est pas douteux pour nous qu'il s'agissait également d'une tumeur gommeuse du muscle demi-membraneux, symétrique et semblable à celle que nous avons eu à traiter. Or il est évident que la véritable nature de cette affection a été méconnue et que l'on a cru sans doute à un cancer; car, sans cette erreur de diagnostic, on n'aurait certainement pas pratiqué une opération pour débarrasser le malade d'une tumeur qui était curable autrement.

Ces tumeurs ont une marche lente, essentiellement chronique, et par conséquent leur durée est longue.

Elles peuvent se terminer de différentes manières :

1° Par la guérison complète, c'est-dire qu'elles se résorbent graduellement, et finissent par disparaître entièrement; le muscle reprend toute sa souplesse, il n'a rien perdu de sa contractilité; les mouvements du membre redeviennent faciles et complets comme à l'état normal.

2° La tumeur abandonnée à elle-même commence, au bout d'un certain temps, à se ramollir; les téguments qui la recouvrent s'altèrent, s'amincissent et finissent par se perforer. On voit alors s'écouler au dehors une matière brunâtre, épaisse, filante, mélange de pus et de sang; parfois, lorsque la tumeur s'ouvre ainsi spontanément, il s'échappe par cet orifice des bourbillons, des flocons de tissu cellulaire mortifié; ce fait n'est pas aussi rare qu'on le suppose, c'est l'indice de la propagation de l'affection syphilitique au tissu cellulaire sous-cutané; il manque, il est vrai, dans un certain nombre de cas où la tumeur est franchement musculaire; mais ces cas sont assez rares, et souvent, au contraire, nous avons affaire à des tumeurs mixtes, comme celle que portait notre malade, dans lesquelles la face interne du derme, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose d'enveloppe et le muscle lui-même participent à l'altération.

La plaie des téguments ne s'oblitère pas après l'issue de cette matière brunâtre dont nous venons de parler; elle reste ouverte assez longtemps, et la tumeur disparaît par résorption graduelle, pendant laquelle on observe l'issue par la plaie d'un liquide séro-sanguinolent. La guérison est encore possible dans ce cas, mais le muscle a subi une altération profonde dans ses fibres; il s'atrophie, se rétracte, et peut donner lieu à des difformités plus ou moins considérables.

Ces divers modes de terminaison dépendent de l'âge de la tumeur, si je puis m'exprimer ainsi. Ces affections sont essentiellement curables; elles peuvent se terminer, comme je l'ai dit plus haut, par la guérison complète et le retour à l'état normal. Mais pour obtenir ce résultat, il y a une condition essentielle, c'est que le traitement intervienne avant que le muscle soit déjà le siége d'altérations profondes dans ses parties élémentaires. Le traitement des accidents tertiaires de la syphilis, le proto-iodure de mercure associé à l'iodure de potassium, réussit à merveille à faire disparaître ces tumeurs et à rendre au muscle sa souplesse et sa contractilité. Mais si l'on arrive à un moment où la tumeur déjà ancienne est devenue le siége de modifications qui ont altéré la fibre musculaire, le traitement réussit bien encore à faire résorber la tumeur, mais le malade conserve une difformité plus ou moins considérable; l'absorption ne se borne plus alors à faire disparaître l'épanchement plastique qui s'était produit dans les espaces interfibrillaires du muscle, elle porte sur le tissu musculaire lui-même; le muscle s'atrophie, se raccourcit, et entraîne le membre dans le même sens. Il se passe là quelque chose d'analogue à ce que l'on observe pour le testicule syphilitique : le traitement prescrit en temps opportun amène la résolution complète de la maladie, et le testicule reprend toutes ses fonctions; arrive-t-on trop tard, au contraire, le traitement a bien encore pour effet d'obtenir la résolution de la tumeur, mais l'absorption ne s'arrête pas là : elle continue à se faire, et le testicule s'atrophie.

A quelle époque l'affection est-elle encore curable d'une manière complète? Au delà de quatre, cinq ou six mois, la simple résorption n'est-elle plus possible, et doit-elle nécessairement entraîner l'atrophie musculaire? Nous n'en savons absolument rien; c'est là une lacune que l'expérience ultérieure pourra seule combler : tout au plus est-il possible d'admettre qu'il est temps encore de faire le traitement avec des chances de succès tant que la tumeur est encore solide et ferme; on sait bien que, quand la tumeur est déjà un peu ramollie, l'atrophie est à peu près inévitable; mais ce résultat est-il également à craindre du

moins dans un certain nombre de cas où la tumeur présente encore une consistance assez ferme? C'est ce que nous ignorons quant à présent d'une manière absolue.

DE LA LARYNGITE ET DES ANGINES GRANULEUSES au mont Dore,

Par M. le docteur Boudant,

professeur à l'École de médecine de Clermont, médecin consultant au mont Dore.

En lisant dans la *Gazette des Hôpitaux* les leçons publiées dernièrement sur l'angine et la laryngite granuleuse, j'ai vu avec regret qu'après l'exposition judicieuse et si substantielle de l'histoire de ces maladies, M. Mandl n'ait pas tenu à compléter la partie thérapeutique par un examen de l'influence médicatrice des préparations arsenicales; naturellement le savant professeur eût été conduit à parler du traitement de ces affections au mont Dore, où chaque année nous observons des guérisons incontestables que nous attribuons spécialement à la présence de l'arséniate de soude en dissolution dans ces eaux, et probablement aussi à l'action du fer et des autres principes minéralisateurs qui entrent dans leur composition.

J'espère être bientôt en mesure de prouver par des faits nombreux l'assertion que j'émets actuellement. D'après mes observations, je puis énumérer dès à présent les circonstances principales dans lesquelles le traitement du mont Dore offre des chances de succès.

1° Cas simples, dont la cause est facile à apprécier: tempérament faible, susceptibilité nerveuse; fatigue suite d'efforts habituels de la voix; pharyngo-laryngite des ecclésiastiques, des avocats, des chanteurs, etc.; tendance aux rhumes, aux maux de gorge, par l'effet du moindre refroidissement des pieds, l'inspiration d'un air humide et frais, une légère suppression de la transpiration, enfin disposition rhumatoïde... La pléthore sanguine, les bouffées congestives à la tête sont des circonstances défavorables, et exigent des différences notables dans l'administration des eaux; c'est là surtout que la méthode révulsive instituée par MM. Bertrand trouve spécialement son application.

2° Le principe rhumatismal originaire ou acquis, se portant au moindre appel ou par métastase vers les organes de la déglutition et de la respiration, est une cause commune d'angine et de laryngite. Cet état protéique, par ses retours fréquents sur des parties qui, sous le rapport de leur texture et de leurs propriétés vitales, tiennent le milieu entre les organes de la vie végétative et la vie de relation, produit d'abord de la chaleur, de la sécheresse dans la gorge, de l'enrouement et une toux gutturale ou laryngée toute particulière; à la suite de ces irritations successives, la muqueuse s'hypertrophie, et il se développe des granulations. Contre cette forme morbide toute spéciale, ces eaux ont une action remarquable. Elles agissent d'une manière directe sur les altérations locales par les irrigations dans la gorge, par l'inspiration de l'eau poudroyée pure ou plutôt mêlée à celle en vapeur; prises en bain, en douche et en boisson, leurs principes minéralisateurs stimulent, tonifient l'organisme entier, et l'observation démontre que, par leurs propriétés essentiellement sudorifiques, elles peuvent conjurer la cause rhumatismale elle-même.

Je n'ai pas vu la goutte franche, bien que très-invétérée, faire retentir ses jetées par des granulations sur le palais, le pharynx ni le larynx.

3° L'herpétisme, état particulier de l'économie qui dans ses manifestations offre tant de nuances diverses, depuis le simple échauffement du sang et l'acrimonie des humeurs, comme le disaient les anciens, jusqu'à la diathèse dartreuse ou psorique, est souvent une cause de la maladie dont nous parlons. Ce qu'a dit le judicieux clinicien Chomel de cette corrélation intime, ce qu'ont écrit MM. Fontan et Noël Guéneau de Mussy, nous sommes à même de le constater au mont Dore, où un grand nombre de malades se rendent à l'époque thermale pour se soigner de cette affection.

Beaucoup d'entre eux, déjà traités par des caustiques ou d'autres moyens topiques, semblent guéris de leurs granulations; mais la muqueuse étant encore irritée et les follicules plus ou moins boursouflés ils n'en éprouvent pas moins dans la gorge une chaleur âcre, fort incommode, accompagnée d'une constriction désagréable; ils sont sujets à la toux râpée signalée par M. Mandl, au *hem* des Anglais; enfin la voix est plus ou moins voilée et couverte. Dans ce cas, le traitement local du mont Dore, véritable topique minéral employé à grande eau et à jet continu, modifie sensiblement les propriétés vitales comme les propriétés de tissu des parties malades et revenues à leur état physiologique; l'irritation est éteinte et les granulations n'ont plus de tendance à repulluler. Comment leur retour serait-il possible? L'herpétisme est le plus souvent neutralisé par la saturation organique des substances altérantes et substitutives des principes minéralisateurs de l'eau thermale employée sous toutes les formes à l'intérieur et à l'extérieur, conformément aux pratiques nombreuses et variées de l'établissement.

Une autre série est composée de malades qui préalablement ont été soignés par les préparations sulfureuses. Cette médication, si souvent employée dans le traitement de l'herpétisme, a une grande valeur sans doute, mais elle a aussi ses écueils, et nous ne passons pas d'années sans voir des malades réfractaires chez lesquels elle a échoué complétement. D'ailleurs des faits de ce genre sont constatés journellement à l'hôpital Saint-Louis; ce que le soufre ne guérit pas, l'arsenic en fait souvent justice! Les résultats sont les mêmes au mont Dore, dont les eaux ne contiennent pas un atome de soufre, l'arséniate de soude, le fer, les chlorures, les sulfates, les carbonates, etc., en étant les principes essentiellement constituants. Le silence de M. Green sur l'influence de l'herpétisme, les réserves de M. Mandl sur ce point de doctrine, et ses doutes sur l'efficacité des eaux sulfureuses, n'infirment en rien l'importance de notre médication thermale.

4° Les eaux peuvent aussi être d'une utilité réelle lorsque les granulations sont concomitantes du lymphatisme; ce que nous observons souvent dans la jeunesse. Mais si cette idiosyncrasie est portée à un état strumeux ou scrofuleux assez prononcé, seules elles ne pourraient suffire; il en est de même de la coexistence des principes syphilitique, cancéreux ou scorbutique, qui pour guérir ou au moins être atténués, ont besoin de traitements spéciaux.

5° Lorsque l'angine ou la laryngite granuleuse coïncident avec une amygdalite chronique, que les follicules sont hypertrophiés, le traitement du mont Dore est d'une efficacité incontestable, et je ne suis point surpris des succès que M. Lambron a obtenu à Bagnères. Il ne faut pas cependant que les amygdales soient hypertrophiées au point de former un tout carnifié. Les chances sont plus certaines si les utricules contiennent une humeur visqueuse ou du muco-pus, ou si encore les tubes folliculaires sont remplis d'une sécrétion très-épaisse et même concrète, on la voit alors sur leurs orifices déposée en petits grumeaux ressemblant à des grains de semoule ou à la matière sébacée des tannes de la peau. J'en ai vu déjà plusieurs exemples, et je me souviendrai toujours de l'angine d'un percepteur et d'une jeune fille de dix-neuf ans, dont les tonsilles, très-grosses et considérées comme hypertrophiées, étaient remplies d'une substance analogue à celle des kystes athéromateux. Après quatre ou cinq jours de traitement, par la pression des amygdales entre deux doigts, j'en fis sortir, comme par une pomme d'arrosoir, une quantité considérable de cette matière, mêlée à quelques granulations pierreuses. Les tonsilles, réduites alors à l'état d'éponge, rentrèrent entre leurs piliers, et la continuation du traitement local et général ayant tonifié et resserré leur tissu, leur volume est resté normal, et cette sécrétion n'a plus reparu.

6° Le coryza, la dureté de l'ouïe, les douleurs d'oreilles, la toux laryngée, trachéale et bronchique, liaisons si fréquentes des angines granuleuses, disparaissent ordinairement une fois la maladie principale détruite. Les granulations les plus rebelles sont celles qui siégent à la partie postérieure du voile du palais et à la région basilaire, comme cela se voit spécialement chez certains fumeurs ou priseurs, parce que le traitement local ne peut point agir aussi directement sur les altérations anatomiques.

7° La pharyngite et la laryngite chroniques, si communes dans le cours de la phthisie tuberculeuse, se compliquent rarement de productions granuleuses. D'après les observations nécroscopiques de MM. Andral et Louis, les follicules muqueux ont plus de tendance à sécréter de la matière tuberculeuse, à se ramollir et à s'ulcérer qu'à s'hypertrophier. Dans l'une comme dans l'autre situation, très-fâcheuses sans aucun doute, nous voyons cependant chaque année quelques guérisons inespérées, et nous sommes heureux de pouvoir constater que, dans certains cas particuliers, il reste encore une ressource aux malheureux phthisiques.

L'observation des modernes s'accorde sur ce point avec le témoignage des anciens. Sidoine-Apollinaire, qui vivait au cinquième siècle, et dont la maison de campagne était voisine du mont Dore, thermes très-frequentés de son temps, dit en parlant de leurs vertus: « *Calentes nunc te baiæ, et scabris cavernatim ructata pumicibus aqua sulphuris, atque jecorosis ac phthisiscentibus languidis medicabilis piscina delectat.* » (L. V, 14me lettre à son ami Aper.)

REMÈDE CONTRE L'AMÉNORRHÉE ET LA DYSMÉNORRHÉE.

Le docteur Ferrari (de Crémone) a communiqué à l'Académie de médecine de Turin la formule suivante, pour remplir cette indication. Bien que la savante Compagnie n'ait pu en approuver l'emploi s'il était fait indistinctement dans tous les cas, elle a cependant reconnu que ce composé est susceptible de satisfaire à un besoin réel, lorsque l'état dysménorrhéique dépend d'un défaut d'activité de la constitution ou de l'appareil génital. Ceci posé, voici la formule:

Limaille de fer non oxydée.	60 centigr.
Cannelle et rhubarbe en poudre. . . .	8 —
Cantharides pulvérisées.	6 —

Mêlez et divisez en vingt-quatre prises, dont on prendra deux par jour, une le matin et une le soir. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

PROCÉDÉ DE PRÉPARATION ET DE CONSERVATION des champignons comestibles.

A l'appui des renseignements fournis par notre collaborateur M. le docteur Foucart, sur les modifications à faire préalablement subir aux champignons comestibles, M. le docteur Bax (de Blaye) nous communique un procédé en usage dans le pays qu'il habite pour conserver et faire voyager pendant longtemps le champignon spongieux des bois, vulgairement connu sous la dénomination de *ceps*.

On plonge ce champignon dans de l'eau presque bouillante, on l'égoutte, on le presse avec un linge absorbant, puis on le sale par couches rangées dans une terrine. Quand on veut l'apprêter pour la table, on lui fait subir une macération dessalante, qui lui rend son état primitif. D'autres dessèchent simplement le champignon au four, après imbibition à l'eau chaude.

Jamais, après l'emploi de ces moyens, on n'a eu d'exemple de symptômes toxiques. Notre confrère ajoute qu'un chat ayant bu de l'eau dépurative de la première opération, mourut empoisonné par ce liquide saturé du principe toxique des champignons.

POTION VINAIGRÉE ANTIHECTIQUE.

Vinaigre distillé.	60 grammes.
Eau distillée de laurier-cerise. .	8 —
Sirop simple.	24 —
Eau distillée.	150 —

Dose: De 30 à 60 grammes toutes les trois ou quatre heures. Excellent moyen contre les sueurs profuses des fièvres hectiques, dans la phthisie pulmonaire, par exemple.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 mai 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

Électrophysiologie. — M. Matteucci fait hommage à l'Académie d'un certain nombre de leçons d'électrophysiologie faites à l'université de Turin. Cet envoi est accompagné d'une note dans laquelle il signale les choses les plus nouvelles introduites dans ce cours:

A propos de l'action physiologique du courant, l'auteur traite des polarités et des courants secondaires que le passage du courant électrique développe dans les nerfs, et montre à l'aide d'une expérience que cette polarisation est très-forte, principalement dans le nerf parcouru par le courant inverse et surtout en proximité de l'électrode positif et du muscle d'où sort ce nerf. L'expérience consiste à prendre ce nerf après qu'il a été parcouru par le courant inverse, à le couper à moitié et à opposer ses deux morceaux l'un à l'autre. On a alors un courant différentiel très-fort qui appartient au morceau plus rapproché de l'électrode positif, quoique les deux portions essayées séparément donnent au galvanomètre un courant secondaire dans le même sens. Il résulte de là qu'à l'ouverture du circuit un nerf qui a été parcouru par le courant inverse doit être parcouru par un courant direct. C'est ainsi qu'on explique pour la première fois, avec le phénomène bien connu des polarités secondaires, l'excitation du nerf parcouru par le courant inverse à l'ouverture du circuit.

Dans une autre leçon sur les phénomènes électriques qui accompagnent la contraction musculaire, l'auteur expose une expérience nouvelle qui démontre que le muscle qui a été en contraction a perdu d'une manière permanente de son pouvoir électromoteur, et que cette perte est réparée par le repos. Ce phénomène démontre la liaison qui existe entre le pouvoir électromoteur du muscle, la contraction et les phénomènes chimiques de la respiration musculaire. Cette expérience consiste à prendre deux muscles égaux sur la même grenouille et à les opposer l'un à l'autre. Lorsqu'on s'est assuré que les deux muscles ont le même pouvoir électromoteur, on en fait contracter un plusieurs fois de suite et d'une manière quelconque. Après on essaye de nouveau au galvanomètre la double pile opposée, et on trouve alors un fort courant différentiel dans le sens du muscle qui a été en repos. En laissant la double pile à elle-même, le courant différentiel diminue jusqu'à devenir nul. On peut plusieurs jours de suite répéter cette alternative sur le même muscle. L'auteur, dans la leçon sur la torpille, insiste sur la différence ou plutôt sur l'opposition que le muscle et l'organe électrique présentent après l'excitation.

Il démontre en effet que le pouvoir électromoteur du muscle dépend des conditions ou actions chimiques qui président à l'irritabilité musculaire et qui s'affaiblissent avec la contraction, tandis qu'au contraire le pouvoir électromoteur de l'organe de la torpille est maintenu et excité par l'action nerveuse, comme il pourrait arriver si cette action donnait lieu dans chaque cellule à la sécrétion de matières capables de réagir chimiquement. Ces phénomènes fournissent une explication de la diminution du pouvoir électromoteur du muscle des animaux qui ont été tués par des poisons narcotiques et qui ont ainsi éprouvé de fortes contractions.

M. Nivelet communique l'extrait suivant d'un mémoire sur la différence d'action physiologique des pôles positif et négatif dans les courants voltaïques et dans les courants d'induction:

1° Dans les trois ordres de courants, continu, inducteur et induit, les pôles positif et négatif ont une action différente sur la contractilité électro-musculaire. Le premier tend à produire la flexion et la résolution des muscles, le deuxième leur extension.

2° Dans les trois ordres de courants, l'action du pôle négatif est bien plus prononcée sur la sensibilité cutanée que celle du pôle négatif. Le contraire a lieu relativement aux effets organiques locaux.

3° Dans les courants continu et inducteur, le pôle positif a, sur les liquides et les tissus organiques, une action coagulante, et le pôle négatif une action dissolvante.

Le courant induit est dépourvu de cette propriété, ou ne la présente que d'une manière très-légère et très-fugace. En revanche, il agit plus que les autres sur la sensibilité cutanée et sur l'innervation.

4° Pour les applications thérapeutiques, il résulte de ces faits les données suivantes:

Dans le traitement des paralysies du mouvement, caractérisées par la résolution complète ou incomplète d'un ou plusieurs muscles, ou par une contracture des fléchisseurs, il sera de principe d'agir sur ces organes par le pôle négatif et de lui opposer le pôle positif. Dans ce cas, le courant devra être centripète par rapport aux muscles ou aux rameaux nerveux qui s'y distribuent. Au contraire, dans les paralysies avec ou sans contracture des muscles extenseurs, le courant devra être centrifuge.

Dans les hyperémies et les hyperesthésies, le pôle positif devra agir sur la partie malade, et on lui opposera, à distance, le pôle négatif. Le contraire aura lieu dans les anesthésies.

Dans les maladies organiques où les liquides constituent le principal produit pathologique, comme dans les anévrysmes, les tumeurs enkystées, etc., les propriétés coagulantes du pôle positif le feront préférer pour l'action locale. Le pôle négatif aura plus d'avantage dans les affections morbides auxquelles la médecine ordinaire oppose les fondants, comme dans les tumeurs squirrheuses, les engorgements glandulaires, lymphatiques et autres. (Commissaires, MM. Becquerel, Pouillet, Rayer.)

Anatomie du système vertébral. — M. A. LAVOCAT transmet, par l'entremise de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, la première partie d'un mémoire ayant pour titre : *Nouvelles études sur le système cérébral.*

Dans cette première partie du Mémoire sont exposées et développées les propositions suivantes :

Les nombreuses variétés produites par la loi de destination s'effacent par l'unité de plan, mise en évidence par les faits de répétition, de balancement organique et de connexions. Il n'y a ni variété absolue, c'est-à-dire arbitraire, ni unité absolue, c'est-à-dire uniformité.

Le type de construction du squelette des animaux vertébrés est la *vertèbre*, telle qu'on l'entend depuis les remarquables travaux de E. Geoffroy Saint-Hilaire et de sir Richard Owen. Elle est composée dans son ensemble :

1° D'une pièce centrale, nommée *corps* ou *centrum*;

2° D'un anneau supérieur, dit *arc neural*;

3° D'un anneau inférieur, dit *arc hémal*, auquel peuvent s'ajouter des prolongements plus ou moins développés, nommés *appendices*.

Cette vertèbre, répétée successivement dans toute la longueur du corps, constitue le système vertébral. Par conséquent, le squelette est exclusivement formé de vertèbres, et tout vertébré est composé d'une série de segments essentiellement semblables, à peu près comme les invertébrés articulés.

Non-seulement les parties latérales répètent exactement celles du côté opposé, mais aussi l'arc inférieur de chaque vertèbre reproduit l'arc supérieur, et les segments vertébraux de la moitié antérieure du corps sont répétés dans la moitié postérieure.

D'après ce principe, il est facile de reconnaître que le corps des vertébrés est formé d'une région centrale ou thoraco-abdominale; d'une extrémité antérieure, qui est la tête ou région céphalique, répétée à l'extrémité opposée par la région coccygienne; et de deux régions intermédiaires, qui sont, en avant, la région cervicale, et, en arrière, la région sacrée. A cette dernière section appartiennent évidemment les membres postérieurs ou pelviens : par conséquent, les membres antérieurs dépendent de la région correspondante, et sont en réalité des membres cervicaux.

De même que les côtes, la ceinture scapulo-claviculaire et la ceinture iliaque sont des arcs vertébraux inférieurs, et les rayons annexés à ces ceintures, pour former les membres, sont des appendices, au même titre que les prolongements apophysaires des côtes, chez les oiseaux et quelques poissons.

Dans l'ensemble des vertèbres, les modifications que subit la vertèbre sont nombreuses. Elles se font remarquer aussi dans un même animal et dans une même région. Les deux arcs peuvent être inégaux; l'arc inférieur peut être incomplet ou nul; enfin, l'arc supérieur peut lui-même disparaître, et ne laisser subsister que le centrum, seul vestige du modèle fondamental.

Il y a un tel enchaînement dans le système vertébral, qu'il n'est pas une pièce, si modifiée soit-elle, qui puisse être considérée comme en dehors du plan général, pourvu qu'on laisse de côté les parties annexes des téguments, comme les rayons natatoires, les écailles modifiées, les dents, etc. Par conséquent, les côtes, le sternum, les os des membres et ceux de la tête, se rattachent régulièrement à l'ensemble, et, dans le squelette proprement dit, tout est vertèbre ou partie de vertèbre. (Commissaires, MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire.)

Sensibilité des ganglions et des filets du grand sympathique. — M. COLIN communique un mémoire sur les divers degrés de sensibilité des ganglions et des filets du grand sympathique.

On voit par les expériences rapportées dans ce mémoire, dit l'auteur, que les résultats annoncés par M. Flourens sont de tous points confirmés.

1° Les ganglions du grand sympathique sont tous sensibles, mais à divers degrés : le semi-lunaire et les thoraciques le sont beaucoup plus que le cervical supérieur.

2° Les ganglions un peu volumineux paraissent plus sensibles dans leurs parties renflées, grisâtres, d'aspect homogène, que dans celles qui sont minces, striées et plexiformes.

3° La sensibilité de ces organes est mieux mise en jeu par le pincement, la constriction, que par les piqûres, les sections et l'application des caustiques.

4° Les irritations produites sur eux sont immédiatement perçues pour peu qu'elles soient fortes; mais elles ne provoquent des réactions qu'après quelques secondes, si elles sont faibles.

5° Les ganglions dont le tissu a été irrité sur un grand nombre de points peuvent perdre la faculté de transmettre les impressions produites sur eux ou sur les nerfs qui en émanent.

6° Tous les nerfs ganglionnaires sont sensibles aussi à divers degrés, mais leur sensibilité est en général moins prononcée que celle des ganglions.

7° La sensibilité de ces nerfs isolés ou en plexus s'affaiblit à mesure qu'ils deviennent plus ténus; elle est presque nulle dans les très-petits filets.

8° Parmi les nerfs ganglionnaires, ceux qui mettent en communication le sympathique avec le système cérébro-spinal sont les plus sensibles; ceux qui unissent les ganglions entre eux le sont moins, et enfin ceux qui se rendent aux viscères le sont au plus faible degré.

9° La sensibilité des filets du grand sympathique est éveillée surtout par le pincement.

— M. D'AMMON (de Dresde) présente au concours pour le prix de physiologie expérimentale la traduction française nouvellement publiée de son *Histoire du développement de l'œuf humain.* (Renvoyé à la commission des prix.)

— M. BUISSON présente une note sur un moyen qu'il suppose propre à rendre efficace l'emploi de la magnésie administrée comme contre-poison du phosphore. (Commissaires, MM. Rayer et Balard).

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente au nom de l'auteur le deuxième volume de l'important ouvrage publié par M. Bouisson, sous le titre de *Tribut à la chirurgie.*

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission qui aura à décerner le prix de physiologie expérimentale.

MM. Bernard, Flourens, Milne-Edwards, Longet et Rayer, réunissent la majorité des suffrages.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 3 mai 1861, M. Robin, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé membre du comité impérial des travaux historiques et des sociétés savantes (section des sciences).

— M. le docteur Fuzier, dans un travail inséré au *Recueil des mémoires de médecine militaire*, donne sur les armes chinoises et sur les blessures qu'elles ont causées, des renseignements qui ne seront pas lus sans intérêt :

Les blessures qu'ont faites parmi nous les armes à feu chinoises ont été peu graves.

Les armes sont défectueuses; quelques belles pièces de canon en bronze, d'un joli travail, mais sans moyen de régler le tir, et placées sur des affûts difficiles à manœuvrer, ont été trouvées dans les forts; la plupart des autres étaient en fonte, de tout calibre et plus ou moins grossières; quelques autres enfin, en bois, cerclées de cuir et de fer.

Les fusils sont encore plus défectueux; ils sont tous aussi d'un calibre très-variable, tous à mèche, et par suite d'un tir sans justesse.

J'ai extrait cinq projectiles, le 18 août; presque tous se trouvaient superficiels et avaient cheminé peu avant dans les tissus; la force de leur poudre est, du reste, très-variable aussi.

A la suite de la plupart des combats, j'ai pu panser et opérer des blessés chinois; toujours ils ont montré de la confiance en nous et du courage.

L'occasion de constater les plaies causées par les flèches chinoises ne s'est pas présentée. Quelques plaies cependant, je crois, leur ont été attribuées. Je n'ai pas ouï dire qu'elles aient eu quelque chose de particulier. Le fer qui termine la flèche est de grandeur et de forme variables; il n'est imprégné d'aucun poison.

Les armes blanches sont aussi inférieures que les armes à feu; la plupart sont sans tranchant et sans trempe; du reste, de la plus grande irrégularité de forme et de qualité.

— M. le docteur Tissot vient de mourir dans sa propriété près de Belley (Ain). Il avait exercé avec distinction la médecine à Lyon, où il s'était créé une clientèle choisie qu'il aimait à aller revoir, et qui lui conserva jusqu'à la fin les sentiments les plus honorables d'estime et d'affection.

— M. Gilbert Choisy, médecin à Chantelle (Allier), vient de mourir dans cette commune, où il laisse d'unanimes regrets. MM. les docteurs Bergeon, Trapenard et Laronde, ont payé à notre modeste et savant confrère un juste et touchant tribut d'hommages.

— Nous pouvons réclamer pour la médecine lyonnaise l'une des plus belles célébrités industrielles de notre époque. M. Joseph Chaley, le constructeur du fameux pont de Fribourg, qui est mort le 15 avril dernier, était docteur, et avait pratiqué, de 1825, à 1827, la médecine à Lyon, où il fonda, d'après les idées de Delpech, le premier établissement orthopédique qui ait existé dans notre ville.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité clinique et pratique des fractures chez les enfants, par le docteur COULON, ancien interne de l'hôpital des Enfants, de l'hôpital Sainte-Eugénie, etc. Revu et précédé d'une préface par le docteur MARJOLIN, chirurgien du même hôpital, etc. Paris, 1861, un volume in-8°. Prix, *franco* par la poste, 4 fr. Chez F. Savy, 20, rue Bonaparte.

Exercices et récréations anatomiques, par le docteur L. GIRAUDET fils, professeur d'anatomie à Tours. Un volume in-18 jésus de 300 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Tribut à la chirurgie, ou Mémoires sur divers sujets de cette science, par E. F. BOUISSON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier. (2e volume.) In-4° de 576 pages avec dix planches. A Paris, 1861, chez J. B. Baillière et fils, et à Montpellier, chez Pitrat.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 60. — JEUDI 23 MAI 1861. (34e ANNÉE.) N° 60. — JEUDI 23 MAI 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, 22 mai 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

Comme le Parthe qui lance son trait à l'ennemi et s'enfuit, M. Bousquet, avant de quitter Paris pour se livrer aux douceurs de la villégiature, a lancé contre M. Piorry le dernier trait de son implacable critique. L'enseignement du professeur de la Charité n'a pas de plus impitoyable adversaire que M. Bousquet. Hier c'était la nomenclature, aujourd'hui c'est la doctrine des états organo-pathologiques qui a excité sa verve satirique. Nomenclature, doctrine et pratique, il y a entre ces trois termes de la charte médicale de M. Piorry un lien si étroit, une logique si rigoureuse, qu'il n'est pas possible en effet de les abstraire. La doctrine est-elle vraie, la pratique devient rationnelle et la nomenclature fondée dans son principe; est-elle fausse, tout l'édifice s'écroule avec elle. C'est ce que M. Bousquet avait déjà bien senti, lorsque, pour mieux montrer tout le vice de la nomenclature, il l'avait attaquée dans son principe même, c'est-à-dire dans la doctrine organo-pathique qui en est la base.

Il n'a cependant pas jugé la démonstration suffisante, sans doute, puisqu'il s'est cru obligé à tenter un dernier et suprême effort pour abattre le monstre. Y aura-t-il réussi? Quelques-uns penseront que cet effort même n'était pas nécessaire, et qu'il n'était nul besoin d'épuiser ainsi tout l'arsenal de la dialectique contre une doctrine qui compte si peu d'adhésions dans les hautes régions de la science. Quoi qu'il en soit, ce dernier discours de M. Bousquet, en résumant l'ensemble de toutes les objections qu'ont pu lui suggérer les doctrines de M. Piorry, résume en même temps ses propres opinions doctrinales en médecine. Il pourrait bien se faire qu'il fût pris à partie à son tour sur ce nouveau terrain par M. Bouillaud, qui a demandé la parole, et par M. Piorry lui-même. Mais il ne sera plus là pour répondre, et la discussion, si elle s'engage de nouveau, court grand risque d'avorter.

L'Académie a entendu ensuite avec un grand intérêt la lecture d'un travail de M. Réveil sur un point très-important d'hygiène et de police médicale, l'usage des cosmétiques et les graves abus qu'entraîne le défaut de surveillance dans la fabrication et la vente de ces substances. M. Réveil, en signalant les conséquences funestes de cette absence de surveillance, qu'il a eu plusieurs fois l'occasion de constater, appelle sur ce sujet l'attention de l'Académie et de l'administration, demandant qu'il soit fait pour les cosmétiques ce qu'une législation prévoyante fait pour les médicaments, pour les aliments et pour les œuvres littéraires, ces autres aliments de l'esprit, qui sous un aspect séduisant cachent si souvent aussi le poison. La commission que l'Académie a déléguée pour l'examen de ce travail, trouvera là le sujet d'un utile rapport. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

De la thoracentèse.

(Observations recueillies par M. le docteur Dumontpallier, chef de clinique.)

La *Gazette des Hôpitaux*, dans l'un de ses derniers numéros, a publié l'observation d'une pleurésie aiguë traitée avec succès par la ponction de la poitrine.

Maintenant cet heureux résultat n'a plus rien qui étonne.

Dans les hôpitaux de Paris, cette opération est pratiquée un certain nombre de fois chaque année, et si l'on dressait aujourd'hui une statistique générale des cas de thoracentèse, peut-être serait-on en droit de conclure que cette opération est le traitement le plus rapide, le plus heureux et le plus exempt de dangers dans les épanchements thoraciques, que ces épanchements soient dus à une inflammation aiguë, chronique, ou à quelque autre cause. Il est bien entendu que je mets de côté les épanchements de cause tuberculeuse.

Cette conclusion générale est certes bien différente de celle qui a été posée à d'autres époques. La ponction de la poitrine comptait jadis peu de partisans, moins encore de défenseurs. Mais peu à peu on a compris quels pouvaient être les avantages de cette opération, on en a étudié les indications, et les travaux de MM. Trousseau, Pidoux et Aran, établis sur de nombreuses observations, sont venus démontrer les avantages marqués de la paracentèse de la poitrine.

Depuis le mois de janvier, époque à laquelle je suis entré à titre de chef de clinique dans le service de M. le professeur Trousseau, j'ai pratiqué, sur les indications du maître, neuf fois la ponction de la poitrine, savoir :

1° Une fois dans un cas de pleurésie purulente chez une nouvelle accouchée, qui quelques jours plus tard succombait aux progrès de la fièvre puerpérale.

2° Trois fois sur le même individu, jeune homme de vingt-quatre ans, affecté de pleurésie chronique datant de dix-huit mois, et dont je me réserve de publier ultérieurement l'observation. Constatons seulement que ce jeune homme est sorti de l'hôpital dans des conditions très-favorables.

3° La ponction de la poitrine a été pratiquée avec succès dans cinq cas de pleurésie aiguë. Il suffit, je crois, pour démontrer l'avantage de l'opération, de publier seulement deux de ces observations, où l'on pourra remarquer l'amélioration subite éprouvée par les malades et la rapidité de la guérison confirmée.

Dans la seconde observation, nous avons essayé d'analyser quelques-uns des phénomènes qui peuvent se présenter pendant et après l'opération.

Obs. I. — *Paracentèse de la poitrine dans un cas de pleurésie aiguë.*

Femme M..., âgée de vingt-quatre ans, tapissière, accouchée il y a trois mois, dans le service de M. Legroux.

L'accouchement a été pénible et parait avoir été suivi de plusieurs accidents. La malade nous dit, en effet, qu'elle fut enflée de tout le corps; elle ne se rappelle pas qu'on ait rien remarqué de spécial dans ses urines. Elle semble avoir présenté quelques troubles du côté du cœur; la région cardiaque porte les traces d'un vésicatoire. La malade avait-elle été affectée de péricardite? De plus, elle a eu de grandes douleurs abdominales. Enfin, elle quitta l'hôpital vers le milieu du mois de mars, pour aller passer trois semaines à l'asile du Vésinet.

Vers les premiers jours d'avril, elle éprouva une douleur dans le côté gauche, puis rentra chez elle.

Aujourd'hui 14 avril, jour de son entrée dans le service de M. Trousseau, salle Saint-Bernard, n° 4, douleur dans la poitrine (côté gauche), toux, expectoration muqueuse, oppression marquée; matité en arrière de haut en bas, absence de vibrations thoraciques; point de souffle; égophonie à partir du milieu de la fosse sous-épineuse jusqu'au bas de la poitrine.

Le cœur ne parait point déplacé; mais dans la région de cet organe il y a une matité exagérée, point de bruit anormal; peut-être les bruits sont-ils un peu éloignés; y a-t-il eu péricardite ultérieurement?

Le pouls est petit, régulier, peu fréquent; point de fièvre d'ailleurs. L'appétit est conservé; il n'y a point de soif exagérée.

Le 17, à la région antérieure gauche, la matité remonte jusqu'à la clavicule. Pas de voussure; l'oppression n'est point sensible. Les battements du cœur sont moins profonds; leur summum d'intensité a lieu à gauche du sternum; point de bruit de souffle ni de frottement.

Dans la région sous-claviculaire, point d'expansion vésiculaire; bruit expirateur prolongé et retentissement faible de la voix. En arrière, matité, égophonie; point de souffle.

Le 19, matité sous-claviculaire dépassant de 2 centimètres la ligne médiane du sternum; la portion supérieure du médiastin est donc refoulée vers le côté droit de la poitrine. Dans la région cardiaque et jusqu'à la clavicule, on entend le souffle tubaire et de l'égophonie. Le summum des battements du cœur est sur la ligne médiane du sternum.

La rate déborde les fausses côtes de 12 centimètres. En arrière, matité, égophonie, absence de vibrations thoraciques; immobilité des côtes gauches lors des grands mouvements respiratoires.

La ponction de la poitrine est pratiquée dans le sixième espace intercostal avec le trocart garni de baudruche : écoulement de deux litres de sérosité jaune.

Pendant l'opération, toux et douleur intra-thoracique; le trocart enlevé, il s'écoule au-dessous du diachylon qui recouvrait la petite plaie, une sérosité rougeâtre lorsque la malade tousse; la quantité de cette sérosité peut être évaluée à peu près à deux onces, l'écoulement ayant persisté pendant trois quarts d'heure.

Le lendemain de l'opération, 20 avril, on constate : en avant, retour des bruits respiratoires, pas de souffle, mais du râle sous-crépitant. Le son est normal à la percussion. En arrière, la matité relative remonte jusqu'à la moitié de la fosse sous-épineuse. La poitrine paraît revenue sur elle-même du côté gauche.

En arrière, le bruit respiratoire est pur, mais faible, depuis le sommet de l'épaule jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Il n'y a plus d'égophonie, point de souffle dans la partie supérieure gauche; l'égophonie persiste dans le tiers inférieur, et la toux permet, dans les points où a lieu l'égophonie, d'entendre des râles muqueux sous-crépitants.

La rate n'est plus sensible à la palpation abdominale. La région supérieure du médiastin est sonore à la percussion.

Le 21, absence totale de fièvre; moins de toux; à la partie antérieure et supérieure de la poitrine, dans les grands efforts d'inspiration, quelques râles sous-crépitants; point de souffle, point d'égophonie. Le côté gauche paraît rétréci et mesure 5 centimètres de moins qu'avant la ponction.

En arrière, au niveau de l'angle de l'omoplate, encore un peu d'égophonie. La malade a bon appétit, on lui accorde une potion.

Le 26, le mieux se maintient; il n'y a point de fièvre; l'appétit est toujours bon; il n'y a plus d'égophonie; la respiration s'entend en arrière dans toute l'étendue du poumon; à peine existe-t-il encore en arrière, au-dessous de l'angle de l'omoplate, un peu de matité relative, très-faible, et qui est due probablement à la présence de fausses membranes et à l'expansion moindre du poumon.

Le 4 mai, la malade quitte l'hôpital entièrement guérie, pour aller au Vésinet.

A la même époque nous pratiquions la ponction de la poitrine chez une malade qui depuis deux mois était entrée dans le service de M. Trousseau, et l'opération était encore suivie de succès.

Obs. II. — *Paracentèse de la poitrine dans un cas de pleurésie aiguë.*

La nommée B..., salle Saint-Bernard, n° 21, entre avec son enfant dans le service de M. le professeur Trousseau, le 29 janvier 1861.

Accouchée le 11 janvier, cette femme était sortie de l'hospice de la Maternité le treizième jour de son accouchement. Elle voulut reprendre son travail de domestique; mais le 28, dans la soirée, elle éprouva une vive douleur dans la région hypogastrique.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on constate les symptômes de la métro-péritonite : douleur dans l'hypogastre s'irradiant dans toute la région sous-ombilicale du péritoine; chaleur extrême du col utérin; suppression des lochies; fièvre avec frissons; envies de vomir, langue saburrale. Le repos absolu, les cataplasmes et les lotions, *in loco dolenti*, avec la mixture belladone et opium, en même temps que l'administration à l'intérieur de l'huile essentielle de térébenthine, déterminèrent un soulagement rapide, et le 6 février, c'est-à-dire huit jours après son entrée à l'hôpital, B... n'éprouvait plus de douleur dans l'abdomen; il n'y avait plus de fièvre. On lui avait accordé une portion.

Le 13, B... est prise de fièvre avec frissons, douleur dans les reins, envies de vomir, et le 16 février, sur sa figure et sur plusieurs parties du corps, on constate une éruption papuleuse. Dans la salle Saint-Bernard, il y avait alors un grand nombre de varioles modifiées : les petits enfants récemment vaccinés n'étaient pas même à l'abri de la maladie contagieuse, et nous avons pu sur plusieurs d'entre eux suivre la marche parallèle de la vaccine et de la variole.

B... eut une très-belle éruption varioleuse, et le 22 février, neuvième jour à partir du début de la fièvre éruptive, les pustules du visage sont croûteuses, celles du tronc sont sèches, et la malade entre aussitôt en convalescence.

Nous lui conseillions de quitter l'hôpital dans les premiers jours de mars, mais elle ne se trouvait point assez forte. L'appétit ne se faisait point sentir.

Le 10 mars, B... est reprise de fièvre dans la soirée, avec point de côté à gauche et de la toux.

Le lendemain 11, on constate de la matité à gauche en arrière dans une grande étendue; souffle à l'expiration et râles muqueux sous-crépitants. L'expectoration est celle de la bronchite; point de bronchophonie, ni d'égophonie.

Le 14 mars, matité depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la partie inférieure de la poitrine; un peu d'égophonie. L'épanchement n'était point considérable, et la résolution s'en opéra dans l'espace de huit ou neuf jours. Du côté droit et du côté gauche, la bronchite était persistante, et l'examen, fait plusieurs fois avec soin, ne permit jamais de constater aucun signe physique de tubercules. La malade avait cependant recouvré un peu d'appétit, et les forces revinrent peu à peu, bien qu'il y eût de temps en temps un peu de fièvre, surtout le soir.

Le 23 avril, B... nous fait remarquer que depuis deux jours elle a plus de fièvre ainsi que de la douleur dans le côté droit, l'expectoration étant toujours celle de la bronchite; mais on constate de la matité dans toute l'étendue de la poitrine en arrière, et absence complète de bruit respiratoire normal ou anormal; point de râles, point de souffle, point d'égophonie; mais la matité extrême et le manque absolu de vibration thoracique ne pouvaient laisser de doute sur l'existence d'un épanchement thoracique considérable survenu rapidement chez cette malade.

Ajoutons que le côté droit semble plus développé, et que les mouvements respiratoires ne deviennent sensibles de ce côté que dans les grandes inspirations; alors tout le côté droit se soulève d'ensemble. La respiration diaphragmatique est très-faible du côté malade, et le foie déborde les fausses côtes de plusieurs centimètres.

En avant, la matité remonte jusque dans l'espace sous-claviculaire.

Du côté gauche, la respiration a lieu dans toute l'étendue du poumon, où s'entendent des râles de bronchite.

Le médiastin antérieur n'est point refoulé à gauche, et le cœur occupe sa place normale.

La rapidité avec laquelle l'épanchement thoracique s'était formé, et surtout son étendue chez une malade affaiblie depuis longtemps et chez laquelle l'épanchement aurait mis probablement une grande lenteur à se résorber, indiquaient impérieusement une intervention active. Séance tenante, la paracentèse fut décidée; M. Trousseau voulut bien me confier le trocart, et il fut procédé à l'opération d'après les conseils si savamment exposés dans la *Clinique de l'Hôtel-Dieu*.

La ponction fut faite dans le sixième espace intercostal et suivant la ligne axillaire, après s'être bien assuré que la matité était absolue en l'endroit où le trocart allait être enfoncé.

Aussitôt s'écoule une sérosité jaunâtre; mais l'écoulement se fait avec une certaine lenteur, puis bientôt il s'arrête. Un stylet introduit dans la canule permet de constater que l'extrémité thoracique de l'instrument était en rapport immédiat avec un corps solide. Ce n'était point le poumon; il n'y avait point de douleur thoracique lorsqu'on remuait l'instrument, point de toux, point d'écoulement de sang par la canule. M. Trousseau nous engagea alors à réintroduire le trocart dans la canule; puis l'instrument bien saisi dans la main, et l'index appuyé en un point de la canule pour mesurer la longueur de l'instrument que l'on voulait faire entrer plus avant dans la cavité thoracique, je donnai un coup sec et rapide. Je sentis alors que j'avais vaincu un obstacle, et que le bout de l'instrument était libre dans une cavité. Aussitôt le trocart enlevé, le liquide s'écoula par jets saccadés hors de la canule, et nous recueillîmes 15 à 1600 grammes de sérosité jaunâtre dans l'espace de quelques minutes.

Lorsqu'il y eut à peu près 1,000 grammes de sérosité écoulés, la malade fut prise d'une toux qu'elle ne pouvait arrêter et de douleurs déchirantes en plusieurs points de la poitrine; la toux et la douleur persistèrent jusqu'à la fin de l'opération, et les dernières parties de sérosité étaient légèrement teintes de sang.

Le liquide recueilli se coagula spontanément en une sorte de gelée; ce qui était dû à une grande quantité de fibrine qu'il renfermait; de plus, quelques gouttes d'acide nitrique démontrèrent dans ce liquide la présence d'une quantité considérable d'albumine qui se prenait en caillots blanc de lait.

Immédiatement après l'opération, on put constater que la respiration s'entendait en avant et en arrière dans toute l'étendue de la cavité thoracique. Il existait encore de la matité, ou pour mieux dire la submatité qu'on observe en pareille circonstance; mais une percussion forte et profonde permettait d'entendre le son pulmonaire.

La toux cessa bientôt après l'opération. Le soir il n'y eut point de fièvre; la nuit fut calme; la malade ne fut réveillée qu'une seule fois par la toux.

Le lendemain matin il n'y avait plus d'oppression; la malade pouvait se coucher sur le côté droit. La respiration s'entendait jusqu'à la base de la poitrine, où l'oreille constatait des râles muqueux déjà moins fins que la veille. Pas la moindre égophonie; point de fièvre. Une portion est accordée à la malade.

Les jours suivants, vendredi et samedi 26 et 27 avril, l'épanchement ne se renouvelle pas; la respiration est normale, et de temps en temps seulement on entend encore quelques râles muqueux; point d'égophonie. On peut donc établir que la pleurésie était guérie trois jours après la ponction.

Trois faits importants à l'endroit de la thoracentèse doivent être notés dans cette dernière observation :

1° La lenteur, puis la suppression de l'écoulement du liquide;

2° La toux;

3° La douleur probablement pulmonaire et pleurale.

Déjà plusieurs fois M. Trousseau a appelé l'attention sur les différents phénomènes qu'il a rencontrés dans les nombreuses paracentèses thoraciques qu'il a pratiquées, et il en a donné des explications qui nous paraissent des interprétations vraisemblables.

Qu'on nous pardonne d'y revenir encore; on ne saurait trop appeler l'attention sur des faits qui portent avec eux un grand enseignement clinique.

1° Quelle était la cause de la lenteur, puis de la suppression de l'écoulement de la sérosité?

Il ressort du fait même de l'écoulement du liquide, que le trocart avait bien pénétré dans la cavité pleurale; mais alors pourquoi l'écoulement se faisait-il avec lenteur? Il est probable que la pointe du trocart n'avait fait qu'entamer la plèvre costale doublée de fausses membranes, et que le plus faible mouvement imprimé à la canule fit disparaître le parallélisme qui existait entre la plaie pleurale et l'ouverture de la canule; de là lenteur puis plus tard suppression de l'écoulement, parce que l'ouverture de la canule ne correspondant plus parfaitement à la plaie pleurale et pseudo-membraneuse, les liquides ne peuvent plus s'écouler. De plus, l'introduction du stylet, en faisant sentir l'obstacle contre lequel buttait la canule, rendait parfaitement compte de la suppression de l'écoulement. Peut-être aurait-on pu vaincre l'obstacle pseudo-membraneux en enfonçant la canule, mais on eût pu décoller la pseudo-membrane dans une grande étendue, sans obtenir le résultat que l'on demandait; aussi était-il plus rationnel de réintroduire le trocart dans la canule elle-même; le trocart alors se fit un passage facile, et le liquide s'écoula, comme nous l'avons dit, en grande abondance et rapidement.

Ce fait est d'un grand enseignement, parce qu'il rend compte du manque d'écoulement du liquide dans un cas où il ne pouvait y avoir de doute sur l'épanchement, et parce qu'il enseigne le moyen de vaincre l'obstacle sans avoir recours à une seconde ponction de la paroi thoracique dans toute son épaisseur.

2° La toux que l'on observe souvent pendant et surtout à la fin de la ponction de la poitrine, est due très-probablement à l'arrivée de l'air dans les bronches et dans les vésicules pulmonaires, qui redeviennent accessibles à l'air par le fait de l'écoulement du liquide épanché.

3° Quant à la douleur, elle est bien probablement le résultat des déchirures partielles, qui s'opèrent lorsque le poumon en se dilatant vient à rompre les adhérences pseudo-membraneuses qui l'unissaient à la plèvre costale. Les malades disent quelquefois qu'ils ont la sensation de déchirures et de craquements pendant l'écoulement du liquide. Ces déchirures déterminent de petites hémorrhagies, et rendent compte de la teinte sanglante des dernières parties de la sérosité qui s'écoule hors de la canule.

DU DOUBLE SOUFFLE INTERMITTENT CRURAL

comme signe de l'insuffisance aortique.

Par M. le docteur Durozier, ancien chef de clinique de la Faculté.

Les *Archives générales de médecine*, dans leur numéro de mai 1861, terminent la publication d'un important mémoire de M. Durozier, sur le double souffle intermittent crural. Nous pensons que nos lecteurs ne verront pas sans intérêt les conclusions présentées par l'ancien chef de clinique de M. Bouillaud, et qui sont le meilleur résumé de ce travail de longue haleine.

« 1° Le double souffle intermittent crural, signalé par beaucoup d'auteurs dans l'insuffisance aortique, n'a jamais, à ma connaissance du moins, été donné comme un signe constant de cette lésion.

2° Le plus souvent il n'existe pas, il faut le produire au moyen de la compression.

3° Dans l'insuffisance aortique, le sang, chassé au premier temps par le ventricule gauche jusqu'aux extrémités, reflue des extrémités vers le cœur, repoussé par les artères de la périphérie et attiré par le ventricule gauche.

4° Le doigt, comprimant l'artère à 2 centimètres environ en amont du stéthoscope, produit le premier souffle; à 2 centimètres en aval de l'instrument, il produit le second souffle.

5° Les souffles du second temps, qui peuvent être produits par les lésions du péricarde, par le rétrécissement de l'orifice mitral, par le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, par l'insuffisance de l'artère pulmonaire, pourront être séparés du souffle de l'insuffisance aortique à l'aide du double souffle crural, qui n'a sa raison d'être que dans cette dernière lésion.

6° Si l'insuffisance aortique est doublée d'une ou de plusieurs des lésions susindiquées, et que le diagnostic en devienne par cela même difficile, la crurale aidera beaucoup, fixera même le diagnostic.

7° La crurale distingue peut-être moins bien les lésions de l'orifice aortique des lésions de l'aorte. Le double souffle peut apparaître dans certains anévrysmes sans insuffisance cadavérique.

8° L'insuffisance passagère pourra être démontrée par le double souffle intermittent passager.

9° Le bruit continu peut se passer dans les artères, puisque jamais on ne l'entend dans l'insuffisance aortique à double souffle intermittent crural constant.

10° Le double souffle intermittent crural existe dans la fièvre typhoïde, dans la chlorose, dans l'intoxication saturnine, etc., mais passager; il est bientôt remplacé par les bruits continus. »

DU TRAITEMENT DES TUMEURS SYNOVIALES RADIO-PALMAIRES

par les applications alcooliques.

Les succès obtenus par M. Houzelot dans le traitement des tumeurs synoviales au moyen des applications d'alcool à 36°, sont de nature à faire penser qu'une pareille médication pourrait réussir dans les cas de tumeurs synoviales de la région palmaire; il n'y a du moins aucun inconvénient à en tenter l'emploi avant de recourir aux opérations souvent graves qu'elles nécessitent.

M. Nélaton a plusieurs fois eu recours à l'alcool dans le cas de tumeurs synoviales contenant du liquide et des masses riziformes, et quand celles-ci n'étaient pas prédominantes, ce topique a fait preuve d'une efficacité incontestable. Réussit-on aussi bien dans les tumeurs synoviales de la région palmaire sans liquide? Cela est moins certain.

Cependant, dans les expériences faites jusqu'à ce jour, on a constaté que l'alcool méthodiquement appliqué apaisait la douleur et rendait moins pénible le mouvement des doigts.

M. Nélaton a vu un homme qui se traitait ainsi, sans apporter dans la médication toute la persévérance nécessaire, mais qui, à chaque récidive de son mal, reprenait l'usage de l'alcool, et qui après dix jours de son emploi se trouvait assez bien pour retourner à ses travaux. Il y a donc quelque chose de réel dans les effets attribués à cet agent, et dont on serait blâmable de ne pas faire son bénéfice.

M. Nélaton donne le conseil d'employer l'alcool de la manière suivante, qui est la plus simple et la plus efficace :

On prend huit ou dix plaques d'amadou qu'on imbibe d'alcool à 36°; on les applique en les superposant sur la région malade, puis on recouvre le tout d'une toile cirée ou gommée, pour empêcher l'évaporation du liquide. Si au bout de deux heures les disques d'amadou sont secs, on les humecte et l'on fait de même cinq ou six fois par jour. Or, sous l'influence de ce topique, il se développe une chaleur vive, assez semblable à celle de la vésication. Cependant, si on lève l'appareil, on trouve l'épiderme seulement ratatiné, froncé; mais au bout de huit jours il se détache.

Ainsi, l'action de l'alcool n'est point insignifiante, et il y a même des malades chez lesquels il devient nécessaire de l'interrompre temporairement. Pour qu'il réussisse, il faut en continuer l'usage quelquefois pendant plusieurs mois; mais comme l'amélioration est sensible au bout de quelques jours, ce résultat est bien fait pour engager les malades à persévérer dans un traitement inoffensif, et qui, dans un des cas observés par M. le docteur Houzelot, a donné une guérison complète et radicale.

(*Journ. de méd. et de chirurg. prat.*)

ÉTRANGLEMENT DE LA VERGE PAR UNE VIROLE.

Par M. le Dr Burguet, de Landignac (Haute-Vienne).

M. le docteur Burguet nous communique le fait suivant à l'occasion d'un cas analogue qui a été exposé par M. Chassaignac, dans une des dernières séances de la Société de chirurgie.

Un jeune paysan de vingt ans s'est présenté à moi avec sa verge introduite dans une virole en fer de 3 millimètres d'épaisseur. Cette virole avait servi à consolider le manche d'une serpette. Ce jeune homme portait cette espèce d'anneau depuis plus d'un mois; sa verge était considérablement gonflée, il y avait un véritable paraphimosis; la constriction avait produit une ulcération profonde qui avait détruit près de la moitié de l'épaisseur des corps caverneux.

Voici la manière dont je m'y pris pour débarrasser le patient.

Je le menai chez le forgeron du village; je fixai sa verge dans un mauvais étau, en ajoutant de chaque côté de la virole deux cales en fer pour que la verge ne fût pas blessée par les mors de l'étau. Cela fait, le forgeron se mit à limer l'anneau et le coupa aux deux points opposés de sa circonférence.

J'avais préalablement introduit une lame de bois sous la virole pour protéger la verge. L'opération dura plus d'une heure, l'opérateur ne pouvant agir qu'avec le bout de la lime. Elle se fit sans douleur et fut suivie d'une guérison prompte.

INJECTION CUIVREUSE CONTRE L'HYDROCÈLE.

Encore un nouveau médicament contre l'hydrocèle. A quoi bon ces expérimentations pour le moins inutiles, lorsque nous avons deux liquides (la teinture d'iode et le vin chaud) sur lesquels on peut parfaitement compter?

Quoi qu'il en soit, M. Pereira de Fonseca, professeur d'anatomie à l'Ecole de Porto, emploie exclusivement une solution de 2 à 8 grammes de sulfate de cuivre dans 190 à 250 grammes d'eau. Voici les résultats obtenus : Sur 25 cas traités par cette méthode, de 1837 à 1860, il y a eu 21 guérisons radicales et sans accident, dans un espace de dix à vingt jours. Dans 2 cas, l'épanchement reparut, mais la même solution ayant été injectée de nouveau quelque temps après, la guérison eut lieu.

Dans deux autres cas, la tunique s'enflamma et suppura. C'était, dans le premier, chez un sujet de soixante-cinq ans, dont la tunique vaginale était très-distendue, laquelle fut détruite en partie par la suppuration. La guérison eut cependant lieu, bien que le testicule ait conservé un volume double de l'état normal.

Dans le second, une petite partie de l'injection s'échappa en dehors de la tunique, ce qui produisit de l'inflammation et de la suppuration, mais la guérison eut lieu ensuite.

Certainement le vin ou la teinture d'iode donnent de meilleurs résultats.

POTION CONTRE LES PNEUMONIES

et les suffusions séreuses intra-thoraciques,

Par M. le Dr Hiard, de Mugron (Landes).

Eau distillée de menthe.	30	grammes.
— de fleurs d'oranger.	30	—
Sirop d'orgeat	60	—
Camphre	30	centigrammes.
Teinture de digitale	15	gouttes.
— de castoréum	25	—

Une cuillerée à bouche trois fois par jour.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 mai 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre d'Etat envoie l'ampliation d'un arrêté en date du 18 mai courant, par lequel, sur la proposition du conseil d'administration de l'Académie, M. le docteur Guardia a été nommé bibliothécaire adjoint de l'Académie, en remplacement de M. Axenfeld, démissionnaire.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements d'Indre-et-Loire, de l'Isère, de Loir-et-Cher, du Pas-de-Calais et de l'Aisne (commission des épidémies);

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Pietra-Pola (Corse), par M. le docteur Perelli; de La Motte (Isère), par M. le docteur Buissard; de La Bourboulle, par M. le docteur Peironnel; de Saint-Nectaire, par M. le docteur Basset; de Châteauneuf, par M. le docteur Penissat (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1º Une lettre de MM. Baillière et fils qui offrent à l'Académie les portraits de Sénac, de Rouelle et de Broussais.

2º Un travail de M. le docteur Lalagade, intitulé *Etudes sur la transmission des maladies par la vaccination*. (Commission de vaccine.)

3º Un rapport sur une épidémie de variole à Landouzy-la-Ville, par M. le docteur Penaut, de Vervins. (Comm. des épid.)

4º Des relevés d'observations ozonométriques faites aux Eaux-Bonnes en 1860 par M. le docteur Prosper de Pietra-Santa.

5º Une lettre de M. Stephen Martin, élève en médecine, renfermant la description d'un nouveau spéculum. (Comm., M. Huguier.)

6º Un pli cacheté déposé par M. le docteur A. Mercier. Le dépôt est accepté.

M. le secrétaire donne lecture de la lettre suivante adressée par M. Piorry :

« Monsieur le président,

» Je ne sais quel sera le parti que la commission prendra sur le travail que j'ai eu l'honneur de lire, il y a huit jours, à l'Académie ; les réflexions qui l'accompagnent ont rapport à des faits peu connus de plessimétrisme. Que des personnes qui ne connaissent pas suffisamment cette méthode de diagnose parlent d'exagération, à eux le droit d'en agir ainsi. Pour des gens privés d'un œil, le champ de la vision est moins grand que pour ceux qui possèdent leurs deux yeux ; à ceux de mes collègues qui douteraient des résultats utiles que donne la percussion plessimétrique, tandis que la percussion digitale est dans une foule de cas tout à fait insuffisante, je leur demande comme une faveur de nous livrer en commun à des expérimentations comparatives.

» La négligence n'est pas ici permise. Il s'agit de faits humanitaires. Si l'Académie le désire, je me livrerai devant elle et en séance publique à des expériences comparatives : après ces expériences, je l'espère, on ne parlera plus de mes prétentions exagérées, et l'on se donnera sans doute la peine d'étudier davantage.

» Quoi qu'il en arrive, je demande officiellement l'insertion dans le *Bulletin* de l'Académie de mon rapport, que je prends sous ma responsabilité.

» Veuillez recevoir, etc. P. A. PIORRY. »

M. le président fait observer qu'il n'y a pas lieu de donner suite à cette demande, le rapport ayant été renvoyé à la commission.

— M. LARREY offre à l'Académie, pour sa bibliothèque, le *Traité de physiologie* de Haller, en six volumes.

M. le président adresse des remercîments à M. Larrey au nom de l'Académie.

— M. GAVARRET fait hommage, au nom de M. Guillemin, d'une brochure sur l'*Induction volta-électrique et ses applications à la thérapeutique*.

— M. BRIQUET dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Martin Damourette sur les eaux de Sermaize (Marne).

— M. HUGUIER présente, au nom de M. le docteur A. Wahu, un ouvrage intitulé *Conseiller médical de l'étranger à Nice*.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que, conformément à une décision qu'elle a prise, il y aura lieu de procéder dans la prochaine séance à la nomination d'une commission de onze membres pour désigner la section à laquelle devra appartenir la prochaine élection.

M. MICHEL LÉVY demande que la commission nommée pour les deux dernières élections soit maintenue, afin de ne point perdre de temps.

Cette proposition, appuyée, est mise aux voix et adoptée.

— M. LE PRÉSIDENT fait ensuite la communication suivante :

Dans la séance du 23 avril, l'Académie a sanctionné un rapport de la commission des eaux minérales, concluant à l'autorisation d'exploiter.

Le rapport a été envoyé, suivant l'usage, à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics. Le ministre répond que toutes les formalités nécessaires pour cette autorisation n'ayant pas été remplies, il n'y a pas lieu pour le moment de donner suite à l'avis de l'Académie.

En conséquence, nul ne peut se prévaloir ni faire usage du rapport du 23 avril 1861.

LECTURES.

La parole est à M. Bousquet pour une lecture.

Sur la doctrine des états organo-pathiques. — M. BOUSQUET, après un préambule dans lequel il rappelle l'engagement qu'il avait pris envers M. Piorry, à la suite de la discussion sur la nomenclature, d'émettre son opinion sur sa doctrine des états organo-pathiques, s'exprime en ces termes :

On dit, dans le monde où nous vivons, que, peu satisfait des doctrines de ses maîtres, M. Piorry aspirait à l'honneur d'en fonder une nouvelle ; c'est sans doute la plus grande gloire à laquelle un grand esprit puisse prétendre, et je ne m'étonne pas qu'elle ait tenté son ambition et ses talents.

Cependant, quelque originalité dont il soit doué, il me semble qu'il y a plus de souvenir que d'invention dans ses principes ; je crois les retrouver en partie, quoique sous une autre forme, dans cette antique école de Gnide, autrefois si fameuse, et maintenant si parfaitement oubliée, qu'elle ne vit plus que de nom dans la tête de quelques érudits, ce qui, je vous l'avoue, me fait trembler pour celle de notre confrère.

Quel était donc l'esprit de l'école de Gnide et celui de son chef Euryphon ? Quel est l'esprit de l'école de la Charité ? La réponse à ces questions contient ma justification ou ma condamnation.

Je remarque d'abord qu'Euryphon et ses disciples, effrayés des écarts de la philosophie, n'avaient foi que dans les sens ; ils attendaient tout de l'observation, et rejetaient les secours de la raison même. Hippocrate leur rendait déjà cette justice qu'ils rapportaient assez bien ce qu'ils voyaient, ce qu'ils entendaient, et tout ce qu'une personne étrangère à notre art aurait pu voir et rapporter comme eux.

Les sens régnaient donc en souverains dans cette médecine, d'où l'esprit était exclu ; et comme il n'est donné qu'à l'esprit de voir les causes et les effets, tout y était isolé, distinct, sans liaison ni rapports. Les symptômes n'y étant pas rapportés à leur cause dans l'organisme, avaient usurpé la place, le rang des maladies ; il y avait enfin autant de maladies que de symptômes. Et de là cette abondance, cette profusion de remèdes, cette impatience d'agir qui contrastait, qui contraste encore si fort avec la patiente et savante expectation de la médecine hippocratique.

Malheureusement la tradition nous apprend peu de chose de cette turbulente thérapeutique. On sait seulement qu'elle recherchait les médicaments les plus héroïques ; elle avait un goût particulier pour les drastiques, qu'elle donnait à tout propos et dans tous les temps de la maladie, ne voulant rien abandonner à la nature de ce que l'art lui pouvait enlever.

Tel était l'esprit de l'école de Gnide, et tel me paraît être encore celui de M. Piorry.

Il a le même culte pour les sens, la même défiance, le même dédain pour l'esprit. Une seule chose l'embarrasse : D'où vient le corps ? qui est-ce qui fait le corps ? Car enfin il ne peut être ouvrage vivant et ouvrier tout ensemble.

Accablé du poids de son impuissance, M. Piorry évoque l'âme elle-même pour créer le corps ; il est juste de dire qu'il ne l'admet à cet usage qu'à regret, et faute de concevoir d'une vue claire la force vitale ; il n'y a pourtant aucune difficulté à cela : qui dit force dit cause, agents, pouvoir. La volonté est une force ; l'attraction est une force ; ce qu'elle est aux corps célestes, la force vitale l'est aux corps vivants.

Mais passons et écartons ces questions d'origine trop haute pour notre faible vue. L'âme, le corps, la vie, tout paraît simultané dans le temps ; s'il y a succession, elle m'échappe ; comment pourrais-je saisir les rapports de cause à effet ?

Par le revirement le plus complet qui se puisse faire dans la tête d'un homme, à peine l'âme a-t-elle fait le corps, que M. Piorry ne veut plus de l'âme ; il ne voit plus que le corps, et dans ce corps il ne voit que des organes, et dans ces organes il ne voit que les tissus : propriétés, fonctions, tout se fera désormais sous l'empire de l'organisation et par l'organisation.

Et de même en pathologie, il n'y aura que des lésions organiques, ce qui n'est pas absolument impossible ; mais il est impossible aux sens de l'affirmer. M. Piorry profite de l'obscurité qui l'enveloppe pour donner un libre cours à ses instincts systématiques.

Il sait aussi bien qu'un autre que, semblables aux plantes, les maladies se préparent mystérieusement au sein de l'organisme avant de se montrer aux yeux ; mais parce que cette période, la première et la plus importante de toutes, n'est accessible qu'à l'esprit, il n'en tient compte ; il attend tranquillement que les tissus s'affectent aux sens pour marquer le commencement de la maladie ; et faute d'un peu de réflexion, il confond tout, l'*affection* avec la *réaction*, l'*état* morbide avec l'*acte* morbide ; les maladies nées, pour ainsi parler, librement, spontanément, de l'activité même de l'organisme, avec ces lésions physiques et passives produites subitement et de vive force par les causes du dehors, comme plaies, luxations, fractures, etc. M. Piorry confond enfin la médecine avec la chirurgie, et cette énormité, il s'en vante, il s'en glorifie ; il fait cet affront à la raison pour gagner la chirurgie à sa cause, mais elle ne se laissera pas prendre à un piége si grossier. Parmi les chirurgiens qui me font l'honneur de m'écouter, il n'en est pas un qui ne sache que, dans les lésions franchement chirurgicales comme celles qui viennent d'être citées, les sens embrassent tout de la même vue, la lésion et les symptômes, au lieu que dans le domaine du médecin les symptômes seuls tombent sous les sens, et la maladie ne se découvre qu'à l'esprit.

La distinction est si naturelle qu'elle a passé dans le langage vulgaire. Qu'un homme se casse la jambe, on ne dit pas qu'il est malade, on dit qu'il a une fracture ; un autre se démet un membre, il a une luxation ; une autre reçoit un coup d'épée, c'est un blessé : les blessés ne sont pas des malades, pas plus que les amputés ; ils peuvent le devenir, mais ils ne le sont ni au moment de l'accident ni par le seul fait de l'accident.

Quelle différence avec les maladies médicales ! Prenons pour exemple les maladies héréditaires, et de votre aveu elles le sont presque toutes : elles sommeillent en germe dans l'économie longtemps avant d'éclater, dira-t-on ; cependant qu'elles ne datent que du jour de l'explosion ?

En dehors des maladies innées, je prends pour vous plaire la fièvre intermittente. Tout ce que vous racontez de la rate, je l'admets sur parole ; mais qui est-ce qui fait que la rate se gonfle et se dégonfle alternativement ? A cette question les sens n'ont point de réponse ; interrogez l'esprit, il vous dira que la lésion splénique elle-même n'est qu'un effet éventuel, un accident ; il vous dira que l'apyrexie si parfaite qu'elle soit n'est qu'une apparence, un mensonge ; car de considérer comme bien portant celui qu'on sait qui périra infailliblement demain sous le coup d'un accès foudroyant, c'est impossible. Comprenez donc enfin que ce n'est ni la rate ni rien de ce qui se voit qui fait le fond de la maladie ; l'essentiel, c'est ce qui ne se voit pas, c'est la périodicité, je veux dire la cause de la périodicité ; c'est le génie périodique, comme parlaient les anciens.

Ainsi le juge l'esprit contre les sens.

De tout ceci je conclus qu'il ne suffit pas d'observer, il faut encore penser, et penser beaucoup.

L'observation n'est que la première médecine ; la seconde est dans le raisonnement. Baglivi l'a dit avant moi, je ne fais que le répéter.

Comment passer à M. Piorry ce penchant, cette manie de tout transformer en maladie ! Le *moindre vent qui d'aventure vient gonfler l'intestin*, la distension de la vessie par l'urine, l'abondance de la salive, un peu d'écume dans les bronches, quoi encore ? le refoulement du diaphragme, la douleur du cerveau, la douleur de la moelle, le délire, etc., voilà quelles sont ses maladies ou plutôt ses états organo-pathiques ; car je ne puis oublier que dans sa pathologie il n'y a pas de maladie. Mais vous qui m'écoutez, modérez votre joie ; on ne gagne rien à la variante. S'il n'y a pas de maladies, il y a des états organo-pathiques dont on souffre, dont on meurt. S'il n'y a pas de maladies, il y a des malades. C'est comme si on disait : Il n'y a ni sottise, ni folie, il n'y a que des sots et des fous.

Mais ici l'erreur s'ajoute à la subtilité : toutes les maladies, il s'en faut bien, ne sont pas de simples modifications ; j'en connais, et des plus graves, qui ont un corps, une substance, une matière enfin ; telles celles qui naissent de contagion, de virus, de vaccin, et toutes celles dont la cause passe en nature dans l'organisation.

Et quand elles seraient toutes sans matière, je dirais encore qu'il faut les considérer comme si elles avaient un corps, tranchons le mot, comme si elles étaient des *êtres !* Oui, des êtres. Ainsi fait la philosophie des facultés de l'entendement ; ainsi faisons-nous tous des qualités, des attributs des corps répandus sur la terre. Otez la substance, que deviennent la couleur, la forme, l'étendue, etc. ? Elles ne se conçoivent même pas. Ce qui n'empêche pas que, par un heureux artifice, l'esprit les isole, les personnifie en quelque sorte pour les voir en elles-mêmes, et cette opération lui est si naturelle qu'elle se fait presque à son insu.

Il y a, je crois, du vrai et du faux dans cette manière d'envisager les maladies.

Il est vrai que les maladies se voient rarement à l'état de simplicité. Barthez et ses disciples reconnaissent trois éléments dans l'inflammation.

L'art de décomposer les maladies n'a rien de nouveau ; tous les grands praticiens l'ont pratiqué d'instinct ou de génie. Barthez a le mérite de lui avoir donné des règles ; M. Piorry, celui d'en comprendre l'excellence.

Mais ce que je ne puis accorder, c'est que la composition des maladies exclue l'unité morbide. Pour être composé d'une foule d'organes, le corps humain en est-il moins un ? Il en est de même des maladies. Toutes, même les plus composées, comme les fièvres, les phlegmasies, les scrofules, la petite-vérole, la syphilis, le scorbut, etc. ; toutes, dis-je, constituent autant d'espèces pathologiques distinctes et déterminées.

Il y a tout à la fois unité et diversité : unité dans l'espèce, diversité dans les éléments.

M. Bousquet rappelle ici les objections contre l'unité morbide, que M. Piorry a empruntées à l'histoire de la variole et de la fièvre typhoïde, et après avoir réfuté ces objections pour ces deux affections en particulier, il poursuit en ces termes :

Comment ne voyez-vous pas que si les maladies n'avaient rien de constant dans les symptômes, rien de réglé dans la marche, il serait impossible et de les dénommer et de les classer ? Il n'y aurait ni espèces, ni genres, ni classes ; il n'y aurait que des variétés, des individualités pathologiques ; l'expérience d'autrui et la vôtre même ne vous serviraient de rien ; tout irait à l'aventure, et le médecin, sans guide ni boussole, se trouverait à chaque nouveau malade en face d'une inconnue.

Divisez, mutilez les maladies, réduisez-les en poudre impalpable, vous ne pourrez vous dissimuler que ce n'est pas dans cet état qu'elles se présentent dans la nature. Tous ces états organo-pathiques dont vous les composez ne s'y trouvent pas par hasard ; il existe nécessairement un lien, une cause de cette rencontre, et cette cause, qu'est-ce, sinon la modification organique ou vitale qui les produit, c'est-à-dire la maladie elle-même ?

Ce que les lettres sont aux mots, les chiffres aux nombres, les éléments le sont aux espèces morbides. M. Piorry connaît assez bien les lettres, mais il ne sait pas épeler ; il connaît assez bien les chiffres, mais il n'en sait pas la valeur relative. Tout est épars, isolé, détail dans sa pathologie, absolument comme dans celle d'Euryphon, le premier de sa race.

La thérapeutique de M. Piorry répond à sa pathologie et en est digne. Elle prend un à un les états organo-pathiques, et les combat successivement par les moyens de son choix.

Un jeune et honorable médecin, M. de Pietra-Santa, conduit par l'amour de son art aux leçons de M. Piorry, l'a vu à l'œuvre ; il le peint justement auprès d'une fièvre typhoïde. Du premier coup d'œil le professeur reconnaît cinq états organo-pathiques, et, sans plus de réflexion, il les attaque tous à la fois par cinq traitements différents :

1º Contre la corruption du sang : *Air pur et boissons abondantes ;*

2º Contre la bronchite : *Un looch ;*

3º Contre le gonflement de la rate : *Sulfate de quinine ;*

4º Contre l'obstruction de l'intestin : *Eau de Sedlitz ;*

5º Contre la lésion des plaques de Peyer : *Lavement aux follicules de séné et sirop de nerprun.*

Telle fut la prescription du premier jour. Qu'on dise après cela que les praticiens les plus éclairés sont en général les plus sobres de médicaments !

M. Piorry n'exclut aucun des moyens de la thérapeutique, mais il préfère de beaucoup ceux que la physique lui fournit ; il les trouve les plus sûrs, parce qu'ils sont le mieux appropriés à ses principes. Ainsi, pour revenir à la petite vérole, la salive afflue-t-elle dans la bouche, il prescrit de pencher la tête ; il prévient l'éruption en lui barrant le passage, comme on ferait d'un cours d'eau qu'on voudrait détourner. Si les emplâtres manquent leur effet, il réprime l'éruption naissante par la cautérisation. Pour faire périr les larves, il les noie dans l'huile. Il prévient l'asphyxie par un trou à la trachée. Au déclin de la petite vérole, une femme était menacée de suffocation, M. Piorry lui ouvrit la trachée, *et avec un tel succès, que la pauvre malade sembla être rendue à la santé* ; elle vécut encore trente-six heures ; elle mourut à la trente-septième, à cause, dit-on, que la sonde s'engoua. Ce qui signifie que sans cet accident elle eût été sauvée de sa maladie et de l'opération. Telle est aussi la conclusion de M. Piorry. N'a-t-il donc jamais vu périr de la trachéotomie, à moins que la sonde ne s'engouât ? La pureté de l'intention l'excuse devant Dieu ; la science, moins indulgente, désavoue ses principes et condamne sa conduite. Qu'il pardonne à la sévérité de mes paroles : ce n'est pas un blâme, c'est un cri de la conscience.

Au temps du choléra, il régnait, comme vous savez, des flux de ventre presque incoercibles ; M. Piorry imagina de tamponner le rectum : cette pratique a son nom dans la nomenclature, elle s'appelle le *bondonnement*.

A la même époque, la vessie était à sec : M. Piorry proposa d'y mettre de l'eau.

Je rapporte ces faits, Messieurs, moins à cause de l'intérêt qu'ils présentent que parce qu'ils me paraissent plus propres que tous les raisonnements à faire connaître l'esprit de la doctrine de M. Piorry ; j'espère d'ailleurs qu'il ne se méprendra pas sur mes intentions.

Héritier par le sang et par système des maximes de Gnide, M. Piorry a rompu avec les traditions hippocratiques.

En observant attentivement les maladies, Hippocrate vit avec génie qu'elles marchent, pour la plupart, avec une remarquable régularité, et à mesure qu'elles s'avancent elles se transforment, elles mûrissent à peu près comme le fruit sur l'arbre ; de là ces époques, ces temps de *crudité*, de *coction* et de *crises* : vieux mots, vieilles théories, je le sais, mais pleins de sens pour qui sait les comprendre.

Avec le seul secours de l'observation, sans anatomie, sans physiologie, sans nécropsie, sans chimie, personne, à mon avis, n'est entré plus avant qu'Hippocrate dans la constitution des maladies ; il ne s'est pas contenté de les décrire, il a marqué les signes qui font prévoir

une bonne ou une mauvaise issue; bien plus, il a vu, et il était impossible de ne pas voir, qu'abandonnées à elles-mêmes elles guérissent en très-grand nombre. Mais au temps où je me reporte, les médecins, sous le ciel heureux de la Grèce, laissaient faire la nature sans la troubler par des médications inopportunes : le médicament le plus en usage était la tisane d'orge, et il est permis de croire que la simplicité de la thérapeutique laissait plus de liberté aux mouvements naturels.

Ces grandes vérités sont, selon moi, le fondement de toute bonne médecine. Malheur au médecin qui les mettrait en oubli! Malheur surtout à ses malades!

Par pitié pour les hommes autant que pour conserver son ouvrage, le Créateur a mis dans les corps organisés une force, un ressort pour les maintenir dans l'état où ils sont sortis de ses mains, et pour les y ramener quand ils s'en sont écartés.

Bossuet a dit dans son magnifique langage : « Quel architecte que celui qui, en faisant un bâtiment caduc, y met un principe pour le relever de ses ruines! »

Bossuet parlait de la faculté accordée à l'homme de perpétuer son espèce.

Et moi je dis à mon tour, quoique dans un autre sens : « Quel architecte que celui qui, en faisant un bâtiment sujet à mille avaries, y met un principe pour lutter contre les faux systèmes et contre les mauvais médecins! »

La confiance qu'a M. Piorry dans ses lumières, lui ôte celle qu'il doit à la nature. Vous l'avez tous entendu comme moi : « Il n'y a, dit-il, que ceux qui ne savent que faire qui hésitent et s'abstiennent; les autres agissent, ils agissent toujours.

Mais en voilà assez pour montrer qu'ils sont on ne peut plus mal choisis les exemples que vous citez à la gloire de l'art contre les défaites de la nature, de cette pauvre nature à laquelle vous devez la plus grande partie de vos succès. Avant d'enseigner à Strasbourg, Fodéré pratiquait dans les Bouches-du-Rhône. Ecoutez-le, je vous prie, et faites un retour sur vous-même : « Pendant cinq ans, dit-il, que j'ai été médecin de l'hôpital de Martigues, les malades affluaient, et l'établissement était d'une pauvreté extrême ; je me mis à rechercher jusqu'à quel point on pouvait se passer de remèdes, et je parvins à réduire la dépense à 600 fr. par an pour 100 malades par jour. A mon départ, les administrateurs écrivirent au préfet que jamais ils n'avaient eu autant de malades et si peu de morts, ni employé si peu de remèdes. »

Je mets fin à tous ces discours. Que M. Piorry prenne ma place à cette tribune, j'en descends avec la ferme résolution de n'y pas remonter après lui ; je n'ai plus rien à lui dire, et je ne lui dirai plus rien, je l'espère. Si j'en ai tant parlé, ce n'est ni par envie ni par folle prétention de m'égaler à lui ; je connais ses forces et je connais les miennes. Membres d'une même famille, nous travaillons tous ici, chacun dans sa partie, à honorer une science qui a bien besoin qu'on lui fasse honneur, car elle est de soi bien confuse et bien variable. Eh bien! il m'a paru que les excentricités de notre confrère pouvant porter atteinte à la dignité de cette science, il était malséant de les laisser se produire dans cette enceinte sans qu'il s'élevât au moins une voix pour protester. Libre désormais envers ma conscience, je fais mes adieux à M. Piorry.

Si l'Académie veut bien encore m'accorder la parole, je lui parlerai, quand elle me le permettra, de Paris et de Montpellier, de Bichat et de Barthez, les deux plus grandes personnifications de ces célèbres Ecoles.

Des cosmétiques au point de vue de l'hygiène et de la police médicale. — M. RÉVEIL lit sous ce titre un mémoire dont l'objet est d'appeler l'attention de l'Académie et celle de l'administration sur les dangers de certains cosmétiques pour la santé publique, et sur l'utilité qu'il y aurait à prendre à leur égard des mesures de sûreté semblables à celles qui sont en vigueur pour les substances médicamenteuses et les substances alimentaires.

(Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bussy, Tardieu et Trébuchet.)

De la rétroversion de l'utérus pendant l'état de vacuité. — M. MATTEI lit un travail sur la rétroversion de l'utérus qui peut avoir lieu brusquement pendant l'état de vacuité, *l'enchatonnement* du corps utérin qui peut en être la conséquence, et la réduction avec la main comme moyen de remédier à ces accidents. M. Mattei fait remarquer que les auteurs les plus récents ont révoqué en doute la rétroversion utérine pouvant s'opérer d'une manière brusque dans l'état de vacuité, et après avoir donné des raisons anatomiques qui expliquent le fait de ces rétroversions, il en rapporte deux exemples.

Voici quels sont les principaux caractères de la rétroversion avec *enchatonnement* qu'il a trouvés dans les deux observations.

1° Action énergique ou soutenue de la cause sans qu'il y ait eu besoin cependant d'une grande violence.

2° Symptômes perçus immédiatement par la femme et devenus permanents.

3° Ces symptômes approchent de ceux de l'enclavement de l'utérus quand il est rétroversé pendant l'état de grossesse.

4° Par l'examen direct, on constate que le fond de l'utérus n'est pas seulement en arrière et plus bas que le col, il est fixé, *enchatonné* dans le cul-de-sac utéro-rectal du péritoine.

5° Possibilité de le déloger de ce cul-de-sac à l'aide des doigts seulement, qui le poussent en sens contraire au déplacement.

6° Réduction d'autant plus stable que la rétroversion est récente.

Modifications de la muqueuse utérine pendant la grossesse. — M. CH. ROBIN lit sous ce titre un extrait d'un mémoire dont le but est de faire connaître les modifications de structure intime qui surviennent graduellement dans la muqueuse de l'utérus, après l'arrivée de l'œuf dans la cavité, entraînent les changements d'aspect intérieur qu'elle présente d'abord, et qui causent ensuite sa caducité.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décision de la commission administrative des hospices de Nantes, M. le docteur Letenneur, premier chirurgien suppléant, a été nommé chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

MM. les docteurs Heurtaux et Jouon, anciens internes des hôpitaux de Paris, ont été nommés, à la suite d'un brillant concours, chirurgiens suppléants.

—La place de chef des travaux anatomiques de l'Ecole de médecine de Bordeaux est vacante par suite de la démission de M. le docteur Segay. MM. les candidats devront adresser, sans retard, à l'administration académique, leur demande et les titres qu'ils désirent faire valoir.

— M. le préfet de la Gironde vient de faire connaître le résultat du concours de vaccine pour l'année 1860.

Quarante-cinq candidats ont pris part à ce concours; ils ont fourni un ensemble de 4,633 vaccinations et 553 revaccinations.

Voici la liste des médecins qui ont obtenu des récompenses :

M. le docteur Caussade, à Saint-Médard de Guizière, une médaille d'or et 100 fr.

M. le docteur Mauret, à Lacanau, une médaille d'argent et 200 fr.

M. Nioucel, à Lamarque, une médaille d'argent et 80 fr.

M. Felletin, à Izon, une médaille d'argent et 80 fr.

M. Sémiac, à Biganos, une médaille d'argent et 50 fr.

M. Trouillet, à Hostens, une médaille d'argent et 50 fr.

M. Mesple, à Audenge, une médaille d'argent.

M. Roumat, à Aillas, une médaille d'argent.

Pour le concours pour 1861, les récompenses ci-après indiquées seront accordées aux personnes qui auront le plus contribué à la propagation de la vaccine dans le département de la Gironde depuis le 1er janvier jusqu'au 31 décembre 1861 :

Une médaille d'or à la personne qui, par son influence morale, ses conseils ou ses écrits, aura combattu avec le plus de succès les préjugés dont la vaccine est encore l'objet;

Un prix de 500 fr. en argent;

Un prix de 300 fr. en argent;

Trois prix chacun de 200 fr. en argent; un de ces prix sera accordé à la personne qui aura signalé le plus fréquemment et en temps opportun l'existence du *cowpox* sur les vaches; la découverte du *cowpox* devra être immédiatement signalée à l'autorité, et être l'objet d'une constatation officielle;

Six prix, chacun de 100 fr. en argent, aux vaccinateurs les plus zélés; un de ces prix sera également attribué à la découverte du *cowpox*.

Chacun de ces prix en argent sera accompagné d'une médaille d'argent.

Ne donneront droit aux récompenses ci-dessus spécifiées que les mémoires rédigés, observations et recherches faites, ou vaccinations effectuées du 1er janvier au 31 décembre 1861.

Les tableaux de vaccination et de revaccination, certifiés et légalisés, les rapports et mémoires des personnes qui désireront concourir pour les prix, devront être adressés à la préfecture avant le 15 janvier 1862, au plus tard.

Un modèle de ces tableaux sera déposé à la mairie de chaque commune pour y être communiqué à tous les vaccinateurs qui désireront en prendre connaissance.

La distribution des récompenses aura lieu dans le premier trimestre de 1862.

— La Société d'agriculture, sciences et arts de Poligny (Jura) décernera dans sa séance publique annuelle du 23 septembre 1861, des récompenses et encouragements sur plusieurs questions, parmi lesquelles nous signalons les suivantes :

Topographie, statistique médicales ou agricoles d'une commune ou d'un canton du département. — Étude des causes et du traitement du goître endémique dans le Jura. — Un petit traité à l'usage des écoles primaires du Jura, concernant l'hygiène humaine ou agricole.

Les mémoires ou observations doivent être adressés *franco* au secrétaire de la Société, avant le 15 août (TERME DE RIGUEUR).

— *The medical Times and Gazette* publie quelques chiffres assez curieux sur la longévité de plusieurs grandes illustrations médicales : Boerhaave, Haller et Tissot vécurent 70 ans; Gall, 71; Darwin, Van Swieten et Fallope, 72; Jenner et Heister, 75; Cullen, 78; Galien et Spallanzani, 79; Harvey et Mead, 81; Duhamel, 82; Astruc, Pinel et Hoffmann, 83; Ribeiro Sanchez, 84; Swedenborg, 85; Morgagni, 89; Heberdeen, 92; Ruysch, 93; enfin le père de la médecine, Hippocrate, serait mort, dit-on, à l'âge de 109 ans.

Dans les *Harmonies de la mer, courants et révolutions*, par M. Félix Julien, lieutenant de vaisseau, la science la plus sérieuse et la plus élevée se trouve jointe au style le plus attrayant et à un véritable charme poétique. — Un joli volume in-18. Prix : 2 fr. 50 c. *franco*. — H. Plon, éditeur.

Guide pratique aux eaux minérales françaises et étrangères, suivi d'études sur les bains de mer et l'hydrothérapie, et d'un Traité de thérapeutique thermale, par le docteur Constantin JAMES. 5e édition, avec une carte itinéraire des eaux et de nombreuses vignettes gravées sur acier. Paris, 1861. Victor Masson et fils, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 7 fr. 50 c.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Nº 61. — SAMEDI 25 MAI 1861. (34e ANNÉE.) Nº 61. — SAMEDI 25 MAI 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'ab[onne] hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Polyurie ou diabète insipide consécutif au diabète sucré.

Dans la *Revue* du 2 mars dernier, nous avons exposé très-sommairement l'histoire d'un malade du service de M. Trousseau, atteint de polyurie. Ce malade étant venu à succomber aux progrès d'une phthisie concomitante, a présenté à l'autopsie, entre autres désordres organiques dont nous allons parler tout à l'heure, une lésion très-curieuse du plancher du quatrième ventricule du cerveau ; lésion tout à fait semblable à celle qui avait déjà été constatée un an auparavant chez un sujet diabétique. Nous avons dit à cette époque que nous reviendrions sur l'histoire de ce malade, qui a présenté pendant le cours de sa maladie plusieurs phénomènes dignes d'intérêt. Nous pouvons aujourd'hui tenir notre promesse, grâce à la communication que MM. les docteurs Luys et Dumontpallier ont faite récemment sur ce sujet à la Société de biologie.

Le sujet dont il s'agit se plaignait, lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu dans les derniers jours du mois de décembre, d'une toux opiniâtre qui le fatiguait beaucoup, et de besoins très-fréquents d'uriner.

La percussion et l'auscultation firent constater les signes physiques de la phthisie tuberculeuse arrivée à la période de ramollissement ; du côté droit surtout existaient de nombreuses cavernes, et pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, une ou deux fois chaque mois, il était pris d'accidents subaigus du côté de la poitrine, caractérisés par de la fièvre, de la douleur intercostale, sous-claviculaire, une expectoration plus abondante, et des râles de bronchite généralisée, accidents qui duraient huit ou dix jours. Mais ce qui était surtout digne de remarque, c'est que ce malade, qui depuis son entrée à l'Hôtel-Dieu rendait par jour six ou sept litres d'urine, voyait la quantité de cette excrétion diminuer beaucoup chaque fois que ces phénomènes subaigus se manifestaient.

L'urine fut examinée plusieurs fois ; elle était sans couleur ; à l'aréomètre elle marquait 1001-1007 ; jamais on ne découvrit la moindre trace de sucre par la potasse ou la liqueur de Bareswill. Elle ne contenait point non plus de traces d'albumine.

La phthisie pulmonaire faisait des progrès, le malade allait s'affaiblissant de plus en plus, lorsque tout à coup, le 2 février, les urines diminuèrent beaucoup de quantité et le malade n'eut plus sa soif habituelle. Il survint de la fièvre, du malaise général, perte complète de l'appétit, et cependant on ne constatait aucun phénomène nouveau du côté du thorax.

Le lendemain, le malade accusait une courbature générale et des envies de vomir ; le soir, il survint une rougeur œdémateuse occupant les deux paupières supérieures. Bientôt on vit survenir sur les membres des rougeurs diffuses avec œdème partiel du tissu cellulaire. Dans l'espace de vingt-quatre à trente-six heures, des ecchymoses s'étaient produites au niveau de chaque tache éruptive.

Sur les paupières, les épaules et le front, il y avait de grandes taches hémorrhagiques d'une forme singulière. Lorsque l'éruption avait lieu, on constatait pendant plusieurs heures une tache rouge-rose, saillante, d'étendue variable, et ressemblant à des papules d'érythème noueux. Puis, au bout de quelques heures, le centre et la périphérie de la tache restaient roses ; mais entre la tache centrale et la tache périphérique circulaire se trouvait une hémorrhagie circinée. Peu à peu l'hémorrhagie devenait diffuse, et lorsque plusieurs taches étaient voisines, les ecchymoses, en se confondant par leurs extrémités, tout en laissant des espaces libres, donnaient à la peau un aspect jaspé. De larges ecchymoses se montrèrent successivement sur différentes parties du corps ; le dos et les épaules étaient largement ecchymosés ; l'hémorrhagie paraissait avoir lieu dans l'épaisseur du derme. Enfin les muqueuses de la bouche, du nez et du voile du palais, furent le siége d'ecchymoses semblables à celles de la peau ; mais il n'y eut, à proprement parler, jamais d'hémorrhagie de ces muqueuses ; le sang paraissait aussi épanché dans le derme muqueux et ne s'écoulait pas au dehors. Plusieurs ecchymoses de la peau furent remplacées par des eschares sèches qui ressemblaient à un parchemin brun ; les ecchymoses des gencives, du voile du palais et de la voûte palatine furent suivies d'eschares molles, avec odeur gangréneuse. Quelques personnes virent dans cette éruption hémorrhagique un purpura, d'autres un scorbut aigu.

Les préparations de quinquina, [illegible] fer, la térébenthine et les limonades minérales et végétales, n'amenèrent point d'amélioration bien sensible.

Le malade ne tarda pas à succomber à cette grave complication ; il mourut le quatorzième jour du début de l'éruption hémorrhagique, sans avoir présenté dans ses derniers moments aucune complication pulmonaire ni cérébrale.

L'autopsie montra que toutes les hémorrhagies avaient leur siége dans le derme muqueux et cutané ; en quelques endroits seulement, l'épanchement sanguin s'étendait au tissu cellulaire sous-jacent. Les plaques gangréneuses étaient infiltrées de sang noirâtre. Le cœcum seul présentait une ecchymose sous-épithéliale ; point de sang dans les cavités de l'estomac et de l'intestin. Point d'hémorrhagie parenchymateuse dans le foie, la rate, les reins, ni dans la vessie. Point d'apoplexie pulmonaire. Tubercules, cavernes pulmonaires.

Quant à la lésion du cerveau que nous avons décrite avec détail, d'après les renseignements fournis par M. Luys, nous n'y reviendrons pas. Il suffira de rappeler seulement qu'elle consistait en une vascularisation des parois du quatrième ventricule et une dégénérescence graisseuse des cellules nerveuses de toute cette région.

On vient de voir par les détails de l'observation que pendant toute la durée du séjour du malade à l'hôpital, ses urines, examinées à plusieurs reprises avec soin, n'avaient jamais décelé la présence de la moindre parcelle de sucre. Mais il paraissait résulter des renseignements recueillis sur ses antécédents, qu'il avait été atteint quelques années auparavant de diabète sucré. Il était intéressant de savoir positivement à quoi s'en tenir à cet égard. M. Dumontpallier ayant été aux informations auprès de M. le docteur Pillon, ancien interne des hôpitaux, qui avait donné des soins à ce même malade à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Moutard-Martin, a appris qu'en effet cet homme avait été affecté de diabète sucré en 1856.

Ainsi complété par une connaissance plus exacte des antécédents et de la marche de la maladie, ce fait vient confirmer, comme nous l'avons déjà fait remarquer, les belles recherches de M. Cl. Bernard sur les effets de la lésion du plancher du quatrième ventricule.

Double tumeur lacrymale traitée par la trépanation de l'unguis. — Guérison.

Chacun sait de combien de difficultés est entouré le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales. Le nombre et la variété des méthodes thérapeutiques qui ont été proposées pour y remédier, prouvent d'ailleurs, de l'aveu même des auteurs, beaucoup plus l'insuffisance de l'art que sa richesse sur ce point. Nous avons donc cru devoir de nouveau appeler l'attention sur une méthode de traitement dont la première idée remonte déjà à une époque assez éloignée, et qui a été décrite en lons parler de la création, par la trépanation de l'unguis, d'une voie artificielle pour l'écoulement des larmes.

Cette opération, faite suivant le procédé et avec les instruments de M. Reybard, est simple et le manuel opératoire facile ; les guérisons obtenues par ce traitement persistent, et les malades ne sont pas exposés, comme avec la canule de Dupuytren, à des opérations consécutives.

La trépanation possède de plus, sur les différents procédés qui ont pour but de déterminer la destruction du sac, l'avantage de ne pas exposer les malades à ces cicatrices qui déforment le grand angle de l'œil et laissent persister des traces indélébiles de la maladie. Les cicatrices qui succèdent à cette opération sont linéaires et à peine apparentes.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire médicale de la flotte française dans la Mer Noire pendant la guerre de Crimée, par M. le docteur A. Marroin, médecin en chef de cette flotte, etc.

De tout temps, à la suite de ces guerres longues et glorieuses dans lesquelles la France s'est si souvent trouvée engagée, la chirurgie militaire a su se grandir aux yeux de tous, à force d'abnégation, de zèle, de belles actions accomplies. Ses plus illustres représentants s'efforçaient de continuer pendant la paix ce qu'ils avaient commencé pendant la guerre, et on les voyait alors rassembler dans le silence du cabinet des documents épars, recueillis au milieu des morts et des blessés, et léguer ainsi aux générations à venir l'héritage de leur longue expérience, après leur avoir donné l'exemple du devoir et du dévouement. A l'imitation de ce qu'avaient fait, à une autre époque, les Percy, les Larrey, les Baudens, nous avons vu dernièrement encore, à la suite de cette lutte terrible que la France a si vaillamment soutenue en Crimée, des hommes qui font la gloire de la chirurgie militaire actuelle, s'imposer une nouvelle tâche, et mettre au jour les observations remarquables qu'ils avaient pu faire, soit sur les champs de bataille, soit au milieu des camps ; ils nous ont transmis le récit de ces cruelles épreuves qu'il leur avait fallu traverser ; ils nous ont redit enfin les obstacles sans nombre contre lesquels il leur avait fallu se roidir pour sauver la vie du soldat et réparer les graves mutilations que causaient chaque jour, au milieu de nos bataillons, le fer, le feu et le froid.

MM. Michel Lévy, Larrey, Lustreman, Cazalas, Salleron et bien d'autres encore, nous ont laissé de belles pages sur la chirurgie militaire en Orient, et M. Scrive s'est tout particulièrement chargé de nous faire connaître, dans une relation médico-chirurgicale, les plus glorieux épisodes de cette mémorable campagne. La chirurgie de la marine n'avait pas encore eu son historien, et cependant, elle aussi avait joué un rôle dans ce grand drame qui pendant deux ans a tenu nos marins comme nos soldats sous le ciel meurtrier de la Crimée.

C'est avec bonheur que nous avons salué la publication de l'*Histoire médicale de la flotte française dans la mer Noire pendant la guerre de Crimée*, par M. le docteur Marroin, aujourd'hui médecin en chef de la marine, et c'est avec une légitime satisfaction que nous avons vu le médecin en chef de cette flotte proclamer hautement que dans toutes les rudes épreuves par lesquelles il lui avait fallu passer, la chirurgie de la marine avait noblement rempli sa mission. Nous nous sommes hâté de lire avec l'attention qu'elles méritent ces pages parfois entraînantes, écrites dans le calme du cabinet, mais où l'on retrouve ces émotions si vives que laisse le souvenir des grands événements auxquels on s'est trouvé mêlé, et que le temps ne peut jamais effacer. Tout le monde, nous en sommes convaincu, fera bon accueil à ce nouveau travail d'un des médecins les plus distingués de la marine.

C'est le 7 avril 1854 que M. le docteur A. Marroin est désigné par le ministre de la marine pour aller prendre la direction du service de santé dans l'escadre de la Méditerranée, placée sous les ordres du vice-amiral Hamelin. En arrivant, il comprend toute l'importance, toutes les difficultés de sa mission, car il n'ignore pas le rôle important que la flotte va être appelée à jouer dans un temps peut-être peu éloigné, et son premier soin est de régulariser le service des vaisseaux, de tout disposer pour les grands jours de l'action. Nous le voyons recourir aussitôt à toutes les règles d'une bonne hygiène, plus nécessaire à bord de nos bâtiments que partout ailleurs ; le scorbut, cette plaie de nos navires, attire tout particulièrement son attention, et il fait adopter pour toute l'escadre l'usage des légumes conservés d'après le procédé de MM. Chollet et Masson. Il fallait aussi prévoir les épidémies qui viennent si souvent visiter les équipages en campagne ; mais il devait surtout penser au lendemain de la bataille, et tout préparer pour porter les premiers secours aux victimes de ces glorieux combats que tout annonçait devoir être meurtriers.

Le plan adopté par M. Marroin dans son travail est conforme à l'ordre historique de la campagne. Nous n'avons pas l'intention de le suivre dans le récit animé qu'il fait de tous les événements qui se sont déroulés devant lui ; nous nous contenterons de signaler quelques-uns de ces grands épisodes qui attachent autant par l'intérêt qu'ils présentent que par la façon entraînante dont ils sont racontés.

Il y avait à peine quelques mois que M. Marroin avait rejoint l'amiral, quand se déchaîna sur l'escadre une des plus cruelles épidémies de choléra dont les annales de la médecine navale fassent mention. Plusieurs équipages furent littéralement décimés, et en quelques heures la deuxième batterie de plusieurs vaisseaux (*Montebello* et *Ville de Paris* surtout) fut convertie tout entière en hôpital. Dans le deuxième chapitre de son livre, l'auteur rappelle cette épidémie foudroyante dont le souvenir ne peut s'effacer de la mémoire de ceux qui ont été témoins de ses cruels ravages ; il suit pas à pas la marche du fléau asiatique ; il recherche chacun des chaînons qui ont servi d'intermédiaires entre *le Primauguet* et *le Magellan*, premiers foyers d'infection, et les vaisseaux de l'escadre mouillés sur les côtes de Crimée. « Ce qu'il y a de plus remarquable, dit-il, c'est la rapidité foudroyante de l'invasion de cette épidémie, qui en huit jours a moissonné 800 marins sur un effectif de 13,000 hommes. La brusquerie de sa période d'augment ne peut se comparer qu'à la brusquerie de sa période de déclin. » Je n'ai pas besoin de dire que M. Marroin n'est pas resté inactif devant les ravages d'un pareil ennemi ; il a combattu dans la limite de son pouvoir, et si, comme il se plaît à le reconnaître, les médecins de la marine déployèrent la plus grande fermeté, le plus entier dévouement dans l'accomplissement de leur devoir, je n'insisterai pas sur ce que son expérience des hommes et des maladies lui a inspiré de moyens énergiques pour tâcher de lut-

Voici, à l'appui de ces considérations, une observation recueillie à la Maison municipale de santé par M. Gallet, externe du service, qui a bien voulu nous la communiquer :

Mlle X..., âgée de quarante-sept ans, d'une santé habituellement bonne, est entrée le 9 mars à la Maison de santé, portant deux tumeurs lacrymales dont l'origine remonterait, d'après les renseignements qu'elle donnait, à deux ans environ.

La tumeur du côté droit présente le volume d'une noisette : la peau est violacée, la narine sèche, l'œil larmoie constamment ; la pression est douloureuse, et fait refluer par les points lacrymaux une notable quantité de pus.

Du côté gauche, les désordres sont beaucoup plus grands ; la tumeur atteint le volume d'une petite noix ; la peau est violacée, amincie, et l'on constate au centre un petit orifice fistuleux. La douleur à la pression est beaucoup plus intense qu'à droite.

En présence de l'ancienneté de l'affection et de la nature des désordres, deux indications se présentaient : tenter la destruction du sac, ou bien pratiquer la trépanation de l'unguis. M. Demarquay se décide à recourir à ce dernier procédé, dont il a toujours retiré de bons résultats.

L'opération est faite le 12 mars.

Les instruments inventés par M. Reybard pour trépaner l'unguis sont, comme on le sait, au nombre de deux : une sorte de trépan sur lequel se meut, au moyen d'une vis de rappel, une virole tranchante qui agit comme un emporte-pièce ; et une rugine en forme de tête de clou arrondie, munie d'une virole analogue à la première, et destinée à agrandir la perforation faite avec le premier instrument.

Voici comment a été pratiquée l'opération :

Une incision partant du grand angle de l'œil et obliquement dirigée en bas et en dehors, est pratiquée à la partie antérieure du sac du côté gauche. Cette incision est faite de manière à pénétrer du même coup dans le sac. Un stylet de trousse est ensuite introduit ; il pénètre à travers l'unguis, qui est nécrosé.

L'instrument perforateur est alors introduit. Il importe ici d'insister sur la direction donnée à cet instrument ; car si on ne le dirigeait pas assez verticalement, on s'exposerait à aller tomber dans le cornet moyen au lieu de pénétrer dans le méat moyen, et alors on n'atteindrait pas le but qu'on se propose.

L'instrument est donc dirigé de haut en bas, de dehors en dedans et un peu d'avant en arrière.

Le chirurgien lui imprime alors un mouvement de rotation, jusqu'à ce que le trépan soit arrivé dans le méat moyen ; faisant alors agir la virole tranchante, il enlève une portion de l'unguis. Avec le second instrument introduit à plusieurs reprises, l'unguis est détruit dans presque toute son étendue.

On voit alors, en faisant souffler la malade après lui avoir bouché les narines, l'air passer par la voie nouvellement ouverte. Un morceau d'éponge préparée est ensuite introduit dans chacune des plaies, et l'on applique par-dessus des compresses d'eau fraîche.

Le lendemain, 13 mars, l'éponge est enlevée et remplacée par des clous en caoutchouc, que M. Demarquay a fait fabriquer à cet effet ; clous d'une forme analogue à celle du clou de Scarpa, mais d'un volume beaucoup plus considérable.

Chaque matin, pendant douze jours, ces clous sont retirés pour faire un lavage à l'eau fraîche, replacés et fixés avec une bandelette de diachylon.

Le 25, ils sont enlevés ; on touche les lèvres des incisions avec le crayon de nitrate d'argent.

Le 3 avril, les deux petites plaies sont cicatrisées ; une injection, poussée avec la seringue d'Anel par le point lacrymal inférieur droit, retombe dans la fosse nasale ; mais du côté gauche, l'injection revient par le point lacrymal supérieur.

Le 4, la cicatrice du côté gauche est désunie. M. Demarquay agrandit avec la rugine la perforation de l'unguis ; le clou en caoutchouc est encore remis en place pendant six jours, puis on laisse de nouveau cicatriser l'incision.

Le 15, la malade est prise d'un léger érysipèle qui commence par les bords de l'incision du côté gauche, se propage à la face, au cou, et disparaît après neuf jours.

Le 26, on tente une nouvelle injection par les points lacrymaux, mais cette fois le liquide ne pénètre ni à droite ni à gauche dans les fosses nasales.

La malade sort le 10 mai parfaitement guérie. Les cicatrices, celles du côté droit surtout, sont à peine apparentes.

Bien qu'on n'ait pas atteint tout à fait, dans ce cas, le but qu'on se proposait, c'est-à-dire la création d'un canal artificiel, on a néanmoins obtenu la guérison de la maladie. Dans ce cas seulement, l'opération a agi comme le font les différents procédés d'oblitération des voies lacrymales, en présentant de plus les avantages signalés précédemment.

Du reste, la persistance du canal artificiel a été obtenue plusieurs fois par M. Demarquay, et il a pu la constater lui-même après plusieurs années chez quelques-uns de ses opérés.

Ainsi, guérison sans accidents, simplicité dans le manuel opératoire, cicatrices peu apparentes, et quelquefois persistance de l'écoulement des larmes à travers le canal de nouvelle formation, tels sont les avantages que M. Demarquay reconnaît à cette méthode. Il pense, d'après ces résultats, qu'elle pourra être employée plus souvent et avec une grande utilité, particulièrement dans les cas d'oblitération des voies lacrymales par une tumeur quelconque développée sur le trajet des larmes ; dans les cas où la maladie est ancienne et les désordres graves, et dans ceux enfin où l'unguis, participant à l'affection, est lui-même atteint de carie ou de nécrose.

Amaurose survenue brusquement pendant la convalescence d'une pneumonie. — Guérison rapide par une émission sanguine.

Un homme âgé de soixante-trois ans, admis depuis quatre ans à Bicêtre pour une infirmité consécutive à une fracture du fémur, n'ayant d'ailleurs jamais été malade, et exempt en particulier de tout antécédent syphilitique, fut atteint, il y a deux mois, d'une pneumonie pour laquelle il fut transféré à l'infirmerie dans le service de M. Léger. Guéri de la pneumonie, il était sur le point de quitter ce service pour rentrer dans sa division, lorsque tout à coup il devint amaurotique des deux yeux à la fois.

M. Rabbinowicz, interne à Bicêtre, qui était de garde ce jour-là, fut appelé aussitôt. Dès qu'il fut rendu auprès du malade, celui-ci lui dit avec un accent de désespoir : « Depuis un quart d'heure je ne vois plus rien. » Il n'accusait, du reste, ni vertiges, ni bourdonnement, ni céphalalgie, en un mot aucun symptôme de congestion encéphalique. L'amaurose était complète, le malade ne voyait aucune des personnes qui l'entouraient ni aucun des objets qu'on lui présentait. Malgré l'absence de tout symptôme de congestion vers la tête, M. Rabbinowicz fit appliquer immédiatement dix sangsues derrière chaque oreille, et prescrivit en outre quelques prises de calomel.

Six heures après l'application de ces vingt sangsues, qui produisirent un écoulement de sang abondant, et avant que le calomel eût pu produire aucun effet, le malade commençait à voir clair. Deux jours après il pouvait lire très-bien les gros caractères d'impression ; et à dater de ce moment cette amélioration, si rapidement obtenue, s'est maintenue, et elle se maintenait encore le 6 mai, jour où M. Rabbinowicz nous a transmis ces renseignements.

A quelle affection a-t-on eu affaire dans ce cas ? L'absence de tout antécédent syphilitique, et la rapidité de la guérison d'ailleurs, ne permettent pas un instant de songer à aucune influence de ce genre. Était-ce une de ces amauroses nerveuses, une de ces paralysies qui surviennent à la suite d'affections fébriles aiguës, septiques ou non, comme on en a cité récemment plusieurs exemples, ou bien une congestion de la choroïde ? Il est douteux, s'il se fût agi d'une de ces paralysies consécutives aux affections aiguës, qu'elle se fût dissipée aussi rapidement, et surtout qu'elle eût cédé à une émission sanguine. Cette dernière circonstance, jointe à la valeur négative des autres signes, nous semble donc, malgré l'absence de tout symptôme physique ou rationnel de congestion, devoir faire admettre comme la plus probable de toutes l'hypothèse d'une congestion choroïdienne.

Toutefois on concevra, vu surtout l'insuffisance à plusieurs égards des renseignements qui nous ont été donnés, que nous n'émettions cette opinion que sous toutes réserves. Malgré cette obscurité, que l'usage de l'ophthalmoscope eût peut-être dissipée, si l'on avait songé à recourir à ce moyen si précieux d'exploration, ce fait ne nous a pas moins semblé digne de quelque intérêt.

SUR LES MALADIES DES OUVRIERS

employés dans les fabriques de glaces de Friedrichsthal, Neuhurkenthal et Plisenthal (Bohême).

Par M. le Dr Keller.

Les fabriques de glaces ci-dessus nommées occupent plusieurs catégories d'ouvriers qui se trouvent généralement dans des conditions hygiéniques identiques pour tout ce qui n'est pas relatif à leurs travaux. Or, tandis que les verriers présentent en général un état sanitaire assez satisfaisant (sauf les tailleurs de cristal, qui fournissent un contingent considérable de tuberculeux), les étameurs de glaces sont presque tous malades, pour peu qu'ils ne soient pas entrés tout récemment dans la fabrique. Les enfants mêmes des ouvriers qui ont été employés pendant longtemps à l'étamage se font remarquer par un facies pâle et cachectique, et présentent tous les caractères de la constitution scrofuleuse.

Les premiers accidents se manifestent généralement dès la première quinzaine que les ouvriers passent dans les ateliers d'étamage. On remarque d'abord une coloration grisâtre des dents, du gonflement avec rougeur violacée des gencives et de la muqueuse buccale ; plus tard, des excoriations à la face interne des lèvres et aux gencives, une salivation légère ; un coryza accompagné d'un écoulement séreux, souvent de l'enrouement et la perte de l'odorat ; puis les excoriations se transforment en ulcérations profondes à bords boursouflés, déchiquetés ; en même temps qu'on observe un gonflement des amygdales et des ganglions cervicaux. Lorsque ces ouvriers se contentent d'interrompre de temps en temps leurs travaux sans y renoncer d'une manière définitive, des ulcérations semblables se montrent également dans la muqueuse du pharynx, et notamment à sa face postérieure.

A ces accidents succèdent le tremblement des mains, quelquefois des pieds, puis des douleurs nocturnes dans la tête et dans les extrémités. Les dents se déchaussent et tombent, notamment les incisives ; finalement, on voit apparaître des périostoses qui affectent de préférence le tibia, plus rarement le fémur et les os de la tête, accompagnées de douleurs violentes

---

ter avec succès contre les atteintes du fléau ; mais ce que je me plais à constater, c'est qu'il s'efface lui-même pour ne parler que du dévouement des autres. Qu'on me permette de citer les lignes qui suivent : « Sur tous les bâtiments les matelots ont rivalisé de zèle, de patience, pour arracher à la mort quelques-uns de leurs camarades. La moitié du personnel se dévouait à soigner l'autre moitié. Chaque cholérique avait auprès de lui de courageux amis qui le jour, la nuit, pratiquaient les frictions avec une attention et souvent une délicatesse bien remarquables.

» Lorsque leurs efforts étaient infructueux, ils se dirigeaient tristement vers une autre victime, dans l'espoir d'une lutte plus heureuse. Mais aussi il fallait voir la physionomie rayonnante de ces hommes couverts de sueur, et s'écriant : Il est sauvé ! Précieux souvenir ! La noblesse de pareils sentiments augmente encore les regrets laissés par ceux qui ont succombé. N'est-il pas navrant d'ajouter que quelques-uns des plus dévoués ont été victimes de leur abnégation ? »

Mais ce n'était là que le premier acte de ce grand drame dont la flotte de la mer Noire devait être le théâtre. Je ne puis que passer rapidement sur le départ de l'armée française de Beicos, pour la Crimée, où l'attendaient tant de cruelles épreuves ; sur son débarquement à Old-Fort, sur la bataille de l'Alma, qui devait inaugurer par une victoire éclatante nos premiers pas sur le sol de la Crimée ; tous ces faits appartiennent désormais à l'histoire, et si M. Marroin les rappelle en quelques lignes claires et précises, c'est surtout pour faire comprendre les influences qui devaient forcément réagir sur l'état sanitaire de la flotte, car il y avait toujours des transports de troupes à effectuer, des blessés à conduire aux hôpitaux établis dans le Bosphore, des cholériques à évacuer, des convalescents à rapatrier.

Le moment ne devait pas tarder où notre escadre aurait à prendre une part plus active aux opérations militaires ; il était décidé qu'elle se présenterait menaçante devant les batteries des Russes, afin de concourir à l'attaque de Sébastopol, qui devait avoir lieu par terre et par mer ; chacun apprend cette nouvelle avec joie, les malades eux-mêmes s'en réjouissent.

« L'enthousiasme éclatait sur tous les bâtiments, dit M. Marroin ; ce jour-là il n'y avait plus de malades ; les scorbutiques sollicitaient comme une faveur d'être placés à leur poste de combat... » Après avoir raconté les principaux événements de cette attaque, M. Marroin expose l'état des blessés du 17 octobre ; il indique les dispositions prises par lui pour que les secours fussent partout aussi prompts qu'intelligents, et consacre tout un chapitre à des considérations importantes sur ces larges mutilations que l'on rencontre surtout à bord des bâtiments. « Les projectiles pleins ou creux reçus par les vaisseaux, dit-il, appartiennent aux plus gros calibres ; les blessures étaient donc causées par des masses de fer toujours considérables, broyant à la manière du boulet tout ce qui se trouve sur leur passage, déchirant ou brisant les résistances à la manière des éclats d'obus, de bombe et des éclats de bois. En face de ces formidables lésions, la chirurgie a besoin d'un sang-froid à toute épreuve pour se recueillir, se décider et agir. Je constatai avec satisfaction que mes camarades avaient mis en relief cette précieuse qualité ; qu'ils avaient conquis, cette fois encore, une estime qui rejaillit sur notre corps tout entier. »

On pourrait prendre au hasard dans le livre de M. Marroin, et partout on rencontrerait des pages pleines d'intérêt et souvent utiles au point de vue pratique ; je suis obligé cependant de laisser de côté plusieurs passages que j'ai lus avec plaisir ; mais je tiens encore à mettre sous les yeux des lecteurs la description du terrible ouragan du 14 novembre qui a enlevé à la France un de ses plus beaux vaisseaux, *le Henri IV*, et qui pendant plusieurs heures compromit sérieusement une grande partie de la flotte française ; on verra par là qu'aux qualités du médecin M. Marroin sait unir celles de l'écrivain élégant. « Le 14 septembre, à sept heures du matin, l'ouragan fit subitement explosion. Déjà depuis quelques heures de sombres nuages s'amoncelaient à l'horizon, roulant vers nous du côté du sud-ouest ; la mer, devenue mugissante, se creusait de plus en plus ; tout à coup des torrents de grêle et de pluie s'abattent sur nos têtes, le vent souffle avec une violence inconnue.

» Nos vaisseaux, dans cette lutte avec les éléments, offraient un spectacle aussi grandiose qu'émouvant. Retenus sur leurs amarres, ils plongeaient perpendiculairement dans l'abîme, laissant voir leur quille presque tout entière ; puis, se cabrant violemment, ils se relevaient à la manière des chevaux indomptés, imprimant à leurs freins des secousses qui vibraient avec fracas. Dès les premiers instants, neuf magnifiques transports anglais avaient leurs chaînes brisées ; ils allaient eux-mêmes se briser à la côte. Trois de nos plus beaux transports subissaient un sort égal. Nous apercevions des hordes de Cosaques accourant au pillage.... »

Je m'arrête à regret dans ces citations ; j'aurais été heureux de mettre sous les yeux du lecteur ces lignes dans lesquelles M. Marroin raconte la maladie et la mort de l'amiral Bruat, l'illustre commandant de la flotte de la mer Noire ; mais déjà la *Gazette des Hôpitaux* a publié dans un de ses feuilletons ce récit émouvant, et je désire surtout, avant de terminer, appeler l'attention de mes lecteurs sur un des plus importants chapitres de l'ouvrage de M. Marroin, celui où il apprécie la doctrine de M. Lefèvre sur la colique sèche (1) au point de vue des faits observés dans la mer Noire.

Dr Jules Lecoq.

Traitement des angines diphthéritiques et du croup par la respiration des liquides pulvérisés, selon la méthode du docteur Sales-Girons. In-8° de 32 pages et une figure. Prix : 1 fr. *franco*. Paris, 1861, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

(1) Nous nous occuperons très-prochainement de cette question ; nous renvoyons pour ce moment cette seconde partie de l'article de notre confrère.

qui s'exaspèrent pendant la nuit et par les variations atmosphériques. Parfois le dos, la poitrine et le cuir chevelu sont le siége d'une éruption maculeuse, papuleuse ou squameuse; ces éruptions se montrent subitement, persistent pendant plusieurs semaines, puis disparaissent pour se reproduire plus tard.

Les accidents qui viennent d'être énumérés en dernier lieu n'affectent pas seulement les ouvriers actuellement employés à l'étamage; ils surviennent encore chez des sujets qui depuis longtemps (plusieurs années même) ont cessé de manier le mercure. C'est ce que l'on observe surtout pour les ulcérations serpigineuses de la peau. Lorsque les périostoses se produisent dans ces conditions, le gonflement persiste indéfiniment.

La fréquence des avortements chez les femmes employées aux mêmes travaux, a décidé l'administration à ne plus employer de femmes mariées dans les ateliers d'étamage. Il est, du reste, remarquable que les accidents se manifestent avec plus de rapidité et de gravité chez les hommes que chez les femmes. L'âge avancé constitue également une prédisposition fâcheuse. Une autre circonstance singulière, c'est que les ouvriers qui présentent les accidents de l'hydrargyrose chronique se trouvent généralement mieux en continuant à travailler que lorsqu'ils se mettent au repos.

A part le traitement symptomatique par les moyens externes généralement usités, on combat principalement les accidents par l'emploi des purgatifs salins, les bains tièdes et l'exercice dans une atmosphère pure. M. Keller, médecin actuel des fabriques, raconte que l'analogie de ces accidents avec ceux de la syphilis secondaire et tertiaire, l'avait décidé, dans les premiers temps de son exercice, à la combattre par les pilules de Dzondi; mais il ne tarda pas à se convaincre que ce traitement restait absolument inefficace et même qu'il aggravait l'état des malades. Au reste, il est très-fréquent d'observer les accidents dont il s'agit chez des sujets exempts de toute infection syphilitique, la vérole étant extrêmement rare parmi les ouvriers des fabriques de glaces de la Bohême. (*Wien. Medic. Woch.* et *Gaz. hebd.*)

LOTION ANGLAISE CONTRE LE LUPUS.

Eau distillée.	250 gram.
Bichlorure de mercure.	40 centigr.
Acide chlorhydrique.	16 gouttes.

Trois lotions par jour. Traitement antiscorbutique à l'intérieur.

M. Weden Cooke, médecin du Royal-Free-Hospital de Londres, a guéri un garçon âgé de seize ans d'un lupus qui couvrait la plus grande partie de la face et avait détruit une aile du nez. (*Bulletin de thérap.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 mai 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Fin de la discussion sur l'emphysème traumatique.

M. CHASSAIGNAC ajoute quelques mots pour compléter ce qu'il a dit dans la dernière séance. On peut rapprocher ce qui se passe dans ces traumatismes violents de cette stupeur que l'on observe à la suite des plaies par armes à feu. A l'époque où furent étudiées les premières plaies d'arquebuse, les chirurgiens, frappés des accidents graves qui les compliquaient, et de la décomposition rapide des cadavres, avaient été portés à admettre que les projectiles étaient empoisonnés: plus tard on chercha à rapporter ces accidents aux mâchures des balles. Pour nous, la partie blessée est frappée de stupeur, et il y a un empoisonnement immédiat soit du membre blessé, soit de tout l'organisme.

Cet ébranlement nerveux, cette stupeur nous expliquent et l'exhalation des gaz dans certains cas d'emphysème, et la décomposition rapide des cadavres.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je désire compléter ce que j'ai dit dans la dernière séance.

Il ne faut pas confondre l'infiltration gazeuse avec la production de collections gazeuses. Dans le premier cas les gaz ne rencontrent pas de barrière, et ils s'étalent dans les mailles du tissu cellulaire; dans le second cas, au contraire, ils sont renfermés dans une poche. Pour que ceci se produise, il faut qu'il y ait une cavité toute constituée, soit un kyste, soit un épanchement sanguin, soit un abcès, etc. Dans les autres circonstances, les gaz n'ont pas de tendance à rester en place, et à constituer une poche. Rien ne les arrête, et ils s'infiltrent de proche en proche dans le tissu cellulaire. Aussi je n'admets pas, et je suis heureux de m'appuyer sur la grande autorité de M. Velpeau, ce développement subit, instantané, de poches gazeuses énormes, à la suite de certains efforts, dans les réductions de luxations, par exemple.

Je fais allusion à un fait de Desault bien connu: Pendant les efforts faits pour réduire une luxation scapulo-humérale, Desault vit se produire dans l'aisselle une énorme poche, qu'il crut être remplie d'air. S'il était produit de l'emphysème dans de semblables conditions, l'air se serait infiltré dans les mailles du tissu cellulaire; il n'y avait aucune circonstance dans ce fait capable d'expliquer la formation d'une collection gazeuse. On aura pris pour un signe d'emphysème un symptôme, bien décrit par M. Velpeau, d'épanchement sanguin. Je rejette donc ces cas d'emphysème subit, spontané, sans plaie extérieure, sans communication avec la poitrine.

Quant à la production spontanée et plus ou moins prompte de l'emphysème dans certaines poches purulentes ou sanguines, elle a été constatée par tous les chirurgiens. Mais je ne saurais admettre, pour expliquer ce phénomène, la théorie de M. Voillemier. Il n'y a pas de vide dans ces poches, dans ces décollements, et ce n'est pas non plus avec une température de 40° centigrades que l'on peut admettre une évaporation des liquides. Dans ces circonstances, j'admettrai bien plus volontiers que les gaz se forment sous une influence nerveuse.

Mais quand l'emphysème est subit, qu'il se produit presque au moment de l'accident, qu'il existe une plaie aux téguments, alors je n'ai plus besoin de cette influence nerveuse, et j'explique mécaniquement la production de cet emphysème. Je reviendrai donc en quelques mots sur cette théorie mécanique.

Supposez un muscle renfermé dans sa gaîne, il y a une plaie qui, après avoir ouvert les téguments, a pénétré dans cette gaîne vers une partie rapprochée du tendon. Au moment où le muscle se contracte, il se raccourcit, l'air passe par l'ouverture et entre dans l'étui musculaire. Après la contraction, le relâchement; les fibres musculaires, en revenant à leur position première, chassent l'air hors de leur gaîne et le refoulent dans le tissu cellulaire ambiant.

Que ces mouvements se répètent, et voilà une véritable pompe aspirante et foulante, amenant l'air dans la gaîne musculaire et le poussant dans les mailles du tissu cellulaire.

Ces phénomènes s'expliquent plus facilement encore pour les plaies des parois thoraciques. Ils peuvent se présenter même quand la plaie n'a pas traversé l'aponévrose d'enveloppe d'un membre, par le simple glissement de la peau sur l'aponévrose, ainsi que cela avait lieu dans les faits rappelés par M. Follin.

J'ai reçu tout récemment dans mes salles un jeune homme qui portait à la cuisse une plaie simple, et qui, n'intéressant que les téguments, s'arrêtait à l'aponévrose. Il est survenu un emphysème très-étendu, qui a guéri promptement, sans complications, sans accidents.

Il n'y avait eu chez ce malade ni stupeur, ni gangrène, ni évaporation, ni exhalation, mais introduction de l'air extérieur à travers la plaie de la cuisse, et par suite du frottement de la peau sur l'aponévrose et du jeu des muscles sous-aponévrotiques dans leurs gaînes.

Il y aurait même lieu de s'étonner que cet emphysème ne fût pas plus fréquent, si l'on ne songeait pas aux obstructions si promptes de ces plaies soit par l'aponévrose, soit par des lambeaux du tissu cellulaire, etc.

Je dirai donc avec M. Velpeau qu'il ne faut pas trop s'effrayer de la production de cet emphysème qui arrive *immédiatement* après une violence extérieure; que cette complication n'est grave que par la gravité même de la lésion avec laquelle elle s'est produite. Ainsi, chez ce jeune homme dont je viens de vous parler, l'emphysème n'a amené aucun accident; chez cette jeune fille tombée dans les catacombes, et que j'ai citée dans la dernière séance, ce n'est pas parce qu'il y avait de l'emphysème que la lésion était grave, mais plutôt parce que avec cette infiltration gazeuse il y avait des désordres très-considérables dans le membre.

J'ai cité dans le cours de la discussion deux cas dont on lira, j'espère, les observations avec intérêt.

Voici un de ces faits remarquable et peut-être unique.

Fracture transversale de la rotule gauche sans plaie; emphysème des deux cuisses. — Le 6 octobre 1859 est entré dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 23, C..., âgé de vingt-deux ans, employé au théâtre de la Gaîté. C'est un jeune homme chétif, affecté depuis douze ans d'une hémichorée droite survenue à la suite de convulsions.

Le jour même, en courant prendre sa place dans un train à la gare de Vincennes, il était tombé sur le genou gauche, et n'avait pu se relever.

A la visite du lendemain, il est facile, malgré le gonflement du genou, de constater une fracture transversale de la rotule. Les fragments, écartés de 4 centimètres, sont difficilement ramenés au contact; sans doute en partie à cause de l'hydarthrose assez considérable qui se prononce dans leur intervalle.

Les téguments sont parfaitement intacts. Le creux du jarret présente une ecchymose, qui a évidemment sa source au foyer de la fracture, puisque la région antérieure de l'articulation a seule porté dans la chute. Le membre est placé dans l'extension sur un plan incliné. — Cataplasme; potion calmante.

Le huitième jour, le dégonflement du genou permet d'appliquer mon appareil spécial des fractures de la rotule.

Cet appareil consiste:

1° En deux lacs semi-elliptiques, s'attachant par leurs extrémités aux côtés de la gouttière en fil de fer, et dont la partie moyenne passe par l'un au-dessus du fragment supérieur; par l'autre, au-dessous du fragment inférieur;

2° Un troisième lacs vertical, fixé aux deux précédents, au-devant de la rotule, les rapproche et s'oppose au mouvement de bascule des fragments en avant.

Tout alla bien pendant trois jours, puis une douleur vive, qui semblait avoir pris naissance sous le lacs supérieur et remontant à la face antérieure de la cuisse jusqu'à l'arcade crurale, m'obligea à desserrer le lacs sous lequel la peau offrait cependant son aspect normal. La pression fut réduite à un degré très-modéré; mais la douleur, qui avait troublé le sommeil de la nuit, persista toute la journée sous forme d'élancements.

Le lendemain, treizième jour de l'accident, je constatai un emphysème très-caractérisé à la face antérieure de la cuisse gauche, dans toute la longueur, mais prononcé surtout dans la direction des vaisseaux fémoraux, et d'autant plus qu'on se rapproche davantage du ligament de Fallope. La crépitation est très-fine et se produit à la moindre pression.

L'interne de la salle, M. Bosia, qui l'avait notée la veille au soir, trouve qu'elle s'est étendue.

La douleur a diminué.

Le quatorzième jour, la douleur a disparu; mais l'emphysème a gagné le côté externe de la cuisse.

Le seizième jour, l'emphysème apparaît dans la cuisse droite, où il offre le même caractère, les mêmes limites et la même distribution qu'à la cuisse gauche; il y semble seulement un peu moins abondant. Ce membre, qui était le choréique, ne portait pourtant aucune trace de violence extérieure, et le malade ne s'en était jamais plaint. Quelques douleurs dans la région antérieure de la cuisse y avaient seulement précédé, comme de l'autre côté, le développement de l'emphysème. Je recherchai avec soin si ces deux emphysèmes se rejoignaient par la paroi abdominale, mais je n'y pus découvrir aucune crépitation.

Est-il besoin de faire remarquer qu'il n'y avait à la poitrine ni fracture de côte, ni contusion, ni emphysème?

Au bout de dix jours, la crépitation ou mieux le gaz qui la produisait avait entièrement disparu.

Le sujet était choréique; n'est-il pas rationnel d'attribuer l'exhalation de ce gaz à une perturbation nerveuse déterminée par le traumatisme?

Quant à la fracture de la rotule, dont l'histoire complète trouvera sa place ailleurs, au quarantième jour elle était consolidée avec un cal robuste d'un centimètre de long seulement; la marche se fait *sans la moindre roideur*.

La seconde observation a été recueillie sous mes yeux par M. Blot, interne de service.

Emphysème sous-cutané de la cuisse, compliquant une plaie contuse superficielle, sans aucune fracture. — Le 20 février 1861 est entré, au n° 43 de la salle Saint-Pierre (hôpital Necker), un nommé D..., âgé de quarante-quatre ans, carrier, demeurant avenue Saint-Charles, n° 34, 15me arrondissement; né à Beuville (Somme), marié.

Le malade a été trouvé sur la voie publique dans un état d'ivresse complète, aussi ne peut-il donner aucun renseignement sur ce qui lui est arrivé.

A la face interne de la cuisse droite, un peu au-dessous de la région moyenne, sur le trajet de la portion interne du couturier, il existe une petite plaie, large comme une pièce de 1 franc, à bords déchiquetés, autour de laquelle la peau est excoriée dans une assez grande étendue. Un stylet introduit par cette plaie fait reconnaître un décollement permettant d'introduire sous toute la circonférence le tiers du stylet. Les doigts promenés sur la cuisse rencontrent une crépitation très-abondante et très-nette due à un emphysème sous-cutané étendu du pli de l'aine à l'articulation du genou, et étendu sur les faces antérieure et interne de la cuisse. (Le malade est encore sous l'influence de l'ivresse.) Un pansement au cérat est appliqué sur la plaie.

Vers le cinquième jour, il n'y a plus trace d'emphysème.

La plaie n'a été le siége d'aucun accident.

Le 4 mars, le malade sort complétement guéri.

Cette observation montre avec la dernière évidence que le jeu des muscles peut produire l'effet de la pompe à travers l'aponévrose intacte, jusqu'à la peau, et aspirer l'air dans le tissu cellulaire par une ouverture tégumentaire.

M. GIRALDÈS. On ne se préoccupe pas assez dans cette question de l'élément nerveux. Or l'ébranlement du système nerveux est tel qu'il y a stupeur, anéantissement de l'économie, et, sous cette influence, tout est modifié, surtout les liquides et les sécrétions. J'ai vu dans le service de M. Velpeau plusieurs malades présentant de l'emphysème; il y avait chez eux une dépression considérable, une physionomie ataxique toute particulière. Tout l'organisme est anéanti. Il y a une dizaine d'années un chirurgien anglais, M. James, s'est demandé s'il n'y avait pas, à la suite de ces perturbations, une modification dans l'état du sang. Ses recherches laissent à désirer; mais elles ont servi à démontrer que dans ces circonstances les sécrétions, les liquides de l'économie, le sang, se trouvent modifiés.

Cette question, sur laquelle M. Chassaignac a appelé l'attention, me paraît des plus importantes.

M. LARREY. L'emphysème traumatique dit spontané complique quelquefois les grandes blessures ou les mutilations des membres, comme les plaies d'armes à feu par de gros projectiles ou les fractures comminutives par écrasement, ainsi que M. Velpeau en a donné, le premier, la description pour certaines fractures.

La commotion générale avec stupeur, ébranlement ou perturbation du système nerveux, ou la commotion locale avec attrition plus ou moins profonde, dilacération et souvent mortification des parties molles, infiltration sanguine et décomposition des liquides, d'où formation de gaz, telles sont les principales conditions qui, dans les blessures graves par armes de guerre, comme dans les violents traumatismes, décrits par M. Voillemier, m'ont paru provoquer le développement de l'emphysème.

Je crois aussi que dans bien des cas la production rapide, presque instantanée, de cet emphysème est tantôt la cause, tantôt l'effet, soit manifeste, soit latent, de la décomposition putride, de la gangrène ou de la pourriture d'hôpital, qu'il ne faut pas d'ailleurs confondre ensemble. J'en ai vu, chez les nombreux blessés de la campagne d'Italie, quelques exemples heureusement assez rares, grâce aux mesures hygiéniques que nous avions prises contre les influences si redoutables de l'encombrement. M. Legouest a fait la même observation.

On conçoit enfin que dans des circonstances particulières, comme l'indiquent les expériences de M. Goffres et les remarques de M. Morel-Lavallée, la pénétration de l'air puisse s'effectuer de l'extérieur vers l'intérieur des tissus et principalement sous la peau. C'est ce que l'on découvre quelquefois chez des conscrits, de même que chez des mendiants, sous forme de tumeur ou d'infiltration gazeuse artificieusement provoquée. Mais dans les cas de ce genre les effets de l'emphysème tendent à se limiter, et ne sont point comparables à ceux qui surviennent spontanément dans l'épaisseur des membres ou dans leur continuité, après un violent traumatisme.

C'est pourquoi, au milieu des difficultés du diagnostic, il importe de différencier les conditions dans lesquelles se produit l'emphysème traumatique, soit par attrition et décomposition des tissus, soit par exhalation, ou bien par putréfaction, par gangrène, ou par une sorte d'intoxication, comme le pense M. Chassaignac.

Il y a lieu, en définitive, de restreindre la discussion dans les termes où elle a été posée par M. Broca en commençant, et j'admettrais dans ce cas-là volontiers la production instantanée de l'emphysème, avec son développement rapide, avant l'amputation de la jambe, avant même la manifestation de la gangrène dans le moignon.

M. BROCA. J'avais d'abord pensé à appeler l'attention sur les dangers de l'emphysème dans certains cas, après un traumatisme violent. Or M. Morel s'est presque exclusivement renfermé dans la défense de sa théorie mécanique pour expliquer la présence de cette infiltration gazeuse. Sans doute, à la suite de certaines plaies, notamment des plaies de poitrine, on a vu quelquefois se développer de l'emphysème, et on a pu en expliquer la formation par l'entrée de l'air extérieur à travers les mailles du tissu cellulaire. Mais cet emphysème n'est pas grave, et ne peut, je crois, être mis à côté de celui que j'ai observé chez le blessé dont j'ai entretenu la Société. Il y a là deux ordres de faits tout à fait distincts. Mon malade a été renversé, et a eu la jambe prise sous un énorme bloc de pierre; il a fallu longtemps pour le dégager; il a été de suite apporté à Bicêtre; on sent ici les mouvements de pompe aspirante et foulante pour expliquer l'entrée

de l'air extérieur dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-aponévrotique.

M. Morel, dans les cas où il n'y a pas de plaie, admet la production de l'emphysème par exhalation : pourquoi cette même cause ne pourrait-elle pas donner lieu aux mêmes effets dans les cas où il y a une plaie?

J'écarte donc l'idée de l'introduction de l'air extérieur dans les cas semblables à celui dont j'ai entretenu la Société. J'ai trouvé dans la discussion, surtout dans ce que nous a dit M. Voillemier, les éléments d'une théorie satisfaisante. Je m'étais demandé si c'étaient les gaz qui produisaient la gangrène, ou si c'était la gangrène qui leur donnait naissance. Il est possible, a dit M. Voillemier, que ces deux phénomènes soient deux effets d'une même cause, ce qui expliquerait pourquoi ces deux effets se moutrent tantôt simultanément, tantôt séparément, tantôt en même temps, au même moment, tantôt à des intervalles plus ou moins éloignés. Laissant de côté l'idée d'évaporation, mot dont M. Voillemier s'est servi pour rendre sa pensée, je crois que l'on peut dire qu'une contusion, qu'un traumatisme violent peuvent produire une attrition de nos tissus, dont le résultat sera la *gangrène*, et un ébranlement, une perversion du système nerveux, dont le résultat sera l'*emphysème*.

J'admets cette hypothèse : aussi trouvé-je que M. Morel-Lavallée a singulièrement exagéré l'innocuité de cet emphysème, si tant est que quelques chirurgiens aient eu de la tendance à exagérer la gravité de cette complication.

M. MOREL-LAVALLÉE. Les cas dans lesquels il se produit de l'emphysème sans plaie extérieure sont excessivement rares. Ces faits donc ne peuvent pas être pris comme termes de comparaison avec les plaies plus ou moins graves compliquées d'emphysème. M. Broca admet plutôt l'exhalation pour expliquer les cas d'emphysème, et il rapproche même deux complications qui pourtant sont bien plus souvent isolées que réunies : gangrène et emphysème. Les cas d'emphysème avec gangrène sont excessivement rares (et je rejette même le fait cité par M. Broca du nombre de ceux où l'on a constaté ce double accident), et les cas de gangrène sans production d'infiltration gazeuse sont aussi de beaucoup les plus nombreux.

M. Broca me reproche d'avoir atténué les dangers de l'emphysème traumatique; mais, je le répète, dans les cas que j'ai vus, ce n'est pas l'emphysème, ce n'est pas la gangrène même (quand elle a existé) qui a tué, c'est le traumatisme lui-même, c'est l'étendue, c'est la profondeur de la lésion, les accidents généraux, etc.

L'emphysème peut aller très-loin sans déterminer d'accidents; il n'est grave par lui-même que quand la communication avec l'air extérieur persiste.

M. BROCA. Il y a eu, chez mon blessé, une violence extérieure qui a produit la fracture et la plaie : c'est la même cause qui a déterminé les deux lésions. C'est ce même traumatisme qui a altéré profondément l'économie de mon malade, au point de déterminer l'exhalation gazeuse, l'emphysème, et de produire ultérieurement, sous l'influence de l'ébranlement nerveux, le sphacèle du moignon. M. Morel me semble trop disposé à n'admettre d'autre théorie de l'emphysème que la théorie mécanique. Cette théorie me paraît devoir être complétement rejetée. Que l'emphysème puisse se produire à la suite de plaies de la région thoracique, et surtout du creux axillaire, cela se conçoit. La poitrine est animée de mouvements réguliers, rhythmiques, qui expliquent ces phénomènes. Il y a là, en effet, un mouvement continuel de va-et-vient, un mouvement de pompe. Mais vouloir transporter cette théorie aux membres, vouloir trouver dans le jeu des muscles dans leurs gaînes des mouvements de pompe aspirante et foulante, voilà ce que je ne veux pas admettre dans l'immense majorité des circonstances. Chez l'un des malades cités par M. Velpeau, il s'est passé dans le moignon des mouvements violents; mais chez mon malade, rien de semblable n'a eu lieu. Je rejette donc cette théorie mécanique, et je m'en tiens à celle que j'ai invoquée tout à l'heure.

M. MOREL-LAVALLÉE. Ce mouvement d'aspiration, de pompe, que M. Broca rejette, me paraît au contraire très-simple. Sans rentrer dans la discussion, et sans vouloir redire encore une fois ce que je crois avoir suffisamment expliqué, je rappellerai les expériences de M. Goffres citées par M. Follin, et l'histoire de mon jeune malade atteint d'emphysème de la cuisse à la suite d'une plaie qui ne dépassait pas l'aponévrose d'enveloppe du membre.

Je maintiens donc ma théorie mécanique, mais pour les cas bien précisés par notre maître M. Velpeau, dans lesquels l'emphysème se produit immédiatement après l'accident; pour les cas d'emphysème traumatique spontané, immédiat.

La discussion est terminée.

— La discussion sur le traitement des anévrysmes est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. BAUCHET. Le jeune homme que je présente à la Société est âgé de vingt et un ans. Il est entré dans mon service à l'Hôtel-Dieu, où je remplaçais M. Robert, au mois d'août dernier. Il était atteint d'*arthrite blennorrhagique du coude gauche.* Malgré le traitement mis en usage (sangsues, vésicatoires, frictions résolutives, immobilité; traitement général, purgatifs, azotate de potasse, etc.), il se forma autour de l'articulation plusieurs abcès, qui furent successivement ouverts. L'un d'eux me parut même communiquer avec l'articulation. Au mois de novembre, le malade put aller passer sa convalescence à l'asile impérial de Vincennes, et je le revis à la fin de ce mois. Il n'y avait plus de mouvements dans l'articulation du coude; le bras et l'avant-bras étaient dans **une ankylose presque rectiligne**; le membre était atrophié, et ce jeune homme ne pouvait plus s'en servir.

J'essayai alors, dans mon cabinet, quelques mouvements forcés, et je m'aperçus que l'articulation cédait un peu. Encouragé, j'employai plus de force, et je parvins à étendre complétement l'avant-bras : je fis alors des mouvements contraires, et j'arrivai presque à la flexion à angle droit.

Ce jeune homme, très-courageux, ne fut pas soumis à l'influence du chloroforme. Pour allonger l'avant-bras, je plaçais le coude sur mon épaule gauche, et je tirais fortement en me servant de l'avant-bras comme d'un levier. Pour opérer la flexion, je faisais asseoir le malade dans un fauteuil, j'appuyais son bras sur le bras du fauteuil, et je pesais fortement sur l'avant-bras.

La sensation que l'on éprouve au moment où cèdent les adhérences est des plus pénibles; il semble que les os et l'articulation se brisent; mais pour celui qui a senti cette secousse, il y a quelque chose de caractéristique dans cette sensation au moment où cèdent les adhérences.

Après cette première tentative, le coude se gonfla presque immédiatement, et il se fit un épanchement dans l'articulation et dans son voisinage. Cet épanchement se dissipa, et quarante-huit heures après il n'y avait plus de gonflement.

Je fis une nouvelle séance huit jours après, puis une autre, puis une troisième, puis d'autres encore, à quinze, vingt, vingt-cinq jours d'intervalle. Ce jeune homme, employé dans une maison de commerce, n'a jamais interrompu ses occupations depuis la première séance, et il venait me voir à ses jours de sortie, et encore ne venait-il pas régulièrement. Les séances peuvent en effet être faites à des intervalles bien plus rapprochés.

Je lui recommandais, après chaque séance, d'exercer son articulation, soit en soulevant des poids, soit en portant un seau d'eau, soit en s'accrochant au haut d'une porte.

Aujourd'hui ce jeune homme se sert de son membre qui a repris de la vigueur, et soutient aisément, et pendant assez longtemps, un poids de 25 kilogrammes. La flexion et l'extension, la pronation et la supination sont très-faciles. Tous les mouvements, ainsi que vous pouvez vous en assurer, s'exécutent très-bien, soit qu'on les provoque, soit que le malade les fasse lui-même; — la flexion est aussi complète que du côté opposé. — L'extension n'est pas encore tout à fait rectiligne; mais dans peu de temps je suis convaincu que ce mouvement sera complet. Le tendon du biceps résiste encore un peu; pourtant il cède à une traction un peu forte, mais faite avec lenteur. On n'entend plus alors les craquements dont je vous ai parlé en commençant cette présentation.

M. DESORMEAUX pense que ce cas ne peut pas être rappro d'une manière absolue de celui qu'il a rapporté à la Société dans u des séances précédentes. Dans le fait dont il a parlé, il s'agis d'une arthrite rhumatismale, et non d'une arthrite blennorrhagique.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

Polype fibreux naso-pharyngien chez une petite fille de deux a — M. MARJOLIN communique l'observation suivante :

F... (Adèle), âgée de deux ans, fut admise le 11 avril 1861 à l'h pital Sainte-Eugénie, pour une tumeur fibreuse occupant les foss nasales et la partie supérieure du pharynx. Les parents ne pure nous donner aucun renseignement sur l'époque précise à laquelle respiration de l'enfant avait commencé à devenir pénible.

Lors de son entrée à l'hôpital, la gêne était telle, que l'asphyxi était véritablement imminente.

Avant de tenter aucune opération, soit radicale, soit palliative, cherchai à reconnaître le siége et la nature de la tumeur. Le ne n'était nullement déformé; seulement, il était facile de voir que le deux narines étaient entièrement remplies par une tumeur ass ferme au toucher, mais saignant facilement dans les tentatives d'ex ploration. En arrière, elle faisait une saillie considérable à la parti supérieure du pharynx, obstruait complétement l'orifice postérieu des fosses nasales et refoulait en avant le voile du palais. Je tent d'explorer les fosses nasales avec une soude; mais malgré le soi que je mis à suivre la paroi inférieure, je ne pus pas pénétrer bie avant, l'instrument rencontrant toujours quelque obstacle. Je parvi pourtant à faire arriver jusqu'en arrière un stylet plat.

Quel était l'obstacle qui avait arrêté la sonde? Etait-ce la résistance même de la tumeur qui ne permettait aucun déplacement; était-son pédicule? L'autopsie nous a fait voir que ce n'était ni l'une n l'autre de ces causes, mais de nombreuses adhérences de la tumeu à la membrane pituitaire.

Bien qu'assez résistante par sa nature même, la tumeur, qui avai des deux côtés acquis assez de volume pour se mouler exactemen sur toutes les anfractuosités de la paroi externe des fosses nasales aurait pu, sans ces nombreuses adhérences, être refoulée en haut p la sonde.

Quant à glisser l'instrument le long de la cloison des fosses nasales, il ne fallait pas y songer; car l'examen de la pièce qui a été présentée à la Société anatomique par M. Leclerc, a démontré que non-seulement la tumeur avait pour point d'implantation en arrière le périoste de l'apophyse basillaire et de la partie inférieure du corps sphénoïde, mais qu'elle se continuait en avant de chaque côté sur le périoste qui tapisse la cloison. Je noterai en outre, comme il est facile de le voir, que la tumeur, qui pouvait avoir le volume d'une petite noix, avait de nombreuses adhérences avec la partie postérieure du voile du palais.

Le volume de la tumeur, son siége, son étendue considérable, l'âge de l'enfant, étaient à mon avis autant de contre-indications à une opération radicale; aussi, je songeais plutôt aux moyens d'en extraire ou d'en lier une portion pour prévenir l'asphyxie; mais l'enfant succomba quarante-huit heures après son entrée dans mon service.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire, BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 27 avril, ont été nommés présidents des Sociétés de prévoyance et de secours mutuels des médecins :

De l'arrondissement de Soissons (Aisne), M. le docteur Henri Missa;

Du département du Loiret, M. Vallet, chirurgien en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu d'Orléans;

Du département du Haut-Rhin, M. le docteur Mailhet, à Colmar.

— Le corps médical de Paris vient encore de perdre deux de ses membres : M. le docteur Sernin Planté de Mengelle, ancien médecin du bureau de bienfaisance du 11e arrondissement, mort dans sa soixante-septième année; et M. le docteur Victor Deloire, mort à l'âge de trente-deux ans, après quelques jours de maladie.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 62 — MARDI 28 MAI 1861.

(34e ANNEE.)

N° 62. — MARDI 28 MAI 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, 27 mai 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

Une suite des études de M. Lavocat sur le système vertébral, et un court extrait d'un mémoire de M. Vallée sur la théorie de l'œil, c'est tout ce que renferme le Compte rendu de la dernière séance de l'Académie des sciences au point de vue médico-physiologique. Mais en côtoyant un peu, nous trouverons sur les confins de la physique de quoi nous dédommager de cette pénurie de communications médicales. M. Becquerel père, qu'un grave accident survenu à l'entrée de l'hiver a éloigné pendant plus de quatre mois des séances de l'Académie, y a fait sa rentrée lundi dernier, et y a signalé sa présence par la lecture d'un travail qui prouve assez que sa longue absence n'a pas été perdue pour la science.

On sait que l'on observe ordinairement la température de l'air avec un thermomètre placé au nord, abrité de la radiation solaire, et dans un lieu où l'air puisse circuler librement. Cette température est l'élément à l'aide duquel on calcule les moyennes diurnes, mensuelles et annuelles, ainsi que la température du lieu, dite climatérique; cette dernière est prise en considération quand il s'agit d'étudier les phénomènes de la vie végétale dans une contrée. Mais cet élément représente-t-il bien la température de l'air, à un instant donné? Des doutes ont été émis à cet égard. D'un autre côté, la température de deux lieux voisins n'est pas égale quand le sol n'est pas de même nature, et qu'il ne possède pas par conséquent le même pouvoir rayonnant, ce qui rend difficile la détermination de la valeur moyenne.

Afin de se soustraire à ces difficultés, M. Becquerel s'est servi, pour accomplir une série d'expériences ayant pour objet d'évaluer les températures de l'air du 1er mai 1860 au 1er mai 1861, loin et près des arbres, d'un thermomètre électrique, qui permet de relever les températures à de grandes distances et dans des lieux où la lecture sur un thermomètre ordinaire ne serait pas possible.

Parmi les résultats auxquels il est parvenu, nous signalerons en particulier les suivants, qui ont de l'intérêt pour les médecins, à qui tout ce qui regarde la météorologie ne saurait rester étranger. Les expériences de M. Becquerel ont démontré que les arbres en s'échauffant sous l'action solaire et se refroidissant sous celle du rayonnement nocturne, comme tous les corps qui se trouvent à la surface du sol, et plus même que la plupart de ces corps, en raison de leurs grands pouvoirs absorbants et exhalants, échauffent ou refroidissent l'air ambiant : d'où résulte, en premier lieu, un courant d'air chaud ascendant, qui se manifeste également dans le massif des arbres; en second lieu, un courant d'air froid descendant, qui tend à refroidir le sol la nuit et le matin.

Ce résultat, ainsi que le fait remarquer M. Becquerel, montre comment il se fait que le voisinage des bois a pour effet d'abaisser la température d'une contrée; les couches inférieures qui proviennent de l'air refroidi à la périphérie des arbres, sous l'influence du rayonnement nocturne, abaissant la température de l'air dans le voisinage du sol. Il s'ensuivrait que le déboisement aurait pour effet de rendre les étés plus chauds et les hivers moins froids, en faisant disparaître cette cause de refroidissement qui agit également dans ces deux saisons. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert (de Lamballe).

Observation de tumeur graisseuse de l'aine, suivie de considérations sur les tumeurs du pli de l'aine envisagées au point de vue du diagnostic.

(Leçon recueillie par M. Charpentier, interne du service.)

Un malade, entré à l'Hôtel-Dieu, dans la salle Saint-Côme, le 1er avril, pour une tumeur siégeant dans la région inguinale, a fourni à M. Jobert l'occasion de présenter quelques considérations cliniques sur les tumeurs du pli de l'aine, envisagées au point de vue du diagnostic.

Voici d'abord en quelques mots l'histoire de ce malade.

Cet homme, d'une bonne constitution, d'une haute stature, présentant toutes les conditions normales d'une bonne santé, et paraissant avoir toujours vécu dans de bonnes conditions hygiéniques, bonne nourriture, habitation saine; travail actif, mais auquel il suffit très-bien, a ressenti il y a cinq ans, dans l'aine, du côté gauche, une douleur assez vive; cette douleur s'est montrée sans cause connue; il n'y a eu ni chute ni efforts. Elle a disparu au bout d'un mois, et alors le malade s'est aperçu de la présence, au point douloureux, d'une petite tumeur mobile, du volume d'une petite noisette, se déplaçant sous le doigt, et ne déterminant d'autres accidents qu'un peu de gêne.

Pendant cinq ans, cette tumeur a augmenté de volume, donnant lieu de temps en temps, surtout au printemps, à quelques élancements et à une fatigue générale avec sensation de pesanteur, de tiraillements dans le membre gauche, sans radiation aucune du côté de la cavité abdominale.

Voici ce que l'on constate chez ce malade le jour de son entrée à l'hôpital :

Immédiatement au niveau du canal crural existe une tumeur lisse, mobile, et dont la surface n'est nullement altérée.

Cette tumeur a à peu près le volume d'un œuf, et est limitée dans la flexion de la cuisse sur le bassin par un double pli formé en haut par le ligament de Fallope, en bas par la peau qui se plisse dans le mouvement de flexion.

Cette tumeur ne présente ni coloration anormale, ni battements, ni expansion, ni bruit de souffle; elle donne à la main qui la presse une sensation de fausse fluctuation; et si on la comprime un peu plus fortement, on sent une série de granulations, comme si elle était formée de plusieurs lobules accolés les uns aux autres. Elle s'étend obliquement de haut en bas, parallèlement à l'arcade crurale, et offre une longueur de 7 centimètres sur 4 de large, étant située à 13 centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

L'orifice du canal inguinal est parfaitement libre au-dessus et en dehors de la tumeur, et laisse pénétrer à son intérieur l'index, ce qui permet de s'assurer de l'intégrité de ce canal et des parties qu'il renferme.

Il n'y a pas de varices, point de développement anormal des veines; jamais de douleurs lombaires ni vertébrales, soit spontanées, soit à la pression.

La toux, les efforts, la station debout prolongée, la fatigue, n'augmentent nullement le volume de la tumeur, qui est parfaitement irréductible. Les selles sont très-régulières; pas de troubles digestifs; pas de nausées, pas de vomissements, ni au moment où le malade s'est aperçu de la présence de la tumeur, ni depuis.

La tumeur, qui offre une matité complète, est parfaitement indépendante de la couche superficielle de la peau; elle semble tenir par sa base au niveau du canal crural, sur lequel elle est mobile et paraît s'être développée dans l'épaisseur de la couche profonde.

Le seul trouble qu'elle détermine est une sensation de gêne et des crampes assez fréquentes dans les membres, surtout après la marche et la fatigue.

Quelle est la nature de cette tumeur?

Quel est son point d'implantation?

Quel est le traitement à suivre?

La nature de la tumeur, ou, en d'autres termes, le diagnostic différentiel, est assez difficile à déterminer.

En effet, à part quelques tumeurs spéciales à la région, et que l'on peut éliminer tout de suite, il en est d'autres avec lesquelles on peut la confondre, et qui font précisément la difficulté du cas auquel on a affaire ici.

Ainsi, tout d'abord, l'intégrité du canal inguinal et des parties qui occupent son trajet, permet d'éliminer d'emblée les hernies inguinales et les tumeurs développées, soit dans l'intérieur du canal inguinal, soit dans les éléments du cordon.

Reste maintenant à la différencier d'avec d'autres tumeurs qui se développent dans la région; mais nous allons voir que chacune prise individuellement donne lieu à une série de symptômes qui ont permis, dans ce cas surtout, d'arriver par voie d'exclusion à un diagnostic qui a été pleinement confirmé par l'opération.

Quelles sont les tumeurs qui peuvent se développer dans la région du pli de l'aine? Nous trouvons ici trois divisions adoptées par les auteurs :

I. — 1° Tumeurs réductibles;
2° Tumeurs irréductibles.

II. — 1° Tumeurs gazeuses;
2° Tumeurs liquides;
3° Tumeurs solides.

III. — 1° Tumeurs développées dans la région même;
2° Tumeurs formées en dehors de la région, et y arrivant par suite de leur développement.

Nous devons éliminer de suite les tumeurs gazeuses, qui ici évidemment sont hors de cause.

Dans les tumeurs liquides et dans les tumeurs solides, réductibles ou non, on trouve les tumeurs épithéliales, les kystes, les tumeurs résultant de l'hypertrophie du tissu adipeux, les adénites aiguës ou chroniques, inflammatoires ou spécifiques; les tumeurs osseuses, exostoses, fractures ou luxations; les tumeurs vasculaires, varices, anévrysmes; les tumeurs formées par le testicule arrêté à l'anneau, extension de diverses maladies du testicule, du cordon, de la tunique vaginale; les abcès chauds ou froids, symptomatiques ou non d'une lésion vertébrale; enfin les hernies inguinales, crurales, et les tumeurs qui en dépendent : hydropisies du sac, hernies graisseuses, etc.

A laquelle de ces tumeurs a-t-on affaire dans le cas présent?

Tout d'abord la consistance, l'absence de fluctuation, de transparence de la tumeur, la position au-dessous de la couche sous-cutanée superficielle, l'intégrité de la peau, permettent d'affirmer que l'on n'a affaire ni à une tumeur épithéliale ni à un kyste.

L'absence de douleurs du côté de la région vertébrale, la conservation des forces du malade et de la santé générale, écartent de même toute idée d'abcès par congestion. Il ne s'agit pas plus d'un abcès chaud, vu l'absence de phénomènes locaux et généraux. L'état normal des veines du membre, l'absence de battements, de bruit de souffle, d'expansion, ne permettent de penser ni à des varices de la saphène ni à un anévrysme.

La liberté parfaite du canal inguinal, l'état normal des bourses et des organes génitaux, du cordon et de ses éléments, permettent d'affirmer qu'il ne s'agit ici ni d'un arrêt à l'anneau du testicule, ni d'une affection quelconque du cordon ou des parties qui le composent.

La position superficielle de la tumeur, l'absence de signes antécédents, l'intégrité du membre, la non-existence d'antécédents syphilitiques, éloignent toute idée de tumeur osseuse, d'exostose, de fracture ou de luxation, qui auraient laissé soit dans le souvenir du malade, soit sur le membre, des traces indélébiles.

Les adénites aiguës donnent lieu à des signes spéciaux qui manquent ici, quelle que soit leur cause initiale.

Les adénites chroniques tiennent à deux causes, ou à une infection syphilitique ou à une affection scrofuleuse.

Or ici pas de trace d'infection; et, dans le cas d'engorgement scrofuleux, on a le plus souvent des manifestations des deux côtés, et l'engorgement existe par masses beaucoup plus volumineuses que dans le cas présent, autant sur le pli même de l'aine qu'au-dessous de ce pli. Les sujets, d'ailleurs, présentent dans ce cas une constitution spéciale et offrent des traces évidentes de scrofules dans d'autres parties du corps.

Est-ce à une hernie crurale que l'on a affaire ici? Hernie épiploïque évidemment, car il n'y a pas de sonorité, ce qui indique tout d'abord l'absence de l'intestin dans la tumeur.

En refoulant la peau au-dessous de la partie moyenne et inférieure de la tumeur, on arrive à constater l'intégrité de l'orifice du canal crural. Le doigt placé à ce niveau ne reçoit aucune impulsion quand le malade tousse ou fait des efforts. On sent bien, il est vrai, une sorte de pédicule à ce niveau, mais il est situé un peu en dehors de l'orifice crural.

Les rapports donnés par les auteurs comme habituels dans la hernie crurale, soit avec le cordon, soit avec l'artère fémorale, n'existent pas ici. De plus, en admettant qu'il s'agisse d'une hernie épiploïque, quand il y a adhérence de l'épiploon avec le sac herniaire, la tumeur, lorsqu'on la comprime ou qu'on la refoule, file derrière l'arcade crurale et fait pour ainsi dire corps avec elle.

Ce n'est donc pas encore d'une hernie crurale qu'il s'agit ici.

Reste donc une seule espèce de tumeur, la tumeur graisseuse. Telle est évidemment la nature de la tumeur que présente le malade.

C'est un lipome, lipome développé dans l'épaisseur de la couche du *fascia superficialis*, ayant son point d'implantation au niveau d'un des orifices du *fascia crebriformis*, et ayant pris naissance au-dessous de cette lame aponévrotique.

Ce qui confirme cette opinion, c'est cette sensation de mollesse, de fluctuation élastique, de granulations accolées les unes aux autres, que l'on obtient par le palper et qu'est encore venue

confirmer une ponction exploratrice pratiquée dans la tumeur, laquelle n'a donné issue qu'à quelques gouttes de sang sans aucune trace de sérosité.

L'opération pratiquée est venue confirmer le diagnostic, et à ce propos quelques remarques trouvent encore leur place.

Quel devait être le mode d'opération à employer dans ce cas? Pouvait-on se servir ici du procédé que M. Jobert a appelé procédé par embrochement?

Non, certainement. La vascularisation extrême de la région, la présence de troncs artériels importants, de la saphène, qui, à ce niveau, va se réunir à la veine fémorale, éloignaient cette idée et ne permettaient ici qu'une seule méthode, une dissection minutieuse, procédant couche par couche et donnant ainsi à l'opérateur l'assurance d'éviter tout accident et d'arriver directement jusqu'à la tumeur.

C'est en effet à cette méthode que M. Jobert a eu recours.

La peau étant disséquée couche par couche, on est arrivé sur une tumeur enveloppée dans une double poche entourée de tous côtés par un tissu fibro-cellulaire. Ces poches, ouvertes successivement, ont donné issue à une masse formée de lobules graisseux, réunis par des tractus celluleux ne présentant aucune trace de vaisseaux et faisant saillie à travers un des orifices du *fascia crebriformis*.

La plaie a été réunie avec deux points de suture. Voici quelles ont été les suites de cette opération :

Pendant deux jours, le malade a été très-bien; il n'a pas eu de fièvre, l'appétit s'est conservé, l'état général a été parfait.

Le troisième jour, il est pris de frissons, de fièvre avec céphalalgie, anorexie. En même temps les lèvres de la plaie, qui étaient presque réunies, se décollent, et une rougeur érysipélateuse envahit tout le pourtour de la plaie. — Ipéca, 1 gr. 50.

Le lendemain, la tension est telle qu'on est obligé d'enlever les points de suture. Même état général. L'érysipèle a gagné la partie interne de la cuisse et un peu les bourses; œdème léger de la verge. — Eau de Sedlitz.

Pendant quatre jours, l'érysipèle marche en grandissant, surtout du côté externe, avec une sensation de brûlure, de tension; une rougeur rose vif et un œdème assez considérable des parties envahies.

Le cinquième jour, l'érysipèle semble devenir stationnaire, mais la plaie est recouverte d'une sorte de fausse membrane grisâtre analogue à une concrétion diphthérique, et les bourgeons charnus sont flasques, décolorés et œdématiés. — On cautérise avec le nitrate acide de mercure.

Le sixième jour, la plaie est en bien meilleur état, surtout à la circonférence; au centre existe encore un bourgeon mou et blafard, saignant au contact. L'érysipèle va en déclinant. On panse avec un plumasseau de charpie enduit de pommade au nitrate d'argent.

Le septième jour, état parfait de la plaie. L'érysipèle est complétement arrêté. Bourgeons vermeils de bonne consistance. Appétit. Etat général très-satisfaisant. — Même pansement.

Depuis cette époque, la plaie, qui tend tous les jours vers la guérison, est pansée avec de la charpie sèche, et aujourd'hui 15 mai le malade n'offre plus qu'une plaie de la largeur d'une pièce de 1 franc et qui ne demande plus que quelques jours pour arriver à une cicatrisation complète.

ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE sur les éruptions antimoniales,

Par M. IMBERT-GOURBEYRE,

Professeur de matière médicale à l'École préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand.

M. le professeur Champouillon, dans un excellent article publié dans la *Gazette* le 29 novembre 1859 (*Considérations sur l'état actuel de la matière médicale*), demande la réforme de quelques abus de la thérapeutique. Il pose en principe que, pour connaître bien réellement l'action des médicaments, il faut d'abord étudier leurs effets physiologiques sur l'organisme sain.

« Tant qu'on ne revisera pas, dit-il, suivant ce système d'expérimentation, la matière médicale tout entière, on risque de voir la thérapeutique demeurer éternellement boiteuse. »

Depuis quarante ans toute l'activité des pionniers de la science s'est absorbée dans les études diagnostiques, et nous sommes arrivés à des prodiges de précision. Il est beau assurément de découvrir un râle *sub-caverneuleux*, de délimiter avec exactitude le volume de petites indurations centrales du foie. » Mais de cela, dites-moi, quel profit pour les malades? Reconnaître le mal, c'est bien; mais le guérir est encore mieux. Diagnostic, thérapeutique, ces deux éléments de la science médicale doivent progresser parallèlement.

Ce qui a toujours éloigné de l'étude des médicaments, si négligée de nos jours, ç'a été l'absence de règles, de principes. Le découragement prend vite au milieu de ces ténèbres, de ce chaos.

Et pourtant la lumière commence à poindre; bientôt elle resplendira dans le champ immense de la thérapeutique. Mais il faut, pour la voir, suivre la route indiquée par l'honorable professeur du Val-de-Grâce. Bien des praticiens se sont déjà engagés dans ces nouvelles voies, et M. Imbert-Gourbeyre, professeur de matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand, peut être placé à la tête de cette jeune école, qui veut continuer l'œuvre thérapeutique commencée par M. Trousseau. Les travaux que M. Imbert a déjà publiés, le mémoire remarquable sur les éruptions antimoniales qui vient de paraître dans la *Gazette médicale*, peuvent être donnés pour modèles à ceux qui veulent s'engager dans la réforme que vante M. Champouillon.

Dans ce dernier mémoire que nous allons analyser, le professeur de Clermont étudie les effets physiologiques de l'antimoine sur la peau, et il déduit avec sagesse les conséquences pratiques qui découlent de cette étude.

M. Imbert-Gourbeyre veut démontrer que le tartre stibié a la propriété de produire des éruptions cutanées, quelle que soit la voie par laquelle on le fasse pénétrer dans l'organisme. « Si on est d'accord, dit-il, sur le fait de la pustulation de la peau par le tartre stibié appliqué à l'extérieur, on est divisé sur l'explication du phénomène, surtout en ce qui concerne les éruptions secondaires ou sympathiques, signalées pour la première fois par Autenrieth. On ignore aussi en France, ou l'on nie, que le tartre émétique ingéré à l'intérieur puisse produire sur le tégument externe des éruptions diverses, quoique le fait d'exanthèmes internes soit généralement admis. Avant de discuter ces différentes questions, voyons les faits. »

Le professeur de Clermont rapporte des observations de Horst, Pommer, Hausbrand (*Journ. de Hufeland*), Mérat et Delens (*Dict. de mat. méd.*); MM. Olivier, Luroth, Bergeron, Dujardin, Siméon, J. Guérin (*Gaz. méd.*); Casper (*Wochenschrift*), Padioleau (*Bull. de thér.*), observations qui démontrent que les préparations stibiées employées à l'extérieur développent assez souvent des éruptions ailleurs qu'au lieu d'application, et principalement à la région ano-génitale.

Ces éruptions éloignées résultent-elles de l'absorption du médicament, qui va produire sur d'autres points un exanthème sympathique? Sont-elles l'effet du transport direct de la préparation sur les parties affectées par la main, les vêtements, comme l'ont soutenu MM. Husson, Rayer, Giacomini, Ricord, Bonamy, Trousseau et Pidoux? La question est ainsi posée entre le dynamisme et le mécanisme.

M. Imbert soutient qu'il y a dynamisme, et il le prouve par l'analyse des faits rapportés. Ainsi, des malades étaient dans l'impossibilité de toucher à la partie qui a été le siége d'éruptions sympathiques; des médecins se sont entourés de précautions rigoureuses pour éviter le transport mécanique de la pommade; les éruptions ont eu lieu souvent aux parties génitales, jamais à la figure, où l'on porte plus fréquemment la main; elles ne se produisaient quelquefois que quinze, vingt jours après la cessation des frictions, etc. Enfin, une dernière preuve, et celle-là est concluante, ce semble, c'est que l'émétique pris à l'intérieur a réellement la propriété de produire à l'extérieur des éruptions spontanées. Le professeur cite quelques observations de Gohlius, MM. Crichton, Boeckh, Michel, Constantin; il montre que cette propriété exanthématogène de l'émétique par l'administration à l'intérieur est un fait vulgaire bien connu et depuis longtemps acquis à la science dans la studieuse Allemagne. Il rapporte des passages des auteurs de matière médicale sur ce sujet, de Vogt, Æterlin, Sachs et Dulk (*Handwœrterbuch der praktischen Arzneimittellehre*, Kœnigsberg, 1830-39).

« Les antimoniaux, disent ces derniers, administrés pendant un trop long temps et à doses modérées, finissent par amener un état cachectique. Il existe une cachexie antimoniale, de même qu'il existe une cachexie mercurielle. Elle ne prend jamais un forme aiguë, comme cela arrive quelquefois au mercure; perte d'appétit, dyspepsies, nausées, sécrétions intestinales augmentées et perverties, etc., tels sont les symptômes de la cachexie antimoniale; mais *ce qui la caractérise surtout*, ce sont les éruptions cachectiques qui apparaissent à la peau, éruptions impétigineuses de formes diverses, herpès, érosions, ulcérations. D'autres fois, des boutons prennent la forme de ceux de l'acné. Il est important de faire attention à ce genre d'éruption, surtout dans le traitement antimonial de la scrofule, parce qu'on pourrait prendre cet exanthème pour un effet de la maladie, tandis qu'il n'est que l'effet du remède. » (Art. *Stibium*, p. 799.)

M. Imbert-Gourbeyre prend la précaution de noter que les auteurs qu'il cite n'appartiennent nullement à l'école d'Hahnemann, qui sur ce point de pathogénésie n'a fait que copier la tradition sans y rien ajouter. « J'établis cette distinction d'école, dit-il, pour répondre d'avance à certains esprits prévenus qui attribuent une origine homœopathique à tout ce qui leur paraît nouveau en fait de physiologie médicamenteuse, et qui partout le repoussent avec aplomb. Tout ce qui en France parle ou écrit contre Hahnemann appartient en général à cette catégorie. Or ces imperturbables *casuistes* ne songent pas qu'ils s'amusent à tirer continuellement sur leurs propres soldats. Il serait très-facile, en effet, de démontrer qu'en fait de médicaments anciennement connus, Hahnemann n'a rien inventé au fond, et qu'il a été sur le terrain de la pharmaco-dynamie le véritable conservateur de la tradition. Quand on entre en guerre, faudrait-il au moins connaître son ennemi! »

Voilà donc établi par preuves directes que le tartre stibié, quelle que soit la voie par laquelle il est administré, produit des éruptions le plus souvent pustuleuses; c'est un médicament *exanthématogène*.

Aux preuves directes on peut ajouter encore les preuves de l'analogie. L'antimoine a les plus grands rapports d'action physiologique et thérapeutique avec l'arsenic et le mercure. On sait que ces deux derniers médicaments produisent aussi des exanthèmes extérieurs.

M. Imbert prouve même que la pustulation stibiée due à la pommade n'est pas au fond un effet local purement physicochimique; qu'elle est surtout « le résultat d'une action générale, un effet d'absorption du médicament, d'une action véritablement interne; c'est un dynamisme pur qui échappe aux lois de la physique et de la chimie. » C'est ainsi, selon lui, qu'agissent en général les médicaments employés par voie externe: fait important qui réduit de beaucoup la *pharmaco-mécanique* au profit de la pharmaco-dynamie.

Après s'être occupé des éruptions externes, le professeur étudie les éruptions internes que le médicament produit également. Rapportant des observations concluantes de MM. Jules Guérin, Mayer, Tealier, Gasc, Damiron, Serraillier, Lurath, Marion de Procé, Mascarel, Bonamy, Beau, il prouve, avec ces faits, que l'émétique administré à l'intérieur amène non-seulement des exanthèmes, mais même des *fausses membranes étendues* sur les muqueuses de la bouche, du pharynx, de l'œsophage; et cela non pas par suite d'un effet mécanique, comme le soutiennent quelques auteurs, entre autres M. Trousseau, mais par suite d'un effet dynamique pur et d'une action élective. « Si c'était un effet physico-chimique, dit-il, il devrait être constant, ce qui n'existe pas; il devrait surtout exercer son action sur l'estomac, où le liquide de la potion stibiée séjourne bien plus longtemps sur la muqueuse que dans le pharynx; or il n'en est rien. Pourquoi refuser à l'antimoine ce que l'on est forcé d'accorder au mercure, à la belladone, à l'iode, à l'arsenic, etc., dans leur action sur la gorge? »

L'antimoine produit donc des exanthèmes internes, érythèmes, pustules, fausses membranes; il est *croupigène*. Voilà donc l'étude complète de la propriété *exanthématogène* de l'antimoine. Que l'on mette maintenant en regard de la propriété physiologique du médicament sa propriété thérapeutique sur la peau; que l'on compare le fait physiologique et le fait thérapeutique. C'est là la véritable méthode expérimentale qui doit être suivie dans tous les cas, pour se rendre compte du rapport qui existe entre le médicament et la maladie qui guérit. Or, on constate dans ce cas particulier, ainsi que dans bien d'autres, comme résultante ordinaire, la loi de similitude. M. Imbert est convaincu même que des propriétés physiologiques on peut, en général, déduire les propriétés thérapeutiques. « L'antimoine est *exanthématogène*, dit-il; donc, de par la loi de similitude, il est *exanthématofuge*. Ce qu'il est permis de soupçonner *à priori* se trouve suffisamment démontré sur le terrain de l'observation. Les expériences sont toutes faites depuis longtemps. L'histoire thérapeutique des dartres, de la syphilis et de la scrofule, est là pour l'attester. »

» En résumé, poursuit l'auteur, nous sommes en face d'une tradition thérapeutique très-belle et très-riche de faits et d'observations, mais aujourd'hui à peu près entièrement perdue. Le soufre, l'iode, le mercure, l'arsenic, dominent exclusivement la thérapie des dermatoses; l'antimoine en a été exclu. Faut-il accepter définitivement cet arrêt de proscription? »

M. Imbert, loin de le penser, veut essayer de le réhabiliter. Il se fonde pour cela sur trois raisons: une raison historique, une raison physiologique, et une dernière puisée dans l'analogie.

Trois siècles d'observation ont affirmé les propriétés de l'antimoine non-seulement dans les maladies de poitrine, mais dans les dartres, la scrofule, la syphilis. Qu'on lise le *Currus triumphalis antimonii* et le mémoire d'Hoffmann. En présence de ces affirmations trois fois séculaires, de ce concert unanime d'auteurs célèbres, que peut la négation mesquine de quelques modernes? Outre la raison historique, il en existe une physiologique: ce sont les effets de l'antimoine sur l'homme sain. « Ce mémoire, dit l'auteur, a établi suffisamment les propriétés *exanthématogènes*: donc, avons-nous déjà conclu, l'antimoine est aussi exanthématofuge. C'est quelque chose que cette prémisse et cette conséquence: ce n'est au fond qu'une application de la loi de similitude, de cette loi qui domine au fond toute la pharmaco-dynamie. Plus j'étudie les médicaments, plus j'ai la conviction qu'on peut lire dans leur physiologie leur action curative, et que cette physiologie, ou pathogénésie, si elle n'est pas la source unique de la thérapeutique, en est certainement la plus féconde. Les propriétés exanthématogènes de l'antimoine permettent de conclure *à priori* à l'application possible de ce médicament dans les dartres; et de même le traitement traditionnel des dartres par l'antimoine aurait pu faire deviner *à posteriori* depuis longtemps la faculté qu'il possède d'engendrer des éruptions diverses. De l'effet on remonte à la loi, et ici tout se tient et s'enchaîne. » Enfin, l'analogie a quelque valeur. Le soufre, le mercure, l'iode, l'arsenic, employés journellement dans la thérapie des dartres, ont, comme l'antimoine, des propriétés exanthématogènes. Pourquoi refuser à l'antimoine des propriétés anti-dartreuses?

Tout en réhabilitant l'antimoine dans le domaine de la thérapie des dermatoses, M. Imbert ne prétend pas préciser en détail les applications. Cependant il pense qu'il pourrait mieux convenir dans les impétigos. Il est bon de savoir que l'action élective du tartre stibié porte surtout sur la sphère ano-génitale. Spécialiser l'emploi d'un médicament, c'est encore là un point essentiel de la thérapeutique.

« De concert avec la loi de similitude, la loi d'électivité vient peser de tout son poids. Si les médicaments affectent dans leurs manifestations certains départements de l'organisme, on peut en conclure que dans les maladies fixées dans ces mêmes régions ils doivent jouir d'une action plus immédiate et plus rapide. Il semble qu'*ils vont directement à leur adresse*... L'électivité se confond avec la similitude: tout médicament agissant électivement agit similairement. J'ai formulé cette double loi ou synergie en deux mots: *elective et similiter* (1). Nous avons là deux guides sûrs pour nous conduire sur le terrain si difficile de la pharmaco-dynamie, et c'est une preuve de plus que cette

(1) *Mémoire sur le prurit vulvaire; Monit. des hôpitaux*, 1858.

idée si féconde de la physiologie du médicament nous mène directement à son emploi thérapeutique : *Hæc est via.* »

Dans le mémoire que nous venons d'analyser, nous avons vu, d'une part, que les propriétés exanthématogènes de l'antimoine ressortissaient d'un *dynamisme* pur; d'autre part, que l'antimoine administré à l'intérieur guérissait les dartres. Il y a dynamisme dans l'acte médicamenteux, dynamisme dans l'acte physiologique. Dans l'organisme sain, le médicament produit ses effets physiologiques; dans l'organisme malade, s'il est curateur, il les annule en tout ou en partie, en les brisant pour ainsi dire contre les symptômes de la maladie. On voit là deux forces qui se détruisent dans leur parallélisme : l'acte médicamenteux et l'acte morbide, la maladie artificielle et la maladie naturelle.

« C'est de ces considérations générales, dit M. Imbert en terminant son travail, qu'est née la théorie de la substitution, autre manière d'expliquer la loi homœopathique. C'est encore ce qui a fait dire avec beaucoup de justesse à M. le professeur Trousseau : « L'expérience a prouvé qu'une multitude de ma- « ladies étaient guéries par des agents thérapeutiques qui sem- » blent agir dans le même sens que la cause du mal auquel on » les oppose (*Traité de thérap.*, art. *Belladone*).

» Cette phrase est au fond une véritable déclaration de principes, et c'est pourquoi je compte le célèbre professeur français parmi les adeptes les plus intelligents de la doctrine hahnemannienne, quoiqu'il n'ait pas encore, que je sache, une position bien officielle dans la nouvelle école. Comme on le voit, j'élargis singulièrement le temple; mais pour moi la médecine n'est qu'un panthéon, et j'y mets tous les dieux. » X. BOURGEOIS.

ÉTUI EN FER VOLUMINEUX,

contenant divers instruments et objets, introduit par l'anus, ayant déterminé une péritonite mortelle, et trouvé à l'autopsie dans le côlon transverse (1).

Par M. le docteur CLOSMADEUC (de Vannes).

Le nommé V. A..., enfant naturel, né à Rouen, âgé de quarante et un ans, est un forçat condamné par la cour d'assises d'Ille-et-Vilaine (17 novembre 1848) à quinze ans de fers pour vol qualifié, signalé comme extrêmement dangereux, et s'étant déjà évadé une fois du bagne de Brest.

Le 22 mai 1855, ce forçat entre à la prison de Vannes conduit par la gendarmerie et ramené de Napoléon-Vendée, où il vient de comparaître en qualité de témoin dans une affaire d'assises.

Trois jours après son entrée en prison, dans la journée du 25 mai, il est pris d'une indisposition subite : douleurs abdominales, constipation, nausées, fièvre... Il n'a pas de hernie, et cependant, dès le lendemain, des symptômes bien tranchés d'étranglement interne se manifestent avec violence : vomissements incoercibles; coliques atroces, ballonnement du ventre, etc.

Mon honorable confrère le docteur de Quéral, médecin de la prison, diagnostique une péritonite aiguë, et le traite en conséquence. Le prisonnier, qui sent que son état s'aggrave, finit par avouer au médecin qu'il a l'habitude de cacher quelques pièces d'argent dans un sachet de toile, et qu'il le soustrait ordinairement à la surveillance des gardiens en l'introduisant dans le rectum.

Le cathétérisme rectal à l'aide des doigts ne donne aucun résultat; une longue pince à polype poussée dans le rectum ne rencontre aucun corps étranger. L'intestin est vide jusqu'au muscle d'O'Beirne.

Les symptômes vont en augmentant de gravité. De plus, à travers les parois abdominales, dans le flanc gauche, vers la région colique descendante, le docteur reconnaît la présence d'une tumeur volumineuse, dure et douloureuse à la pression. Sont-ce des matières fécales accumulées ? ou bien est-ce le corps étranger qu'on cherche ? Le malade donne alors une deuxième version. Ce n'est plus un sachet de toile; c'est, dit-il, un bâton rond fendu, dans la fente duquel il a empilé quelques pièces d'argent, maintenues par des tours de fil; dans un moment d'alerte, il a introduit l'appareil par le bout pointu au lieu de le présenter par l'extrémité mousse, et l'accident a été causé par cette erreur.

Bref, la péritonite marchant toujours, le forçat meurt le 2 juin, le septième jour de la maladie, dix jours après son entrée dans la prison de Vannes.

En l'absence de M. le docteur de Quéral, l'autopsie est pratiquée le lendemain (3 juin) par M. le docteur Dantu, qui constate les signes d'une péritonite aiguë avec épanchement séreux dans l'abdomen et développement de fausses membranes, une distension énorme du cæcum et du côlon ascendant par des gaz, sans perforation, et rencontre dans le côlon transverse un corps étranger volumineux, c'est-à-dire un étui cylindro-conique, ayant son extrémité conique dirigée vers le cæcum, et sa grosse extrémité tournée à gauche.

Le procès-verbal d'autopsie est du 3 juin 1855, et signé du docteur Dantu.

L'étui en question était enveloppé d'une lame de crépine transparente (épiploon d'agneau) faisant l'office de gaine de baudruche.

Le poids total était de 650 grammes.

Arrêtons-nous maintenant, et faisons le dénombrement des pièces qui composent ou que contient l'étui (*suivant procès-verbal dressé après l'autopsie*) :

1° Une enveloppe de crépine destinée à éviter le contact du métal avec la muqueuse rectale, et peut-être aussi à faciliter l'extraction;

2° L'étui cylindro-conique en fer battu formé de deux pièces d'une longueur de 0,16 sur 0,14 de circonférence;

3° Un tube en fer provenant d'un canon de fusil, coupé en croix à une de ses extrémités (longueur, 0,10);

4° Une vis en fer trempé;

5° Un écrou du même métal;

6° Une clef à dévisser à œillade octogonale;

(Ces quatre derniers objets, en s'agençant, peuvent composer un cric d'une très-grande puissance capable de tordre et d'écarter les barreaux d'une fenêtre.)

7° Une scie d'acier fondu pour entamer le bois (0,10);

8° Une scie de même métal pour attaquer les métaux (0,10);

9° Une mèche ou fût de vrille;

10° Un tiers-point ou lime prismatique (0 09);

11° Une pièce de 2 fr. et quatre pièces de 1 fr. (argent) liées ensemble avec du fil blanc;

12° Un morceau de graisse pour entretenir les instruments.

Si je ne me trompe, cela fait treize objets renfermés dans l'intérieur de l'étui, qui lui-même comprend deux pièces, y compris le couvercle.

Après avoir poussé un cri d'étonnement à la vue de cet énorme et pesant étui, contenant tout un bagage de voleur et servant à la fois d'arsenal et de coffre-fort, j'ai été naturellement amené à désirer quelques renseignements sur les habitudes des galériens en matière de recel.

Voici ceux que le gardien-chef de la maison d'arrêt de Vannes m'a donnés :

Il n'est pas rare de voir les prisonniers de la pire espèce cacher dans le rectum des objets suspects ou de l'argent, mais ordinairement ces objets sont peu volumineux. Les étuis destinés à cet usage, et que les forçats appellent des *nécessaires*, n'ont guère plus de 2 ou 3 centimètres de longueur. L'étui qui fait le sujet de l'observation est le plus gros que le gardien-chef ait jamais vu. Ces étuis ont presque tous la même forme; ils ont une extrémité conique, et l'introduction se fait par le gros bout, l'extrémité conique regardant l'anus quand l'étui est en place. Il en résulte que l'expulsion du corps étranger se fait avec une très-grande facilité. Notre forçat, craignant une brusque visite, aura sans doute par mégarde ou dans sa précipitation introduit son *nécessaire* par le bout conique : de là l'accident. Telle est l'explication du gardien-chef. Elle concorde assez bien avec les demi-confidences du malade, qui jusqu'à la mort a persisté dans sa deuxième version, d'un instrument en bois qu'il a eu le malheur de *faire pénétrer par l'extrémité pointue.*

Ce qui est certain, c'est qu'en sept jours le corps étranger a parcouru successivement le rectum, l'S iliaque, le côlon descendant, pour s'arrêter au milieu du côlon transverse, où l'autopsie l'a fait découvrir.

(1) Cette observation a été communiquée à la Société de chirurgie, dans sa séance du 15 mai.

DES APPLICATIONS

que l'on peut faire du perchlorure de fer à la thérapeutique des maladies de la peau;

Par M. le Dr DEVERGIE, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

L'utilité du perchlorure de fer dans le *purpura hæmorrhagica* et dans le *purpura simplex*, a été récemment, à l'Académie, l'objet de discussions sur lesquelles nous ne reviendrons pas. Mais ce ne sont pas là les seules affections cutanées dans lesquelles on dit avoir obtenu des résultats très-avantageux du perchlorure de fer. M. Devergie l'a expérimenté sur une échelle assez large, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Il s'est servi de la solution la plus usitée, celle à 30 degrés.

A l'intérieur, cette solution a été administrée dans un julep simple, à la dose de 10 à 30 gouttes, prises en trois fois dans la journée. M. Devergie a observé que dans toutes les maladies de la peau avec état cachectique (*rupia simplex, rupia hæmorrhagica, ecthyma cachecticum, impetigo scabida, scorbut*), ce médicament relève les forces du malade et contribue à la guérison de l'affection cutanée.

A l'extérieur, M. Devergie a employé le perchlorure de fer en lotions et en pommades. Il a formulé des pommades depuis 5 décigrammes jusqu'à 8 grammes de solution de perchlorure. Cette dernière dose, dit-il, donne une pommade très-styptique; des maladies sécrétantes seraient tout à fait surexcitées par des pommades qui dépasseraient 2 grammes. Ces pommades ont l'inconvénient de tacher le linge et d'y laisser un dépôt de rouille qui ne disparaît que fort incomplétement à la lessive. De plus, elles jaunissent d'abord la peau, puis se décomposent à l'air; le peroxyde de fer mis à nu, la pommade devient rouge, la peau se colore de la même manière, l'oxyde adhère à la peau à un point tel que le savon n'enlève pas complétement cette coloration. M. Devergie n'a réussi que fort incomplétement à faire disparaître cet inconvénient à l'aide d'eaux de lavage spéciales. Ce qui lui a le mieux réussi, c'est une dissolution de 4 à 6 grammes de carbonate de potasse dans 30 grammes de glycérine, à l'aide de quelques gouttes d'eau; mais on comprend que ce moyen est peu applicable à des surfaces rendues plus sensibles par une maladie de la peau.

Les applications topiques de perchlorure de fer guérissent très-rapidement toutes les affections de la peau avec ulcérations, le *rupia*, l'*ecthyma cachecticum*, les ulcérations syphilitiques (pour celles-ci, M. Devergie ne cherche à les cicatriser rapidement que lorsqu'elles ont par elles-mêmes une certaine gravité), les ulcérations scrofuleuses, à condition que ces affections ne soient pas à l'état aigu.

Le perchlorure de fer rend également de grands services dans diverses maladies sécrétantes de la peau. Il n'est applicable qu'à la période décroissante de ces maladies. C'est surtout dans les formes lymphatiques que le perchlorure décèle toute sa puissance, et notamment dans les formes rebelles et limitées : l'eczéma des seins ou du nombril, l'intertrigo très-chronique, les plaques d'eczéma lichénoïde isolées sur le dos des mains ou ailleurs.

Enfin, le perchlorure de fer associé à l'axonge à dose assez élevée devient un modificateur utile de certaines affections squameuses, et permet de diminuer le temps durant lequel les malades devraient être soumis à l'usage des pommades au goudron et à l'huile de cade, dont l'usage est si désagréable.

LETTRE A M. LE PROFESSEUR TROUSSEAU,

sur le traitement de la goutte par les eaux de Vichy.

Par M. le docteur DURAND-FARDEL.

Cher et très-savant maître,

Vous venez de faire à l'Hôtel-Dieu une série de leçons cliniques sur la *goutte*, que la *Gazette des Hôpitaux* a reproduites (1).

Le caractère élevé et généralisateur de votre enseignement se prêtait admirablement à cette étude difficile, et vous devez comprendre quel intérêt particulier vos leçons devaient m'offrir sur un sujet qui tient une grande place dans ma pratique, et sur lequel j'ai écrit moi-même plusieurs fois.

J'ai été assez heureux pour me trouver, relativement aux idées doctrinales que vous avez exposées, en parfaite communion avec vous. Comme vous élève de Sydenham, je n'ai jamais rencontré, dans le traitement de la goutte, d'indications que cet illustre maître n'ait prévues, et l'expérience m'a depuis longtemps montré toute la sagesse des conseils que vous donnez et des principes que vous posez relativement à l'intervention restreinte de la médecine chez les goutteux.

Cependant, mon cher maître, il est un point au sujet duquel je me vois obligé de me séparer de vous : c'est celui qui est relatif à l'emploi des *eaux de Vichy* dans le traitement de la goutte.

Je vous ai toujours vu manifester des préventions que je considère comme injustes, relativement aux applications des eaux de Vichy à la goutte. Si je m'en rapporte aux termes d'après lesquels vos leçons ont été reproduites dans la *Gazette des Hôpitaux*, vous y êtes resté fidèle. Je vous demande la permission de vous adresser quelques observations à ce sujet.

J'ai peut-être une raison personnelle d'intervenir dans ce débat, c'est que vous avez eu la bonté de m'y introduire vous-même. Vous avez bien voulu, en effet, mentionner à votre clinique mon opinion, et les réserves qu'elle comportait au sujet de la vôtre, en apparence diamétralement opposée.

Vous dites de la médication représentée par les eaux minérales de Vals, de Vichy, de Carlsbad, « qu'il n'en existe pas dans le monde de plus dangereuse. »

Nous ne parlerons, si vous le voulez bien, que de Vichy. Je n'ai pas eu occasion d'employer moi-même les eaux de Vals, et celles de Carlsbad sont trop différentes de celles de Vichy pour pouvoir entrer en parallèle. Et je vous demanderai ce que vous entendez par une *médication dangereuse ?*

Toutes les médications actives sont dangereuses, l'hydrothérapie comme les autres, et nous manions tous les jours les poisons les plus énergiques. Et cependant nous n'attachons l'idée de danger à leur emploi, que si elles sont dispensées par des mains inexpérimentées ou imprudentes.

Or, il ne faut pas juger une médication par le mauvais usage que l'on en peut faire, mais par les résultats que donne son emploi méthodique.

Je sais bien qu'une autre version de vos leçons porte que : « Il n'est pas, suivant vous, de médication plus terrible pour les goutteux que l'administration inintelligente et banale des eaux minérales alcalines. » Ici, sauf quelque exagération peut-être, nous sommes d'accord. Mais vous me permettrez de vous faire observer que les périls auxquels vous faites allusion ne tiennent pas à la nature de la médication, mais à la nature de la maladie; que, sans parler du colchique, si souvent funeste par l'usage déplorable qu'on en fait, toute intervention médicale inopportune peut, dans certaines conditions de la goutte, entraîner également des conséquences très-périlleuses.

Je sais bien aussi que vous ajoutez : « J'ai certainement vu pour ma part plus de cinq cents goutteux ayant été à Vichy et s'en étant horriblement mal trouvés, et je ne sais pas en revanche si mes souvenirs me retraceraient quelques cas isolés d'amélioration réelle. » Plus de cinq cents goutteux ayant été à Vichy ! Permettez-moi de ne pas prendre ce chiffre à la lettre. Je sais quel immense champ d'observation vous fournit votre vaste consultation.

Mais cinq cents goutteux, tous venus de Vichy et tous s'en étant horriblement mal trouvés ! Voyez quelle proportion cela doit représenter, si l'on considère ceux que l'éloignement ou d'autres directions n'ont pas soumis à votre observation personnelle. Comment reste-t-il encore en France un goutteux qui ait le courage de hanter ces rivages funestes? On peut assurément lui appliquer ces vers d'Horace :

Illi robur et æs triplex
Circa pectus...

Il est vrai encore que vous expliquez ce résultat. « Ces eaux, dites-vous, si fortement alcalines, sont inconsidérément prescrites par les médecins, et elles sont sottement prises par les malades. »

Je vous abandonne les malades. Mais voici une accusation grave que vous faites planer sur les médecins de Vichy, et je dois protester vivement contre elle, au nom de ceux de mes confrères qui pratiquent près de cette station thermale.

Je ne nierai pas que vous n'ayez pu constater quelques actes de pratique imprudente. Je ne puis assurément répondre de la pratique de chacun. Dans ma carrière, dans les hôpitaux, plus d'une fois l'emploi téméraire de quelque agent médicamenteux actif, ou de quelque agent chirurgical, a entraîné de fâcheux résultats. Mais qui donc voudrait rendre le corps éminent des médecins et des chirurgiens des hôpitaux responsable de quelques faits isolés ?

M. Pidoux, votre ami et votre ancien collaborateur, a rendu plus de justice aux médecins de Vichy. Faisant allusion à d'anciennes et mauvaises pratiques, mais dont ceux d'aujourd'hui ne sont nullement responsables : « Nos honorables collègues actuels de Vichy, dit-il, ont mis toutes choses à leur place. Vichy rend entre leurs mains de bons services à certains arthritiques, et il n'en exténue plus certains autres » (2).

Vous ne vous expliquez pas sur ces dangers que vous attribuez aux eaux de Vichy administrées aux goutteux. Mais je sais bien à quoi vous faites allusion, et le *médecin le plus occupé de Vichy*, dont parle le compte rendu de vos leçons, vous a dit que « la saturation

(1) Numéros des 9, 16 et 30 avril.
(2) *Annales de la Société d'hydrologie.*

alcaline lui apparaît effectivement comme une expression phénoménale d'une très-haute gravité, capable de tuer en provoquant inopinément l'apparition d'une goutte atonique et viscérale. » — « Que d'exemples semblables n'a-t-il pas vus », ajoutez-vous !

Comment ! c'est un médecin de Vichy qui vous a tenu un pareil langage ! qui s'épouvante ainsi de la saturation alcaline ! qui en a rencontré tant de victimes !

Et vous-même, mon cher maître, ne voyez-vous donc dans les eaux de Vichy, que le représentant d'une médication alcaline, diffluente, expression définitive des propriétés inhérentes au bicarbonate de soude pris à doses excessives et surtout *continues?* Mais vous vous faites ainsi involontairement le complice de cette chimiâtrie qui vous est si justement antipathique, et qui ne cherchait, à l'aide des eaux de Vichy, qu'à dissoudre des concrétions et à neutraliser des acides.

Il est pourtant des faits bien significatifs que vous connaissez parfaitement, et qui sont de nature à corriger cette erreur.

On sait, et vous l'avez enseigné mieux que personne, qu'une médication n'agit pas seulement par les qualités qui lui sont propres, mais par une combinaison de ces qualités et des conditions de l'organisme qui la reçoit.

Le sulfate de quinine n'est anti-périodique que lorsqu'il rencontre une intermittence à combattre. Il est sédatif encore. Vous nous le montrez vous-même agissant à ce titre dans les accès de goutte. Il agit de même dans bien des névralgies non périodiques ; et notre regrettable confrère Leroy (d'Etiolles) lui attribuait justement des propriétés spéciales dans ce sens vis-à-vis de l'appareil urinaire.

Les eaux de Vichy représentent donc des médications diverses.

Nous les voyons, par exemple, agir à titre de *reconstituants* dans une série de cas où les propriétés diffluentes que vous leur attribuez, et que vous redoutez à si haut point, trouveraient sans doute aisément à s'exercer.

L'hôpital militaire de Vichy a été institué principalement pour recevoir des malades de nos colonies du nord et de l'ouest de l'Afrique. Ce sont des individus que des fièvres de la pire espèce ou les dyssenteries des pays chauds ont réduits à l'état cachectique. L'hôpital civil reçoit du Bourbonnais, de l'Auvergne, du département de la Loire, une population que la fièvre intermittente, la misère, une alimentation insuffisante, ont réduite à un état analogue.

Or, ces deux établissements hospitaliers sont certainement au nombre de ceux qui fournissent les résultats curatifs les plus frappants.

Qu'aurait à faire ici cette médication alcaline et diffluente que vous vous imaginez? Et veuillez remarquer que cette pratique régnait à une époque où les sources ferrugineuses de Vichy n'existaient pas encore, et ne venaient pas nous apporter un concours assurément très-précieux.

Les eaux de Vichy ne représentent pas seulement une médication reconstituante, elles représentent aussi une médication *altérante*.

N'est-ce pas ainsi qu'il faut appeler, du moins, cette médication de la gravelle, que vous avez si parfaitement définie que je vous demande la permission de reproduire vos propres expressions :

« Je n'accorde pas aux eaux de Vals, de Pougues, de Contrexéville ou de Vichy, une action dissolvante pour les corps étrangers du rein ou de la vessie... Que fait une saison passée près de l'un de ces thermes? A-t-elle amené la dissolution des calculs? En aucune façon ; mais elle a profondément modifié la constitution, et elle l'a replacée dans sa rectitude normale. Comme il n'est pas d'usage qu'en état de santé l'on se livre à la fabrication des calculs hépatiques ou vésicaux, tant que la médecine thermale, qui a une si grande puissance sur les calculs, continuera à faire sentir ses effets, il ne se formera aucun produit nouveau ; mais aussitôt que les habitudes physiologiques viendront à se troubler, les corps étrangers se reproduiront. »

A part le rapprochement de Vichy et Vals d'une part, de Pougues et Contrexéville de l'autre, qui ne me paraît pas très-exact, il est impossible de définir avec plus de vérité et de clarté le mode d'action des eaux de Vichy, ou des eaux analogues, dans le traitement des calculs biliaires et de la gravelle, la gravelle unique et diathésique du moins.

Eh bien, ce que vous venez d'exposer ainsi magistralement s'applique exactement à la goutte.

Si vous voulez le permettre, j'examinerai ce point dans une deuxième lettre, et je vous exposerai en même temps les principes qui doivent guider dans le traitement de la goutte à Vichy, heureux si je parviens à vous rassurer un peu sur le sort des infortunés goutteux qui vont si imprudemment s'exposer aux périls de ce redoutable traitement.

Agréez, etc.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 mai 1861. — Présidence de M. DUHAMEL.

Météorologie. — M. BECQUEREL lit un mémoire sur la température de l'air, au nord, observée avec le thermomètre ordinaire, et sur celle de l'air libre, loin et près des arbres, avec le thermomètre électrique. (Voir le *premier Paris.*)

Système vertébral. — M. LAVOCAT transmet, par l'intermédiaire de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, de nouvelles études sur le système vertébral, qu'il résume en ces termes :

La détermination positive de la composition élémentaire du modèle vertébral est indispensable pour apprécier à leur juste valeur les détails d'un segment vertébral quelconque.

Jusqu'à présent, les diverses tentatives sur ce point fondamental ont donné des résultats imparfaits.

Le type de construction du système vertébral doit être étudié chez les vertébrés supérieurs, où il atteint son plus haut développement. Si, par exemple, on examine une vertèbre thoracique de jeune mammifère, on constate facilement qu'en outre du *centrum*, elle est composée, pour chacun des deux arcs et de chaque côté, de cinq pièces distinctes qui sont :

ARC NEURAL.

1° *Parapophyse neurale.* — La cupule costale postérieure.
2° *Métapophyse neurale.* — La cupule costale antérieure.
3° *Diapophyse neurale.* — Le sommet de l'apophyse transverse (épiphysaire comme les cupules.)
4° *Neurapophyse* (R. Owen). — La lame vertébrale.
5° *Neurépine* (R. Owen). — Le sommet épiphysaire de l'apophyse épineuse.

ARC HÉMAL.

1° *Parapophyse hémale.* — La tubérosité de la côte.
2° *Métapophyse hémale.* — La tête de la côte (épiphysaire comme la tubérosité).
3° *Diapophyse hémale.* — La côte proprement dite (côte supérieure des oiseaux).
4° *Heumapophyse* (R. O.). — Le cartilage costal (côte inférieure des oiseaux).
5° *Hémépine* (R. O.). — La pièce sternale correspondante.

Telle est la composition élémentaire du modèle vertébral, sauf les *appendices* qui, dans le type complet, s'ajoutent à l'arc hémal.

Les deux arcs vertébraux sont donc semblables dans leurs détails essentiels, comme dans leur ensemble.

De nombreuses variétés se présentent chez les différents vertébrés, et dans les diverses régions d'un même animal. Les pièces les moins constantes sont les parapophyses et les métapophyses hémales ou neurales. Les autres, et surtout le *centrum*, ont plus de fixité. Mais, si dégradés qu'ils puissent être, les segments vertébraux conservent toujours leur caractère fondamental.

Enfin, dans toutes les modifications du type vertébral, si le nombre normal des éléments constitutifs est souvent réduit, il n'est jamais dépassé. (Commission précédemment nommée.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décision du 17 mai 1861, M. le ministre de l'instruction publique a déclaré vacante l'une des deux chaires de pathologie et clinique médicales de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Aux termes des statuts et règlements universitaires, une double liste de présentations est demandée à la Faculté et au Conseil académique. En conséquence, MM. les aspirants à cette chaire sont invités à faire parvenir leurs titres au secrétariat de la Faculté de médecine de Strasbourg, pour le 15 juin prochain au plus tard.

— La chaire de professeur adjoint de physique étant actuellement vacante à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, MM. les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris, avant le 5 juin prochain ;

1° Leur acte de naissance ;
2° Leur diplôme de docteur ès sciences physiques ;
3° Leur diplôme de pharmacien de première classe ;
4° Une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement et l'énumération de leurs ouvrages ou travaux scientifiques.

— Par décret du 22 mai, M. le docteur Champenois, médecin-major de première classe, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

— Les étudiants de l'université de Liége viennent de donner aux étudiants des autres universités de Belgique une fête magnifique, et qui a présenté un spectacle que n'oublieront pas ceux qui y ont participé et ceux qui en ont été les témoins.

Le nombre des étudiants qui s'y étaient rendus était considérable ; il y en avait cent trente de Bruxelles, cent de Louvain et quatre-vingts de Gand.

C'est dans la salle de la Société de Sainte-Cécile qu'a eu lieu la réunion. Cette salle, décorée avec un goût exquis, était ornée des drapeaux des différentes universités de Belgique et de ceux des nations représentées à l'université de Liége : la France, la Hollande, l'Angleterre, la Prusse, l'Espagne, la Russie, la Norvége et le Brésil.

Plusieurs discours ont été prononcés par M. Arnauld, président de la Société des étudiants de Liége ; par M. Peemans, président de la députation de Louvain ; par M. Rousselle, président de la députation de Bruxelles, et enfin par M. Castilhon, président de la députation de Gand.

Ces discours, inspirés par l'amour de la liberté et par les sentiments du plus ardent patriotisme, font honneur à la jeunesse universitaire belge ; ils doivent avoir et auront du retentissement.

Cette première partie de la solennité terminée, les étudiants se sont rendus à un banquet qui comptait près de huit cents couverts, et le banquet terminé, ils ont fait une promenade aux flambeaux dans la ville, qui était tout illuminée.

M. le bourgmestre de Liége avait si bien apprécié l'esprit d'ordre et de modération qui anime la jeunesse universitaire belge, qu'il n'avait pas hésité à leur confier la police de la ville, et il n'a pas eu à s'en repentir.

Le lendemain, les étudiants ont quitté Liége pour se rendre à Chaudfontaine, où devait se passer le second jour des fêtes. Cette seconde journée n'a pas été moins brillante que la première.

Aujourd'hui 26 mai, ces fêtes ne sont plus qu'un souvenir ; tous les élèves ont repris leurs études et vont se consacrer à la science, afin d'élever encore davantage la réputation du nom belge.

(*Presse méd. belge.*)

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 63. — JEUDI 30 MAI 1861. (34e ANNÉE.) N° 63. — JEUDI 30 MAI 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DE LOURCINE (M. Guérin). Cours sur les maladies vénériennes et sur les maladies des organes sexuels de la femme en général. — Variété rare de gangrène inflammatoire à forme serpigineuse. — Fistule stomacale cutanée traitée avec succès. — De la véritable action de l'huile de foie de morue, et de l'huile de morue désinfectée en particulier. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 28 mai. — Nouvelles.

PARIS, 29 MAI 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

En 1850, M. Gibert fait un rapport à l'Académie sur une observation de coloration noire du visage, adressée par un médecin de Saint-Chinian, M. Bousquet; ce travail est inséré par décision de l'Académie dans ses *Mémoires*. Aujourd'hui ce même académicien rend compte d'un travail beaucoup plus complet sur le même sujet, dû à M. Leroy de Méricourt, professeur à l'École de médecine navale de Brest, et l'Académie repousse, à une faible majorité il est vrai, la conclusion du rapport, qui proposait le renvoi du travail au comité de publication. Comment expliquer cette contradiction, et qu'est-ce qui a pu porter ainsi l'Académie à se déjuger en quelque sorte à dix années de distance, si tant est qu'il y ait jugement de sa part dans ces deux circonstances, et que l'impression dans les *Mémoires* engage à ce point son opinion et sa responsabilité?

En 1850, on ne connaissait encore que deux ou trois faits comparables à celui du médecin de Saint-Chinian. Aujourd'hui on en connaît plus de vingt. Il est vrai qu'en y regardant de près, on a découvert dans le nombre quelques cas de supercherie qui ont dû appeler l'attention sur les autres et éveiller la suspicion des observateurs. Mais n'est-ce pas là précisément, pour les faits récemment rapportés, une garantie de plus de leur réalité et de l'exactitude avec laquelle ils ont été recueillis? Et quand des observateurs aussi sérieux que MM. Leroy de Méricourt et Hardy, prévenus de cette cause possible d'erreur, viennent énumérer avec les plus scrupuleux détails toutes les précautions qu'ils ont prises pour se mettre à l'abri d'une semblable méprise, faudra-t-il leur faire l'injure gratuite de les croire dupes d'incessantes mystifications?

Nous comprenons assurément aussi bien que qui que ce soit combien il importe d'apporter de sévérité dans l'observation des faits et de réserve dans leur explication. Mais parce qu'un fait est extraordinaire ou difficile à comprendre, faut-il le nier et récuser le témoignage des hommes éclairés qui affirment l'avoir vu?

« L'extraordinaire, a dit un de nos plus savants critiques, ne saurait être un motif valable de négation à l'égard d'un phénomène quelconque. C'est tout au plus un motif de suspicion. Il autorise la réserve, la circonspection, la sévérité dans l'examen, mais non l'abstention systématique et encore moins le rejet formel. » Que l'Académie ait cru devoir user de cette circonspection dans cette circonstance, en refusant aux faits de M. Leroy de Méricourt la publicité de ses recueils, nous le comprenons à la rigueur; mais nous sommes moins touché des raisons qui ont paru déterminer ce vote d'abstention.

Ainsi que nous l'avions pressenti, M. Piorry n'a pas voulu être en reste envers M. Bousquet; aux adieux un peu brusques de son collègue, il a répondu par une philippique de sa façon. Aux termes où en était venue la discussion entre ces deux honorables confrères, la science n'y ayant plus rien à gagner, et la dignité académique ne pouvant qu'y perdre, nous nous félicitons de la voir terminée.

L'Académie a entendu, après ce dernier écho de cette discussion heureusement épuisée, une lecture de M. le docteur Chassagny (de Lyon), relative au forceps de son invention, et une intéressante communication de M. Huguier, sur une opération de polype naso-pharyngien par la méthode ostéoplastique. Nous reviendrons sur le sujet de cette communication. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. Alph. GUÉRIN;

Cours sur les maladies vénériennes et sur les maladies des organes sexuels de la femme en général.

(Première leçon, recueillie par M. le docteur PICARD).

Le cours que je me propose de faire comprendra toutes les maladies auxquelles les femmes sont assujetties par la disposition anatomique de leurs organes génitaux et par les fonctions qui sont dévolues à ces organes. Nous ne nous occuperons donc pas seulement des maladies vénériennes, mais encore des lésions de l'utérus et de ses annexes. Les malades qui viennent demander des soins à l'hôpital ne distinguant souvent ni la source ni la nature de l'écoulement qui les inquiète, entrent à Lourcine dans la pensée qu'elles ont une maladie vénérienne. Cette crainte oblige le chirurgien à soumettre toutes les malades à l'examen le plus scrupuleux; aussi depuis longtemps nous sommes-nous habitué à indiquer avec soin la nature de la maladie, à préciser son siége; et toujours le résultat de notre examen est consigné par écrit sur la pancarte et sur un registre spécial, pour que nous puissions, au bout de quelques jours, constater les changements survenus dans l'état de nos malades.

En procédant ainsi, nous trouvons dans nos salles plus de 30 malades sur 100 qui ont des affections de l'utérus ou de ses annexes. Aussi je ne crois pas que l'on puisse m'accuser de partialité en faveur de l'hôpital de Lourcine, quand je dirai qu'il n'en est pas un autre à Paris où l'on soit mieux placé pour étudier ces maladies.

Dans les hôpitaux non spéciaux, on ne traite que les affections de l'utérus qui se manifestent d'une manière douloureuse pour les malades. On ne peut pas examiner au spéculum une femme qui est entrée à l'hôpital pour une pneumonie ou pour une fracture.

Ici, au contraire, nous examinons la femme de la tête aux pieds. Après l'inspection des organes génitaux externes, le toucher nous indique l'état du col, sa consistance, les ulcérations, l'induration dont il peut être affecté; l'élargissement de son orifice, le volume de l'utérus, les tumeurs des divers culs-de-sac, la direction générale de l'utérus, l'état de gestation, les tumeurs des ligaments larges, etc.

Quand déjà nous avons des notions très-précises sur l'état de la malade, nous complétons notre diagnostic par l'examen au spéculum, que nous regardons comme indispensable, et qui cependant a pour nous une moindre importance que le toucher. Le médecin qui ferait à l'hôpital de Lourcine sa visite sans recourir à ce dernier moyen, ne verrait que la moitié des maladies. Quand les organes génitaux ont été ainsi examinés, on les connaît dans leurs moindres replis. L'anus ayant été visité, nous interrogeons les aines, nous cherchons derrière le cou, sous la mâchoire, au-dessus de l'épitrochlée, dans le creux de l'aisselle, soit les pléiades ganglionnaires caractéristiques, multiples et indolentes, soit les ganglions suppurés. Puis, ayant découvert la malade, nous recherchons les exanthèmes cutanés. Enfin, l'investigation de la bouche, de la langue, du voile du palais, des amygdales, du pharynx et de la cavité nasale viennent nous révéler les plaques opalines, les ulcérations, les gommes et les symptômes tardifs de la syphilis.

Ces examens longs et minutieux, ces recherches nombreuses et délicates sur tous les points accessibles aux sens, sont rendus indispensables par les difficultés dont est hérissée l'étude de *l'étiologie* des affections vénériennes.

Le mystère qui préside aux actes par lesquels la syphilis se transmet, explique comment les lois de cette transmission ne sont pas interprétées de la même manière par tout le monde.

Presque tous les malades trompent leur médecin, avec intention ou par ignorance.

S'il est permis de se tenir en garde contre les tendances que les hommes ont à amoindrir leurs fautes, la précaution est indispensable quand on doit interroger une femme, qu'un sentiment inné porte presque toujours à cacher des relations que la morale réprouve.

La dissimulation des malades n'est pas le seul obstacle qui s'oppose à ce que l'on connaisse tous les modes de propagation de la syphilis.

Les personnes étrangères à la médecine croient pour la plupart que si, huit jours après le coït, il n'y a aucune manifestation locale de la syphilis, elles n'ont plus rien à craindre.

De cette tranquillité d'esprit qui porte à de nouvelles relations, naît une extrême difficulté pour remonter à l'origine de la maladie.

S'il m'était permis de me servir d'une comparaison peut-être triviale, je dirais que lorsqu'on s'est assis sur un paquet d'épines, on ne sait pas par quelle épine on a été piqué.

La cause la plus fréquente d'erreur provient peut-être de ce que certains accidents syphilitiques ne causent pas de douleur, et passent ainsi inaperçus.

Tout récemment, un jeune homme très-soigneux de sa personne vint me consulter pour un rétrécissement du méat urinaire; il avait toujours redouté la vérole, et il croyait n'avoir jamais eu qu'une blennorrhagie.

En l'examinant, je découvris trois plaques muqueuses sur la face inférieure du gland et sur la partie voisine du prépuce.

Je sais bien que les partisans de l'identité des virus ne verront dans ce fait qu'un exemple de la transmission de la syphilis par la blennorrhagie; mais ils n'expliqueront pas comment ce jeune homme n'avait pas vu les trois larges plaques muqueuses qu'il était si facile de voir, et dont il ignorait si bien l'existence qu'il eut une longue syncope quand je lui eus fait connaître la vérité.

De la meilleure foi du monde, un homme peut donc laisser passer inaperçus les symptômes primordiaux de la syphilis. La chose est bien plus facile pour une femme, dont les organes génitaux ont une conformation qui soustrait le mal aux investigations. Comment ferait-elle la part de l'écoulement leucorrhéique, de la vulvite simple, des boutons, des clous, etc.? Les femmes ne soupçonnent la vérité que lorsqu'elle se traduit de la manière la plus irrécusable.

Cet aperçu préliminaire des difficultés qui entourent l'étude de la syphilis, vous fera comprendre combien la clinique des maladies vénériennes doit soulever de questions épineuses. Chacun apporte à cette étude les qualités et les défauts de son esprit.

On s'est toujours beaucoup ému des doctrines dont la syphilis a été l'objet. Mais jamais, je pense, elles n'ont excité plus de passions qu'à l'époque où parut le *Traité de l'inoculation* de M. Ricord. C'était le beau temps de l'enthousiasme et de l'effervescence; on se battait le soir aux représentations d'*Hernani*, de *Marion Delorme* ou d'*Angèle*; le lendemain matin, on trouvait à l'hôpital du Midi un nouveau théâtre pour exhaler son admiration et son intolérance.

Les temps sont changés. Les maîtres et les disciples se sont calmés avec l'âge. De nouveaux faits se sont produits, il a bien fallu en tenir compte. Pour moi, en entrant à l'hôpital de Lourcine comme chirurgien, j'ai laissé derrière moi des opinions qui m'étaient chères, parce que je les avais crues vraies jusqu'à ce jour, et puis aussi parce qu'elles étaient celles d'un homme que j'ai toujours aimé et estimé. Mais on ne fait pas de la science avec du sentiment. J'ai voulu étudier sans idée préconçue avant de me rattacher à une des écoles qui avaient arboré leurs drapeaux à l'hôpital du Midi et à Saint-Louis. Aujourd'hui je n'oserais pas dire que j'appartiens sur tous les points de doctrine à l'une ou à l'autre. Un de ces drapeaux a d'ailleurs tellement changé de couleur que sa vieille devise est à peu près effacée.

Ce calme des esprits est très-favorable aux études sérieuses et à la recherche de la vérité. Profitant de cet armistice entre les partis opposés, je veux m'efforcer de vous faire connaître ce que l'expérience m'a appris. Vous me trouverez tantôt dans un camp pour repousser l'identité des virus, tantôt dans un autre pour soutenir la transmissibilité des accidents secondaires.

Nous aurons bien des questions à discuter. Si parfois une sévère observation ne me permet pas de les résoudre, je vous dirai le pour et le contre, pour que vous prononciez vous-même.

De quel droit prétendrions-nous être toujours dans la vérité? Depuis bientôt quatre cents ans, on discute la plupart des questions que je m'efforcerai de résoudre devant vous. Il y en a sans doute qui dans quatre cents ans attendront encore une solution définitive.

C'est du moins le sentiment de découragement que j'ai puisé dans les nombreux ouvrages qui s'occupent des théories et des doctrines de la syphilis. Il semble, en effet, que toutes les raisons ont été de tout temps invoquées, et toujours il y a eu des dissentiments sur la plupart des points importants de l'histoire de la syphilis.

A certaines époques on voit bien dans la lice un lutteur vigoureux, qui combat et renverse quelques-unes des idées reçues et en relève qui avaient été abandonnées. En le voyant écraser de son dédain et de son éloquence ceux qui osent ne pas penser comme lui, on pourrait croire qu'il va dire le dernier mot de la science et clore l'ère des discussions; puis à l'apogée de sa réputation, il rencontre un contradicteur modeste, qui remet tout en cause, tout en question.

Ce que nous voyons dans l'histoire de la syphilis est, hélas! propre à la plupart des œuvres de l'esprit humain. L'homme

est dans le monde pour rechercher la vérité, et sa destinée paraît être de ne jamais la découvrir tout entière. Dans la discussion des doctrines émises jusqu'à ce jour, je pourrai froisser quelques-unes de vos convictions. Vous me pardonnerez, j'espère, en pensant que je ne combats que des idées. Je ne serai pas le panégyriste des hommes dont je combattrai les opinions, mais je m'efforcerai d'être juste envers eux. Si ma parole allait au delà de ma pensée, je m'empresserais de corriger une expression qui pourrait blesser ou affliger quelqu'un, ou me donner l'apparence d'une injustice.

Pour arriver à un traitement rationnel des maladies, il est indispensable que l'on soit bien fixé sur leur caractère de bénignité ou de malignité : c'est là, il faut bien le dire, une des questions les plus difficiles et les plus importantes de l'histoire des affections vénériennes; nous en demanderons la solution à l'observation clinique, qui est le meilleur guide, lorsque l'on peut s'y livrer sans passion et sans idées préconçues.

Pendant quelques années on a pu croire que l'on avait trouvé dans l'inoculation une pierre de touche infaillible pour distinguer les maladies vénériennes entre elles.

Un homme dont vous avez tous admiré la verve et l'esprit, crut pouvoir affirmer que *tout accident primitif de nature à infecter la constitution était nécessairement inoculable; que tout accident vénérien primitif qui n'était pas inoculable, était incapable de donner naissance à une affection constitutionnelle.*

De pareilles lois étaient trop simples et trop commodes pour qu'elles n'eussent pas un grand nombre de partisans.

Un malade se présentait avec une plaie ulcérée de la verge, on recueillait du pus de cette plaie sur une lancette et on l'introduisait dans le derme, comme pour l'inoculation du virus-vaccin. Si une pustule apparaissait au point où l'inoculation avait été pratiquée, si elle se développait de manière à donner un chancre, lorsque la croûte tombait, on disait que le malade *avait un accident primitif infectant*.

Eh bien, voyez combien il est difficile de trouver un bon guide! Nous croyions en avoir un, et des meilleurs, et pourtant si aujourd'hui le même malade se présentait à nous, si après l'avoir inoculé nous avions la pustule dont je vous parlais, nous dirions que l'accident pour lequel nous avons été consulté n'est point *infectant*.

Je sais bien que quelques partisans de l'unicité du virus croient encore que le pus du chancre infectant est inoculable sur le malade lui-même. Mais M. Ricord est bien ébranlé dans ses anciennes croyances, et comment ne le serait-il pas, quand un de ses élèves publie une statistique de 190 chancres indurés dont *un seul* a fourni du pus inoculable!

Comment les résultats de l'inoculation ont-ils pu être interprétés aussi différemment? Comment le même fait qui nous autorise à dire aujourd'hui que le malade inoculé n'a pas la vérole, a-t-il pu être considéré comme l'indice d'une infection constitutionnelle?

C'est que l'on proportionnait l'infection à l'inoculabilité. La blennorrhagie étant considérée comme un accident purement local, M. Ricord reconnaissant que le produit de sécrétion de cette maladie n'était pas inoculable, crut que le chancre qui se reproduisait par l'inoculation devait différer essentiellement de la blennorrhagie. Si celle-ci était un accident local, le chancre *inoculable devait donner lieu à des accidents constitutionnels.*

C'est sur cette idée que reposait toute l'école de l'inoculation.

Le chancre étant susceptible de se transmettre par le contact et par l'inoculation, et le pus des plaques muqueuses n'étant pas inoculable à la manière de ce chancre, on décréta *la non-contagion des accidents constitutionnels.*

Puis, comme après avoir détruit le chancre inoculable dans les quatre premiers jours de son apparition, on n'observait pas de symptômes constitutionnels, on formula une autre loi en vertu de laquelle *la syphilis devint une maladie qui, d'abord locale, ne se généralisait que plusieurs jours après la première manifestation du chancre.*

Toute cette série d'erreurs reposait uniquement sur un fait méconnu par M. Ricord; c'est que toute affection contagieuse destinée à infecter l'économie tout entière a nécessairement une période d'*incubation*.

M. Ricord professait que le jour de l'inoculation le chancre commençait son travail d'évolution. Ni Hunter, dont il avait annoté le livre, ni M. Cazenave, dont la dialectique vigoureuse était pourtant de nature à inspirer des doutes à l'homme le plus convaincu, ne purent l'amener à croire à l'incubation (1).

Ce chancre, que l'on regardait comme le type, comme l'accident primitif de la vérole, n'est plus pour nous qu'un accident local, dont les manifestations ne dépassent jamais le premier groupe des ganglions où vont se rendre les vaisseaux lymphatiques de la région sur laquelle le chancre a pris naissance. Tandis qu'il s'inocule sur le malade lui-même, le chancre induré n'est inoculable que sur un individu vierge de syphilis. Or toutes les observations du *Traité de l'inoculation* par M. Ricord sont des faits d'inoculation de malades avec le pus de leurs propres chancres.

Ce livre ne prouve donc rien de ce qu'il a paru prouver pendant vingt-cinq ans. Il n'est pas moins l'expression d'une idée ingénieuse qui a pu contribuer à féconder la théorie de la dualité des virus, si admirablement développée par M. Bassereau, écrivain et praticien modeste qui n'a pas jusqu'ici retiré de son remarquable travail tout le profit qu'il devait en espérer.

Pour ne point empiéter sur les leçons que je consacrerai à l'étude du chancre, je vous demanderai de ne point discuter les questions que je viens de soulever. Il me suffira de vous les avoir indiquées, pour que vous sachiez dès à présent quelles sont mes croyances.

Je terminerai cette leçon en vous donnant une définition du mot *virus*, expression dont je me suis déjà souvent servi, et que je devrai employer plus souvent encore.

Hunter l'a défini : un *poison morbide* qui jouit de la propriété de produire une maladie semblable en modifiant l'économie tout entière.

C'est un principe en vertu duquel certaines maladies ont la propriété de se transmettre par le contact ou par l'inoculation. Cette transmission s'opérant par un produit de sécrétion qui ne paraît en rien modifié, ressemble à cette opération chimique que Berzélius a appelée *catalyse*.

Les maladies qui se transmettent de cette manière sont dites *virulentes*.

Quand un temps plus ou moins long s'écoule entre l'époque où la contagion s'est exercée et la première manifestation de la maladie communiquée, on dit qu'il y a *incubation*.

Cette explication de la transmission des maladies contagieuses par l'intermédiaire d'un virus n'est pas très-ancienne. C'est, je crois, Fernel qui l'a formulée pour la première fois.

On ne tarda pas à faire du virus le sujet des théories les plus étranges. On le regarda comme ayant des qualités acides, puis alcalines. D'autres soutinrent qu'il était constitué par la présence d'animalcules (opinion émise de nouveau par M. Donné, qui a trouvé des *vibrio-lineata* dans le pus du chancre du gland et de la vulve).

On soutint aussi que le virus pouvait se transmettre par l'air, et le premier ministre d'Henri VIII, affecté de syphilis, fut dénoncé en plein parlement pour avoir parlé de trop près à l'oreille du roi.

On pensait aussi que de cette manière la vérole avait pu pénétrer dans les couvents de moines.

Je vous ai fait entrevoir les difficultés que nous aurons pour résoudre quelques questions importantes de l'histoire de la syphilis.

L'étude des maladies de l'utérus a bien aussi ses questions délicates. Vous savez déjà combien peu sont d'accord les auteurs qui ont écrit sur le phlegmon et l'hématocèle péri-utérins. Ils s'entendent un peu mieux pour donner aux ulcérations du col de l'utérus une importance que je m'efforcerai de réduire à sa juste valeur. Loin de considérer cette affection comme devant nécessiter toujours l'intervention des caustiques et du fer rouge, je soutiendrai que ces moyens thérapeutiques ont fait plus de malades qu'ils n'en ont guéri.

(1) J'ai démontré expérimentalement (Hunter, notes de Ricord, p. 414, édit. 1852) que la formation du chancre n'était pas précédée d'une incubation, et que du moment où la cause spécifique était mise en contact avec les tissus, de manière que ceux-ci pussent s'infecter, un travail incessant s'établissait pour arriver sans interruption, d'une manière plus ou moins régulière et rapide, à la production de l'ulcère complet.

VARIÉTÉ RARE DE GANGRÈNE INFLAMMATOIRE

à forme serpigineuse, avec destruction complète de l'aponévrose plantaire, survenue chez un sujet diabétique. — Guérison.

Par M. le docteur A. Favrot.

M. B... est âgé de cinquante-neuf ans; il est d'un tempérament sanguin et d'une constitution très-forte en apparence.

En 1845, première apparition du diabète, caractérisé par une soif extrême et une faim insatiable. Les urines, analysées alors, contenaient beaucoup de sucre. Le traitement prescrit fut : viandes rôties, vin de Bordeaux, toniques, et l'abstinence des farineux. Au bout de sept mois de ce régime, le malade se crut guéri, et vécut avec cette certitude.

En juin 1858, symptômes d'empoisonnement pour avoir couché dans un appartement nouvellement peint. Quelques jours après, réapparition du diabète; M. B... est traité pour cette affection par M. le docteur Cabarrus, son ami, qui n'a cessé de le suivre régulièrement, et a été témoin des accidents que je vais bientôt signaler.

Les urines, analysées à cette époque par M. le professeur Bouchardat, auraient donné une densité de 1030 et une proportion de glycose ou sucre urinaire de 70 grammes 60 centigrammes par 1000 grammes d'urine.

En mai 1859, je suis appelé pour la première fois à donner des soins à M. B... pour un catarrhe vésical compliqué de rétrécissement au niveau de la région membraneuse.

A l'aide de bougies et d'injections d'eau de goudron portées directement dans la vessie et y séjournant, j'eus raison de ces accidents.

Une analyse faite le 17 juillet 1859 par MM. Mialhe et Grassi est ainsi conçue :

« Cette urine est inodore, décolorée, semblable à du petit-lait clarifié; elle possède une densité remarquable (1040). Enfin, l'analyse y démontre une forte proportion de sucre urinaire ou glycose, 90 grammes 24 centigrammes par litre.

» *Signé* Mialhe et Grassi. »

Paris, le 17 juillet 1859.

En décembre 1859, recrudescence des accidents diabétiques; œdème complet des membres abdominaux. M. le docteur Delafolie, ami du malade, consulté en l'absence de M. Cabarrus, prescrivit des frictions de teinture de scille et de digitale, qui amenèrent en quinze jours la disparition de ces accidents.

M. le docteur Delafolie a été à même de suivre les différentes phases de la maladie de M. B...

En décembre 1860, œdème brusque des pieds et des jambes; frictions avec la teinture de scille et de digitale. Cette fois l'effet est nul; le malade continue à marcher ou plutôt à se traîner; douleurs lancinantes des plus vives, phlegmons diffus aux deux pieds. Celui du pied gauche ayant suivi une marche régulière quoique très-lente, j'en fais simple mention.

Pied droit. — Toute la face plantaire est recouverte de larges phlyctènes, d'où s'écoule une sérosité noirâtre et fétide.

Le 7 janvier 1861, je pratique, en présence de M. Cabarrus, une première incision transversale au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, comprenant toute la largeur du pied, et une seconde, perpendiculaire à la première, longue de 12 centimètres.

Une particularité qui m'avait déjà frappé dans une circonstance à peu près semblable, chez un malade que j'avais soigné concurremment avec M. Maisonneuve, et dont j'ai lu l'observation à l'Institut dans la séance du 30 mai 1853, c'est que chez M. B..., comme chez le malade déjà signalé, la peau n'était pas encore complétement envahie par la gangrène dans toute son épaisseur, et qu'il restait une partie du derme non encore mortifié, entre les eschares et le tissu cellulaire.

Le traitement prescrit fut : Repos absolu du membre dans une position un peu élevée, compresses d'eau tiède additionnée d'arnica; à l'intérieur, le pyrophosphate de fer et de soude, et le vin de quinquina.

Sous l'influence de ce traitement, la gangrène borna momentanément ses progrès. L'œdème et l'inflammation de la jambe diminuèrent sensiblement.

J'avais tout espoir de cicatrisation complète, lorsque le 6 mars 1861, à la suite d'un choc très-violent sur le pied, joint à une forte émotion morale, M. B... fut repris de nouveau d'élancements et de douleurs très-vives correspondant à la région plantaire, mais dont le maximum d'intensité était au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne. C'était un nouvel abcès, que je dus encore inciser très-largement, et je pus reconnaître que c'était non plus la peau, mais l'aponévrose plantaire elle-même qui était gangrenée; je dus donc la détacher, et plus tard les tendons des muscles fléchisseurs des troisième et quatrième doigts.

Je fis régulièrement ensuite, à l'aide d'un pinceau imbibé de solution caustique d'iode, des applications sur toutes les surfaces altérées. Je me bornai à recouvrir le tout avec des compresses imbibées de vin aromatique, du pyrophosphate de fer et du quinquina à doses élevées comme traitement interne, ainsi qu'une bonne alimentation.

Aujourd'hui 26 mai, M. B... se lève déjà depuis trois semaines; il sort et commence à vaquer à ses affaires; ses plaies sont cicatrisées; son moral est aussi bon que son appétit. Une nouvelle analyse des urines faite par MM. Mialhe et Grassi, datée du 24 mai 1861, donne les résultats suivants : densité normale 1,018, sucre urinaire ou glycose, 6 grammes 75 centigrammes par 1000 grammes d'urine.

Je dois ajouter que le traitement du diabète fait par M. Cabarrus, a consisté dans l'emploi persévérant de l'arsenic à très-petites doses.

Comme dans l'observation que j'ai déjà eu l'honneur de signaler à l'Institut, je retrouve ici deux points à peu près identiques et dignes de fixer l'attention.

1° La limitation de la gangrène à une portion seulement de l'épaisseur de la peau, dans une surface aussi considérable que la région plantaire;

2° La destruction de l'aponévrose plantaire, sans altération notable des fonctions du pied ni obstacle aux mouvements des doigts.

3° Le résultat obtenu malgré l'affection diabétique et l'altération organique apportée à l'économie par cette terrible maladie.

DE LA VÉRITABLE ACTION DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE,

et de l'huile de morue désinfectée en particulier,

Par le docteur O. de Langenhagen.

Plusieurs journaux de médecine ont déjà publié leurs appréciations sur une innovation thérapeutique du plus haut intérêt; nous voulons parler de l'huile de foie de morue désinfectée d'après le procédé de M. Chevrier, pharmacien à Paris.

Ayant expérimenté ce nouveau produit sur une grande échelle, tant dans ma pratique privée que dans mon service de l'hospice des Diaconesses, je saisis avec empressement l'accueil que veut bien me faire la *Gazette des Hôpitaux* pour énoncer mon opinion sur l'action de l'huile de foie de morue en général, ainsi que sur une réforme susceptible d'éveiller quelques défiances dans l'esprit des praticiens.

Jusqu'aujourd'hui l'huile de foie de morue a été considérée tantôt comme un médicament, tantôt comme un aliment. Nous croyons, ainsi que le dit fort bien M. le docteur Richelot, que cette substance ne peut revendiquer son premier rôle, et le discrédit dans lequel est tombée l'huile iodée justifierait jusqu'à un certain point cette assertion. Quant à nous, nous envisageons cette question d'une manière tout à fait différente, et nous ne reconnaissons à cette substance d'autre propriété que celle qu'elle tire de son principe animal ou de son principe poissonneux si caractéristique; enfin, à notre point de vue, c'est un *principe substitutif*.

L'on sait que le principe odorant du sang a été employé en médecine dans le but de modifier la crase humorale ou une diathèse existante chez l'homme par le principe odorant d'un autre animal. Le séjour dans les étables de vaches, l'emploi de différentes espèces de lait (ânesse, chèvre, etc.), n'agissent qu'en modifiant le sang par le principe animal qui leur est propre; et pour nous il est évident que l'huile de foie de morue n'agit pas autrement, c'est-à-dire comme modificatrice de plusieurs états diathésiques (scrofules, syphilis, phthisie, etc.).

Ce ne sont certes pas les quantités plus ou moins problématiques d'iode que contient ce corps, ce n'est pas l'huile en sa qualité de matière grasse qui modifie l'état des humeurs; ce qui le modifie, c'est le principe animal particulier, ce principe poissonneux, pénétrant, qui imprègne à la longue la masse des humeurs, tous les tissus, et détermine une sorte de diathèse

nouvelle que nous appellerons *diathèse morrhuique*, qui vient se substituer à la diathèse primitivement existante. Ce que le principe de l'huile de morue produit après un long usage, les virus et les venins le produiraient bien plus vite et d'une manière beaucoup plus marquée, dans un autre genre bien entendu. Mais ne nous écartons pas de notre sujet, et examinons maintenant l'avantage que présente dans la pratique l'huile de morue désinfectée.

« Si un corps a peu d'affinité pour les membranes digestives, » s'il les pénètre ou les imbibe difficilement, s'il leur est en quelque sorte antipathique, ce corps se prête naturellement peu à » l'absorption; il ne pénètre pas dans les secondes voies. Par » cela même qu'il gêne ou qu'il entrave l'activité fonctionnelle » des membranes muqueuses, il devient un embarras, une cause » de malaise, et dès lors il détermine un mouvement de réaction » par suite duquel il est éliminé » (1).

Tel est l'effet produit chez un grand nombre de malades par l'usage de l'huile de foie de morue. Mais modifiez dans ce corps le principe âcre ou l'odeur qui le rend intolérable, et aussitôt vous verrez tout malaise cesser et l'absorption commencer.

Le goût, comme on voit, joue donc un grand rôle dans l'application des remèdes; et si l'on a compté de nombreux insuccès avec l'huile de morue, ils ne peuvent être attribués pour la plupart qu'à l'intolérance de la substance ou à la répugnance qu'en éprouvaient les malades.

Nous avons dit plus haut que le principe poissonneux de l'huile constituait sa principale action sur l'économie. Nous maintenons cette thèse, qui ne semblerait pas être en accord parfait avec le second point de notre article. Mais ce qui nous a précisément charmé dans le procédé de M. Chevrier, c'est qu'entre toutes les tentatives qui ont été faites dans ce but, aucune ne répondit mieux à notre manière de voir. Après avoir successivement employé la nitro-benzine, le goudron, etc., il arriva enfin au succès en substituant à ces deux moyens de désinfection le baume de Tolu, qui ne détruit nullement le principe animal et pénétrant auquel nous attachons tant d'importance, mais il le masque et le modifie de manière à rendre l'aliment supportable, et à en favoriser par conséquent l'absorption. Nous pourrions citer une quarantaine d'observations prises dans notre clinique, pour prouver par des faits l'efficacité du nouveau moyen; mais ce serait tomber dans les redites. Cependant, nous ajouterons une remarque que l'impartialité nous commande, c'est que l'huile de foie de morue désinfectée par le procédé de M. Chevrier est surtout bien supportée par les malades qui auparavant avaient déjà été soumis à l'usage de l'huile de morue ordinaire, et qui n'ont pu la tolérer.

La même remarque a été faite par M. le docteur Remonencq, à la société de l'Union médicale de la Gironde. Nous ne pouvons mieux terminer qu'en félicitant M. Chevrier de sa belle et utile découverte, et dire avec M. Richelot : « Que les travaux qui » conduisent aux découvertes de ce genre doivent être encoura» gés par les médecins. »

(1) *De la médication purgative*, etc., par le Dr KUHN (de Niederbronn). *Gaz. méd. de Paris*, 1856.

FISTULE STOMACALE CUTANÉE TRAITÉE AVEC SUCCÈS,

Par M. le docteur MIDDELDORPF.

La malade, âgée de quarante-sept ans, est mère de plusieurs enfants. En 1832, elle commença à éprouver dans la région de l'estomac de violentes douleurs qui, pendant vingt années, se représentèrent à différents intervalles, occupant toujours le même point. En 1852, les douleurs prirent une plus grande intensité, et bientôt après il se forma là une ouverture qui donnait passage aux aliments. C'est en 1855 seulement que M. Middeldorpf vit la malade.

Elle portait un orifice fistuleux situé entre les cartilages des sixième et septième côtes, à peu de distance au-dessous du sein gauche.

Cet orifice, en forme de fissure, avait environ 5 millimètres de largeur et trois centimètres de longueur, dirigé transversalement, un peu coudé, à convexité inférieure.

Les bords de cette ouverture étaient rouges et calleux, dépourvus de membrane muqueuse. Elle était trop étroite pour que le doigt pût pénétrer jusque dans l'estomac; mais dans la profondeur on y sentait une sorte d'appendice animé de mouvements isochrones aux battements du cœur.

La fistule était donc placée dans le voisinage immédiat du péricarde, traversait le bord antérieur du diaphragme, et occupait, sinon le fond, du moins la moitié gauche externe du corps de l'estomac, dans le voisinage du cardia.

Pendant longtemps on se borna à prescrire un régime réparateur; on appliqua un appareil qui pût s'opposer à l'issue des éléments et des liquides de l'estomac. La malade, fatiguée, finit par réclamer une opération destinée à la guérir d'une manière complète.

La malade étant soumise aux inhalations de chloroforme, un lambeau cutané de forme demi-circulaire fut taillé un peu au-dessous de la fistule, puis détaché des parties sous-jacentes; ensuite on le fit glisser en haut de manière qu'il vînt s'adapter avec les bords de la fistule, que l'on avait avivés, et avec lesquels il fut maintenu en contact par plusieurs points de suture entortillée.

La malade a été revue près de deux ans après. La plaie était depuis longtemps réunie d'une manière solide et complète, sauf dans un point, où l'on voyait encore une fistulette presque imperceptible à travers laquelle il s'écoulait seulement un peu de mucus; quelquefois encore, à la suite d'un effort de toux, il passait par ce petit orifice quelques parcelles d'aliments liquides. L'état général de la malade s'était considérablement amélioré. (*Union méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 mai 1861. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Fabas sur le service médical des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées) pendant l'année 1859. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Landouzy, qui informe l'Académie qu'il réunira samedi prochain à la clinique de l'École de Reims un certain nombre de pellagreux de l'Hôtel-Dieu et des environs.

2° Une lettre du secrétaire général de la Société d'acclimatation, qui demande à l'Académie de vouloir bien concourir à une souscription ouverte pour ériger une statue à Daubenton.

3° Un mémoire sur le traitement de la fièvre pernicieuse hématurique, par M. le docteur de Poyen, médecin à la Guadeloupe. (Commissaires : MM. Louis, de Kergaradec et Beau.)

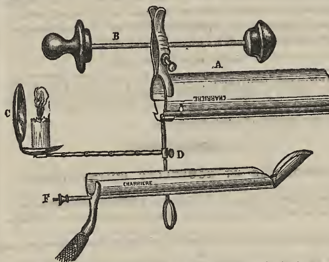
4° Le modèle d'une scie propre à faciliter les résections des os, par M. Mathieu.

5° Un pli cacheté déposé par M. le docteur O. Réveil, contenant une note sur l'influence de divers agents chimiques sur l'action des virus et des venins. Le dépôt est accepté.

6° M. Moulin, chirurgien du lycée Saint-Louis, adresse un dessin et une note détaillée (en y joignant les instruments) sur un utéroscope et un redresseur utérin qu'il avait fait fabriquer par M. Charrière, il y a plus de vingt ans, ainsi que le constate le catalogue de ce fabricant, imprimé en 1844.

Ce n'est pas, dit-il, dans une pensée de priorité, mais uniquement pour apporter sa part de longue expérience à l'appui de l'utilité des réflecteurs en chirurgie. Il avait en effet reconnu, depuis longtemps, comme on le voit, les avantages d'une lumière artificielle, réfléchie, plus claire et plus concentrée, pour l'examen de certaines cavités profondes, et appliqué à l'utérus ce que plus tard on a obtenu avec un égal succès pour d'autres organes par les ophthalmoscopes, les laryngoscopes, les pharyngoscopes. L'utéroscope de M. Moulin, ajouté au spéculum, dispense en outre de toute assistance étrangère pour l'emploi de ce dernier instrument.

Quant à son redresseur utérin, il s'en est encore, dit-il, servi avec beaucoup de succès dans les antéversions du col, pour ramener celui-ci en avant et le rendre accessible au spéculum, auquel il peut souvent servir de conducteur et l'aider à atteindre cet organe et à y appliquer les médicaments ou instruments nécessaires. M. Moulin croit même qu'avec des soins et certaines précautions, on pourrait remédier d'une manière durable à ces sortes de dérangements de matrice.



1° Utéroscope. A, Spéculum vu ouvert et garni de l'utéroscope; — B, Mandrin du spéculum retiré; — C, Réflecteur avec bougie allumée; — D, Vis de pression pour fixer le réflecteur dans toutes les directions.

2° Redresseur utérin introduit et sa valve brisée E, relevée derrière le col pour ramener cet organe en avant, au moyen d'une vis de rappel F.

— M. ROBERT dépose sur le bureau deux communications de M. le docteur Dépierris (de San-Francisco), l'une relative à un nouveau procédé pour l'excision des polypes utérins, l'autre concernant un cas de bec-de-lièvre congénital opéré par la résection du maxillaire supérieur. (Commissaires : MM. Laugier et Huguier.)

— M. GAVARRET présente, de la part de M. Francisco de Argilagos, de Cuba, une note sur un nouveau moyen de corriger l'influence fâcheuse que la lumière exerce sur les yeux soumis à l'examen avec l'ophthalmoscope. (Commission déjà nommée.)

— M. VELPEAU présente, de la part de M. le docteur Lauzin, médecin à Arzacq (Basses-Pyrénées), quelques observations ayant pour objet de démontrer la transmission de la syphilis des nourrissons aux nourrices.

— M. DEPAUL dépose sur le bureau une observation relative à un cas de gangrène inflammatoire à forme serpigineuse, avec destruction complète de l'aponévrose plantaire, survenue chez un sujet diabétique, par M. le docteur A. Favrot. (Voir plus haut.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture de la note suivante, déposée sur le bureau par MM. Cruveilhier, Barth et Beau :

La commission chargée par l'Académie d'examiner le travail de M. le docteur Antoine Cros ayant pour titre : « *Mémoire sur un progrès réalisé dans l'étude et la pratique de la percussion médiate par une modification du plessimètre* », sans adopter unanimement toutes les opinions exprimées dans le rapport que M. Piorry a lu sur ce travail, se joint à M. Piorry pour proposer à l'Académie l'adoption des conclusions de ce rapport, qui sont :

1° D'adresser à M. le docteur Antoine Cros une lettre de remercîments pour la communication de son travail;

2° De renvoyer le travail de M. A. Cros au comité de publication. Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

RAPPORTS.

Candidature. — M. GUIBOURT, au nom de la commission des onze sections, donne lecture d'un rapport qui conclut à ce que l'Académie déclare qu'il y a lieu de faire la prochaine nomination dans la section de pharmacie.

En conséquence, M. le président déclare la vacance dans cette section, et invite les candidats à se faire connaître.

Chromhydrose. — M. GIBERT, au nom d'une commission composée de MM. Depaul, Ricord, et Gibert, rapporteur, lit un rapport sur un travail relatif à la chromhydrose (coloration noire de la peau), lu en séance par M. Lasègue au nom de M. Leroy de Méricourt, professeur à Brest, le 31 août 1858.

Le 20 août 1850, dit M. le rapporteur, j'ai déjà eu l'honneur de faire à l'Académie un rapport sur une observation de coloration noire du visage adressée par M. le docteur Bousquet, de Saint-Chinian (Hérault). Aujourd'hui j'ai à vous rendre compte d'un travail beaucoup plus important et beaucoup plus complet sur le même sujet. Il a pour auteur M. Leroy de Méricourt, professeur à l'École de médecine navale de Brest : c'est une véritable monographie, qui résume dix-neuf observations particulières. La coloration noire si étrange, qui défigure les traits, se borne le plus ordinairement aux paupières et à la partie supérieure du visage. La matière noirâtre qui colore la peau peut s'enlever à l'aide d'un linge ou d'une éponge; mais elle ne tarde pas à se reproduire par transsudation.

L'analyse chimique a fait reconnaître dans cette matière la présence du carbone et du fer.

Cette sorte de difformité, d'autant plus désagréable qu'elle n'a été observée jusqu'ici que sur des filles ou sur de jeunes femmes, n'a eu heureusement chez quelques-unes qu'une durée temporaire, mais chez les autres, elle a persisté pendant plusieurs années, laissant seulement dans plus d'un cas des intervalles de disparition complète qui auraient pu faire croire à la guérison.

Les topiques résolutifs et l'emploi des moyens généraux propres à régulariser la menstruation lorsqu'elle est troublée, ce qui est le cas le plus ordinaire, tel est le traitement qu'il semble naturel d'opposer à cette affection, mais qui jusqu'ici toutefois n'a pas montré grande efficacité.

Notre confrère de Brest était dans l'Inde à l'époque où M. Bousquet envoya son observation à l'Académie, et il ne put en avoir connaissance, non plus que du rapport dont elle a été l'objet. Aussi n'en est-il pas fait mention dans l'historique de l'affection tracée par l'auteur.

M. de Méricourt est arrivé néanmoins aux mêmes conclusions que celles formulées par la commission qui avait eu à apprécier le travail de M. Bousquet, il pense comme nous que la transsudation noire qui s'opère à la surface de la peau est due à l'exhalation de la matière colorante du sang, et il serait même disposé, pour éviter toute équivoque sur ce point, à remplacer la dénomination de chromhydrose (χρῶμα, matière colorante, ἱδρώς, transsudation) par celle de chromocrinie, adoptée par M. Gintrac (de Bordeaux).

Comme nous aussi, M. de Méricourt rejette la pensée que cette coloration soit due à une sécrétion particulière des follicules sébacés, et constitue ainsi une variété de l'*acne sebacea*. Au lieu de se montrer de préférence là où abondent les follicules sébacés, la matière colorante a, au contraire, son siége d'élection dans des points de la peau où cet élément anatomique est extrêmement peu développé.

D'ailleurs, quand on enlève mécaniquement le produit excrété, on n'aperçoit nullement les orifices des follicules qui auraient pu la fournir.

Notre collègue à l'hôpital Saint-Louis, M. Hardy, qui pendant un voyage à Brest a pu voir et examiner une des malades dont l'observation est consignée dans le mémoire de M. de Méricourt, repousse formellement comme nous toute assimilation avec l'*acne sebacea*.

Le professeur de Brest cherche à établir une relation intime entre l'apparition de cette singulière sécrétion morbide et la fonction de la menstruation chez les femmes, qui seules, jusqu'à présent, en ont offert des exemples. Il serait très-important que d'autres observateurs pussent être à même de vérifier ses opinions sous ce rapport.

Quant au nombre très-grand relativement de cas de cette affection recueillis à Brest, il convient de considérer ce fait comme un des points les plus curieux de son histoire. Mais on ne saurait sérieusement, comme on a tenté de le faire, y voir la preuve d'une supercherie se propageant par imitation.

L'existence de cette coloration singulière, observée en Irlande, à Angers, à Colmar, à Saint-Chinian, à Nantes, dans les Ardennes, ne saurait désormais plus être contestée, et M. de Méricourt a eu le mérite d'établir définitivement la réalité et les caractères de cette entité morbide, aussi curieuse par son phénomène extérieur que par sa nature intime. A ce titre, le mémoire de M. Leroy de Méricourt présente un intérêt réel. J'espère donc que vous voudrez bien accueillir les propositions suivantes, qui servent de conclusions à ce rapport, et qui sont les mêmes que celles que vous avez déjà adoptées pour le précédent mémoire du docteur Bousquet, savoir :

1° Des remercîments à l'auteur et le renvoi à la commission chargée de dresser la liste de candidature, de la demande de M. Leroy de Méricourt, qui aspire au titre de membre correspondant national.

2° Le renvoi de son travail au comité de publication.

M. DEPAUL, quoiqu'il ait signé le rapport comme membre de la commission, n'est pas de l'avis du rapporteur sur les faits communiqués à l'Académie par M. Leroy de Méricourt. Il craindrait, si le rapport était adopté dans les termes dans lesquels il est rédigé, que l'Académie s'engageât trop légèrement à admettre des faits qui ne lui paraissent pas démontrés.

M. BARTH exprime également le désir que l'Académie réserve son opinion à l'égard de faits semblables. Il rapporte qu'il y a quelques années il a eu l'occasion de voir avec M. Nélaton un fait de ce genre, et que, grâce à une surveillance active, il est parvenu à découvrir qu'il ne s'agissait pas d'un fait pathologique, mais bien d'une supercherie.

M. GIBERT. Dans le fait de M. Leroy de Méricourt, comme dans celui qu'a vu M. Hardy, comme dans ceux de M. Billard, d'Angers, et de M. Bousquet, de Saint-Chinian, toutes les précautions imaginables ont été prises pour se mettre à l'abri de la supercherie. D'ailleurs, l'Académie, en adoptant les conclusions du rapport, n'engage en rien son opinion.

Quelques membres présentent encore quelques observations au milieu des cris : Aux voix !

On demande le vote des conclusions par articles.

Le premier article est mis aux voix et adopté.

Le deuxième article, après une première épreuve douteuse, est rejeté.

En conséquence, la première conclusion est seule adoptée par l'Académie.

La parole est à M. Piorry pour une lecture.

LECTURE.

Doctrines médicales. — M. PIORRY lit, en réponse au dernier discours de M. Bousquet, un discours dont nous reproduisons les principaux passages qui suivent :

M. Bousquet me prête des opinions et des propositions que ni dans mes écrits, ni dans mes leçons, je n'ai jamais émises.

Et, par exemple, suivant lui, je cherche à transformer tous les symptômes en maladies. Or, puisque je nie la maladie, *unitairement considérée et telle que la comprend M. Bousquet, qui y voit un être, un objet, une chose*, je ne puis avoir intention de faire de chaque symptôme une *maladie*.

Notre collègue, qui a une passion décidée pour les livres, aurait pu y voir que c'est contre l'illustre Sauvage (lequel admettait quelques milliers de maladies) qu'il faudrait diriger cette accusation.

Un état organopathique, ou mieux une monorganie, est plus qu'un symptôme; c'est une lésion qui a une manifestation spéciale. Chaque monorganie, variable d'ailleurs dans son intensité, peut se combiner dans des proportions fort différentes; de là des synorganies dont l'anatomie et la physiologie apprennent à saisir les relations. Il y a dans l'appréciation de ces rapports, non pas de l'esprit fantastique de la façon que le comprend M. Bousquet, mais de la théorie rationnelle et digne de la science véritable. Avec cette manière de philosopher, on ne fait pas, il est vrai, de la nosologie, mais on s'élève à de hautes considérations sur l'organisme; considérations que certes l'Ecole de Cos, qui n'est pas celle à laquelle appartient M. Bousquet, n'aurait pas, de notre temps, désavouées.

Je n'isole pas les monorganies, et jamais je ne les ai isolées; j'en ai reconnu de primitives, de consécutives, de coexistantes, et je les ai toujours étudiées dans leur rapport réciproque et intime.

Ceux qui m'ont fait dire le contraire ne m'ont pas lu ou n'ont pas su me lire. (Voyez les articles *Mutuel*, *Physiologie*, du *Dictionnaire des Sciences médicales*, et le *Traité de Médecine pratique.*)

Analysons quelques-uns des reproches que M. Bousquet m'adresse.

M. Piorry, dit-il, aspire à l'honneur de fonder une doctrine nouvelle : jamais ce médecin n'a eu cette ambitieuse prétention. L'ensemble de ses idées est la continuation, la conséquence logique des découvertes, des opinions de Morgagni, de Haller, d'Harvey, de Goodwin, de Bichat, de Magendie, de Broussais, d'Avenbrugger, de Corvisart, de Laënnec, de Bayle, de l'école anatomo-pathologique moderne, des applications de la physique et de la chimie à la médecine, du progrès du langage scientifique généralement reçu qu'il applique à la pathologie.

M. Piorry n'a pas le stupide amour-propre de se placer à la tête de ce grand mouvement de l'esprit humain, il a fait seulement quelques efforts pour en être le représentant; il n'a pas plus copié Euryphon que M. Bousquet ne l'a lu, puisque les écrits de l'école de Gnide sont perdus et que ce nom d'Euryphon et quelques-unes de ses idées sont exclusivement connus par la tradition.

M. Bousquet me reproche de ne pas concevoir la force vitale, et sous ce rapport il a essentiellement raison ; malheureusement M. Bousquet ne la conçoit pas plus que moi.

Je confonds, ajoute M. Bousquet, la médecine et la chirurgie, et je cherche à m'en faire honneur. Je fais cette confusion avec toute l'école moderne, qu'il attaque dans son discours.

La plaie extérieure qui forme du pus, ainsi que la solution de continuité de cause interne, qui absorbe des globules purulents, sont toutes deux accompagnées de fièvre hectique ou pyémie.

Vous continuez à admettre les maladies dites médicales, parce que l'on n'a pas assez bien étudié les altérations organiques, les lésions, pour les reconnaître. La rupture des muscles de la masse lombo-dorsale, que l'on rapporte au rhumatisme, ne diffère en rien de la rupture des fibres du plantaire, désignée par les chirurgiens sous le nom de coup de fouet.

Le corps, la substance de vos maladies, est, dites-vous, un virus ; mais personne ne le nie, le virus est un ; vous l'appelez maladie par l'étrange confusion que vous faites de la cause et de ses effets ; mais ces effets sont divers et ne constituent pas une maladie simple qu'il faut traiter toujours de la même façon.

M. Bousquet me blâme de ce que, décomposant les maladies en états organo-pathiques, j'emploie des moyens matériels d'une utilité évidente et d'une simplicité extrême contre des circonstances physiques appréciables. Exemple : des lavements purgatifs contre l'accumulation des matières dans le gros intestin; le sulfate de quinine contre la rate tuméfiée donnant lieu à des accès fébriles; l'air pur respiré largement contre l'altération du sang par les miasmes putrides, etc., etc. Est-ce qu'il n'adopte pas une médication si logique et si évidemment utile ? Est-ce qu'il ne voit pas qu'en condamnant une pratique si rationnelle et si sage, il serait tout seul de son avis ? Est-ce qu'il ne sait pas que les médecins, à quelque secte qu'ils appartiennent, sont trop heureux d'avoir recours à des moyens hygiéniques non dangereux, de préférence à des médicaments plus que douteux et dont l'action peut être funeste? Ah! M. Bousquet, si c'est ainsi que vous attaquez ma pratique, je vous en remercie; vous lui donnez gain de cause devant la raison et les grands médecins de notre temps sur des théories qu'a exclusivement fondées l'hypothèse et dont l'imagination a fait les frais. Où M. Bousquet a-t-il pris que nous agissions dans tous les cas? Non, Monsieur, nous nous en rapportons peut-être plus souvent que les vôtres à l'organisme, qui, fait pour se conserver, a dû nécessairement avoir en lui des moyens de remédier jusqu'à un certain point aux agents qui tendent à le détruire. Seulement, quand l'étude sévère nous a fait constater des lésions ou des causes qui menacent le jeu régulier des organes, nous cherchons à les enlever; une diagnose exacte nous fait voir si cet état organique doit guérir spontanément, et alors nous observons et nous attendons, au lieu de rester comme vous spectateurs immobiles de la marche de la mort.

Dans presque tout ce que je viens de dire, ce n'est pas moi que j'ai défendu, c'est l'école moderne entière, qui ne me désavouera pas; ce sont, à des variantes près, les opinions de tout ce qui a vu, travaillé, observé. (Applaudissements sur les banquettes occupées par le public.)

M. BOUILLAUD, qui avait demandé la parole dans la dernière séance, déclare qu'il n'a plus rien à dire après M. Piorry, et qu'il y renonce.

En conséquence la discussion est déclarée close.

Nouveau forceps. — M. CHASSAGNY, de Lyon, communique à l'Académie deux observations d'accouchements laborieux : l'une de M. Chappot, médecin de l'Hôtel-Dieu, et l'autre de MM. les docteurs Gubian, Drutel et Coutagne, à l'appui de l'utilité du forceps ou appareil à traction, qu'il a présenté à l'Académie il y a environ trois mois. (Commissaires, MM. Moreau, Danyau, Jacquemier.)

PRÉSENTATION DE MALADE.

Polype naso-pharyngien. — M. HUGUIER présente un jeune homme sur lequel il a pratiqué l'ablation d'un polype naso-pharyngien par la méthode ostéo-plastique.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés du 27 mai, M. Lecanu, professeur de pharmacie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est autorisé à se faire suppléer, à partir du 1er juin prochain jusqu'à la fin de la présente année scolaire, par M. Lutz, agrégé à ladite Ecole.

M. Guignard, professeur adjoint de clinique interne à l'Ecole préparatoire de Poitiers, est nommé professeur de pathologie chirurgicale à ladite Ecole, en remplacement de M. Quotard, décédé.

— Par décret du 15 mai, M. le docteur Despine, ancien médecin inspecteur de l'établissement thermal d'Aix (Savoie), a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Rivière, qui avait exercé pendant longtemps et avec une grande distinction, la médecine à l'île de la Réunion, vient de mourir à Paris, à l'âge de soixante-neuf ans.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES ORPHELINES LE PEYTRE.

MM. Mitivié.	100 fr.
Petit (de Nantes).	10
Total.	110 fr.
Total des listes précédentes. . . .	928
Total général jusqu'à ce jour. . . .	1038 fr.

Les souscriptions continuent à être reçues chez M. Brochin, rue Larrey, 4, chez M. Legrand du Saulle, boulevard de Sébastopol, 9 (rive gauche), et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la congestion utérine pendant la grossesse, par le docteur Bastin. Mémoire in-4° de 85 pages. Prix : 2 fr. *franco*. Paris, 1861, Adrien Delahaye, libraire, place de l'École de Médecine.

Exercices et récréations anatomiques, par le docteur L. Giraudet fils, professeur d'anatomie à Tours. Un volume in-18 jésus de 300 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

De la tuberculisation aiguë. Observations et remarques relatives à la variété de ses formes, à sa fréquence, aux difficultés du diagnostic, par M. L. Colin, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Paris, 1861, in-8°, 16 pages. Prix : 1 fr. Chez Victor Rozier, rue Childebert, 11.

Parallèle entre l'idiotie et le crétinisme, par le docteur Leven, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Mémoire grand in-8°. Prix : 1 fr. 50 c. Paris, 1861, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

Remarques et observations sur les fractures du crâne, sur la fracture indirecte du corps de la première vertèbre lombaire et sur la flexion permanente, par refoulement, de l'os radius chez l'adulte, par F. S. J. Pingrenon, ancien chirurgien principal, chef de la division d'Oran et des hôpitaux militaires. 2e édition. Paris, 1861, grand in-8°, 86 pages. Prix : 2 fr. Chez Victor Rozier, rue Childebert, 11.

Désarticulation scapulo-humérale. Amputation et résection. Procédé nouveau, par Martrès. Paris, 1861, in-8°, 7 pages, figures. Prix : 50 c. Chez Victor Rozier, rue Childebert, 11.

Essai sur l'ecthyma dans l'armée, et spécialement dans la cavalerie; observations recueillies à l'hôpital militaire de Versailles, par Dauvé. Paris, 1861, in-8°, 30 pages. Prix : 1 fr. 25 c. Chez Victor Rozier, rue Childebert, 11.

Guide complet du recrutement, par A. Bost et Jules Périer, médecin principal à l'hôpital militaire de Vincennes. Un volume in-8°. Prix : 5 fr. Chez Victor Rozier, rue Childebert, 11.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 64. — SAMEDI 1er JUIN 1861. (34e ANNÉE.) N° 64. — SAMEDI 1er JUIN 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 31 MAI 1861.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

au sujet du projet de réforme du service des aliénés de la Seine.

Nous avons fait connaître au commencement de cette année la mesure importante qu'a prise M. le préfet de la Seine en instituant une commission chargée d'étudier les mesures à adopter pour la réforme du service des aliénés du département de la Seine. Il n'y avait qu'une voix pour proclamer l'insuffisance du service actuel et pour en réclamer l'amélioration.

Dans un rapport remarquable et fortement motivé, dont quelques extraits ont été publiés dans plusieurs journaux de médecine, M. Girard de Cailleux, inspecteur général des asiles de la Seine, a mis à nu toutes les fâcheuses conséquences de l'insuffisance des établissements consacrés au traitement des aliénés de Paris, insuffisance qui a entraîné la nécessité du régime onéreux et funeste du transfert en province, et qui se traduit en dernière analyse, pour les succursales comme pour la métropole, par un accroissement de la mortalité et une diminution de la proportion des guérisons.

C'est pour obvier à ce fâcheux état de choses, et dans la pensée de relever le régime actuel de son infériorité relative, en substituant à un mode d'assistance insuffisant et défectueux un système nouveau, digne à la fois de son but humanitaire et de la splendeur nouvelle de notre capitale, que M. le préfet de la Seine a soumis à l'examen des hommes éminents qui composent cette commission (1) l'étude du projet dont il a eu l'initiative.

Un pareil projet devait naturellement exciter au plus haut point l'intérêt des médecins aliénistes et du corps médical tout entier. Sur quelles bases créerait-on les nouveaux asiles? Quel en serait le nombre, l'étendue? Quelle serait la proportion des médecins et des agents de service avec le nombre d'aliénés admis dans chaque asile? D'après quel système de classification répartirait-on les aliénés dans les divers asiles et dans les divers services? Quels seraient les rapports établis entre le service médical et le service administratif? Par quels moyens donnerait-on satisfaction aux besoins et aux exigences multiples du traitement des aliénés, qui plus que tout autre réclame le triple concours des soins médicaux proprement dits, des bienfaits de l'hygiène et de l'intervention active et incessante de l'influence morale? Comment concilierait-on enfin ces conditions de première nécessité avec ces autres exigences non moins impérieuses et ces difficultés toujours inéludables dans la pratique d'une sage et prudente économie? Autant de questions bien dignes de provoquer les appréciations que pouvait susciter à chacun le résultat de son expérience.

Dans le rapport précité de M. Girard de Cailleux, on trouve des indications extrêmement importantes, et qui nous ont paru de nature à être prises en sérieuse considération pour le projet de réforme dont il s'agit.

Partant de ce principe que le traitement des aliénés exige avant tout leur séparation de toute autre catégorie de malades ou d'infirmes, qu'il réclame un ensemble de moyens spéciaux dans lesquels le régime, le travail, l'exercice, les distractions et tous les éléments d'un traitement moral tiennent une large place, qu'un pareil traitement ne peut être convenablement dirigé qu'à la double condition que chaque médecin n'ait qu'un petit nombre de malades à traiter, et qu'il dispose à cet effet d'une latitude et d'une autorité pleine et entière, l'honorable inspecteur propose un système qui peut se résumer en ces termes : Création d'asiles spéciaux en nombre suffisant pour répondre aux besoins de la population, et divisés de manière que chacun d'eux ne constitue qu'un service unique; réunion entre les mains du médecin de chaque asile de la direction médicale et de l'administration, afin de donner au service l'unité de pensée, d'intérêt, de responsabilité et de pouvoir qu'il considère comme l'une des conditions essentielles de succès.

Tels sont les points principaux que M. Girard de Cailleux pose comme pouvant servir de base à une nouvelle organisation. Des objections ont été faites à quelques parties de ce système. Nous ne prétendons pas intervenir ici dans les discussions qu'ont soulevées ces projets ; on pourrait en ce moment en contester l'opportunité, et l'autorité spéciale nous manquerait d'ailleurs pour aborder dans ses détails une pareille discussion.

Nous avons pensé cependant qu'il ne serait pas inutile de mettre sous les yeux de nos lecteurs, pendant que se débattent au sein de la commission ces graves intérêts, quelques extraits d'une lettre que M. le docteur Dumesnil, médecin directeur de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), écrit à ce sujet à M. Girard de Cailleux, pour réfuter les objections résumées dans une série de lettres publiées par M. le docteur Lisle.

Dans le but de faire prévaloir l'utilité du traitement moral et la nécessité de restreindre le plus possible, en raison des exigences de ce mode de traitement, le nombre de malades affectés à chaque médecin, M. Lisle s'appuie sur les documents empruntés à la *Statistique de la France*, pour démontrer : d'une part, que le nombre des guérisons obtenues dans les asiles d'aliénés, tant de Paris que des départements, a diminué de plus d'un tiers depuis que l'encombrement de ces asiles a rendu de plus en plus difficile et souvent même impossible l'application de ce traitement; et, d'autre part, que c'est généralement dans les établissements les moins importants et qui renferment le nombre le moins considérable de malades qu'on a obtenu le plus de guérisons, tandis que le chiffre de celles-ci a diminué au contraire à mesure que la population des asiles était plus élevée. M. Lisle s'élève, en outre, contre l'institution des médecins-directeurs, qu'il considère comme contraire aux intérêts d'une bonne direction, ainsi qu'aux progrès scientifiques.

C'est contre la source et la signification des documents invoqués par ce savant confrère, et les inductions qu'il en tire, que M. Dumesnil dirige son argumentation. Nous le laissons parler.

Dans la lettre que M. le docteur Lisle vient de vous adresser, cet honorable confrère compare le nombre des guérisons des petits établissements, et surtout des quartiers d'aliénés, à celui des grands asiles, sans avoir cherché à connaître à quelles catégories de malades s'étendent les admissions dans tel ou tel rayon. Si la lettre tue, on peut dire que le chiffre assassine.

Permettez-moi donc de vous soumettre quelques réflexions à propos de cette assertion surprenante, d'après laquelle, à Saint Yon, des hommes tels que MM. Foville et Parchappe n'auraient guéri que 68 aliénés sur mille, tandis qu'on en aurait guéri 153 sur mille dans l'hospice d'Evreux.

Vous ne serez pas étonné que malgré les occupations que m'imposent mes doubles fonctions, je puisse trouver encore quelques instants pour vous écrire. Avec des employés actifs et intelligents, la tâche de l'administrateur est bien simplifiée, et vous avez prouvé, par de savants mémoires, que le temps ne manque pas à qui veut l'employer.

Laissons de côté ces détails, j'aborde de suite la question.

Les quartiers d'hospice n'existent guère que dans les départements qui n'ont point d'Asile public, et c'est de là, le plus souvent, que sur l'indication du médecin, l'on dirige un certain nombre d'insensés sur l'Asile du département avec lequel on a traité. Or, tantôt les administrations des hospices ont intérêt à conserver ces quartiers d'aliénés qui ne sont que tolérés ; tantôt c'est la famille d'un malade récemment atteint qui sollicite pour que celui-ci ne soit point envoyé au loin; ou bien, dans la supposition que l'on n'a affaire qu'à un cas récent et sans complication, on attend quelque temps afin de ne pas occasionner des dépenses de déplacement toujours fort onéreuses.

Ainsi, on ne maintient ordinairement dans les quartiers d'hospice que les insensés offrant des chances de guérison, et l'on n'envoie dans les grands établissements que ceux qui ne laissent pas ou presque pas d'espoir au médecin traitant.

D'où il faut conclure que pour nous, qui possédons les éléments de la question, les dépôts provisoires d'aliénés sont des fabriques d'incurables, qui viennent tôt ou tard s'accumuler avec ceux qui se trouvent déjà dans les grands asiles.

Avec des éléments de genres si différents, comment pourrait-on faire une bonne statistique comparative?

Qui ignore qu'à Maréville, et dans la maison des frères Labitte, on reçoit des aliénés de quatre ou cinq départements, et que plus est grande la distance pour s'y rendre, plus les incurables abondent, attendu que pendant les délais et les hésitations inévitables avant de prendre un parti, plusieurs insensés guérissent à domicile ou dans les dépôts provisoires, tandis que les autres tombent dans un état irrémédiable ; et c'est quand ils sont arrivés à ce degré qu'on se décide enfin à s'en débarrasser ! Voilà l'explication de ces différences qui se remarquent même dans les résultats d'une seule maison, selon qu'on la considère à l'époque de sa création ou quand elle a pris une extension considérable.

Notons également que les paralytiques, les idiots, les épileptiques, les vieillards déments et un peu excités, forment un nombreux contingent dans la plupart des établissements qui desservent des groupes importants de population.

Ne sait-on pas que les hospices et les médecins qui y sont attachés ont tout intérêt à éliminer tous leurs incurables sous prétexte de folie ? A Rouen, par exemple, chaque malade occasionne aux hospices une dépense de 1 fr. 90 c. par jour ; aussi, pour peu que l'un d'eux présente le moindre signe de trouble ou de faiblesse de l'intelligence, il est noté d'urgence comme turbulent, dangereux, et envoyé à Quatre-Mares, en vertu de l'article 19. A dater de ce moment, il tombe à la charge de la ville et du département, et l'hospice ne le connaît plus. S'il s'agit, par exemple, d'un vieillard qui recouvre le calme et la lucidité et qui soit sans ressources, il est presque impossible de le réintégrer dans l'établissement charitable qui nous l'a pour ainsi dire imposé.

Ajoutons à ces tristes sources de *recrutement* de nos malades celle qui nous est fournie par les prisons et les maisons d'arrêt. Dans un travail publié en 1859, j'ai démontré que sur 68 aliénés qui m'avaient été envoyés par le parquet sur le rapport du docteur Vingtrinier, il y avait 16 paralysies progressives, 12 imbéciles, 5 épileptiques, 1 vieillard dément et paralysé, et que parmi les 34 autres 20 étaient notés comme présentant une intelligence très-faible. Le succès ici n'a été tout au plus que dans la proportion de 6 p. 100.

Si l'on eût pris en considération ces données et beaucoup d'autres encore, on ne serait pas arrivé à conclure que le travail en plein air, les leçons de musique vocale et instrumentale, les écoles élémentaires, les jeux, les promenades, les exercices de gymnastique, les conditions hygiéniques exceptionnelles des asiles modèles, les ressources thérapeutiques, n'ont qu'une influence insuffisante sur le traitement des insensés. Comment ne s'est-on pas aperçu que l'action médicale à laquelle on rapporte exclusivement les succès des petits établissements, ne se fait au contraire presque pas sentir dans ceux-ci, puisque les médecins n'y résident pas, et n'y font le plus souvent qu'une courte et rapide visite chaque matin ?

Si le nombre des guérisons était forcément en rapport inverse avec l'élévation du chiffre de la population, il s'ensuivrait que dans les asiles qui ont doublé et même triplé depuis douze ou quinze ans, la proportion des succès serait sans cesse allée en diminuant. Mais pour que cette conséquence fût inattaquable, il serait juste de prendre pour exemple ceux de ces établissements qui se recrutent toujours dans le même milieu et dans les mêmes conditions. Or les asiles de la Seine-Inférieure appartiennent à cette classe, et je peux affirmer que l'on y compte actuellement plus de 68 guérisons sur mille malades, et cependant nous ne croyons pas, M. Morel et moi, développer plus d'énergie physique et morale que nos éminents prédécesseurs.

On paraît ignorer que presque partout les médecins aliénistes sont actuellement aidés par des médecins adjoints et par un ou deux internes, et qu'aucun malade n'est négligé lorsqu'on peut avoir prise sur lui. Quant au raisonnement qui consiste à dire que l'administrateur doit absorber inévitablement le médecin, il suffit, pour le réfuter, de faire remarquer que l'on cite parmi les asiles qui ont eu le moins de résultats favorables ceux justement où les fonctions ont été toujours séparées : Clermont, Maréville, Saint-Yon, Bon-Sauveur et Stephansfeld.

C'est uniquement, je le répète, dans les éléments dont se composent les plus importants comme les moindres refuges où l'on place les aliénés, qu'il faut découvrir la solution de ce problème bien simple. Permettez-moi à cet égard de citer mon expérience : à Dijon, où j'ai dirigé l'Asile départemental pendant deux ans, je n'avais qu'un interne pour m'aider à soigner 250 malades ; à Quatre-Mares, j'ai un médecin adjoint et deux internes pour 560 aliénés, et pourtant mon service médical me procurait à Dijon plus de satisfactions. M. Legrand du Saulle pourra vous dire combien j'ai guéri d'aliénés en 1850 et 1851. Mais à Dijon, il est vrai, le dément paralytique était à peu près inconnu ; on y comptait quelques rares épileptiques, et l'on n'y avait pas établi un quartier d'idiots. A Quatre-Mares, au contraire, sur cent malades on compte 18 paralytiques, 12 convulsifs, 4 idiots, et de plus un grand nombre d'imbéciles maniaques, des vieillards en démence, etc.

Ne comparons donc pas ce qui se produit sous ces rapports dans deux départements éloignés et même dans deux départements voisins. « Il faut étudier la forme, la marche, les terminaisons de la folie dans telle ou telle région ; alors chaque contrée se révèlera avec le cachet qui doit lui être spécial. » Dès aujourd'hui n'est-on pas bien fixé sur ce point que les villes importantes, celles qui voient se grouper dans leur enceinte et autour d'elles des fabriques où les ouvriers travaillent en commun, l'usage des boissons alcooliques remplaçant le vin, le cidre et la bière (nord, nord-est et nord-ouest de la France), sont les facteurs les plus puissants des aliénations incurables, facteurs agissant non-seulement sur les individus, mais encore sur leurs descendants, par voie de prédisposition héréditaire ? C'est en tenant compte de ces données que je ne crains pas d'avancer que le département de la Seine-Inférieure aura toujours moins de guérisons parmi ses aliénés que celui de l'Eure, mais que celui-ci, à son tour, devra toujours, à cet égard, céder le pas à celui de la Côte-d'Or, par exemple.

Ne nous hâtons pas, par conséquent, de tirer des aperçus de grou-

(1) Cette commission se compose de MM. le baron Haussmann, préfet de la Seine, président; Ferdinand Barrot, vice-président ; Herman, Amédée Thayer, Chaix-d'Est-Ange, Dr Véron, Marchand, baron Paul Dubois, Husson et Girard de Cailleux, secrétaire.

pes de chiffres résumant les situations les plus disparates ; la statistique médicale et topographique, la vraie statistique, en un mot, n'est pas faite, elle commence à peine ; elle nous apprendra, j'en suis persuadé, que partout où nos établissements seront dans de louables conditions, un médecin spécialiste pourra soigner et guérir chaque année 50 ou 60 malades qui lui seront confiés. Peu importe ensuite qu'à ces 60 individus viennent se joindre une centaine de paralytiques au deuxième ou au troisième degré, d'épileptiques, d'idiots, etc. ; alors vous en serez quitte pour faire seconder le médecin en chef par un, par deux médecins adjoints et par deux internes. L'unité du service y gagnera ; on ne multipliera pas outre mesure les asiles d'aliénés dans le même département, quelque populeux qu'il puisse être, et les dépenses resteront dans des limites normales, considération, quoi qu'on en dise, qui n'est pas à perdre de vue un seul instant. Or, pour moi, tout établissement, dans l'espèce, ne renfermant pas de 4 à 500 malades, ne peut prospérer avec un prix de journée modéré, à moins qu'on ne rétribue pas suffisamment ceux qui s'y dévouent, ainsi que cela avait lieu il y a une quinzaine d'années.

Au moment où nous transcrivons ces lignes, la commission approche du terme de ses délibérations. Bien que nous ignorions encore les décisions qu'elle est sur le point de prendre, nous sommes fondé à croire que les principes énoncés dans le rapport de M. Girard de Cailleux, et qui ont reçu dans cette lettre l'appui de l'expérience de son collègue, prévaudront sur les objections dont ils ont été l'objet. Quoi qu'il en soit, le désir du bien dont sont animés les membres de la commission, et les lumières dont ils se sont entourés dans leur laborieuse enquête, nous sont un sûr garant qu'avant peu Paris sera doté d'un système d'asiles qu'il pourra montrer avec orgueil. — Dr Brochin.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des amauroses cérébrales consécutives aux affections inflammatoires et congestives, ou à la simple fatigue des organes respiratoires.

L'observation d'amaurose survenue brusquement pendant la convalescence d'une pneumonie, que nous avons publiée dans la dernière *Revue*, a engagé notre savant confrère M. Sichel à nous communiquer le compte rendu sommaire d'une catégorie de cas semblables qui se sont présentés dans sa pratique, et qui sont toujours fort embarrassants au premier abord.

Le premier cas était celui d'un cultivateur qui alla consulter M. Sichel pour une cécité presque complète des deux yeux ayant le caractère d'une amaurose cérébrale obscurément congestive ; c'est-à-dire que l'amaurose présentait le caractère sthénique ou hypersthénique, n'avait aucun symptôme asthénique, sans qu'on pût constater des caractères fonctionnels très-prononcés de congestion cérébrale.

Il n'existait que de la pesanteur à la tête, quelques bourdonnements d'oreilles, quelques légers étourdissements, etc., comme dans beaucoup d'amauroses congestives anciennes. L'ophthalmoscope n'était pas encore inventé alors. Aucune des causes ordinaires de l'amaurose cérébrale congestive n'existait, mais la maladie oculaire avait débuté vers la fin d'une pneumonie guérie depuis deux mois.

Dans l'idée que l'embarras de la respiration, en empêchant la veine-cave supérieure de se vider régulièrement et complétement, et en entretenant une stase veineuse intra-crânienne, devait produire une compression d'une partie du cerveau, et surtout des origines des nerfs optiques, M. Sichel prescrivit un traitement anticongestif, modérément antiphlogistique et dérivatif, secondé par un régime convenable et par le repos aussi complet que possible des organes respiratoires (éviter de parler haut et beaucoup, de crier, de chanter, de marcher vite, ou de faire de l'exercice trop actif, etc.). Le résultat fut heureux.

Depuis lors l'attention de notre confrère étant une fois éveillée sur ce point de pathogénie, il a eu souvent l'occasion d'observer des amauroses cérébrales congestives, sans autre cause qu'une phlegmasie actuelle ou récemment guérie des organes respiratoires, un catharre pulmonaire chronique ou subaigu, ou seulement la fatigue habituelle des organes respiratoires, comme les produit l'exercice assidu de la parole et surtout la nécessité de jouer habituellement d'un instrument à vent. C'est ainsi qu'il a plusieurs fois traité avec succès, par le traitement antiphlogistique, anticongestif et dérivatif, des amauroses cérébrales congestives survenues sans autre cause chez des personnes qui sonnaient souvent du cor, chez un artiste jouant de la flûte la plus grande partie de la journée, etc. Dans tous ces cas les caractères fonctionnels étaient ceux de la congestion cérébrale obscure et plutôt passive, et les phénomènes ophthalmoscopiques y correspondaient parfaitement, en montrant simplement une légère congestion de la rétine, les papilles optiques un peu roses, leurs contours mal accusés, envahis ou en partie effacés par l'injection sanguine, etc., mais point de congestion choroïdienne, ou seulement un très-léger degré de congestion choroïdienne consécutive à la congestion cérébrale. (Voir la description et les figures de cet état de choses dans l'*Iconographie ophthalmologique*, p. 755, § 868 et suivants, planche LXVIII.)

Lorsque des affections de cette nature sont anciennes, la compression du cerveau, consécutive à sa congestion, souvent a produit déjà des symptômes asthéniques et l'excavation plus ou moins prononcée de la papille optique, circonstances qui augmentent singulièrement l'embarras du diagnostic et de la thérapeutique et la gravité du pronostic.

Tout récemment, dans le courant de la semaine dernière, un professeur distingué d'une Ecole préparatoire de médecine a adressé à M. Sichel un malade presque sexagénaire, affecté d'une amaurose cérébrale déjà ancienne, complète à un œil, incomplète à l'autre, et accompagnée d'une excavation manifeste des papilles optiques. Chez ce malade, il a été impossible de trouver aucune cause de l'affection oculaire, si ce n'est un catarrhe pulmonaire invétéré. Il n'existe plus actuellement de symptômes de congestion cérébro-oculaire ; mais en recueillant ses souvenirs, le malade a accusé des étourdissements qu'il éprouvait lors du début de la maladie, surtout en se baissant. On comprend, dit M. Sichel, que chaque quinte de toux, en amenant une stase veineuse intra-crânienne, doit provoquer une compression momentanée de l'encéphale, et que les effets de cette compression journellement répétée doivent être plus difficiles à dissiper que ceux produits par une pneumonie récente et qui n'a duré qu'un ou deux septénaires.

On comprend également comment un traitement antiphlogistique et dérivatif plus ou moins énergique, peut amener la guérison dans ce dernier cas, tandis qu'il ne doit être employé qu'avec beaucoup de mesure et de prudence lorsqu'il existe un commencement d'excavation des papilles optiques, cas où les symptômes sont déjà ceux d'un commencement d'altération organique, et exigent les moyens indiqués par cet état de choses.

Pourquoi, demandera-t-on peut-être, l'amaurose, dans le cas rapporté par la *Gazette des Hôpitaux*, est-elle survenue pendant la convalescence de la pneumonie et non à l'apogée de cette maladie ?

A l'apogée de la maladie, fait remarquer M. Sichel, le traitement antiphlogistique, et le repos aussi absolu que possible des organes respiratoires, concourent à prévenir toute congestion cérébrale soudaine. Dans la convalescence, au contraire, où la guérison est loin d'être toujours complète, où il reste des portions de l'organe encore frappées de phlegmasie, de congestion ou d'autres reliquats de l'état pathologique, le malade se relâche un peu de sa prudence. Il suffit souvent d'un effort, d'un changement brusque de position, d'un cri, d'une conversation un peu prolongée, d'une émotion vive et subite, etc., pour produire une congestion soudaine, peu étendue, mais suffisante pour comprimer subitement et violemment les origines des nerfs optiques et amener une amaurose.

En résumé, notre savant confrère est d'avis que M. Rabbinowicz, qui a suivi autrefois ses leçons cliniques, et qui, dans le cas en question, s'est probablement inspiré des principes qu'il lui a entendu professer, a eu pour sa justification, non-seulement le succès, mais encore l'indication rationnelle. Nous ne pouvons, pour notre part, que souscrire à un jugement aussi autorisé.

Vaginite puerpérale. — Métropathie. — Névralgie lombo-abdominale symptomatique.

Nous avons exposé dans plusieurs articles, et notamment dans les numéros du 21 et du 26 février dernier, les principes cliniques d'après lesquels M. Beau envisage la métropathie d'une manière générale et abstraction faite des diverses lésions qui la constituent, comme un centre ou foyer d'irradiations morbides susceptibles de retentir d'une manière plus ou moins profonde sur les divers systèmes organiques de l'économie. Il s'est présenté depuis peu, dans le service de ce médecin, plusieurs cas qui nous ont offert des exemples remarquables de ces retentissements morbides plus ou moins éloignés.

Nous pourrions citer entre autres celui d'une jeune femme phthisique dont l'affection, compliquée d'une maladie utérine qui l'aggravait d'une manière sensible, a été enrayée dans sa marche progressive par le seul fait de la guérison de cette complication. Mais nous reviendrons plus tard sur ce fait, qui est de nature à se prêter à des considérations cliniques d'un très-grand intérêt. Nous ne voulons mentionner pour le moment qu'un fait tout récent, et qui nous a paru offrir de l'intérêt sous le double point de vue de la nature même de la lésion principale et des symptômes de voisinage auxquels elle a donné naissance.

Une jeune femme, accouchée depuis un mois, est entrée un de ces jours derniers à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Beau, se plaignant de douleurs très-vives dans les reins, dans les aines et dans toute l'étendue de la paroi abdominale. La plus légère pression, le contact seul de la main sur les parois abdominales, y accusaient une sensibilité excessive. La première pensée qui semblait devoir venir à l'esprit, en présence de ces symptômes et de la circonstance d'un accouchement récent, était qu'on avait affaire à un phlegmon du bassin avec péritonite. Mais un examen attentif ne tarda pas à éloigner cette idée. L'exploration des parties ne fit reconnaître, en effet, l'existence d'aucun phlegmon ; mais, par contre, le spéculum révéla une tuméfaction et une rougeur vive du col de l'utérus, qui présentait en outre quelques excoriations et une rougeur intense dans toute l'étendue de la muqueuse vaginale.

On apprit alors de cette malade qu'elle avait depuis quelque temps un écoulement vaginal extrêmement abondant. C'était donc à une métro-vaginite que l'on avait affaire ; et quant à la douleur si intense, à la sensibilité si vive des parois abdominales, il n'était plus possible d'y voir autre chose qu'une de ces névralgies lombo-abdominales si bien décrites par Valleix, mais qui au lieu d'être le plus ordinairement idiopathiques, comme le pensait cet auteur, sont le plus souvent, selon M. Beau, symptomatiques d'une affection utérine.

La constatation d'une névralgie lombo-abdominale symptomatique, là où l'impression d'un premier coup d'œil et d'un examen superficiel eût porté à admettre l'existence d'une péritonite et à agir en conséquence, tel est le premier point important de cette observation.

Le second point clinique qui en ressort, est la détermination de l'origine et de la nature de la lésion principale. Cette femme, avons-nous dit, a une métro-vaginite avec un écoulement d'une grande abondance. En présence d'un pareil écoulement, on est toujours porté à supposer une affection virulente. Il n'en était rien ici. Cette femme n'avait point eu d'écoulement pendant sa grossesse ; il ne s'est montré que depuis ses couches, et il en est évidemment une des conséquences pathologiques.

Il n'y a pas lieu d'être surpris, en effet, quand on songe, d'une part, aux accidents de traumatisme si fréquents pendant l'accouchement, et d'autre part, à la tendance si manifeste aux phlegmasies purulentes durant la période puerpérale, qu'il survienne sans le concours d'aucune autre cause spéciale, chez une femme récemment accouchée, une métro-vaginite catarrhale. M. Beau propose de désigner sous le nom de vaginite puerpérale cette affection, qui n'a pas encore été signalée, suivant lui, avec toute l'importance qu'elle mérite, et que l'on confond trop souvent à tort, dans la pratique, avec la vaginite virulente.

Syndactylie. — Main palmée, chez une jeune fille de douze ans. — Opération suivie de succès.

Les adhérences congénitales des doigts ont de tout temps appelé l'attention des chirurgiens, qui se sont évertués à créer un grand nombre de procédés opératoires pour remédier à ce vice de conformation.

C'est ainsi que la séparation des doigts a été effectuée par l'incision simple, par la cautérisation, par la compression, par la ligature ; mais toutes ces méthodes de division ne peuvent conduire à un résultat avantageux qu'autant qu'elles sont exécutées de façon à obtenir la cicatrisation isolée des faces qui étaient adhérentes. C'est, en effet, cette difficulté qui fait souvent échouer toutes les méthodes, et qui a dû amener la création d'un grand nombre de procédés.

Il est rare que par l'incision simple, qu'il est si facile de pratiquer, on puisse éviter les récidives, quand on exerce la compression sur l'angle de réunion des doigts, comme le conseillait Dupuytren, ou que, comme le voulait Amussat, on détruise toutes les vingt quatre heures l'angle d'union des deux surfaces.

Le procédé de Budtorffer, qui consiste à traverser au préalable la base du pli interdigital avec un fil de plomb qu'on laisse dans la plaie jusqu'à ce que celle-ci soit cicatrisée, offrirait plus de sécurité, si l'on n'était souvent obligé d'y renoncer à cause de la lenteur de la cicatrisation.

La destruction du pli interdigital par la cautérisation, par la compression, par la ligature, sans offrir plus de chance de succès, a l'inconvénient d'être plus douloureuse et plus longue que la simple incision.

C'est donc aux procédés autoplastiques que l'on a dû avoir recours pour éviter les récidives ; et c'est, en effet, en agissant de cette façon qu'on a obtenu les meilleurs résultats. Ainsi Zeller a obtenu plusieurs succès en faisant une incision en V, dont la pointe s'étend sur la membrane intermédiaire jusqu'au niveau de la deuxième phalange, et dont la base regarde l'articulation métacarpo-phalangienne. Le lambeau ainsi tracé est disséqué, puis, après la section de l'adhérence, rabattu entre les doigts, contre la face palmaire de la main, où il est fixé à l'aide d'une bandelette de diachylon. C'est encore pour obtenir une cicatrisation isolée de l'angle de la plaie, que, dans le procédé de Decès, on divise le pli interdigital au moyen de deux incisions pratiquées parallèlement sur le bord de chaque doigt ; cette double incision permet à chaque doigt de s'écarter et laisse dans leur intervalle une languette formée de deux surfaces cutanées adossées par leur face profonde, et qui, venant se placer à l'endroit qu'occupent normalement les commissures et s'y soudant, amène la séparation permanente des espaces interdigitaux.

Nous avons eu occasion de voir à l'hôpital Lariboisière, il y a quelques jours, une jeune fille de douze ans chez laquelle M. Foucher a employé un procédé autoplastique ingénieux qui diffère à peine de celui qui a été décrit par M. Didot (de Liége).

La jeune malade avait le petit doigt et l'annulaire de la main gauche complétement unis entre eux au moyen d'un repli cutané qui permettait un écartement d'un centimètre à la racine des doigts, mais qui les maintenait étroitement appliqués l'un contre l'autre à leur extrémité. La même disposition existait entre l'annulaire et le médius ; les autres doigts étaient libres.

Pour être plus sûr d'obtenir une séparation permanente des doigts, et se bornant à agir dans une première séance sur l'annulaire et le petit doigt seulement, M. Foucher a procédé de la façon suivante :

Après avoir écarté autant que possible les parties pour tendre la membrane interdigitale, il a divisé la peau sur la face dorsale du petit doigt et dans toute sa longueur, et l'a disséquée avec précaution, de manière à constituer un premier lambeau dorsal. Une incision pratiquée de la même façon sur la face palmaire de l'annulaire a permis de former un lambeau palmaire. Les deux lambeaux étant complétement disséqués en sens contraire, les doigts se sont trouvés séparés. Le lambeau dorsal, replié autour du doigt annulaire, a été fixé au moyen de quelques points de suture entrecoupée, de même que le lam-

beau palmaire autour du petit doigt, et une languette triangulaire, qui avait été formée à l'extrémité postérieure du lambeau palmaire, a pu servir à constituer la commissure au niveau de la tête des métacarpiens : de cette façon, les cicatrices seront placées dans deux points opposés des deux doigts, et l'espace interdigital, recouvert de chaque côté par une portion de peau saine, reste libre, sans aucune possibilité d'adhésion.

Quoique la réunion par première intention n'ait pas eu lieu dans tous les points, et qu'elle ait même échoué complétement sur le petit doigt, le résultat est des plus satisfaisants, et les deux doigts sont parfaitement libres. Aussi M. Foucher se propose-t-il d'opérer de la même façon le médius et l'annulaire.

PÉRITONITE PUERPÉRALE;

épanchement purulent considérable dans la cavité péritonéale; paracentèse; guérison.

Par M. le docteur J. DE LAPLAGNE, à la Souterraine.

Les cas de péritonite puerpérale, avec épanchement considérable de pus dans la cavité du péritoine, terminés par la guérison, sont des faits assez rares pour qu'il me paraisse utile d'en publier une observation que je viens de recueillir dans ma pratique ; il est toutefois entendu que je ne saurais avoir la prétention de m'attribuer le mérite d'une guérison dont les honneurs reviennent sans contredit, pour la plus grande part, aux salutaires efforts de la nature, secondés par la bienfaisante influence d'une habitation à la campagne, dans un lieu sain et aéré, et loin de tout voisinage. Mais qu'il me soit du moins permis de voir dans ce fait un motif nouveau, s'il en était besoin, pour rendre hommage aux savants académiciens qui, dans la séance du 6 avril 1858, demandaient, avec beaucoup de raison, la suppression des grands hospices d'accouchement, et leur remplacement par un certain nombre de petits hospices, situés hors de Paris, où chaque accouchée pourrait avoir une chambre particulière.

Ne serait-ce pas là, en effet, la mesure la plus efficace à prendre, non pour anéantir cette redoutable affection, mais pour réduire presque à zéro l'effrayante mortalité qui pèse aujourd'hui, en temps d'épidémie, sur nos maisons d'accouchements ?

La femme D..., âgée de vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatique nerveux, habituellement bien portante, adonnée aux travaux des champs et habitant une maison saine et entièrement isolée, située sur le versant sud-est d'une colline bien boisée, à six kilomètres de la Souterraine, est accouchée à terme et heureusement, pour la seconde fois, d'un enfant bien portant, le 4 septembre 1860, le temps de sa grossesse n'ayant été signalé par aucun incident.

Le lendemain de ses couches, elle commet l'imprudence de se lever pour vaquer aux soins de son ménage.

Le 6, elle est prise d'un frisson violent, suivi de fièvre et de malaise général, et je suis aussitôt appelé auprès d'elle. Je trouve la malade couchée sur le dos, la tête relevée, les cuisses fléchies sur le bassin, se plaignant de céphalalgie sus-orbitaire, de douleur vague, ou plutôt d'appréhension de la douleur à la plus légère pression dans tout l'abdomen, mais plus spécialement dans la région sous-ombilicale. Sa face grippée exprimait au plus haut degré l'anxiété à laquelle elle était en proie; vomissements fréquents d'une matière épaisse, porracée; soif vive; urines rares et épaisses; constipation; suppression des lochies; langue large, humide, rouge sur les bords, recouverte à sa base d'un enduit blanchâtre, épais; ventre mou, peu météorisé; globe utérin volumineux; pouls petit, concentré, battant 125 à 130 ; respiration accélérée, plaintive, incomplète; sécheresse de la peau; tels sont, en peu de mots, les symptômes qui ne pouvaient me permettre de douter que j'assistais au début d'une métro-péritonite puerpérale.

Malgré les dissidences qui règnent encore au sujet du traitement de cette grave affection, me souvenant des sages enseignements de Sydenham, et après lui des Stoll, des Ozanam, sur la propriété qu'ont les épidémies régnantes de faire participer à leur nature les maladies intercurrentes; tout compte fait, d'une part, avec l'état et la constitution de la malade, de l'autre, avec l'influence de l'affection dominante (état muqueux, embarras gastriques et intestinaux), la ligne à suivre me parut ne devoir comporter aucune hésitation. C'est à la médication évacuante que je devais recourir. Je crus toutefois devoir débuter par une émission sanguine locale, et je prescrivis : 15 sangsues éparpillées sur le ventre, à appliquer immédiatement ; puis onctions matin et soir avec le baume Tranquille (excellent calmant, qui, ainsi que je l'ai dit ailleurs, m'a souvent été utile dans certaines affections gastriques ou abdominales); cataplasmes et lavements émollients; chiendent nitré.

Le lendemain, 2 grammes de poudre d'ipéca, puis, l'effet vomitif obtenu, julep morphiné par cuillerée d'heure en heure. Mais sans entrer ici dans tous les détails d'un traitement qui n'a rien présenté de particulier, qu'il me suffise de dire que, suivant les indications, j'ai eu recours au calomel d'après la méthode de Law, aux onctions mercurielles conseillées par M. Velpeau, au sulfate de quinine en cas de rémittence, mais surtout à l'ipécacuanha seul ou associé au sulfate de soude (1 gramme sur 20), mélange qui m'a si souvent rendu dans certains états muqueux de signalés services.

Le 15, ayant obtenu un amendement notable des principaux symptômes, bien que le pouls conservât encore une grande fréquence (115 à 120, après avoir atteint 135 et 140), je crus devoir suspendre momentanément mes visites.

Rappelé le 18, la malade tousse et se plaint d'un point de côté un peu au-dessous du sein droit; elle expectore quelques crachats muqueux. L'auscultation fait percevoir en arrière, des deux côtés, de gros râles muqueux, et du côté droit seulement, dans la fosse sous-épineuse, un bruit de frottement pleural évident ; la percussion, de la matité dans le même point ; catarrhe bronchique, début d'une pleurésie. *Prescriptions* : Pas d'émissions sanguines, vu l'état de faiblesse de la malade ; julep kermétisé (60 centigr.) par cuillerée d'heure en heure ; infusion de polygala avec oxymel scillitique, un verre matin et soir ; pour boisson habituelle, infusion de fleurs pectorales avec sirop de Tolu ; vésicatoire monstre sur le côté douloureux, en arrière. Nouvelle amélioration, spécialement du côté des voies respiratoires ; cependant ventre toujours sensible, météorisé, mais seulement par des gaz ; pouls à 115 et 120. Mes visites deviennent de nouveau plus rares jusqu'au 7 octobre.

Ce jour-là la malade, dont l'état était alors assez satisfaisant, est prise de frissons irréguliers avec refroidissement des membres ; le pouls, toujours fréquent, prend de la souplesse ; le ventre, moins douloureux, est aussi moins tendu ; en même temps je constate de la matité dans les flancs, à la partie la plus déclive de l'abdomen. Le surlendemain, le malaise des premiers jours a reparu ; les frissons persistent, le pouls bat 130 ; l'épanchement que j'avais cru constater l'avant-veille n'est plus douteux ; les urines sont rares et difficiles. Une petite toux sèche et un hoquet, qui fatiguent beaucoup la malade, me font présager une fin prochaine ; je fais part de mes craintes à la famille, et à tout hasard je prescris quelques diurétiques (pilules, scille, calomel et digitale) ; chiendent nitré avec sirop de pointes d'asperges ; frictions sur le ventre avec teinture de scille et digitale ; fomentations avec une forte décoction de feuilles de digitale ; potions toniques ; alimentation substantielle ; quelques cuillerées de bon vin. L'état général reste stationnaire, mais l'épanchement augmente visiblement ; la percussion me permet chaque jour de constater ses progrès sensibles des flancs vers l'ombilic. En variant le décubitus, je constate qu'il n'existe pas d'adhérences ; le liquide obéit aux lois de la pesanteur.

Le 18, enfin, l'abdomen paraît distendu comme au neuvième mois de la grossesse ; la matité existe dans tous les points ; la fluctuation est évidente ; l'ombilic, refoulé par le liquide, proémine et permet d'espérer une perforation spontanée. Toutefois, par suite du refoulement du diaphragme, la respiration est devenue courte, anxieuse, incomplète ; la malade est dans un état d'indicibles angoisses ; elle demande avec instances que l'on mette fin à ses longues souffrances. Tout bien considéré, je ne crois pas devoir temporiser davantage, et je propose une ponction qui est acceptée, et que je pratique séance tenante au lieu d'élection. Cette ponction donne issue à trois litres de pus bien lié, dit louable ; mais n'ayant à ma disposition qu'un trocart à hydrocèle, il ne m'est pas possible de vider entièrement le péritoine, la canule se trouvant à chaque instant obstruée par des flocons albumineux. La malade se dit immédiatement soulagée ; mais je n'en persiste pas moins à prémunir l'assistance contre toute illusion en ce sens. J'avoue que j'étais fort tenté d'user de la médication substitutive et de pousser dans le péritoine une injection iodée ; mais je n'avais pas de teinture d'iode, et l'éloignement du pharmacien ne me permettant pas de donner suite à cette idée, je dus me contenter d'un simple bandage de corps.

Le 20, mon étonnement est extrême, l'état de ma malade ne s'est point aggravé ; elle m'apprend que la veille, dans un mouvement brusque, l'ombilic s'est spontanément ouvert, et que par des pressions analogues à celles que je faisais pratiquer moi-même, on a pu faire écouler par cette ouverture plus d'un litre de pus. Depuis ce moment, toute médication énergique a été suspendue ; des cataplasmes et des lavements émollients ont constitué à eux seuls tout le traitement. L'état de ma malade, contre toute attente, s'est de jour en jour amélioré ; l'appétit a reparu, et sous l'influence d'un régime substantiel, les forces renaissent visiblement ; les fonctions digestives se font bien ; le sommeil est bon ; le pouls ne bat plus que 75 à 80. La malade reste levée tous les jours pendant dix à douze heures.

Elle a fait plusieurs sorties, et tout nous permet d'espérer aujourd'hui, 25 janvier 1861, qu'elle n'aura bientôt plus de cette redoutable affection que le souvenir.

DE L'EMPLOI DU CHLOROFORME A L'INTÉRIEUR.

Dans les cas assez fréquents où l'opium et les solanées ne suffisent plus pour procurer du sommeil aux malades et calmer leurs quintes de toux, on se trouve souvent bien de l'usage du chloroforme à l'intérieur. Mais comme ce liquide est pour ainsi dire insoluble dans les véhicules ordinaires, et que sa densité est très-différente de celle de l'eau (1,48), il doit arriver, pour une potion chloroformée ordinaire, que la presque totalité du chloroforme se précipite et s'amasse en gouttelettes au fond de la fiole.

Pour remédier à un aussi grave inconvénient, il importait de trouver un moyen à la fois simple et inoffensif de dissoudre ou du moins de suspendre le chloroforme d'une manière complète. C'est à l'aide de la glycerine que M. Bonnet, pharmacien interne de la Maison municipale de santé, propose d'opérer cette dissolution, qu'on ne peut obtenir aussi parfaite par aucun autre agent. M. Debout partage complétement la manière de voir de M. Bonnet sur la supériorité de ce mode d'administration du chloroforme, et fait suivre son travail d'une formule qu'il emploie habituellement dans sa pratique :

Glycérine.	30 grammes.
Chloroforme.	2 grammes.

Mêlez avec soin dans un mortier et placez dans un flacon bouché à l'émeri.

A prendre par cuillerées à café dans un verre d'eau, ou une infusion froide de fleurs de bechiques.

Les 2 grammes de chloroforme contenant 60 gouttes environ de cet agent, c'est donc 2 gouttes par gramme. Or, la cuillerée à café de glycérine pesant 6 grammes, la dose de chloroforme est de 12 gouttes, quantité conseillée dans le cas que nous rappelons plus haut.

Avec cette préparation, qui se conserve très-bien, le malade peut composer lui-même sa potion et la répeter autant de fois que le médecin le juge convenable. Ce glycerolé constitue pour ainsi dire une préparation officinale. (*Bull. de thérap.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 mai 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. ROBERT communique le fait suivant :

On a parlé dans le cours de la discussion, dit M. Robert, de l'**emphysème qui complique certaines gangrènes**; or voici sur ce sujet une observation curieuse :

Il y a quelques années, on amène à l'hôpital Beaujon, dans mon service, une jeune fille qui était atteinte d'une fracture de l'avant-bras avec plaie. La plaie était très-petite. Un appareil un peu trop serré avait été appliqué, et au moment où je vis la malade, il existait une gangrène occupant le cinquième inférieur environ de l'avant-bras. Ce sphacèle était mal limité, ce qui me décida à attendre avant de prendre un parti.

Le lendemain, la gangrène avait monté et était arrivée presque au pli du coude. Dès la veille au soir, on avait constaté un fait fort singulier : Au-dessus de la partie gangrenée, la peau était tendue, soulevée, et dans le tissu cellulaire existait une certaine quantité de gaz. Il y avait là un emphysème assez prononcé.

Le second jour, l'emphysème s'était développé davantage et était encore au-dessus de la partie sphacélée. L'origine de ces gaz me paraissait devoir être rapportée à la gangrène elle-même, et je craignais une infiltration gazeuse résultant de la décomposition des parties sphacélées.

Au troisième jour, la gangrène montait toujours et était arrivée au niveau de la partie moyenne du bras ; l'emphysème occupait l'épaule et s'étalait même en avant et en arrière sur les parois de l'aisselle. J'étais dans une grande perplexité : attendre encore, mais la gangrène allait arriver à l'épaule, et alors je ne voyais plus de salut possible pour la malade ; opérer, désarticuler l'épaule, mais cette infiltration gazeuse me faisait craindre une issue funeste, et l'opération me semblait offrir peu de chances de succès.

Mon collègue M. Huguier vint voir la malade, et fut d'avis qu'il n'y avait pas à hésiter, qu'il fallait désarticuler l'épaule. C'était la seule ressource que la chirurgie pouvait offrir dans ce cas ; je me décidai à opérer. A la première incision, les gaz s'échappèrent en sifflant. Ils n'avaient point d'odeur : je songeai de suite qu'ils ne devaient pas être rapportés à une décomposition putride, et cette idée me rassura un peu.

Je continuai l'opération ; les chairs étaient belles, le tissu cellulaire était sain ; les cellules en étaient distendues, comme on le voit chez les animaux qui ont été soufflés, mais je ne trouvai pas dans mes lambeaux une seule trace d'altération gangréneuse. Je tentai la réunion immédiate ; et comme c'était dans une saison un peu chaude, je fis appliquer de la glace sur le moignon. La malade guérit très-bien ; je n'ai jamais eu de plus belle réunion par première intention.

Quelque temps après, M. J. Roux (de Toulon) publia dans la *Gazette médicale* un fait tout à fait semblable.

De ce fait il résulte, pour moi, qu'un travail de gangrène peut, sous une influence nerveuse plus ou moins grave, être précédé d'un développement de gaz dans le tissu cellulaire, mais dont la source n'est pas dans le sphacèle lui-même.

Ce fait doit trouver sa place dans la discussion, et peut être rapproché de certains cas d'emphysème spontané, résultat d'un traumatisme violent, avec ou sans plaie aux téguments, communiquant avec le foyer de la lésion. Il mérite d'être connu. Pour ma part, je n'attendrais plus, je n'hésiterais plus si pareille observation se présentait à moi, et au lieu d'être forcé de désarticuler l'épaule, je pourrais attaquer le mal plus tôt et conserver le bras.

M. MOREL-LAVALLÉE. M. Robert ne s'est pas assuré si l'emphysème était primitif ou s'il s'était seulement montré un peu plus tard. Ce fait peut rentrer dans la catégorie de ceux dans lesquels il y a fracture avec plaie et emphysème immédiat. Je ne vois réellement rien qui puisse faire rejeter l'idée de l'introduction de l'air extérieur à travers la plaie. Le bandage lui-même, quelque serré qu'il fût, ne constituait pas un obstacle suffisant au passage de l'air extérieur. Cette probabilité est d'autant plus grande que la forme des muscles de l'avant-bras est éminemment *conique*, et qu'au moment où la partie étroite du tendon correspond à la partie large de sa gaine, il y a une forte aspiration. Mais je n'insiste pas davantage sur ce point, je veux établir un rapprochement curieux entre ce fait et celui qui nous a été rapporté par M. Broca. — Dans l'observation de M. Broca, le blessé présente de suite un emphysème ; l'amputation est pratiquée dans des tissus parfaitement sains, et le moignon se sphacèle. — Dans celle de M. Robert, les lambeaux sont taillés en plein emphysème, et M. Robert obtient, même dans ces conditions, une réunion par première intention.

Eh bien ! peut-on vraiment faire jouer à l'emphysème un rôle dans la production de la gangrène ? Et la gangrène, quand elle se déclare, ne doit-elle pas être l'effet d'une autre cause plus générale résultant du traumatisme lui-même ?

M. ROBERT. Je ne puis pas admettre l'explication de M. Morel-Lavallée pour la production de l'emphysème. Il y avait trop de gaz (et ces gaz étaient séparés de la plaie par une portion sphacélée du membre) pour admettre l'introduction de l'air extérieur. Si à ces considérations vous ajoutez que le bandage était très-serré, il sera de plus en plus difficile de s'arrêter à l'hypothèse de notre collègue. Je pense donc, ainsi que je l'ai dit plus haut, que sous certaines influences générales il peut se produire de l'emphysème. C'est ce qui a eu lieu chez mon opéré ; et je rapprocherai de ce cas d'autres faits médicaux, mais qui ont une certaine analogie avec celui-là. Ainsi j'ai vu un jeune homme de l'île Maurice qui a succombé à une variole ; dans les derniers jours de sa maladie, il a été pris d'un emphysème général. Il peut se passer au sein de nos tissus et de nos organes un travail en vertu duquel il se développe des gaz, et partant de l'emphysème. Le tenais du reste, seulement, je le répète, à faire connaître à la Société un fait qui méritait de fixer son attention.

CORRESPONDANCE.

M. le professeur Bouisson (de Montpellier), membre correspondant, fait parvenir à la Société le tome II de son ouvrage intitulé : *Tribut à la chirurgie*. Montpellier, 1861, in-4°.

— La Société a reçu en outre une *Notice sur les travaux de la Société de médecine de Bordeaux*, pour 1860, par M. le docteur Dégrange, secrétaire général.

Fémoro-coxalgie. — Désarticulation de la cuisse. — M. LARREY communique la lettre suivante, qu'il a reçue de M. Secourgeon, médecin en chef de l'hôpital militaire de Perpignan. La Société décide que cette lettre sera imprimée, en attendant l'observation complète.

Perpignan, le 17 mai 1861.

Monsieur l'Inspecteur,

Avant de répondre à votre lettre du 11 avril dernier, pour vous remercier de l'empressement que vous avez mis à provoquer une discussion sérieuse au sein de la Société impériale de chirurgie, au sujet du malade dont j'avais eu l'honneur de vous entretenir, j'ai voulu attendre les résultats de l'opération que vous m'aviez conseillée.

Voici sommairement ce qui s'est passé :

Immédiatement après la réception de votre lettre, j'ai réuni mes collaborateurs et la plupart des médecins de la ville, pour leur en donner lecture, prendre leur avis et procéder à l'opération sans retard.

Il fut décidé qu'on opérerait, sans préciser cependant le genre d'opération; mais que le malade serait chloroformisé, afin de pouvoir compléter le diagnostic, en faisant exécuter au membre des mouvements qui indiqueraient :

1° S'il y avait luxation, et dans ce cas, carie de l'extrémité supérieure seule du fémur, et possibilité de tenter la résection ;

2° Ou, si les surfaces articulaires ayant conservé leurs rapports, on pouvait admettre comme certain qu'elles étaient également malades; que le raccourcissement du membre tenait à l'usure de la tête du fémur, — et c'est en effet ce qui existait, — et dans ce cas, l'amputation devenait la seule ressource.

Ces tentatives permirent de constater que l'article coxo-fémoral était profondément altéré; que celui du genou était ankylosé; que par suite d'une longue immobilité, les veines principales du membre étaient oblitérées, — fait important confirmé par l'examen de la pièce anatomique; et vu l'état des parties, les flots de pus qui s'échappaient dans chaque mouvement, la constitution du malade déjà trop altérée, il fut décidé que l'amputation était impraticable.

Cependant le malade ne crut pas aux espérances de guérison qu'on lui donnait, et quelques jours après il exigea impérieusement l'opération, quelles qu'en dussent être les conséquences.

Fort de l'assentiment des premiers chirurgiens de France, et rassuré par l'état moral du patient, je pratiquai l'amputation le 30 avril, par un procédé *ovalaire mixte*, nécessité par l'état des parties molles autour du grand trochanter, et qui n'est ni celui de votre illustre père, ni celui de Dupuytren, de Guthrie ou de Scoutteten. Il se rapproche beaucoup de celui de votre père pour la désarticulation scapulo-humérale.

Le malade était très-affaibli par plusieurs jours de diarrhée, et toute perte de sang eût été immédiatement mortelle. Il fallait donc procéder à la ligature des vaisseaux au fur et à mesure qu'ils étaient divisés. Pour atteindre ce but, voici comment l'opération a été conduite :

Le sujet convenablement placé, j'ai fait une incision oblique, descendant de 3 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'au-dessous et un peu en avant du grand trochanter. Cette incision, allant jusqu'au col du fémur, permit d'explorer l'état des parties, et devait, en agrandissant le champ de l'opération, en rendre l'exécution plus facile. De l'extrémité inférieure de cette première incision, j'en ai conduit une autre sur les faces antérieure et interne du membre n'intéressant que les téguments, et descendant obliquement de la base du grand trochanter à 6 centimètres environ au-dessous de la tubérosité de l'ischion, pour être ramenée de là, par la partie postérieure et externe vers son point de départ, à la base du grand trochanter. Cette incision ovalaire dessinait parfaitement une raquette, dont le manche était figuré par l'incision ilio-trochantérienne.

Mon but, en agissant ainsi, était de conserver le plus possible de éguments; car dans les mêmes opérations que j'avais déjà faites ou vu pratiquer, les lambeaux s'appliquaient mal, se recroquillaient, et la peau était presque toujours insuffisante.

Celle-ci se trouvant assez rétractée, je coupai d'un seul coup les chairs jusqu'au col du fémur, à la partie antérieure et interne du membre. La crurale, la fémorale profonde et quelques rameaux musculaires furent immédiatement liés. Je repris le couteau que je portai sur la capsule, et le membre fut facilement luxé par un mouvement d'abduction et d'élévation. Le couteau, reporté en arrière, parcourut la partie postérieure et externe de l'ovale tracé par la peau, et l'opération fut terminée en moins de temps que je n'en ai mis à la décrire. Le malade ne perdit pas 50 *grammes* de sang artériel.

La cavité cotyloïde était très-malade et dépouillée de ses cartilages. Avec un fort scalpel je coupai tout le tissu osseux ramolli de son rebord, et quand il résista à l'instrument tranchant, j'employai le cautère actuel. Trois cautères en roseau furent successivement éteints sur tous les points de la circonférence de la cavité articulaire reconnus malades, et malgré le danger de cette cautérisation dans l'intérieur de cette cavité, — à cause de la transmission d'un excès de calorique au péritoine, — après avoir ruginé tout ce que je pus atteindre, j'y promenai, par surcroît de précaution, un quatrième cautère sphérique. Il survint quelques douleurs abdominales assez vives; mais comme après chaque cautérisation nous avions pratiqué d'abondants lavages d'eau froide, ces douleurs se dissipèrent bientôt.

Voilà, Monsieur l'inspecteur, une bien longue description ménagée avec une certaine coquetterie chirurgicale; car je vous ai conduit jusqu'ici sans vous parler des suites de cette grave opération. Vous me pardonnerez quand je vous dirai qu'aujourd'hui, *dix-huitième jour*, la cicatrice est linéaire et presque complète, excepté en face de la cavité cotyloïde.

J'ai voulu attendre, pour vous parler de mon malade, qu'il fût hors de danger et que le succès fût assuré. Depuis deux jours il se lève et sa santé est parfaite. C'est, je pense, la meilleure manière de répondre aux réflexions un peu vives dont mon *projet* d'opération a été l'objet. J'aurai peut-être contribué à modifier les idées sur un point de chirurgie de la plus haute importance, en mettant en évidence la possibilité de sauver quelques malades atteints de fémoro-coxalgie qu'on abandonnait à leur triste destinée.

Vos conseils et les avis de la Société de chirurgie ont une trop large part dans le succès de cette opération, pour que je ne m'empresse de rendre à César ce qui lui appartient, et je vous prie de vouloir bien être près de ce corps savant l'interprète de ma vive reconnaissance.

Je crois remplir un devoir vis-à-vis la Société impériale de chirurgie, en vous priant de lui communiquer cette lettre, que l'observation détaillée viendra compléter.

Je compte, dans quinze jours, vous expédier mon opéré avec la pièce anatomique et l'observation faite avec soin sous mes yeux par M. Combes, médecin aide-major d'un grand mérite.

Veuillez agréer, etc. SECOURGEON.

LECTURE.

M. OLLIER, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, lit un travail sur les sutures métalliques.

Après avoir exposé des recherches historiques consciencieusement faites et très-intéressantes, M. Ollier fait la relation d'expériences qu'il a entreprises sur les animaux, et des heureux résultats que ces sutures lui ont donnés sur l'homme. Sans rejeter les fils faits de n'importe quel métal, M. Ollier a choisi les fils de fer, parce qu'ils sont aussi avantageux que les fils d'argent ou d'or, et qu'on les trouve partout.

Voici, du reste, les conclusions de ce travail :

1° Les fils métalliques irritent sensiblement moins les tissus que les fils organiques. Ils les ulcèrent et les coupent moins; ils sont tolérés beaucoup plus vite et plus longtemps.

2° Les points de suture métallique conservent une forme constante, maintiennent les lèvres de la plaie dans une fixité plus grande et dans un rapprochement plus profond.

3° Les fils métalliques très-fins (argent, fer) sont préférables aux fils plus volumineux, surtout lorsqu'il s'agit de réunir une plaie dont les bords n'ont pas dû être affrontés violemment. Ils irritent beaucoup moins les tissus, occasionnent peu de suppuration le long de leur trajet, et ils laissent une cicatrice moins apparente que les autr[es]. On peut les multiplier sans inconvénient. Ces fils seront surtout util[es] dans les opérations autoplastiques, où une réunion exacte est le prin[-]cipal but du chirurgien.

Ce que nous venons d'exposer ne se rapporte qu'à la suture entr[e]coupée; nous aurions beaucoup de choses à dire sur les divers espèces de suture, mais notre but a été seulement de prouver aujour[-]d'hui la réalité des avantages qu'un certain nombre d'auteurs ont c[ru] pouvoir attribuer aux sutures métalliques. Sans partager l'enthou[-]siasme de quelques chirurgiens, nous croyons qu'il sera utile d[e] généraliser l'emploi à la réunion de toutes les plaies. Si nos expérien[-]ces ne nous ont pas trompé, et si notre observation de six mois ne nous a pas induit en erreur, nous nous arrêterons aux conclusions que l'on vient de lire.

(Commission, MM. Verneuil, Robert et Follin.)

— La suite de la discussion sur le traitement des anévrysmes est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les juges du concours pour trois places de médecin au Bureau central sont : MM. Gallard, Cruveilhier, Monneret, Bouley, Devergie, Demarquay et Marjolin, *titulaires;* Guéneau de Mussy et Huguier, *suppléants*.

— Une épidémie très-considérable de rougeole sévit à Strasbourg; elle a commencé au mois de mars, mais elle n'a acquis une grande intensité que vers le milieu du mois d'avril. Depuis longues années nous n'avions pas vu d'épidémie aussi étendue. Les salles d'asile sont dépeuplées, et quelques-unes ont dû être fermées. La maladie a le plus souvent été bénigne; cependant, le vent du nord qui persiste depuis si longtemps n'a pas manqué d'amener des pneumonies, des bronchites capillaires, et un assez grand nombre d'enfants (24 en mars et avril) ont succombé à cette complication. (*Gaz. méd. de Strasb.*)

— M. le président d'une Société de secours mutuels qui vient de se fonder à Laveline, près Saint-Dié (Vosges), nous prie de faire connaître que cette Société désire avoir un médecin résidant à Laveline. La clientèle, dans un rayon de deux à trois kilomètres, pourra s'exercer sur une population d'environ 8,000 âmes. La Société de secours mutuels affecte au traitement d'un médecin résidant une somme annuelle de mille fr.

— M. le docteur Triquet commencera ses leçons publiques sur les maladies des oreilles le mardi 11 juin, à son dispensaire, 4, impasse Larrey, à sept heures du soir. L'art de sonner les trompes fera le sujet des premières leçons.

— M. le docteur Giraud-Teulon, ancien élève de l'Ecole polytechnique, commencera son cours public sur la physiologie et la pathologie fonctionnelle de la vision, le lundi 3 juin, à trois heures, au dispensaire, rue du Jardinet, 11, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

Ces leçons auront particulièrement pour objet les lois de la vision associée ou binoculaire, l'ophthalmoscopie, l'usage binoculaire des lunettes et de tous les instruments d'optique, enfin les troubles fonctionnels de l'appareil de la vue.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

La Circoncision, de son importance dans la famille et dans l'Etat, par M. le docteur CLAPARÈDE. Prix : 1 fr., avec 3 planches. — Chez l'auteur, rue Laffitte, 7.

Des paralysies syphilitiques, par J. LADREIT DE LACHARRIÈRE, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. Grand in-8°. Prix : 2 fr. 50 c. Paris, chez P. Asselin, place de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 65. — MARDI 4 JUIN 1861. (34e ANNÉE.) N° 65. — MARDI 4 JUIN 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, 3 juin 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Coste a fait dans cette séance une courte communication, qui se rattache à l'une de ces grandes questions d hygiène publique qui préoccupent si vivement en ce moment l'administration. On sait qu'il est question d'un grand projet d'approvisionnement des eaux de Paris.

Un point essentiel pour la solution de cet important problème est de connaître les modifications que les eaux subissent dans les réservoirs à ciel ouvert où, en l'état actuel des choses, on les emmagasine. Là, en effet, la lumière et la chaleur favorisent le développement des matières organiques comme dans une mare. Au cœur de l'été, l'action du soleil, multipliée par la réverbération des murailles qui entourent ces réservoirs, élève la température jusqu'à 35°, et dans ces conditions, des végétaux et des animaux microscopiques se forment en abondance. Depuis plus de dix ans, M. Coste suit pas à pas, jour par jour, toutes les altérations que ces dépôts malsains impriment à l'eau du réservoir du Panthéon, qui coule dans son laboratoire du collége de France. Il mesure en quelque sorte l'intensité de cette altération par l'influence nuisible qu'elle exerce sur l'incubation des œufs de poisson, qui font ici l'office d'instruments d'expérimentation d'une sensibilité extrême. Or il a constaté que la mortalité y est toujours en proportion de la fermentation, dont l'œil nu, l'odorat ou le microscope permettent aisément de constater l'existence.

Pour mettre en évidence la différence que présentent à cet égard les divers points d'un même bassin, dont les uns sont éclairés et dont les autres sont à l'ombre, M. Coste a fait couvrir certains espaces de ses viviers au moyen de planches, laissant les autres à la lumière. Nulle trace de végétation ne s'est développée sur les parois placées dans l'obscurité, tandis que partout ailleurs la végétation était très-active.

Ces expériences confirment avec un nouveau caractère de précision et d'exactitude ce que l'on connaissait déjà sur l'action de la lumière et de la chaleur, savoir qu'elles sont des causes d'altération pour les eaux et surtout pour les eaux stagnantes. D'où l'indication toute naturelle de soustraire les réservoirs d'approvisionnement à la fâcheuse influence de ces éléments.

Cette indication n'est pas plus nouvelle que le fait lui-même. La preuve en est, ainsi que le fait remarquer M. Coste, dans les monuments que les Romains faisaient construire dans ce but, et dont on trouve encore les restes partout où ils se sont établis, particulièrement en Afrique et en Italie. Mais, pour n'être pas nouvelle, cette indication n'en est pas moins d'une importance capitale, et la rappeler, c'est déjà un service.

Un mémoire de M. Beauperthuy sur une variété de forme de la pustule maligne, due à la piqûre d'un insecte de la famille des acariens ; la présentation faite par M. Bussy d'un travail de M. Buignet sur diverses applications de la physique à la solution de quelques problèmes de chimie et de pharmacie ; et une nouvelle note de M. Ollier sur les greffes périostiques, telles sont les principales communications médicales de cette séance. On trouvera une courte indication de chacune d'elles dans le compte rendu. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Guéneau de Mussy.

De la dérivation.

Puisque j'ai été amené à vous parler de la dérivation, permettez-moi de m'arrêter quelques instants sur cet important sujet, et d'étudier avec vous cette action thérapeutique et les lois physiologiques qui la régissent.

Qu'est-ce donc que la dérivation ?

Pour la bien comprendre, il nous faut faire retour à la physiologie, qui en thérapeutique, comme en pathologie, doit éclairer chacun de nos pas. En effet, vous le savez, la vie est une, et les mêmes lois gouvernent les phénomènes hygiques et les phénomènes morbides.

Les organes, pour fonctionner régulièrement, ont besoin d'une certaine dose d'activité vitale et de sensibilité à l'impression des agents qui mettent celle-ci en jeu. Cette sensibilité constitue l'*incitabilité*. Si une cause extérieure appelle avec une grande énergie l'activité vitale dans un point quelconque de l'organisme, y développe cette incitabilité, celle-ci peut s'affaiblir dans les autres organes, comme si l'organisme n'en possédait qu'une certaine somme répartie entre tous. Un exemple vous fera bien comprendre ma pensée. Au moment du repas, l'action vitale semble concentrée sur l'estomac, et tout entière occupée à la transformation des aliments en une substance assimilable. Si précisément à ce moment nous provoquons sur quelque partie du corps une excitation énergique, si nous appliquons des sinapismes ou si nous ordonnons un pédiluve, c'en est assez très-souvent pour provoquer une indigestion. L'action vitale est devenue insuffisante pour accomplir l'œuvre qu'elle avait commencée, nous l'en avons distraite. L'excitation cérébrale causée par un travail intellectuel peut produire exactement les mêmes effets.

Voilà un phénomène de dérivation en quelque sorte physiologique ; l'action normale de l'organisme est détournée de sa voie, entraînée à la dérive par une excitation qui s'oppose à ce qu'elle suive sa marche accoutumée.

Toutefois, remarquons-le, une pareille déviation, soit en physiologie, soit en pathologie, n'a rien de nécessaire, et je vous l'ai fait pressentir en vous disant que, sous l'influence de la dérivation, l'activité vitale *pouvait* s'affaiblir. En effet, l'activité vitale n'a pas la même énergie chez tous les individus ; telle excitation accidentelle va l'entraver chez celui-ci, tandis que chez tel autre la même cause ne pourra ni troubler l'activité vitale ni la détourner de sa direction naturelle.

Nous trouvons dans l'état morbide les faits analogues à ceux dont je viens de vous citer un exemple dans l'ordre physiologique. Quand l'organisme a conçu dans son sein une cause de maladie, celle-ci va produire dans certains organes une incitation anormale, qui y localise et y détermine le travail morbide. Cette incitation anormale est une aberration de l'incitation physiologique qui sollicitait l'action des organes ; elle peut en être une exagération ou une diminution ; mais elle en est surtout une *déviation*. Brown, Rasori, Broussais, ne voyaient jamais que l'excitation ou la dépression du stimulus vital ; pour eux, la maladie n'était jamais qu'une différence en plus ou en moins dans ce stimulus. Ce système est trop simple pour être dans la vérité des choses : une pareille dichotomie ne peut représenter la totalité du travail morbide, qui est surtout et avant tout une aberration de l'activité vitale, sans qu'il soit possible de définir à l'avance la nature de cette aberration ni de la faire rentrer de force dans les étroites limites d'un dilemme.

Quand un travail morbide s'est établi sur un point, si un stimulus, interne ou externe, l'appelle ailleurs, ce travail morbide peut disparaître ou s'affaiblir dans son foyer primitif. Nous en voyons de fréquents exemples dans l'observation des affections diathésiques.

Supposez une dartre déjà ancienne ; si par un moyen quelconque vous parvenez à la faire disparaître, sa cause morbifique, qui reste au-dessus de votre atteinte, peut tendre à se manifester ailleurs.

Une dame de ma clientèle portait depuis longues années un eczéma chronique de l'oreille ; tant que cette affection resta stationnaire et facile à dissimuler, la malade la toléra ; mais la dartre gagna successivement la joue, puis les paupières. Alors commencèrent les supplications. Elle voulait guérir à tout prix ; je luttai contre ce désir ; la malade avait plus de soixante ans ; enfin, vaincu par ses instances, je fis usage d'une pommade mercurielle et de quelques doses d'huile de ricin. A la deuxième purgation, l'eczéma disparut, en même temps qu'une diarrhée s'établissait pour durer quatre mois et disparaître à son tour, lorsque la dartre reprit possession de son premier domicile.

Cette espèce de dérivation pathologique, ce déplacement de l'action morbide qui disparaît sur un point pour se montrer sur un autre, est ce qui constitue la *métastase*. Seulement remarquez bien que, pour qu'il y ait métastase, il faut que le travail morbide quitte un organe pour se porter sur un autre.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, lorsque l'inflammation s'établit successivement sur plusieurs jointures, occupant celle-ci au moment où elle abandonne celle-là, on ne peut pas dire qu'il y ait métastase. Toutes les articulations font partie d'un même système organique ; elles représentent dans leur ensemble le siége naturel du travail morbide qui les envahit successivement ou qui sévit simultanément sur plusieurs points ; dans ces différents cas, le siége de la maladie est toujours le même ; c'est toujours le système fibro-séreux des articulations (ou même des viscères). La maladie change de lieu, mais non pas d'organes. On a traité de chimérique cette doctrine des métastases, et il n'y a pas bien longtemps qu'une thèse volumineuse a reproduit les efforts de la critique moderne sur ce sujet.

Il y a là, je ne crains pas de le dire, un malentendu et une question mal posée. Il y a trop longtemps que la doctrine des métastases existe ; elle a exercé de tout temps une influence trop générale sur la médecine, pour qu'elle ne repose pas sur un fondement réel. Et, en effet, rien de plus réel, à mon avis, que les faits sur lesquels elle s'appuie. Mais aussi rien de plus hypothétique que les explications qu'on a cherché à en donner. L'école humoriste, qui s'empara surtout de ces questions, supposait l'existence d'une matière morbifique, qui, élaborée primitivement en un certain point, était ensuite absorbée et transportée dans un point plus ou moins éloigné du foyer primitif. Certes, à combattre de pareilles interprétations on aura toujours beau jeu ; mais ne confondez pas la théorie hypothétique avec le fait dont elle est née, et, parce que celle-ci est facile à renverser, n'en concluez pas que le fait lui-même doit être entraîné dans sa chute.

Rien de plus positif que ce fait ; l'exemple que je vous en ai cité est choisi entre mille, et la réalité de ce fait est précisément un des fondements de la médication dérivative. Seulement, de même qu'on ne détourne pas toujours à son gré l'activité physiologique normale, de même cette marche inverse de deux localisations morbides, qui constitue la métastase, est loin d'être un phénomène constant et nécessaire. Quelquefois l'énergie de la cause morbide suffit à des phénomènes multiples et qui marchent parallèlement.

Quand un travail morbide s'est emparé d'un organe essentiel à la vie, quand il y a pris un certain développement, il est rare qu'on puisse l'enrayer subitement et l'éteindre sur place. Mais on peut presque toujours l'affaiblir, en atténuer les effets, en abréger la durée ; et l'un des plus sûrs moyens d'arriver à ce but, c'est de produire sur un point éloigné du foyer primitif une incitation qui appelle en ce point l'action vitale, et qui affaiblit l'action morbide en la divisant, en l'éparpillant pour ainsi dire sur une plus grande surface. Et pour arriver à ce but, il n'est point nécessaire, quoi qu'on en ait dit, que l'excitation provoquée soit la plus violente. Qu'on ne m'oppose point ici le célèbre aphorisme d'Hippocrate : *Duobus laboribus simul abortis non in eodem loco, vehementior obscurat alterum.*

Rien de plus vrai que ce principe ; mais de ce qu'il est vrai, il ne s'ensuit pas qu'il ait le sens restrictif qu'on veut lui donner. Non, il n'est point nécessaire, pour qu'elle soit efficace, que la stimulation artificielle dépasse en énergie la stimulation morbide ; il n'est point nécessaire, pour qu'il soit utile, qu'un vésicatoire ait plus de puissance excitative que n'en a la pneumonie à laquelle on l'oppose. La question n'est pas ici d'anéantir l'action morbide en la surmontant, mais de l'affaiblir en la divisant, d'amoindrir l'effort du travail pathologique en le partageant entre son foyer primitif et un foyer secondaire.

— Du reste la cause morbide peut être la plus puissante, et son énergie suffire à alimenter à la fois les deux foyers. Il s'en faut, comme je vous le montrerai tout à l'heure, que la dérivation ait un succès constant.

Telle est la *dérivation*. Quant à la *révulsion*, on peut dire que ce n'est qu'un mode particulier de la *dérivation*. On a beaucoup discuté sur le sens de ces deux mots. Aujourd'hui on est généralement d'accord. Si on cherche à produire la stimulation artificielle près du siége primitif de la maladie, on fait de la dérivation ; si on la porte au contraire sur un point éloigné, on fait de la révulsion. Le mode d'action est le même, comme vous voyez ; mais il y a là des nuances qui ne sont nullement à négliger, et qui ont, au contraire, un grand intérêt pratique. En effet, en faisant de la *dérivation*, vous pouvez quelquefois vous exposer à ce que la stimulation retentisse sur l'organe malade, et vienne ajouter quelque chose à l'action morbide. Au contraire, dans certains cas, il y a avantage, pour agir plus promptement et plus énergiquement, à appliquer les moyens excitants le plus près possible du foyer du mal. Quelquefois on peut combiner avec avantage et employer simultanément les deux moyens ; c'est ce que vous me verrez faire souvent, dans les méningites primitives surtout, et même dans les complications cérébrales de la fièvre typhoïde.

Ainsi, dans ces cas, j'applique, soit en même temps, soit à quelques heures d'intervalle, des vésicatoires aux cuisses, aux mollets, et un grand vésicatoire sur le cuir chevelu préalablement rasé.

La médecine possède un grand nombre d'agents dérivatifs qu'on peut ranger, à mon avis, sous quatre chefs : ce n'est pas là une pure division scolastique ; c'est, selon moi, une distinction importante et féconde en résultats pratiques, ainsi que j'espère vous le montrer.

Dans la première classe, je range les moyens dérivatifs qui ont pour effet de soustraire momentanément à la circulation générale une certaine quantité de sang, qu'ils retiennent mécaniquement et séquestrent dans une partie de l'organisme éloignée du foyer morbide. Ce sang est mis en quelque sorte en réserve et sera restitué plus tard à son cours naturel. Le but de cet artifice est donc de désemplir les vaisseaux de la partie malade. Les ventouses sèches, petites et grandes, les ligatures posées sur les membres, agissent dans ce sens. Vous me verrez souvent avoir recours à ce dernier moyen; j'en ai vu d'excellents résultats, et je m'étonne qu'il ne soit pas d'une pratique plus généralement adoptée. Voici, du reste, comment on doit y procéder :

On prend une bande de toile épaisse qu'on plie en deux dans le sens de sa longueur, et on l'applique au-dessus du genou en la serrant et la nouant fortement. De cette façon, la circulation veineuse superficielle est arrêtée sans que l'abord du sang par les artères soit empêché ; et vous comprenez que vous pouvez ainsi soustraire momentanément au torrent circulatoire une masse de sang très-considérable.

On maintient cette ligature en place pendant vingt à vingt-cinq minutes, et avant de la retirer on en met une autre du côté opposé. Souvent je fais succéder à celle-ci une application de sinapismes, pour soutenir par un autre procédé l'action dérivative. La cessation trop brusque et trop rapide de l'action hémospasique, en restituant tout à coup une quantité de sang considérable à la circulation générale, pourrait imprimer à celle-ci un surcroît d'activité qui retentirait sur l'organe malade et y produirait une espèce de choc en retour.

Les ventouses, les grandes ventouses de Junod, agissent de même, soit qu'on les applique sur tout un membre, soit qu'on borne leur action à un point limité.

C'est là la dérivation *hémospasique*, qui prend son nom des moyens qu'elle met en usage. J'y rattache les pédiluves et les maniluves, bien qu'il y ait ici une action complexe et que la stimulation produite par la chaleur sur les téguments s'ajoute à l'action hémospasique du remède. Mais l'effet principal consiste bien certainement dans l'accumulation du sang et dans la distension des vaisseaux, distension qui, du reste, a quelque chose de spécial. Il n'y a pas ici, en effet, une dilatation simplement mécanique et passive, comme dans le cas de ligature; la chaleur agit d'une autre façon et produit une dilatation active, une sorte d'expansion toute particulière des vaisseaux qui y appelle et y retient le sang.

La dérivation hémospasique convient surtout dans les cas de congestions légères, ou même dans les congestions violentes, mais qui sont passagères et mobiles; et surtout aussi lorsque les phénomènes congestifs sont encore voisins de leur début, n'ont pas encore pris racine dans l'organisme et n'ont pas reçu de l'habitude une force de permanence plus difficile à surmonter.

C'est principalement dans les congestions qui tendent à l'hémorrhagie, chez les sujets débilités, et alors qu'il y a intérêt et urgence à ne pas ajouter à la faiblesse de l'organisme par une dérivation spoliative, c'est dans ces circonstances, dis-je, qu'il faudra avoir recours à l'hémospase.

Ainsi, dans les hémorrhagies qui surviennent après la suppression de certains flux habituels, hémorrhoïdaires ou menstruels, des pédiluves combinés avec des douches de vapeur dirigées sur l'anus ou le col utérin, ont pu, dans certains cas, rappeler le sang vers ces organes et faire cesser la congestion hémorrhagique des bronches ou de l'estomac.

Dans les inflammations qui se déclarent chez des sujets antérieurement débilités, dans les congestions pulmonaires des tuberculeux, dans les congestions secondaires de la fièvre typhoïde des applications de ventouses sèches répétées en grand nombre et à des intervalles de temps assez rapprochés, ont souvent des résultats excellents.

Dans l'éclampsie, dans les convulsions symptomatiques d'affections tuberculeuses, les ligatures m'ont paru quelquefois arrêter les mouvements convulsifs; non pas évidemment en s'adressant à la maladie elle-même, mais à la congestion secondaire, qu'elles ont, dans certains cas, réussi à détourner.

Les maniluves sont souvent efficaces dans les congestions pulmonaires; ils ont une action directe, immédiate, et de cette façon on désemplit plus rapidement les vaisseaux des poumons. On est forcé d'y avoir recours aussi lorsqu'il y a indication à hémospase chez une malade qui est atteinte d'une affection congestive inflammatoire ou hémorrhagipare des organes pelviens. Dans ce cas, les pédiluves pourraient agir dans le sens du mouvement congestif et l'aggraver.

Si, au contraire, on a à combattre une congestion encéphalique légère, c'est une révulsion plutôt qu'une dérivation qu'on doit avoir en vue; les irritants appliqués sur les membres inférieurs seront ici préférables.

La seconde classe de dérivatifs comprend les moyens à l'aide desquels, tout en produisant une fluxion sanguine dans le lieu où on les applique, on enlève cependant, et d'une manière irrévocable, une certaine quantité de sang à l'organisme.

Lorsqu'ils sont répétés avec une certaine insistance et dans le même lieu, ces moyens ont pour résultat de provoquer une congestion hémorrhagique et de créer une sorte d'habitude fluxionnaire qu'on oppose souvent avec succès à une fluxion habituelle morbide.

Telle est la *dérivation évacuante* ou *spoliative* ; les ventouses scarifiées et les sangsues en font à peu près tous les frais. Cette méthode importante, très-efficace lorsqu'elle est bien appliquée, est indiquée principalement dans trois circonstances :

1° Lorsque l'inflammation est localisée dans un organe essentiel à la vie, le cerveau, par exemple, ou dans un point où elle peut rapidement s'étendre et devenir très-dangereuse, comme le péritoine ;

2° Lorsque le travail inflammatoire est lui-même d'une grande violence et demande à être promptement combattu ;

3° Lorsque par sa nature même ce travail a une marche envahissante qui menace les parties voisines, ainsi que cela arrive, par exemple, dans la lymphangite qui succède aux piqûres anatomiques.

Dans ces circonstances, la dérivation spoliative est indiquée, toutes les fois d'ailleurs que l'état des forces le permet; car n'oubliez jamais que c'est l'état général qui peut surtout vous fournir l'indication rigoureuse de toute espèce de moyen spoliatif quel qu'il soit. Il se peut d'ailleurs que l'état des forces s'oppose à la saignée générale, et autorise une évacuation sanguine locale. Au contraire, il y a des cas où l'importance du travail phlegmasique local domine les indications tirées de l'état général. Ainsi, dans certaines inflammations péritonéales circonscrites, l'anémie ne doit pas toujours faire repousser la dérivation spoliative, que j'ai vu employer avec succès par Chomel, et que j'ai quelquefois prescrite moi-même, à son exemple, chez des sujets anémiques. C'est au tact du médecin à saisir ces nuances et à y répondre à propos.

Le troisième mode de dérivation, le plus important peut-être, est celui qu'on peut appeler dérivation par *irritation*. Ici on s'efforce de produire dans certains points d'élection une stimulation anormale, une sorte de maladie artificielle qui partagera l'incitation morbide développée dans l'organisme avec le foyer où elle s'était d'abord concentrée. C'est surtout le tégument externe qui sert à l'application de cette méthode thérapeutique. Et elle est utile principalement contre les inflammations ou les congestions dans lesquelles la médication spoliative ne peut être mise en usage; elle est plus spécialement indiquée encore dans ces fluxions viscérales qui succèdent parfois à la disparition d'une affection cutanée.

Les moyens irritatifs sont, du reste, très-nombreux, et vous n'attendez pas de moi que je les passe ici tous en revue; je vous citerai seulement les principaux de ceux auxquels j'ai le plus habituellement recours.

Je vous signale d'abord les frictions sèches avec la brosse ou les gants de crin, dont j'ai obtenu souvent des effets très-remarquables; puis les douches, chaudes ou froides, qui n'agissent pas de la même façon, l'eau chaude ayant en effet une action stimulante directe, tandis que l'eau froide agit surtout par la réaction qu'elle détermine et par une espèce de choc en retour.

S'il faut provoquer une irritation dérivative plus profonde ou plus énergique, on aura recours aux sinapismes, aux vésicatoires, aux cautères volants, aux moxas, aux frictions avec l'huile de croton, aux préparations émétisées. Ces excitants, il est vrai, surtout quand on entretient le travail suppuratif, n'agissent pas seulement par irritation ; ils produisent aussi une spoliation; mais la suppuration d'un vésicatoire ou d'un cautère n'enlève aux fluides nutritifs qu'une petite partie de leurs éléments, et ici, évidemment, c'est l'effet irritatif qui domine.

Enfin, la quatrième classe de dérivatifs comprend les moyens qui sont à la fois évacuants et irritants ; tels sont les purgatifs: ils sont évidemment spoliateurs, puisqu'ils enlèvent à l'économie de notables proportions d'albumine, de sels, de sérum, et en même temps ils exercent une action irritante sur la membrane muqueuse.

Les vomitifs sont dans la même catégorie; on y peut ranger, ainsi que nous l'avons dit plus haut, les cautères et les sétons à demeure, bien qu'ils agissent encore plus par irritation que par spoliation.

(*La fin au prochain numéro.*)

DEUXIÈME LETTRE A M. LE PROFESSEUR TROUSSEAU,

sur le traitement de la goutte par les eaux de Vichy.

Par M. le docteur DURAND-FARDEL (1).

Il y a deux choses à considérer dans la goutte aiguë, régulière, celle que vous avez si admirablement décrite dans votre première leçon, et qu'il faut bien prendre pour type dans cette étude thérapeutique: il y a la *diathèse*, qui existe à des degrés divers, mais fixe, immuable, silencieuse souvent; puis la *manifestation*, qui est l'accès de goutte et ses suites.

Aux yeux des gens du monde, la maladie gît surtout dans ses explosions douloureuses. A nos yeux elle est surtout constituée par la disposition intime et profonde qu'elles révèlent.

Sydenham avait justement comparé déjà les manifestations douloureuses de la goutte aux manifestations cutanées des fièvres éruptives. Ce ne sont là que des symptômes; mais ce sont des phénomènes nécessaires. Il faut les respecter, les favoriser même. Tout ce qui est propre à les entraver ou à les amoindrir, crée un danger réel.

Tout traitement, dirigé dans le sens *curatif* de la goutte, doit donc être adressé aux époques où la goutte silencieuse elle-même ne peut être troublée; dans ses phénomènes extérieurs, où l'on ne trouve à combattre que la disposition vicieuse de l'organisme, sous l'influence de laquelle elle existe.

Tel est le premier principe qui doit diriger dans l'application des eaux de Vichy au traitement de la goutte.

Non-seulement il ne faut jamais les administrer pendant les accès de goutte, mais encore il faut les faire prendre le plus loin possible des accès passés et des accès futurs, lorsqu'il est possible de prévoir l'époque de leur retour.

Avant d'aller plus loin, expliquons-nous sur ce que l'on peut attendre des eaux de Vichy dans le traitement de la goutte.

Les eaux de Vichy ont la prétention d'agir dans le sens curatif vis-à-vis de la goutte, car c'est aux conditions diathésiques elles-mêmes qu'elles s'adressent. Mais elles n'ont pas la prétention de la guérir.

C'est que, dans une maladie spécifique comme la goutte, il faudrait une médication spécifique.

L'analyse pathogénique de la goutte nous montre un mode vicieux de la nutrition, dont le résultat est le défaut d'assimilation des principes azotés, par suite leur accumulation et leur élimination, ou du moins leur mouvement d'élimination par des voies ou sous des formes anormales : théorie commune du reste, au moins par un point, à la goutte et à la gravelle urique.

Or la cause qui fait que l'assimilation des principes azotés ne se fait pas ou se fait mal, est précisément la cause spécifique de la goutte.

Les eaux de Vichy ne détruisent pas cette cause; elles ne sont donc pas spécifiques. Mais par leur action complexe sur les phénomènes qui président à la digestion, à la sécrétion urinaire, aux fonctions de la peau, par la prise qu'elles ont sur les phénomènes intimes de la nutrition, elles se prêtent admirablement à corriger et amoindrir cette disposition vicieuse de l'organisme qui fait la goutte.

Les eaux de Vichy ne guérissent donc pas les goutteux, mais elles amoindrissent la goutte. Elles n'amoindrissent pas directement ses manifestations, comme fait le colchique, au grand détriment des malades; elles amoindrissent la diathèse elle-même. Elles prennent donc la maladie par le sens où il faut la prendre.

Et si j'ai pu écrire il y a quelques années : « Il n'est pas un traitement un peu efficace de la goutte qui n'offre par lui-même quelques inconvénients ou n'amène quelques dangers pour la santé générale. Le traitement thermal de Vichy, au contraire, à la condition indispensable toutefois qu'il soit administré d'une manière rationnelle, ne peut précisément modifier d'une manière avantageuse la diathèse goutteuse, qu'en exerçant sur la santé générale une action non moins favorable (1) »; je maintiens aujourd'hui la parfaite exactitude de cette proposition.

Il arrive donc, très-savant maître, qu'envisageant du même point de vue, si je ne me trompe, la pathogénie, les indications ou les contre-indications, nous tombons en désaccord formel sur ce seul point : l'opportunité ou l'inopportunité des eaux de Vichy; que dis-je? la nocuité ou l'innocuité de ces eaux dans le traitement de la goutte.

Il faut bien croire qu'il y a là quelque malentendu. Je vais faire tout ce que je pourrai pour me rapprocher de vous, en exposant les inconvénients ou les dangers que peuvent offrir les eaux de Vichy chez les goutteux. Je vous assure que je vais les traiter aussi sévèrement que possible, mais je ne les calomnierai pas.

Ce qui ressort le plus clairement du procès que vous intentez aux eaux de Vichy, c'est que vous les considérez comme alcalisant et dissolvant les goutteux d'une part, comme pouvant déterminer, d'une autre part, les déplacements inopinés ou périlleux de la goutte.

Voulez-vous me permettre de laisser un instant de côté ces accusations, en tant qu'exprimant votre opinion personnelle, et de vous exposer ce que j'ai observé moi-même au sujet des inconvénients et des dangers que peut entraîner un traitement inopportun ou mal dirigé? Car, vous le savez déjà, dans la limite des prévisions humaines et médicales, je maintiens qu'un traitement appliqué méthodiquement et en temps opportun ne saurait en aucun cas entraîner d'inconvénients sérieux.

Il en est un cependant auquel on ne peut jamais d'avance être sûr d'échapper. C'est l'apparition d'un accès de goutte pendant la durée du traitement. Cela arrive surtout aux individus qui sortent d'un accès, ou qui atteignent l'époque du retour périodique de la goutte, ou qui prennent les eaux trop vivement, ou encore fatigués de leur voyage.

Cela arrive surtout à des individus faciles à émouvoir dans ce sens, et ici, comme à propos de tout traitement, on en voit chez qui le traitement thermal éveille une susceptibilité toute particulière.

Enfin, il arrive ici ce à quoi sont exposés les individus sujets aux coliques néphrétiques, hépatiques surtout : le traitement thermal amène souvent ces accidents, quelquefois d'une façon très-opiniâtre, soit pendant, soit après.

Jusqu'ici il n'y a pas grand mal. Je ne veux pas dire que ce soit sans inconvénients. Un accès de goutte interrompt forcément le traitement. S'il est violent, il expose à demeurer pendant un certain temps cloué dans un hôtel. Mais en procédant comme il convient, en tâtant la susceptibilité des sujets, en n'administrant les eaux qu'en temps opportun, en suspendant aussitôt le traitement, on ne voit en général rien apparaître, ou bien l'on n'a affaire qu'à de légers accès, et enfin, et surtout, l'on n'a affaire qu'à la goutte aux articulations, c'est-à-dire à la goutte comme il faut l'avoir.

Cette première action des eaux de Vichy se montre donc comme une action *excitante*, mais dans un sens régulier.

Que conclurons-nous de cette observation ? C'est que si ces mêmes eaux sont prises à tort et à travers, dans les conditions défavorables que j'ai énumérées; si elles sont prises, comme vous le dites, avec frénésie, ou seulement à dose relativement trop élevée, cette excitation dépassant une certaine limite, risque de s'exercer dans un sens irrégulier ; en devenant alors *perturbatrice*, elle pourra engendrer les périls extrêmes de toute action perturbatrice dans la goutte.

(1) Voir la première dans le numéro du 28 mai.

(1) *Gazette hebdomadaire*, t. II, p. 310, 1855.

C'est là en effet ce qui s'est vu, à une époque qui commence à s'éloigner de nous, où, en raison de théories fautives, les eaux de Vichy s'absorbaient dans des proportions exagérées, excessives. Oui, de semblables traitements ont entraîné des résultats funestes.

Qu'est-ce que cela prouve? qu'il faut employer les eaux de Vichy avec méthode et réserve. Voilà tout.

Il est encore question, mon cher maître, de goutteux alcalisés, dissous, exténués de saturations alcalines, de cachexie alcaline.

Comment! dans les engorgements du foie, même chez les individus anémiques et affaiblis, dans les calculs biliaires surtout, dans la gravelle urique, bien plus parente de la goutte que le rhumatisme, malgré ce qu'en pense le savant président de la Société d'hydrologie médicale de Paris, M. Pidoux; comment! dans tous ces cas, sans qu'il soit nécessaire d'en multiplier les exemples, on voit les eaux de Vichy tolérées pendant plusieurs semaines, à des doses appropriées sans doute, mais enfin très-effectives, sans qu'on aperçoive le moindre vestige de saturation, d'alcalisation, d'épuisement; bien au contraire, de la force, de la couleur, de la santé, et parce qu'on a affaire à des goutteux, il faut tout de suite s'inquiéter de la cachexie alcaline! Non, tout cela est chimérique.

Chez qui avez-vous pu rencontrer ces types de cachexie alcaline? C'est chez des individus qui avaient pris les eaux de Vichy non à trop forte dose, mais à dose trop continue.

Les doses trop élevées n'alcalisent pas, comme vous paraissez le penser : d'abord parce qu'elles déterminent presque toujours des accidents aigus, réguliers ou non, qui forcent de les interrompre; ensuite parce que le médicament est éliminé à mesure par la peau ou par les urines, comme je l'ai démontré il y a longtemps déjà (1). Mais l'usage *continu* de l'eau de Vichy ou du bicarbonate de soude est une pratique funeste, et contre laquelle je n'ai jamais cessé de m'élever, et c'est elle surtout qui entraîne ces altérations graves de la santé que vous signalez. Mais il ne s'agit pas ici d'un traitement thermal à proprement parler.

Maintenant, que vous ayez rencontré quelques individus dont l'organisation spéciale ne tolérait pas les eaux de Vichy et s'en trouvait affectée dans ce sens, soit parce qu'ils n'en éliminaient pas les principes, soit pour toute autre raison, cela est possible. Ne voyons-nous pas souvent les narcotiques administrés à la dose la plus élémentaire déterminer des phénomènes d'intoxication? Laissons de côté ces faits exceptionnels, comme des exemples d'impunité des pratiques les plus irrationnelles. On les aperçoit du reste parfaitement pendant le cours du traitement lui-même. Si celui-ci, au lieu de procurer de la force et du bien-être, entraîne incessamment de la courbature, de l'inappétence, de la faiblesse, il faut se méfier de ses résultats : il faut le ralentir ou l'interrompre. Ce sont de telles appréciations et de telles surveillances qui constituent précisément la direction méthodique d'un traitement thermal.

Maintenant, très-savant maître, comme, lorsque vous faites le procès à Vichy vous n'inventez pas les faits que vous lui reprochez, je vais dire où vous les avez rencontrés.

Vous reprochez à Vichy de déplacer la goutte, vous lui reprochez d'exténuer les goutteux.

Il est des goutteux qui montrent la goutte partout, dans la poitrine, dans le ventre, dans la tête, dans les jointures quelquefois; *goutte irrégulière, anormale, viscérale.*

Voici les goutteux, et ils sont nombreux, à qui les eaux de Vichy doivent être absolument refusées. Il est aisé d'en comprendre la raison.

Je vous montrais tout à l'heure le traitement thermal provoquant facilement la goutte articulaire chez les individus habitués à une goutte régulière. Développez cette action provocatrice chez des individus disposés à la goutte irrégulière, celle-ci apparaîtra où elle pourra, et d'autant plus grave sans doute qu'elle obéira à une impulsion artificielle ajoutée à celle qui l'appelait déjà ailleurs qu'à son siége d'élection.

Il est des goutteux faibles, pâles, à manifestations actives incomplètes, disposés aux œdèmes, *goutte atonique.* L'action reconstituante des eaux de Vichy ne trouve pas ici d'application utile. Les eaux de Vichy font à ces goutteux ce qu'elles font aux hydropiques. Vous pouvez choisir sur ce terrain tous les exemples que vous voudrez pour constituer les éléments de votre cachexie alcaline.

Voici donc encore des goutteux qu'on se gardera d'envoyer à Vichy.

Ces contre-indications, très-savant maître, bien que fort sommairement présentées, n'en ont pas moins, ce me semble, une signification assez précise, et pourront suffire aux médecins expérimentés pour s'éviter des fautes graves de pratique.

Je regrette qu'au lieu de lancer une sorte d'anathème sur les eaux de Vichy, vous n'ayez pas insisté, au moins les comptes rendus de vos leçons sont-ils muets ou à peu près sur ce point, sur ces contre-indications capitales, en faisant ressortir le champ important de leurs applications légitimes.

Il y avait encore une leçon à donner, non plus aux médecins de Vichy, mais aux autres, ce qui eût *emprunté* à votre parole une grande autorité. C'est que le traitement de la goutte à Vichy ne se prête pas impunément aux formules banales que la plupart fournissent à leur malades. Allez à Vichy, leur disent-ils, et vous boirez de l'eau des *Célestins;* tant que vous pourrez, ajoutent quelques-uns; d'autres en indiquent des doses en général plus larges que nous ne les dispensons nous-mêmes.

Pourquoi l'eau des Célestins? Il y a là une routine autant médicale que vulgaire. L'eau des Célestins, bien que froide, est la plus *excitante* des sources de Vichy. C'est elle qui rappelle le plus volontiers les manifestations de la goutte, avec les inconvénients ou les risques que nous avons signalés plus haut. Elle favorise d'ailleurs toutes les congestions actives. Son usage banal a fait à lui seul autant de mal peut-être que la médication elle-même, alors qu'elle était inopportunément ou inconsidérément appliquée. Est-ce à des médecins qu'il faut expliquer comment toutes les sources de Vichy, *Hôpital, Grande-Grille* ou autres, jouissent des mêmes propriétés au sujet de la diathèse goutteuse, et que, pour les goutteux comme pour les autres malades, leur choix doit être commandé par les conditions de l'appareil digestif et de l'ensemble de l'organisme, bien plus que par la nature de la maladie?

Mais, cher et très-savant maître, je dois m'arrêter sur un sujet qui, vous le comprenez, pourrait entraîner ma plume un peu trop loin. Vous avez bien voulu m'encourager vous-même à vous adresser quelques observations à ce propos. Je ne dois pas abuser de la bienveillance avec laquelle je sais que vous me lirez. Personne n'autorise et n'appelle plus que vous la discussion. Mais c'est un devoir de plus, pour ceux que vous y invitez, de n'en user qu'avec une respectueuse réserve.

(1) *De l'alcalisation de l'urine considérée comme phénomène d'élimination*, in *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. IX.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 mai 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

Pustule maligne due à la piqûre d'un insecte. — M. D. BEAUPERTHUY adresse un mémoire sur une variété de forme de la pustule maligne due à la piqûre d'un insecte de la famille des acariens.

L'auteur, dans la lettre d'envoi, fait connaître en ces termes le sujet du mémoire :

« Cette affection, connue dans les llanos de Venezuela sous le nom de *empolla del ganado* (ampoule des bestiaux), est fréquente dans ce pays, surtout à l'époque de la sécheresse. L'insecte qui la produit a huit pattes à tarses articulés, terminés par deux crochets, la tête angulaire; l'abdomen ovale, tuberculé sur les bords; le corps plat, d'un blanc sale. Cet insecte est nocturne et marche avec rapidité, il habite les masures. Sa piqûre présente au début une petite tache rouge, lancinante à la pression. Après vingt-quatre heures, il s'y développe une petite phlyctène, semblable à la vésicule soulevée sur la peau par la présence du sarcopte de la gale, mais plus étendue et remplie d'une sérosité brunâtre ou violacée, qui devient le siége d'une vive démangeaison. Les parties sous-jacentes forment une tumeur arrondie, dure, proéminente, sans altération de la couleur de la peau, semblables à celles produites par les piqûres de guêpe. Cet acarien pond de vingt à vingt-quatre œufs sphériques, réunis en tas, d'un tiers environ de millimètre de diamètre; transparents au moment de la ponte, ces œufs ne tardent pas à prendre une teinte brune au contact de l'air. Ils contiennent un liquide albumineux, offrant au microscope des globules oblongs d'un vingt-cinquième de millimètre dans leur plus grand diamètre, et des traces de la muqueuse intestinale, premier développement de la vie embryonnaire chez cet acarien.

» L'examen microscopique, appliqué aux humeurs contenues dans la pustule maligne, offre les globules du sang aplatis, déchiquetés, irréguliers, jaunâtres, pas un seul intact; puis des globulilles sphériques, beaucoup plus petits que ceux du sang et identiques à ceux que l'on observe dans les fluides gangréneux. Ces observations ont été faites en employant le plus fort grossissement du microscope achromatique de M. Vincent Chevalier.

» Je me suis abstenu dans ce mémoire d'entrer dans des détails sur l'action qu'exercent les venins en général dans l'économie animale, pour éviter de trop étendre ce travail, et pour ne pas présenter d'une manière incomplète des recherches entreprises sur les fluides venimeux de plusieurs espèces de serpents, d'insectes et de poissons épineux. J'accompagne cette lettre de l'envoi d'une petite boîte contenant dans deux flacons séparément plusieurs spécimens de l'acarien de la pustule maligne, correspondant aux différents âges, et quelques ixodes rayés. » (Commissaires : MM. Milne-Edwards, Rayer et de Quatrefages.)

— M. A. FAVROT communique une note sur une variété rare de gangrène inflammatoire, etc. (Voir le numéro du 30 mai.)

— Mme veuve PETITJEAN soumet au jugement de l'Académie un appareil de son invention destiné à éclairer le conduit auditif et l'intérieur de la bouche, de manière à faciliter au médecin l'exploration de ces cavités. (Commissaires, MM. Regnault, Bernard et Jobert.)

— M. BUSSY présente au nom de M. Buignet une note ayant pour titre : *Application de la physique à la solution de quelques problèmes de chimie et de pharmacie.*

Les expériences contenues dans ce mémoire se rapportent aux quatre points suivants :

1° A la force élastique des mélanges de vapeurs;

2° A la densité de l'eau dans les sels cristallisés;

3° et 4° Au pouvoir rotatoire et à l'indice de réfraction de plusieurs substances employées en médecine.

Les expériences relatives aux troisième et quatrième point montrent que la mesure de l'indice de réfraction fournit, comme celle du pouvoir rotatoire, un moyen précieux d'apprécier la pureté d'un grand nombre de substances employées en médecine.

Greffes périostiques. — M. OLLIER communique une nouvelle note sur les greffes périostiques, dans laquelle il traite successivement, en autant de paragraphes : de l'influence de la température des lambeaux dans la greffe animale; de l'inégalité d'accroissement des deux extrémités d'un os; et du rapport qui existe entre ces deux faits. L'auteur conclut du contenu de ce mémoire : que la cause de l'inégalité d'accroissement entre les deux extrémités d'un même os existe dès les premiers temps de la formation du squelette. Elle se traduit d'abord par une activité plus grande de la nutrition vers une des deux extrémités, et plus tard par la persistance plus prolongée du cartilage intermédiaire à cette même extrémité; de sorte que la soudure successive des deux épiphyses terminales d'un même os, loin d'expliquer l'inégalité d'accroissement, nous paraît devoir être considérée comme un effet de la même cause.

M. CAP prie l'Académie de vouloir bien comprendre dans le nombre des pièces de concours pour les prix de médecine et de chirurgie, ses travaux sur l'application de la glycérine aux diverses branches de l'art médical.

M. FUSTER prie l'Académie de vouloir bien admettre au même concours un ouvrage qu'il lui a adressé au mois de mars dernier et qui a pour titre : *Monographie clinique de l'affection catarrhale.*

M. CORVISART adresse une semblable demande pour l'ensemble de ses mémoires sur le pancréas.

Théorie de l'œil. — M. L. VALLÉE adresse le vingt et unième mémoire sur la théorie de la vision.

Il faut distinguer dans l'œil deux appareils. L'un qui se compose des muscles, de la cornée, de l'iris, du cristallin, du corps vitré et de la choroïde, a pour objet le dessin et les couleurs de l'image choroïdienne : c'est l'appareil *descriptif*. L'objet de l'autre est de donner la sensation de l'image; il se compose de la rétine et du nerf optique : c'est l'appareil *sensitif*. Les fonctions de ces deux appareils se lient, ce qui fait quelquefois que l'on confond à tort leurs actions. Ainsi dans les éblouissements de la vue il arrive qu'au premier aperçu d'un objet on le voit très-nettement, l'image est donc pure; mais dès que le jugement intervient pour que l'on se rende compte de ce que l'image indique, les éblouissements empêchent la vision. C'est donc l'appareil sensitif qui est malade, et le médecin doit se garder d'ordonner des remèdes qui agiraient sur l'appareil descriptif. Ces considérations sur lesquelles nous insistons dans cette nouvelle partie de notre travail, nous semblent expliquer pourquoi les points brillants des objets qui ont beaucoup d'éclat nous apparaissent sous la forme de rosaces. (Commissaires, MM. Pouillet, Faye, de Quatrefages).

— M. MERLIN adresse une note sur les fâcheux effets produits par le mercure chez les ouvriers qui font usage de ce métal et sur les précautions à prendre pour prévenir ces effets.

Renvoi à l'examen de M. Andral, qui jugera si la note est de nature à devenir l'objet d'un rapport.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 mars 1861. — Présidence de M. Magne, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— Le docteur E. Magitot envoie un travail sur la *structure et le développement des dents humaines*, et un autre sur les *tumeurs du périoste dentaire*, et demande le titre de membre titulaire. (MM. Caron et Magne.)

— Le docteur Ernest Aviolat adresse un travail sur le *cancer du poumon*, et demande le titre de membre titulaire. (MM. Gaucher et Elleaume.)

— M. RAMON lit un rapport sur divers travaux de M. le docteur Berthier, relatifs à divers points de pathologie mentale.

Phimosis congénital opéré par le procédé de Vidal (de Cassis). — M. MOURLON lit un rapport sur un travail du docteur Polonitski (d'Odessa). Après un court parallèle entre les divers procédés de circoncision indiqués par les auteurs, M. le rapporteur signale une modification conseillée par l'auteur, laquelle consiste à saisir la muqueuse avec deux pinces, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du méat, à la tirer en avant, à traverser le prépuce avec des aiguilles et à couper entre les aiguilles et les pinces. Bien qu'il ne soit pas absolument infaillible, le procédé est ingénieux et pourra être souvent employé avec avantage.

Sur les conclusions favorables, MM. Berthier et Polonitsky sont élus membres correspondants.

Kyste de l'orbite. — M. MOURLON raconte la manière dont il a pratiqué l'opération du kyste de l'orbite dont était affectée la malade qu'il a présentée dernièrement à la Société. Comme l'avait pensé M. Magne, le kyste ne put être disséqué complétement; le chirurgien dut en enlever avec les ciseaux la plus grande partie, et cautériser profondément ce qui restait. Le 22 février, sept jours après l'opération, la guérison était complète.

De la scrofule. — M. CARON lit sur la scrofule un assez long travail qui sera publié ultérieurement, et dont voici les conclusions :

La scrofule, plus généralement appelée constitution ou diathèse scrofuleuse, consiste dans la viciation congénitale ou acquise, plus ou moins profonde, de tout ou partie des éléments constitutifs de l'économie. Elle se caractérise anatomiquement par une série de manifestations morbides spéciales qui varient suivant la nature de l'organe affecté et son degré d'altération.

La marche de ces variétés pathogéniques est longue et insidieuse : ses tendances naturelles et presque inévitables sont la dissolution et l'élimination des tissus qui en sont le siége.

Elle marque son passage par des cicatrices profondes, irrégulières et généralement indélébiles.

Elle est la conséquence immédiate de la perversion plus ou moins complète et prolongée des fonctions physiologiques des individus qui ont été soumis à une alimentation intempestive exagérée ou de mauvaise qualité.

Le traitement s'applique spécialement à modifier les propriétés physiogéniques des appareils, tout en tenant compte des variétés morbides locales.

Il doit ramener les organes digestifs au degré d'activité fonctionnelle compatible avec la force ou la faiblesse originelle ou acquise des sujets, de manière à favoriser chez eux une élaboration plus physiologique et une assimilation plus régulière.

M. LEGRAND. M. Caron a signalé le mauvais état des voies digestives dans la scrofule; je l'approuve. Mais quand il parle des appétits viciés, je crois qu'il fait erreur, et que dans ces cas il a affaire à des chlorotiques. D'un autre côté, je regrette que notre confrère n'ait pas établi la différence qui existe entre la tuberculose et la scrofule. Tant que cette définition ne sera pas bien établie, le traitement demeurera incertain; en effet, les affections scrofuleuses guérissent souvent, tandis que pour les affections tuberculeuses la guérison est l'exception.

M. CARON. Je n'ai pas fait une monographie de la scrofule; j'ai voulu simplement faire ressortir la différence qui existe entre l'étymologie et les symptômes; plus tard, je me propose de parler du diagnostic entre la scrofule et la tuberculose. Quant aux appétits viciés, j'ai vu des scrofuleux manger des matières fécales; du reste, on peut admettre que la chlorose existe simultanément avec la scrofule.

Conjonctivite granuleuse avec kératite ulcéreuse, d'origine miasmatique. — Guérison par le sulfate de quinine. — M. MOURLON lit sous ce titre une observation dont voici les principales circonstances :

M. W..., capitaine au train des équipages de la garde, quarante-cinq ans, lymphatique, robuste, habituellement bien portant, a ressenti, vers le 15 janvier, des frissons dans tous les membres, et des picotements dans la paupière inférieure droite.

Le 20 janvier, l'œil était enflammé; les picotements étaient continuels. L'état s'aggrave le lendemain, et voici ce que l'on trouve le 22 :

Les paupières sont gonflées; la conjonctive palpébrale et oculaire

rouge, injectée. Photophobie ; sensation de grain de sable dans l'œil. Nuage ancien au centre de la cornée, non assez épais pour empêcher la vision. En bas, kératite légère ; cornée opaque, ramollie ; céphalalgie ; face vultueuse ; un peu de fièvre ; embarras gastrique.

M. W... a habité longtemps l'Afrique ; il y a contracté une fièvre intermittente, pour laquelle il a pris beaucoup de sulfate de quinine. Pas de nouveaux accès depuis son retour en France en 1859.

En mai 1858, il eut une ophthalmie grave à Alger ; il fut traité à l'hôpital par des sangsues, des cautérisations au nitrate d'argent.

En octobre de la même année, retour des accidents beaucoup plus violents. Purgatifs, vésicatoires, séton, occlusion de l'œil. Sorti après trois mois de séjour à l'hôpital, il vint à Paris, où il séjourna trois mois encore au Val-de-Grâce, pour une petite ulcération de la cornée. C'est là la cause de la taie mentionnée plus haut.

M. Mourlon pensa tout d'abord à l'existence d'une fièvre larvée ; cependant il crut devoir commencer par employer les moyens ordinaires, sangsues, collyres opiacés, pédiluves sinapisés, purgatifs, occlusion de l'œil.

Le 24, granulations dans le cul-de-sac conjonctival inférieur ; ulcération de la cornée. — Sulfate de quinine, 0,50 ; collyre au nitrate d'argent (0,50 pour eau 60).

Le 26, il y a un peu de mieux. — Sulfate de quinine, 0,70.

Du 28 au 3 février, jour où la guérison est complète, M. Mourlon augmente de 0,10 tous les jours la dose du sulfate de quinine ; il fait continuer l'usage d'un gramme de ce sel pendant six jours après guérison.

M. Mourlon est convaincu qu'il y avait là une des nombreuses variétés des fièvres paludéennes. Ce fait, du reste, n'est pas le seul de ce genre. On en trouve au moins quatre dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, tous les quatre rapidement enrayés par les préparations de quinquina.

M. GUERSANT a vu une ophthalmie intermittente ; le malade fut mis aux préparations de quinquina après avoir infructueusement essayé toutes les autres médications, et guérit parfaitement.

M. COURSSERANT. M. Mourlon nous dit que l'on a prescrit tous les moyens ordinaires ; mais les conjonctivites se guérissent par des remèdes extrêmement variés et d'un choix très difficile.

Dans le cas dont il s'agit, je crois que l'on a eu affaire à une névralgie.

M. MOURLON. Chez le malade dont j'ai fait l'histoire, il y a eu une kérato-conjonctivite sans douleurs névralgiques, et je persiste à admettre que la guérison est survenue sous l'influence du sulfate de quinine.

M. CARON rappelle que, dans une autre circonstance, il a rapporté un fait où il a mis en usage le sulfate de quinine en collyre. Deux fois il l'a employé avec succès dans des conjonctivites liées à un état rhumatismal.

M. MAGNE ne partage pas l'opinion de M. Coursserant, à savoir qu'il n'y aurait eu qu'une simple névralgie. En effet, outre la conjonctivite, l'auteur nous dit qu'il y avait de la kératite avec ulcération de la cornée et épanchement. Il pense donc qu'il y a eu là un fait extraordinaire, et l'amélioration qui s'est fait sentir doit tenir à la cicatrisation de la cornée.

Luxation du pied ; fracture des deux os de la jambe ; application d'un nouvel appareil inamovible ; guérison sans difformité et sans ankylose. — M. A. LEGRAND communique l'observation suivante :

Mme X..., âgée de soixante ans, grande, forte, d'une excellente santé, se laisse tomber, le 20 janvier dernier, de telle manière que tout le poids du corps porte sur le pied gauche replié sous elle. En voulant se relever, elle reconnaît qu'elle s'est cassé la jambe.

Mandé près de la malade, je reconnais qu'il existe une luxation du pied, et une double fracture du tibia et du péroné à la hauteur des malléoles. Je la fais transporter chez elle, et fais appeler immédiatement M. Maisonneuve, qui constate les lésions et se met en mesure d'y remédier.

Par la simple réduction de la luxation habilement opérée, les fragments des deux os se trouvèrent si bien replacés dans leurs rapports naturels, que la jambe avait repris sa forme normale et semblait ne différer en rien de la jambe saine. Le membre fut placé dans un appareil de Scultet, qui fut conservé jusqu'à la fin de janvier, époque où il fut remplacé par un *appareil plâtré*, qui a reçu de M. Maisonneuve d'heureuses modifications que je vais indiquer.

Il prépare d'abord avec de la toile souple, mais bien résistante, une compresse longue de 80 centimètres, et une seconde de 65 centimètres seulement ; la longueur de ces compresses varie nécessairement selon celle du membre et selon les indications à remplir ; de plus, une bande de la largeur habituelle et de plusieurs mètres de longueur. Les bandes et les compresses sont ensuite bien imbibées d'un *lait épais de plâtre* à modeler récemment préparé, et mouillé avec quantité suffisante d'eau chaude, à cause de la saison. Le pied étant maintenu dans sa position normale, la première compresse fut appliquée sur les faces latérales de la jambe, en passant sous le pied. La seconde fut placée derrière la jambe, son chef inférieur venant se replier sous la plante du pied, en s'infléchissant dans sa cambrure, et atteignant l'extrémité des orteils. Cette attelle avait pour but de contre-balancer l'action du tendon d'Achille, qui avait une telle tendance à tirer le pied en arrière qu'il avait été un instant question d'en pratiquer la section.

Pendant que je maintenais cette double attelle, qui se modelait parfaitement sur le membre, M. Maisonneuve roulait promptement la bande plâtrée autour de la jambe en commençant par le pied, dont il laissait les orteils libres, et en finissant par le haut, où venaient aboutir les trois chefs de la compresse double et de la compresse simple, de telle sorte que les trois compresses se trouvaient bien fixées à l'aide d'une compression modérée sur la totalité du membre. Cinq minutes après son application, cet appareil offrait la résistance d'un moule en plâtre coulé dans une gouttière, moins le poids.

C'est cette première disposition que M. Maisonneuve nomme son appareil plâtré. Il fut maintenu dans ces conditions jusqu'au 12 février.

A cette date, la malade s'étant plainte de la gêne douloureuse que lui faisait éprouver la bande, celle-ci fut enlevée sans aucune difficulté, et on trouva au-dessous la jambe parfaitement maintenue, la fracture en voie de consolidation toujours aussi bien réduite par les linges plâtrés, qui formaient une botte parfaitement solide, maintenant le pied dans sa position normale, et laissant libre la face antérieure de la jambe.

Une nouvelle bande de toile est appliquée sur la jambe, lâche, et pour préserver seulement les attelles du contact des draps. C'est cette seconde disposition que M. Maisonneuve nomme son bandage *demi-plâtré*.

Ce dernier est enfin levé le 2 mars (41 jours après l'accident), et nous trouvons l'articulation parfaitement libre, sauf la roideur produite par cette longue immobilisation ; la double fracture consolidée sans soudure anormale entre les deux os ; il n'y a qu'un peu moins de finesse dans le bas de la jambe.

Je résume les avantages de ces nouveaux appareils de la manière suivante : facilité pour leur application ; appropriation parfaite aux formes naturelles du membre siége de la fracture ; solidité à toute épreuve, contention parfaite ; grande légèreté comparative à l'appareil inamovible en plâtre de Larrey ; enfin facilité de le simplifier, de le modifier si l'appareil complet est trop difficile à supporter, ou si la présence d'une plaie exige cette modification.

M. FOUCART ne voit pas trop l'utilité du plâtre dans la confection de l'appareil inamovible, du moment qu'on emploie des bandes de linge. Pourquoi ne pas avoir recours tout simplement à des bandes de toile que l'on applique sur le membre, en les enduisant au fur et à mesure de colle de pâte, de colle d'amidon ? En peu de temps le bandage est sec et fort dur ; il est très-léger et extrêmement économique.

M. LEGRAND. Le bandage dextriné est fort long à sécher ; il est difficile à enlever ; puis, quand il y a une plaie sur le membre, avec le bandage plâtré on peut laisser cette plaie à découvert et la panser chaque jour.

M. FOUCART fait observer qu'il a parlé du bandage amidonné et non du bandage dextriné, que l'on n'emploie plus guère qu'en ville parce que sa préparation est longue et compliquée, qu'il coûte plus cher que la colle blanche, enfin parce qu'il produit plus d'effet aux yeux du client. Il insiste sur l'appareil à la colle d'amidon, dans lequel on pratique facilement des *fenêtres* qui permettent de surveiller les plaies. Quand on veut l'enlever, il suffit de mettre le malade dans un bain, comme du reste pour le bandage dextriné.

M. ELLEAUME. Etant dans le service de M. le professeur Velpeau, et depuis, j'ai eu fréquemment l'occasion d'employer le bandage dextriné, et je suis loin d'y trouver les mêmes inconvénients que M. Legrand. Ce bandage s'applique avec la plus grande facilité ; on peut laisser à découvert toutes les parties du membre que l'on désire. Il présente un immense avantage sur le bandage plâtré, c'est la légèreté. Enfin on l'enlève avec la plus grande facilité, si on a le soin de le ramollir avec de l'eau chaude.

Encanthis considérable des deux yeux, dit en queue d'hirondelle ; de la pierre divine dans le traitement des granulations des paupières. — M. MAGNE lit une note sur ce sujet. (Voyez *Gazette des Hôpitaux* du 2 mai.)

Le secrétaire annuel, Dr ELLEAUME.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 27 mai dernier, M. le docteur Lubonis a été nommé médecin du lycée impérial de Nice.

M. le docteur Barelli a été nommé médecin adjoint du même lycée.

— Nous avons donné dans notre dernier numéro les noms des juges du concours qui va s'ouvrir pour trois places de médecin au Bureau central ; mais M. Devergie n'ayant pu accepter les fonctions de membre de ce jury, il a été remplacé par M. Guéneau de Mussy. M. Pelletan a été nommé juge suppléant à la place de M. Guéneau de Mussy. Voici, par ordre alphabétique, les noms des candidats inscrits pour y prendre part :

MM. Archambault, Barnier, Besnier, Blachez, Blain des Cormiers, Blondeau, Bonfils, Blondet, Bucquoy, Cadet de Gassicourt, Cavasse, Canuet, Chauffard, de Beauvais, Desnos, Dumontpallier, Epron, Frémineau, Genouville, Gery, Gombault, Guyot, Isambert, Labat-Duroucheaux, Labbé, Laboulbène, Luys, Magnac, Maingault, Moynier, Parrot, Peter, Pillon, Second dit Féréol, Tamarelle-Mauriac, Tillot, Vidal, Wieland, Worms, Zambaco.

— Les médecins de l'Aveyron viennent de fonder une association départementale agrégée à l'Association générale. Une première réunion, qui comprenait 64 adhérents, a désigné pour président M. le docteur Rozier, maire de Rodez, et pour secrétaire général M. le docteur Seguret.

— On lit dans la *Gazette médicale de Lyon* :

« L'un des hommes qui ont le plus noblement illustré la médecine lyonnaise, le doyen des chirurgiens en chef de notre Hôtel-Dieu, vit à la campagne, où, retiré de la pratique, il ne soigne que les gens de sa maison et les pauvres du voisinage.

» Un jour, il voit entrer son fermier tout effaré : — Ah ! monsieur, venez, s'il vous plaît, à notre aide ; mon fils vient de se casser le bras ! — Allons, mon ami, s'écrie le chirurgien en se levant comme un jeune homme, allons vite panser le pauvre garçon. — Oh ! je vous remercie bien, monsieur, reprend le paysan ; mais ce n'est pas ce que je voulais. J'étais seulement venu vous prier de me prêter votre voiture pour le mener chez le rhabilleur !

» Ce trait me rappelle le mot surpris dans une conversation entre deux ouvriers. L'un d'eux venait de raconter je ne sais quel haut fait de cure clandestine : « C'est bien étonnant, tout de même, s'écria naïvement le second, que dans un hôpital comme l'Hôtel-Dieu de Lyon il n'y ait pas un rhabilleur ! »

— Une erreur typographique s'est glissée dans l'annonce du cours de M. Triquet, publiée dans notre dernier numéro.

L'art de *sonder*, et non de sonner les trompes (ainsi que le compositeur l'a mis par erreur), fera le sujet de ses premières leçons.

Les eaux et les maladies qui réclament leur emploi. — Petit poëme mnémonique, par le docteur FOUCAUD DE L'ESPAGNERY. Prix : 2 fr. Chez Labé, libraire, place de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Hydrologie médicale : De la pulvérisation des eaux minérales. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Guéneau de Mussy). De la dérivation. — La chromhidrose observée à Paris. — Anévrysme de l'artère fémorale faisant suite à un anévrysme poplité guéri par une compression mécanique de huit heures. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 4 juin. — Nouvelles.

PARIS, 5 JUIN 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

La diphthérie renouvelée des Grecs, tel pourrait être le titre d'un travail très-intéressant lu par M. Littré et écouté avec une vive attention par l'Académie. Son titre réel et sérieux est : *De la diphthérite et de la paralysie consécutive à la diphthérite dans les œuvres d'Hippocrate.* Le savant traducteur d'Hippocrate s'est proposé de rechercher ce que les collections hippocratiques pouvaient contenir relativement à la paralysie diphthérique. Si le nom n'y est point, la chose du moins s'y trouve. D'après M. Littré, la description d'une épidémie observée à Périathe se rapporterait assez bien, en effet, par quelques-uns de ses traits principaux, à nos angines diphthériques; et ce qui est surtout digne de remarque, c'est le rapport fréquent qui y est indiqué entre les angines et les paralysies. Une savante analyse des textes, éclairée à la lumière des études cliniques récentes sur les angines diphthériques suivies de paralysies, a fait retrouver dans la description de l'épidémie de Périathe et dans quelques passages épars du livre des *Epidémies*, qui s'y rapportent, une caractéristique qui avait dû échapper jusqu'ici à la plupart des commentateurs, et qui ne permet plus de méconnaître aujourd'hui la parfaite analogie qui existe entre cette épidémie et l'affection dont les pathologistes se sont tant occupés dans ces derniers temps. Fait bien digne d'attention, assurément, que cette ressemblance entre deux épidémies, révélée à vingt-deux siècles de distance, et qui montre, comme le fait si justement remarquer M. Littré, à travers un si long espace de temps, la constance des influences extérieures et des réactions organiques.

M. Gibert, à l'occasion de la correspondance, a fait part à l'Académie d'une lettre qu'il a reçue de M. le docteur Leroy de Méricourt (de Brest), affirmant qu'il s'est prémuni, dans les observations de chromhidrose qu'il a communiquées à l'Académie, contre toutes les chances possibles d'erreur ou de surprise, et informant les membres de la Compagnie qui voudraient s'assurer par eux-mêmes de la réalité des faits annoncés, qu'il a en ce moment dans son service trois cas de cette affection. Nous saisissons aussi cette occasion pour mettre sous les yeux de nos lecteurs la relation d'un fait du même genre qui nous est communiqué par M. le docteur Auzias-Turenne. (Voir plus loin).

Parmi les présentations d'ouvrages imprimés, nous ne voulons pas omettre celle qu'a faite M. le secrétaire perpétuel d'un livre tout récemment publié par M. le professeur Fuster (de Montpellier), sous le titre de *Monographie clinique de l'affection catarrhale*, ouvrage destiné à démontrer l'identité et l'importance nosologique d'un groupe d'affections dont les divers éléments sont restés jusqu'ici épars et disséminés dans les ouvrages de pathologie. Nous reviendrons sur cette importante publication. — Dr Brochin.

HYDROLOGIE MÉDICALE.

De la pulvérisation des eaux minérales.

Si le progrès scientifique doit se mesurer d'après le nombre des découvertes, il faut le reconnaître, nous sommes aujourd'hui en veine de progrès. Quelle est, en effet, l'académie, la société savante dont chaque séance ne retentit pas du bruit de quelque invention? Quel est le journal de médecine dont chaque numéro ne contient pas l'annonce d'un fait nouveau, d'une formule nouvelle? Un temps viendra peut-être où, pour simplifier le procédé, on fabriquera des inventions comme on fabrique des tissus, à la mécanique. Ne nous plaignons point de cette fécondité de l'esprit, et sachons en tirer profit. A la jeunesse donc les ardeurs de l'investigation, à l'âge mûr le privilége du contrôle : deux dons de la même Providence.

Il n'y a pas longtemps qu'il a été question pour la première fois de la pulvérisation des liquides; on sait en quoi consiste cette opération, et l'on se souvient peut-être encore de la polémique à laquelle a donné lieu dans ce journal l'idée d'appliquer l'eau minérale sulfureuse pulvérisée au traitement des maladies de l'appareil respiratoire, et notamment de la phthisie. Cette idée, combattue par M. Champouillon, fut défendue par M. Sales-Girons, qui en avait été l'ardent promoteur. La discussion s'étant maintenue dans la sphère des considérations générales, nos lecteurs ont pu rester indécis sur la valeur de cette médication, faute d'arguments empruntés à la vérification expérimentale. L'étude de cette question vient d'être reprise presque en même temps par MM. Pietra-Santa et. René Briau : le résultat de leurs recherches nous paraissant à peu près décisif, nous nous croyons tenu de le faire connaître.

Le travail de M. Pietra-Santa est une réponse aux trois questions suivantes :

1° La poussière d'eau minérale est-elle bien et dûment de l'eau fragmentée conservant toute son intégrité primitive?

2° Les particules d'eau poudroyée pénètrent-elles réellement dans les bronches?

3° Peut-on déterminer d'une manière précise les effets thérapeutiques spéciaux à ce nouveau mode d'inhalation?

M. Pietra-Santa a fait ses expériences à Eaux-Bonnes; là il est parvenu à constater que l'eau de Bonnes pulvérisée perd promptement tout son hydrogène sulfuré libre ou combiné et ne conserve plus que des traces de sulfure de sodium; que sa température tombe, pendant l'opération, de 30 à 18° centigrades.

Les éléments minéralisateurs qui prédominent dans la composition de l'eau de Bonnes sont le sulfure et le chlorure de sodium; en traitant cette eau par une solution d'azotate d'argent, il se forme un chlorure blanc et un sulfure noir d'argent. Les mêmes réactions se produisent dans l'urine des malades qui ont bu, ne fût-ce qu'une minime quantité d'eau de Bonnes; mais ces réactions sont nulles dans l'urine de ceux qui ont respiré l'eau poudroyée. Ce dernier fait autorise donc à croire, ou que la poussière ne pénètre point dans les bronches, ou qu'elle n'y est point absorbée. Plusieurs essais tentés par M. Pietra-Santa, sur des animaux, prouvent que cette pénétration n'a pas lieu.

En ce qui concerne le côté le plus sérieux de la question, c'est-à-dire les effets thérapeutiques, notre confrère ayant soumis pendant douze jours à l'inspiration de l'eau sulfureuse pulvérisée deux malades atteints de laryngite chronique, ceux-ci n'en ont obtenu aucun soulagement. Je serais disposé, dit-il, à n'ajouter qu'une médiocre confiance au témoignage des personnes qui ont cru éprouver tout d'abord un sentiment de bien-être et qui ont attribué à la pulvérisation les bénéfices d'un traitement dû aux seules ressources bien connues de la *buvette*.

M. Briau trouve à la pulvérisation des eaux minérales quelques occasions de s'utiliser, mais il est d'avis de la bannir du traitement des affections pulmonaires. Le mémoire qu'il vient de publier dans la *Gazette hebdomadaire* embrasse une série de considérations relatives aux faits physiologiques, aux expériences sur les animaux et aux observations cliniques, dont on s'est prévalu ailleurs pour repousser les objections dirigées contre la méthode des inhalations.

Les canaux aériens, dit M. Briau, sont organisés pour le passage de l'air; leur muqueuse n'a de tolérance que pour ce fluide, comme celle de la vessie pour l'urine. Toutes les matières liquides ou solides qui pénètrent, en si petite quantité que ce soit, dans les voies aériennes, y causent une irritation plus ou moins vive et excitent immédiatement des efforts d'expulsion manifestés par de la toux. Cette révolte est surtout très-énergique lorsque, dans un faux mouvement de déglutition, une seule goutte d'eau franchit la glotte.

Or quel est le but de l'inspiration de l'eau pulvérisée, chargée ou non de sels fixes en dissolution? C'est précisément d'introduire dans les ramifications aériennes des matières liquides et solides. Si donc cette poussière pénétrait réellement dans le larynx et au delà, elle provoquerait certainement de la toux, et dans tous les cas on y retrouverait des traces de matières salines, en procédant à leur recherche avant leur absorption. C'est à cette recherche que M. Briau a procédé sur des animaux mis en expérience dans le laboratoire du collége de France, en présence de MM. Claude Bernard, Vella et Lecomte.

Le 6 février 1861, M. Briau fit respirer à un chien de petite taille la poussière d'une solution de perchlorure de fer, sel très-difficilement absorbable. L'animal, maintenu par un aide, respira librement et tranquillement pendant vingt-cinq minutes, le museau placé à l'entrée du tambour de l'appareil.

La quantité de solution pulvérisée était d'un litre. L'animal respirait à la fois par le nez et par la bouche, et l'on voyait tomber de la commissure des lèvres un filet d'eau mêlé de salive, phénomène qui s'observe pareillement chez l'homme. Le chien fut immédiatement mis à mort par la section de la moelle, et après avoir détaché les organes respiratoires, on les étala sur une assiette. La muqueuse du larynx, de la trachée-artère et des bronches, ayant été mise en contact avec une solution de cyanure jaune de potassium, aucune espèce de réaction ne se manifesta, même après plus d'un quart d'heure de contact. La réaction fut d'un bleu au contraire très-sensible sur la muqueuse de la bouche, du pharynx et des fosses nasales : preuves évidentes que la poussière aqueuse n'avait point pénétré dans les canaux aériens.

Une autre chien, de moyenne taille et très-vigoureux, fut soumis à la même expérience, avec les mêmes précautions, et à l'ouverture des organes pulmonaires on constata exactement les mêmes phénomènes que dans le cas précédent.

Un cheval, pris à l'infirmerie de l'École d'Alfort, fut soumis pendant quarante-cinq minutes à l'inspiration de quatre litres d'eau pulvérisée et tenant en solution du perchlorure de fer. L'animal ayant été ensuite sacrifié par la section de la moelle, on ne put obtenir sur aucun point de la muqueuse pulmonaire le moindre indice de réaction. Par contre, dans les naseaux, la coloration bleue apparut immédiatement, et très-intense partout.

Ces trois expériences ont toutes la même signification : elles prouvent que l'eau pulvérisée ne franchit pas l'orifice supérieur de la glotte.

Un autre fait digne d'être noté, dit M. Briau, c'est qu'il n'est possible de faire pénétrer dans la bouche et dans les fosses nasales qu'une minime proportion du liquide poudroyé, surtout lorsqu'on se sert des appareils pulvérisateurs portatifs.

Il remarqua dans les essais pratiqués sur lui-même et dans lesquels il employait habituellement un litre de liquide à la fois, que l'eau réduite en poussière sur le disque se condense en grande partie sur les parois du tambour et sur le visage de l'expérimentateur, et il évalue à 4 centigrammes seulement la quantité de principes minéraux inspirés pendant une séance de quinze minutes.

L'inhalation ne produit ni toux ni expectoration; mais lorsqu'elle se fait par un fort mouvement d'aspiration, le malade éprouve vers la base de l'épiglotte une légère titillation qui le force à *hemmer*, comme pour expulser un corps étranger dont la présence le gêne. Cette médication, du reste, est facilement supportée; néanmoins pour peu qu'elle se prolonge au delà d'une demi-heure, elle amène facilement de la céphalalgie.

Quant aux effets curatifs, voici ce qu'a observé M. Briau. Tous les malades qui fréquentaient la *chambre de respiration* buvaient en même temps de l'eau de la source; quelques-uns, en outre, se baignaient. On ne peut donc tirer de là aucune conclusion relativement aux effets spéciaux de la thérapeutique respiratoire. Mais en tenant compte des résultats que l'on obtient habituellement de l'eau de Bonnes par les voies et moyens ordinaires chez des sujets atteints d'affections pulmonaires, M. Briau a constaté que l'inspiration d'eau pulvérisée ne change en rien la proportion des guérisons ou des améliorations obtenues.

De l'analyse des faits qui précèdent, il résulte pour M. Briau :

1° Que les considérations physiologiques, sans permettre de conclure d'une manière absolue à la non-pénétration des liquides dans les canaux aériens, donnent cependant le droit d'affirmer que leur présence y serait facile à reconnaître par la toux et par les efforts d'expulsion qu'elle doit y déterminer;

2° Que les expériences sur les animaux rendent peu probable chez l'homme la pénétration de ces mêmes liquides dans les canaux respiratoires;

3° Que les observations cliniques conduisent à la négation des effets thérapeutiques des liquides minéraux pulvérisés, dans les affections bronchiques et pulmonaires.

M. Champouillon vient de toucher de plus près encore au dénoûment de la question. Ayant fait choix d'un sujet atteint de bronchite catarrhale, il a soumis ce malade pendant trente-deux minutes à la respiration d'une solution de perchlorure de fer pulvérisée. L'opération terminée, et la bouche ainsi que la gorge ayant été soigneusement rincées avec de l'eau pure, les premiers crachats (expectorés presque immédiatement après ce lavage) furent traités par le cyanure jaune de potassium, sans virer de couleur. Cette expérience, répétée une seconde fois seulement, a fourni les mêmes résultats négatifs.

La vérité ne se dédouble pas; au cas présent, est-elle pour les partisans ou pour les adversaires de la méthode respiratoire? On remarquera que ceux-ci entrent dans le débat avec des faits,

tandis que les autres n'y apportent que la parole ; ce n'est pas assez lorsqu'il s'agit d'expérimentations, car la parole gonfle, mais elle ne nourrit pas.

M. le docteur Pujade, le vénérable doyen de nos hydrologistes, l'homme qui a généreusement employé sa fortune à créer les premiers thermes d'Amélie, vient de publier une brochure dans laquelle il s'applique à faire ressortir les inconvénients de l'incompatibilité administrative actuelle avec le fonctionnement et l'exploitation des établissements thermaux. « Nous n'hésitons pas à déclarer, dit-il, que les empêchements que nous avons rencontrés ont été tels que nous nous sommes vu forcé de nous arrêter à mi-chemin. » Le règlement du 28 janvier 1860 est pour M. Pujade l'objet d'observations pleines de sens et de force ; nous regrettons pour nos lecteurs que les lois qui régissent la publicité ne nous permettent pas d'exposer ici les griefs contenus dans la brochure de notre respectable confrère.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Guéneau de Mussy.

De la dérivation (1).

Ne croyez pas que ces divisions sur lesquelles j'insiste ne soient qu'une vaine distinction sans intérêt pratique ; rien de plus pratique, au contraire ; car l'idée que vous vous ferez du mode suivant lequel agit dans tel ou tel cas la dérivation, entrera certainement pour une grande part dans le choix que vous ferez de tel ou tel agent dérivatif.

Une considération fort importante est la détermination du lieu où on cherchera à produire la dérivation. C'est la peau ou les membranes muqueuses qui le plus souvent serviront de siége à l'action thérapeutique ; dans quelques cas, et lorsqu'il s'agira de moyens hémospasiques, c'est le système circulatoire.

La peau et les muqueuses, par un grand nombre de considérations dont je veux vous signaler quelques-unes, se prêtent merveilleusement à ce rôle. Examinons les principales circonstances qui peuvent indiquer le lieu d'élection de la dérivation et la rendre plus efficace.

1° Au premier rang nous placerons les connexions fonctionnelles ou les rapports de structure d'où résulte une certaine communauté d'aptitudes morbides. La peau et les membranes muqueuses ont avec la plupart des organes intérieurs des connexions importantes. Le système tégumentaire est l'aboutissant de la plupart des nerfs dont l'origine est au cerveau ; de là un échange continuel d'impressions entre ces deux organes. Un réseau vasculaire des plus riches s'épanouit dans le tissu dermique. La peau respire comme le poumon, sécrète des matières grasses comme le foie, des acides comme le rein ; elle est pour la plupart des appareils sécréteurs un auxiliaire et comme un organe de balancement. De ces attributions fonctionnelles multiples résultent entre la peau et le reste de l'organisme un consensus physiologique intime, des sympathies morbides nombreuses, qui la rendent merveilleusement propre à l'action dérivative.

L'analogie de structure et de fonctions qui existe entre la peau et les membranes muqueuses, explique de même la communauté d'affinités morbides qui existe entre le tégument interne et le tégument externe ; les dartres, les fièvres éruptives, passent de l'un à l'autre avec une remarquable facilité, ou bien les atteignent simultanément ; et j'ai eu occasion déjà de vous faire observer la fréquente coïncidence des angines et des érysipèles.

Les mêmes considérations expliquent comment dans le rhumatisme l'inflammation occupe, tantôt au même moment, tantôt successivement, les séreuses viscérales et les séreuses articulaires, et, dans le cas de métastase intérieure, autorisent les efforts de la médecine dérivative pour rappeler la manifestation morbide vers les articulations.

Les connexions fonctionnelles peuvent exister du reste entre des organes très-éloignés et de structure très-diverse, mais appartenant à un même système organique. Je vous citerai pour exemple la liaison intime qui existe entre l'utérus et les mamelles, liaison qui se révèle physiologiquement dans la menstruation, dans la grossesse, et dont on peut tirer parti au point de vue thérapeutique. C'est ainsi que certaines galactorrhées opiniâtres ont pu être guéries au moyen de douches dirigées sur l'utérus.

Nous retrouvons ce consensus fonctionnel entre la plupart des organes sécréteurs qui souvent se suppléent les uns les autres. De là l'indication, lorsque l'un d'eux éprouve une incitation morbide quelconque, de faire appel aux autres pour la partager. La médication diurétique est fondée sur ce principe.

2° Les connexions vasculaires et nerveuses ont aussi une grande importance. Ainsi, pour combattre les congestions du foie, quand il y a d'ailleurs indication de produire une dérivation spoliatrice, on applique de préférence les sangsues à l'anus, à cause des rapports qui existent entre les veines hémorrhoïdales et la veine-porte.

3° La tendance naturelle des maladies doit aussi guider le médecin dans le choix du lieu où il appliquera les dérivatifs. Si, par exemple, chez un sujet dartreux, la lésion cutanée disparaît subitement et est remplacée par une névralgie, le siége naturel de la maladie étant la peau, il faut établir la dérivation de ce côté. C'est ainsi que souvent on se trouvera bien, dans les congestions viscérales qui surviennent chez les goutteux, de stimuler les vaisseaux hémorrhoïdaux, parce qu'on sait que chez ces malades il y a souvent de ce côté un molimen congestif.

4° On peut même quelquefois, lorsque ces tendances n'existent point naturellement, chercher à les provoquer. Chez les tuberculeux hémoptoïques, par exemple, on a pu quelquefois, non sans avantage, faire naître des hémorrhoïdes. Il est bien clair que ce n'est pas là un moyen d'atteindre la cause directe de l'hémorrhagie, qui est le tubercule ; mais c'est un moyen de combattre la congestion qui l'accompagne. L'affection est complexe, et si on parvient à affaiblir un de ses éléments, on peut espérer entraver la marche de la maladie.

5° Enfin, il faut consulter non-seulement les tendances naturelles des maladies, mais aussi les conditions pathogéniques sous l'influence desquelles elles se sont développées. Si, par exemple, une évolution morbide quelconque se manifeste après la suppression d'un flux menstruel ou hémorrhoïdaire, il y a indication de chercher à ramener ce flux supprimé.

Telles sont les considérations qui devront vous guider dans le choix du lieu où vous devrez appliquer les divers agents dérivatifs. Il me reste maintenant à vous entretenir de certaines circonstances, dont les unes favorisent l'action dérivative, tandis que les autres s'y opposent et constituent autant de contre-indications à l'emploi de cette médication. Ce sera le sujet d'une seconde leçon.

1° Le mode fluxionnaire, dont je vous ai parlé en traitant des modes pathologiques généraux ou des formes communes que peut revêtir le travail morbide, est de tous peut-être celui qui se prête le mieux à l'action des dérivatifs. Il se manifeste par une incitation morbide qui peut se porter simultanément ou successivement sur plusieurs points, et qui est ordinairement suivie, souvent accompagnée d'une congestion morbide comme elle. Ce caractère de mobilité donne prise aux dérivatifs beaucoup plus que la fixité et la stabilité qui appartiennent à certaines affections.

2° La superficialité et le peu d'intensité du travail morbide sont aussi des circonstances favorables. Ainsi un léger degré de pléthore, succédant à la suppression d'une évacuation habituelle, cédera facilement à l'action d'une dérivation spoliatrice. Ce n'est pas seulement le peu d'intensité de la maladie qui concourt à ce résultat, mais aussi la nature de la cause morbifique. Ainsi le rhumatisme, certaines formes d'herpétisme, ont, dans leur nature même et indépendamment de leur intensité qui peut être très-grande, un caractère de superficialité qui se prête à l'action des dérivatifs. Si, en regard de ces processus morbides, on place la scrofule, le contraste est évident : les uns, dans leur manifestation, semblent en quelque sorte effleurer les organes ; cette dernière, au contraire, peu mobile, profonde, s'y enracine jusqu'à ce qu'elle ait amené une altération grave ou même la destruction des parties qu'elle occupe.

3° L'état constitutionnel des malades a aussi une influence incontestable sur l'efficacité de la médication. Chez les sujets débilités, de peu de ressort, les maladies ont une tendance à la chronicité, qui fait qu'elles sont plus difficiles à déplacer qu'elles ne le seraient chez un sujet sanguin et facilement excitable.

4° On doit aussi consulter à cet égard la période à laquelle la maladie est arrivée ; ainsi, dans la période d'augment des maladies, il faut en général s'abstenir des dérivatifs irritants, dans la crainte de produire une aggravation de l'excitation générale qui pourrait retentir sur le travail morbide local. Dans ce cas, au lieu de détourner le processus inflammatoire, l'irritation qu'on y ajoute peut lui donner une activité nouvelle. Mais, en thèse générale, on peut dire que c'est moins la période des maladies que les indications fournies par l'état du malade qu'il faut prendre en considération. Si vous avez affaire à un malade peu excitable, affaibli, vous pouvez même dans la période d'augment avoir recours avec grand succès à la dérivation irritative. Si au contraire le malade présente les signes d'une pléthore très-développée, commencez par la saignée générale, la diète ; ayez recours à la dérivation hémospasique avant d'en venir à la dérivation irritante, qui est tout d'abord contre-indiquée. Car ce que je viens de dire s'applique à la dérivation irritante et nullement à la dérivation hémospasique, bien moins encore à la dérivation spoliatrice très-souvent indiquée et même commandée dans les circonstances auxquelles répond souvent heureusement encore la dérivation à la fois irritante et spoliatrice par les vomitifs et les cathartiques.

5° Il faut, en général, proportionner l'action dérivative à l'étendue et à l'intensité du travail congestif et inflammatoire. Ainsi, l'application d'un petit vésicatoire grand comme le creux de la main dans une pneumonie très-étendue est certainement inutile et peut même être nuisible ; l'irritation n'étant pas assez forte pour dériver le travail morbide, peut devenir une cause d'irritation qui s'ajoute à la maladie et l'aggrave.

6° Enfin, la durée du travail dérivatif doit être proportionnée à celle du travail morbide. Vous n'opposerez pas une dérivation temporaire à une lésion déjà ancienne ; il faut employer, dans ce cas, un dérivatif permanent ; par exemple, un cautère à demeure, bien préférable, dans ce cas, à un vésicatoire volant.

Disons maintenant, pour terminer ce sujet, quelques mots des contre-indications.

La médication hémospasique peut être appliquée dans presque tous les cas ; ses inconvénients sont presque nuls, à moins pourtant que les sujets ne soient très-débilités et qu'on n'ait lieu de redouter chez eux la syncope. Chez les jeunes enfants, il n'est pas rare d'observer cet accident à la suite d'une simple application de ventouses sèches. Dans les maladies du cœur, il faut éviter toute syncope qui peut devenir mortelle. Il faut donc particulièrement surveiller, dans ces cas, les effets de la médication hémospasique, et n'y recourir qu'avec une certaine réserve.

Les grandes ventouses de Junod peuvent donner lieu à des ecchymoses, à des extravasations sanguines quelquefois considérables, quand elles sont appliquées sans ménagement.

Cet accident est arrivé une fois à l'un de mes malades, homme encore jeune, non sans quelque inquiétude de ma part, tant était grande la quantité de sang infiltrée dans les tissus. Il n'y eut cependant ni gangrène ni abcès hématique. La résorption s'opéra lentement.

Les petites ventouses elles-mêmes, lorsque leur action a été prolongée, peuvent produire des phlyctènes et une véritable vésication.

Il est bon d'avoir égard, dans l'application des dérivatifs, à certaines irritabilités idiosyncrasiques qui deviennent de véritables contre-indications. Certaines personnes ne peuvent supporter les sinapismes sans une excitation nerveuse considérable, et qui peut aller jusqu'aux convulsions ; c'est surtout chez les enfants que le fait a été observé. Dans ces cas, il faut mitiger le sinapisme avec de la farine de lin, et ne le laisser appliqué que pendant un temps fort court ; ou même il faut avoir recours à d'autres rubéfiants moins énergiques. M. Husson, médecin de l'Hôtel-Dieu, m'a raconté que dans sa clientèle, chez une femme très-nerveuse et qui répugnait extrêmement à l'application d'un sinapisme, cette application fut suivie de troubles nerveux et d'une crise convulsive qui se termina par la mort. Le fait ainsi énoncé, je l'avoue, n'a pas grande valeur, et demanderait le contrôle de l'examen nécroscopique. Mais quelque ait été d'ailleurs la lésion, il n'est pas invraisemblable que le sinapisme ait été la cause occasionnelle des accidents auxquels cette malade a succombé.

Il faut encore, lorsqu'on veut recourir à la dérivation irritative, tenir un compte tout spécial du degré de vitalité de la peau, et examiner si l'on n'y peut pas remarquer quelque disposition qui puisse favoriser l'apparition d'un érysipèle ou de la gangrène. C'est ainsi que les irritants sont contre-indiqués sur les membres paralysés, et surtout sur les régions œdématiées.

Chez les enfants, les vésicatoires amènent souvent la gangrène dans certaines conditions hygiéniques principalement ; ainsi cette complication est tellement commune à l'hôpital des Enfants, que pendant longtemps la plupart des médecins de cet établissement ont renoncé à l'emploi de ces exutoires. On diminue dans une proportion considérable les chances de cet accident en ne laissant en place l'emplâtre vésicant que pendant un temps très-court, de deux à quatre heures, au bout desquelles on le remplace par un cataplasme recouvert de beurre (afin d'éviter que l'épiderme ne reste attaché au linge lorsqu'on enlèvera le topique), ou mieux encore par une plaque de diachylon, ainsi que cela se pratique à l'hôpital des Enfants.

Chez les vieillards qui offrent tous les caractères d'une sénilité avancée, dont la peau est comme atrophiée et ne fonctionne plus, il faut être très-sobre de vésicatoires, qui le plus souvent, dans ces cas, ne produisent aucun effet et peuvent sphacéler le tégument.

Il faut éviter aussi, pour un motif analogue, de répéter plusieurs fois l'application d'un vésicatoire sur la même place. La peau perd alors sa vitalité et son ressort ; elle se gangrène quelquefois.

Chez les albuminuriques, les vésicatoires cantharidiens déterminent souvent des érysipèles gangréneux ; il faut s'en abstenir autant que possible.

Dans la diphthérie, vous connaissez tous les dangers de la dénudation du derme, la production des fausses membranes à la peau, et l'aggravation de l'état général.

Il faut encore s'abstenir des vésicatoires chez les sujets qui ont des affections graves de la vessie, à cause du retentissement qu'ont les cantharides sur les organes génito-urinaires. S'il y a indication absolue dans ce cas d'obtenir une vésication, on cherchera à la produire autrement, avec l'ammoniaque, le marteau de Mayor, par exemple.

Chez les dartreux et chez les enfants sujets à certaines gourmes voisines de la scrofule, les irritants cutanés amènent souvent des explosions cutanées fort tenaces. C'est ainsi que j'ai vu un emplâtre simple déterminer l'apparition d'un eczéma qui envahit tout le corps et qui dura plusieurs mois. Ne faites jamais usage chez les scrofuleux de certains topiques irritants qui laissent des traces indélébiles ; l'emplâtre stibié particulièrement produit quelquefois des ulcérations abominables et très-difficiles à guérir ; ainsi Dupuytren, sur l'autorité de Hallé, y avait complétement renoncé, et j'avoue que je partage sa répulsion. J'ai vu des ulcères larges de plusieurs centimètres, et dont la cicatrisation fut d'une lenteur désespérante, succéder chez un tuberculeux à l'application de ce topique.

L'huile de croton elle-même laisse quelquefois chez les sujets lymphatiques des traces ineffaçables, qui se présentent sous la forme de petites élevures blanches dues très-probablement au développement des follicules sébacés et à la destruction du pigment cutané. Vous aurez soin, chez les jeunes filles, de ne pas appliquer cette huile sur la partie supérieure de la poitrine. Je me suis attiré une fois de grosses rancunes pour avoir négligé ce précepte, et je vous signale ce fait pour que vous évitiez ce petit écueil.

(1) Fin. (Voir le numéro précédent.)

LA CHROMHIDROSE OBSERVÉE A PARIS,

Par M. le Dr AUZIAS-TURENNE.

La note suivante a été rédigée le 10 octobre de l'année dernière pour la *Gazette des Hôpitaux*; une circonstance que j'expliquerai tout à l'heure m'a empêché de la publier à cette époque. Il me semble opportun de la publier aujourd'hui.

Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* n'ont assurément pas oublié une observation curieuse de coloration noire des paupières, communiquée par M. Hardy à la Société médicale des hôpitaux (séance du 2 octobre 1859), et mentionnée dans le numéro du 10 mars dernier. Il s'agit d'un phénomène très-rare, principalement observé à Brest, et exclusivement sur des femmes ; phénomène qui a été décrit par M. Leroy de Méricourt sous le nom de *chromhidrose*. La réalité du fait rapporté par M. Hardy a été vivement contestée par un de ses collègues, lequel a paru craindre que le médecin de Saint-Louis n'ait été la dupe d'une supercherie.

En présence de ces dénégations relativement à un phénomène qu'il n'est pas donné d'observer souvent, chaque médecin doit compte à la science du récit de toutes les circonstances qui peuvent, à un degré quelconque, jeter du jour sur le sujet controversé.

C'est pour accomplir ce devoir que je viens communiquer le fait suivant :

Le mardi 2 octobre, j'ai rencontré dans la rue de Seine une dame d'une trentaine d'années, dont les quatre paupières, et surtout les inférieures, étaient couvertes et entourées d'un enduit comme charbonneux. Je me suis à l'instant rappelé la communication de M. Hardy, et la vive contestation dont elle avait été l'objet. C'est pourquoi j'ai pris aussitôt le parti d'aborder cette dame, dans le but d'obtenir d'elle quelques renseignements sur la teinte bistrée de ses paupières. Pendant une courte conversation que j'ai eue avec elle, j'ai examiné de mon mieux ses paupières, dont le barbouillage étrange était loin de l'embellir, et ne laissait pas de paraître pour elle un motif sérieux d'embarras. Je n'ai pas douté que je n'eusse devant moi un cas de chromhidrose, bien que mon examen n'ait pu être que des plus superficiels. Je me tairais même sur cette observation très-écourtée, si je ne consultais que mon amour-propre et si je n'espérais devenir utile en mettant sur la voie d'investigations plus étendues. Peut-être serai-je cause qu'on obtiendra plus de détails sur cette dame, et qu'on pourra la soumettre à un examen plus scientifique. Elle m'a appris qu'elle avait été atteinte à Paris, où elle habitait depuis longtemps, de cette incommode sécrétion fuligineuse, et elle m'a promis de venir me voir ou de me faire savoir son adresse. Je n'ai pas cru devoir pousser plus loin mon indiscrétion. Je n'ai pas revu cette personne depuis.

Là s'arrête donc mon observation fort incomplète.

Je la livre à la publicité, dans l'espoir que quelqu'un d'entre les lecteurs dont cette dame aura pu ou dont elle pourra attirer l'attention, sera peut-être dans le cas de nous en apprendre davantage.

Est-il probable que ce fait rencontré par moi soit complétement isolé? Espérons qu'on pourra confirmer et analyser à Paris ce curieux phénomène.

Il y a deux mois environ qu'un autre cas de chromhidrose s'est présenté à moi. Une tache chromhidrotique transversale s'étalait désagréablement sur la paupière inférieure d'un jeune homme qui voulait absolument en trouver la cause dans le contact prolongé du bec de sa plume chargée d'encre. Mais la tache abstergée par moi se reproduisit sous mes yeux, ce qui m'a paru le mécontenter assez pour qu'il ne m'ait pas permis de pousser plus loin ma curiosité.

Non-seulement je soutiens l'existence de la chromhidrose, mais j'en donne encore jusqu'à un certain point l'explication. J'admets en effet qu'il y a dans cette circonstance un déplacement partiel du pigment de l'œil. Ce pigment est-il trop copieux, trop subtil, altéré d'une manière quelconque dans sa composition? Est-il mal emprisonné dans ses cellules, ou plutôt est-ce le travail de sécrétion lui-même qui s'est déplacé?

Aussi bien ne prétends-je pas attribuer à ma demi-explication plus de valeur qu'elle n'en mérite. Mais n'offre-t-elle pas le double avantage de rapprocher d'une part le phénomène chromhidrotique de ce qui se passe dans le vitiligo, où la matière colorante abandonne certaines places de la peau pour s'accumuler dans d'autres places voisines, et d'autre part de rendre compte du lieu d'élection palpébral de la chromhidrose? Qu'on dise, si l'on veut, que les paupières fournissent anormalement du pigment, comme les aisselles de certaines femmes en état puerpéral donnent du lait.

Ne pensera-t-on pas qu'il serait de quelque utilité de tenter l'examen ophthalmoscopique de la choroïde et de ses dépendances chez les personnes chromhidrotiques?

Enfin, si c'est dans le but de s'embellir le visage ou de se rendre intéressantes que les dames de Brest se mâchurent ainsi les paupières, elles me paraissent bien plus fortes en connaissances anatomiques et physiologiques qu'habiles dans l'art de plaire.

Je me résume, et je dis que l'existence de la chromhidrose n'est en contradiction ni avec les données de l'anatomie et de la physiologie (témoin les expériences de M. Gosselin sur le transport de certaines substances à travers les tissus palpébro-oculaires); ni avec celles de la physiologie pathologique (témoin le vitiligo et la sécrétion lactée des mamelles).

Que personne ne se laisse donc retenir par une fausse honte ou par le respect humain. Que chacun apprenne le résultat de ses observations, et la lumière ne tardera pas à se faire complétement sur ce prétendu phénomène merveilleux ou artificieux.

ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE FÉMORALE

faisant suite à un anévrysme poplité guéri par une compression mécanique de huit heures,

Par M. le docteur FONTAIN.

Le malade était âgé de trente-cinq ans, tuberculeux, ayant eu des hémoptysies. Il avait dans le creux poplité une tumeur anévrysmale datant de cinq mois environ, et survenue à la suite d'une chute sur la glace; la compression de l'artère fémorale faisait cesser les battements. On espéra la guérir à l'aide de la compression; mais on attendit, pour mettre ce moyen en usage, le rétablissement de la santé générale.

Au bout de deux mois environ, la santé étant considérablement améliorée, on se décida à l'opération. Mais au nouvel examen qu'on fit du malade, on trouva une autre tumeur au niveau de la région moyenne antérieure de la cuisse, et cette tumeur fut reconnue pour un anévrysme de l'artère fémorale, dont elle présentait tous les symptômes. La tumeur poplitée n'avait pas diminué de volume, mais on n'y trouvait plus de battements.

On se décida à employer la compression sur cette tumeur, et voici comment elle fut appliquée : une bandelette d'emplâtre agglutinatif formant un rouleau de 1 pouce 1/4 de longueur sur 3/4 de pouce de diamètre, est appliquée longitudinalement sur l'artère et maintenue par une compression.

Ce moyen remplit une foule d'indications auxquelles manquent la plupart des méthodes usitées en pareil cas. D'abord ce rouleau adhère d'une manière permanente et immuable à la place exacte où il a été placé; secondement, il ne comprime que l'artère seule, laissant libres le nerf ou la veine; troisièmement, par sa nature molle et semi-élastique, il met la peau à l'abri de toute meurtrissure et de gangrène consécutive, et cependant il est assez solide pour faire une compression exacte. Les pulsations cessèrent immédiatement; les veines superficielles se remplirent modérément; mais évidemment le courant de retour de la circulation était à peine retardé pour favoriser la circulation du sang dans les extrémités inférieures qui doivent être alimentées désormais par les branches collatérales; des frictions constantes sont faites sur la jambe depuis le pied de bas en haut.

La compression resta en permanence depuis huit heures du soir jusqu'à sept heures du matin. Au bout de huit heures de durée, toute pulsation avait cessé dans la tumeur.

Le lendemain matin on enleva la compression; les pulsations ne revinrent pas. Il existait une douleur très-vive qu'on fit cesser par l'administration intérieure de la morphine. Les pulsations qui avaient disparu dans toute la longueur de l'artère fémorale revinrent au bout de vingt-quatre heures jusqu'à un pouce au-dessus de la tumeur, mais non dans la tumeur elle-même. Craignant une lésion artérielle en raison de la succession de l'anévrysme fémoral à un anévrysme poplité, on pratiqua pendant trois jours la compression une heure durant sur l'artère. On administra en même temps l'acide tannique et les toniques, pour rendre un peu de ton au système vasculaire. Peu à peu la tumeur diminua de volume; le membre recouvra l'usage de ses mouvements qu'il avait perdu, et cinq jours après l'opération le malade pouvait se promener. Quelques semaines après, la tumeur avait totalement disparu; la circulation collatérale était bien établie et le malade parfaitement guéri.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 juin 1861. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet :

1° Une note relative à un nouveau fébrifuge et des échantillons de ce succédané du quinquina, par M. le docteur Bramo, de Matanzas (commission des remèdes secrets);

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements du Gers, de la Loire-Inférieure et dans l'arrondissement de Verdun. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

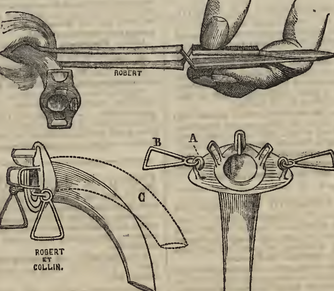
La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Bourguet, d'Aix, qui demande que son mémoire sur l'uréthrotomie externe soit réservé pour le prochain concours d'Argenteuil (accordé);

2° Une lettre de M. le docteur Appia, président de la Société médicale de Genève, qui annonce à l'Académie le décès de M. le docteur Rilliet, mort subitement à la suite d'une vive douleur à l'épaule;

3° MM. Mialhe, Lefort et Gobley, informent l'Académie qu'ils se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de pharmacie;

4° MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, présentent à l'Académie une canule à trachéotomie. Cet instrument se distingue de ceux qui ont été faits pour la même opération par une grande mobilité qui lui permet de suivre les mouvements de la trachée. Cette disposition a été obtenue au moyen d'ailettes mobiles, fixées de chaque côté de la plaque de la canule externe, aux deux extrémités d'une ligne qui passerait au niveau de la paroi inférieure de la canule interne.



Toutes les anciennes canules peuvent, à peu de frais, être mises à ce nouveau système.

MM. Blache et Guersant ont déjà constaté expérimentalement les avantages de cette modification.

Les mêmes fabricants présentent également un nouveau dilatateur de la trachée, exécuté d'après les indications de M. le docteur Garnier (du Mans), ancien interne des hôpitaux. C'est une pince à branches croisées et à extrémité recourbée, qui, une fois introduite dans la trachée, embrasse par sa concavité la partie supérieure de l'incision trachéale.

La facilité avec laquelle cet instrument se manœuvre de la main gauche, permet d'attirer la trachée en avant, d'introduire aisément la canule et d'éviter ainsi les décollements si fréquents et toujours si graves qui accompagnent parfois ce temps de l'opération. Cette pince dilatatrice est employée avec succès depuis plus de deux ans dans le service de M. Barthez, à l'hôpital Sainte-Eugénie.

5° M. Mathieu présente un nouveau porte-scie qui peut s'adapter à toute scie à chaîne, et permet de s'en servir avec *une seule main*, l'autre main pouvant maintenir les parties ou prendre un point d'appui, *ad libitum*.

L'avantage de ce nouvel instrument est :

1° De ne plus dépendre d'un aide qui tient entre ses mains le succès de l'opération ;

2° De moins s'exposer au brisement de la scie, puisqu'il n'y a plus besoin d'harmonie entre le jeu des deux mains;

3° De scier beaucoup plus vite et plus sûrement, puisque, sans aucun effort, on maintient toujours la scie à chaîne dans un même degré de tension et dans un angle ouvert toujours au même degré.

4° Au moyen de deux points d'arrêt AA qui existent sur une des faces du porte-scie, on peut diminuer d'abord la longueur du champ de section de la chaîne, et diminuer l'angle d'ouverture pour l'adapter au volume de l'os à scier et à la forme des parties à protéger.

La scie se fixe à l'arbre sur deux petits pitons BB, et y est maintenue par deux crochets que l'on abaisse instantanément.

Ce mécanisme est des plus simples.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente au nom de l'auteur, M. le professeur Fuster, de Montpellier, un ouvrage intitulé *Monographie clinique de l'affection catarrhale*.

— M. GIBERT, à l'occasion du procès-verbal, communique à l'Académie une lettre de M. Leroy de Méricourt, offrant de montrer aux incrédules trois cas de coloration noire de la peau en ce moment dans son service à Brest.

LECTURE.

Diphthérite. — M. LITTRÉ lit une note intitulée : *De la diphthérite et de la paralysie consécutive à la diphthérite dans les œuvres d'Hippocrate.*

Lorsque l'Académie me fit l'honneur de m'appeler dans son sein, dit M. Littré, elle s'exposée à ce que je vinsse par occasion m'occuper de choses très-reculées dans le temps et écartées du domaine actuel de la science et de la pratique. Mais Hippocrate, par une sorte de superstition d'ailleurs justifiée, a conservé d'époque en époque le privilége d'être cité, et s'il a perdu le titre d'autorité irréfragable qu'une science stationnaire se complaisait à lui attribuer, il a gagné le mérite plus précieux d'apporter à une science progressive de graves paroles que l'on médite et un fonds d'expérience que l'on consulte. C'est de ce fonds que je vais tirer quelques recherches qui me paraissent pouvoir être ajoutées à l'histoire de la paralysie diphthérique.

La paralysie diphthérique est aujourd'hui bien étudiée. J'en emprunte les principaux traits à l'ouvrage de M. le docteur Maingault. (Ici M. Littré décrit la marche de la paralysie consécutive à l'angine couenneuse : apparition dans le cours d'une convalescence plus ou moins avancée, paralysie du voile du palais, puis paralysie des membres et affaiblissement de la vue, voilà ce que l'on observe dans la diphthérie).

Voyons, reprend M. Littré, ce que les hippocratiques ont observé dans une maladie qui eut de semblables phénomènes consécutifs, et dont je laisse provisoirement le nom en blanc.

On lit dans le VIe livre des *Épidémies* (VI, 7, 1) la description d'une maladie qui ne porte aucune dénomination particulière; l'auteur ne la désigne que sous le nom de la *toux* ou les *toux*. Je l'ai appelée l'épidémie de Périathe, parce qu'elle fut observée dans ce pays.

Voici cette description. Quinze ou vingt jours après le solstice d'hiver, il y eut des toux qui d'abord n'offrirent rien de particulier; mais avant l'équinoxe qui suivit, la plupart des malades eurent une rechute, qui se produisit d'ordinaire le quarantième jour. C'est alors que la maladie prit un caractère inattendu. Trois ordres de phénomènes y apparurent : les nyctalopies, les angines et les paralysies. Quand dans la récidive la toux avait été peu intense ou même nulle, les malades, particulièrement les enfants, furent affectés de nyctalopie. Ces nyctalopies s'établissaient comme celles qui viennent de cause tout autre. Quand, au contraire, la toux de récidive avait été violente et sèche, ou amenant des matières dures et sèches, il se déclarait des angines et des paralysies. Elles attaquèrent beaucoup d'hommes, très-peu de femmes libres, et bon nombre de femmes esclaves, et l'on observa que les paralysies frappaient surtout les membres qui avaient ressenti antérieurement par l'exercice le plus de fatigue.

Une fois que j'eus bien saisi le trait essentiel de cette épidémie telle que l'auteur se l'est représentée, c'est-à-dire une toux et des paralysies, il me fut possible de découvrir plusieurs passages disséminés qui s'y rapportaient et ajoutaient quelque chose au renseignement.

M. Littré cite cinq observations empruntées au livre I et IV des *Épidémies*, et établit que ces observations se rapportent à un seul et même état pathologique. A l'époque où il écrivit son livre sur les épidémies, il annonça qu'il ne savait pas à quelle maladie les rapporter, et qu'il fallait ranger cette épidémie parmi celles dont on n'a pas d'autre exemple. (Voir le tome V, p. 265, de la traduction.) Aujourd'hui, éclairé par les progrès de la science moderne, il n'hésite pas à

mettre à côté l'une de l'autre ces deux affections, et ici se vérifie, ajoute-t-il, que l'interprétation des choses anciennes dépend du progrès actuel des connaissances dans les sciences organiques et inorganiques.

Faisant ensuite l'histoire de ce groupe symptomatique qui caractérise les paralysies consécutives aux angines, M. Littré montre que ces affections ont toujours été observées sans que le lien qui les unit eût jusqu'à ces derniers temps été découvert. Il fait remarquer combien sont importants les caractères fournis par l'historien de l'épidémie de Périathe, et il établit qu'il n'y a pas lieu de confondre cette épidémie avec celle de grippe de Tac ou de Horion que l'on observa en France au quinzième siècle. Toutefois il signale, en le critiquant, un cas d'angine simple ou d'influenza rapporté par un auteur anglais, M. Eade, qui détermina de la paralysie, et il se demande, comme M. Eade, s'il n'y a pas eu là une diphthérite méconnue.

Reprenant ensuite le parallèle des deux affections, M. Littré ajoute un nouveau trait de ressemblance consistant en un état secondaire aussi de la gorge, lequel ne permettait ni d'avaler commodément ni d'articuler d'une manière distincte. Cela posé, il n'est plus possible d'hésiter sur le diagnostic rétrospectif qui doit être porté. A part l'épidémie de Périathe méconnue jusqu'à ce jour, ajoute-t-il, et quelques indications aussi brèves qu'obscures, la collection hippocratique ne renferme aucune trace de la diphthérite. Pourtant cette maladie n'a pas été étrangère à l'antiquité. Nous en avons une très-suffisante description, sous le nom d'ulcère syriaque, dans Arétée, qui, il est vrai, est postérieur à Hippocrate de quelques siècles. Arétée n'a pas noté la paralysie consécutive, soit qu'il ne l'ait pas observée, soit plutôt qu'il ait négligé de mentionner ce symptôme dont il ne put pas voir la collection.

M. Littré, à la fin de ce travail, cherche à caractériser d'une manière plus précise encore l'analogie des deux affections, et il termine en ces termes :

« En résumé, il y a vingt-deux siècles qu'il régna une épidémie diphthéritique. Cette épidémie eut des paralysies consécutives; un médecin aperçut la connexité, et cette observation, qui prouve à travers un si long espace de temps la constance des influences extérieures et des réactions organiques, demeura enfouie dans l'obscurité, parce que le nom ne signala pas la chose et parce qu'il ne se trouva plus de longtemps aucun esprit dont l'attention s'éveillât sur la relation entre des effets primitifs et des effets consécutifs. »

Sur l'extraction des calculs ou des fragments arrêtés dans l'urèthre. — M. AUG. MERCIER lit sous ce titre un mémoire dans lequel il partage ces corps étrangers en trois catégories, selon qu'ils peuvent être extraits sans opération préalable, ou bien qu'ils ont un volume trop considérable et doivent être broyés; ou bien, enfin, qu'en raison de leur volume ou de leur position, ils ne peuvent être ni extraits ni broyés, et doivent être refoulés dans la vessie ou retirés par une voie artificielle.

Il ne propose aucun moyen nouveau contre ceux de la première catégorie, sauf une modification faite, d'après ses indications, par MM. Charrière, du crochet articulé de Ravaton, que Leroy d'Etiolles a aplati en forme de curette, modification qui rend cet instrument plus solide quoique plus mince, plus facile à nettoyer, non sujet par conséquent à la rouille, laquelle rend si souvent celui de Leroy impropre au service.

Il montre ensuite que tous les moyens proposés contre la deuxième catégorie sont ou insuffisants, ou trop compliqués, ou trop difficiles à manœuvrer. Le meilleur de tous, le brise-pierre uréthral d'Amussat, est droit, trop volumineux par le bout, passe par conséquent très-difficilement entre les parois du canal et le corps à broyer; il a les mors plus ou moins obliques, tendant par cela même à repousser ce corps, et, quand celui-ci est écrasé, ses débris sont refoulés de tous côtés contre les parois déjà distendues et les blessent; enfin, on ne retire rien ou presque rien.

M. Mercier a remplacé cet instrument par celui dont nous donnons la figure, et qui a les avantages d'être courbe, de s'insinuer par une extrémité mince entre les parois et le corps étranger; d'avoir les mors perpendiculaires à l'axe, et creusés tous deux d'une poche profonde où les débris se logent et sont ramenés au dehors.

Quand le calcul ou fragment distend trop le canal pour donner passage à cet instrument, et ne peut être repoussé dans une région plus large, le bulbe ou la portion prostatique, M. Mercier se sert d'un autre qui a la forme de sa sonde exploratrice à courbure courte et brusque, et même moins de volume : celui-ci est formé de deux branches glissant l'une dans l'autre; en un mot, c'est un lithotribe très-petit. Avec lui il saisit le corps étranger et le broie, non pas d'avant en arrière comme avec le précédent, mais d'un côté à l'autre. La manœuvre diffère nécessairement selon qu'on agit dans la portion libre du canal, dans la portion périnéale ou dans l'ascendante : l'auteur entre dans des détails à cet égard.

Quant aux calculs ou fragments de la troisième catégorie, contre lesquels on était si souvent impuissant, qui ont amené tant de fois des orchites, des abcès urineux, des fistules, etc., et même nécessité des opérations plus délicates et presque aussi dangereuses que la taille, M. Mercier a proposé depuis longtemps déjà contre eux des moyens d'un effet presque toujours certain, ainsi qu'il le démontre par des exemples. Ces moyens sont : celle de ses sondes évacuatoires simples dont le grand canal s'ouvre sur le talon, et son dilatateur du col de la vessie. Il fait voir comment avec ces instruments on peut déloger les calculs nichés dans la région profonde de l'urèthre, déraciner même ceux qui sont enchatonnés, et les refouler dans la vessie sans avoir à craindre de se fourvoyer. Quelquefois, quand on se sert du premier, le corps étranger est rejeté par son canal au moment où l'on franchit le col de la vessie; dans tous les cas, il peut sortir spontanément avec l'urine; sinon on le retire de la vessie à l'aide des lithotribes ordinaires.

Enfin, quand un corps étranger ne peut être extrait par le méat ni refoulé dans la vessie, on l'amène au dehors par une opération dont il est impossible de tracer les règles d'avance.

(Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau, Hervez de Chégoin et Ségalas).

RAPPORT.

M. GOSSELIN lit un rapport officiel en réponse à une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, qui consulte l'Académie sur un travail de M. L..., pharmacien chimiste à Marseille, ayant pour titre : *Recherches sur l'absorption des médicaments par les cornées et ses applications à la thérapeutique des maladies des yeux.*

M. le rapporteur propose de répondre au ministre :

1° Que l'absorption par les cornées est un fait connu et qu'on a déjà utilisé dans une certaine mesure pour la thérapeutique;

2° Que rien, dans la communication du sieur L... ne justifierait l'approbation de l'Académie et l'appui de l'autorité supérieure.

L'Académie adopte.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décision du 17 mai 1861, conformément aux dispositions d articles 17 et 23 du décret du 23 mars 1852, portant organisation corps de santé de l'armée de terre, l'inspection médicale aurait li en 1861 dans l'intérieur, en Algérie et au corps d'occupation Rome.

1er arrondissement : M. Vaillant, président du conseil de santé.

2e arrondissement : M. Michel Lévy, directeur de l'Ecole impéri de médecine et de pharmacie militaire.

3e arrondissement : M. Maillot, membre du conseil de santé.

4e arrondissement : M. Scrive, inspecteur.

5e arrondissement : M. le baron Larrey, membre du conseil santé.

6e arrondissement : M. Hutin, membre du conseil de santé.

7e arrondissement : M. Ceccaldi, inspecteur.

8e arrondissement : M. Sédillot, inspecteur.

—La Société de prévoyance de Lyon vient de marquer avec auta de bonheur que d'éclat un anniversaire bien cher à ses souvenirs. y a un an, à pareille époque, elle votait à l'unanimité son annexion l'Association générale. Cette année, dans un banquet présidé p notre honorable confrère M. Rayer, elle a voulu sceller d'une maniè plus intime le lien qui la rattache à la grande famille médicale.

— M. le docteur Chassagny a été nommé trésorier de l'Associatio des médecins du Rhône, en remplacement de M. le docteur Taver nier, arrivé au terme réglementaire de ses fonctions.

— MM. les docteurs Berne et Delore viennent d'obtenir le prix ex traordinaire de 500 fr. que l'Académie des sciences et belles-lettr de Toulouse avait proposé sur cette question : *De l'influence des ex périences physiologiques modernes sur les sciences médicales.*

— M. le docteur Griolet vient d'être tué à Sommières (Gard) p un jeune homme atteint d'aliénation mentale qu'il avait saigné le ma tin pour apporter quelque soulagement à son mal, en attendant qu sa famille se décidât à l'envoyer dans une maison de santé.

— M. le docteur Vial, l'un des médecins les plus distingués Saint-Etienne, vient de mourir dans cette ville.

— M. le docteur Giraudeau Saint-Gervais est mort le 2 juin, à sa terre de Bouffemont, près Montmorency (Seine-et-Oise), à l'âge de cinquante-neuf ans.

Diverses publications sur les maladies syphilitiques, et surtout l'exploitation du rob Boyveau-Laffecteur, avaient donné à M. Giraudeau Saint-Gervais une notoriété européenne, et avaient été pour lui la source d'une fortune considérable.

— L'autorité municipale de Saint-Pétersbourg a résolu de fonder un hôpital pour les artisans indigents, en commémoration de l'affranchissement des serfs. Il portera le nom d'hôpital Alexandre.

— On a exposé à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans la cour Saint-Martin, et sur l'emplacement même qu'elle occupera définitivement, un modèle de la statue d'Amédée Bonnet.

Nous avons reçu de M. le professeur Trousseau, au moment où il s'absentait de Paris pour quelques jours, une réponse aux deux lettres de M. Durand-Fardel, sur le traitement de la goutte par les eaux de Vichy. Nous attendrons son retour pour publier cette réponse.

De l'organisation du service médical et pharmaceutique dans les sociétés de secours mutuels; projet de statistique médicale, par M. le docteur ESPIAU DE LAMAESTRE. Brochure in-8°. Prix : 1 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 67. — SAMEDI 8 JUIN 1861.

(34e ANNEE.)

N° 67. — SAMEDI 8 JUIN 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la fièvre de lait chez les nouveau-nés.

Dans une de ses dernières leçons cliniques à l'hôpital Sainte-Eugénie, M. Bouchut a présenté à ses auditeurs une petite fille âgée de quinze jours, la douzième enfant de la personne qui l'apportait.

Cette petite fille, ainsi que tous ses frères et sœurs, avait eu comme sa mère et en même temps qu'elle, trois jours après sa naissance, de la fièvre et un engorgement des deux glandes mammaires, avec chaleur, rougeur, tuméfaction de la peau et sécrétion d'un peu de lait séreux par l'orifice de la glande. Elle portait encore deux glandes mammaires, dures, mobiles, grosses comme une petite noix, d'où la pression pouvait faire sortir un liquide séreux, qui fut placé sous le microscope et que chacun reconnut pour du lait.

Les douze enfants de cette femme, filles et garçons, eurent ainsi la fièvre de lait au même moment que leur mère, et l'un des garçons eut avec cet engorgement laiteux une mammite terminée par suppuration, ce que chez une nourrice on aurait appelé le *poil*, et qui exigea l'intervention du bistouri.

A cette occasion, M. Bouchut a fait remarquer que le fait de l'engorgement mammaire avec sécrétion laiteuse chez les nouveau-nés a déjà été signalé par Camerer, Ollivier (d'Angers), Banier, le professeur Natalis Guillot, etc., etc. ; que de même que chez la femme la sécrétion lactée devient la cause d'engorgements aigus de la mamelle et d'abcès du sein, de même chez le nouveau-né cette sécrétion du lait peut être l'occasion d'un phlegmon mammaire suivi de suppuration.

M. Bouchut a cité ensuite des observations recueillies par lui, lorsqu'il était médecin de l'établissement des Nourrices, où il a vu l'abcès du sein, négligé par les parents, amener un décollement considérable de la peau du thorax et consécutivement la mort.

Le fait est constant à l'état physiologique ; il y a chez tous les nouveau-nés, garçons ou filles, un gonflement plus ou moins considérable de la glande mammaire, avec ou sans fièvre, suivi de sécrétion lactée, et cela au même moment où se produit chez la mère l'engorgement laiteux des seins, plus ou moins douloureux, quelquefois fébrile, que l'on appelle *fièvre de lait*.

Quelle est la cause du phénomène ? Deux hypothèses se présentent à l'esprit : ou bien il résulte d'une sympathie de la mère et de l'enfant, ou bien il provient d'un vice humoral particulier, d'un état diathésique dû à une altération du sang. Il est bien entendu que ce ne sont là que des hypothèses, mais enfin c'est quelquefois par les hypothèses que l'on arrive à la vérité.

La sympathie pourrait-elle être cause de l'engorgement mammaire et de la fièvre de lait simultanément développés chez la mère et chez l'enfant ? M. Bouchut ne le croit pas. Il comprend les sympathies entre tissus semblables ou entre tissus de nature différente, entre des organes éloignés d'un même individu liés par le système nerveux et peut-être sous l'influence des actions réflexes ; mais entre deux individus séparés, les sympathies sont ordinairement *morales*. Il n'y a de *sympathies physiques* que celles qui résultent de l'*imitation*, et alors ce sont des phénomènes nerveux, tels que le bâillement, le rire, la miction, le hoquet, le vomissement, etc., etc. On ne voit jamais l'*imitation* produire une sécrétion ou une phlegmasie mammaire ou autre, sur deux personnes placées en présence.

On dit bien que chez des jumeaux réunis comme les frères siamois, ou sur des jumeaux séparés, ayant mêmes diathèses et mêmes idiosyncrasies, le mal de l'un se produit chez l'autre, et que la mort les frappe souvent à la fois. Mais c'est là un fait plus légendaire que réel. Il n'est pas assez général pour que l'on en fasse une loi dans les sympathies.

Y a-t-il, au contraire, dans la communauté ou dans l'identité d'affections observées chez la mère et chez le fœtus, ou chez les nouveau-nés, une cause humorale dont le sang serait le réceptacle ? Cela est plus facile à admettre. On sait, en effet, qu'au moment des épidémies de fièvre puerpérale, les nouveau-nés sont assez souvent pris de fièvre, d'érysipèle, de phlébite ombilicale, de péritonite, d'abcès multiples du tissu cellulaire, etc., et d'autres phénomènes analogues à ceux de la fièvre puerpérale chez la mère. M. le professeur P. Dubois a signalé ces coïncidences, qui sont également mentionnées dans le *Traité des maladies de l'enfance*, publié par M. Bouchut, et plus récemment M. Lorain en a fait l'objet de sa thèse inaugurale, sous le titre hardi de *Fièvre puerpérale des nouveau-nés*. Ce rapprochement a été adopté par un grand nombre de médecins ; et, en effet, il est certain que dans l'état pathologique des épidémies puerpérales, la mère et l'enfant sont affectés d'une façon analogue par une fièvre dont la nature est la même.

Quelle est cette fièvre ? Quel est son caractère spécifique ? M. Bouchut pense que les femmes atteintes de péritonite puerpérale ont le péritoine rempli de pus blanchâtre avec flocons abondants, crémeux, caséiformes, remplis de *caséum ;* que leur sang renferme également beaucoup de caséum ; qu'il en est de même des épanchements de la plèvre ; enfin, qu'elles éliminent du caséum par les mamelles dans la sécrétion lactée. La *présence du caséum dans le sang et dans les produits de sécrétion*, tel est le caractère spécifique de la fièvre puerpérale. C'est ce qu'on pourrait appeler la *casémie*.

Mais si la mère a le sang modifié dans sa composition par l'état puerpéral, comment son enfant n'aurait-il pas une altération semblable, bien qu'il n'y ait pas de communication directe entre les sangs maternel et filial ? La syphilis et les autres diathèses ne se propagent-elles pas avec le sang de la mère au fœtus ? Le fœtus a donc le sang de sa mère, d'où la possibilité pour lui d'avoir, comme elle et avec elle, la fièvre puerpérale ou un état morbide analogue engendré par la présence du caséum dans le sang.

Ce qui existe dans l'état pathologique existe aussi à l'état normal.

A l'état puerpéral physiologique de la mère correspond un état puerpéral physiologique du nouveau-né, état de transition entre la vie intra-utérine et la vie indépendante. La mère qui ne nourrit pas élimine son caséum par les mamelles au moment de sa fièvre de lait, et sa peau offre une teinte laiteuse demi-transparente, quelquefois très-belle, caractéristique d'un accouchement récent. Au même instant, l'enfant élimine le sien par les mamelles dans une fièvre de lait peu apparente qui dure à peine quatre ou cinq jours ; puis tout rentre à l'état normal.

Ainsi, à l'état pathologique, en temps d'épidémie puerpérale, il y a un *typhus puerpéral de la mère* et un *typhus puerpéral de l'enfant*, en rapport avec l'excès de caséum dans le sang, ou *casémie ;* à l'état physiologique, chez les femmes qui ne nourrissent pas, il y a une *fièvre de lait* survenant au même instant chez la mère et chez les nouveau-nés, en rapport avec l'élimination nécessaire du caséum de l'état puerpéral.

Enfin, dans les cas rares où la fièvre de lait des nouveau-nés amène l'engorgement laiteux des mamelles, le phlegmon de la glande et la formation d'un abcès, il faut couvrir les seins avec de la ouate, de la pommade camphrée, des cataplasmes de mie et de lait, ou des cataplasmes d'amidon. Si le pus se rassemble en foyer, il faut lui donner issue avec le bistouri, afin d'éviter un décollement de la peau qui peut être mortel.

Kyste séro-purulent à parois fibro-cartilagineuses, situé dans la région du cou.

L'histoire encore obscure et imparfaitement connue de l'origine des tumeurs kystiques du cou, les difficultés que présente leur diagnostic, les dangers dont sont entourées les opérations pratiquées dans cette région ; enfin, à côté de ces circonstances communes, les circonstances particulières de complications multiples et graves qui ont failli un moment compromettre le résultat d'une grave et délicate opération, et l'issue heureuse qui a couronné les efforts combinés de la chirurgie et de la médecine ; tout nous a semblé concourir à donner un intérêt tout particulier au fait suivant, recueilli dans le service de M. le professeur Nélaton, à l'hôpital des Cliniques.

Herm. H..., âgée de trente et un ans, entre à l'hôpital des Cliniques dans les premiers jours de janvier 1861. Elle vient de Munich pour se faire traiter d'une tumeur qu'elle porte à la région du cou.

La malade fait remonter à neuf années environ le début de cette tumeur. C'est sur le côté droit du cou, au-dessous de l'oreille, qu'elle apparut sans cause appréciable. D'abord peu gênante, d'un petit volume et complétement indolore, cette tumeur se développa très-lentement pendant plusieurs années ; ne s'accompagnant d'aucun trouble dans la santé générale, qui était excellente. Ce n'est guère que depuis deux ou trois années qu'elle a fait des progrès, et qu'atteignant enfin un volume assez considérable, elle a commencé à exercer sur l'économie une influence fâcheuse.

La déglutition et la respiration, d'abord peu gênées, devinrent de plus en plus difficiles, et de temps à autre la malade se plaignait de très-violents maux de tête.

Divers traitements ont été institués à plusieurs reprises, mais la malade n'en a obtenu aucune amélioration. Enfin, M. le docteur Hecker, professeur d'accouchements à l'Université de Mu-

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies des Européens dans les pays chauds (régions tropicales) ; climatologie, maladies endémiques, par le docteur A. F. DUTROULAU, premier médecin en chef de la marine, en retraite, officier de la Légion d'honneur (1).

Le docteur Dutroulau a consacré la plus grande partie de sa carrière de médecin de la marine au service des hôpitaux, dans nos colonies. Placé de bonne heure sur un théâtre où la pratique exige un coup d'œil sûr et une action immédiate, il a su joindre à l'observation la science et le jugement qui les fécondent. Appréciant tout d'abord les déplorables fruits des systèmes en vigueur, il leur substitue la thérapeutique rationnelle des climats chauds, et ce résultat ne paraîtra point un mérite ordinaire à ceux qui ont suivi la clinique de nos établissements d'outre-mer il y a vingt-cinq ans. Notre éminent confrère, en écrivant un bon livre, répond à l'attente générale ; il est donc à regretter qu'en maint passage il décline modestement son opinion pour ménager des idées étrangères. Son plan est clair et conforme aux idées doctrinales qui l'ont inspiré : une première partie de climatologie, on pourrait dire d'étiologie ; une seconde de pathologie ou de description des maladies, toutes deux divisées en cinq chapitres.

Après avoir exposé la topographie médicale de chacune de nos colonies équatoriales et fait ressortir leur salubrité relative, M. Dutroulau montre que sur tous les points les phénomènes morbides essentiels ont des traits particuliers, et en même temps des liens de parenté. Il s'appuie sur des faits d'aut[illegible] plus confirmatifs qu'ils sont pris à toutes les sources. Les foyers [illegible]niques sont distincts aussi : l'hépatite et la dyssenterie l'emportent de beaucoup au Sénégal et à Saint-Pierre (Martinique) ; Cayenne et Madagascar offrent au plus haut degré tous les types connus de l'intoxication miasmatique, et en particulier la rémittente bilieuse ; outre ces endémies, on trouve aux Antilles la fièvre jaune, dont le golfe du Mexique est le berceau, et qui n'est plus qu'un accident, au Sénégal et à Cayenne, où le créole n'est pas épargné par elle, attendu qu'elle ne procède pas du sol.

Plus loin, il présente la question sous une autre face, et prouve que l'endémie n'est réglée ni par la météorologie ni par l'hygiène, mais plutôt par les caractères hydro-telluriques des localités. Cela ne fait aucun doute pour le paludisme ; il existe sur tous les points où les terres sont déprimées, humides et cernées par les mangliers ; la colique et le vomito s'éloignent peu du rivage de la mer ; l'hépatite et la dyssenterie marchent de front sur les terrains volcaniques élevés, où l'action des eaux vives et des courants d'air l'emporte sur le miasme. Au point de vue de l'endémicité, ces maladies sont infectieuses, et l'altération primitive du sang qui leur est commune en fait des maladies générales à siége multiple, avec caractère anatomique spécial et localisé..... Il y a là, dans quelques pages, plus de substance et d'idée que dans beaucoup de traités sur le même sujet.

Dans un autre chapitre, il est établi par des statistiques que les maladies accidentelles sont en nombre inverse des endémiques, et par suite plus rares dans les lieux insalubres. Elles sont communes à Taïti et à la Réunion, occupent un cinquième du total des maladies sur les relevés du Sénégal, un huitième sur ceux de la Pointe-à-Pitre, et sont plus rares encore à Mayotte. La fièvre typhoïde n'appartient pas au cadre des maladies des pays chauds, elle s'observe avec certaines pyrexies, et peut être épidémique par suite d'encombrement ou à l'arrivée des troupes, mais jamais la lésion anatomique n'est aussi prononcée qu'en Europe. Cette immunité se rapporte aux habitations des pays chauds, où tout semble disposé pour favoriser la circulation de l'air et dissiper les miasmes animaux. Il n'en est pas ainsi des affections catarrhales ; elles sont fréquentes dans l'hivernage, et la phthisie trouve dans l'air humide et désoxygéné un puissant auxiliaire, mais une cause de consomption. A Cayenne, elle fait périr un cinquième de la population créole, et sans doute elle aurait plus de part à la mortalité, si l'endémie ne prélevait un si large tribut sur les enfant débiles.

On lit avec intérêt les réflexions pratiques sur l'acclimatement. Il est certain que l'organisme humain est capable de réagir contre les influences du climat, il peut s'implanter en tout lieu ; mais cette faculté individuelle n'est pas un attribut de race, ce qui fait que les

(1) Chez J. B. Baillière et fils, 1861.

nich, dans la maison duquel elle était employée comme femme de chambre, l'adressa à M. Nélaton avec une lettre de recommandation très-flatteuse que nous regrettons de ne pouvoir publier ici. Elle entra dans le service, au n° 2 de la salle des femmes.

Elle présentait alors l'état suivant :

On trouve sur la partie latérale droite du cou une tumeur qui, partant de dessous l'apophyse mastoïde, arrive en avant à toucher le bord externe du maxillaire inférieur, et en arrière se dirige jusqu'au trapèze; en avant et en dedans, elle passe sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien, sous lequel elle s'étale et auquel elle semble adhérer. La veine jugulaire externe croise obliquement la partie inférieure de la tumeur; celle-ci est fixe complétement immobile dans le sens transversal; de haut en bas, elle offre au contraire un certain degré de mobilité.

Cette tumeur, qui date déjà de neuf ans et qui a atteint un volume assez considérable sans déterminer de cachexie, sans produire d'autres accidents que les troubles mécaniques qu'elle apporte dans la déglutition et la respiration, ne pouvait guère être considérée comme étant de nature cancéreuse, surtout en présence de cette circonstance que l'on ne trouvait dans le voisinage aucun engorgement ganglionnaire, que cette tumeur était indolente, et qu'après neuf années d'existence elle présentait une consistance ferme.

Le diagnostic, porté par voie d'exclusion, semblait devoir faire admettre qu'il s'agissait là, ou bien d'une hypertrophie ganglionnaire, ce qui eût été une exception à la règle commune, à savoir, que les tumeurs ganglionnaires ne sont généralement pas solitaires; ou plutôt d'un kyste à parois épaisses, dans lequel, en raison de la densité de ses parois, la fluctuation n'était pas reconnaissable.

A raison du voisinage des gros troncs vasculaires du cou, l'ablation de cette tumeur présentait quelques difficultés sérieuses et réclamait en particulier une dissection très-minutieuse dont les chirurgiens allemands n'avaient pas voulu se charger.

Le 25 janvier, M. Nélaton procéda à l'opération de la manière suivante : la malade étant soumise aux inhalations du chloroforme, une incision de 8 à 9 centimètres de longueur fut pratiquée sur le trajet du muscle sterno-mastoïdien, et sur le milieu de cette incision on en fit une seconde, longue de 2 ou 3 centimètres; on disséqua les lambeaux et on les renversa en dehors. Les filets récurrents du plexus cervical superficiel, d'un petit volume, traversant la partie supérieure de la tumeur, furent divisés; le nerf auriculaire postérieur, plus volumineux, et qui adhérait à la face externe de la tumeur, fut disséqué et put en être complétement isolé. La veine jugulaire externe, qui croisait la tumeur à sa partie inférieure, fut saisie entre deux ligatures, dans l'intervalle desquelles le vaisseau fut divisé transversalement. La tumeur faisant alors hernie à travers le muscle sterno-mastoïdien, fut attirée au dehors avec des pinces de Museux et énucléée par l'action des doigts et la section de quelques brides celluleuses. On put voir alors au fond de la plaie la veine jugulaire interne et la carotide primitive, qui avaient été senties par le chirurgien pendant l'opération, et dont il connaissait par conséquent la position exacte.

La tumeur enlevée consistait en un kyste à parois denses, fibro-cartilagineuses, solides, épaisses d'un centimètre environ, contenant un liquide séro-purulent mélangé de grumeaux qui donnaient à cette tumeur un aspect analogue à celui d'un kyste hématique.

Le surlendemain de l'opération, la malade se plaint de ne pas entendre de l'oreille droite; elle a de la peine à avaler; la muqueuse de l'arrière-bouche présente un aspect grisâtre, comme si elle était recouverte d'une membrane diphthéritique; la plaie présente le même aspect, ses bords sont durs.

Le 30, la plaie se déterge; elle ne présente plus de coloration grisâtre; elle est recouverte d'une membrane pyogénique de bonne nature, ses bords ne sont plus tuméfiés et ont repris leur souplesse. La déglutition est libre; le pouls est bon, la malade ne souffre pas.

Le 3 février, la suppuration est abondante; le pus fuse sous le muscle sterno-mastoïdien vers la poitrine; il y a de la fièvre.

Du 5 au 8, la malade est d'une extrême faiblesse; le pouls est à 120; sueurs très-abondantes; la plaie prend une teinte blafarde; on constate la formation d'un abcès sous le muscle sterno-mastoïdien. — On prescrit du sulfate de quinine et l'extrait alcoolique d'aconit.

Le 9, la malade a eu du délire pendant la nuit; on ouvre l'abcès situé au-dessous du muscle sterno-mastoïdien.

Le 10, la malade est prise d'une pneumonie.

Du 11 au 20, on combat l'inflammation pulmonaire par le tartre stibié et les vésicatoires, la plaie est pansée deux fois par jour; la suppuration est toujours très-abondante et le pus a de la tendance à fuser vers la poitrine; la plaie pendant ce temps a été débridée trois fois pour empêcher la formation d'un clapier vers sa partie inférieure; enfin on a divisé le faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien à son insertion à la clavicule.

La pneumonie étant guérie, la plaie continuait à présenter le même aspect grisâtre, comme diphthéritique. Soupçonnant alors une complication syphilitique, M. Nélaton prescrit l'iodure de potassium et touche la surface de la plaie avec la teinture d'iode. Sous l'influence combinée de ces deux moyens, la plaie ne tarde pas à se modifier d'une manière avantageuse et à marcher vers la cicatrisation.

Le 22 mars, la guérison était complète, et la malade put quitter l'hôpital.

De la cautérisation sulfurique et de son application au traitement des névralgies.

Nous avons entretenu plusieurs fois les lecteurs de cette *Revue* de la méthode de traitement des névralgies par la cautérisation sulfurique, introduite dans la pratique par M. Legroux, et nous avons fait connaître les bons résultats qu'elle a produits entre les mains de plusieurs praticiens qui ont suivi à cet égard les indications formulées par le médecin de l'Hôtel-Dieu. Cette méthode a été soumise à une nouvelle série d'expérimentations dans le service de M. Henri Gintrac à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Témoin, avec les élèves qui suivent la clinique de ce professeur, des heureux résultats obtenus par ce moyen, M. Louis Sentex, interne et aide de clinique, vient d'en publier le relevé dans un article du *Journal de médecine de Bordeaux*, auquel nous empruntons le résumé suivant, qu'on consultera avec intérêt.

La cautérisation sulfurique a été employée dans dix cas de névralgies, dont sept sciatiques, deux crurales et une cubitale. Il ne sera pas inutile, avant de donner en gros le résultat, d'exposer en quelques mots la manière dont il a été procédé à l'application de la méthode.

On sait que M. Legroux se sert pour pratiquer ces cautérisations d'une petite éponge fixée par des tours de fil à l'extrémité d'une baguette de bois. M. Henri Gintrac s'est servi d'un pinceau composé de filaments d'amiante réunis en faisceau, qu'on introduit dans un petit tube de verre. Ce pinceau lui parait offrir quelques conditions avantageuses, étant formé d'une substance molle, non altérable au contact de l'acide, et qui par sa disposition permet une égale répartition du liquide. Ce pinceau est promené sur la partie que l'on veut cautériser; une fois la traînée terminée, on absterge le liquide avec de la charpie, puis on recouvre la surface cautérisée avec une plaque de ouate pour éviter le contact de l'air. C'est l'acide sulfurique monohydraté, marquant 66° au pèse-acide, qui a été employé; l'acide sulfurique du commerce, qui a été également expérimenté, a paru produire des effets moins rapides et moins puissants.

Chez les malades soumis à cette pratique, la sensation de brûlure produite par le caustique n'a été violente qu'une seule fois; elle a presque toujours été moindre que la douleur névralgique, et elle n'a jamais nécessité l'usage de l'eau froide, recommandé par M. Legroux.

La cautérisation sulfurique a produit la guérison neuf fois sur dix. Encore le seul insuccès que l'on a constaté n'a-t-il pas été complet, et pourrait-il, d'après M. L. Sentex, être considéré comme un demi-succès. C'est presque immédiatement après l'application du caustique que la douleur névralgique a disparu; quelquefois elle n'a disparu que sur la surface cautérisée; elle a persisté dans des points plus ou moins éloignés, mais toujours sur le trajet du nerf. M. Sentex fait remarquer à ce sujet qu'il semble exister une sorte d'indépendance entre les foyers douloureux.

Ainsi, dans l'une des observations qu'il rapporte, on trouve trois points névralgiques, un épitrochléen, un carpien et un palmaire; une première cautérisation fait disparaître la douleur du coude et du poignet, une deuxième devient nécessaire pour enlever celle de la paume de la main. Le même fait s'est retrouvé dans d'autres observations; la douleur disparue sur les points cautérisés s'est reproduite plus vive dans d'autres parties, et plusieurs applications de caustique ont été successivement nécessaires pour obtenir une guérison complète.

La guérison des névralgies a été d'autant plus prompte et plus positive, que l'acide sulfurique a déterminé une escharification épidermique sèche. L'amélioration n'a été que momentanée lorsque les cautérisations ont été trop superficielles. Les observations de M. Gintrac ont été sur ce point, comme sur tous les autres, confirmatives de celles de M. Legroux; il en résulte que la cautérisation doit consister en une simple ustion de la couche épidermique de la peau, sans phlyctène, sans apparence aucune d'inflammation suppurative, ni même de réaction phlegmasique. Enfin M. Sentex fait remarquer, pour donner la vraie mesure de l'efficacité de la méthode, que chez la plupart des malades la névralgie remontait à des époques plus ou moins éloignées, et qu'elle avait déjà subi des médications plus ou moins énergiques, telles que bains sulfureux, douches, vésicatoires, opiacés par la méthode endermique, l'iodure de potassium, les injections narcotiques sous-cutanées, etc., restées toutes impuissantes.

EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES DU GENOU.

Par M. le docteur H. Larrey.

(Communiqué à la Société de chirurgie dans sa séance du 22 mai.)

L'extraction des corps étrangers articulaires du genou a soulevé une question de responsabilité chirurgicale dont j'ai eu l'honneur d'entretenir la Société (1), à propos d'une opération pratiquée par un chirurgien américain, et suivie d'ankylose. M. Squire, d'Elmira (New-York), m'avait écrit à cet égard, pour me demander divers documents au point de vue surtout des résultats de l'opération.

Je m'étais occupé dès 1832 d'une thèse sur ce sujet, qui n'avait encore fourni que des monographies partielles ou incomplètes, telles que les courtes dissertations de Champigny, Ledo, Vial, etc. Mais un grand nombre d'observations cliniques, depuis le premier fait d'A. Paré, en 1558, et celui de Pechlin, en 1691, jusqu'à ceux de Desault, Richerand et bien d'autres; les travaux de pathogénie et d'anatomie pathologique, commencés par A. Monro, Morgagni, Hunter, Bayle, Brodie, Laënnec, etc., continués ou complétés par MM. Cruveilhier, Velpeau, et par plusieurs des membres de la Société de chirurgie, ont fourni matière en France à quelques thèses fort bien faites; telles que celles de MM. Coquebert, Baumers, Morel-Lavallée, Diaz-Torriente, Jousselin, Larée, sans omettre l'essai publié en 1835 par M. Decaisne (de Bruxelles).

C'est à ces différentes sources, ou dans les auteurs, et auprès de plusieurs de nos confrères, que j'ai puisé les principaux documents d'une statistique générale des résultats de l'extraction des corps étrangers articulaires du genou.

M. Squire lui-même m'a fourni une grande partie des éléments de cette statistique, que M. Baumers avait entreprise de son côté, en 1848, pour 52 observations, que M. Diaz-Torriente a étendue, en 1856, à 88 cas, et qu'un chirurgien russe, M. Berthenson (d'Odessa), parait avoir complétée plus récemment. (Mais toutes mes recherches ont été inutiles jusqu'ici pour trouver ce dernier travail, particulièrement connu de M. Chassaignac.)

Voici provisoirement le tableau récapitulatif que j'ai pu dresser, par ordre alphabétique, des noms d'opérateurs, afin de les confronter plus facilement avec d'autres relevés, en formant un ensemble plus complet. Il comprend deux catégories de faits appartenant :

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, séances du 10 octobre 1860 et du 24 avril 1861.

essais encouragés par cette apparence de cosmopolitisme ont été désastreux. L'acclimatement pathologique n'est accompli qu'après plusieurs années et ne s'obtient qu'au prix de la santé, sauf de rares immunités naturelles; l'acclimatement météorologique s'acquiert par l'hygiène privée, dont M. Dutroulau trace les règles.

Dans la seconde partie de son œuvre, abordant les manifestations de l'endémie, il commence par la *fièvre paludéenne*, dont il donne la description dans deux sections, l'une de pathologie générale, l'autre de pathologie spéciale. Dans les généralités, il reconnait que l'importance de l'altération de la rate a été exagérée; il a vu beaucoup moins de gâteaux spléniques dans les climats chauds que dans les tempérés, où la fièvre est moins grave : vingt fois sur cent il a noté l'absence de lésion splénique. Après cette altération, la plus fréquente est celle du foie. Celui-ci est trouvé congestionné; mais jamais la fièvre ne le fait abcéder quand il n'existe pas primitivement une hépatite. L'altération du sang par le miasme est probablement la première et la plus constante de toutes; les autres sont consécutives, et varient suivant des conditions que rien ne fait prévoir; elles ne sont pas même en rapport avec les symptômes, et ne rendent point compte de la mort. — La pathologie de l'intoxication est parfaitement développée dans la symptomatologie; l'auteur ne décrit pas l'accès, mais il l'analyse et met en relief tout ce qui est propre à l'endémicité. — La classification physiologique des formes lui parait la moins arbitraire, et l'ordre indiqué par la gravité ou l'analogie des symptômes est celui qu'il admet pour ses descriptions particulières. Il distingue la fièvre simple de la pernicieuse, celle-ci étant caractérisée par un genre [illegible] particulier de gravité, comme indépendant de la fièvre et surajouté à elle, et il reconnait à chacune des espèces variées. — Le type est essentiel, c'est l'intermittence. Que les modalités de marche soient exprimées par les désignations d'intermittence, de rémittence et de continuité, rien de plus juste, dit l'auteur, nous devons en tenir compte; mais s'agit-il d'un caractère assez tranché pour établir des distinctions de nature, il n'en faut admettre que deux : l'intermittence et la continuité; la rémittence n'est qu'une modification qui ne doit pas faire perdre de vue l'origine palustre. — Il recherche la génération et la nature du miasme, et indique sur ce point l'état de la science. Le marais classique en est le foyer type; mais des terres en apparence saines peuvent fournir des miasmes fébrigènes, si elles contiennent des alluvions marinières. La salubrité de quelques pays parsemés de salines prouve pourtant que l'eau salée n'est pas, comme on le croit, nécessaire à l'intermittence. — Le quinquina est le seul médicament qui réponde à la fois aux éléments miasme, fièvre et intermittence; il réussit, quelle que soit la complexité des phénomènes apparents, mais il ne dispense pas du traitement qui s'adresse aux effets secondaires. La règle la plus importante de son administration, dans les pays chauds, est de le donner, dans la fièvre simple peu après l'accès, dans la pernicieuse aussitôt que les symptômes sont constatés; l'oubli de ce précepte est dangereux. Suivant son intention de n'accorder à chaque chose qu'une place relative, l'auteur parle peu des succédanés du quinquina; la plupart agissent comme les amers sans avoir la puissance de spécifiques, et font perdre un temps précieux alors que la guérison dépend de l'à-propos; l'acide arsénieux ne mérite pas plus de faveur que les autres.

A la pathologie spéciale, dans le premier groupe de fièvres, M. Dutroulau réunit les accès somnolents, comateux, apoplectiques, épileptiques, qui sont des variétés d'un même état, ordinairement pernicieux, et si rapide, que les lésions anatomiques peuvent être nulles et rarement en rapport avec les symptômes observés. Ce chapitre contient sur l'étiologie, la marche et le traitement de cette forme les idées les plus saines; il apprend à distinguer la congestion solaire de l'accès comateux; il montre que ces accès ont guéri quelquefois malgré la saignée, mais point par la saignée, arme terrible sous les tropiques, où n'existe que l'apparence de la phlegmasie. Ces données, qui sont vulgaires tant elles sont vraies, ne sauraient être assez présentes à l'esprit.

Le second groupe est aussi naturel que le premier; mais l'ataxie ne semble pas caractériser suffisamment une classe de fièvres; l'ataxie, c'est le désordre, et elle se joint comme élément séparable à toutes les maladies; ajoutons que le délire frénétique est quelquefois la conséquence de la chaleur seule.

Les fièvres algide, cholérique, dyssentérique, forment un groupe qui se distingue par un caractère commun : la dépression de la chaleur et des forces vitales.

Les fièvres bilieuses forment un groupe sur lequel on s'entend peu, d'après M. Dutroulau. La divergence des opinions me semble résulter des caractères de la fièvre elle-même, qui offrent l'imprévu, l'irrégularité des accidents pernicieux. Que dire d'un accès dont le phé-

1° A la méthode ancienne, soit par incision directe, soit par incision oblique; 2° à la méthode nouvelle, ou par ponction sous-cutanée, faite diversement. Le nombre des opérés, en regard du nom des opérateurs, est suivi du résultat, et celui-ci représente : 1° La guérison avec ou sans accidents; 2° l'insuccès par opération inachevée ou par disparition du corps étranger; 3° par la mort.

Extraction directe des corps étrangers de l'articulation du genou (*incision directe et incision oblique*). — Faits publiés ou cités.

Opérateurs.	Nombre de cas.	Résultats.	
Abernethy.	1	Guérison.	Les accidents ne sont pas toujours indiqués dans les cas de guérison.
Adams (Francis).	1	Guérison.	
Allan (Robert).	1	Guérison.	
Arnott.	2	Guérison.	
Aumont.	2	Guérison (4 corps étrangers).	
Averill.	1	Inconnu.	
Bartlett.	1	Guérison.	
Bégin.	5	3 guérisons, 2 morts.	
Bell (Benjamin).	1	Guérison.	
Bell (Charles).	1	Mort après amputation.	
Bérard (Auguste).	1	Guérison.	
Berry.	1	Guérison.	
Birkett.	2	Guérison après essai sous-cutanée.	
Blacke.	3	Guérison incertaine 1 fois.	
Bourse.	1	Guérison (fragment d'os).	
Boyer.	4	2 guérisons, 2 morts.	
Boyer (Philippe).	1	Guérison, avec ankylose.	
Brodie.	1	Guérison; 3 opérations sur le même.	
Bromfield.	1	Guéris.; 2 opér. à la fois sur le même.	
Camberlin.	1	Mort.	
Clarke.	1	Guérison.	
Coley.	1	Guérison.	
Cooper (Bransby).	3	1 mort, 2 guéri (1 avec ankylose),	
Cooper (Samuel).	1	Guérison.	
Cruikshank.	1	Guérison (hydarthrose).	
Decaisne.	1	Mort.	
Desault.	4	Guérison.	
Diaz-Torriente.	1	Incertain.	
Dieulafoy.	1	Accidents; guérison. (Projectile).	
Dupuytren.	2	1 guéri; 1 mort.	
Fergusson.	5	4 guérisons (1 ankylose), 1 mort?	
Fleuret.	1	Guérison.	
Ford.	2	1 guérison, 1 mort.	
Gibson.	3	Guérison (accidents chaque fois).	
Godard	1	Guérison.	
Gooch.	1	Guérison.	
Hancke.	3	2 guérisons, 1 mort.	
Henckel?	1	Guérison (double incision).	
Hewit.	1	Mort (cité par Reimarus).	
Hoffmann.	1	Guérison (mais ankylose).	
Hunter.	1	Guérison.	
Hutchinson.	1	Guérison après essai sous-cutané.	
Jobert (de Lamballe).	1	Mort, après tentative de fixation.	
Kirby.	4	2 guérisons, 1er ankylose, 2e suppuration grave; 2 morts.	
L... (de Louvain).	1	Mort (cité par Decaisne).	
Larrey (Dominique).	2	Guérison.	
Larrey (Hippolyte).	1	Guérison.	
Lisfranc.	3	1 guéri 2 morts (cités par Barrier).	
Liston.	3	Guérison, accid., et 1 fois ankylose.	
Loeffler.	1	Inconnu.	
Malherbe.	1	Mort (fragment d'os).	
March.	4	Guérison.	
May (cité par Eve).	1	Guérison (deux corps volumineux).	
Morengeim.	1	Guérison (avec hydarthrose).	
Moring.	2	Guérison (récidive dans un cas).	
Muller.	1	Guérison incertaine.	
Murville.	1	Guérison.	
Paré (Ambroise).	1	Guérison.	
Pechlin.	1	Guérison.	
Pétrequin.	1	Indéterminé.	
Pleindoux.	1	Mort, après tentative sous-cutanée.	
Poirson.	1	Guérison.	
Reynaud.	1	Guérison (fait communiqué).	
Richerand.	12	8 guérisons, 4 morts.	
Roux.	2	1 guéri, 1 mort après amputation.	
Sabatier.	1	Guérison.	
Sédillot.	1	Insuccès par disparltion, etc.	
Simson.	1	Guérison, accidents provoqués.	
Simpson.	1	Guérison avec ankylose.	
Smith.	1	Guérison.	
Soender.	1	Guérison.	
Squire.	1	Guérison avec ankylose.	
Sulzer.	1	Guérison (cité par Richter).	
Vielle.	1	Guéri; récidive d'une opér. de Desault.	
Watley.	1	Guérison avec ankylose.	
White.	1	Guérison.	
Willaume.	1	Mort (fait communiqué).	
Chirurgiens cités sans être nommés par Champigny.	1	Guérison (l'autre genou atteint aussi).	
Decaisne.	1	Guérison (accid. les plus graves).	
Rampon.	1	Mort.	
Theden.	1	Mort.	

Extraction indirecte des corps étrangers de l'articulation du genou (*ponction sous-cutanée et modifications*). — Faits publiés ou cités.

Opérateurs.	Nombre de cas.	Résultats.
Alquié (de Montpel.).	1	Mort, après tentative de fixation.
Bauchet.	1	Guérison. (Récidive ultérieure).
Bégin.	1	Insuccès par disparition, etc.
Birkett.	2	Insuccès par disparition.
Bonnet.	2	1 Guérison; 1 insuccès par disparit.
Bouchacourt.	1	Guérison.
Chassaignac.	2	Guérison après angioleucite.
Denonvilliers.	2	Guérison, après disparit. et suppur.
Desormeaux.	1	Guérison.
Diaz-Torriente.	1	Mort.
Foucher.	1	Guérison.
Giraldès.	1	Insuccès par disparition..
Gosselin.	1	Guérison.
Goyrand.	1	Guérison; 2 opérations sur le même.
Hilton.	1	Guérison incertaine.
Huguier.	1	Guérison.
Jobert.	3	2 guéris., 1 mort après essai de fixat.
Laugier.	1	Insuccès par disparition.
Liston.	5	1 guéri; 4 insuccès par disparition.
Lustreman.	1	Guérison (fait communiqué).
Maskoe.	1	Guérison après disparition.
Nélaton.	1	Insuccès par disparition.
Pleindoux.	1	Mort après incision secondaire.
Syme.	1	Guérison.
Velpeau.	2	1 insuccès, 1 mort après amputation.
Vidal (de Cassis).	2	1 guérison; 1 insuccès par disparit.

La résultat général des deux méthodes d'extraction, d'après cette statistique de 168 cas publiés ou cités par les auteurs, donne pour l'extraction directe 129 faits, dont 98 guérisons, 5 insuccès, 28 morts; et pour l'extraction indirocte : 38 faits, dont 19 guérisons, 15 insuccès et 5 morts.

Je joindrai à cette longue énumération plusieurs faits inédits que quelques-uns de nos collègues ont bien voulu me communiquer.

En voici les résultats (d'après l'une ou l'autre méthode) :

MM.	Opérés.	Résultats.
Blandin.	2 ou 3	Insuccès ou morts. (Vus par M. Demarquay.)
Boyer [Philippe] (1).	15 ou 16	13 guérisons, 2 ou 3 morts.
Colson (de Noyon)	1	Guérison (2).
Laugier.	3	2 guérisons, 1 mort.
Legouest.	3	Guérison.
Malgaigne.	2	Guérison.
Manec.	1	Guérison.
Meunier.	1	1 guérison.
Robert.	1	Guérison.
Velpeau.	9 ou 10	2 ou 3 morts (1 après amputat.)

Les conclusions générales qui me semblent pouvoir être déduites de l'ensemble de tous ces faits seraient les suivantes :

L'extraction des corps étrangers articulaires du genou est une opération grave pratiquée par l'incision directe, difficile par la ponction sous-cutanée. Beaucoup d'accidents sont survenus dans les cas mêmes assez nombreux de guérison indiqués sur le tableau précédent.

L'extraction est proportionnellement plus dangereuse que la maladie elle-même; c'est-à-dire que les accidents sont plus redoutables par le fait de l'opération que par la présence du corps étranger.

(1) Renseignement fourni par M. Bauchet. Philippe Boyer opérait toujours par incision directe.

(2) Observation adressée à la Société de chirurgie.

Si beaucoup de cas de guérison se trouvent constatés, bien des insuccès ou des résultats funestes ont sans doute été passés sous silence.

L'opération, en définitive, semble indiquée seulement dans les conditions que voici :

1° Mobilité complète et bien certaine du corps étranger, devenu tout à fait libre et mobile dans l'articulation;

2° Persistance des accidents provoqués par sa présence (douleur, arthrite ou hydarthrose, claudication);

3° Insuffisance des moyens contentifs (compression palliative, essais de fixation permanente);

4° Volonté du malade d'être opéré, quoique averti des dangers et des difficultés de l'opération.

Quant au choix du mode opératoire, il doit appartenir au chirurgien, appréciant à la fois les accidents de la méthode ancienne, les insuccès de la méthode nouvelle et l'importance des soins consécutifs.

PERFORATION DE LA VEINE CORONAIRE DROITE DU CŒUR par une arête de poisson.

Par M. le docteur Andrew, médecin de l'University College Hospital, à Londres.

Il s'agit, dans cette observation, d'une pauvre femme au sujet de laquelle on ne put recueillir aucune espèce de renseignement. Son nom et son âge même restent inconnus. Une personne qui l'avait vue le jour de sa mort, raconta qu'elle se plaignait d'une douleur vive dans la poitrine, accompagnée d'une sensation de faiblesse; elle s'assit sur des marches d'un escalier pour se reposer, et de là on la transporta à l'hôpital. Quand on voulut la relever, on s'aperçut qu'elle était morte.

A l'autopsie, on trouva dans le péricarde une pinte et demie de sang liquide; il n'y avait pas de caillots, seulement on voyait, s'étendant du péricarde pariétal au cœur, des filaments fibrineux analogues à ceux que l'on obtient en fouettant du sang, et très-différents d'ailleurs des exsudats fibrineux de la péricardite.

En poursuivant l'autopsie, on trouva une arête de poisson qui, retenue dans l'estomac, l'avait percé près de l'extrémité cardiaque de l'œsophage; elle avait ensuite traversé le diaphragme et la face postérieure du péricarde, et enfin la veine coronaire droite du cœur, ce dont on s'assura sans peine en injectant ce vaisseau et également par une dissection attentive.

L'artère coronaire était intacte, ainsi que le cœur et l'aorte.

Le sang épanché dans le péricarde avait par conséquent été versé exclusivement par la veine coronaire. Sur le trajet de l'arête à travers la paroi stomacale, le diaphragme, etc., on voyait une extravasation sanguine très-peu abondante et évidemment de date récente.

L'arête, qui avait en tout 1 pouce 7/8 de longueur, avait pénétré dans le péricarde dans le quart de sa longueur.

M. Andrew fait remarquer avec raison que la mort n'a pas pu être la conséquence instantanée de la plaie veineuse, mais qu'elle a dû se produire à la suite d'une syncope lente : ce qui le prouve, c'est d'une part, la grande quantité de sang versée dans le péricarde, et de l'autre, la disposition particulière des filaments fibrineux, qui était due apparemment à ce que le cœur par ses contractions fouettait en quelque sorte le sang extravasé.

A en juger par l'aspect irrégulier, lacéré, et l'étendue considérable de la plaie veineuse, rapprochée de la forme extrêmement acérée de l'arête; il semble que la perforation ait été produite lentement, et en quelque sorte par usure progressive, sous l'influence des contractions du cœur.

Toutes ces circonstances réunies semblent prouver, en somme, que la mort est survenue plusieurs heures au moins après la production de la plaie. On a pu voir plus haut que les choses se passent tout autrement lorsqu'au lieu d'une veine c'est une artère coronaire qui est lésée. (*The Lancet* et *Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 mai 1861. — Présidence de M. Morel-Lavallée (vice-président).

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Suite de la discussion sur le traitement des anévrysmes.

M. Richet. Je vais essayer de répondre aux diverses objections qui m'ont été adressées :

nomène initial est une hématurie foudroyante? Cependant il n'existe pas de type mieux tranché : frisson prolongé, embarras gastrique et céphalalgie, ictère précoce, état bilieux général, urines sanglantes et vomissements verts.

La rémittence bilieuse est particulière aux foyers bas et très-malsains, comme ceux de Cayenne et de Madagascar; elle est rare et un peu différente de forme sur les terrains élevés des Antilles, où elle devient la fièvre jaune des acclimatés et des créoles.

La cachexie palustre, qui représente le dernier groupe de fièvres, est l'aboutissant de toutes les autres formes, surtout celles qui impressionnent profondément l'organisme. Elle est définie par l'auteur : un état anémique de cause palustre, dont les symptômes principaux, décoloration de la peau et des muqueuses, hydropisie, phénomènes nerveux, sont placés sous la dépendance de l'hydrémie. Elle n'est pas toujours la suite d'un état aigu; elle peut exister sans fièvre et n'a pas de rapports absolus avec l'ancienneté ou le nombre des accès, bien qu'elle soit liée à tous les types de l'endémie par sa cause et par un ordre de succession assez constant.

Je recherche tout ce qui s'écrit sur la fièvre jaune, et je ne connais rien qui ait été présenté d'une manière plus vraie, plus complète et plus large. On sent l'autorité du maître dans les appréciations théoriques comme dans les applications pratiques. L'auteur est ici sur son terrain; il a vécu longtemps dans l'atmosphère de la maladie.

La fièvre jaune est, pour M. Dutroulau, une maladie générale, spécifique et transmissible. Son miasme est distinct du miasme palustre et ne se développe pas spontanément loin de ses foyers primitifs. Il insiste avec raison sur le fait capital de la transmissibilité, dont l'admission eût épargné bien des épidémies pendant ces dernières années. Dégagé de tout système, il traite la maladie sans parti pris, en suivant les symptômes; il ne condamne pas la saignée, dont il est sobre pourtant. Quant au sulfate de quinine, je m'éloigne un peu du jugement qu'il en porte. Je l'ai vu réussir non-seulement contre l'attaque, mais encore préventivement.

En arrivant aux colonies, M. Dutroulau vit qu'on ne pouvait accorder les lésions de la dyssenterie avec les caractères de phlegmasie pure qu'on lui attribuait. Ses études, ses travaux et sa lutte en face d'une routine aveugle, lui valurent la haute position qu'il a occupée dans la marine. Il reconnut dans la prétendue colite une affection endémique spéciale et caractérisée par des lésions anatomiques à peu près invariables : ulcération, gangrène, putrilage. Toutefois, elle est susceptible de modifications; elle est simple ou compliquée, symptomatique ou liée au paludisme, etc.

Après la description générale, les symptômes principaux sont analysés avec soin. Puis, avec une réserve qui résulte de sa grande expérience, M. Dutroulau passe en revue les médications ou les médicaments décorés du titre de spécifiques. Il fait voir dans quelle mesure on peut mettre sa confiance dans les saignées, les opiacés, les toniques, les astringents, et donne la préférence aux évacuants, surtout à l'écorce brésilienne, qui est à la dyssenterie ce que le quinquina est à la fièvre intermittente.

Je regrette de ne pouvoir suivre pas à pas, dans cette analyse, les diverses divisions et indiquer ce que renferment les chapitres relatifs à l'hépatite, à la colique sèche, etc.

Cet ouvrage, dont je n'ai pu donner qu'une idée bien imparfaite, est un de ceux que j'attesterais conformes à la vérité. On peut y ajouter, mais il est difficile d'y changer quelque chose; c'est l'œuvre d'un jugement sévère et d'un esprit impartial. Pour moi, qui ai parcouru la même route que l'auteur, je regrette qu'il soit venu si tard; aussi, quand je me souviens des difficultés qui déconcertent les débuts de la pratique coloniale, ai-je à cœur de féliciter et le maître qui transmet ainsi les bonnes traditions, et les jeunes médecins qui prendront ce maître pour guide.

Dr Jules Laure,
ancien méd. en chef de la marine dans les colonies.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Annuaire de littérature médicale étrangère pour 1861, résumé des travaux de médecine pratique les plus remarquables publiés à l'étranger pendant l'année 1860, traduits de l'anglais, de l'allemand, du hollandais, de l'italien et de l'espagnol, par le docteur Noirot. 5e année. In-18. Prix : 3 fr. 50 c. Paris, Victor Masson et fils.

La gravelle étudiée à Contrexéville, par M. le docteur Legrand du Saulle. Une brochure grand in-8°, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

1° Avant tout, je fais observer que le malade n'est pas mort par le fait du procédé mis en pratique; il a eu des hémorrhagies, il est vrai, mais il importe de ne pas oublier que ces hémorrhagies sont survenues plus de huit jours après l'apparition des symptômes d'infection purulente. Elles n'ont eu lieu que par le fait de l'altération du sang; elles auraient eu lieu probablement quelque procédé opératoire qu'on eût adopté; en voulez-vous la preuve? Je l'ai en ce moment sous les yeux.

Un jeune homme de vingt-six ans a le pied écrasé; il est apporté à l'hôpital Saint-Louis; huit ou dix jours après il est pris d'infection purulente; jusque-là il n'y avait pas eu d'hémorrhagie. A partir de ce moment surviennent des pertes de sang considérables. Le sang coulait en nappe. C'est donc à l'infection purulente qu'a succombé le malade; les hémorrhagies n'ont fait que hâter la catastrophe. Elle aurait eu lieu de même sans hémorrhagie. Ces considérations me permettent d'examiner maintenant la valeur réelle des observations adressées au procédé opératoire que j'ai suivi.

2° On a dit que je n'avais pas fait la compression assez longtemps. Je l'ai faite durant quarante jours. Je l'ai faite directe et indirecte, simultanément, à l'aide de la compression digitale et des appareils; elle était devenue intolérable; l'avant-bras était tuméfié; non-seulement nous n'avons rien obtenu, mais l'état s'était plutôt aggravé. Que fallait-il faire? On m'a dit : persister; mais c'était non-seulement impossible, c'eût été dangereux.

3° Mais, a dit M. Broca, peut-être aurait-on mieux fait de laisser l'anévrysme à lui-même; abandonnées à elles-mêmes, ces lésions ne sont pas dangereuses. Sans doute cela est vrai pour beaucoup d'entre elles, mais tel n'était pas le fait actuel.

J'ai dit les inconvénients qu'il entraînait. De plus le malade était venu de sa province non pour consulter mais pour se faire opérer.

Toutefois, cela n'eût pas été suffisant pour me déterminer à intervenir, il a fallu d'autres raisons; c'est d'abord l'accroissement de la tumeur, puis la douleur, les fourmillements de la peau; et c'est ici que se placent naturellement les reproches que j'ai à faire à la compression.

4° La compression: je n'entends nullement la blâmer comme méthode générale, elle a rendu et rendra encore de grands services; seulement il faut savoir que dans quelques cas elle n'est pas favorable, utile, qu'elle peut même nuire, et ce fait le prouve, selon moi.

Elle a fait perdre du temps; elle a jeté le malade dans l'abattement moral, la prostration physique; essayée pendant quarante jours, elle l'a privé de repos, de nourriture, l'a condamné au séjour au lit, l'a mis par conséquent dans de très-mauvaises conditions pour subir la ligature, dernier refuge contre la maladie.

J'ai ajouté enfin qu'en dilatant outre mesure les capillaires, elle avait favorisé le retour trop rapide du sang vers le sac, condition défavorable dans le fait présent; car si cette dilatation est favorable dans les cas d'anévrysmes ordinaires, ici au membre supérieur où la gangrène n'est pas à craindre, elle est funeste. En effet, dans les blessures artérielles de la main, voyez avec quelle rapidité se fait le retour du sang, alors cependant qu'aucune compression n'a préparé les anastomoses. Je maintiens donc qu'à ces divers points de vue elle a été plutôt nuisible qu'utile.

5° Relativement au procédé opératoire suivi, M. Broca m'a approuvé d'avoir agi comme je l'ai fait; je ne crois pas en effet que, même connaissant d'avance les dispositions anatomiques révélées par l'autopsie, on ait pu agir autrement, et j'en ai donné les raisons qu'il me paraît inutile de répéter.

Cependant, a dit M. Chassaignac, n'aurait-il pas mieux valu lier l'axillaire de suite? C'est vrai, mais pour le cas actuel seulement. D'ailleurs c'est ce que j'ai fait, un peu tardivement peut-être, alors seulement que j'ai pu soupçonner une anomalie artérielle; aussi ai-je dit qu'en pareil cas dorénavant je verrais peut-être quelque avantage à agir comme j'ai agi en dernier lieu, c'est-à-dire à lier d'abord l'axillaire au lieu de l'humérale; mais je ferai remarquer que ce serait alors précisément pour me mettre en garde contre le retour trop rapide du sang par l'humérale profonde, ce qui vient encore à l'appui de ce que j'ai avancé précédemment sur le rôle funeste de la compression, qui dilate trop les capillaires et expose à l'hémorrhagie.

Quant à lier séparément la radiale et la cubitale, ainsi que l'a proposé M. Chassaignac, cela était, ainsi qu'il résulte de l'examen de la pièce, tout à fait impossible, et d'ailleurs non-seulement inutile, mais dangereux.

6° Reste maintenant à discuter la digression anatomique sur le *vas aberrans* de Meckel. Je ne conteste pas cette anomalie; seulement je ne la crois pas aussi fréquente que le dit M. Broca; pour mon compte je n'ai jamais eu l'occasion de l'observer.

Mais je ne veux pas entrer dans cette digression, qui nous entraînerait trop loin et ne se rattache qu'indirectement au cas actuel. Effectivement, il me suffira de faire observer qu'ici c'était non le *vas aberrans* persistant simplement, mais l'humérale profonde, naissant de l'axillaire même et s'anastomosant régulièrement avec les récurrentes radiales, ainsi que le démontrait sans réplique la pièce soumise à votre examen.

M. BROCA. J'ai peu de chose à répondre à M. Richet, car il résulte de ce qu'il vient de nous dire que nous sommes à peu près du même avis sur le principe qui doit diriger les chirurgiens dans le traitement des anévrysmes artério-veineux.

J'ai loué M. Richet de n'avoir pas eu recours à la méthode d'Anel, qui donne de très-mauvais résultats dans le traitement de ces anévrysmes. Nous sommes parfaitement d'accord sur ce point. Quant à la méthode de l'ouverture du sac, qui est certainement la plus efficace, mais qui est malheureusement très-dangereuse, je pense qu'il ne faut l'appliquer que dans les cas où, par une exception assez rare, l'anévrysme artério-veineux s'accroît continuellement et menace de produire prochainement des accidents sérieux. A la suite de la première communication de M. Richet, j'avais cru comprendre que l'anévrysme de son malade n'était pas dans ce cas, et j'avais pensé dès lors qu'il eût été préférable de temporiser. Aujourd'hui M. Richet insiste sur la gravité de cet anévrysme, qui avait fait des progrès continuels.

Je n'ai pas l'intention de discuter sur un cas particulier que je n'ai pas observé moi-même. Il me suffit de constater qu'en principe M. Richet réserve comme moi pour les cas d'urgence l'opération des anévrysmes artério-veineux.

Je ne suis pas tout à fait de l'avis de notre collègue relativement à la cause de l'hémorrhagie consécutive qui a fait périr son malade treize jours après l'opération. Il pense que cet accident n'a pas été la conséquence directe de l'opération, et il l'attribue à l'infection purulente, qui a diminué la plasticité du sang ou qui a ramolli le caillot obturateur. Je reconnais que les altérations du sang favorisent les hémorrhagies, mais je lui ferai remarquer que la pyohémie a pu reconnaître ici pour cause spéciale l'ouverture ou la ligature des veines qui communiquaient avec le sac. C'est un accident que l'on doit toujours craindre lorsqu'on opère les anévrysmes artério-veineux par l'ouverture du sac. D'ailleurs je ne suis pas convaincu que cette hémorrhagie mortelle se soit produite sous l'influence de l'infection purulente, car elle n'a pas été prématurée, comme le pense notre collègue. Elle est survenue le treizième jour, c'est-à-dire à l'époque ordinaire de la chute du fil à la suite des ligatures pratiquées sur les vaisseaux de moyen calibre. Après la ligature de l'artère fémorale, la chute naturelle du fil s'effectue en moyenne le dix-septième jour d'après mes relevés, le seizième jour d'après ceux de M. Malgaigne. Il n'existe pas de statistique suffisante pour les ligatures de l'artère humérale; mais on sait du moins que la section des artères par le fil est d'autant plus prompte en général, que le vaisseau est moins volumineux, et si la ligature de la fémorale tombe du seizième au dix-septième jour, il n'y a pas lieu de s'étonner que celle de l'humérale tombe le treizième jour; on sait même qu'elle tombe quelquefois beaucoup plus tôt. Ici d'ailleurs ce n'est pas sous la ligature de l'humérale que l'hémorrhagie s'est produite. Le sang a été fourni par la radiale, qui avait été liée au niveau de son origine, et pour un vaisseau de ce calibre les délais sont moins longs encore que pour l'artère humérale.

Pour ce qui concerne les observations faites par M. Richet sur les mauvais résultats qu'il attribue à la compression indirecte, je rappellerai que cette méthode n'a pas été instituée pour le traitement des anévrysmes artério-veineux, mais pour le traitement des anévrysmes artériels. On sait que la méthode d'Anel elle-même est le plus souvent sans action durable sur les anévrysmes variqueux; les malades qui y survivent ont presque toujours une récidive. La compression indirecte, qui ne maîtrise la circulation que passagèrement, et qui n'est qu'un diminutif de la méthode d'Anel, ne saurait avoir la prétention d'être plus efficace, et si elle a réussi quelquefois, c'est parce qu'on y a joint la compression directe. Les succès de Tyrrel, ceux de M. Nélaton prouvent qu'on peut obtenir des guérisons en associant ces deux méthodes, surtout en ayant la patience de continuer le traitement pendant plusieurs mois, comme l'a fait M. Nélaton.

Après ces remarques sur le fait de M. Richet, M. Broca communique une observation d'anévrysme poplité, qu'il a recueillie tout récemment à l'hôpital de Bicêtre; le malade, après avoir été traité pendant quelques jours par la compression indirecte, est mort d'un érysipèle de la tête, et l'autopsie a montré que le sac anévrysmal était déjà en grande partie oblitéré par des caillots fibrineux. La pièce est mise sous les yeux de la Société.

— A quatre heures vingt minutes, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 29 mai, M. le docteur Geoffroy, médecin aide-major de 1re classe au 3e régiment des voltigeurs de la garde impériale, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret du 15 mai, ont été nommés :

A deux emplois de médecin principal de 1re classe. — M. Chatelain, médecin principal de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Oran;

M. Colmant, médecin principal de 2e classe au corps expéditionnaire de Syrie.

A deux emplois de médecin principal de 2e classe. — M. Ludger Lallemant, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaire.

M. Rouis, médecin de 1re classe, sous-directeur de l'École du service de santé militaire, à Strasbourg.

— Le concours pour l'École pratique d'anatomie et d'opérations chirurgicales à la Faculté de Montpellier s'est terminé par la nomination de MM.: 1. Vaysse; 2. Cledon; 3. Sicard; 4. Moziman; 5. Boyer; 6. Blancard; 7. Masse; 8. Lescure; 9. Gorry; 10. Fabre; 11. Alphant; 12. Cade; 13. Jammes; 14. Pénières; 15. Forestier; 16. Réglade; 17. Trélaüm; 18. Cauvy; 19. Falques; 20. Reilhes.

Par suite du concours pour l'École pratique de chimie, ont été reçus élèves de cette École, MM. 1. Lescure; 2. Pittore; 3. Cantonnet; 4. Alphan; 5. Trélaüm; 6. Capeau; 7. Laudarabiles; 8. Bompayre; 9. Brieu; 10. Pénières.

Le concours pour une place d'aide d'anatomie, ouvert le 22 mai, est terminé; M. Grynffelt a été nommé; M. Masse a été nommé aide-anatomiste adjoint.

— Des lettres de l'île Maurice nous apprennent la mort, par suite d'inhalations de chloroforme, de M. le docteur Mailly, lauréat et médaille d'or des hôpitaux de Paris.

A l'expiration toute récente de son internat, M. Mailly était allé habiter l'île Bourbon, où il occupait une position des plus honorables. Depuis quelques jours il souffrait d'un violent mal de dent. Il se décida à la faire extraire et se rendit chez un dentiste, muni d'un flacon de chloroforme, qu'il s'administra lui-même. Sur un signal donné par lui, le dentiste fit l'extraction de la dent; mais l'opérateur reconnut bientôt que le docteur Mailly avait cessé d'exister.

— La Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, a proposé, pour sujet de prix à décerner en 1862, la question suivante : *Faire connaître, au point de vue pratique, les diverses maladies dans lesquelles les préparations arsenicales sont réellement utiles.* — Le prix est de 300 fr.

Elle propose, pour sujet de prix à décerner en 1863, la question suivante : *Déterminer par des faits pratiques la valeur comparative de l'excision, de la ligature et de l'écrasement linéaire.* — Le prix est de 300 fr.

Les mémoires concernant le prix de l'année devront être remis avant le 1er janvier.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 68 — MARDI 11 JUIN 1861. (34e ANNÉE.) N° 68. — MARDI 11 JUIN 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 10 JUIN 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a reçu dans cette séance qu'un très-petit nombre de communications qui soient de nature à nous intéresser. Elles se bornent à un mémoire de M. Guillemin sur l'étude de la commotion produite par les courants électriques ; un grand travail de M. Pasteur sur les corpuscules organisés qui existent en suspension dans l'atmosphère, travail dans lequel l'auteur résume les diverses méthodes d'expérimentation et les résultats d'expériences qu'il n'a fait connaître que sommairement dans plusieurs communications successives, au sujet de l'importante question des générations dites spontanées ; et de nouvelles recherches de M. Wanner sur la circulation fœtale.

Le mémoire de M. Guillemin a pour objet, ainsi qu'on le verra par le court extrait que nous publions plus loin, d'étudier et de préciser la nature et la marche des variations que subit l'excitation électrique déterminée par les courants induits, en raison du plus ou moins de rapidité des intermittences du courant inducteur. Le mémoire de M. Pasteur devant être prochainement publié dans les *Annales des sciences naturelles*, le *Compte rendu* ne renferme seulement que l'énoncé des titres des chapitres qui le composent. Nous devrons donc attendre sa publication intégrale pour en présenter un résumé à nos lecteurs.

Quant aux nouvelles recherches de M. Wanner sur la circulation fœtale, nous en ignorerons probablement longtemps les résultats, si MM. Flourens et Cl. Bernard, désignés par le bureau pour en prendre connaissance, n'ont le soin de nous les faire connaître. — Dr Brochin.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

M. DESMARRES.

Des apoplexies de la rétine et du nerf optique.

Par M. le docteur Xavier GALENZOUSKI, chef de clinique.

Parmi les nombreuses affections qui se développent dans le fond de l'œil et constituent la cause de l'amblyopie, les apoplexies de la rétine et du nerf optique ne sont pas les plus rares. Dans le grand nombre des malades amblyopiques qui se présentent à la consultation de la clinique de M. le docteur Desmarres, nous rencontrons cette maladie 7 fois sur 100, comme on le voit dans le tableau suivant :

Depuis le 1er janvier de l'année courante jusqu'au 1er mai, il s'est présenté à la clinique de M. Desmarres 1,762 malades nouveaux, et sur ce nombre considérable il y avait 243 malades atteints de maladies profondes des yeux qui ne pouvaient être appréciées qu'avec l'ophthalmoscope. Le plus grand nombre des malades étaient atteints d'une amaurose cérébrale caractérisée par une atrophie de la papille du nerf optique ; elles étaient au nombre de 58, dont une était congénitale. Ensuite venaient les hyperémies de la papille, au nombre de 30. Les staphylomes postérieurs et les atrophies choroïdiennes étaient au nombre de 31. Les excavations de la papille au nombre de 25, et 15 d'entre elles étaient glaucomateuses. 19 décollements de la rétine, 17 apoplexies de la rétine et du nerf optique, dont deux albuminuriques ; 11 cas d'opacité périphérique du cristallin sans autre affection appréciable ; 8 cas de rétinite pigmentaire ; 7 cas de flocons du corps vitré, 6 choroïdites congestives, 5 cas d'amblyopie alcoolique, 5 cas de choroïdite syphilitique, 3 cas d'exsudation plastique dans la rétine, dont une se développa à la suite des couches ; 4 cas d'œdème de la papille et de la rétine à la suite d'une affection cérébrale ; 3 apoplexies choroïdiennes (à part celles qui accompagnent la choroïdite atrophique) ; 3 dégénérescences graisseuses de la rétine occasionnées par l'albuminurie ; 2 exsudations dans la macula, 2 apoplexies du corps vitré, 2 luxations du cristallin, 1 cas de synchisis étincelant, et 1 cas d'inflammation aiguë de la rétine.

L'apoplexie de la rétine était déjà connue bien avant la découverte de l'ophthalmoscope, et si d'une part on a observé que les apoplexies occupaient quelquefois le nerf optique sur une grande étendue (1), d'autres fois (2) on les a vues se développer dans un ou plusieurs endroits de la rétine. Carron du Villards (3) a décrit cette affection avec assez de détails, et constaté par autopsie l'existence de larges apoplexies rétiniennes dans l'épidémie de typhus qui sévit en Italie en 1817. Bien que l'existence de la maladie ne fût pas contestable, les moyens de la reconnaître pendant la vie n'étaient que très-incomplets. Il est vrai qu'on pouvait dans quelques cas supposer l'existence d'une apoplexie par la perte ou l'affaiblissement brusque de la vue, et la coloration des objets qu'on pouvait encore voir en rouge ou en jaune, comme l'avait remarqué Carron du Villards ; mais dans la majorité des cas le diagnostic était impossible. Aujourd'hui nous possédons des moyens qui non-seulement nous permettent de reconnaître la maladie, mais en même temps de prévoir la gravité et les conséquences du mal. Parmi ces moyens, les uns appartiennent aux symptômes physiologiques, les autres à l'examen du champ visuel, et d'autres enfin à l'ophthalmoscope.

Les *signes physiologiques* ne sont jamais constants, et, à cause de cela, ne peuvent avoir qu'une valeur relative avec le concours des autres signes, tandis que par ce seul moyen il serait impossible de faire un diagnostic exact. Voici à peu près ce qu'on observe dans cette affection :

Le malade perd subitement la vue sans aucun symptôme précurseur ; quelquefois la vue n'est pas complétement abolie, mais tous les objets lui apparaissent rouges ou bruns, et cela tout à coup. Cela s'observe davantage quand il ferme son œil sain ; regardant devant lui, le malade s'aperçoit quelquefois alors que les objets qu'il regarde sont couverts en partie ou en totalité d'une masse rouge, brune ou noire, ou bien les personnes et les objets lui apparaissent comme à travers un brouillard.

Mais tous ces signes peuvent manquer, le mal peut arriver la nuit, et le lendemain le malade s'apercevra qu'il ne voit guère ou très-peu de son œil. C'est alors qu'on a recours à l'examen du champ visuel et à l'examen ophthalmoscopique.

Examen du champ visuel. Le champ de la vision peut être notablement diminué dans les maladies de la rétine et du nerf optique ; la vue peut être même complétement abolie dans des points correspondants à une apoplexie, exsudation ou décollement, sans qu'elle soit sensiblement atteinte dans des parties qui correspondent à la rétine saine.

Pour déterminer la limite du champ de la vision, M. Desmarres procède de la manière suivante :

Il place le malade auprès d'un tableau ou d'une feuille de papier accroché sur un mur, à la distance de 26 centimètres, et lui fait fixer avec un œil le point qu'il marque au crayon ; à côté du point fixé, il tient un objet quelconque, et, en s'éloignant peu à peu, marque le point où le malade le perd de vue. En procédant ainsi dans tous les sens, on trouve que le malade regardant fixement un point quelconque, peut voir à la fois une surface plus ou moins grande dont le diamètre transversal est par exemple X, et le vertical Y.

Il est évident que la ligne qui limite cette surface formera une figure plus ou moins irrégulière et présentera des échancrures dans les endroits correspondant aux épanchements. Dans les cas d'une apoplexie se trouvant au-dessus de la papille, le champ périphérique sera diminué en bas. Quand l'épanchement se trouve dans la partie interne de la rétine, l'échancrure du champ visuel s'observera du côté externe, etc. Quand, au contraire, l'épanchement occupe la macula lutea, la vision centrale est abolie sur un espace d'autant plus grand que l'épanchement sera plus étendu. Le malade, en voulant fixer un objet quelconque, verra toujours une tache noire, rouge ou brune, masquant cet objet, et il n'apercevra que les objets qui se trouvent vers la périphérie.

Un exemple analogue vient de se présenter récemment à notre examen.

OBS. I. — M. D..., âgé de vingt et un ans, d'une constitution forte et robuste, toujours bien portant et n'ayant aucune maladie, travaillait à la maçonnerie, quand tout à coup, en soulevant une pierre, il remarqua que cette pierre lui apparaissait un instant rouge. En essayant alors de voir de l'œil droit seul, il fut tout effrayé de ne voir avec cet œil que très-imparfaitement. Il vint à la clinique de M. Desmarres, et voici ce que nous trouvâmes :

Pas de changements appréciables à l'œil nu, la pupille était noire et se contractait bien. Lui présentait-on une montre, il ne la voyait que quand elle se trouvait tout à fait en haut et en dehors. L'examen du champ de la vision nous montre que la vision centrale est abolie sur une étendue de 20 centimètres en ligne transversale et de 15 centimètres en ligne verticale. Au delà de cette limite, il voyait les objets, quoique imparfaitement. Nous conclûmes donc avec M. Desmarres qu'il y avait un épanchement dans la macula, et l'ophthal-

(1) *Jg. May. Beitrage zur Augenhk.*; Wien, 1850, p. 24.

(2) Walther. *Abhandl. aus d. Geb. d. Chir. u Aughk.*, 1810, B. I, p. 10.

(3) *Gaz. méd. de Paris*, 1839.

PROBLÈME MÉDICO-LÉGAL.

Dans ces derniers temps était présentée à l'Académie de Caen, par M. Jules David, correspondant de cette académie, une *Notice biographique et littéraire* du plus haut intérêt sur Pierre David, ancien député du Calvados, consul général et chargé d'affaires de France. Nous avons connu David : c'était un homme énergique. Ses talents et son courage ont rendu en Orient, au milieu d'obstacles et de dangers sans cesse renaissants, les plus grands services aux intérêts français, et c'est à lui — soit dit en passant — que le Musée doit la possession de la *Vénus de Milo*, dont tous nos grands journaux ont dernièrement, avec trop de libéralité, fait honneur à M. de Marcellus.

Un épisode de la Notice montre de quels sentiments sont depuis longtemps animés les musulmans contre tout ce qui prête appui aux chrétiens, et prouve en même temps que ces sentiments ne sont pas le partage exclusif d'une populace abrutie ; mais c'est sous un tout autre point de vue que cet épisode intéresse la médecine légale. Arrivons au fait.

Khosrew-Pacha, que tout le monde sait avoir occupé le poste de grand vizir, avait été gouverneur général de la Bosnie. Il avait cherché à s'y faire aimer ; mais il avait bientôt été réduit à s'y faire craindre. Nous savons trop aujourd'hui ce que produit la douceur en Orient !

D'après les faits cités dans la notice, Khosrew-Pacha était brave, plein de résolution, et cependant doué de finesse et d'expérience. A la moindre infraction à ses ordres, la tête du coupable tombait ; à la moindre menace de guerre, son sabre sortait du fourreau. Mais, aux yeux de ses compatriotes, il avait le tort d'être admirateur de Napoléon et d'aimer les Français : c'était là un crime irrémissible. En vain il se montrait vigilant, actif, intrépide dans les combats contre les Serbes, ces éternels partisans de la Russie ; rien ne put le préserver du discrédit qu'excitait sa liaison avec le consul, son amitié pour les chrétiens. De jour en jour il perdait son pouvoir. Enfin un événement imprévu, l'abdication forcée de Sélim III, donna lieu à l'incident suivant.

Dans la ville où le pacha faisait sa résidence, on annonce l'approche d'un capidji-bachi (chambellan du Grand Seigneur) escorté d'une vingtaine de bostanjis (soldats du sérail). Il apporte, dit-on, de Constantinople, à Khosrew-Pacha, un sabre d'honneur. Ce capidji-bachi était un vieillard.

Khosrew soupçonne que cette faveur du sabre pourrait bien couvrir quelque dessein assez en usage à la Porte. Il veut s'en assurer, mais il n'a pas un moment à perdre, car la mort peut fondre sur lui d'un instant à l'autre. Que fait-il? Il commence par plaindre le vieillard d'avoir entrepris un si long voyage, et lui offre, pour se délasser des fatigues de la dernière journée, de se rendre au bain qui est tout préparé. Un Turc ne refuse jamais pareille invitation : le capidji accepte.

Les bains turcs, pavés de larges dalles de marbre et surpassant en magnificence tout ce que nous pouvons imaginer, sont divisés en trois pièces : la première, couverte de riches tapis, où l'on se délasse et dans laquelle on dépose ses vêtements ; la seconde où l'on s'enveloppe d'une toile de soie et coton et où l'on prend des sandales de bois destinées à préserver les pieds de la chaleur du pavé ; la troisième, véritable étuve où l'on sue et dans laquelle on est lavé, essuyé, frictionné et parfumé.

Khosrew, qui a été élevé au sérail près des princes Mustapha et Mahmoud, sait que le porteur du plus honorable firman porte aussi parfois un billet fatal, et que ce hatti-schérif se cache toujours entre la fourrure et le drap qui composent la pelisse. Il ordonne donc secrètement à son pelissier de tâter le vêtement que le vieux capidji a laissé dans la première pièce des bains, de le découdre s'il y sent du papier, de prendre ce papier, de le remplacer par un autre et de recoudre la pelisse avec assez d'adresse pour qu'il ne paraisse pas qu'on l'ait touchée. L'opération s'exécute tandis que le vieillard, servi avec empressement, se délecte dans le bain. On trouve le hatti-schérif du sultan : c'est l'ordre au capidji-bachi d'apporter la tête de Khosrew. Celui-ci dissimule ce qu'il vient d'apprendre. Le capidji ne s'aperçoit de rien, tâte sa pelisse, et croit, en la touchant, que l'ordre secret est toujours à la même place : il n'attend plus qu'une occasion pour l'exécuter.

Cependant Khosrew redouble d'égards et de caresses pour son bourreau ; il lui fait, selon l'usage, un présent de quarante bourses. Chaque jour, et tout en prenant ses précautions pour ne pas être victime, il se félicite de son bonheur.

Un jour enfin une réunion a lieu chez le pacha entre lui, le con-

moscope nous a montré en effet qu'il y avait une large tache rouge apoplectique occupant toute la macula; elle était d'une forme ronde et d'un volume un peu plus grand que la papille du nerf optique, qui à son tour était fortement congestionnée. Le traitement antiphlogistique fut prescrit, mais le malade n'est pas revenu depuis.

Cette observation prouve jusqu'à l'évidence à quel point de justesse et de précision on peut arriver dans le diagnostic de cette maladie par l'examen du champ de la vision.

Il n'y a que le décollement de la rétine qui pourrait donner les mêmes signes; mais alors l'absence des phosphènes et encore plus l'ophthalmoscope décideraient la question.

Avec l'ophthalmoscope on doit distinguer deux genres d'apoplexies de la rétine : les apoplexies artérielles et les apoplexies veineuses.

L'apoplexie qui dépend de la rupture d'une artère se rencontre très-rarement; elle dépend de la rupture d'un anévrysme ou d'une partie athéromateuse de l'artère, et peut se faire à la suite d'une chute, d'un coup violent sur l'œil et la tête, ou d'un effort quelconque. Si le corps vitré n'est pas sensiblement ramolli, le sang ne pourra pas couler longtemps, par suite d'une pression qu'exercera le corps vitré sur le vaisseau rompu; il se formera bientôt un coagulum qui bouchera l'artère. Mais comme l'affluence du sang sera interrompue, il résultera que le bout périphérique de l'artère se videra, s'atrophiera et apparaîtra sous l'ophthalmoscope comme une strie blanche donnant des ramifications et ayant l'aspect d'un vrai vaisseau blanc.

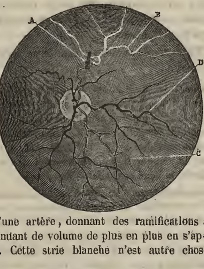
L'observation suivante offrira un curieux exemple de la maladie :

Obs. II. — Mme L..., couturière, âgée de soixante-six ans, d'une forte constitution et d'une bonne santé, avait une bonne et longue vue, quand tout à coup, au mois de mars 1859, il lui survint une forte congestion à la tête, avec perte subite de la vue de l'œil gauche.

Quelques jours après, la vue ne revenant pas, cette femme alla consulter M. Desmarres, qui, ayant reconnu une apoplexie récente, lui prescrivit des ventouses à la tempe gauche, des purgatifs, des collyres au sublimé; et après un traitement de trois mois, la malade, qui distinguait à peine les gros objets, pouvait lire le n° 17 de Jæger. A la même époque elle commença à ressentir certains symptômes nerveux, tels que des crampes dans la face avec difficulté de la parole, des vertiges continuels et un certain malaise général. En 1860, au mois d'octobre, elle revint de nouveau consulter pour son œil gauche, qui s'affaiblissait notablement. Nous constatâmes alors ce qui suit :

En examinant à l'œil nu, on ne trouve rien : l'iris ni la pupille ne présentent aucun changement; la malade compte les doigts de cet œil à deux pas de distance et lit le n° 14 de Jæger, quoique avec difficulté; le champ visuel supérieur et interne est diminué.

Avec l'ophthalmoscope, on constate des opacités périphériques du cristallin et quelques flocons dans le corps vitré. La papille du nerf optique est atrophiée (voir la figure); elle est blanche, avec le centre un peu grisâtre; il n'y a que quelques petits vaisseaux capillaires sur la papille, d'autres ont disparu. Les vaisseaux centraux sont sensiblement diminués de volume, et notamment ceux de la partie inférieure. Dans la partie supérieure et externe (l'image étant renversée), on voit un épanchement de sang A à côté d'une artère. Cette tache apoplectique est d'une forme inégale et présente dans le voisinage une tache blanche, qui paraît être une exsudation organisée. A partir de cette tache, on voit naître un vaisseau blanc B qui a la forme, le volume et la direction d'une artère, donnant des ramifications à droite et à gauche, et diminuant de volume de plus en plus en s'approchant de l'*ora serrata*. Cette strie blanche n'est autre chose qu'une artère atrophiée.



Cette maladie a donc commencé par une rupture de l'artère; l'inflammation qui en est résultée a obstrué le calibre du vaisseau, et l'artère s'est atrophiée. L'atrophie de la papille doit être considérée comme une conséquence de l'épanchement et de l'atrophie de l'artère.

Les apoplexies veineuses sont beaucoup plus fréquentes que les artérielles, et elles varient beaucoup par leur forme, leur volume, et surtout selon la cause qui les produit.

Les apoplexies peuvent être isolées et occuper un seul point de la rétine ou du nerf optique, comme on en voit un exemple dans la première observation. La forme peut être ronde, principalement quand l'épanchement est dans la macula; quelquefois les taches apoplectiques sont très-petites, presque microscopiques, rondes ou irrégulières, mais alors elles sont nombreuses, et occupent à la fois une très-grande partie de la rétine, principalement tout autour du nerf optique.

Mais ce n'est pas autant à l'étendue ni au nombre des épanchements qu'on doit faire attention, qu'à la place qu'ils occupent.

« Dans la région de la macula, dit M. Desmarres, un petit épanchement peut abolir pour jamais la vision; tandis qu'ailleurs une collection très-large de sang ne l'affaiblit même pas. » Le sang, en effet, se résorbe facilement partout dans la rétine, et ne laisse pas de traces; mais il suffit que l'épanchement empiète un peu sur la macula pour qu'il ne se résorbe qu'incomplétement. L'exemple suivant est très-instructif à cet égard.

Mme C..., âgée de soixante-quatorze ans, couturière, est venue à la clinique de M. Desmarres le 22 mars 1860, consulter pour son œil droit, dont elle ne voyait presque pas.

Trois mois auparavant, elle était tombée sur la tête, et à la suite de cette chute elle avait ressenti un sentiment de pesanteur dans l'œil; plus tard, elle commença à voir des étincelles rouges et des taches noires flottant devant ses yeux.

Enfin, il y a quinze jours, elle a brusquement perdu la vue de cet œil. En examinant ses yeux à l'œil nu, nous ne trouvons rien. L'iris se contracte assez bien; la vue centrale est complétement abolie, et la malade ne voit les objets qu'à moitié; la partie supérieure lui apparaît couverte par une tache noire, tandis que la partie interne et inférieure de ces objets apparaît brunâtre. Elle ne distingue même pas le cadran d'une montre. Du côté externe, elle voit les objets beaucoup plus nets. On devait donc supposer qu'il y avait ou un décollement de la rétine, ou une apoplexie; mais comme les phosphènes sont restés intacts, nous concluons qu'il y avait un épanchement de la rétine. L'examen ophthalmoscopique nous a montré qu'il y avait des opacités périphériques dans le cristallin, rien dans le corps vitré. La papille n'était pas injectée; elle était entourée d'une zone blanche avec des stries noires qui n'étaient autre chose qu'une atrophie de la choroïde de date ancienne, telle qu'on la voyait aussi dans l'autre œil. Mais à côté de cette zone il y a un large épanchement de sang, d'un volume beaucoup plus grand que la papille même.

Il est évident que cette apoplexie n'est pas dans la choroïde, puisque les vaisseaux de la rétine sont couverts aussi par le sang épanché. Le traitement antiphlogistique a été prescrit avec un grand succès.

Des ventouses tous les quinze jours sur la tempe, les purgatifs, les collyres au sublimé et la friction mercurielle, ont agi parfaitement bien, et déjà, en trois mois, la malade pouvait reconnaître les aiguilles d'une petite montre. Nous l'avons revue de nouveau; elle continuait d'aller bien; la plus grande partie du sang était résorbée, et il ne restait qu'une petite tache brune dans l'endroit qui empiétait en partie sur la macula, et c'est dans la partie correspondante justement que le champ visuel présentait encore une notable échancrure.

Nous avons parlé plus haut des épanchements multiples qui entourent la papille du nerf optique de tous les côtés. Cela se voit le plus souvent dans l'albuminurie. Mais il y a une certaine différence entre les apoplexies ordinaires et celles qui dépendent d'une albuminurie; et pour le praticien il est important de savoir la définir.

Voici en quelques mots les signes qui caractérisent les différentes apoplexies :

1° Dans l'apoplexie albuminurique, les deux rétines sont ordinairement prises à la fois de la même affection à des degrés plus ou moins différents. Dans l'apoplexie qui dépend d'une toute autre cause, le plus souvent c'est un œil qui est pris;

2° Dans l'albuminurie, les épanchements se placent tout autour de la papille en forme d'éventail, ce qui ne se voit que par exception dans d'autres cas, et ordinairement ils se placent dans la partie inférieure de la rétine, en dehors ou en haut de la papille.

3° Dans l'albuminurie, nous constatons, outre les taches apoplectiques et une forte injection de la papille, un trouble marqué de toute la partie centrale de la rétine, ce qui dépend de la dégénérescence graisseuse commençante. Tout au contraire, quand les apoplexies sont aussi nombreuses que celles dues à l'albuminurie, mais dépendent d'une autre cause, alors la rétine est transparente, même dans le voisinage de chacune de ses taches.

4° La forme de la tache apoplectique est ici d'une grande valeur. La majeure partie de ces taches est placée le long des veines et tout près d'elles, ce qui fait que chacune de ces taches, placées le plus souvent en arrière du vaisseau et se confondant en partie avec lui, présente la forme linéaire striée. Les taches, irrégulières et larges, ne se voient que quand elles se forment sur la plaque graisseuse, c'est-à-dire au deuxième ou troisième degré. J'ai constaté ce phénomène à plusieurs reprises, et je puis affirmer que dans la première période de l'amblyopie albuminurique, les épanchements ont toujours cette forme striée. M. Desmarres parle de cette forme particulière des apoplexies dans l'albuminurie; Graefe et Schwaigger (1) ont observé aussi la forme striée des apoplexies dans cette maladie. Dans toutes les autres apoplexies qui ne dépendent pas de la maladie de Bright, la rupture se fait dans le point de la bifurcation d'un vaisseau, et la tache apoplectique prend la forme triangulaire ou irrégulière.

5° Dans une période plus avancée de l'apoplexie, il y a des signes qui se trouvent dans la maladie de Bright seulement, et d'autres sont propres à toutes les autres apoplexies. Les plaques rouges albuminuriques se transforment à une période avancée de la maladie en plaques blanches. Cela ne se voit pas ailleurs, mais au contraire, une partie du sang se résorbant, laisse des ecchymoses quelquefois plus larges que n'étaient les épanchements. Dans des couches plus épaisses de sang épanché, il n'y a que les parties liquides qui se résorbent; les parties solides, en s'accumulant sur un point, apparaissent d'un teint plus foncé.

Les épanchements de sang peuvent être confondus avec ceux du corps vitré, principalement quand ils se trouvent dans l'hémisphère postérieur et tout à côté de la rétine, ou bien ils peuvent être pris pour les épanchements de la choroïde; mais rien n'est plus facile que le diagnostic de ces différentes affections.

Si le sang se trouve dans le corps vitré et masque une partie du vaisseau rétinien, il apparaît alors d'une couleur rouge et peut simuler l'épanchement de la rétine. Mais en faisant exécuter des mouvements à l'œil, on verra la tache apoplectique se déplacer et les rapports entre elle et les vaisseaux changer, ce qui indiquera que le sang se trouve dans le corps vitré. J'ai eu occasion, l'année dernière, d'observer ce cas dans la clinique de M. Desmarres, chez une femme dont la vue était troublée à la suite des couches. Du reste, l'erreur ne serait pas grande, parce qu'un pareil épanchement dépend ordinairement de la rupture d'un vaisseau rétinien.

Il n'en est pas de même des apoplexies de la choroïde; elles diffèrent par leur cause et leur signification de celles de la rétine, et il importe beaucoup au praticien de les reconnaître.

Les apoplexies de la choroïde sont d'abord beaucoup plus rares que celles de la rétine, et ne se voient que dans la choroïdite atrophique, dans le glaucome, quelquefois dans l'irido-choroïdite, dans le scorbut, et à la suite des blessures de l'œil et des opérations pratiquées sur cet organe. Ensuite les épanchements choroïdiens se rencontrent le plus souvent vers l'*ora serata*. Mais le signe le plus caractéristique se trouve dans leur disposition relativement aux vaisseaux rétiniens : ainsi l'épanchement qui se trouve dans la choroïde laisse les vaisseaux de la rétine intacts, et on peut voir que ces vaisseaux passent au-devant de la tache apoplectique, ce qui se voit principalement à l'image droite.

Nous avons déjà parlé du pronostic en parlant des apoplexies dans la *macula*, et nous n'avons pas besoin d'y revenir.

Quant au traitement de la maladie, il doit être antiphlogistique le plus énergique, tant que les forces du malade le permettent : la saignée générale, les ventouses scarifiées sur la tempe tous les dix ou quinze jours, les frictions mercurielles autour de l'orbite, les collyres à l'iodure de potassium ou au sublimé, et les purgatifs. Chez les anémiques, au contraire, il faudrait agir avec une extrême prudence, et ne pas se hasarder dans un traitement débilitant, principalement si l'apoplexie de la rétine survient dans la convalescence d'une maladie grave. Les toniques réussissent mieux chez ces personnes, d'après M. Desmarres, que les moyens affaiblissants. J'ai déjà eu plus d'une fois l'occasion de me convaincre de l'efficacité de ces moyens. Dans ce moment-ci, on peut voir parmi les consultants de la clinique un malade qui a été pris d'apoplexie rétinienne dans les deux yeux pendant la convalescence d'une fièvre cérébrale, laquelle l'a rendu très-faible et anémique au plus haut degré. Au lieu d'employer un traitement antiphlogistique, nous avons préféré lui prescrire un régime tonique, fortifiant, en même temps que le collyre au sublimé; et aujourd'hui, après un mois de traitement, il est presque complétement guéri; les taches apoplectiques se sont résorbées, et il n'y a qu'une légère hyperémie des papilles, qui ne manquera pas de disparaître.

(1) *Arch. f. ophthalm.*, B. VI, A. II, p. 277.

---

sul et le capidji, qui ne perd pas de vue sa proie. Le pacha, dit David, me présente ce vieillard comme un admirateur de Napoléon, un militaire illustre qui a combattu les Russes du temps de Catherine.

— Oui, me dit le vieillard, j'étais au siége d'Okzacof, et je vais vous montrer la cicatrice d'une blessure que j'y reçus. — En disant ces mots, il vient se placer près de moi, lève sa large manche, et me montre en effet une grande cicatrice qu'il porte au bras gauche. Mais... il tremble comme s'il avait la fièvre, ses yeux brillent d'un éclat extraordinaire; je lui trouve je ne sais quoi d'exalté dans les idées, de saccadé dans le langage. J'attribue cet état à des souvenirs belliqueux...

Sorti de cette réunion, David témoigne à son interprète l'étonnement que lui ont causé les mouvements singuliers du capidji-bachi.

— Ne voyez-vous pas, lui répond l'interprète, que c'est un homme mort? Ce qui vous étonne est l'effet du poison qu'il vient de prendre dans le sorbet. — En effet, continue David, j'apprends le lendemain que le capidji est malade, et le surlendemain qu'il a cessé de vivre.

Ce décès du capidji fut attribué à son grand âge et à la fatigue du voyage. Quant au hatti-schérif, il resta inexécuté et même inconnu à la province; mais Khosrew sut à quoi s'en tenir sur les bonnes dispositions du sultan à son égard.

Quel poison avait pu prendre le capidji? A quelle substance toxique rapporter ces phénomènes d'exaltation qui suivirent immédiatement l'ingestion du fatal sorbet? A un poison irritant, âcre, corrosif? Impossible : l'état local eût devancé tout autre symptôme; la souffrance de l'estomac eût précédé l'exaltation du système nerveux.

A un poison narcotique? Malgré l'exaltation observée chez le capidji, cela me paraît probable. J'ai vu des symptômes d'excitation nerveuse produits par l'un des poisons les plus stupéfiants, l'opium.

Appelé un matin près de l'un de nos plus énergiques et de nos plus éminents publicistes, R..., quelques heures après l'ingestion d'une forte dose d'opium prise par lui dans un moment de désespoir, je trouve le malade dans une exaltation difficile à décrire. Il me traite d'ami; quoique nous nous connussions peu et que jusque-là il eût été avec moi très-réservé; il me force à déjeuner près de lui avec son médecin, nous fait un récit exalté de ses rêves délicieux. Sa parole est empreinte de poésie.

Onze heures et demie viennent de sonner : je dois être chez moi à midi. — Si vous quittez un instant M. R..., dis-je à M. C..., son médecin et l'un de nos confrères distingués, tenez pour certain que c'est un homme perdu. — Soit que M. C... ne tînt pas tout le compte possible de ma recommandation, soit qu'il se trouvât dans la nécessité absolue de s'absenter, il quitte le malade. Quelques instants après le départ du médecin, R... tombe dans l'assoupissement : il était mort dans la soirée.

Je ne me permettrai de rien conclure de ce fait. Je pourrais pourtant l'appuyer de deux faits semblables dans lesquels j'ai eu le bonheur de sauver les malades — deux femmes — en leur administrant du café et des bains de pieds chaque fois qu'elles retombaient dans la stupeur. Je me borne à soumettre avec déférence à MM. les médecins légistes le cas du vénérable capidji-bachi. Seraing Ednol.

ANÉVRYSME POPLITÉ.

Traitement par la compression indirecte. — Erysipèle de la face. Mort. — Autopsie. — Anévrysme presque guéri.

Par M. le docteur BROCA.

(Observation communiquée à la Société de chirurgie le 29 mai 1861.)

Le nommé Alexandre D..., palefrenier, âgé de quarante-huit ans, fut admis dans mon service, à l'hôpital de Bicêtre, le 12 avril 1861, pour y être traité d'un anévrysme poplité du côté gauche. Cet homme, d'une intelligence excessivement obtuse, ne peut donner que d'assez vagues renseignements sur l'origine et le développement de sa tumeur, dont le début paraît remonter à sept ou huit mois.

La tumeur occupe la moitié inférieure du losange poplité; elle a 10 centimètres de haut sur 9 centimètres de large. Elle est le siége de pulsations très-fortes, d'un bruit de souffle énergique qui s'entend dans toute son étendue, et d'un *bruit de piaulement* aigu très-prononcé qui ne peut être perçu qu'en arrière dans une étendue de 3 ou 4 centimètres. Lorsqu'on comprime la fémorale, la tumeur s'affaisse entièrement; elle ne renferme par conséquent aucun caillot. Elle ne s'accompagne d'aucune douleur; mais il est survenu depuis quelques jours un œdème qui occupe la partie inférieure du membre. On entend dans la région du cœur un bruit de souffle très-fort au second temps, maximum à la base, indice d'une insuffisance des valvules aortiques. Du reste, l'état général paraît très-bon.

Lorsqu'on comprime à moitié l'artère fémorale au pli de l'aine, soit à droite, soit à gauche, on sent sous le doigt un petit frémissement vibratoire, comparable au *thrill* des anévrysmes variqueux, mais beaucoup plus faible. En appliquant le stéthoscope dans le même point, on perçoit des deux côtés un léger bruit de souffle. Ces symptômes, joints à l'existence de l'insuffisance aortique, permettent de penser que l'aorte et les grosses artères sont le siége d'altérations athéromateuses.

Le malade entrait pour la première fois dans un hôpital, et manifestait beaucoup de méfiance. Il me parut opportun de le laisser en repos pendant quelques jours, afin de lui laisser le temps de s'habituer à l'hôpital avant de le soumettre à un traitement qui devait exiger de la résignation et de la persévérance. Je me bornai donc à le tenir au lit jusqu'au 18 avril, jour où j'appliquai pour la première fois mon appareil à compression sur l'artère fémorale. J'avais profité de ces quelques jours de répit pour faire des observations sur la température du membre malade comparée à celle du membre sain, et pour prier M. Marey de faire avec moi des études sphygmographiques sur la tumeur et les artères. Je rendrai compte plus loin de ces recherches physiologiques, qui eurent malheureusement pour résultat de faire croire au malade qu'on pratiquait sur lui des sortiléges.

Le 18 avril, à dix heures du matin, j'appliquai mon appareil à deux pelotes sur l'artère fémorale. L'interne de la salle, M. Piedvache, dont je ne saurais trop louer le zèle, vint plusieurs fois dans la journée surveiller le maniement de l'appareil et prendre la température du membre. La compression fut faite presque continuellement avec la pelote inguinale, rarement avec la pelote inférieure. Elle fut *partielle*. J'avais prescrit de diminuer seulement les battements de la tumeur sans les éteindre, et, connaissant la pusillanimité de mon malade, je lui avais recommandé de relâcher complétement les pelotes toutes les fois qu'il souffrirait, et de se reposer aussi souvent et aussi longtemps qu'il le désirerait.

Il n'eut pas besoin de profiter de cette autorisation, car la compression ne fut pas douloureuse. Mais, réfléchissant à sa manière, il s'imagina qu'on se moquait de lui ou pis encore, en lui mettant un appareil dans le pli de l'aine tandis que son mal était dans le jarret; convaincu enfin qu'il y avait là-dessous quelque sorcellerie, il défit son appareil le lendemain matin à six heures, et m'annonça à l'heure de la visite qu'il était décidé à s'en aller.

La compression n'avait duré que vingt heures; déjà cependant on sentait battre sur le condyle interne du fémur une collatérale verticale qui s'était développée depuis la veille. La tumeur en même temps n'était plus complétement réductible, et ses battements paraissaient un peu moins forts. Ce fut donc bien à regret que je promis au malade de lui signer sa sortie le lendemain s'il persistait dans sa résolution.

Dans la journée, il reçut la visite d'une personne qui avait de l'influence sur lui et qui dissipa ses soupçons.

Le 20 avril, je le trouvai disposé à reprendre le traitement; je lui appliquai de nouveau la compression; pour le rassurer autant que possible, je le laissai libre d'enlever l'appareil toutes les nuits et de le relâcher aussi souvent qu'il le voudrait pendant le jour. Cette compression intermittente donne des guérisons moins rapides que la compression continue, mais on sait que les caillots fibrineux ou actifs qui se déposent dans le sac pendant la compression ont assez de solidité pour résister au choc du sang, de telle sorte que les interruptions, même fréquentes et prolongées, ne détruisent pas le bénéfice obtenu pendant l'action de la pelote.

L'appareil appliqué le 20 avril, à dix heures du matin, resta en place jusqu'à cinq heures du soir, en tout sept heures de compression toujours *partielle* exercée seulement avec la pelote inguinale.

Le 21, compression pendant huit heures.

Le 22, pendant huit heures.

Le 23, la tumeur est devenue beaucoup moins réductible; les pulsations sont affaiblies; le bruit de souffle est moins fort, le bruit de piaulement a disparu. La collatérale interne est aussi grosse que l'artère radiale. A la demande du malade, on n'applique pas l'appareil ce jour-là.

Le 24, compression partielle pendant douze heures.

Le 25, compression partielle pendant cinq heures, et compression totale pendant quatre heures.

La compression intermittente, commencée depuis huit jours, avait duré en tout soixante-quatre heures.

La poche anévrysmale renfermait déjà une quantité considérable de caillots fibrineux, et le moment me paraissait venu de recourir à la compression *totale*, suivant le procédé que j'ai décrit sous le nom de procédé en deux temps. J'espérais en effet que, dans l'état des choses, une compression totale de vingt-quatre heures suffirait, pour achever l'oblitération de l'anévrysme, et, pour y habituer le malade, je l'y avais soumis pendant quatre heures seulement dans la journée du 25 avril. Malheureusement dans la nuit du 25 au 26 un érysipèle spontané de la face se déclara, sous l'influence d'une épidémie qui sévit depuis plusieurs mois dans l'hospice de Bicêtre, ce qui a fait périr, soit dans mes salles, soit dans les salles de médecine, un grand nombre de personnes.

En trois jours cet érysipèle gagna toute la tête, et le malade, pour le coup, se croyant décidément ensorcelé, réclama impérieusement sa sortie. Je résistai le plus longtemps possible; mais à la fin il fallut céder. Il était si pressé de quitter l'hôpital qu'il ne voulut même pas attendre qu'on vînt le chercher sur un brancard; et malgré sa faiblesse, malgré la fièvre qui le dévorait, la peur lui donna le courage de regagner à pied son domicile, qui était à la vérité peu éloigné de l'hospice. M. Piedvaché voulut bien aller le voir dans la journée; il le trouva couché dans une écurie, au-dessus des chevaux, sur un méchant grabat. Là, les accidents ne tardèrent pas à s'aggraver. Après un délire aigu de plusieurs jours, le malade tomba dans la prostration.

Le 5 mai, sa jambe gauche devint douloureuse et se tuméfia rapidement.

Le 8, ses maîtres le firent transporter de nouveau dans mes salles, où il arriva dans un état presque désespéré. Il nous reconnut à peine; sa jambe était gonflée, sans changement de couleur à la peau, depuis le tiers inférieur de la cuisse jusqu'aux orteils. Cette tuméfaction paraissait surtout œdémateuse; la tumeur anévrysmale proprement dite n'avait point fait de progrès; on sentait le long de la cuisse, depuis le sommet du triangle inguinal jusqu'à l'anneau du troisième adducteur, un gros cordon douloureux évidemment constitué par la veine fémorale enflammée. L'œdème du membre fut donc attribué à l'oblitération de cette veine. Il y avait en outre un épanchement considérable dans le genou.

La phlébite avait évidemment débuté au niveau du sac anévrysmal, car la veine était et est restée jusqu'à la fin parfaitement saine au pli de l'aine, dans le point où la compression avait été faite. L'état général qui accompagne l'érysipèle avait pu contribuer à la production de cette phlébite; il me parut probable toutefois que la tumeur anévrysmale, déjà en grande partie solidifiée, avait pu froisser et irriter la veine lorsque le malade, en quittant malgré moi l'hôpital, avait péniblement regagné à pied son domicile.

Après des alternatives de prostration et d'agitation, le malade tomba dans le coma et succomba le 15 avril.

A l'autopsie, nous avons trouvé une congestion considérable des os du crâne et des méninges. L'arachnoïde viscérale, épaissie et opaque en plusieurs points, était soulevée par une grande quantité de sérosité. La pie-mère, très-épaisse et très-vascularisée, adhérait par places à la surface des circonvolutions, dont la substance grise était très-injectée. Malgré cette double congestion à la fois sanguine et séreuse, l'encéphale entier, pesé avec ses membranes et sa sérosité, ne pesait que 1,157 gram. C'est de beaucoup le plus léger de tous les cerveaux d'adultes non idiots que j'ai examinés; mais on n'a pas oublié que cet homme était aussi inintelligent qu'on puisse l'être sans être tout à fait idiot.

Le cœur était volumineux; les valvules aortiques, couvertes de végétations sur leur bord libre, étaient insuffisantes et laissaient refluer l'eau. La crosse de l'aorte, uniformément dilatée, était couverte de plaques athéromateuses fendillées ou ulcérées. Des plaques semblables existaient dans la plupart des grosses artères.

Le membre abdominal gauche a été disséqué avec le plus grand soin, et je le mets sous vos yeux. Le genou contient une assez grande quantité de synovie transparente. La veine poplitée est pleine de pus ainsi que la veine fémorale, jusqu'à deux centimètres au-dessous de l'embouchure de la saphène. Il n'y a pas de caillot obturateur à la limite supérieure de cet abcès intra-veineux.

Il existe un abcès irrégulier, d'ailleurs peu volumineux, dans l'épaisseur du muscle soléaire, à plusieurs centimètres au-dessous de la limite inférieure de la tumeur anévrysmale; le tissu musculaire ne paraît pas altéré autour de cet abcès, qui ressemble beaucoup aux abcès de l'infection purulente; mais on ne trouve d'abcès métastatiques ni dans les viscères ni dans les articulations.

La poche anévrysmale enfin occupe la partie inférieure du losange poplité, et est complétement recouverte par les jumeaux auxquels elle est en partie adhérente.

Le nerf sciatique poplité interne descendant le long de sa paroi postérieure, y produit une dépression verticale qui la divise pour ainsi dire en deux lobes. L'anévrysme d'ailleurs est parfaitement circonscrit; il rentre dans la catégorie de ceux que j'ai décrits sous le nom d'anévrysmes *demi-fusiformes*; il s'est développé aux dépens des parois postérieure et latérale de l'artère poplitée, non sur un point circonscrit comme le font les anévrysmes sacciformes, mais sur une étendue de sept centimètres. Quant à la paroi antérieure, elle a conservé son intégrité et se continue sans interruption sous la forme d'une demi-gouttière, dans toute l'étendue de la tumeur. Celle-ci représente donc la moitié d'un anévrysme fusiforme; le sac, à proprement parler, n'a pas d'orifice, puisque dans toute sa longueur il communique directement avec l'artère.

Cette poche, demi-ellipsoïde, est presque entièrement remplie de caillots. Les uns sont périphériques, fibrineux, stratifiés (caillots actifs) et exactement appliqués sur la paroi du sac; ils forment, en certains points, jusqu'à six couches concentriques parfaitement séparables. Il y a en outre, en dedans des caillots précédents, une masse solide presque globuleuse du volume d'une grosse amande, à contours très-arrondis, adhérente par une de ses faces à la couche fibrineuse la plus interne, et libre dans le reste de son étendue, au milieu du sang qui remplit la cavité de l'anévrysme. Cette masse peu consistante et d'un rouge noirâtre, est constituée par un caillot passif, qui s'est formé probablement peu de temps avant la mort, mais qui à coup sûr n'est pas cadavérique, car il est recouvert, sur toute sa surface libre, d'une mince couche fibrineuse, uniforme et parfaitement lisse, qui se prolonge sans interruption sur la face interne des caillots fibrineux environnants. L'ensemble de ces divers caillots remplit plus des deux tiers de l'anévrysme, dont la guérison était fort avancée au moment où le début de l'érysipèle de la tête nous a contraint d'interrompre le traitement.

L'artère collatérale, qui avait commencé à se développer sur le côté interne du genou vingt-quatre heures après le début de la compression, présente à peu près le volume d'une artère radiale ordinaire. Elle naît de la poplitée, à un centimètre au-dessus de la partie supérieure du sac, et va s'anastomoser avec la récurrente tibiale.

Je joindrai à cette observation quelques remarques que j'ai faites sur la température du membre avant et pendant la compression, et sur les résultats fournis par l'exploration sphygmographique des artères.

1° *Observations thermométriques.* — On a plusieurs fois constaté que les membres atteints d'anévrysme artério-veineux sont plus chauds qu'à l'état normal, quoique les malades y accusent souvent une sensation de froid. L'élévation de température est assez considérable pour être appréciable à la main. Cette particularité s'explique par l'état de congestion des capillaires, surtout des capillaires cutanés, et cette congestion elle-même est due à l'obstacle que la communication artério-veineuse oppose au retour du sang veineux.

Il était intéressant de chercher si la présence d'un anévrysme artériel donnait un résultat analogue. On sait, en effet, que l'anévrysme poplité ne peut se développer sans gêner le cours du sang dans la veine poplitée. La fréquence de l'œdème du pied et de la partie inférieure de la jambe le prouve suffisamment.

Je me suis servi dans ces recherches d'un excellent thermomètre sensible de Walferdin, que M. Jules Regnauld a bien voulu me prêter. Cet instrument permet d'apprécier des différences d'un dixième de degré centigrade. La boule du thermomètre, entourée de ouate, a été fixée au moyen de plusieurs tours de bandes sur les surfaces dont on voulait déterminer la température; celle-ci a été prise lorsque le volume du mercure est resté stationnaire pendant plusieurs minutes.

Le 15 avril, avant le début de la compression, le thermomètre a été appliqué successivement, à droite et à gauche, 1° entre les deux premiers orteils, 2° sous le mollet, 3° sous le jarret. On l'avait d'abord placé sous la langue du malade, et on avait obtenu une température de 36°,9. Voici le résultat obtenu sur les membres inférieurs:

	Du côté sain.	Du côté malade.	Différence.
Entre les orteils......	28°	31°,4	3°,4
Sous le mollet......	31°,4	33°,8	2°,4
Sous le jarret......	33°,8	34°,6	0°,8

On voit que le membre est plus chaud du côté de l'anévrysme, et que la différence est d'autant plus grande qu'on descend davantage au-dessous de la tumeur. C'est bien la preuve que l'élévation de la température est due à la congestion des capillaires, et il est digne de remarque qu'elle est précisément à son minimum au niveau de l'anévrysme.

Le 17 avril, l'expérience a été recommencée deux fois par M. Piedvache, et a donné exactement le même résultat.

Il s'agissait, en outre, de voir quelle serait l'influence de la compression de la fémorale au pli de l'aine sur la température du membre.

Hunter, Scarpa, Hodgson et Forster ont noté plusieurs fois qu'à la suite de la ligature de la fémorale pour un anévrysme poplité, la température de la jambe s'était élevée de plusieurs degrés Farenheit, au lieu de diminuer, comme on l'admet généralement. Moi-même sur un jeune homme à qui j'avais lié l'artère humérale, j'ai trouvé, au bout de vingt-quatre heures, les doigts plus chauds du côté de l'opération que du côté sain. Il est clair toutefois que la ligature, en diminuant brusquement la quantité de sang qui pénètre dans un membre, doit pendant les premiers temps déterminer un abaissement de température. L'élévation qui suit cet abaissement est due sans doute à la dilatation des vaisseaux capillaires cutanés. D'après cela, je pense qu'ordinairement, à la suite de la ligature des artères, il y a une première période pendant laquelle la température du membre s'abaisse, et une seconde période pendant laquelle elle s'élève même au-dessus de la normale. Il est certain que la durée de la première période est quelquefois de moins de vingt-quatre heures; mais la durée *exacte* de cette période de refroidissement n'a été, à ma connaissance, déterminée dans aucun cas.

Les observations qui vont suivre ont été faites pendant que la fémorale était complétement comprimée avec le doigt dans le pli de l'aine. L'expérience, devant durer longtemps, n'a pu être faite en ma présence; mais la température a été notée avec le plus grand soin, de minute en minute, par M. Piedvache, pendant que ses collègues comprimaient la fémorale dans le pli de l'aine.

Je ne crois pas devoir reproduire ici, minute par minute, le tableau des températures, attendu que les changements thermométriques se sont faits d'une manière continue et presque sans oscillations. L'expérience a été commencée le 17 avril, à quatre heures du soir.

Au début de l'expérience, le thermomètre, placé entre le premier et le deuxième orteil du côté de l'anévrysme, marquait depuis

25 minutes une température de..............	31°,4	Au bout de 20 minutes.		28°,4
Au bout de 4 minutes de compression inguinale.	30°,8	—	24 —	28°,7
		—	28 —	28°,2
		—	32 —	27°,6
Au bout de 8 minutes. .	30°,1	—	36 —	27°,9
— 12 —	29°,4	—	40 —	27°,5
— 16 —	28°,8	—	44 —	27°,1

La température s'est maintenue ensuite sans aucun changement pendant 6 minutes, puis elle a commencé à remonter graduellement.

Au bout de 50 minutes. .	27°,1	Au bout de 76 minutes. .	28°,3
— 54 —	27°,5	— 80 —	28°,5
— 58 —	28°	— 84 —	29°
— 62 —	28°	— 88 —	29°,1
— 66 —	28°	— 92 —	29°,4
— 70 —	28°	— 94 —	29°,4
— 74 —	28°,2		

L'expérience s'est arrêtée là. La température n'était pas remontée aussi haut qu'avant la compression; mais elle était déjà supérieure de plus d'un degré à celle du membre sain.

En résumé, la température a baissé pendant 44 minutes, puis elle s'est maintenue au même niveau pendant 6 minutes, et elle a ensuite recommencé à monter. Je ne prétends pas que ces chiffres soient appliquables à l'étude des effets de la ligature, car la compression, quelque exacte qu'elle soit, n'intercepte pas complétement le cours du sang; en outre, il est bien difficile qu'elle n'atteigne pas un peu la veine, en produisant une stase veineuse qui vient compliquer la question.

2° *Observations sphygmographiques.* — Ces observations ont été faites avec le concours de M. le docteur Marey, qui a publié des travaux si remarquables sur la forme du pouls à l'état normal et dans divers états pathologiques. On sait que cet ingénieux confrère est

l'inventeur d'un sphygmographe beaucoup plus parfait que celui de Vierordt.

La plume qui trace sur le papier la forme du pouls est située à l'extrémité d'un long levier, dont le petit bras est mis en mouvement par une pelote appliquée sur l'artère. La diastole artérielle produit l'ascension brusque de la plume, qui retombe ensuite par son propre poids pendant la systole artérielle. Le papier sphygmographique, mis en mouvement par un mécanisme d'horlogerie, chemine au-devant de la plume, qui trace ainsi, en s'élevant et en s'abaissant, une série d'arcades parfaitement semblables entre elles, à un moment donné, pour la même artère et chez le même individu.

Chacune de ces arcades (voy. fig. I) se compose de deux parties :

I

II

III

IV

V

Fig. I. Forme du pouls normal d'un homme couché.
Fig. II. Pouls de l'artère radiale du malade, indiquant l'insuffisance aortique.
Fig. III. Pouls de l'artère tibiale droite (côté sain).
Fig. IV. Pouls de l'artère tibiale gauche (côté de l'anévrysme).
Fig. V. Pouls de l'anévrysme.

l'une, ascendante, *verticale*, tracée par la plume au moment de la diastole qui est *subite;* l'autre, descendante, *oblique*, sinueuse, et beaucoup plus longue, tracée au moment de la systole, qui est *graduelle*. A l'union de ces deux branches existe une petite branche à peu près horizontale, correspondant à la lutte qui s'établit entre le poids du levier et l'expansion de l'artère, à la fin de la diastole.

Lorsque M. Marey vint à Bicêtre, le malade, reçu la veille, n'avait été examiné que superficiellement; on n'avait pas encore ausculté le cœur. Le sphygmographe fut d'abord appliqué sur l'artère radiale, et M. Marey, en examinant le premier tracé, s'écria que le malade devait avoir une insuffisance aortique.

L'auscultation prouva aussitôt l'exactitude de ce diagnostic, qui a été pleinement confirmé par l'autopsie.

Il suffit de comparer la figure I avec la figure II pour apprécier la forme particulière du pouls qui caractérise l'insuffisance aortique. Ce n'est pas ici le lieu d'en donner l'explication.

Le sphygmographe fut ensuite appliqué sur l'artère tibiale postérieure du côté sain, derrière la malléole interne, et donna le tracé représenté sur la figure III. Les caractères de l'insuffisance aortique sont encore reconnaissables, mais ils sont beaucoup moins prononcés que sur le tracé du pouls radial, parce que le cou-de-pied est beaucoup plus éloigné du cœur que le poignet.

La fig. IV représente la forme du pouls de l'artère tibiale postérieure du côté de l'anévrysme; et en la comparant avec la précédente, on aperçoit aisément les changements que la présence d'une poche anévrysmale fait subir à la circulation dans les artères situées au-dessous de l'anévrysme. La branche ascendante de l'arcade n'est plus verticale, elle est oblique, et il en résulte que la diastole est moins brusque et moins violente que sur les artères ordinaires. La branche descendante de l'arcade n'est pas sinueuse; elle est oblique, mais elle est beaucoup moins longue d'une manière absolue, et même d'une manière relative, qu'elle ne l'est sur le tracé de la fig. III. Enfin, la hauteur de l'arcade est notablement moindre que sur la fig. III, d'où il résulte que la présence de l'anévrysme a eu pour conséquence :

1° De diminuer la force du pouls, c'est-à-dire l'étendue des oscillations artérielles;

2° De rendre la diastole artérielle plus longue;

3° De rendre la systole plus courte.

Ces résultats expérimentaux confirment pleinement les idées que j'ai exposées, d'après des vues théoriques, dans mon *Traité des anévrysmes* (page 108).

Le sang qui dilate un sac anévrysmal pendant la diastole est momentanément détourné de sa destination. Le bout inférieur reçoit donc, pendant la diastole, moins de sang qu'à l'état normal. Au moment de la systole, au contraire, il en reçoit davantage. Alors, en effet, non-seulement le sang apporté par le bout supérieur passe en totalité dans le bout inférieur, mais encore, la poche anévrysmale revenant sur elle-même, une quantité de sang égale à celle qui s'était déviée dans le sac pendant le premier temps rentre dans l'artère et s'engage aussitôt dans le bout inférieur. Ce bout inférieur et les artères qui en dépendent se dilatent donc moins pendant la diastole, et se resserrent moins pendant la systole qu'ils ne le feraient dans les conditions normales, et il en résulte nécessairement que les battements artériels doivent être amoindris sur les artères situées entre l'anévrysme et les vaisseaux capillaires.

Voilà ce que dit la théorie; mais en fait, les cas où cette diminution a été assez prononcée pour être constatée à la main ont été jusqu'ici assez rares. Il est certain d'ailleurs que dans plusieurs de ces cas, l'anévrysme était en partie solidifié, et que la compression exercée par le sac anévrysmal sur sa propre artère pouvait avoir contribué à diminuer l'énergie des pulsations au-dessous du sac. Il est certain, en outre, que dans la très-grande majorité des cas, les battements explorés avec le doigt paraissent tout aussi forts du côté malade que du côté sain. Mais l'instrument de M. Marey permet d'apprécier des différences d'intensité trop légères pour être reconnues au toucher, et les résultats fournis par cet instrument chez mon malade ont pleinement confirmé les prévisions de la théorie, et mis en évidence l'affaiblissement du pouls de l'artère tibiale postérieure, dans un cas où l'exploration ordinaire semblait indiquer que l'énergie des pulsations n'était nullement diminuée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 juin 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

Électro-physiologie. — M. C. M. GUILLEMIN communique un mémoire intitulé : *Étude sur la commotion produite par les courants électriques.*

On sait depuis longtemps, dit l'auteur, que l'excitation physiologique déterminée par les courants induits, varie avec la rapidité des intermittences du courant inducteur. J'ai cherché récemment à préciser la nature et la marche de ces variations, et à les rattacher aux phénomènes de propagation que j'ai exposés à l'Académie, dans le courant de l'année dernière. Voici le résumé des expériences :

1° L'excitation nerveuse et musculaire diminue lorsque le nombre des intermittences atteint 60 ou 70 par seconde. Aux fortes commotions qu'on reçoit quand on a 20 à 30 interruptions par seconde, succèdent des secousses rapides qui deviennent bientôt moins pénibles. Dès que le nombre des intermittences atteint 100 ou 110, on ne perçoit plus qu'un frémissement qui s'affaiblit et finit par devenir nul, pour des vitesses de rotation plus grandes.

2° Une armature de fer introduite dans la bobine augmente la commotion, quand les intermittences ne sont pas très-rapides; elle la diminue au contraire quand leur nombre atteint ou dépasse 50 ou 60 par seconde.

3° L'extracourant présente des phénomènes à peu près semblables à ceux du courant induit.

4° L'excitation produite par 20 éléments Bunsen ne décroît pas aussi rapidement, à beaucoup près, quand la rapidité des intermittences augmente, que celle qui est provoquée par le courant d'induction.

5° L'étincelle du courant induit diminue rapidement, comme la commotion, quand on augmente le nombre des intermittences; l'étincelle de la pile ne diminue pas sensiblement dans les mêmes circonstances.

6° Pour les grandes vitesses de rotation, le courant de la pile excite plus fortement lorsqu'on plonge dans les deux vases deux doigts d'une même main, que quand on fait passer le courant de l'un des doigts de la main droite à l'un des doigts de la main gauche.

7° En lançant des courants alternativement de sens contraire, l'excitation augmente d'abord avec la vitesse de rotation, et elle ne décroît que pour des intermittences extrêmement rapides. C'est le seul cas qui ait présenté une marche croissante au début, puis ensuite décroissante. Cette fois, la commotion reste à peu près la même, soit qu'on emploie une seule main, soit que le courant passe d'une main à l'autre.

8° En essayant isolément le courant induit de fermeture et le courant induit de rupture, on constate que le dernier produit la commotion la plus intense. C'est le contraire avec le courant direct de la pile.

9° De même que l'induction, l'excitation physiologique se produit pendant la période d'état variable des tensions et du flux; elle est d'autant plus forte que la variation est plus rapide; elle dépend aussi de la quantité d'électricité mise en mouvement pendant l'état variable. (Commissaires : MM. Becquerel, Regnauld et Despretz.)

— M. PASTEUR présente à l'Académie le résumé détaillé des diverses méthodes d'expérimentation et des résultats d'expériences qu'il n'a fait connaître que sommairement dans plusieurs communications successives, au sujet de l'importante question des générations dites spontanées.

Ce mémoire devant paraître très-prochainement *in extenso* dans les *Annales des Sciences naturelles,* l'auteur se borne à reproduire les titres des chapitres qui le composent.

— M. WANNER communique de nouvelles recherches sur la circulation fœtale. (Commissaires, MM. Flourens et Bernard.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 3 juin, M. Pamard, second chirurgien au lycée impérial d'Avignon, est nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. Busquet, décédé.

— Par décret impérial du 25 mai 1861, ont été promus ou nommés dans le corps des officiers de santé de la marine, à la suite des concours ouverts dans les ports :

Au grade de chirurgien de 1re classe. — MM. les chirurgiens de 2e classe : Robert, Martin, Toye, Aiguier, Griffon du Bellay, Girard, Bourse et Grenet.

Au grade de chirurgien de 2e classe. — MM. les chirurgiens de 3e classe : Normand, Henseling, Audibert, Bernard, Roux, Noguès, Aurillac, Richard, Vaillant, Legris, Dupont, Pougny, Tourbiez, O'Neill (Jean-Marie-Constant), Gouez, Jouven, Chabbert, Bonifanti et Coulomb.

Au grade de chirurgien de 3e classe. — MM. les étudiants : Reynaud, Périer, Martin, Fontès, Roux, Eyssautier, Illy, Roux, Ardouin, Canolle, Corre, Lefebvre, Cheval, Moulin, Boulain, O'Neill, Richard et Thoulon.

— La Société allemande de psychiatrie et de psychologie judiciaire propose un prix de 100 thalers pour le meilleur mémoire sur la question suivante : « Quelle est la classification des maladies mentales la plus utile au point de vue de la médecine pratique? » Les travaux devront être adressés, avant le 31 décembre 1861, à M. le docteur Erlenneyer, secrétaire de la Société, à Bendorf, près Coblence.

— Le banquet annuel de la Société anatomique aura lieu le jeudi 20 juin, à six heures, aux *Frères provençaux*.

Le prix de la souscription est fixé à 15 francs.

On s'inscrit chez MM. Blain des Cormiers, r. Martignac, 12; Ed. Cruveilhier, à l'hôpital de la Pitié; Descroizilles, à l'hôpital des Enfants malades; Pierreson, à l'Hôtel-Dieu; Danjoy, à Lariboisière; Pihan, à Saint-Louis; Fritz, à Saint-Antoine; Proust, à Beaujon.

—M. A. Devergie commencera sa clinique sur les maladies de la peau (au lit du malade), le vendredi 14 courant, à neuf heures moins un quart, à l'hôpital Saint-Louis, et la continuera les vendredis suivants.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 69. — JEUDI 13 JUIN 1861. (34e ANNÉE.) N° 69. — JEUDI 13 JUIN 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3.000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7.000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, 12 juin 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

« *De la contagion nerveuse et de l'imitation,* » tel est le titre d'un mémoire que M. Bouchut a lu hier au milieu d'une attention soutenue, bien justifiée par l'intérêt du sujet.

Bien que les mots *contagion* et *nerveuse* semblent au premier abord jurer de se trouver ensemble, à prendre le premier d ns son sens étymologique strict, nous acceptons d'autant plus volontiers cette dénomination qu'elle est au fond parfaitement légitimée, non-seulement par l'usage qui en a été fait depuis longtemps au sens figuré, mais par la nature même des choses. « Il y a, dit M. Bouchut dans son *Traité de pathologie générale,* des épidémies d'une nature particulière caractérisées exclusivement par les troubles nerveux, et qui sont engendrées par l'imitation ou par l'impression des émanations névrosiques d'individus malades sur un grand nombre de personnes... » Telles sont, en effet, certaines affections convulsives, l'hystérie, la chorée, certaines vésanies; telles en particulier l'épidémie de suicide des filles de Millet, celle des religieuses de Loudun, des convulsionnaires du cimetière Saint-Médard, etc. Ici ce n'est plus un ferment morbide, un virus, une matière quelconque plus ou moins palpable qui est l'élément de transmission; ce ne sera même pas, si l'on répugne à l'admettre, une sorte d'influx nerveux à distance, une émanation névrosique, comme le dit M. Bouchut; ce sera quelque chose de plus indéterminé, de plus insaisissable encore, ce sera cette puissance irrésistible de l'imitation qui porte certains sujets doués d'une très-vive impressionnabilité, à répéter involontairement les mouvements désordonnés dont ils sont témoins, et qui va jusqu'à produire chez eux une affection nerveuse semblable à celle dont ils voient les manifestations extérieures. Leurs nerfs, pour nous servir d'une expression de J. Frank, semblent correspondre aux nerfs du malade, comme une corde de musique en repos à la corde à l'unisson qui oscille. Voilà ce que M. Bouchut appelle, avec raison suivant nous, la *contagion nerveuse,* qui comprendrait ainsi tout ce qui est relatif à la transmission des névroses convulsives et spasmodiques.

Un exemple remarquable de ce mode de contagion qui s'est offert à son observation, en 1848, dans l'un des ateliers nationaux de femmes, est venu s'ajouter très à propos aux faits du même genre déjà connus dans la science et que l'auteur a habilement groupés dans son mémoire, pour appuyer et justifier cette nouvelle détermination nosologique.

Le travail de M. Bouchut n'est pas seulement un chapitre très-intéressant de pathologie générale. Dans ces limites même, bien que sons son point de vue principal, la contagion de l'imitation, il eût déjà été l'objet de plusieurs études très-recommandables, il ne pouvait qu'être très-digne de l'intérêt de l'Académie; mais l'auteur lui a donné une autre portée, qui le fait viser plus directement à un but d'utilité pratique. Si après avoir exposé les faits, il se demande quelle est la cause de cette propagation des névroses convulsives et mentales; s'il cherche à déterminer s'il y a contagion ou imitation, et dans l'hypothèse d'une contagion, quel en est le principe; — questions, pour le dire en passant, qu'il tranche très-sagement, en se bornant à reconnaître dans ces phénomènes une cause expérimentale de plus à introduire dans l'histoire des maladies nerveuses; — si, dis-je, il se pose ces questions, ce n'est pas dans un but purement spéculatif, mais pour en venir en dernière analyse à la recherche des moyens de combattre ou mieux encore de prévenir ces manifestations morbides. Le mémoire de M. Bouchut, comme tout ce qui se rattache à la prophylaxie, rentre, comme on le voit, dans les attributions de l'hygiène.

Nous n'examinerons pas ici la valeur des moyens qu'il propose, ce qui nous entraînerait beaucoup trop loin, d'autant plus qu'il s'agit de tout un système de mesures réglementaires qui nécessiterait le concours de l'administration. C'est, comme M. Bouchut ne se le dissimule pas d'ailleurs, un sujet grave et qui exige une étude sérieuse avant qu'on s'y engage. L'Académie trouverait là un sujet de méditation digne d'elle; mais elle n'a que trop prouvé, dans une des dernières discussions, combien elle avait peu de penchant pour ces sortes d'études.

L'Académie a entendu, avant le mémoire de M. Bouchut, deux lectures : l'une de M. Ch. Robin sur la chromhidrose; la seconde de M. Jules Lefort, candidat à la place vacante dans la section de pharmacie, sur les propriétés chimiques et toxicologiques de la morphine et sur son passage dans l'économie animale.

M. Ch. Robin a rendu compte à l'Académie du résultat de l'examen qu'il a fait de la matière colorante recueillie sur l'un des malades atteints de chromocrinie, dans le service de M. Leroy de Méricourt.

Il est fâcheux que cet examen, qui exclut toute idée de simulation par une matière colorante artificielle, n'ait pas pu être fait plutôt. Il eût épargné à l'Académie de s'entendre dire par un de ses membres, huit jours après son vote de suspicion à l'égard des faits de M. Leroy de Méricourt, qu'il était regrettable de voir les *Mémoires de l'Académie* privés du travail le plus complet qui ait été publié sur cette forme remarquable de chromocrinie. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Mélanose développée spécialement dans deux ganglions lymphatiques de la tête.

(Observation recueillie par M. Simon, interne du service.)

P... (Sylvain), plombier, est un homme âgé de cinquante-quatre ans, d'une constitution robuste. Il n'a jamais eu d'autre maladie qu'une petite vérole, à l'âge de dix-sept ou dix-huit ans, et plusieurs attaques de rhumatisme, provoquées par les intempéries de l'air auxquelles le soumet sa profession. Sa variole lui a laissé une blépharite ciliaire inférieure chronique, qui a produit un double ectropion léger. Les renseignements qu'il donne sur les membres de sa famille, antécédents collatéraux ou descendants, n'indiquent aucune maladie qui de près ou de loin puisse être rapprochée de l'affection qu'il présente.

Il y a dix ou douze ans, on remarqua pour la première fois l'existence de petites taches brunes noirâtres sur la moitié droite de sa figure, mais personne ne s'en inquiéta.

A peu près vers la même époque, il s'aperçut de deux petites boules roulant sous la mâchoire, de chaque côté, vers les points où elle est croisée par les artères faciales.

L'une de ces petites tumeurs, celle du côté droit, commença à prendre de l'accroissement il y a trois ans, mais son augmentation de volume se produisit très-lentement. Ce n'est que depuis huit mois que du volume d'un petit œuf elle a passé à celui qu'elle présente aujourd'hui. Elle est du reste parfaitement indolente.

Cet homme entre le 3 mai 1860 à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 23. Il offre effectivement sur la moitié droite de la figure trois taches pigmentaires d'un brun noirâtre ou légèrement violacé. La première, de la largeur d'une petite lentille, surmonte la queue du sourcil droit; la deuxième, en forme de croissant d'un centimètre de longueur, est située à 5 centimètres en dehors de l'angle externe de l'œil; la troisième, toute petite, occupe le lobule de l'oreille. Autrefois il en existait une quatrième de la largeur d'une pièce de 20 centimes, à 4 centimètres de la commissure droite de la bouche; elle est devenue depuis huit ou dix mois la base d'une exubérance conique, en forme de corne, qui aujourd'hui a acquis 2 centimètres de saillie. Sa surface est rugueuse, mamelonnée, d'un brun noirâtre, saignant avec la plus grande facilité.

Mais ce qui inquiète et a amené ici cet homme, c'est la tumeur située au-dessous de la mâchoire, à droite, dans la région sus-hyoïdienne. Elle a le volume d'un œuf de dinde, ou 0,12 de long sur 7 de hauteur, s'étendant du menton à l'angle de la mâchoire. Elle est grossièrement bosselée, recouverte par la peau, légèrement rouge et amincie; sa densité, assez grande, est analogue à celle des tumeurs fibreuses, sauf en avant, où elle offre la consistance d'un tissu fongueux. On peut la faire mouvoir sur les parties profondes, quoique avec difficulté, et plisser la peau sur elle, excepté en avant, où celle-ci commence à contracter avec elle quelques adhérences. Elle n'est point le siége de douleurs et provoque peu de gêne; mais le malade, inquiété par l'accroissement incessant qu'elle prend, désire s'en faire débarrasser.

Le 8 mai, M. le professeur Velpeau, avant de procéder à l'extirpation de cette tumeur, nous en décrit les caractères et ajoute qu'il croit avoir affaire à un développement de mauvaise nature d'un ganglion lymphatique. « On ne peut penser, disait-il, à un engorgement scrofuleux simple, car l'âge du malade, l'accroissement incessant de cette tumeur, sa consistance fibreuse, chondroïde, le ramollissement qui commence à se produire à sa partie antérieure, tout porte à croire que ce malade est affecté d'un cancer secondaire d'un ganglion lymphatique ayant succédé à un engorgement bénin primitivement. Du reste l'hypertrophie d'un ganglion de l'oreille droite, survenue depuis quelque temps seulement, me confirme dans cette manière de voir. On a donc affaire ici à une affection qui récidivera très-probablement. »

On procède à l'opération, qui offre quelque difficulté par suite des adhérences que la tumeur a contractées avec les parties profondes; on est même obligé de réséquer un bout de l'artère faciale, qui s'est creusé une gouttière profonde dans sa paroi externe. La végétation conique de la joue est enlevée dans la même séance. On ne fut pas peu surpris de découvrir, aussitôt que la peau fut incisée, que la tumeur était constituée par une masse mélanique. Nous ne reviendrons pas sur sa forme et ses dimensions; nous ajouterons seulement qu'elle offrait une couleur d'un beau noir sépia foncé. La coupe fit voir que cette teinte était uniforme dans toute son épaisseur. On l'aurait alors volontiers comparée, pour la couleur et la densité, à la coupe d'une truffe; mais celle de la tumeur offrait de plus quelques tractus fibreux qui l'entrecoupaient, et une surface plus humide.

Le microscope y fit reconnaître des noyaux épithéliaux, des vaisseaux lymphatiques très-ténus, des éléments de tissu fibreux, le tout plongé au milieu de granulations pigmentaires types; la plus grande partie de l'épithélium nucléaire était infiltrée de ces granulations.

Quoique d'une consistance moindre à sa partie antérieure, la tumeur n'offrait nulle part de foyer pultacé ni liquide.

Le lendemain de l'opération, M. le professeur Velpeau modifiant et complétant son diagnostic, s'exprima en ces termes :

« C'est la première fois que je vois la mélanose se développer primitivement dans un ganglion lymphatique, et je ne crois pas qu'il en existe d'autre exemple dans la science. Il est vrai que l'espèce de corne que présentait notre malade paraît être formée par une hypertrophie du corps muqueux de Malpighi, offrant une teinte brun-chocolat; mais celle-ci n'a commencé à paraître qu'après le développement du ganglion sous-maxillaire; elle n'en saurait donc être l'origine. Serait-il paradoxal de penser que les taches pigmentaires de la figure, trop peu importantes pour attirer d'abord notre attention, aient été le point de départ de l'engorgement du ganglion, ou bien le pigment s'est-il accumulé dans celui-ci en même temps qu'il se déposait dans la peau? La solution de cette question offre quelque difficulté; car les taches mélaniques de la figure sont si petites qu'elles paraissent insignifiantes, et depuis dix à douze ans qu'elles ont apparu, elles se sont développées avec trop de lenteur pour paraître avoir été la source d'un engorgement aussi volumineux (1).

» Quoi qu'il en soit, cette variété de cancer ne laisse pas que d'être extrêmement redoutable.

» La chimie pas plus que le microscope ne nous ont rien révélé sur la cause de la malignité que revêtaient ces tumeurs; le microscope nous les montre formées par des granulations pigmentaires analogues à celle de la choroïde, mais là s'arrête son pouvoir, et cependant jamais ce cancer ne pardonne; on le voit repulluler fatalement et même se généraliser. Pour montrer leur gravité, je vais rapporter quelques observations qui m'ont beaucoup frappé.

» Un monsieur vint un jour me consulter pour une plaque mélanique du talon. On l'enlève; un an après les ganglions de l'aine se prennent, on les extirpe, la mélanose se reproduit dans l'abdomen et emporte le malade.

» Un autre individu me fait voir deux taches noires résidant sur les orteils; ces taches sont souples, indolentes, la peau ne paraît autrement altérée que dans sa couleur; je n'en porte pas moins un pronostic grave: les parents n'y ajoutent point foi; mais les taches s'étendent, le malade s'inquiète, consulte de nouveau, se décide à l'amputation partielle du pied, dans le tissu cellulaire duquel on retrouve d'autres points mélaniques. Cette amputation n'arrête point le développement de la mélanose, et deux ans et demi après le malade succombe à une infection générale.

» En 1847, un personnage important de Russie se fait extirper un cancer mélanique de l'œil; il guérit parfaitement de l'opération. Cependant il tombe dans un état cachectique et succombe au bout de dix-huit mois. L'autopsie fait découvrir

(1) Je puis ajouter, empiétant un peu sur l'autopsie, que les ganglions de l'aine gauche n'étaient nullement mélaniques, bien qu'il existât deux autres petites taches pigmentaires sur la cuisse gauche.

plus de trois cents masses pigmentaires disséminées dans son corps.

» Dans les deux premières observations que je viens de citer, il n'y avait cependant point d'apparence que du tissu encéphaloïde se soit mêlé à la mélanose, et cependant celle-ci na pas été moins fatale que ne l'aurait été ce cancer lui-même.

» Pour le cas présent, j'espère guérir le malade de l'opération que nous venons de lui faire subir, mais je redoute pour lui les suites de son affection. »

Je terminerai brièvement cette observation en disant que le malade a malheureusement succombé le 22 mai à un érysipèle de la face et du cuir chevelu, qu'à deux reprises différentes on avait pu espérer avoir jugulé.

L'autopsie de cet homme, faite avec soin le 24 mai, ne montra de dépôt mélanique que dans le ganglion situé au-devant de l'oreille droite. Aucun autre ganglion du tronc n'en présentait. Tous les organes étaient parfaitement sains. J'ai déjà dit que même les ganglions de l'aine gauche ne contenaient point trace de mélanose, bien que la cuisse correspondante offrît deux taches pigmentaires tout à fait analogues à celles de la figure.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. Landouzy.

Les pellagreux de la Marne à Reims.

M. Landouzy a fait le 1er juin, à l'École de médecine de Reims, une leçon clinique sur la pellagre, dont nous sommes heureux de pouvoir rendre compte aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*. Il ne sera pas inutile de rappeler d'abord les circonstances qui y ont donné lieu.

M. Brierre de Boismont, l'un des premiers parmi nos compatriotes qui ait écrit sur la pellagre et nous l'ait fait connaître, n'avait vu jusqu'ici de pellagreux que dans le midi de la France et le nord de l'Italie, lorsque parut le livre de M. Landouzy qui annonçait une pellagre sporadique dans le département de la Marne. Il y avait là, on le conçoit, de quoi piquer la curiosité de notre savant aliéniste. La pellagre de la Marne était-elle bien de la vraie pellagre, comme le dit M. Landouzy, ou de l'acrodynie, comme le prétend M. Costallat? ou bien était-elle une variété de pellagre, comme M. Billod appelle ce qu'il observe à Sainte-Gemmes? Pour voir disparaître tous ces doutes, M. Brierre de Boismont a prié M. Landouzy de lui montrer les malades qui avaient fait le sujet de son livre, et le professeur de Reims y a répondu par une exhibition non-seulement des pellagreux de Reims, mais d'un certain nombre d'autres du département, invitant ses confrères du département et de toute la France à venir les examiner avec lui. C'est une vraie solennité médicale que l'Ecole de médecine de Reims a vue dans ses murs le 1er juin.

M. Landouzy y avait réuni plus de quarante pellagreux, dont vingt-quatre venant de l'asile de Montreuil, que M. le docteur Fauvel avait amenés lui-même. Les autres étaient tirés des hôpitaux de Reims.

Des médecins étaient accourus de divers points. De Reims, d'Epernay, de toutes les parties du département de la Marne, étaient venus des praticiens curieux de s'instruire et de revoir les professeurs de l'Ecole de Reims dont Paris n'a pas oublié les noms, car ils sont presque tous sortis de ce corps de l'internat qui fournit à l'enseignement de la plupart des écoles de France et de quelques-unes de celles des pays étrangers. M. Brierre de Boismont y assistait, et M. Tardieu, que ses devoirs de médecin légiste retenaient au Palais, m'y avait envoyé pour l'y représenter.

Ce qui frappait tout d'abord dans l'ensemble des pellagreux, c'était le petit nombre des femmes. L'asile de Montreuil, qui avait envoyé vingt-deux hommes, n'avait que deux femmes à nous montrer. Même proportion dans les pellagreux des hôpitaux de Reims, circonstance fortuite, si l'on regarde les tables fournies par la statistique des pellagreux.

L'érythème, que nous avons pu voir chez ces malades, est bien celui qu'ont décrit les auteurs.

Rougeur sur les parties découvertes, principalement sur le dos de la main; desquamations par plaques larges et peu épaisses, laissant comme trace indélébile un amincissement de la peau. La rougeur ne s'en va que tardivement et est remplacée par une décoloration semblable à celle des cicatrices. Il y avait aussi dans les pellagreux de Montreuil un cas de peau bronzée sur la face. Nous avons pu voir également cette forme d'érythème pâle, correspondant au mal de la Rosa de Casal. Nous avons trouvé encore un érythème bulleux-phlycténoïde sur un pellagreux de Montreuil. La plupart de ces malades avaient eu des éruptions semblables au printemps les années précédentes.

Quant à l'épaississement et aux rides de la peau dont parlent les auteurs italiens, il n'y en avait pas. Une seule femme avait une affection de la peau avec rides, épaississement, crevasses, mais ce n'était pas une pellagreuse; elle avait été adressée comme telle, mais nous devons rendre justice à M. Landouzy, il ne s'y est pas trompé et a fort bien reconnu qu'il s'agissait d'un lichen et non de pellagre. L'interrogation de la malade a confirmé du reste le diagnostic.

Autre particularité : un des malades des environs de Reims avait vu son éruption débuter l'année dernière à la fin de l'été, fait déjà noté par M. Gintrac, de Bordeaux, et confirmé par M. Landouzy.

En même temps qu'un des pellagreux, homme robuste, présentait un cas de peau bronzée sur le visage, un autre malade en portait sur une partie couverte, sur le tronc. Ce cas, qu'avait noté le docteur Bonacossa, de Turin, est confirmé par les malades de Reims comme par ceux des Landes.

Pour les troubles digestifs, nous avons dû en avoir le récit de la bouche de M. Landouzy. Mais un symptôme que nous aurions voulu constater nous a fait défaut, ce sont les gerçures de la face dorsale de la langue. Celles que nous avons vues sur la langue d'un malade de Montreuil n'ont rien de caractéristique. C'est un regret que nous exprimons, espérant voir combler bientôt cette lacune dans nos connaissances sur la pellagre. Nous n'y avons pas vu non plus de malade qui présentât cet état scorbutique qui a fait donner par Antonio Pujati le nom de scorbut alpin à la pellagre de Padoue.

Parmi les troubles nerveux qui font partie de l'ensemble symptomatique de la pellagre, quelques-uns étaient des plus faciles à constater, par exemple la titubation; plusieurs de ces malades ont dû être soutenus sous les épaules pour être amenés au lieu de l'examen.

La proportion des aliénés était assez grande, et il était facile de voir, au triste aspect de ces malheureux, qu'il s'agissait de folie dépressive, de démence plutôt que de folie proprement dite. A voir leur air abruti très-caractérisé, on n'était pas étonné d'entendre dire que s'ils n'étaient pas dangereux pour les autres, ils l'étaient du moins pour eux-mêmes; plusieurs avaient eu des idées de suicide; un d'entre eux avait voulu déjà se noyer, genre de suicide très-fréquent chez les pellagreux.

Nous n'avons pas constaté de monomanie religieuse, et cette remarque, faite surtout par les médecins italiens, fait supposer que la domination temporelle et spirituelle que le clergé a fait peser si longtemps sur le peuple en Italie, y a laissé une empreinte assez profonde qui est sans doute pour quelque chose dans ce genre de manie.

Parmi ces nombreux pellagreux, un seul a été atteint de manie aiguë. C'est un malade de l'Hôtel-Dieu de Reims qui pendant dix-neuf ans n'avait éprouvé que les symptômes digestifs et cutanés dont il porte les cicatrices sur le dos des mains. Il fut pris cet hiver, sans cause connue, au milieu d'une salle de l'hôpital où il vivait tranquille depuis un an, d'un accès de manie aiguë qui a duré près d'un mois. Cet accès est survenu au printemps, au moment de son éruption pellagreuse habituelle, qui a manqué cette fois, bien que le malade ait été exposé au soleil.

Les auteurs qui ont écrit sur la maladie qui nous occupe, ont noté que généralement la pellagre débute par l'affection cutanée.

Peut-être cette remarque tient-elle à ce que la diarrhée antérieure ne fait penser à la pellagre comme le fait l'éruption. Ce qu'il y a de certain, c'est que chez les pellagreux de Montreuil les troubles digestifs avaient précédé l'érythème chez presque tous. La diarrhée était encore assez prononcée chez quelques-uns pour qu'on n'osât pas les transporter, et des 35 pellagreux de Montreuil, 24 seulement ont pu nous être présentés.

Une semblable maladie semble porter à supposer que si elle se présentait chez des malades à prédisposition dartreuse, elle entraînerait le développement d'autres affections cutanées; eh bien, les pellagreux que nous avons vus à Reims ne justifieraient pas cette opinion. Sur les quarante et quelques malades réunis à Reims le 1er juin, il ne nous a été possible de constater que deux affections cutanées étrangères à la pellagre. C'était chez l'un de l'ichthyose datant de l'enfance, et qui se séparait de la façon la plus nette de l'érythème pellagreux, dont les squammes étaient un peu plus épaisses. Chez un autre, remarquable par la teinte brouzée du visage, il y avait une mentagre occupant une grande partie de la barbe, avec altération des poils.

Ainsi donc il n'y avait chez tous les pellagreux, comme accompagnant l'affection propre, qu'un vice de conformation et une affection parasitaire. Nous n'avons constaté aucune éruption appartenant à la scrofule, à la syphilis et aux diathèses arthritique ou herpétique.

Nous avons eu en outre la chance de voir la dépouille d'un pellagreux mort deux ou trois jours auparavant. Nous n'avons pu y constater qu'un peu de rougeur du tube digestif et un peu de ramollissement de la moelle à sa partie inférieure, ramollissement qui par son exquise blancheur, rapprochée de l'absence de paralysie du mouvement ou du sentiment pendant la vie, nous fait penser qu'il s'agissait d'un ramollissement cadavérique beaucoup plus que d'un ramollissement pathologique. Il n'y avait, en un mot, aucune lésion qu'on pût mettre en rapport avec les phénomènes si graves que présente la pellagre. C'est une de ces affections générales dont l'anatomie pathologique est, suivant nous, encore tout entière à faire.

On peut voir par l'examen que nous venons de faire des malades de Reims, qu'il s'agit bien certainement de pellagre, et pour nous le diagnostic n'est pas douteux. Il serait à desirer que ceux qui ont des doutes à cet égard voulussent bien aller jusqu'à Reims. L'examen des malades les convaincrait certainement.

Reste la question de l'étiologie, la plus importante après tout, puisque c'est elle qui doit diriger les mesures hygiéniques à prendre.

M. Landouzy, dans une leçon qui a suivi la présentation des malades, a assigné à l'action solaire et à la misère leur juste valeur, suivant nous, en faisant de la misère une simple cause prédisposante, et de l'action solaire une cause déterminante de l'exanthème. Mais restent encore deux points à éclaircir. La pellagre de Reims est-elle une affection sporadique ou endémique? Y a-t-il des pellagreux partout, comme le suppose M. Landouzy, et suffira-t-il pour la rencontrer d'y porter son attention? La chose peut être douteuse, si l'on songe qu'à Paris la plupart des médecins distingués qui s'occupent de pathologie cutanée ont vu des pellagreux, et qu'ils en cherchent depuis longtemps sans pouvoir en trouver, si ce n'est à de très-rares exceptions. Reims et ses environs forment-ils un foyer endémique circonscrit? C'est ce qu'on peut croire jusqu'ici.

Quant à l'étiologie soutenue par MM. Balardini, Roussel et Costallat pour la pellagre d'Italie et des Landes, et qui consiste à regarder cette maladie comme causée par le verdet, ou parasite rencontré sur le maïs, en résulte-t-il qu'elle soit erronée parce que les pellagreux de la Marne n'ont pas mangé de maïs? — Non. — Suivant ces médecins, ce qui est dangereux, ce n'est pas le maïs lui-même, c'est le verdet. Reste à savoir si les pellagreux de la Marne n'ont pas mangé d'autres céréales que le maïs, altérées par des parasites.

Le verdet n'est pas un champignon parasite spécifique particulier au maïs. Il a été rencontré, nous le savons, des parasites analogues ou peut-être même identiques au verdet dans les céréales, et ces altérations ont donné lieu à une maladie qui ressemble beaucoup à la pellagre, si elle n'est pas la pellagre elle-même. Nous croyons donc que l'on doit considérer ce problème sous ce point de vue. L'avenir seul fera connaître la vérité sur ce point. Quoi qu'il en soit, nous devons savoir gré à M. Landouzy d'avoir attiré l'attention des médecins sur l'existence de pellagreux dans le département de la Marne, et nous le remercions bien sincèrement pour la peine qu'il a prise de nous en montrer une aussi belle collection. Dr Constantin Paul.

DE L'EMPHYSÈME TRAUMATIQUE.

Par M. le docteur Demarquay.

Depuis longtemps M. le professeur Velpeau a étudié avec soin l'emphysème traumatique des membres. Cette complication grave des plaies, sur laquelle un des premiers le célèbre professeur de la Charité a appelé l'attention (1), vient d'être l'objet d'une sérieuse discussion devant la Société de chirurgie. Des absences forcées ne m'ayant point permis d'exposer les recherches faites en commun avec M. le docteur Leconte, pharmacien en chef de la Maison de santé, je viens, dans le journal officiel de nos séances, attirer l'attention sur les travaux entrepris dans le but d'élucider cette question, et quelques autres relatives à l'introduction de l'air au sein de nos tissus.

J'ai eu trois fois l'occasion d'étudier l'emphysème traumatique sur les membres inférieurs. Les trois malades sont morts. Les deux premiers blessés avaient une fracture de jambe déterminée par une violence directe, avec issue de fragments au dehors. Le troisième avait une fracture de cuisse très-simple en apparence; elle était survenue à la suite d'une chute d'un lieu très-peu élevé.

Ces trois cas étaient accompagnés d'une altération remarquable des traits, d'un trouble profond dans l'économie et d'un subdélirium dont il était assez facile de les faire sortir au début. Dans deux de ces cas, nous avons essayé de recueillir les gaz qui infiltraient les tissus; mais la finesse, si je puis m'exprimer ainsi, de cette infiltration, ne nous permit pas de les recueillir. Ce fait nous a frappé. En effet, si on compare ce que nous avons observé sur nos deux malades avec ce que nous avons vu dans l'emphysème lié à une lésion des voies respiratoires, ou encore à l'emphysème qui se développe dans les foyers gangréneux, nous constaterons une notable différence, ce qui tient sans doute à une grande différence d'origine. Pour expliquer la production de ces phénomènes, on admet généralement deux causes: ou bien l'air, par suite d'un mécanisme particulier, s'introduit dans nos tissus, ainsi que le veulent MM. Morel-Lavallée et Goffres; ou bien le gaz que l'on trouve dans les conditions signalées plus haut vient de l'organisme lui-même.

La première théorie est admissible dans certains cas sur lesquels MM. Velpeau et Morel-Lavallée ont bien fixé l'attention. Mais quand il n'y a point de plaie au tégument interne, il est bien clair que les gaz qui se forment dans ce cas, s'ils ne sont pas le produit de la gangrène, doivent apparaître spontanément au sein de notre organisme. Jusqu'à ce jour aucune analyse sérieuse n'a été faite pour éclairer ce sujet, et même, avant de se livrer à ce genre de recherches, il était important de savoir ce que devient l'air lui-même quand il a été injecté soit dans le tissu cellulaire, soit dans une cavité séreuse. Ce que l'on sait très-bien, c'est que l'air introduit en grande quantité dans un organisme vivant et sain n'a aucune action délétère. Mais que devient cet air ainsi injecté? conserve-t-il toutes ses propriétés physiques et chimiques? En un mot, retiré vingt-quatre heures après avoir été injecté, est-il encore à l'état d'air, ou bien n'est-ce plus qu'un mélange de gaz plus ou moins défini? C'est ce que nous avons cherché à déterminer, à l'exemple de Devy, ainsi que MM. Bouley et Clément, d'Alfort. Voici d'ailleurs ce que nous avons signalé en 1859 à l'Académie des sciences :

« Dès que l'air est introduit dans le tissu cellulaire ou dans le péritoine d'un animal, il est modifié dans sa composition; ces modifications portent sur tous les éléments, mais principalement sur l'oxygène et l'acide carbonique. L'oxygène diminue d'une manière progressive, avec quelques oscillations cependant depuis les premiers instants qui suivent l'injection jusqu'au terme de quarante-huit heures, où la proportion de ce gaz demeure constante.

(1) Voir la thèse de M. Bourraud.

» Dans toutes nos expériences, nous avons constamment retrouvé, après vingt-quatre heures pour l'oxygène, les nombres 9, 8, 6 pour 100, et à partir de ce terme, la quantité de ce gaz contenue dans le mélange retiré de l'économie a oscillé entre 4 ou 5. La lenteur avec laquelle disparaissent les injections d'air nous a permis de pousser assez loin nos observations sur les modifications qu'éprouve ce gaz.

» En même temps que disparait l'oxygène, l'acide carbonique apparait dans le mélange en quantité très-notable. L'exhalation est constante, mais on ne constate point non plus dans ces expériences une relation sensible entre l'augmentation de la quantité d'acide carbonique exhalé et la diminution de l'oxygène de l'air, ce qui exclut l'idée de la transformation directe de ce gaz en acide carbonique. » Ce qui prouve d'une manière non douteuse cette assertion, c'est qu'une injection d'azote dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire donnera au bout de peu de temps un mélange d'azote, d'acide carbonique et d'oxygène.

Nos expériences, au point de vue chirurgical, ont ce double but : 1° Elles prouvent que l'air injecté dans nos tissus perd ses propriétés, puisqu'il subit une modification profonde dans ses éléments; ce qu'il est important de savoir pour l'étude des sections sous-cutanées et de l'organisation des plaies faites dans ces conditions. 2° Elles prouvent qu'il se produit facilement dans un organisme vivant des exhalations de gaz; car, soit que l'on injecte de l'azote, de l'oxygène, de l'acide carbonique, et même de l'hydrogène, on retire constamment après un temps très-court, que nous avons déterminé dans notre mémoire, un mélange de ces gaz, et non pas le gaz injecté dans toute sa pureté. Si maintenant nous revenons au point de départ de ce travail, à l'emphysème traumatique, nous dirons : l'emphysème traumatique ne peut être, dans la majorité des cas, fourni par l'air atmosphérique, attendu l'innocuité constante de cet élément, grâce surtout aux modifications qu'il subit.

Dans ce cas, d'ailleurs, l'analyse chimique le reconnaîtrait. Si on songe, de plus, à la rapidité de la production du phénomène dans le cas de fracture sans lésion des téguments, et surtout sans la production de gangrène, il faudra bien admettre avec MM. Chassaignac, Larrey, etc., qu'il y a là un grand trouble porté dans l'organisme, une espèce d'empoisonnement auto-biologique. Sous l'influence d'une grave lésion d'un membre, comme celle rapportée par M. Broca et comme dans celles que nous avons observées, il y a tout à la fois une douleur atroce due à l'attrition des parties, un ébranlement général de l'organisme caractérisé par la stupeur, une petitesse et une lenteur du pouls, la pâleur des traits et une tendance à la réfrigération; sous cette influence, on ne peut admettre que deux origines à l'emphysème traumatique : ou bien le sang, profondément modifié par suite de l'ébranlement du système nerveux, laisse exhaler dans la plaie et dans son voisinage les gaz qui circulent avec lui, ce que l'analyse chimique permettra peut-être un jour de découvrir en tenant compte de nos expériences; ou bien l'emphysème traumatique est constitué par la formation spontanée au sein de nos tissus par un ou plusieurs éléments gazeux plus ou moins différents de ceux que nous trouvons normalement dans le sang. A défaut d'analyse, l'esprit ne peut faire que des hypothèses; c'est ce que nous faisons tous.

Pour moi l'emphysème est lié à une modification profonde de l'organisme, et si on tient compte de la rapidité du phénomène, il faudra admettre, jusqu'à démonstration du contraire, que l'élément gazeux est fourni par le sang lui-même. On sait maintenant par les expériences de Magnus et de M. Claude Bernard, en quelle proportion considérable les gaz se mêlent au sang. Il semble donc naturel d'admettre dans l'emphysème traumatique une modification secondaire et profonde du sang, d'où l'exhalation de gaz au milieu des tissus altérés.

Nous sommes d'autant plus fondé à formuler cette opinion, que si on jette un coup d'œil sur nos expériences, on verra avec quelle facilité et quelle rapidité les gaz du sang viennent se mêler à celui que l'on a injecté dans le tissu cellulaire ou le péritoine. Or, dans l'emphysème traumatique tel que nous le concevons, il y a trois phénomènes essentiels liés à la production du fait qui nous occupe : modification à la fois du système nerveux et du sang, et finalement attrition des tissus au sein desquels les gaz s'exhalent.

DOIT-ON FAIRE PORTER UN BANDAGE SIMPLE OU DOUBLE aux personnes atteintes d'une seule hernie?

Par le Dr Jalade-Lafond.

S'il est vrai de dire avec Lawrence, l'illustre chirurgien anglais, que les bandages herniaires constituent un des instruments les plus utiles de la chirurgie moderne, rien ne saurait être plus opportun que de chercher à en préciser l'application.

Un des points de cette application qui nous semblent aujourd'hui peu étudiés et par conséquent mal connus, consiste à savoir si l'on doit faire porter un bandage simple ou double à une personne atteinte d'une seule hernie inguinale. Etablissons d'abord comme fait que cette question n'a pas même été abordée par les auteurs.

Faute de lumière antérieure, il nous reste à consulter la pratique usuelle, afin de voir jusqu'à quel point elle peut nous éclairer.

Pour les chirurgiens, un bandage simple est suffisant. La plupart des bandagistes, et principalement ceux qui font usage des ressorts anglais, adoptant une conduite opposée, appliquent toujours un bandage double. Or, aux yeux de quelques chirurgiens, cette pratique est fautive. La seconde pelote, à leur avis, présente cet inconvénient, d'affaiblir la partie sur laquelle elle appuie, et de pousser pour ainsi dire au développement d'une seconde hernie, tandis qu'au contraire elle aurait pour but de prévenir cette conséquence, si l'on en croit les bandagistes.

Voilà deux opinions bien tranchées, essentiellement contraires, entre lesquelles la science nous semble être restée incertaine jusqu'à ce jour.

La chose est-elle indifférente? Existe-t-il des motifs suffisants en faveur de l'une ou de l'autre méthode? Enfin, peut-on établir à ce sujet des règles à peu près fixes? C'est ce que nous allons chercher à éclaircir.

Pour cela, il nous faut aborder quelques considérations étiologiques qui ne nous paraissent pas avoir été suffisamment élucidées.

Notre intention n'est pas de revenir ici sur la différence établie par tous les auteurs en fait de hernies, entre les parties contenantes et les parties contenues, non plus que sur le rôle attribué aux unes et aux autres. On a écrit là-dessus de très-jolies choses, que nous ne saurions dire aussi bien, et qui d'ailleurs ne se rattachent pas essentiellement à notre sujet; mais nous nous rappelons qu'en 1839 ou 1840, M. Malgaigne, s'appuyant sur les faits pathologiques, avait émis cette opinion « qu'il existe dans l'organisation une cause prédisposante à la hernie ». De son côté, Thomson, de regrettable mémoire, contestait cette manière de voir, et se retranchait, pour soutenir sa thèse, derrière les faits anatomiques; les dissections les plus minutieuses faites sur un très-grand nombre de cadavres ne lui avaient laissé voir aucune différence d'organisation dans les régions herniaires, et notamment dans les régions inguinales. Chacun s'est ensuite retranché dans son camp, et la question en est restée là.

Ce ne sera probablement pas une légère surprise pour beaucoup de monde, quand nous dirons que l'un avait raison et que l'autre n'avait pas tort. Nous croyons avec M. Malgaigne que la hernie se produit chez certaines personnes plutôt que chez d'autres, dans telle race plus que dans telle autre, etc., par suite d'une prédisposition spéciale que l'anatomie n'a pas fait saisir à Thomson, dans les aponévroses herniaires; et cela peut bien être.

Il y a d'ailleurs des dissemblances si peu apparentes qu'elles sont en quelque sorte insensibles, et que pour s'en rendre compte il faut les aller chercher un peu loin, *ab ovo* pour ainsi dire.

Que sont, en effet, les régions herniaires? Et, afin de ne pas disséminer l'intérêt de notre démonstration, nous nous en tiendrons pour le moment à la région inguinale. C'est là, sur de simples aponévroses sans fixité, que viennent se terminer les fibres des muscles abdominaux, leur véritable point d'appui étant supérieur ou externe. Si donc une faiblesse, une débilité vient à frapper ces muscles dans leur condition fibrillaire, elle devra surtout se faire sentir dans la région inférieure, c'est-à-dire dans la région inguinale : il s'agira plus tard de démontrer que cette débilité est principalement constitutionnelle et le plus souvent héréditaire. Nous aurons en même temps l'occasion d'établir qu'en outre de l'hérédité cette manière d'envisager la cause primitive de la hernie nous facilitera l'explication de quelques points reconnus comme fait, mais expliqués d'une façon peu satisfaisante :

1° La plus grande fréquence de la hernie à droite;

2° La hernie inguinale plus fréquente chez l'homme que chez la femme;

3° Enfin toutes les différences de fréquence suivant les âges et les climats.

Pour en finir avec ce que nous voulons dire à ce sujet, nous pouvons comparer, et nous ne serons pas le premier à le faire, les muscles de l'abdomen à une corde plus ou moins tendue, suivant que les extrémités en sont fixées plus ou moins solidement : les aponévroses ne sont pas des points fixes, et par suite se relâchent facilement; dans ces circonstances, les fibres musculaires se détendent, les ouvertures herniaires s'élargissent et deviennent béantes : cela, du reste, est généralement admis.

Mais d'un autre côté, si la corde est trop longue par rapport à ses points d'insertion, elle offrira naturellement une résistance moindre.

Or, les fibres de ces muscles presque convexes postérieurement dans leur partie inférieure chez le jeune enfant, directes ou à peu près chez l'adulte, deviennent concaves d'avant en arrière et de haut en bas chez l'homme dont le ventre prend du développement; ce que tout le monde est à même de constater une fois venu l'âge de trente-cinq à quarante ans.

Voici donc deux causes de faiblesse bien accusées et facilement appréciables;

1° Le défaut de fixité d'un point d'insertion;

2° L'excès de longueur de la corde; les hommes contrefaits, dont une hanche exhaussée fait saillir les muscles de l'abdomen; ceux qui ont le ventre en bouteille ou bien en triple saillie, nous offrent un type saillant de cette dernière disposition.

Ces considérations étiologiques une fois posées, revenons à notre point de départ, c'est-à-dire: une hernie inguinale étant donnée, faut-il appliquer un bandage simple ou un bandage double? La réponse à cette question nous semble maintenant assez facile. Chez les enfants dont les fibres musculaires sont convexes d'arrière en avant, la seconde pelote ne peut tendre qu'à augmenter cette convexité; donc elle est nuisible. Chez l'adulte, dans sa conformation ordinaire, elle ne présente aucun avantage; plus tard, son utilité ne nous semble pas contestable, et si nous rencontrons des contradicteurs qui viennent nous dire que peu de temps après l'application d'une seconde pelote ils ont vu, chez les vieillards de Bicêtre, apparaître une seconde hernie, nous leur répondrons par le mot de M. Dupin : *Non point parce que, mais quoique.*

En effet, on comprend facilement qu'une région déjà faible par elle-même, affaiblie encore par les modifications que l'âge amène, ou par une conformation défectueuse, c'est-à-dire par la convexité des fibres musculaires, a besoin d'être soutenue; et que ce support, bon en lui-même, ne peut offrir d'inconvénients que dans une circonstance donnée, c'est-à-dire lorsque la pression du ressort, trop forte, viendra affaiblir la région au lieu de la soutenir : le principe ne nous paraît pas pouvoir être discuté; arrivons donc à l'application.

Les ressorts herniaires agissent de l'une ou de l'autre des deux manières suivantes : pour nous faire entendre en peu de mots, nous dirons qu'ils sont élastiques ou simplement résistants; ce que nous traduirons en ces termes : les bandages herniaires agissent par puissance ou par résistance; la puissance doit exister principalement dans le ressort, quelquefois et par exception dans la pelote, ainsi que nous en avons trouvé de trop malheureux exemples dans les bandages *américains*, prétendus jadis *guérisseurs de toutes les hernies.*

Nous n'insisterons pas sur la puissance des pelotes, déplorables lorsqu'elles forment un coin, difficilement supportables si, contenant dans leur composition une hélice ou bien un ressort à boudin, elles viennent ajouter leur action à celle du ressort lui-même; détestables, dans le cas où cette puissance a la prétention d'agir seule, en se substituant à celle du ressort proprement dit.

L'action de la pelote ne saurait dans aucun cas remplacer celle du ressort; on peut établir d'une manière générale que son rôle est simplement un rôle de transmission : tout doit se passer entre le ressort et la région herniaire.

Suivant donc les circonstances d'âge et de conformation, le ressort pour être utile sera élastique, agissant par puissance, ou bien simplement résistant : ces mêmes circonstances devront nous diriger dans l'emploi d'un bandage simple ou double, lorsqu'il n'existe qu'une seule hernie; et, comme conclusion, nous croyons pouvoir poser cette règle, à savoir, qu'à moins d'une conformation vicieuse, on ne doit pas faire porter un bandage double avant l'âge de trente-cinq ans; mais que passé cet âge, son emploi est d'une utilité incontestable.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 juin 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements des Basses-Pyrénées, du Nord, de la Meuse et de la Haute-Loire (commission des épidémies);

2° Le rapport de M. le docteur Allard, sur le service médical des eaux minérales de Saint-Honoré (Nièvre), pendant l'année 1859 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Buignet, agrégé à l'Ecole de pharmacie de Paris, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section de pharmacie;

2° Une note écrite en anglais sur le traitement de l'urémie dans le choléra, par M. le docteur James Ratton (commission du choléra);

3° M. le docteur Alexandre Mayer adresse la lettre suivante :

Monsieur le Président,

Dans la séance du 12 janvier 1858, l'Académie a reçu un appareil à inhalations que j'ai imaginé, et dont j'ai indiqué les avantages sur les instruments de même genre déjà connus.

Une commission a été nommée, mais jusqu'à présent elle n'a point encore fait de rapport.

Dans ce cas particulier je serais loin de me plaindre de ce retard, si l'honorable académicien auquel a été envoyé mon appareil veut bien prendre connaissance des modifications importantes que m'a suggérées une longue expérience, et qui se trouvent réalisées dans le nouveau modèle que je soumets aujourd'hui à l'appréciation de votre savante compagnie.

Voici les améliorations que j'ai apportées à mon *inhalateur*.

1° Par l'adjonction d'une embouchure qui embrasse les lèvres, j'ai remédié à un inconvénient qui est commun à tous les appareils à inhalations, excepté ceux qui sont destinés aux inhalations anesthésiques. Pour ceux-là, il fallait absolument que les inspirations se fissent sans le concours de la volonté, et on a approprié les embouchures à cette indication. Pour tous les autres, les tubes se placent entre les lèvres et il faut *savoir fumer* pour s'en servir utilement. Or, il est difficile et souvent impossible de l'apprendre à certains malades, particulièrement aux femmes et aux enfants. Avec l'embouchure concave adaptée à mon instrument, les inspirations, le nez étant pincé avec les doigts, deviennent un acte entièrement passif, et les médicaments pénètrent forcément avec l'air dans les voies respiratoires.

2° L'entonnoir, auparavant très-court, n'avait pour but que d'introduire le liquide médicamenteux dans le ballon. Aujourd'hui il a une longueur suffisante pour plonger dans le liquide, afin que l'air, en traversant celui-ci, se charge plus complétement de la substance médicinale.

3° Le tube, autrefois d'une seule pièce, était par cela même très-fragile. A présent, il se compose de deux parties qui s'adaptent au moyen d'une rondelle en caoutchouc. (Commissaires, MM. Louis, Rostan et Michel Lévy.)

LECTURE.

Chromhidrose. — M. Ch. Robin lit une note sur la matière colorante de la chromhidrose ou sueur bleue.

Après avoir cité un extrait d'une lettre de M. Leroy de Méricourt,

décrivant les procédés employés pour recueillir la matière colorante sur un des sujets de son service atteint de chromocrinie, M. Robin rend compte du résultat de son examen, et constate tout d'abord l'homogénéité de cette substance, homogénéité qui éloigne à elle seule l'idée de la présence d'une matière colorante artificielle, telle que le bleu de Prusse ou l'indigo, qui au microscope sont formés de granules solides plus ou moins fins, mais ordinairement plus gros que ceux du pigment de l'homme à l'état normal.

M. Robin prouve ensuite que cette substance ne saurait être l'encre, et il la rapproche de la matière des urines bleues, appelée cyanourine par Braconnot. Celle-ci se dépose également à l'état de granules, corpuscules solides au fond des vases contenant l'urine, en laissant toutefois à celle-ci une coloration d'un brun verdâtre ou bleuâtre, plus ou moins foncée. Cependant, ainsi que M. Robin a pu le constater plusieurs fois et récemment encore sur des urines qui lui avaient été remises par M. le docteur Grob, ces corpuscules, formés de cyanourine, sont ordinairement d'un bleu indigo plus franc que celui de la matière envoyée par M. Leroy de Méricourt.

Des nombreux caractères différentiels que M. Robin a reconnus à la matière colorante de la chrombidrose, il y a donc lieu de conclure que la substance provenant d'un malade qui a été le sujet de l'une des observations de M. Leroy de Méricourt, n'est pas étrangère au corps humain, et qu'elle est analogue à la cyanourine.

Pour ceux qui ont vu quel est le nombre des glandes sudorifiques plongées dans le tissu adipeux sous-cutané; pour ceux qui ont examiné comment le conduit s'ouvre à la surface du corps, après avoir traversé le derme et l'épiderme, il ne peut rester douteux, en face des observations de MM. Bousquet (de Saint-Chinian), Leroy de Méricourt, etc., que c'est de l'orifice de ces glandes qu'ils ont vu sourdre les gouttelettes noires, se séchant bientôt à la manière d'un vernis à la surface de la peau des paupières et des joues.

La production pathologique de ce principe colorant, dit en terminant M. Robin, ne saurait être contestée, et sa formation par les glandes de la sueur n'est sous aucun rapport plus étonnante que celle de la cyanourine. Quant au mécanisme intime et aux conditions essentielles de sa formation, il serait prématuré de les rechercher, fût-ce par expérience, et à plus forte raison par hypothèse, tant que nous ne connaîtrons pas au moins les particularités correspondantes relatives à la production de la biliverdine dans le foie et d'autres matières colorantes normales encore... On ne peut donc que regretter de voir les Mémoires de l'Académie privés du travail le plus complet qui ait été publié sur cette forme remarquable de chromocrinie.

M. J. CLOQUET demande que la communication de M. Robin soit insérée dans les recueils de l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT. C'est de droit.

Etudes chimiques et toxicologiques sur la morphine. — M. J. LEFORT, candidat à la place vacante dans la section de pharmacie, lit un mémoire intitulé : *Etudes chimiques et toxicologiques sur la morphine, suivies d'observations sur son passage dans l'économie animale.*

Des faits consignés dans ce travail l'auteur conclut :

1° Que dans aucun cas on ne doit se servir de charbon pour décolorer les liqueurs dans lesquelles on se propose de chercher la morphine.

2° Que le mode opératoire indiqué par M. Stas pour isoler les alcalis végétaux n'est pas applicable à la morphine, celle-ci n'étant pas soluble dans l'éther.

3° Que la réaction de l'acide nitrique sur la morphine ne peut acquérir de valeur qu'à la condition de corroborer d'autres résultats plus concluants.

4° Que les sels de sesqui-oxyde de fer sont des réactifs très-sûrs pour découvrir la morphine, mais seulement lorsque l'alcaloïde est solide ou en solution concentrée.

5° Que l'acide iodique employé seul n'est pas un réactif certain pour déceler l'existence de la morphine; mais si on fait intervenir en même temps l'ammoniaque, on obtient des colorations qui n'appartiennent qu'à cette base végétale.

6° Que l'acide iodique et l'ammoniaque accusent la morphine dans un liquide qui n'en contient que 1/0000e.

7° Que l'emploi du papier sans colle présente l'avantage d'obtenir la morphine à l'état solide disséminé sur une large surface, et de mettre plus en évidence les réactions qu'elle produit avec les divers agents chimiques servant à la caractériser;

8° Que la morphine ingérée d'une manière continue, à dose élevée comme à doso faible, peut se retrouver dans l'urine, tandis que la sueur n'en présente pas de trace. (Commissaires : MM. Briquet, Wurtz et Bouchardat.)

Contagion nerveuse. — M. BOUCHUT lit un mémoire ayant pour titre : *De la contagion nerveuse et de l'imitation.* L'auteur traite dans ce mémoire de la contagion nerveuse dans ses rapports avec l'hygiène publique et avec la pathologie. En traitant des causes de la contagion, dit-il dans son préambule, j'ai admis une contagion *virulente*, une contagion *miasmatique*, une contagion *purulente*, et une contagion *parasitaire*. Il y a lieu d'admettre encore une contagion *nerveuse*, comprenant ce qui est relatif à la transmission des névroses convulsives et spasmodiques. C'est ce qu'il s'est proposé d'établir par un certain nombre de faits nouveaux déjà mentionnés dans sa *Pathologie générale*, mais encore peu connus. M. Bouchut, à propos des causes de la contagion nerveuse, s'exprime en ces termes :

Des causes de la contagion nerveuse. — A côté des contagions virulentes, miasmatiques, purulentes et parasitaires, doit prendre place par analogie une *contagion nerveuse* nécessaire pour expliquer le mode de propagation de certaines maladies du système nerveux. On voit, en effet, des personnes subir involontairement, et d'une façon irrésistible, l'influence pernicieuse de certains malades affectés de convulsions. Avec Esquirol, Georget, Ferrus, etc., chacun admet que la vue de l'épilepsie peut engendrer l'épilepsie; et les témoignages de l'histoire établissent qu'il y a eu des chorées contagieuses épidémiques. Par le contact, ou plutôt par les rapports de la vie commune, s'explique le développement d'un grand nombre de névroses convulsives, telles que le tic, la danse de Saint-Guy, l'aboiement, l'hystérie, la contracture, l'hydrophobie essentielle, l'épilepsie, et certaines névroses mentales, telles que les paniques d'une assemblée ou d'une armée; les monomanies religieuse, incendiaire, régicide, suicide, etc., constatées au moyen âge, sous la Restauration et de nos jours. Mais ici, à l'encontre des autres modes de contagion, on ne connaît rien du principe contagieux, pas plus de ce principe, si tant est qu'il en existe un, que du véhicule dans lequel il serait enfermé.

Il est facile de faire des suppositions à cet égard, mais il est impossible de rien démontrer, et l'hypothèse des émanations nerveuses morbifiques, admise par quelques auteurs, n'est pas plus facile à justifier que celle des émanations pestilentielles de quelques maladies; elle ne repose que sur des conjectures que la science ne saurait encore accepter. Admit-on d'ailleurs ces émanations comme cause de la propagation de *certaines névroses convulsives*, où l'action est irrésistible et involontaire, que cela n'expliquerait pas la propagation des *névroses mentales* qu'engendre le spectacle de ces névroses ou un récit imprudemment dramatisé. Ici l'*imitation* est seule en cause; le malade a vu un tableau, lu un livre ou observé un exemple qui lui servent de modèles, et il s'agit d'un phénomène de *contagion morale* beaucoup plus que d'une action physique. La nature du principe contagieux des névroses est donc encore complétement inconnue, et si dans quelques cas on peut invoquer l'hypothèse d'une émanation morbide nerveuse, ailleurs c'est chose absolument impossible. Par ses effets, on en reconnaît l'existence. La médecine ne saurait aller plus loin, et elle ne peut voir dans ces phénomènes qu'une cause expérimentale de plus à introduire dans l'histoire des maladies nerveuses.

Son action est extrêmement puissante et presque sans limites. Elle s'exerce sur l'homme, sur les animaux, à tous les âges, principalement dans la jeunesse, et son influence est plus grande chez la femme que chez l'homme. Elle tient à la fois de la contagion par l'apparence d'un agent contagieux, et de l'imitation par son caractère moral et mental. Mais, principe matériel inconnu, ou, comme je pense, force d'imitation irrésistible, c'est absolument la même au point de vue des résultats justiciables de l'hygiène, puisque dans l'une et dans l'autre hypothèse des névroses redoutables se transmettent d'un individu à un autre, peuvent affecter tous les habitants d'une maison, d'une localité ou d'un pays, et qu'il est du devoir de l'administration de prévenir le développement de ces épidémies, ou de les arrêter après leur apparition. Ici, comme aux autres genres de contagion, s'applique la phrase de M. Littré, dont s'est inspiré votre savant collègue M. Tardieu pour formuler le régime sanitaire qui convient aux maladies épidémiques : « Les maladies pestilentielles n'ont pas leur origine dans des circonstances que l'homme puisse préparer; là tout est invisible, mystérieux, et tout est produit par des puissances dont les effets seuls se révèlent. »

M. Bouchut termine en posant la question du lazaret moral, seul moyen, dit-il, de s'opposer à la propagation de certaines affections nerveuses; et il résume son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Il existe une contagion nerveuse qui a pour origine l'imitation;

2° La contagion nerveuse constitue un cinquième genre dans c[es] maladies épidémiques, les quatre premiers étant formés par les contagions virulente, miasmatique, purulente et parasitaire;

3° A la contagion nerveuse se rapportent les épidémies de névroses convulsives et la propagation de certaines névroses mentales;

4° La contagion nerveuse réclame de l'hygiène un régime sanitaire spécial renfermant deux ordres de prescriptions, les unes personnelles aux malades et les autres relatives à la société d'où ils sortent;

5° Les moyens applicables à l'individu sont l'isolement et l'intimidation;

6° Les mesures relatives à la société sont essentiellement prophylactiques, et consistent dans la dispersion des foyers épidémiques, dans l'intimidation exercée sur les gens qui ne sont pas malades, enfin dans la restriction apportée à la publicité non scientifique de nos infirmités morales.

— L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à quatre heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers arrêtés de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, les nominations suivantes ont eu lieu dans les inspections médicales des établissements thermaux :

M. le docteur Vidal est nommé médecin-inspecteur à Aix (Savoie);

M. le docteur Rieux est nommé médecin-inspecteur à Évian (Savoie);

M. le docteur Payen est nommé médecin-inspecteur à Saint-Gervais (Savoie).

— M. Pelletan, n'ayant pu accepter les fonctions de juge-suppléant pour le concours du Bureau central, a été remplacé par M. Moutard-Martin.

Les candidats ont eu à traiter la question suivante : *Des hémorrhagies dans les maladies fébriles.*

— Nous empruntons à la *Gazette médicale de Paris* la lettre suivante sur la mort de M. le docteur Rilliet :

« Genève, le 4 juin 1861.

» Cher confrère,

» J'ai la douloureuse mission de vous annoncer la mort subite de l'un de vos collaborateurs, le docteur Rilliet, dont les ouvrages sur les maladies des enfants sont connus de tous les praticiens.

» Notre regretté collègue a été enlevé au milieu de la carrière la plus active. Après avoir visité un grand nombre de malades pendant la journée du samedi 1er juin et après s'être levé dans la nuit, il s'était recouché et avait dormi paisiblement jusqu'à cinq heures, lorsqu'il fut pris de nausées, de frissons, de douleurs à l'épaule, puis au cœur, et après trois ou quatre respirations bruyantes, il a succombé avant qu'aucun secours ait pu lui être administré.

» Tout le corps médical regrettera ce confrère actif et passionné de l'étude qui, dans une carrière si courte, puisqu'il n'avait que quarante-sept ans, a pu trouver le temps de faire des travaux si considérables que d'autres y auraient consacré toute une longue vie.

» Pour nous, médecins de Genève, nous perdons un ami dévoué et un confrère aimé et respecté; aussi notre deuil est-il général. C'est ce qui m'engage à vous écrire ces quelques mots, en vous priant de recevoir mes salutations amicales. » H. L. LOMBARD. »

La gravelle étudiée à Contrexéville, par M. le docteur LEGRAND DU SAULLE. Une brochure grand in-8°, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris. Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Gangrène spontanée de la jambe, à forme sèche, consécutive à la fièvre typhoïde.

Les lecteurs de la *Revue* n'ont sans doute pas oublié les observations de gangrène dans la fièvre typhoïde que nous avons publiées il y a plusieurs années, ainsi que les discussions auxquelles elles ont donné lieu. De ces discussions il était resté dans l'esprit de beaucoup de médecins des doutes sur le lien que l'on avait cru saisir entre ces accidents et l'affection typhoïde, soit que le diagnostic de cette pyrexie n'ait pas paru suffisamment établi dans quelques-uns de ces faits, soit qu'on ait cru pouvoir attribuer la gangrène à une autre cause coïncidante qui aurait échappé à l'attention des observateurs. M. le docteur Bourguet a eu l'occasion d'observer dans son service de l'hôpital d'Aix un nouveau cas de ce genre, qui ne peut plus laisser aucune place au doute sur la préexistence de la fièvre typhoïde, le diagnostic ayant été établi par plusieurs médecins appelés successivement à donner des soins au malade, et l'autopsie étant venue d'ailleurs confirmer de tout point le diagnostic porté pendant la vie. Mais il n'en laisse pas moins subsister encore indécise la question de la relation étiologique qui peut exister entre les deux ordres de phénomènes qui se sont succédé.

Voici les principaux détails de cette intéressante observation, que nous empruntons à la *Gazette hebdomadaire*, où M. Bourguet l'a publiée.

Un jeune soldat, âgé de vingt-trois ans, bien constitué, est placé dans le service de M. Bourguet, le 10 janvier 1860, venant des salles de médecine. Voici les renseignements qui lui ont été transmis par ses collègues MM. Gouyet et Feraud, médecins de l'hôpital qui ont donné des soins au malade. Au moment de son entrée, ce jeune homme accusait un état de malaise général avec fatigue, brisement des membres, céphalalgie; il faisait remonter à sept ou huit jours le début de son indisposition; la langue était recouverte d'un enduit saburral; fièvre légère; ventre souple, un peu douloureux à la pression; perte d'appétit, etc.

Les jours suivants ces symptômes s'aggravent peu à peu; la langue se sèche et devient rouge sur les bords; le ventre se météorise, la peau devient aride et brûlante; le pouls petit, serré, un peu dur; la fosse iliaque droite est douloureuse à la pression et présente un gargouillement très-manifeste; prostration, traits de la face tirés, œil terne; légère tendance à la stupeur.

Quelques jours après la langue devient noire, fuligineuse, ainsi que les lèvres et les gencives; des taches rosées, lenticulaires, apparaissent sur la poitrine et l'abdomen; la fièvre augmente; toux, râles sibilants et sous-crépitants; stupeur plus prononcée; haleine fétide; rêvasseries; assoupissement.

Plus tard, enfin, la prostration devient de plus en plus profonde, et il survient du coma, de la carphologie, du délire, surdité, pulvérulence des narines, etc.; en un mot, tous les caractères les mieux accusés de la fièvre typhoïde grave.

Le vingt et unième jour, au moment où tout semblait faire redouter une terminaison funeste, il se produit un peu d'amélioration, qui se soutient les jours suivants.

Enfin, le 5 janvier (c'était le trente-troisième jour de la maladie), sans cause appréciable, le malade est pris tout à coup d'une douleur vive à la jambe droite, vers le défaut du mollet, dans la profondeur du membre, en même temps que d'engourdissement et de sensation de froid dans les orteils et dans le pied. Toutefois l'état général continue à être bon; il n'y a pas de fièvre; l'appétit est assez vif, la langue nette; en un mot, sauf les symptômes précités, le malade pouvait être considéré comme convalescent.

Le 10, la gangrène, qui pendant les jours précédents n'a cessé de faire des progrès, a envahi tous les orteils; une tumeur fluctuante s'est formée à la jambe, dans le point où la douleur s'est montrée de prime abord. C'est ce jour-là que le malade est évacué dans le service de chirurgie, où M. Bourguet constate ce qui suit :

Les orteils sont froids et noirs, surtout le quatrième et le cinquième; autour des parties noires, la peau est d'un blanc sale; un peu plus loin, elle présente une auréole rouge foncé; l'épiderme est soulevé sur plusieurs points; le malade accuse une douleur obtuse dans la profondeur du mollet, un peu au-dessous du mollet, en dedans du tendon d'Achille, en même temps que de la faiblesse, de l'engourdissement, des fourmillements et une sensation de froid dans les orteils et dans le pied; partout ailleurs, notamment sur le trajet de la fémorale, de la poplitée, de la pédieuse, de la tibiale antérieure, il déclare n'éprouver aucune douleur ni spontanée ni à la pression. Les battements de l'artère fémorale se sentent très-distinctement; ceux de la poplitée se sentent aussi, mais cependant d'une manière moins distincte; ceux de la tibiale postérieure ne se sentent pas du tout, ceux de la pédieuse assez faiblement. Il n'existe ni gonflement, ni œdème de la cuisse, non plus que dans le creux du jarret, à la partie supérieure de la jambe et dans le pied. Il n'y a pas de ganglions engorgés au pli de l'aine, ni dans aucune autre partie du membre. La seule région où on découvre de la tuméfaction est le côté interne et postérieur de la partie inférieure de la jambe, où l'on sent une fluctuation évidente, sans signes bien marqués d'inflammation phlegmoneuse. La température du pied et de la jambe droite est inférieure à celle du côté opposé. Le pouls est petit, de 80 à 90; la langue naturelle, la soif modérée; expression de souffrance et d'abattement.

Une incision pratiquée sur la tumeur de la jambe donne issue à environ 100 grammes de pus sanieux.

Les jours suivants, la gangrène continue sa marche progressive sans que l'état général paraisse s'aggraver d'une manière notable. Les progrès de la maladie s'annoncent par des traînées rougeâtres et par une teinte plus foncée qui indiquent d'avance les points qui vont être envahis par la gangrène. Celle-ci affecte la forme sèche.

Le 18, la gangrène s'est étendue jusqu'au tiers supérieur de la jambe, sans qu'on distingue dans aucun point la ligne de démarcation tranchée entre les tissus vivants et les tissus mortifiés. MM. Omer, Goyrand et Payan, appelés en consultation, sont d'avis, ainsi que M. Bourguet, qu'il n'y a pas lieu de songer à l'amputation tant que la gangrène ne sera pas limitée.

Jusqu'au 25, le malade se soutient; mais à dater de ce jour, son état s'aggrave visiblement; de nouvelles traînées rougeâtres apparaissent du côté du mollet; bientôt le membre entier est envahi jusqu'aux environs du genou; la prostration s'accroît; des symptômes adynamiques se manifestent, et le malade succombe le 31 janvier.

Nous ne rapporterons pas ici les détails de l'autopsie, qui révèle l'existence des lésions les mieux caractérisées de la fièvre typhoïde en voie de convalescence : ulcération des plaques de Peyer en partie cicatrisées, ganglions mésentériques engorgés, rate diffluente, etc. Mais ce qu'il ne sera pas superflu de reproduire, ce sont les désordres constatés dans le membre sphacélé.

La jambe droite est complétement momifiée jusqu'au genou; elle est amaigrie; la peau qui la recouvre est chagrinée. Les artères fémorale, poplitée, jambière postérieure et plantaire, ne présentent nulle part à leur extérieur ni infiltration, ni injection, ni friabilité du tissu cellulaire. Les diverses membranes qui les composent sont unies entre elles et n'offrent point d'épaississement, d'induration, d'incrustations calcaires, d'hyperémie ou de ramollissement appréciables. L'artère fémorale est complétement vide de sang; l'artère poplitée, également vide à sa partie supérieure, renferme dans le reste de son étendue un caillot rouge, peu adhérent aux parois du vaisseau, et ne remplissant pas entièrement la lumière de ce dernier par en haut, où on le voit se terminer par une extrémité amincie, taillée un peu en biseau, de couleur rouge cerise, tandis qu'inférieurement l'oblitération de l'artère poplitée est complète, et le caillot qui la remplit d'un rouge moins vif et un peu plus adhérent. La tibiale postérieure est oblitérée à partir de ce point, c'est-à-dire depuis son origine à la poplitée par le tronc tibio-péronier, jusqu'à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la malléole interne par des caillots fibrineux plus denses et plus décolorés que ceux de l'artère poplitée. On ne peut constater dans aucun point, à l'intérieur du vaisseau, ni pus, ni exsudations pseudo-membraneuses, ni ramollissement, ni rougeur vive de la tunique interne. Les caillots remplissent en totalité et distendent même le calibre de l'artère. Ils sont plus complétement organisés et plus adhérents aux parois artérielles, à mesure qu'on descend vers la malléole interne. Les artères plantaires interne et externe présentent, au contraire, un très-petit volume; elles sont affaissées, et renferment une très-petite quantité de sang noirâtre entièrement liquide. Les artères tibiale antérieure et péronière sont oblitérées à leur origine par des caillots fibrineux moins consistants, moins décolorés, moins adhérents que ceux de la tibiale postérieure; plus bas, elles sont vides, et leurs parois affaissées de même que la pédieuse; les unes et les autres sont en outre assez difficiles à suivre au milieu de l'état putrilagineux du membre et de la transformation des tissus produits par la gangrène.

DOCUMENT RÉTROSPECTIF

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES OBLITÉRATIONS DU CONDUIT VULVO-UTÉRIN.

A M. Courty, *professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier.*

Mon cher Maître,

Un critique aussi spirituel qu'érudit, M. le docteur Verneuil, édite des documents empruntés à l'Académie de chirurgie. Cette tentative, faite avec discernement, doit avoir du succès, et l'accueil qui a été fait à cette publication prouve l'intérêt qu'y attache le monde savant.

Encouragé par un pareil exemple, je viens, sous votre patronage, aborder une semblable tâche. Il ne s'agit plus, il est vrai, d'une Société célèbre dont la réputation est faite; mais il s'agit d'un maître en chirurgie, digne assurément de figurer parmi les associés de l'illustre Compagnie.

Pour être le plus modeste des praticiens, Montagnon ne fut pas le moins bien doué; son mérite perça de bonne heure, et à sa mort, survenue le 22 octobre 1808, il était depuis longues années chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Nîmes, et professeur du cours d'accouchements qu'un évêque, Cortois de Balore, avait institué dans notre ville quelques années avant la révolution. Sa réputation, soit comme accoucheur, soit comme opérateur, était grande, et encore aujourd'hui on rencontre des personnes qui en ont conservé le souvenir. Au reste, vous le savez, mon cher maître, la biographie de mon bisaïeul maternel n'est point à écrire; elle a été faite par Baumes, et je ne puis qu'y renvoyer (1).

Montagnon n'a jamais rien publié lui-même (2); mais il avait réuni de nombreux matériaux qui, à en juger par les fragments qui nous en restent, prouvent en faveur de son esprit sagace et observateur. En 1814, son fils édita quelques-uns de ses manuscrits (3), et aujourd'hui, malgré les années écoulées, son arrière-petit-fils revendique l'honneur une nouvelle publication.

Obs. — *Inflammation du vagin, chute de toute la muqueuse. — Rétrécissement consécutif. — Conception. — Accouchement nécessitant plusieurs incisions. — Oblitération consécutive. — Accidents propres à la rétention des menstrues; refus de l'opération. — Saignées, bains, opiacés à chaque crise; au bout de dix mois, calme complet et santé parfaite.*

« Mme X... souffrait depuis longtemps de la vulve et du vagin lorsqu'elle me fit appeler. Je trouvai les parties très-irritées, fortement enflammées, et en certains points le siége d'une suppuration fétide. Malgré tous mes soins, je ne pus arriver à la connaissance de la cause; je puis seulement affirmer que l'aspect des parties, comme la position de cette dame, écartaient la pensée d'un vice syphilitique. J'approuvai les moyens déjà prescrits (fomentations, lavages, bains de siége et tisanes rafraîchissantes); seulement, en raison de la sensibilité excessive, je crus devoir leur adjoindre l'introduction de quilles de beurre frais. Trois ou quatre jours après, on me rappela pour une fausse couche; c'était du moins la pensée du médecin ordinaire; mais quand on m'eut montré le produit expulsé, je n'eus pas de peine à reconnaître la méprise. La prétendue fausse couche n'était autre chose qu'un tuyau membraneux, cylindrique, long de 3 pouces, et formé par la muqueuse du vagin qui a été détachée dans toute son étendue. Cette exfoliation, si remarquable à tant de titres, faisait redouter, si l'on y avisait, l'oblitération ou tout au moins le rétrécissement du vagin. Je prévins cette dame, lui exposai la nécessité d'un pansement régulier et convenable; mais j'y perdis mes peines, car elle s'opposa absolument à l'introduction d'une tente enduite d'un jaune d'œuf par laquelle je voulais débuter.

» Je me retirai; mais j'appris que plus tard, soit doute sur son état, soit pour obéir aux suggestions de son entourage, elle s'était rendue à Montpellier. Le docteur auquel on s'adressa partagea mon opinion, et prescrivit un traitement analogue à celui que j'avais indiqué : il conseilla l'emploi prolongé de tentes médicamenteuses, ou bien encore de moitiés de chandelles, et plus tard de tuyaux de

(1) *Annales cliniques de Montpellier*, 1813, t. XXXII, p. 24 à 27.

(2) J'ai trouvé quelques observations avec cette note envoyées à l'Académie de chirurgie; il est probable que c'est à cette circonstance qu'il a dû d'être cité par Chopart (*Traité des maladies des voies urinaires*; Paris, 1792, t. II, p. 569.

(3) *Réflexions sur les abcès au fondement*, 1814, t. XXXIII, p. 355; et *Observations chirurgicales*. t. XXXIV, p. 304. Le premier travail a été cité par M. Velpeau et Vidal (de Cassis).

Les veines de la cuisse et de la jambe ne présentent non plus dans aucun point des traces de phlegmasie; leurs parois sont lisses, polies, décolorées; on n'y distingue nulle part, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, ni épaississement, ni ramollissement, ni friabilité; elles contiennent une petite quantité de sang fluide et poisseux, ainsi que quelques caillots allongés complétement libres dans la cavité du vaisseau; mais on ne les voit pas obstruées et distendues par des caillots fibrineux, de manière à faire supposer que la circulation veineuse ait été interrompue pendant la vie comme la circulation artérielle.

— Cette observation met hors de doute la succession immédiate de la fièvre typhoïde et de la gangrène. Mais, ainsi que le fait remarquer M. Bourguet, s'il est impossible de méconnaître ici la préexistence de la fièvre typhoïde, est-on également en droit d'affirmer qu'elle ait été la cause unique et exclusive de la gangrène? L'autopsie a démontré d'une manière évidente que la gangrène ne pouvait être attribuée à aucune des causes organiques qui produisent ordinairement cette lésion : il n'y avait aucune trace d'artérite, soit aiguë ou chronique; point d'ossifications, d'incrustations calcaires, de plaques cartilagineuses, etc.; point de phlébite. L'idée que la gangrène pouvait être le fait d'un phénomène critique ou métastatique de la fièvre typhoïde est éloignée par M. Bourguet, par cette considération que la fièvre typhoïde avait déjà parcouru toutes ses phases, et qu'elle était jugée depuis longtemps lorsque les premiers symptômes de la gangrène se sont manifestés. Il ne restait qu'une seule circonstance capable de faire présumer la cause immédiate et le mécanisme de la production de la gangrène; c'est le fait révélé par l'autopsie, de l'oblitération de l'artère tibiale postérieure et de l'artère poplitée par des caillots fibrineux. Mais d'où venaient ces caillots eux-mêmes? On vient de voir qu'il n'est pas possible de les faire dépendre d'une lésion des vaisseaux trouvés intacts. La théorie de l'*embolie* est la seule hypothèse qui semble pouvoir rendre compte des faits. Mais quel rapport y a-t-il entre la fièvre typhoïde et la formation de ces embolies? Voilà où recommencent les incertitudes. Il ne nous est guère possible d'aller au delà de la constatation du fait de coïncidence. La relation nous échappe.

Cette observation soulève une dernière question, et ce serait la plus importante au point de vue pratique si elle ne se résolvait encore par un doute ou une négation. Quel doit être le traitement à instituer contre ces sortes de gangrène?

La médication employée par M. Bourguet a été celle à laquelle on s'adresse généralement en pareil cas : à l'intérieur, l'opium, les préparations de quinquina et le camphre; extérieurement, les fomentations chaudes émollientes, narcotiques, toniques, astringentes; le repos de la partie malade, une douce chaleur autour du membre, etc. Mais cette médication, instituée en vue de l'hypothèse que la gangrène pouvait dépendre d'une lésion vitale ou organique des vaisseaux, peut-elle offrir quelque chance de succès dans le cas de gangrène due à une embolie? Il est permis d'en douter. Tout est à étudier encore à cet égard. C'est là, malheureusement, la conclusion la plus claire qui ressorte de ce fait très-intéressant d'ailleurs par lui-même.

Sur quelques cas de pneumonie latente ou insolite.

Il s'est présenté depuis quelque temps dans le service de la Clinique de l'Hôtel-Dieu, dirigé en ce moment par M. Hérard, plusieurs cas de pneumonies à caractères insolites, et qui semblaient avoir dû être modifiées dans leur marche comme dans leur expression symptomatique par l'influence de la constitution médicale qui règne depuis le commencement du printemps. Il pourrait y avoir quelque avantage à grouper ces cas et à les rapprocher des autres maladies dominantes, pour en déduire quelques-uns des caractères de cette constitution. Mais il nous faudrait pour cela plus de détails et des renseignements plus complets et plus précis que ceux que nous possédons en ce moment sur ces malades. Nous y reviendrons.

Nous nous bornerons pour le moment, en attendant, à citer parmi ces faits un cas de pneumonie latente qui montre combien il serait aisé de se méprendre dans le diagnostic et de s'égarer dans le choix des moyens de traitement, si l'on n'avait toujours la précaution d'ausculter les malades, alors même que rien en apparence ne semble devoir faire diriger l'examen de ce côté.

Une femme d'un certain âge, cinquante-six ans, a été amenée il y a quelques jours dans les salles de la Clinique, dans un état de délire et d'agitation extrême. Elle avait une teinte sub-ictérique de la peau et quelques taches ecchymotiques disséminées çà et là; la peau était froide, principalement aux extrémités; le pouls était très-fréquent (130 pulsations) et très-petit, mais point irrégulier ni intermittent. Les yeux étaient excavés, les paupières injectées, chassieuses, le regard terne; la langue était brunâtre, sèche et fendillée; la voix affaiblie.

Cette femme ne parlait point. Les personnes qui l'avaient amenée n'avaient pu donner aucun renseignement sur son état. On apprit cependant depuis qu'elle avait vomi plusieurs fois avant son entrée à l'hôpital, notamment le matin même, et qu'elle avait depuis plusieurs jours une constipation opiniâtre.

Avec des renseignements aussi incomplets sur les antécédents de la malade et sur les phénomènes de début de la maladie, le diagnostic était assez difficile. Avait-on affaire à une affection typhoïde? Cette hypothèse devait être éloignée, bien qu'il y eût quelques symptômes qui pouvaient au premier abord la faire admettre, en raison de l'absence de quelques-uns des phénomènes les plus caractéristiques d'une part, et à cause surtout de l'âge de la malade qui excluait toute probabilité de ce genre.

L'idée d'une méningite semblait s'accorder davantage avec les symptômes dominants : vomissements au début, agitation, délire, constipation.

Quelques autres affections pouvaient entrer encore en parallèle avec la fièvre typhoïde et la méningite; mais assurément celle à laquelle on pouvait penser le moins était la pneumonie, dont les symptômes les plus caractéristiques, tels que la toux, l'expectoration, le point de côté, l'oppression, la chaleur à la peau, etc., manquaient complétement. Et cependant c'était bien effectivement à une pneumonie que l'on avait affaire, ainsi que l'examen de la poitrine ne tarda pas à l'apprendre par les témoignages les moins récusables.

La suite, en effet, a tout éclairé dans ce sens. La médication stibiée, en amenant une prompte résolution de la phlegmasie pulmonaire, a fait disparaître un à un et comme par enchantement tous les symptômes qui avaient tout d'abord si bien donné le change sur la véritable nature de la maladie.

Cancer mélanique de la conjonctive. Ablation de la tumeur. Examen histologique.

Un homme de trente-quatre ans, brasseur, est atteint depuis trois ans d'une tumeur de la paupière inférieure droite; la production morbide a déjà été enlevée trois fois. Il est adressé à la Clinique particulière de M. Fano, le 20 mars dernier, pour subir une quatrième opération.

M. Fano constate qu'il existe derrière la paupière inférieure droite une tumeur grosse comme un haricot dit vulgairement *flageolet*, s'insérant par une base large à la conjonctive, au niveau du cul-de-sac inférieur, vers la région de la caroncule lacrymale. La tumeur est molle, de couleur gris brunâtre, et saigne au moindre contact.

Lorsque les paupières sont rapprochées, la production morbide se loge derrière ces voiles membraneux et flotte au-devant de la cornée, qui présente un petit nuage. Toute la conjonctive oculo-palpébrale est légèrement injectée. La vue est un peu trouble. La caroncule lacrymale boursouflée se continue avec la tumeur. Il n'existe aucune teinte mélanique sur la sclérotique. Le reste de l'œil paraît sain.

Le 21 mars, M. Fano procède à l'ablation de la tumeur. Le malade est assis, les paupières sont convenablement écartées; avec une pince à griffes, l'opérateur saisit la portion de conjonctive sur laquelle la tumeur est implantée, et il enlève cette dernière avec des ciseaux courbes, en ayant soin d'emporter une portion de tissus voisins de la conjonctive. Après avoir laissé reposer le malade quelques instants, il cautérise fortement avec un crayon de nitrate d'argent la place occupée par la tumeur, lave la partie cautérisée au moyen d'un jet d'eau salée, et étend sur la cornée une goutte de glycérine. — Fomentations froides sur l'œil.

Le lendemain, il y a une injection modérée de la conjonctive oculo-palpébrale. Une exsudation blanchâtre occupe la partie interne de la face postérieure de la paupière, à l'endroit que la tumeur occupait; la paupière supérieure est légèrement tuméfiée. — Fomentations froides sur l'œil.

Le 25, la cornée est demeurée saine; même état de la conjonctive.

Le 2 avril, l'exsudation blanchâtre de la conjonctive palpébrale se résorbe; la cornée est transparente; la vision est bonne.

La tumeur présente à l'examen une couleur bistre; le tissu en est peu consistant, et se laisse facilement écraser. La coupe offre des teintes diverses, brunâtre, grisâtre, rougeâtre; la couleur brune prédomine. Le tissu qui forme la production morbide a été soumis à l'examen microscopique, avec le concours du docteur Pfeiffer. On y a trouvé une trame composée de tissu cellulaire de nouvelle formation, et d'un nombre relativement peu considérable de vaisseaux sanguins. On voyait enchâssée dans les intervalles de cette trame une masse de cellules épithéliales libres, de forme et de grandeur variables. Ces cellules sont les unes incolores, les autres remplies d'une matière pigmentaire plus ou moins foncée. Plusieurs de ces cellules sont à moitié transparentes, à moitié colorées, par l'agglomération de cellules pigmentaires noires. Indépendamment des cellules épithéliales, il existe un très-grand nombre de noyaux libres nageant dans un liquide transparent et homogène.

INTROVERSION UTÉRINE LENTE, CHRONIQUE, treize mois après l'accouchement.

Par M. le docteur Fougeu, chirurgien de l'hôpital d'Étampes.

Les exemples d'introversion utérine lente, chronique, à une époque assez éloignée de l'accouchement, sont des faits assez rares. Il m'a été permis d'observer un cas de ce genre de renversement, dont je vais tâcher de présenter ici l'histoire.

Au mois d'octobre 1844, je fus appelé auprès de Mme X..., fermière, âgée de vingt-trois ans.

D'une constitution très-lymphatique, cette femme a été réglée à quinze ans. La menstruation, accompagnée avant et après chaque époque d'un flux leuchorréique assez abondant, s'est montrée toujours très-régulière.

Je trouve Mme X... dans un état notablement anémique et atteinte d'un embarras gastrique. J'apprends que quinze jours auparavant elle a mis au monde un premier enfant, que l'accouchement a été prompt et suivi d'une hémorrhagie considérable. Une syncope avait mis fin à cet accident.

De légers purgatifs, des amers, des ferrugineux, amènent bientôt un rétablissement complet.

Deux ans après (décembre 1846), Mme X... arrive au terme de sa seconde grossesse. Le travail est soutenu, rapide, et dure deux heures à peine. A l'extraction du placenta, effectuée dix minutes après l'expulsion du fœtus, sans force, sans tiraillement, et alors qu'il y a eu effusion d'une certaine quantité de sang, succède une hémorrhagie foudroyante qui jette Mme X... dans une syncope subite.

La sage-femme emploie les réfrigérants à l'extérieur, et la patiente étant revenue un peu à elle, 2 grammes de seigle ergoté sont administrés en plusieurs doses.

J'arrive auprès de Mme X... à minuit, trois heures après sa délivrance; je la trouve pâle, exsangue, froide, sans pouls, sans mouvement, je dirai presque sans vie.

Le sang continue toujours à couler. Je me fais montrer l'arrière-faix, il est complet. Le palper abdominal indique que l'utérus ne remonte qu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le toucher vaginal fait reconnaître la présence de nombreux caillots. Le col de l'utérus est mou et revenu sur lui-même. Cette exploration augmente notablement l'écoulement du sang.

Ne trouvant point ici un développement considérable de l'utérus,

plomb. Pendant quelques jours ces conseils furent suivis, puis on se lassa, on les fit mal, et on finit même par les négliger complétement; bref, on se comporta de telle façon qu'un rétrécissement s'ensuivit.

» Nonobstant, la conception n'en fut point empêchée.

» On me consulta dans cette circonstance : le vagin, sensiblement rétréci, était réduit vers le haut à un canal par lequel pouvait à peine passer un tuyau de plume. Si un pareil état ne devait pas empêcher le cours de la grossesse, il paraissait peu probable que la sortie de l'enfant eût lieu spontanément; aussi je crus devoir exprimer aux parents mes inquiétudes à ce sujet. D'autres médecins, consultés après moi, émirent un avis tout opposé; d'après eux, l'accouchement devait avoir lieu sans encombre, car les douleurs forceraient d'elles-mêmes l'obstacle.

» L'événement justifia mes prévisions.

» A la fin du neuvième mois le travail se déclara, la poche des eaux se rompit, les douleurs suivirent leur cours régulier; mais malgré leur énergie elles n'aboutirent pas. Au troisième jour la sage-femme me fit appeler; l'enfant se présentait par la tête, le rétrécissement occupait une étendue d'un pouce et demi; il n'était point dilatable, et me parut ne devoir être vaincu que par une opération; je donnai mon avis, mais comme on s'obstina à attendre, je me retirai. Au cinquième jour on me rappela : les choses étaient toujours dans le même état; je renouvelai ma proposition : on demanda d'y réfléchir, et ce fut vingt-quatre heures après qu'on me laissa toute liberté d'action. Notez que pendant ce laps de temps les saignées, les lavements, les fumigations, les bains, les potions les plus diverses avaient été successivement mis en usage.

» Après avoir convenablement disposé la femme, l'index gauche fut introduit dans le vagin et servit de guide au bistouri; l'obstacle fut incisé en avant et en arrière, et une douleur survenue peu après fit connaître que la tête avançait sensiblement; mais comme à droite et à gauche il présentait un état de tension qui faisait craindre qu'il ne prêtât pas une fois la douleur passée, j'incisai sur les côtés assez profondément, car il n'y avait point en cet endroit d'organes qui pussent être atteints. Cette conduite eut un plein succès, et la tête vint bientôt couronner la vulve.

» Arrivée en ce point, elle resta stationnaire, car les douleurs se ralentirent et cessèrent même complétement. Lassé d'attendre et craignant qu'un plus long retard ne fût préjudiciable à la femme et à l'enfant, je pris une des branches du forceps et l'introduisis du côté droit, après l'avoir bien huilée; mais comme il me fut impossible d'appliquer la seconde branche, je lui substituai le levier de Roonhuysen : une petite épreinte étant survenue, je tirai à moi et amenai un enfant du sexe féminin, qui encore aujourd'hui jouit d'une bonne santé.

» Peu après, l'arrière-faix fut extrait et la femme replacée dans son lit.

» Malgré la longueur inusitée de ce travail, malgré les incisions pratiquées, les suites furent d'une excessive simplicité; quelques coliques utérines, quelques douleurs en rendant les lochies, furent les seules choses qui se montrèrent.

» Il semblait que l'expérience eût dû rendre cette dame plus docile, et qu'elle suivrait plus exactement mes avis, il n'en fut rien; en vain j'insistai sur la nécessité d'un pansement méthodique, en vain je lui fis entrevoir les conséquences d'une nouvelle négligence, elle continua dans sa conduite et s'obstina à faire à sa tête, si bien que la clôture du vagin s'ensuivit.

» Quatre mois se passèrent sans accidents; mais au cinquième, je fus appelé de nouveau. Elle souffrait de violentes coliques, de maux de reins, de tension à la région de l'hypogastre; des maux d'estomac, des suffocations et autres symptômes hystériques s'y joignaient. Parfois même la violence des douleurs lui arrachait des cris horribles et lui faisait exécuter des mouvements qui tenaient de la folie. Nul doute que ces accidents ne tinssent à la rétention du sang menstruel. Nul doute qu'une opération ne les fît disparaître immédiatement. La proposition en fut faite, mais elle fut énergiquement repoussée. En l'état, je dus chercher à modérer l'intensité des douleurs; les saignées, les calmants, la diète, furent mis en usage avec un plein succès. Grâce à ces moyens répétés tous les mois, les crises, d'abord de cinq ou six jours, eurent une moindre durée; les coliques devinrent moins fortes, les douleurs moins vives, si bien que quatorze ou quinze mois après les couches, tout rentrait dans l'ordre. Depuis cette dame a joui d'une parfaite santé. »

Il y a déjà trois ans que je poursuis des recherches sur l'occlusion du conduit vulvo-utérin et la rétention du sang menstruel, et si à l'heure d'aujourd'hui j'ai rassemblé près de 250 faits, vous n'ignorez pas combien il m'en a coûté de difficultés. Le croiriez-vous pour-

je ne crois pas utile de chercher à débarrasser sa cavité des caillots qu'elle peut contenir. Cette manœuvre, que je n'aurais pu exécuter sans l'emploi d'une certaine force, aurait inévitablement produit de la souffrance, de la fatigue, et j'avais à compter avec un souffle de vie. Le tamponnement me paraissant d'abord le moyen le plus rationnel pour s'opposer à l'effusion du sang, je m'empresse d'y recourir et je l'exécute de la manière suivante : je trempe dans de l'huile d'olive un mouchoir de batiste, je l'introduis dans le vagin avec l'index, et je le remplis avec de petites boulettes de coton huilé. Je termine le tamponnement aussitôt que l'introduction des bourdonnets nécessite l'emploi d'une certaine force.

Les cuisses sont rapprochées l'une de l'autre. Une compression légère est exercée sur l'hypogastre, au moyen d'une serviette médiocrement serrée. Quelques cuillerées de vin de Malaga sont administrées goutte à goutte ; potion au seigle ergoté et au sulfate de fer ; limonade vineuse, bouillon froid. Tous ces liquides sont donnés par cuillerées à café. Les réfrigérants sont continués.

L'écoulement du sang s'arrête sans que l'utérus augmente de volume. Heureusement le pouls reparaît et la vie se ranime graduellement. Jusqu'à six heures du matin la faiblesse est excessive, et Mme X... n'a pas la force d'articuler un mot.

Une rétention d'urine, accident que j'ai vu survenir souvent à la suite d'un accouchement même facile, et qui a pu se produire aussi par l'action du tampon, m'oblige à sonder la malade pendant quelques jours.

Une soif inextinguible, une susceptibilité de tous les sens, des tintements d'oreilles, une névralgie faciale, sont les conséquences de cette terrible hémorrhagie.

Une alimentation tonique, les ferrugineux, les antispasmodiques, le vésicatoire morphiné, me donnent des résultats heureux et prompts. Le tamponnement est continué pendant trente heures environ.

Vers la fin de février, Mme X... commence à vaquer à ses occupations habituelles. Elle se rend à un myriamètre de son habitation; elle fait le trajet dans une voiture mal suspendue; elle est horriblement secouée; elle a froid, et une fièvre catarrhale bronchique est le résultat de ce voyage imprudent.

Au bout de quelques jours, le 5 mars, deux mois et demi après l'accouchement, le flux menstruel se montre; jamais il n'a été aussi abondant.

Le 3 avril, deuxième apparition des règles; la quantité de sang exhalé est plus considérable qu'en mars. Le mois suivant, les accidents métrorrhagiques vont en augmentant d'une manière notable. L'écoulement sanguin semble diminuer par l'emploi des réfrigérants et des styptiques (seigle ergoté, eau de cannelle, sulfate de fer); un flux leuchorréique séro-muqueux se montre d'une manière continue; il est surtout très-abondant avant et après chaque époque.

L'écoulement mensuel a toujours lieu sans douleur, sans efforts expulsifs, et pourtant l'idée d'une tumeur fibreuse me préoccupe.

Le toucher vaginal, pratiqué nombre de fois, surtout au moment des règles, ne m'a jamais montré qu'un état de ramollissement et de tuméfaction du col utérin, dans l'orifice duquel le doigt pénètre très-facilement, plutôt à cause de la mollesse des tissus qu'en raison d'une dilatation réelle.

Par le palper abdominal et par la percussion de la vessie préalablement vidée, j'ai cherché inutilement plusieurs fois à m'assurer si l'utérus avait augmenté de volume.

L'introduction du doigt dans le rectum fait reconnaître la position régulière et les dimensions normales de l'utérus dans les parties accessibles à cet organe.

Le spéculum ne m'a jamais montré rien à mentionner, si ce n'est l'état de pâleur et de décoloration de la muqueuse vaginale et de celle du col utérin, dont les lèvres sont notablement gonflées.

Régime tonique ferrugineux ; injections astringentes.

Le 25 novembre 1847, à cinq heures du soir, Mme X..., faisant sa ronde accoutumée autour de sa ferme, éprouve une frayeur si grande qu'elle s'affaisse sur elle-même; elle appelle à son secours, en disant que toutes ses entrailles sont sorties de son corps. On la relève; elle baigne dans le sang; elle est sans connaissance.

Portée dans son lit, aussitôt revenue à elle, Mme X..., éprouvant dans le vagin une sensation singulière, reconnaît à l'entrée de la vulve une grosseur qu'elle n'avait pas l'habitude d'y rencontrer.

Je suis appelé immédiatement. J'apprends que les règles ont paru la veille. Mme X... me signale la présence de cette tumeur insolite dans le vagin. Le doigt rencontre un corps volumineux, arrondi, indolore, d'une consistance ferme, piriforme, et dont la petite extrémité est tournée en haut. L'écartement des grandes lèvres découvre une tumeur rouge brune, lisse, saignante, légèrement aplatie d'arrière en avant, et pouvant offrir dans sa plus grande largeur 50 à 55 millimètres. Ma première idée est de croire à la présence d'un corps fibreux qui a quitté la cavité utérine. Mais séance tenante, continuant mon examen, je ne trouve plus ici les conditions que j'avais rencontrées dans plusieurs observations de tumeurs utérines descendues dans le vagin. La partie pédiculée me paraît bien volumineuse comparativement à certains pédicules que j'avais vus grêles et allongés. En recherchant le point d'implantation, le doigt rencontre un bourrelet annulaire qui embrasse le pédicule de la tumeur; puis, en dedans de cet anneau, il pénètre dans un cul-de-sac qui peut avoir 13 à 15 millimètres de profondeur. Un stylet d'argent ne peut pénétrer au delà de ce cul-de-sac, au fond duquel il rencontre un obstacle infranchissable.

Cette tumeur présente une certaine mobilité latérale ; le doigt la refoule en haut, la toux la pousse en bas.

Le doigt porté dans le rectum, je reconnais d'abord à travers la cloison recto-vaginale un corps volumineux, arrondi, rénitent.

Dans un point plus élevé, je trouve la partie étroite, pédiculée, qui est entourée supérieurement par le bourrelet que l'on constate à l'intérieur.

Au-dessus de cette tumeur, dans le point où devrait se trouver l'utérus, je constate une mollesse due à la présence d'un organe distendu par un fluide qui me paraît de nature gazeuse. La phalange unguéale, fléchie en manière de crochet, embrasse l'extrémité supérieure du pédicule, et à l'aide d'une pression exercée sur l'hypogastre, arrive jusque sur la vessie distendue par l'urine. Une sonde introduite dans la cavité vésicale va sans obstacle à la rencontre du doigt placé dans le rectum, et démontre l'absence de tout corps intermédiaire à ces deux organes.

L'hémorrhagie fut encore très-considérable. Les réfrigérants à l'extérieur, les injections glacées et astringentes, les styptiques à l'intérieur, aidèrent à modérer l'écoulement du sang. Continuation du traitement tonique; ferrugineux.

Plusieurs confrères appelés en consultation ont reconnu une introversion utérine. Toutes les tentatives de réduction ont échoué; mais je dois avouer que dans la crainte d'une hémorrhagie, nous n'avons jamais osé pratiquer la plus petite incision sur le bourrelet annulaire formé par le col.

En janvier et en février 1848, Mme X... voit encore survenir des pertes énormes aux époques menstruelles. L'écoulement leucorrhéique est continu et plus abondant que précédemment. Le volume de la tumeur reste le même.

Comme conséquence de cet état maladif, je mentionnerai les troubles gastro-intestinaux (gastralgie, constipation, etc.); enfin, une véritable cachexie anémique.

A la fin de février 1848, Mme X... garde toujours le lit. Obligée de changer de demeure, on la transporte couchée à son nouveau domicile. J'ai eu l'occasion de voir cette malade dans le mois de mai suivant, et j'ai trouvé son état général un peu amélioré.

Il y a quatre ans, j'ai eu des nouvelles de Mme X...; sa position avait peu changé.

GARGARISMES CRÉOSOTÉS.

Par M. le Dr H. Green.

M. Green a retiré, dit-il, de grands avantages de gargarismes préparés suivant l'une des formules suivantes, dans le traitement de l'inflammation chronique de la gorge et de l'angine folliculaire localisée à la muqueuse pharyngienne :

I. Créosote	24	gouttes.
Teinture de myrrhe	12	grammes.
Teinture de lavande composée	12	—
Sirop simple	24	—
Eau de fontaine	150	—
Mêlez.		
II. Créosote	20	gouttes.
Teinture de poivre d'Espagne	6	grammes.
Teinture de myrrhe	12	—
Teinture de lavande composée	12	—
Sirop simple	24	—
Eau de fontaine	150	—

(*Bulletin de thérapeutique*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 juin 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

COMMUNICATION.

M. Depaul, après avoir rappelé la communication que M. Richet a faite récemment à la Société sur un **vice de conformation** fort curieux **de la lèvre inférieure**, les publications de M. Demarquay dans la *Gazette médicale*, et de M. Béraud dans les *Bulletins de la Société de biologie*, et la lettre de M. Lefort sur les faits observés en Angleterre par le docteur Murray, M. Depaul, dis-je, après ce court historique, présente à la Société une pièce relative à un pareil vice de conformation. La description qu'a donnée M. Richet de ce vice de conformation est tout à fait applicable au fait de M. Depaul. La pièce sera du reste disséquée et étudiée avec plus de soin, et représentée à la Société. Voici cette observation.

Bec-de-lièvre bilatéral ou double, avec saillie considérable des os intermaxillaires, — sans solution de continuité de la voûte palatine, — sans bifidité du voile du palais. — On rencontre une disposition singulière de la lèvre inférieure, signalée dans une des dernières séances de la Société. (Cette enfant est la même que celle qui a été présentée par M. Richet.)

C... (Léonie-Alexandrine), née le 24 mars dernier, entrée le 30 mai. Cette enfant, très-irritable, crie constamment et ne prend le sein qu'avec une certaine difficulté; elle est moins développée qu'une enfant de son âge.

Pas de diarrhée ni de vomissements.

Lèvre supérieure. — La lèvre supérieure présente à décrire trois portions, une médiane, qui recouvre les os intermaxillaires, et deux latérales parfaitement semblables.

Les os intermaxillaires font une saillie très-considérable en avant; à leur partie supérieure, on voit la sous-cloison bifurquée embrasser leurs sommets.

La partie médiane de la lèvre supérieure, qui recouvre la tumeur formée par les os intermaxillaires, se termine inférieurement par un bord arrondi assez large, tandis que supérieurement elle se rétrécit et se continue avec la peau du lobule du nez, qui, par suite de l'aplatissement de cet organe, ne fait qu'une saillie peu considérable.

Cette partie médiane de la lèvre supérieure est fixée aux os intermaxillaires par un pli de la muqueuse semblable au frein de la lèvre supérieure normale, mais qui en occupe toute la hauteur.

Les deux portions latérales de la lèvre sont sur un plan beaucoup plus postérieur que la portion médiane. Leurs extrémités internes commencent un peu en dedans de l'aile du nez; en ce point les lèvres ne présentent qu'une hauteur très-peu considérable, et sont réunies aux os maxillaires par un petit frein. Cette extrémité interne étant beaucoup plus élevée que la commissure, le bord inférieur suit une direction oblique en bas et en dehors ; et à mesure qu'on s'approche de la commissure, la hauteur de la lèvre devient plus considérable.

Entre la partie médiane et les parties latérales, il reste de chaque côté une ouverture toujours considérable, comblée en partie par la tumeur des os intermaxillaires.

Comme l'indique le titre de l'observation, la voûte palatine et le voile du palais n'ont subi aucun arrêt de développement.

Lèvre inférieure. — La forme et le volume de la lèvre inférieure, considérée dans son ensemble, ne présentent rien d'anormal. Mais on y rencontre vers la partie moyenne une disposition singulière, qui mérite, à cause de sa nouveauté, une description détaillée.

Deux petits disques circulaires, d'une coloration plus foncée que celle de la muqueuse voisine, se voient de chaque côté de la ligne médiane.

Leur surface est légèrement déprimée; à son centre se voit un petit tubercule ; ce tubercule, dont la couleur est analogue à celle du disque, est quelquefois très-saillant; d'autres fois il semble rentrer sur lui-même; mais quand on y regarde de plus près, on voit qu'il bouche alors une ouverture demi-circulaire, qui en arrière circonscrit son pédicule.

Un stylet, introduit dans cet orifice, permet d'évaluer à six ou huit millimètres la profondeur du cul-de-sac.

Un tissu contractile préside aux mouvements de ce petit tubercule, car parfois on le voit rentrer brusquement dans sa cavité ; à ce moment on s'aperçoit qu'un liquide analogue à de la salive est projeté à quelques millimètres.

Voilà tout ce que l'examen clinique peut montrer de cette curieuse disposition.

Opération. — Le 1er juin 1861, M. Depaul se décide à pratiquer une opération, dans le but de remédier à cette affreuse difformité et de rendre l'allaitement plus facile.

La tumeur, formée par les deux os intermaxillaires réunis, est tellement considérable, que l'avivement étant fait, il serait impossible d'amener en contact les bords des divers lambeaux.

D'un autre côté, enlever complétement les os intermaxillaires serait remplacer une difformité par une autre difformité ; car la lèvre supérieure ne trouvant plus en arrière un point d'appui suffisant, serait

---

tant? malgré ce chiffre considérable, je n'ai pas trouvé un seul fait qui puisse être comparé à la présente observation : pour en avoir un équivalent, il ne faut pas moins de cinq faits.

Tout est rare et insolite dans ce récit : deux circonstances le sont plus particulièrement, le début et la fin.

On a vu assez fréquemment le vagin suppurer et s'oblitérer (40 fois), mais on a observé rarement la chute d'une eschare tubulée. Dans un fait que je n'ai pu consulter (*Steidel. Sammlung von Beobachlungen*, II B., p. 22), elle survint à la suite d'une fièvre putride; dans un autre mieux connu dans tous ses détails (*Archives de médecine*, 1836, t. XII, p. 242), ce fut sous l'influence d'une même cause, et, circonstance à noter, la mère s'empressa de l'ensevelir, croyant que c'était une fausse-couche. Ici la même méprise a eu lieu; mais le point capital et vraiment intéressant, c'est le tube parfait formé par l'eschare. On l'a vu plus haut, elle comprenait toute la muqueuse du vagin.

Il est à regretter, et c'est là le seul reproche que l'on puisse faire à cette observation, que l'âge de la malade n'ait pas été noté : on eût pu alors mieux apprécier l'influence exercée par le traitement sur la venue prématurée de la ménopause. Cependant, on ne saurait le méconnaître, les saignées et les calmants (1) n'ont pas été étrangers à la disparition du mouvement fluxionnaire vers l'utérus, et en tous cas, en calmant les coliques utérines, en abrégeant la durée des crises, ils ont rendu un service inappréciable. M. Martin le jeune a consigné dans un ouvrage trop peu connu (*Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques*; Paris, 1835, p. 239) une observation semblable. « J'ai donné, écrit-il, des soins à une dame de Lyon, Mme P..., qui perdit ses règles à la suite d'un accouchement laborieux : l'orifice de l'utérus était fermé par une cicatrice solide. Cette dame éprouvait à chaque époque menstruelle de violents maux de tête et des pesanteurs dans les membres, qui cédaient à la saignée ou à l'application des sangsues. »

On ne peut proposer en exemple une pareille pratique, mais on aurait lieu de la suivre si l'on rencontrait des sujets trop pusillanimes pour supporter l'opération, ou si encore l'âge avancé du sujet indiquait que la ménopause n'est point éloignée.

Cette observation, que j'ai reproduite dans tous ses détails, justifie les éloges donnés par Baumes à mon aïeul : quelle prévision dans le pronostic et en même temps quelle hardiesse dans l'exécution ! A notre époque, cela paraît tout simple, car la science a marché depuis; mais en plein dix-huitième siècle, il n'en était pas de même. Enlevez Roonhuysen qui avait attaqué avec succès l'oblitération du vagin, Félix Plater et D. Haen, dont les malades succombèrent peu après l'opération, et vous vous trouverez en présence de simples imperforations de l'hymen. Quant aux auteurs classiques, ils étaient loin d'être explicites sur la matière; les quinze lignes de Dionis, le long mais diffus article d'Astruc, étaient, avec Heister, les seuls guides à invoquer. Je ne sais si mon aïeul les mit à contribution, mais en tous cas le mérite de sa conduite n'en saurait être amoindri.

A ces divers titres, mon cher maître, cette observation m'a paru mériter d'être publiée : elle constitue un document remarquable; aussi je ne m'explique pas pourquoi elle a été négligée. Ne fût-elle pas appréciée par Baumes à sa juste valeur, c'est probable, car sans cela il ne me serait pas revenu l'honneur de l'avoir fait ressortir.

Votre tout dévoué élève,

Albert Puech.

Nîmes, le.,...

(1) L'usage de l'opium prolongé est accusé de diminuer les règles ; *Gaz. méd. de Paris*, 1845, p. 27.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Guide aux eaux minérales du département de l'Isère et aux Alpes dauphinoises, par MM. les docteurs Hervier (d'Uriage) et Saint-Lager. Paris, 1861. Un volume in-8° avec vignettes dans le texte et carte. Prix : *franco* par la poste, 5 fr. Chez F. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

Annuaire des eaux minérales et des bains de mer pour 1861; joli volume in-18, utile aux médecins, aux baigneurs, aux buveurs d'eau, aux touristes. Tous les bains d'Europe, leur nature, leurs vertus; moyens de transport. — Au bureau de la *Gazette des eaux*, rue Jacob, 30, à Paris. 3e édition. Prix : 1 fr. 50 c. en timbres.

entrainée dans cette direction, et la lèvre inférieure deviendrait proéminente, en simulant ce qu'on appelle le menton en galoche.

M. Depaul prend un moyen terme et se prépare à enlever seulement une portion de la tumeur osseuse, se proposant ensuite de luxer en arrière la partie restante, si elle offre encore une saillie trop considérable.

Pour arriver à ce résultat, deux sections sont pratiquées; une oblique de bas en haut et d'avant en arrière; l'autre horizontale, au niveau de l'articulation de la cloison avec les os intermaxillaires. Ces sections, commencées avec un fort bistouri, sont achevées avec des ciseaux. Elles permettent d'enlever un coin de substance osseuse, dont le tranchant regarde en bas. On y trouve deux sacs dentaires renfermant deux petites incisives.

Pendant et même après l'opération la petite malade perd beaucoup de sang. On a affaire à une hémorrhagie en nappe de toute la surface de la plaie, correspondant à la section osseuse et au frein divisé.

Le perchlorure de fer, employé avec toutes les précautions d'usage, reste insuffisant; on est forcé d'en venir au cautère actuel.

Enfin l'hémorrhagie est arrêtée, mais la petite opérée a perdu beaucoup de sang; elle en a avalé une portion peut-être aussi considérable. Il est impossible de terminer sur-le-champ l'opération, qui de cette manière se fera en deux temps.

Le résultat pourrait être fort avantageux, car les os intermaxillaires, diminués de volume et luxés en arrière, permettront d'affronter les lambeaux, tout en soutenant la lèvre reconstituée.

M. Depaul voit l'enfant dans la soirée; elle est très-agitée; on lui a fait prendre quelques cuillerées de lait coupé.

Le 2 juin, des selles mélaniques assez abondantes sont survenues; la diarrhée s'établit; il n'y a pas eu de vomissements.

Le 3, diarrhée abondante, vomissements, affaiblissement considérable.

Mort dans la matinée du 4 juin.

M. DESORMEAUX demande la parole sur une partie accessoire de la communication de M. Depaul.

M. Depaul a été forcé d'exciser une portion du tubercule incisif de son petit malade; c'est une opération pour laquelle on a proposé plusieurs procédés ingénieux, mais qui semblent à M. Desormeaux n'avoir que de rares applications. Une saillie, même considérable, n'empêche pas la réunion de la lèvre, dont la pression ramène ensuite l'os incisif à sa place.

Sur un malade de M. Desormeaux, la saillie du tubercule était de 12mm; elle n'empêcha pas la réunion des deux parties de la lèvre; le tubercule reprit sa place; et après quinze ou dix-huit mois, les dents qui avaient percé offraient une arcade bien régulière.

Sur un autre enfant, mort au bout d'un mois, l'os incisif avait déjà repris sa place.

Enfin, sur un troisième, qui périt huit jours après l'opération, le tubercule n'avait pas eu le temps de se replacer, mais sa saillie avait déjà bien diminué.

M. Desormeaux pense donc que le tubercule osseux doit presque toujours être conservé chez les nouveau-nés, et qu'on n'est forcé de l'enlever et de sacrifier la régularité de l'arcade dentaire que dans de très-rares exceptions.

M. GIRALDÈS ne peut admettre ce que vient de dire M. Desormeaux. Il est des cas dans lesquels la saillie de l'os incisif est telle, qu'il n'y a point à songer à tenter une opération sans avoir préalablement fait disparaître cette difformité. Cet os résiste, et de plus il serait impossible de se servir du lambeau médian de la lèvre, et de réunir les parties écartées. M. Giraldès a vu, cette année, deux cas dans lesquels il fallait avoir recours à la section de l'os incisif: il l'a pratiquée sur l'un des enfants. Cette section est quelquefois très-difficile, à cause de la résistance de l'os. Enfin, M. Giraldès donne aussi, comme M. Depaul, la préférence à la résection partielle sur la résection totale de l'os intermaxillaire.

M. DEPAUL n'a pas posé ce principe qu'il fallait toujours couper l'os incisif. Il pense que dans beaucoup de cas on peut et l'on doit éviter cette opération. Mais dans ce cas particulier, et surtout en raison de la disposition singulière du bord alvéolaire, M. Depaul ne pense pas que l'on pût tenter une autre opération que celle qu'il a pratiquée. Le bord alvéolaire, au lieu d'être relevé en haut et en avant, avait pour ainsi dire basculé sur lui-même, et il était dirigé en bas et en arrière.

M. DESORMEAUX répond à MM. Giraldès et Depaul qu'il n'a pas condamné en principe l'excision de l'os intermaxillaire, mais qu'il la regarde comme applicable à des cas très-exceptionnels. Elle ne lui paraît pas avoir été nécessaire dans quelques-unes des observations qu'il a lues, et où on l'avait pratiquée.

ÉLECTION.

A quatre heures un quart, le scrutin est ouvert pour la nomination d'un membre titulaire. L'ordre de présentation des candidats est le suivant: En première ligne, M. Trélat; en seconde ligne, M. Blot.

Voici le dépouillement du scrutin:

Votants, 29.

M. Trélat. . . . . . . 22 voix.
M. Blot. . . . . . . 4 —
Bulletins nuls. . . . . . 3 — 29.

En conséquence, M. Trélat est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

RAPPORT VERBAL.

M. VERNEUIL rend compte d'une observation de M. le docteur Azam (de Bordeaux) sur une tumeur énorme du maxillaire inférieur très-ancienne, et qui a nécessité l'extirpation de l'os. Le malade est guéri. M. Azam, après avoir détaché les parties molles et les tendons qui avoisinent le condyle, a enlevé la portion osseuse en la tordant et en l'arrachant. M. Verneuil approuve cette conduite, attendu qu'il est toujours dangereux de porter dans cette région, pour terminer complétement l'opération, un bistouri, même un bistouri boutonné.

M. CHASSAIGNAC fait remarquer que, quand l'opération est arrivée à ce point, on a porté le bistouri dans tous les endroits dangereux. L'os ne tient plus, et ce n'est vraiment pas le cas d'appliquer à cette traction de l'os le nom d'arrachement.

M. GIRALDÈS. M. Verneuil a dit dans son rapport que cet arrachement avait permis de laisser le périoste dans le fond de la plaie. Mais dans les cas de cancer, il serait inopportun et même dangereux de faire une opération suivant un procédé qui pût exposer à laisser ainsi le périoste.

M. VERNEUIL répond à M. Chassaignac que, même quand la capsule est ouverte, que les tendons, surtout celui du ptérygoïdien externe, sont coupés, il faut encore employer une certaine force pour enlever l'os, et que c'est bien un arrachement que l'on pratique. Du reste, il a pris soin d'expliquer cette variété d'arrachement.

Quant à l'objection de M. Giraldès, M. Verneuil fait remarquer que M. Azam n'a laissé qu'une petite languette de périoste, la partie de périoste attenante au bord postérieur de la branche montante. Dans les cas de cancer, il faut éviter de laisser dans le fond de la plaie la moindre portion douteuse.

M. HUGUIER a pratiqué cinq fois l'extirpation de la moitié du maxillaire inférieur. Il s'est toujours bien trouvé de ce procédé mixte. Pour ouvrir l'articulation, il place le doigt sur la face antérieure et fait une incision verticale. Il luxe alors le condyle, qui sort avec facilité sans qu'il soit besoin d'employer une grande force. Dans un cas pourtant où la portion horizontale de la mâchoire et la branche montante étaient affectées de cancer, le condyle s'est rompu; mais, en saisissant la partie attenante au condyle avec une pince à griffes, M. Huguier put terminer l'opération presque aussi aisément que si cette brisure ne se fût pas produite.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

M. CHASSAIGNAC. Les **polypes des fosses nasales** sont rares chez les enfants. Il y a trois mois, j'ai enlevé des polypes à une fille de sept ans. Elle m'a été ramenée hier, et j'ai constaté qu'il existait une production polypeuse dans les fosses nasales, s'étendant jusque derrière le voile du palais. Cette enfant respirait très-difficilement. Or on voyait derrière la luette une petite masse qui semblait constituer comme une seconde luette. Elle était implantée sur la face postérieure du voile du palais. Je l'ai saisie avec les pinces à griffes latérales de M. Robert, et alors il m'a été facile de faire glisser l'écraseur et d'enlever cette première tumeur sans qu'il coulât une goutte de sang après la section du pédicule. Cette tumeur est aplatie, plus large qu'une pièce de cinq francs, et épaisse à peu près de 1 centimètre. Elle est consistante, d'une couleur blanc-jaunâtre, rappelant par places le tissu fibreux, par places le tissu fibro-plastique.

Cette première opération faite, j'ai enlevé avec les pinces ordinaires les polypes nasaux. Enfin, j'ai terminé par une troisième opération: j'ai extirpé une amygdale hypertrophiée.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM.

Laborde, né à Saint-Nazaire (Loire-Inférieure); *De la chlorose interprétée au point de vue de sa nature, de ses signes particuliers, et de son traitement général.*

Sailly, né à Lille (Nord); *Y a-t-il albuminurie dans l'épilepsie? — Conséquences au point de vue du diagnostic avec l'éclampsie.*

Couvreur, né à Gondecourt (Nord); *Des abcès hématiques.*

Legoff, né à La Chapelle-les-Marais (Loire-Inférieure); *Du traitement de l'hydarthrose par l'injection iodée.*

Hytier, né à Arnac-la-Poste (Haute-Vienne); *De la gastralgie.*

Loiseau, né à Bourges (Cher); *De l'épilepsie.*

Ladret de Lacharrière, né à Privas (Ardèche); *Des paralysies syphilitiques.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour l'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires à Paris, s'ouvrira à Strasbourg le 21 octobre, à Montpellier le 30 du même mois, et à Paris le 5 novembre 1861.

Des programmes développés sont déposés aux secrétariats des Facultés dans les bureaux de MM. les recteurs, et dans ceux des intendants militaires des 1re, 6e et 10e divisions militaires, à Paris, Strasbourg et Montpellier.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Germain, inspecteur adjoint aux eaux minérales de Salins, qui vient de succomber à l'âge de soixante-huit ans.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, sont nommés membres du comité impérial des travaux historiques et des sociétés savantes (section des sciences):

MM. Milne-Edwards, professeur au Muséum d'histoire naturelle; Payen, professeur au Conservatoire des arts et métiers; Delafosse, professeur à la Faculté des sciences; MM. Sainte-Claire Deville (Charles), Duchartre, membres de l'Académie des sciences; MM. Denonvilliers, Natalis-Guillot, Wurtz, professeurs à la Faculté de médecine; MM. Cahours, examinateur de l'École polytechnique; Philips, ingénieur des mines; Turgan, directeur du *Moniteur*; Blanchard, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle.

— La commission administrative de la *Société centrale*, dans la séance du 7 juin, a admis 18 sociétaires nouveaux, savoir:

1° Six médecins de Paris: MM. Baldy, Coindet (Eugène), Delaporte, Deschaumes, Gasne.

2° Douze médecins de l'armée: MM. Beurdy, Coindet (Léon), Herbecq, Jacquemin, Juzaux, Mercadier, Mouillac, Mulot, Nogués, Roudet, Rozan, Scoutetten.

— Le corps médical de Brest vient de faire une perte sensible dans la personne d'un de ses membres les plus dignes, M. Louais-Duverger.

— M. le docteur Demeyer, de Bruges, membre de l'Académie de médecine de Belgique, président de la commission médicale de la Flandre occidentale, vient de mourir.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 71. — MARDI 18 JUIN 1861. (34e ANNÉE.) N° 71. — MARDI 18 JUIN 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Séance de l'Académie des Sciences.

Paris, 17 juin 1861.

L'Académie a entendu dans cette séance la lecture d'un mémoire de M. Maisonneuve, sur la nouvelle méthode ou plutôt sur le nouveau perfectionnement qu'il a apporté à la méthode de l'uréthrotomie interne dans les cas de rétrécissement fibreux de l'urèthre. On trouvera dans le compte rendu de la séance la description de l'instrument, dont nous avons déjà dit un mot lorsque M. Maisonneuve en a fait la présentation à l'Académie de médecine, et l'exposé du procédé opératoire. Nous ferons connaître prochainement quelques faits cliniques d'après lesquels les praticiens seront mieux à même d'apprécier les avantages de ce nouveau perfectionnement et de juger de la légitimité des conclusions qui résument ce mémoire.

M. le docteur Blondlot, à qui la physiologie et la toxicologie sont redevables d'importants travaux, a communiqué dans cette même séance une note sur un procédé de recherche du phosphore par la coloration de la flamme, qui se recommande à l'intérêt des toxicologistes.

Nous signalerons également à l'attention de nos lecteurs les recherches physiologiques expérimentales de M. le docteur Politzer, sur l'organe de l'ouïe, et une note de M. le docteur Mascarel sur la guérison de certaines paralysies généralisées par l'usage des eaux thermales du mont Dore.

Dr Brochin.

DE L'EMMAGASINEMENT et de la salubrité des eaux de Paris.

M. Par E. Bouchut, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Le pain et l'eau sont deux sources de bien-être matériel et de prospérité publique dont l'administration cherche toujours à assurer l'abondance et la pureté. Elles ne doivent être l'objet d'aucun soupçon dans l'esprit des masses, et de nombreux exemples attestent combien l'imagination populaire est prompte à s'effrayer sur ce point. Tout ce que la science peut faire pour seconder l'administration dans ses efforts, il est de son devoir de le faire, et c'est dans ce but que je propose différentes améliorations à introduire dans le mode de distribution des eaux de Paris.

De nombreux mémoires ont été publiés, soit en France, soit à l'étranger, pour faire connaître les principes du choix et de la distribution des eaux potables. Il n'y a pas longtemps encore que, dans des travaux fort remarquables, MM. Henry Boutron et Boudet, Poggiale, etc., ont fait part de leurs analyses sur la composition de ces eaux. Mais en dehors de la composition chimique d'une eau, de la variation de ses éléments suivant les ernes et le lieu de puisement, il y a des recherches intéressantes à faire sur l'*emmagasinement des eaux et sur les altérations qu'elles peuvent quelquefois éprouver* dans leurs réservoirs par la stagnation, l'influence de l'air et de la chaleur.

Le choix des eaux, leur conservation, leur distribution, leur influence sur la santé générale, sont donc pour une ville des choses de première importance, et, en ce qui concerne Paris, elles présentent dans leurs détails quelques particularités pleines d'intérêt.

Dans un excellent mémoire intitulé *Du choix et de la distribution des eaux dans une ville*, mon savant confrère M. Guérard résume en ces termes les qualités d'une eau potable : « Elle doit » être limpide, tempérée en hiver, fraîche en été, inodore, d'une » saveur agréable; elle doit dissoudre le savon sans grumeaux, » être propre à la cuisson des légumes; elle doit tenir en disso- » lution une proportion convenable d'air, d'acide carbonique et » de substances minérales; enfin, elle doit être exempte de ma- » tières organiques. »

Si telles doivent être les eaux potables, et cela d'après l'autorité la plus compétente qu'on puisse choisir, voyons ce que sont les eaux de Paris.

Les conduites qui amènent l'eau chez moi y apportent par moments de l'eau trouble, chaude en été, tellement remplie d'impuretés, d'infusoires vivants et de matières organiques, que mes filtres en sont fréquemment obstrués. J'ai voulu remonter à la cause de cet inconvénient; j'ai recherché de quelle source me venait cette eau, et j'ai été aussi conduit à m'enquérir de toutes les provenances et de tous les réservoirs d'eau de Paris. Cette étude m'a démontré que si la qualité des eaux est bonne, il y a dans leur mode de distribution quelque chose qui laisse à désirer, qui favorise le développement des matières organiques, et qui appelle le contrôle de l'hygiène.

Loin de moi l'idée de mettre en doute le zèle ou la vigilance de l'administration, qui fait au contraire tous ses efforts pour assurer le service des eaux de Paris; mais le zèle qui n'est pas éclairé par la science peut quelquefois se tromper, et ce sont de simples observations scientifiques, pouvant avoir une application importante, que je suis venu présenter ici.

Nous employons à Paris des eaux de source et de rivière. Celles-ci sont les eaux de la Seine et du canal de l'Ourcq; les eaux de source viennent d'Arcueil, des prés Saint-Gervais en petite quantité, et des profondeurs du puits de Grenelle, en attendant que le puits de Passy veuille bien nous donner les siennes. D'après M. Guérard (mémoire déjà cité), il y en a environ 67 litres par jour en moyenne pour chaque habitant, proportion bien au-dessous de celle qu'il faudrait avoir, et qui doit être une moyenne de 100 à 200 litres. Ces chiffres, antérieurs au décret d'accroissement de Paris et publiés en 1852, sont évidemment la représentation d'une moyenne encore plus faible aujourd'hui, et c'est pour obvier à cette pénurie, que tant de travaux se préparent actuellement, dans le but d'augmenter le volume d'eau nécessaire à la population.

Ce que j'ai à dire ne concerne en rien la quantité moyenne d'eau à donner aux habitants, ni la composition de ces eaux en elles mêmes. Tout ce qu'on pourrait dire à cet égard a été dit, et les analyses multipliées, faites par plusieurs savants chimistes, MM. Henry Boutron, Boudet et Poggiale, ne laissent rien à désirer.

Je me bornerai donc à de courtes observations sur l'emmagasinement des eaux, sur leur altération dans les réservoirs, et sur les moyens d'y remédier. Quant à l'influence de ces altérations sur la santé, outre qu'elles ne sont pas très sensibles, je les indiquerai sommairement et sans détails. En pareille matière il me semble qu'on ne saurait apporter trop de réserve dans l'exposition des faits. Il suffit d'indiquer l'altération possible de l'eau dans ses réservoirs pour faire comprendre qu'il y a là une amélioration à introduire, et il est inutile de rien ajouter pour faire croire à l'existence de dangers qui n'existent pas et dont la crainte pourrait exagérer la portée.

Si l'Académie veut bien me le permettre, je lui raconterai le résultat de mes visites dans les bassins et réservoirs de la ville, d'où l'eau descend par de nombreuses conduites dans les bornes-fontaines de la rue et dans les robinets de nos habitations.

Réservoirs Racine (1). — Les réservoirs Racine, construits par M. Mary il y a une vingtaine d'années, se trouvent dans la rue de ce nom. Ils sont à découvert, au nombre de trois, entourés d'habitations, les unes sans ouverture, les autres avec des fenêtres, à peine éloignées de six pieds, d'où on peut jeter des ordures dans le premier bassin.

Au moment de ma visite, il s'y trouvait des morceaux de papier flottant à la surface.

D'un autre côté des bassins existent des arbres d'où tombent des feuilles, des graines et une quantité de chenilles.

Sur une autre face et à peu de distance, existe la cheminée d'une machine à vapeur, d'où retombent des masses de suie flottant à la surface de l'eau.

Ces bassins sont vidés tous les trois mois pour être nettoyés, et alors on trouve au fond une couche d'algues filamenteuses, noirâtres, épaisses de 4 à 5 centimètres. Les parois sont également salies par un dépôt assez épais. L'eau de ces bassins est souvent recouverte de masses brun-jaunâtre quelquefois très-abondantes, et que le trop-plein enlève naturellement par les conduits de sortie.

Ces masses sont composées d'infusoires végétaux et d'animalcules en grand nombre mélangés à des détritus végétaux et à des matières salines amorphes.

L'eau, qui a une profondeur de 4 mètres, paraît sale, surtout sur les parois, et elle tient en suspension par moments des myriades de particules jaunâtres qui lui donnent l'apparence d'une émulsion épaisse semblable à de la boue. En retirant un seau de cette eau, on voit qu'elle est remplie d'êtres vivants.

(1) Visite par un temps chaud, orageux, et par le soleil.

Réservoirs du Panthéon (1). — Les réservoirs du Panthéon, au nombre de deux, également construits par M. Mary, sont à ciel ouvert et ont 4 mètres de profondeur, isolés de toute habitation. Leur eau paraît plus pure et n'est salie par aucun immondice du voisinage. On les nettoie tous les trois mois, et l'on en retire une couche d'algues assez épaisse. Il en existe quelquefois, mais rarement, à la surface, et elles s'en vont avec le trop-plein. L'eau tient souvent en suspension une innombrable quantité d'êtres vivants qu'on prend à la cuillerée comme dans un potage. Il s'y développe quelquefois des poissons dont les germes ont dû traverser les corps de pompe de la machine de Chaillot pour remonter dans les bassins. On y a trouvé un poisson qui pesait plus d'une demi-livre, et qui a été remis à l'ingénieur.

Au-dessous de ces bassins, sous les voûtes qui les portent, existe un troisième réservoir couvert, qui reçoit le trop-plein des bassins de l'Observatoire, alimentés par l'eau d'Arcueil. Placée à une température assez basse et sans jamais recevoir l'action solaire, l'eau qui s'y trouve est d'une limpidité parfaite, très-pure, sans aucun corps en suspension. Elle laisse déposer un peu de sulfate chaux au fond des bassins, sous forme d'une couche blanchâtre peu épaisse.

Réservoirs Saint-Victor (2). — Il y a ici deux réservoirs placés à découvert, entourés de petits jardins et d'habitations peu éloignées. Ils ont été construits par M. Mallet. Leur eau se couvre assez souvent de moisissures qu'emporte le courant lorsque le bassin est trop plein; elle est assez sale, et tient en suspension une immense quantité d'êtres vivants beaucoup plus petits que ceux du réservoir du Panthéon. On les nettoie tous les trois mois.

Réservoirs de l'Observatoire (3). — Ici les réservoirs sont couverts et placés au-dessous du sol. Il y en a quatre petits, peu profonds, très-anciens, et un tout moderne, fort étendu, construit par M. Mary.

Alimentés par un aqueduc de quatre lieues partant de Longy, ils sont remplis par une eau de source connue sous le nom d'Arcueil. Cette eau a la limpidité du cristal; rien n'en trouble la pureté, et elle ne renferme jamais aucun infusoire végétal ou animal. Elle n'a d'autre inconvénient que de déposer au fond des bassins une couche blanchâtre peu épaisse de sulfate de chaux. Franche et agréable au goût, sa saveur est moins douce que celle des eaux de l'Ourcq et de la Seine contenues dans d'autres réservoirs; mais au moins c'est de l'eau claire.

Ces eaux sont tellement calcaires, que d'anciens conduits de terre cuite ayant 20 centimètres de diamètre se sont, au bout d'une centaine d'années, incrustés d'une couche de sulfate de chaux épaisse de 6 centimètres.

Réservoirs de la rue de Vaugirard (4). — On trouve ici deux réservoirs découverts, entourés d'usines ayant huit cheminées à vapeur, d'où s'échappent des flocons de suie qui tombent sur l'eau. Ils n'ont pas été nettoyés depuis le mois d'octobre 1860, c'est-à-dire depuis sept mois. Leur eau est assez sale, et tient en suspension un très-grand nombre d'animalcules extrêmement petits.

Par moments, il y en a de beaucoup plus volumineux, et en telle proportion, qu'ils passent par les conduits allant dans la cuisine des gardiens. C'est à ce point que, n'ayant point de fontaine à filtre, et prenant ainsi leur eau du réservoir, ils sont obligés de la passer sur un linge quand ils veulent boire sans manger. On y trouve quelquefois un assez grand nombre de petits poissons.

Réservoirs de Passy (5). — Placés auprès de l'ancienne barrière des Bassins, ces réservoirs, par leur mode de construction et par leur étendue, sont les plus beaux de la capitale. C'est M. Belgrand qui les a construits. Ils sont au nombre de cinq et alimentés par la pompe à feu de Chaillot. Trois d'entre eux sont couverts, abrités contre la poussière et les rayons du soleil; les deux autres sont à découvert.

Parmi ceux qui sont fermés, il y en a deux l'un sur l'autre et l'on y descend par des escaliers en fonte. Le plus superficiel n'est recouvert que d'un plafond peu épais, mince de 10 centim., blanchi au dehors pour refléter les rayons solaires; mais cette couverture n'est pas assez épaisse pour protéger l'eau contre la chaleur, et dans l'été, lorsqu'on pénètre dans ce bassin à moitié vide, il règne une chaleur étouffante et une odeur infecte.

Le troisième réservoir couvert se trouve au-dessous du quatrième, dont l'eau est exposée à toutes les impuretés d'une che-

(1) Visite par un temps orageux, très-chaud, et au soleil.
(2) Visite par un temps chaud, orageux, et sous le soleil.
(3) Visite par un temps chaud, orageux, et plein soleil.
(4) Visite au soleil, par un temps orageux.
(5) Visite par un temps chaud, le soir après le coucher du soleil.

minée de machine à vapeur voisine. A côté se trouve le cinquième, également découvert.

L'eau des bassins fermés est assez claire et ne se recouvre presque jamais d'algues ni de moisissures. Elle ne renferme que très-peu de *cypris*. Son dépôt est peu abondant, mais elle s'échauffe très-facilement et exhale quelquefois une assez mauvaise odeur.

Des deux bassins ouverts, l'un a l'eau assez belle, n'ayant que fort peu de moisissures ou d'animalcules. L'autre, au contraire, a une eau salie par une grande quantité de moisissures noirâtres comme des excréments, qui montent à la surface lorsqu'il fait sec, tombent au fond quand il pleut, ou s'écoulent avec le trop-plein du bassin. Il renferme une telle quantité d'animalcules, que l'eau en est trouble.

Ces bassins ne sont vidés et nettoyés que deux fois par an.

Réservoir de Monceau (1). — A la barrière Monceau se trouve un vaste réservoir alimenté par les eaux du canal de l'Ourcq. On le met à sec deux fois par an pour le nettoyer. Son eau est belle, engendre peu de moisissures ni d'animalcules; au fond existe un dépôt de vase épais de 6 à 8 centimètres.

Réservoirs Popincourt (2). — Ici, dans l'enceinte même de l'abattoir, existent trois réservoirs, dont deux couverts alimentés par les eaux des prés Saint-Gervais et uniquement destinés à la consommation de l'établissement pour le lavage des dalles. Le troisième, fort petit, découvert, est alimenté par les eaux de la Seine et fournit une partie de la ville. On les nettoie à peine deux fois l'an. Les eaux de ceux qui sont couverts sont impropres à la boisson, à moins d'être mélangées d'eau de Seine. Elles sont assez claires, salissent peu les parois des réservoirs, se couvrent rarement de moisissures, et ne renferment pas d'animalcules ni de crustacés.

Dans le troisième réservoir, au contraire, dont les eaux sont exposées à la lumière et à la chaleur, il y a de nombreuses moisissures et des masses incalculables de petits crustacés, qui sortent dès qu'on ouvre un robinet inférieur placé dans la cour de l'abattoir. Cela varie selon le temps. Parfois il en sort une telle quantité qu'on reçoit l'eau sur un linge propre, en guise de tamis, pour leur barrer le passage et pouvoir employer cette eau dans le ménage pour savonner ou laver les légumes.

Dans quelques cas, il n'y en a pas de petits, et, au contraire, il s'en échappe de très-volumineux, cinq ou six dans un seau d'eau. C'est ainsi que j'ai recueilli ceux que j'ai l'honneur de vous présenter.

Au microscope, les moisissures recueillies à la surface de l'eau, renferment un grand nombre de navicules, de paramécées, de matières calcaires amorphes et d'innombrables détritus organiques de crustacés.

(*La fin au prochain numéro.*)

HOPITAL SAINT-MANDRIER ET HOPITAL DU BAGNE DE TOULON.

M. Arlaud, chirurgien en chef.

Du drainage préventif appliqué aux plaies qui résultent des amputations des membres.

Amputation tibio-tarsienne. — Procédé nouveau destiné à rendre cette désarticulation rapide dans son exécution, meilleure dans ses résultats.

La stagnation du pus dans les cavités incomplétement closes, dans des clapiers artificiels à trajets étroits, longs, sinueux, est trop souvent la conséquence forcée de la réunion hâtive des seuls éléments cutanés des plaies qui suivent les amputations.

Beaucoup d'opérés ont payé chèrement les effets d'une pratique qui conduit à cet état pathologique appelé par Broussais hectique, de résorption, et qui a pour traits caractéristiques la fièvre continue avec exacerbations le soir, les sueurs nocturnes, le dévoiement rebelle, la décoloration de la peau, les plaies de position, l'aglobulie, la mort.

Dans les désarticulations pratiquées près des extrémités des membres, intéressant des gaines tendineuses nombreuses, des stratifications aponévrotiques séparées par du tissu cellulaire lâche, par des bourses dites muqueuses, normales ou adventices, à cloisonnements multiples, destinés à régulariser l'action des nombreuses cordes tendineuses qui assurent l'exécution des actes merveilleux de la motilité; l'inflammation et la suppuration très-fréquente d'éléments si complexes, éloignent la guérison d'une façon désespérante pour le malade et pour l'opérateur.

Je suis convaincu que les résultats très-favorables obtenus à l'hôpital Saint-Mandrier sur les blessés de l'armée d'Italie en 1859 ont été dus à l'emploi des pansements dans lesquels j'ai fait intervenir les sétons tubuleux de M. Chassaignac.

Des faits nombreux de ma pratique personnelle, des résultats toujours heureux obtenus dans les six grandes désarticulations que j'ai été obligé de pratiquer, et comprenant une amputation coxo-fémorale, une fémoro-tibiale, deux tibio-tarsiennes, deux scapulo-humérales; des résultats presque aussi heureux obtenus par mes collègues dans le même hôpital, je suis conduit à tirer les conséquences suivantes :

1° Pour expliquer nos succès, il n'y a lieu d'invoquer ni des conditions hygiéniques particulières dans lesquelles se seraient trouvés les blessés et les opérés, ni leur âge, ni leur tempérament, ni les méthodes et les procédés opératoires (qui ont du reste beaucoup varié suivant les circonstances et suivant les opérateurs), ni une adresse particulière de ces mêmes opérateurs, ni le hasard ni le bonheur.

2° Les résultats heureux ont été dus surtout à l'emploi du drainage, qui a été appliqué suivant les circonstances, ou comme *moyen curatif* du croupissement du pus, ou comme *moyen préventif* immédiatement après les plaies résultant des amputations.

Des deux observations qui suivent, la première est un cas réellement démonstratif des effets du séton tubuleux employé comme moyen préventif; la deuxième est un exemple frappant de l'effet prompt et efficace du drainage curatif appliqué à l'inflammation suppurative des gaines tendineuses des muscles de la jambe.

Dans un travail ultérieur qui pourra être considéré comme la relation fidèle et surtout historique des principaux faits médicaux et chirurgicaux qui se sont produits à l'hôpital Saint-Mandrier pendant une période de sept mois, je me réserve de mettre en lumière des faits très-remarquables de plaies des os par armes à feu, compliquées d'ostéite, de nécrose, de fistules étendues, d'enclavement de projectiles, etc., et guéries à l'aide de l'immobilisation, des débridements multiples, du drainage, des irrigations.

Je ne peux que proclamer ici le principe du drainage préventif, dont tous les médecins de la marine qui ont servi à Saint-Mandrier ont vu les heureux résultats, et que je m'applaudis d'avoir pour ainsi dire vulgarisé dans les écoles de Toulon et de Rochefort.

Obs. I. — *Coup de feu au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne. Ostéite suppurée. Angéioleucite et accidents tétaniques. Amputation tibio-tarsienne. Extirpation des nerfs plantaires. Inflammation des gaînes tendineuses. Drainage préventif. Guérison rapide.*

Louis B..., âgé de vingt-quatre ans, né à Langres (Haute-Marne), sergent-fourrier au 55e régiment de ligne, blessé à la bataille de Solferino le 24 juin 1859, entre à l'hôpital Saint-Mandrier de Toulon le 28 septembre.

Le projectile (balle) a atteint l'extrémité postérieure du premier os métatarsien et la face inférieure du premier os cunéiforme. Ces deux os ont été brisés en éclats, dont quelques-uns sont restés implantés au milieu des parties molles de la plante du pied. L'ouverture de sortie de la balle, située au bord externe du pied et au niveau de la face inférieure de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, est cicatrisée depuis quelque temps.

Plusieurs abcès se sont successivement montrés, et ont été ouverts par le bistouri pendant le séjour du blessé à Brescia (Italie).

A son entrée à Saint-Mandrier, le malade est affaibli, pâle, anémié; mais le moral est bon.

Le pied est déformé, infiltré, douloureux. Deux points fistuleux existent, l'un à la région dorsale, l'autre constitué par l'ouverture d'entrée du projectile. L'exploration par cette ouverture donne la sensation d'un craquement caractéristique, et provoque une hémorrhagie par déchirure des produits fongueux. Un abcès profond existe à la plante du pied. Deux traînées rougeâtres d'angéioleucite superficielle remontent vers la partie interne de la jambe et de la cuisse, et finissent aux ganglions inguinaux, très-engorgés et douloureux. — Chocolat; onctions belladonées; immobilisation; ouverture de l'abcès plantaire, qui donne issue à du pus ichoreux fétide; cataplasme; potion avec alcoolature d'aconit, 4 gramme.

Du 28 septembre au 8 octobre, le temps s'écoule avec des alternatives de bien-être et de souffrance, avec un état fébrile le soir et des douleurs vives suivies d'engourdissement, de fourmillement.

Les purgatifs, le sulfate de quinine, les sédatifs locaux, les bains prolongés, le pansement avec coton et toile cirée, n'amènent pas de soulagement.

Le 9, sécheresse de la langue, dysphagie; parole courte, saccadée; quelques mouvements convulsifs et douloureux dans le pied et la jambe; spasme des muscles masséters. Avec ces manifestations évidentes d'un tétanos commençant, l'indication était formelle; elle me parut telle, ainsi qu'à ceux des chirurgiens employés en même temps que moi à Saint-Mandrier.

Proposée au malade et acceptée, l'opération fut pratiquée (le 10 octobre, pendant l'anesthésie chloroformique); elle fut faite d'après la méthode à deux lambeaux, l'un dorsal, l'autre plantaire, avec les modifications signalées dans l'observation n° 2. — Résection des malléoles, extirpation des nerfs plantaires.

Pansement. — Six points de suture entortillée; *séton tubuleux préventif* traversant diagonalement la plaie, et dont les extrémités sortent par chacun des points extrêmes : point de départ et point de terminaison des incisions aux angles interne et externe des lambeaux (ce *drain* a donc été appliqué dès le premier pansement).

Pansement en cuirasse, laissant libres les extrémités du tube à drainage.

Le 16, cicatrisation presque complète dans une très-grande étendue. — Côtelette; alcoolature d'aconit, 1 gramme. Pansement par occlusion.

Le 4 novembre, inflammation et pus dans la gaîne du jambier postérieur; incision; séton tubuleux à anse; injection chlorurée; guérison rapide de l'abcès.

Le 8 novembre, foyer sur la malléole externe. — Ponction; lavage, compression; réunion par première intention.

Le 9, cicatrisation presque complète; moignon très-régulier, non douloureux. — Sous-carbonate de fer, 0,30; analeptiques.

Le 11, la minime suppuration qui reste est citrine (lymphe plastique). Indice de guérison prochaine. Suppression du *drain* profond placé immédiatement après l'opération, un peu plus d'un mois après son application.

Le 29, état saburral; un peu de diarrhée.

Le 1er décembre, pustules de varioloïde sur la face, le cou, le thorax, les membres; éruption du reste assez discrète, qui tient le malade à la chambre pendant huit jours.

Le 9, marche facile avec une canne et un appareil provisoire fait avec croix de Malte; bandage roulé, cupule en liége fourrée de coton cardé.

Le 10, application d'une bottine cylindrique. L'opéré sort le 18 janvier 1860.

Nous avons affaire à un militaire intelligent, qui nous promet de nous tenir au courant des éventualités. Il importe, en effet, de savoir que tel opéré qui a abord marchait sans trop de difficulté, a souffert ultérieurement par suite des transformations subies par certains éléments du lambeau, par les nerfs plantaires surtout.

Le sujet de la deuxième observation n'a jamais souffert; on est en droit d'espérer qu'il en sera de même du brave sergent du 55e.

Il est bon de remarquer que la section des nerfs et leur extirpation n'ont nullement compromis la vitalité du lambeau plantaire. Je suis étonné que cette crainte ait pu surgir dans l'esprit de quelques opérateurs. Il n'y a qu'à se rappeler la distribution ultime des nerfs plantaires; les parties qu'ils étaient destinés à innerver n'existent plus.

Obs. II. — *Carie des os du tarse, suite d'entorse. — Amputation tibio-tarsienne. — Extirpation des nerfs plantaires. — Inflammation et suppuration des gaînes tendineuses. — Drainage. — Guérison rapide.*

P..., âgé de trente-six ans, condamné n° 9,105, se fit une entorse par suite de rotation de la plante du pied en dedans, le 8 octobre 1857. Il put se rendre sans trop de difficulté à l'infirmerie, où l'emploi des résolutifs, quelques jours de repos, amenèrent une amélioration tellement prompte qu'il put reprendre des travaux de force. Les douleurs, la claudication, ne tardèrent pas à reparaître; plusieurs fois le blessé rentra à l'infirmerie, où l'emploi des mêmes moyens amenait le même résultat : l'amélioration, mais non la guérison.

Admis enfin le 6 février 1858 à l'hôpital, service chirurgical, lit n° 78, quatre mois après sa blessure, et traité encore par l'immobilisation, les cataplasmes résolutifs, nous le voyons sortir le 21 février après quinze jours de traitement, mais pour rentrer le 2 mars, et cette fois avec cette inscription au tableau de clinique : Abcès à la face externe du pied, suite d'entorse.

Nous ne pouvons qu'esquisser rapidement cette observation, remarquable à plusieurs titres. Du 2 mars 1858 au 30 mars 1859, époque où a été pratiquée la désarticulation tibio-tarsienne, les phases principales de la maladie ont été les suivantes :

Le 11 mars 1858, ouverture spontanée de l'abcès; état général très-satisfaisant. — Immobilisation du pied; onctions avec pommade hydriodatée; cataplasmes; alimentation réparatrice; tisane de feuilles de noyer.

Le 6 avril, dénudation assez étendue de la face externe du calcanéum. Deux trajets fistuleux, l'un ouvert au-dessous de la malléole externe; l'autre, plantaire, a son ouverture en dedans et en arrière d'une ligne représentant l'interligne articulaire tarso-métatarsien du cinquième orteil. L'exploration conduit sur les os dénudés et friables. — Injections de teinture d'iode au tiers; pommade hydriodatée; iodure de potassium en solution, 0,25; une cuillerée d'huile de foie de morue; tisane de noyer; demi-ration; trois quarts vin rouge.

Le 15 mai, suppuration fétide; dénudation étendue de la face externe du calcanéum; mouvements de flexion tarso-métatarsiens très-douloureux; tuméfaction; empâtement; production spontanée de deux nouvelles ouvertures fistuleuses conduisant, par des trajets directs, à la face inférieure du calcanéum; les forces languissent, le sommeil se perd. — Mêmes soins.

Le 31 juillet, aggravation dans l'état général; l'affection osseuse paraissant localisée au calcanéum, M. Gouffrier, chirurgien de 1re classe, temporairement chargé du service, applique sur la face externe de l'os une couronne de trépan, qui s'y enfonce comme dans du bois mou et pourri. Un courant d'eau lancée avec force entraîne des détritus abondants. Il reste après l'opération une cavité à parois friables, qui réduit une bonne partie du calcanéum à l'état de coque osseuse. — Pansement avec mèche; digestif simple; cataplasme; même traitement général (0,30 sous-carbonate de fer).

Du 5 août 1858 au 27 février 1859, le traitement et l'opération n'ont point amélioré la position du malade. L'état local est le même; et quant à la santé générale, elle est plus mauvaise; l'anémie est notablement prononcée.

La dose totale d'huile de foie de morue ingérée jusqu'à ce jour est de 468 cuillerées, environ sept litres; la dose d'iodure de potassium de 218 grammes.

Les pansements locaux ont consisté en lotions savonneuses, injections détersives dans les trajets fistuleux, immobilisation; cataplasmes tantôt émollients, tantôt résolutifs.

Le 1er mars, tout traitement spécial est interrompu, et borné dès lors aux toniques, aux amers, aux ferrugineux, à un régime corroborant: café noir, poulet, extrait de gentiane, sous-carbonate de fer.

Le 16, le pied est déformé; effacement de tous les plis articulaires; peau luisante, tendue, œdémateuse; pied en massue. L'illusion n'est plus permise, l'incurabilité de l'affection n'est plus douteuse pour personne.

L'amputation, reconnue désormais inévitable, est pratiquée dans l'articulation tibio-tarsienne par la méthode à deux lambeaux, l'un dorsal, l'autre plantaire, mais avec des modifications assez importantes dans le point de départ, la marche, la terminaison des incisions, pour qu'il m'ait paru utile de donner plus loin une description détaillée de cette opération. Le nerf tibial postérieur a été divisé sous la voûte calcanéenne, avant sa division en nerfs plantaires interne et externe, et ses deux branches principales ont été extirpées en totalité.

Pansement. — Dix points de suture entortillée, linge cératé, charpie molle, triangle de Mayor.

Le 18, fièvre traumatique légère. — Alcoolature d'aconit, 2 grammes; bouillon; tisane vineuse.

Le 19, frissons passagers; pouls à 120; peau sudorale pendant la nuit.

Le 21, suppuration établie sur plusieurs points du lambeau; enlèvement des épingles.

Le 1er avril, cicatrisation très-avancée. Etat général excellent. — Pansement en cuirasse.

Le 8, le malade accuse une douleur vive vers le talon. Point fluctuant dans la direction de la gaîne du jambier postérieur. Deux ponctions; séton tubuleux de M. Chassaignac. Guérison rapide de l'abcès,

(1) Visité en été le soir après le coucher du soleil.
(2) Visité en été par un temps frais, couvert.

dont la cavité a été lavée plusieurs jours de suite avec de l'eau légèrement chlorurée poussée à travers le tube à drainage, qui peut être supprimé le huitième jour.

Le 20, cicatrisation presque complète. Trois points fistuleux correspondant aux tendons extenseurs sont guéris à l'aide d'injections iodées.

Le 6 mai, le malade pouvait justement être considéré comme guéri, quand un foyer considérable apparut au côté externe du tendon d'Achille; le lambeau plantaire est rouge, tendu, douloureux; la fluctuation est évidente.

La complication la plus fréquente, la plus à redouter dans l'amputation tibio-tarsienne, vient ainsi compromettre un résultat qui paraissait devoir être prochainement fort beau. Le drainage a conjuré, ici encore, l'orage avec une merveilleuse rapidité: incision du point fluctuant plantaire correspondant au centre même du lambeau; contre-ponction voisine du point de résection de la malléole externe; séton tubuleux perforé; lavage à l'eau chlorurée; issue d'une assez grande quantité de pus crémeux; cataplasme.

Le 14, la rougeur, l'œdème, la tuméfaction, les douleurs, la suppuration, tout a disparu. Suppression du drain. Dès ce jour, la guérison a été assurée. L'état gén ral est réellement très-satisfaisant.

Le moignon est d'une régularité parfaite; le moulage en produit la preuve évidente.

Le 25 juillet, l'opéré pouvant appuyer sans douleur le moignon sur le sol, les béquilles sont supprimées; il peut s'exercer à marcher à l'aide d'un premier moyen de prothèse bien simple, qui consiste en un bandage roulé, maintenant appliqué sur la plante du pied, une grande croix de Malte dans le fond de laquelle je place une cupule ou petite sébile en liége garnie de coton cardé.

Le 1er septembre, la cicatrice est solide; l'exercice, la marche, sont très-faciles.

L'appareil provisoire est remplacé par une *bottine cylindrique en cuir*, et l'opéré peut être employé aux travaux dits légers de l'arsenal: cuisine, balayage, etc.

Actuellement sa santé est des plus florissantes. Il ne souffre nullement pendant la marche; il peut sauter sur la jambe du côté amputé. Il est employé dans le service des blessés en qualité d'infirmier, où il accomplit toutes les exigences d'une profession relativement encore pénible.

Anatomie pathologique. — Infiltration gélatiniforme concrète du derme; couches lardacées notablement résistantes, interposées aux muscles de la région plantaire, dorsale, inter-osseuse; muscles décolorés. Une vaste excavation remplace le tissu réticulaire du corps du calcanéum, dont l'apophyse antérieure est soudée au cuboïde. Des dépôts ostéiformes en plaques irrégulières forment des os du tarse un *massif immobile*, trace évidente d'un travail réparateur impuissant à combler les ravag s que la carie ne cessait de faire dans les points voisins où l'on voit encore l'état spongieux, fongoïde, gorgé d'ichor purulent. Après une préparation convenable (macération, lavage, alcalins), les os raréfiés présentent cette légèreté si souvent remarquée et décrite dans la carie.

REMARQUES. — 1° *Concernant l'affection.* — Signaler le point de départ de la maladie, l'entorse, la marche presque fatale vers l'ostéite et la carie, dans toutes les circonstances où le traitement de l'entorse n'est pas poussé jusqu'à parfaite guérison, c'est appeler de nouveau l'attention sur des faits connus mais souvent oubliés, et sur lesquels M. Nélaton a cru devoir avec raison s'appesantir d'une manière particulière.

En signalant que, malgré la grande quantité d'iodure de potassium ingéré, il n'y a jamais eu de symptôme *d'iodisme*, c'est apporter un fait en faveur de l'innocuité habituelle de cet agent médicamenteux, et cette remarque à un certain caractère d'actualité.

2° *Concernant l'opération.* — L'amputation du pied dans l'articulation tibio-tarsienne; quel que soit le procédé suivi jusqu'à ce jour, est encore *d'une exécution difficile*; la guérison est souvent entravée par la longueur des inflammations suppuratives des gaînes tendineuses; le résultat final, c'est-à-dire la marche facile sur le moignon, a été quelquefois compromis par des douleurs dues à l'hypertrophie, à la névrite des nerfs plantaires; enfin, on s'est tout particulièrement préoccupé de la conservation des nerfs et vaisseaux plantaires.

Cette préoccupation est fort contestable en ce qui a trait aux artères plantaires interne et externe, dont les branches sont destinées surtout à former les collatérales des orteils; elle est inacceptable pour les nerfs plantaires, qui ne fournissent pas un filet nerveux aux lambeaux. Aussi l'artère coupée ne compromet pas la vitalité de ces lambeaux; les nerfs réséqués sont un bénéfice pour l'opéré, et nous nous promettons d'ériger désormais cette extirpation des nerfs en *précepte*.

Mode opératoire. — La difficulté de la désarticulation me paraît devoir être singulièrement amoindrie par les modifications suivantes: deux traits à l'encre dessinent la marche des incisions; le premier partant du bord externe du tendon d'Achille, à 1 centimètre de la face inférieure libre plantaire du talon, passe demi-circulairement à 2 centimètres du sommet de la malléole externe, à 4 centimètres du bord antérieur de la gorge quadrilatère du tibia, à 2 centimètres du sommet de la malléole interne, et vient se terminer à cette hauteur, à 1 centimètre 1/2 du bord postérieur de cette éminence. Il a donc figuré une demi-lune dont la corne externe est plus longue que l'interne.

Le deuxième trait plantaire part du même point que le trait dorsal, longe le bord externe du pied à 1 centimètre de la face plantaire, et arrive à 7 centimètres en avant du point de départ, décrit sous la plante du pied une convexité légère jusqu'au côté interne, d'où il remonte vers le point de terminaison du tracé dorsal, en arrière de la malléole interne.

Marche de l'opération. — 1° Disséquer à fond le lambeau plantaire (suivant les données fournies par M. Marcellin Duval pour son procédé des désarticulations tarso-métatarsiennes et médio-tarsienne; ne s'arrêter, en raclant les os, que très-près de l'artère plantaire).

2° Disséquer le lambeau dorsal; ouvrir largement l'articulation en coupant les ligaments externe, antérieur, interne; tordre le pied en dehors, suivre la voûte calcanéenne en passant entre l'os et les tendons fléchisseurs des orteils, dans le but d'avoir un lambeau richement étoffé.

Les artères plantaires seront sûrement respectées, et nous tranquillisons ainsi les opérateurs qui pourraient craindre que leur section sous la voûte calcanéenne ne compromît la vitalité du lambeau plantaire. Le décoiffement du calcanéum à son extrémité postérieure devient d'une extrême facilité, vu la mobilité du pied, dont toutes les attaches puissantes, externe, antérieure, interne, et les éléments charnus solides de la plante du pied, avaient été déjà coupés.

On a ainsi deux lambeaux, l'un dorsal, l'autre plantaire, dont l'affrontement offre une remarquable régularité.

Le moment est venu d'extirper le nerf plantaire, de *parfaire* l'opération, de combler un désidératum nettement exprimé par M. Verneuil et fondé sur les accidents déterminés par l'hypertrophie de ces mêmes nerfs. On cherche donc la gaine commune du paquet vasculaire et nerveux à la voûte calcanéenne, au point où le nerf s'infléchit pour devenir plantaire, avant sa division en plantaire interne et externe. La gaine divisée, le tronc se présente; il est soulevé sur la sonde cannelée, comme s'il s'agissait d'en faire la ligature, et il est coupé net et d'un seul coup. Saisissant alors le segment antérieur, désormais privé de sensibilité, on le renverse d'arrière en avant, pour ainsi dire par arrachement, ou en coupant les brides et filaments qu'il émet collatéralement, et on arrive aisément à en faire l'extirpation complète.

Le reste de l'opération n'offre rien de particulier. (Les malléoles ont été réséquées.)

3° Le troisième point important a trait aux seuls moyens d'éviter ces retards si graves dans la cicatrisation; ces fistules, ces suppurations qui usent, amaigrissent quelquefois le lambeau plantaire et menacent longtemps d'ostéite et de carie les os chirurgicalement blessés.

Ce moyen, qui nous a permis de mener à bonne fin et rapidement la plaie résultant de l'opération, c'est le séton tubuleux de M. Chassaignac, employé à propos et hardiment dès le début de la formation des collections purulentes; il a toujours tari la source d'une des complications les plus habituelles, les plus difficiles de l'amputation tibio-tarsienne.

NOTE SUR UN CAS DE PNEUMO-PÉRICARDE.

Par M. le docteur TUTEL.

Homme de quarante-six ans, en traitement dans le service de M. Niemeyer, pour un cancer de l'œsophage.

Le 30 octobre, aggravation rapide, hoquet continuel, etc. Dans la soirée, apparition d'un bruit particulier, s'entendant à distance, isochrone avec le pouls, espèce de gargouillement à timbre métallique. La matité précordiale n'avait pas changé d'une manière sensible; l'impulsion du cœur se faisait sentir faiblement dans le même point que précédemment. Le premier bruit du cœur était marqué par le bruit anormal, tandis que le deuxième s'entendait très-nettement.

Pendant la nuit, tous les malades couchés dans la salle, et même les personnes qui se trouvaient dans une pièce voisine dont la porte était fermée, purent entendre très-distinctement le bruit du gargouillement qui se renouvelait à chaque systole ventriculaire. Le malade restait couché, immobile, les yeux fermés, apparemment sans connaissance, gémissant de temps en temps, et toussant parfois sans expectorer.

Le lendemain matin, même état; le bruit de gargouillement était toujours facilement entendu d'un bout de la salle à l'autre. La matité précordiale avait complétement disparu, et était remplacée par de la sonorité sans timbre tympanique; il n'était plus possible de sentir le choc du cœur. — Mort dans la journée.

Autopsie. — En ouvrant l'abdomen, on trouva le diaphragme fortement abaissé dans sa partie moyenne, à peu près également sur les deux côtés de la ligne médiane. Toute la partie antérieure de la cavité thoracique était occupée par le péricarde énormément dilaté, fortement tendu, tandis que les poumons n'occupaient plus que les limites des parties latérales de la poitrine.

Le péricarde affectait une disposition piriforme, mesurant à sa base 6 pouces de diamètre transversal; il dépassait en bas de 2 pouces 3/4 la pointe du cœur. En le percutant, on obtenait un son tympanique modèle; il était d'ailleurs impossible d'en expulser de l'air en le comprimant.

Après avoir évacué le gaz, on trouva dans le péricarde environ 600 grammes d'un liquide gris jaunâtre, horriblement fétide, mélangé de grumeaux caséeux. La face postérieure de la cavité séreuse présentait une perforation en forme de fente, qui la faisait communiquer avec l'œsophage, dont les parois étaient détruites dans ce point par une ulcération cancéreuse. (*Deutsche Klinik.*)

POMMADE CONTRE LA SURDITÉ NERVEUSE.

Les essais nombreux de traitement des surdités nerveuses tentés en ces derniers temps nous engagent à signaler la pommade suivante, qui est recommandée par un vénérable praticien de New-York, le docteur Boyd. Voici sa formule:

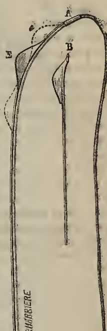
Vératrine.	1 gramme.
Pommade rosat.	30 —

Mêlez, gros comme une noisette en friction, matin et soir, derrière l'oreille malade.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 juin 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

Uréthrotomie interne dans les cas de rétrécissement fibreux de l'urèthre. — M. MAISONNEUVE lit sous ce titre un mémoire dont voici un extrait:



« Je demande à l'Académie la permission d'appeler son attention sur un nouveau et radical perfectionnement apporté à l'uréthrotomie interne dans les cas de rétrécissement de l'urèthre. Ce perfectionnement consiste dans l'application d'un nouveau principe à la construction de la lame tranchante destinée à la division des parties rétrécies.

» D'après ce principe, la lame tranchante n'a plus besoin d'être protégée par une gaîne; le chirurgien peut, sans précaution aucune, lui faire parcourir toute la longueur du canal sans que les parties saines puissent être lésées, et néanmoins avec la certitude de diviser complétement et à la profondeur voulue tous les rétrécissements. Grâce à cette méthode, l'uréthrotomie, dont l'exécution, naguère encore si difficile et si compliquée, n'était accessible qu'à un petit nombre de chirurgiens exceptionnellement habiles, est devenue tellement simple, facile et sûre, qu'elle peut être pratiquée par tous les praticiens.

» Mais ces qualités ne constituent cependant que la moindre partie des avantages de la nouvelle méthode. En mettant à l'abri de toute lésion des parties saines de l'urèthre, en limitant d'une manière rigoureuse l'incision aux points rétrécis, c'est-à-dire aux tissus envahis par le travail inodulaire, elle évite précisément les causes essentielles de ces accidents terribles désignés sous le nom de fièvre uréthrale.

» Le principe nouveau dont l'application produit de tels résultats est d'une extrême simplicité; il consiste à donner à la lame tranchante la forme d'un triangle isocèle rectangle dont le sommet, le bord postérieur et le cinquième supérieur du bord antérieur sont émoussés et arrondis. Avec une pareille disposition, il est impossible que la lame puisse blesser les parois du tube membraneux, pourvu que les dimensions du tube soient en rapport avec celles de la lame; d'autre part, il est également évident que si sur le trajet du tube il se trouve des points rétrécis, c'est-à dire plus étroits que les dimensions de la lame, ils seront inévitablement divisés, et cela à la profondeur strictement indiquée par la hauteur du tranchant. Je puis d'ailleurs produire à l'appui de cette démonstration théorique une série de preuves expérimentales des plus concluantes.

» *Première expérience.* — Prenez un tube en peau de gant d'un centimètre de calibre; placez à son intérieur le tube cannelé de l'instrument; faites, au moyen d'un fil fort, un, deux, trois ou quatre rétrécissements; introduisez ensuite la lame dans la cannelure, et faites-la glisser dans l'intérieur de l'urèthre artificiel, vous verrez successivement tous les fils constituant les rétrécissements divisés avec la plus complète facilité, sans que les parois du canal soient intéressés autrement que par une moucheture indiquant le lieu du rétrécissement.

» *Deuxième expérience.* — Prenez un tube de même espèce que le premier, faites sur le trajet de ce tube trois ou quatre trous avec un poinçon; à travers ces petits trous passez le conducteur cannelé, de manière que celui-ci entre dans le tube, puis en sorte pour y rentrer encore comme pour un point de faufil. Faites ensuite glisser dans la cannelure du conducteur la lame tranchante, celle-ci passera par tous ces trous étroits, en les incisant tout juste de la dimension nécessaire pour son passage, rien de plus, et les parois du tube resteront intactes dans l'intervalle.

» *Troisième expérience.* — Prenez une peau de gant, pliez-la en trois ou quatre doubles, percez ces quatre doubles avec un poinçon, passez dans ce trou le conducteur cannelé; faites glisser la lame sur ce conducteur; pendant que la peau de gant sera maintenue ferme par un aide, la lame traversera les quatre doubles en faisant une incision nette de sa dimension exacte.

» Enfin, on trouvera dans mon mémoire un exposé de résultats cliniques desquels il résulte qu'un grand nombre de fois il m'a été donné d'employer cette nouvelle méthode dans les cas les plus graves, tant à ma Clinique de l'hôpital que dans ma pratique civile, et que les résultats ont dépassé toutes les prévisions: les rétrécissements les plus durs, les plus compliqués, ont été guéris avec une facilité et une promptitude incroyables, et cela sans avoir eu jamais à déplorer un seul accident. »

(Commissaires, MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe).

Recherche toxicologique du phosphore. — M. BLONDLOT présente un mémoire sur la recherche toxicologique du phosphore par la coloration de la flamme.

Lorsque le phosphore introduit dans l'économie animale, dit-il, s'est plus ou moins oxydé, le seul moyen d'en constater sûrement la trace est de s'attacher à découvrir la présence de l'acide phosphoreux qui en résulte. Dans ce but, M. Dussard avait proposé, il y a quelques années, de mettre à profit la propriété que possèdent le phosphore et tous les composés oxygénés de ce métalloïde inférieurs à l'acide phosphorique, de donner, dans l'appareil de Marsh, de l'hydrogène phosphoré, reconnaissable à ce que la flamme, écrasée par une plaque de porcelaine, produit un reflet vert émeraude. Cette réaction est des plus sensibles; car, avec la pâte phosphorée d'une allumette, on peut obtenir la coloration de la flamme pendant plus d'une heure. Toutefois, appliquée à la toxicologie, cette méthode d'investigation présente, à côté d'incontestables avantages, des inconvénients de plus d'un genre, que j'ai cru devoir signaler, ainsi que les moyens propres à les éviter.

Le premier reproche à adresser à la méthode dont il s'agit est son excessive sensibilité, d'autant plus dangereuse que le corps dont elle accuse la présence est aujourd'hui très-généralement répandu. De plus, la manifestation du phosphore reposant sur un simple phénomène qui peut être plus ou moins net, et que beaucoup de circonstances accidentelles peuvent modifier, il importait d'étudier plus qu'on ne l'a fait l'influence qu'elles peuvent exercer.

Une des plus importantes de ces circonstances modificatrices, est sans contredit l'action exercée par la lumière extérieure sur la coloration de la flamme produite par le phosphore.

Une autre remarque non moins essentielle concerne la pureté du zinc à employer. Or j'ai constaté que presque tout le zinc du commerce recèle des traces de phosphore suffisantes pour colorer la flamme en vert dans un lieu plus ou moins obscur.

Déjà M. Dussard avait remarqué que l'acide sulfhydrique met obstacle à la coloration verte de la flamme phosphorée, et qu'il faut s'en débarrasser préalablement au moyen de la potasse. J'ai constaté un autre fait plus important encore au point de vue des recherches toxicologiques : c'est qu'un grand nombre de matières organiques empêchent l'hydrogène phosphoré de brûler avec sa coloration caractéristique. Tel est d'abord l'alcool, mais surtout l'éther et les essences, dont quelques gouttes suffisent pour empêcher, pendant des heures entières, la flamme de se colorer, alors même qu'il y aurait dans l'appareil une proportion relativement considérable de la préparation phosphorée. La plupart des matières animales solubles produisent aussi cet effet d'une manière plus ou moins prononcée; ce qui est un inconvénient d'autant plus grave, que la plupart des matières suspectes soumises à l'examen des experts sont constituées par des produits de ce genre...

Si la plupart des matières animales empêchent l'hydrogène phosphoré de brûler avec une flamme verte, l'urine fait à cet égard une exception remarquable, susceptible d'une application directe à la toxicologie. En effet, ayant recueilli l'urine de plusieurs malades qui prenaient 25 centigrammes d'hypophosphite de soude par jour, il m'a suffi d'introduire directement la valeur d'un centimètre cube de cette urine dans un appareil à hydrogène, pour obtenir une flamme verte des mieux caractérisées. Malheureusement, si l'on diminue la dose, et que les malades n'en prennent que moitié, aucune trace de phosphore n'apparaît dans l'urine; ce qui semble indiquer que l'économie animale a le pouvoir de faire passer à l'état d'acide phosphorique une proportion déterminée d'acide phosphoreux, et ne se débarrasse par la voie des urines que de la portion excédante. Telle est probablement la raison pour laquelle j'ai vainement cherché la trace de l'acide phosphoreux dans l'urine de malades qui prenaient chaque jour un centigramme de phosphore en dissolution dans l'huile, ainsi que dans celle d'un chien empoisonné par la pâte phosphorée. Toutefois, l'expérience n'ayant pas dit son dernier mot sur ce point, je crois que jusqu'à ce qu'elle se soit prononcée il sera désormais convenable, dans les cas d'empoisonnement, de soumettre l'urine à la méthode en question. (Commissaires, MM. Chevreul, Rayer et Frémy.)

Emploi des eaux thermales du mont Dore dans les paralysies généralisées. — M. J. MASCAREL transmet des observations de paralysies généralisées et très-rebelles ayant progressivement cédé sous l'influence des eaux thermales du mont Dore. Voici le résumé de ces faits :

Premier fait. — Paralysie généralisée, sans lésion organique appréciable, comprenant la paralysie complète du mouvement et du sentiment des membres inférieurs, du membre thoracique gauche, avec paralysie complète de la vessie et du rectum, du nerf olfactif gauche, du nerf auditif du côté droit, et d'une partie du voile du palais; paralysie complète de la langue et du larynx, et incomplète du pharynx et de l'œsophage, traitée pendant vingt mois par toute sorte de médications sans aucune espèce d'amélioration. Guérison radicale par les eaux thermales du mont Dore, après trois campagnes.

Deuxième fait. — Paralysie musculaire des quatre membres. Insuccès des médications employées pendant huit mois. Cessation graduelle de tous les accidents sous l'influence d'un traitement thermal de vingt-deux jours.

Troisième fait. — Anesthésie de l'extrémité d'un doigt, suite de traumatisme. Rétablissement des fonctions de ce doigt. (Commissaires, MM. Bernard et Longet.)

Physiologie de l'organe de l'ouïe. — M. A. POLITZER communique des recherches physiologiques expérimentales sur l'organe de l'ouïe.

I. *De l'innervation des muscles de l'oreille moyenne.* — A. *De l'innervation du muscle* tensor tympani. — La question controversée de savoir si le muscle *tensor tympani* reçoit ses éléments moteurs du nerf facial ou du nerf *trigeminus*, a été élucidée par une série d'expériences faites sur des chiens et sur des poules qu'on venait de tuer.

Il résulte de ces expériences que le muscle *tensor tympani* reçoit ses nerfs moteurs du nerf *trigeminus*.

B. *De l'innervation du muscle de l'étrier.* — Quoique les anatomistes soient d'accord pour reconnaître que le muscle de l'étrier reçoit un petit rameau du nerf facial, plusieurs physiologistes laissent indécise la question de savoir si les éléments moteurs appartiennent aux fibres centrales du nerf facial ou du *trigeminus*.

L'auteur rapporte une expérience de laquelle il résulte que le muscle de l'étrier reçoit ses fibres nerveuses motrices du nerf facial.

II. *De l'influence du muscle* tensor tympani *sur la pression dans le labyrinthe.* — Après avoir provoqué des contractions du muscle *tensor tympani* en irritant le nerf *trigeminus*, l'auteur a cherché à observer l'influence des contractions de ce muscle sur le labyrinthe.

Il résulte des expériences qu'il a instituées à cet effet que le muscle *tensor tympani*, en poussant en dedans la chaîne des osselets, augmente la pression labyrinthique vers sa contraction, et que le liquide labyrinthique se dirige en même temps vers la fenêtre ronde.

III. *Sur le courant d'air par la trompe, et sur l'influence du nerf* trigeminus *sur la trompe d'Eustache.* — Dans la première partie de ces expériences faites sur l'homme, on a examiné d'abord la question jusqu'ici discutée de savoir si la trompe est ouverte ou bien si ses parois se touchent; puis on a déterminé les circonstances dans lesquelles la trompe est perméable à l'air.

Il est résulté de ces expériences :

1° Que les parois de la trompe d'Eustache s'accolent l'une à l'autre plus ou moins intimement, non-seulement sur des individus différents, mais même sur la même personne dans des temps différents, de sorte que parfois il suffit d'une petite différence dans la pression aérienne des deux cavités pour faire cesser l'accolement des parois de la trompe, tandis que d'autres fois une différence de pression plus notable est exigée pour produire cet effet.

2° S'il est vrai que la trompe peut être ouverte sans la coïncidence d'un mouvement de déglutition, rien que par une différence suffisante de la pression aérienne entre le pharynx et la cavité tympanique, il faut dire que la trompe devient perméable à l'air au plus haut degré et d'une manière constante pendant un acte de déglutition.

Des expériences ont été faites pour examiner le mécanisme des muscles de la trompe.

La disposition anatomique des muscles de la trompe d'Eustache chez l'homme démontre que c'est surtout le muscle tenseur du voile du palais qui est dans une relation intime avec la trompe d'Eustache pendant la déglutition, et qu'il reçoit une branche du nerf ptérygoïde interne et par conséquent du nerf *trigeminus*. En effet, on a vu qu'à l'irritation du nerf *trigeminus* sur le chien, c'était le muscle qui dilatait l'orifice pharyngien de la trompe. Il n'y a pourtant pas de doute que les autres petits muscles de la trompe aussi bien que tout l'acte compliqué de déglutition, ont leur part dans le mécanisme de dilatation et de resserrement de la trompe.

IV. *De l'influence des oscillations de la pression aérienne dans la caisse tympanique sur les proportions statiques du contenu du labyrinthe.* — Depuis J. Müller on pensait que le sentiment de plénitude à l'oreille, un certain degré de dureté de l'ouïe, le bourdonnement qu'on éprouve en condensant ou raréfiant l'air dans sa caisse tympanique, sont causés par un changement de tension de la membrane tympanique. Mais on n'avait pas considéré que la pression dans une cavité ne doit pas agir sur un seul côté, mais également sur tous les côtés, et on oubliait tout à fait la pression sur la fenêtre ronde et sur la base de l'étrier avec sa membrane environnante.

Pour bien étudier l'influence de la pression aérienne sur le labyrinthe, l'auteur a fait des expériences sur les organes de l'ouïe humaine à l'état frais.

Il résulte de ces expériences :

1° L'influence importante des oscillations de la pression aérienne dans la caisse sur le contenu labyrinthique;

2° Que le petit degré de dureté de l'ouïe, le bourdonnement qu'on peut produire sur soi-même en condensant ou raréfiant l'air dans la caisse; le phénomène connu des plongeurs jusqu'ici imparfaitement interprété, s'expliquent suffisamment par les changements dans la pression labyrinthique, et il est probable que beaucoup d'espèces de duretés de l'ouïe et de bourdonnement sont causées par une pression anormale due à des exsudations et à des indurations de la membrane muqueuse au niveau de l'étrier et de la fenêtre ronde.

M. BAUDELOCQUE rappelle que l'Académie, en accordant des encouragements à deux de ses inventions, le céphalotribe et la compression de l'aorte (concours de 1833 et de 1836), lui avait fait espérer qu'une récompense plus élevée lui pourrait être accordée quand une longue expérience aurait confirmé les espérances qu'avaient fait concevoir les premiers résultats obtenus. M. Baudelocque pense que cette confirmation est maintenant acquise à l'une et à l'autre découverte, et il demande en conséquence que la commission de médecine et de chirurgie veuille bien les comprendre dans son rapport sur le concours de 1861.

Cette lettre est renvoyée à la commission des prix de médecine et de chirurgie.

M. LIEGEY, en adressant un opuscule *sur la constitution médicale d'une contrée des Vosges*, demande que cet ouvrage soit réuni à ceux qu'il a précédemment envoyés pour être mis sous les yeux de la section de médecine et de chirurgie quand elle aura à s'occuper d'une élection de correspondants.

— M. LE PRÉSIDENT présente au nom de l'auteur, M. J. Van der Hoeven, un catalogue descriptif des crânes de diverses races humaines, réunis par ses soins dans le Muséum de Leyde.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente au nom de M. Cap une étude biographique sur le célèbre naturaliste voyageur Philibert Commerson.

— M. PARIS soumet au jugement de l'Académie la description et la figure d'un appareil qu'il désigne sous le nom de *masque hygiénique*, appareil destiné aux ouvriers qui sont exposés par leur profession à aspirer des particules tenues en suspension dans l'air, particules dont l'introduction dans les poumons peut être suivie de conséquences graves. (Renvoi à la commission du prix dit des arts insalubres.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers arrêtés de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, M. le docteur Cisset est nommé médecin-inspecteur de l'établissement thermal de Challes (Savoie); M. le docteur Perelli, médecin-inspecteur de l'établissement thermal d'Orezza (Corse); M. le docteur Villers, deuxième inspecteur-adjoint à l'établissement thermal de Bagnères-de-Luchon; M. le docteur Davat, premier inspecteur-adjoint, et M. Bertier, deuxième inspecteur-adjoint à l'établissement thermal d'Aix (Savoie).

— M. Buignet a été présenté le premier, à l'unanimité, sur la liste des candidats à la chaire de physique vacante à l'École de pharmacie. M. Guillemin a été présenté le second.

Une belle collection de la *Gazette* depuis son origine, 1828, reliée, se trouve à vendre au bureau du journal.

Notices explicatives, historiques et biographiques sur les principaux ouvrages de peinture et de sculpture exposés au Palais des Champs-Élysées; avec un appendice sur la *gravure*, la *lithographie* et la *photographie*. Année 1861. Ce guide, indispensable pour les personnes qui visitent le salon, se trouve dans la salle même de l'Exposition. Prix : 50 cent. H. Plon, éditeur, rue Garancière, 8.

Les eaux et les maladies qui réclament leur emploi. — Petit poëme mnémonique, par le docteur FOUCAUD DE L'ESPAGNERY. Prix : 2 fr. Chez Asselin, successeur de Labé, libraire, place de l'École de Médecine.

Exercices et récréations anatomiques, par le docteur L. GIRAUDET fils, professeur d'anatomie à Tours. Un volume in-18 jésus de 300 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, 19 juin 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

Deux bons rapports, l'un de M. Ch. Robin et l'autre de M. H. Bouley, ont rempli toute cette séance; le premier sur un très-beau travail de M. Sucquel, relatif à l'anatomie de l'appareil circulatoire de la tête et des membres chez l'homme; le second sur l'observation intéressante de farcin chronique, suivi de guérison, que M. le docteur Hippolyte Bourdon a communiquée il y a quelques années à l'Académie.

Un mot seulement sur le premier rapport, dont les conclusions, très-justement flatteuses pour l'auteur, ont été votées sans discussion.

On n'a admis généralement jusqu'à présent comme anatomiquement démontré, qu'un seul mode de communication des artères avec les veines, celui qui a lieu par l'intermédiaire des capillaires interposés dans les interstices des éléments propres de chaque tissu. Si des dispositions différentes ont été signalées par quelques physiologistes, elles n'ont été considérées que comme des particularités locales et des exceptions à la loi générale. Or il résulte des données précises contenues dans le travail de M. Sucquet, et analysées avec un grand soin par M. Robin, que ces dispositions, que l'on a considérées jusqu'ici comme exceptionnelles, constitueraient un fait parfaitement déterminé, beaucoup plus général qu'on ne le pensait, et dont la distribution dans l'économie est soumise à certaines lois, dont il y aura désormais à tenir compte dans l'étude de la circulation.

On verra, en effet, d'après l'exposé analytique du mémoire de M. Sucquel, que pour une même impulsion il y a deux modes d'écoulement du sang, subordonnés chacun à une particularité distincte dans la constitution anatomique du système sanguin : l'un, à partir de la fin des artères, constitue la circulation capillaire proprement dite, et qui peut être dite circulation capillaire générale profonde ou interstitielle, ou circulation *nutritive,* comme l'appelle M. Sucquel; l'autre, à partir du même point, consiste dans l'abouchement dans les veines d'artérioles, qui ne se subdivisent plus en très-fins capillaires comme les autres vaisseaux de même volume, et conservent un volume relativement grand au delà des organes auxquels elles ont fourni des divisions.

C'est ce second mode de circulation, auquel M. Sucquet donne le nom de *circulation dérivative,* qui a été l'objet spécial de ce travail que M. Robin a justement qualifié de l'épithète remarquable. Ces recherches ouvrent en effet un champ nouveau d'études et d'observations à la physiologie et à la pathologie. Quelques-unes des applications qui en ressortent sont indiquées déjà dans le rapport de M. Robin. D'autres surgiront sans aucun doute dans l'esprit des physiologistes et des médecins qui consulteront cet important mémoire.

Le rapport de M. H. Bouley a provoqué quelques observations de la part de M. J. Guérin. Nous reviendrons la semaine prochaine sur ce rapport et sur ces observations, qui en provoqueront très-probablement à leur tour de nouvelles.

Dr Brochin.

DE L'EMMAGASINEMENT
et de la salubrité des eaux de Paris (1).

Par M. E. Bouchut, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Dans cette inspection des différents bassins de la ville et dans l'examen des eaux que des conduites de fonte distribuent ensuite dans Paris, il y a deux remarques à faire : la première est relative *aux eaux*, et la seconde *aux bassins.*

1° *Des eaux.* — Les eaux montées par les pompes de Chaillot, de la Gare, etc., ou conduites par des aqueducs et des forages souterrains, présentent des caractères tout différents en été et en hiver. Les analyses publiées par M. Poggiale dans le *Journal de pharmacie* en sont la preuve. Dès que les chaleurs se font sentir, et dans l'arrière-saison, elles s'altèrent beaucoup, mais d'une façon différente, selon leur provenance, et dans chaque réservoir, selon qu'il est couvert ou découvert.

Elles présentent habituellement en été, à cette époque par exemple, des altérations de *température*, de limpidité et de composition importantes. Elles sont chaudes et ont de 22 à 30 degrés. M. Coste, dans une communication récente à l'Institut, dit même leur avoir trouvé 35 degrés centigrades. On sait qu'à cette température elles ont une influence fâcheuse sur les voies digestives, influence que M. Guérard, dans sa thèse et dans son article du *Dictionnaire de médecine,* a décrite en ces termes :

« L'eau tempérée prise en excès pendant les repas ou dans » leur intervalle, jette les organes digestifs dans une atonie re- » marquable, particulièrement pendant l'été, lorsque le corps » est déjà épuisé par les sueurs abondantes qui le couvrent; les » fonctions gastriques et intestinales ne s'exercent plus qu'in- » complétement; alors les aliments sont rejetés par le vomisse- » ment, qui persiste après leur entière expulsion, et des flux » dyssentériques se manifestent; quelquefois divers phénomènes, » tels que crampes, viennent s'y joindre, et l'ensemble de tous » ces symptômes offre une certaine ressemblance avec le cho- » léra. »

Elles ont perdu leur *limpidité* par suite de la suspension d'algues, de matières salines, de détritus organiques, et quelquefois d'une grande quantité d'êtres vivants que je vais maintenant faire connaître.

On trouve souvent dans ces eaux, à la surface, quand il fait chaud, sur les bords du réservoir ou dans ses profondeurs, des *moisissures*, des *animalcules* ou des *crustacés.*

Cela n'a pas lieu dans les temps froids, ni en été quand le ciel est couvert. Ainsi, dans le même bassin, où j'avais recueilli pendant un jour de soleil des myriades de crustacés avec un seau, je n'en ai pas trouvé le lendemain par un temps sombre. Ces êtres vivants viennent par bandes à la surface quand il fait chaud, et se déplacent ou rentrent dans les profondeurs quand la température s'abaisse. C'est de cette manière qu'il faut expliquer l'intermittence de leur apparition dans les robinets de service correspondant à la partie inférieure des réservoirs.

Les *moisissures* se présentent sous forme d'écume jaunâtre ou noirâtre, mamelonnée. Elles flottent, et s'il peut retombent au fond. Elles coulent aisément par le trop plein d'eau, et se renouvellent avec rapidité.

Au microscope on voit qu'elles sont formées d'infusoires végétaux et animaux, de matières calcaires et de débris de crustacés. A un grossissement de 300 diamètres, on découvre des *navicules*, qui s'avancent dans le sens de leur longueur, des *paramécies*, qui s'agitent en tous sens, un autre infusoire en forme de bâtonnet, que je ne connais pas, et qui se meut dans son grand axe; des *anguillules* et d'autres infusoires couverts de poils, s'agitant avec grande vitesse; puis des débris de crustacés, dont les dessins seront publiés plus tard.

Les animalcules et les êtres vivants qui peuplent ces eaux par myriades sont en telle quantité qu'on voit flotter dans quelques bassins des petits corps d'un blanc jaunâtre, gros comme des grains de semoule ou de gluten, dont la nature est difficile à reconnaître au premier abord. On dirait des algues adhérentes aux parois du bassin; mais si l'on puise, comme je l'ai fait au Panthéon, avec une cuiller à potage, ou rue Saint-Victor avec un seau, on voit que toutes ces particules se meuvent d'un mouvement très-rapide et que ce sont des êtres animés. Toutefois, je le répète, ce n'est que par un temps chaud, et s'il fait soleil, qu'on observe ce que je viens de dire.

Au réservoir de la rue de Vaugirard et à Popincourt, il suffit quelquefois, mais cela n'arrive pas constamment, d'ouvrir un robinet de service pour soutirer avec l'eau du ménage une énorme quantité de ces animaux. C'est à ce point que les employés de ces réservoirs sont obligés de filtrer leur eau pour la rendre potable et pour l'employer au savonnage ou au lavage des légumes. Une fois, à Popincourt, j'ai retiré non pas de petits animalcules, mais d'énormes *crustacés* que j'ai recueillis et que je conserve dans de l'alcool.

Ces animalcules sont absolument semblables à ceux dont parle M. Guérard dans une note de sa thèse, et qu'on avait trouvés en 1842 dans le réservoir de Chaillot, après les plaintes des habitants de la rue de l'Arcade, qui voyaient sortir des robinets une eau fortement chargée d'animalcules. Le conseil de salubrité intervint, fit nettoyer les réservoirs de Chaillot, aujourd'hui abandonnés, ordonna de placer des filtres à la fontaine, et de cette façon arrêta les plaintes.

Ces animalcules, examinés à un grossissement de 50 diamètres, sont de petits crustacés du genre *Daphnis*, qui existent dans la Seine au mois d'août, qui se produisent et se détruisent très-rapidement dans les grandes chaleurs, lorsque l'eau est à découvert, stagnante, exposée à la lumière et au soleil. Ces petits crustacés acquièrent un volume assez considérable, ainsi qu'on peut le voir par ceux que j'ai trouvés dans l'eau du bassin de Charonne. Au microscope, les plus petits, qui sont transparents, laissent voir les merveilles de leur organisation compliquée, le tube digestif rempli d'une matière verte, le mouvement des yeux et du cœur, les agitations de leurs pattes et leurs luttes les uns avec les autres.

Je le répète, ces crustacés et ces moisissures n'existent que dans l'eau des réservoirs découverts, et, sans rien garantir à cet égard, je dis seulement que je n'en ai trouvé que là. S'il y en a dans les autres, ils sont beaucoup moins nombreux. Il en est un cependant, celui de l'Observatoire, dans les caves remplies d'eau d'Arcueil, où il n'y en a pas et où je n'en ai jamais rencontré.

2° *Des réservoirs.* — Deux principes opposés ont inspiré la construction des bassins destinés à l'emmagasinement des eaux de Paris. Dans l'un l'eau est à découvert, exposée à la lumière, à l'action du soleil qui l'élève de 20 à 35°, à la poussière, aux détritus végétaux tombés des arbres voisins, comme aux réservoirs Racine; aux flocons de suie de houille, comme on le voit sur les bassins Racine, Vaugirard et Passy. Dans l'autre, au contraire, l'eau est couverte et enfermée plus ou moins complétement, garantie contre les immondices de l'extérieur et les influences lumineuses ou solaires du ciel. Tel est le cas des eaux d'Arcueil, à l'Observatoire et dans l'étage souterrain des réservoirs du Panthéon, des eaux de la Seine, sur trois des bassins de Passy et des eaux du Pré-Saint-Gervais, sur deux des réservoirs Popincourt.

Eh bien, les eaux de Paris, tout en ayant une origine semblable, ont une composition différente, suivant qu'elles ont séjourné dans l'un ou dans l'autre de ces réservoirs. *Pure* ou presque *pure* dans les bassins abrités contre l'influence des agents extérieurs, elle est souvent remplie pendant l'été *d'algues et d'infusoires végétaux et animaux*, de *détritus organiques* décomposés par les grandes chaleurs, et *d'innombrables crustacés vivants* dans les réservoirs qui sont à découvert.

Dans les réservoirs fermés, elle n'est entièrement pure, limpide, fraîche et sans aucune production végétale ou animale, que dans le souterrain des réservoirs du Panthéon et de l'Observatoire. En été comme en hiver ses qualités sont toujours les mêmes, et c'est là le grand mérite des eaux d'Arcueil.

A Passy, les réservoirs fermés, récemment construits par M. Bellegrand, ne sont pas souterrains; ils sont élevés de 8 à 10 mètres au-dessus du sol et forment deux étages; la voûte qui les couvre n'a que 10 centimètres d'épaisseur, et l'eau de Seine qui s'y trouve, tout en étant meilleure que dans les bassins découverts, laisse encore à désirer. Il est certain qu'elle renferme beaucoup moins d'algues, d'infusoires et de crustacés que celle du bassin voisin, qui est ouvert; mais il s'en forme quelquefois également en été. Elle est un peu louche au lieu d'être limpide; enfin elle s'échauffe avec plus de facilité encore que dans les bassins découverts, faute d'évaporation.

Quand, après une journée de service, ce bassin est à moitié vide et qu'on y descend par l'escalier de fonte construit à cette intention, on est presque suffoqué par la chaleur, qui est celle d'une étuve. Dans quelques circonstances, ainsi que me l'a dit M. Mary, inspecteur général des eaux, à la chaleur que j'ai constatée se joint une odeur infecte due à la décomposition des matières végétales déposées sur les parois mises à sec par le retrait de l'eau, et soumises à une température qui hâte leur fermentation putride.

Toutefois, malgré cet inconvénient, il m'a semblé que l'eau de ce réservoir était préférable à celle des réservoirs voisins découverts. Je l'ai trouvée chaude mais non altérée, et l'odeur infecte qui règne parfois dans ce bassin lui est étrangère et ne provient que des parois, inconvénient qu'on pourrait éviter avec des fumigations d'acide sulfureux.

Il est évident, en été du moins, que les eaux de Paris s'altèrent d'une façon inégale dans leurs réservoirs, et que celles qui sont emmagasinées à découvert sont moins bonnes que celles qui sont abritées contre l'air, la lumière et le soleil.

Parmi les eaux couvertes, celles qui sont en aqueduc et en réservoirs souterrains sont préférables aux autres que l'on garde

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

en réservoirs couverts au-dessus du sol, sans voûte assez épaisse pour les protéger contre la chaleur.

Enfin, ainsi que cela résulte des renseignements qui m'ont été fournis, les bassins ne sont pas assez souvent mis complétement à sec pour être lavés, grattés et débarrassés de tous les germes d'infusoires végétaux et animaux qu'ils renferment.

Au moment où je parle, le bassin de Vaugirard n'a pas été vidé depuis le mois d'octobre dernier, c'est-à-dire depuis sept mois. L'opération est dispendieuse, m'a-t-on dit, mais je ne puis rien garantir à cet égard; on ne la fait qu'une, deux ou quatre fois l'an, selon les réservoirs que j'ai visités. Il y a peut-être là quelque chose à faire. On trouverait sans doute dans un excès de propreté le moyen d'empêcher pendant la saison chaude l'altération des eaux par les végétaux et animaux infusoires dont les débris putréfiés par l'élévation de température peuvent être nuisibles.

Ce serait peut-être aussi l'occasion d'employer de temps à autre, comme anti-putride, et pour s'opposer à la fermentation des matières végétales et animales incrustées dans les parois des bassins, les fumigations d'acide sulfureux que l'on emploie avec tant d'avantage pour la conservation du vin et de la bière en tonneaux, contre l'*oïdium* de la vigne et contre l'*achorion* de la teigne.

Il suffirait de fermer les bassins mis à sec et bien lavés avec une bâche sous laquelle on ferait brûler pendant une heure une suffisante quantité de fleur de soufre. L'opération ne serait ni bien dispendieuse ni bien difficile. Elle ne saurait nuire aux qualités de l'eau, et ce serait chose possible chaque fois qu'on mettrait les bassins à sec pour les nettoyer.

Influence sur la santé. — Après cette exposition des faits, il ne me reste plus qu'à parler des conséquences de l'altération des eaux de Paris pendant l'été, et sur la nécessité d'y remédier. Ainsi que l'a dit M. de Jussieu:

« La bonne qualité des eaux étant une des choses qui contribuent le plus à la santé des citoyens d'une ville, il n'y a rien à quoi les magistrats aient plus d'intérêt qu'à entretenir la salubrité de celles qui servent à la boisson commune des hommes et des animaux, et à remédier aux accidents par lesquels ces eaux pourraient être altérées, soit dans le lit des fontaines, des rivières et des ruisseaux où elles coulent, soit dans les lieux où sont conservées celles qu'on en dérive, soit enfin dans les puits d'où naissent les sources. » (De Jussieu, *Hist. de l'Acad. des sciences*, 1733, p. 351.)

Il me suffira, je pense, d'avoir établi le fait de l'altération possible des eaux dans leurs réservoirs par des matières végétales ou animales, pour faire pressentir l'influence que peut avoir ce mélange sur certaines affections des voies digestives observées à Paris pendant l'été et durant l'automne; je n'insisterai pas sur ce point, qui sera peut-être de ma part l'objet d'une nouvelle communication. Je raconterai seulement ici un fait qui prouve l'avantage des eaux de source de Paris sur les eaux de rivière, trop faciles à s'altérer. Dans le quartier de Sèvres, où j'ai longtemps pratiqué comme médecin du bureau de bienfaisance, pendant l'été la diarrhée régnait souvent d'une façon presque épidémique. Beaucoup de médecins supprimaient alors l'usage de l'eau de Seine et envoyaient chercher de l'eau du puits artésien de Grenelle. Cela suffisait pour remettre les voies digestives en bon état.

Ce n'était que de l'eau pure remplaçant une eau altérée par l'addition de matières organiques en fermentation. Au reste, les eaux du puits de Grenelle ont encore une autre qualité qui les rend précieuses pour les habitants. Prises à la sortie du tuyau, elles sont ferrugineuses, colorent en jaune clair le cristal blanc qu'on y laisse séjourner pendant quelques jours, et le transforment en verre de Bohême safrané. Elles sont excellentes contre la chlorose, et par elles quantité de personnes ont été guéries de cette affection.

En résumé:

1° Si les eaux de Paris ne sont pas assez abondantes, elles sont de bonne qualité.

2° Les eaux d'Arcueil et du puits artésien s'altèrent moins que les eaux de l'Ourcq et de la Seine.

3° Certaines eaux s'altèrent rapidement en été par la formation rapide de *navicules*, d'*oscillaires*, de *paramécies*, d'*anguillules*, de *daphnis*, etc., dont les débris entrent en fermentation sous l'influence de la chaleur et des orages.

4° Les eaux qui s'altèrent par la décomposition de matières végétales et animales, sont celles qui sont emmagasinées à découvert et qui reçoivent avec les impuretés de l'atmosphère l'influence de la chaleur et de la lumière solaire ou diffuse.

5° Ainsi que l'a déjà établi M. Guérard (1), les eaux dont on veut conserver la fraîcheur et la pureté doivent être recueillies dans des réservoirs fermés.

6° Il ne suffit pas d'abriter les réservoirs au moyen d'un toit, il faut les rendre souterrains, et s'ils sont au-dessus du sol, les recouvrir d'une voûte épaisse qui empêche leur échauffement par les rayons solaires.

7° Les réservoirs doivent être mis à sec, lavés et désinfectés au moins tous les mois pendant la saison chaude.

8° Dans l'état actuel, les bassins pourraient être recouverts d'une double voûte; la première peu épaisse, au-dessus de l'eau, pour l'abriter de la lumière, de l'air et du soleil; la seconde plus mince, distante d'un mètre, pour empêcher la première d'être échauffée par le soleil.

9° On peut obtenir la désinfection des réservoirs mis à sec en les couvrant d'une bâche en toile et en y brûlant du soufre, dont les vapeurs empêchent la fermentation des algues et des débris d'infusoires végétaux ou animaux.

10° Enfin, il serait heureux qu'à l'exemple de certaines localités, des galeries filtrantes ou des filtres pussent être placés dans tous les bassins de la ville.

(1) Mémoire cité.

HOTEL-DIEU. — M. HÉRARD,

suppléant de M. le professeur Rostan.

De l'alimentation dans la fièvre typhoïde.

A l'occasion de quelques cas de fièvre typhoïde qui se sont montrés simultanément dans le service de la Clinique, dans le cours du mois dernier, M. Hérard a exposé quelques considérations générales sur le traitement de la fièvre typhoïde, et notamment sur le régime alimentaire qu'il convient de faire suivre aux malades. Voici un résumé des principes qu'il professe sur ce point important de médecine pratique.

Les médecins qui considèrent l'entérite folliculeuse comme le point de départ de tous les phénomènes morbides de la fièvre typhoïde, ont été logiques lorsqu'ils ont dit que le traitement de cette affection devait être antiphlogistique au début et plus tard tonique. La question est de savoir si même au début de la fièvre typhoïde il y a des phénomènes inflammatoires, fussent-ils même d'une nature spéciale. Pour ma part, je ne puis admettre ce prétendu caractère inflammatoire de la fièvre typhoïde. Il est évident qu'il y a une éruption qui joue un rôle très-important dans cette affection; j'admets qu'elle doit être prise en très-sérieuse considération. Dans certains cas, on voit en effet cette éruption s'entourer d'une inflammation de voisinage, comme la pustule variolique; mais je ne puis aller plus loin, je ne puis admettre que cette éruption soit le point de départ de tous les autres phénomènes. Il n'y a, en effet, aucune concordance, aucun rapport d'intensité entre cette éruption et les autres phénomènes.

L'expérience vous montre tous les jours que, tel cas où il y a à peine quelques plaques apparentes, la maladie a acquis son plus haut degré de gravité, tandis qu'au contraire dans tel autre où l'éruption a été très-abondante la maladie s'est montrée bénigne.

Aussi ne nous verrez-vous pas avoir recours aux émissions sanguines, sauf dans des cas fort rares où il y a de très-vives douleurs de ventre qui indiquent une entérite d'une assez grande intensité. Je rejette donc d'une manière générale les émissions sanguines.

Ceux-là sont logiques aussi, qui, considérant la maladie comme de nature putride, ont recours aux émèto-cathartiques.

J'admets l'utilité très-grande des émèto-cathartiques, surtout au début de la maladie, où il existe toujours un état saburral plus ou moins prononcé. J'admets aussi qu'il est très-utile de stimuler de temps en temps l'intestin par quelques purgatifs salins. Mais je ne puis aller plus loin, je ne puis considérer cet état saburral comme l'origine de la maladie et la cause de tous les autres phénomènes. Je proscris donc l'abus dans l'emploi de cet ordre de moyens.

Quel sera donc notre traitement de la fièvre typhoïde? Nous ferons d'abord, avant de formuler nos moyens, une distinction entre les cas légers, les cas moyens et les cas graves, les formes simples de la maladie et les formes particulières plus ou moins graves.

Dans les formes légères, vous nous verrez faire assez souvent de l'expectation, non pas dans le sens absolu du mot, — je n'admets l'expectation tout à fait passive dans aucune maladie, — mais vous me verrez tenir sur la réserve et faire une médication peu active: un émèto-cathartique au début, quelques purgatifs après, quelques boissons acidulées, quelques bains si la peau est chaude, sèche et aride.

Dans les formes graves il faut agir, et agir même d'une manière énergique, mais d'une manière différente, suivant le caractère particulier des phénomènes prédominants. Dans la forme adynamique, par exemple, il y a une indication générale qui répond au caractère général de débilité de la maladie, avec tendance aux congestions passives. Dans ce cas j'administre les toniques et les stimulants, vin en boisson ou en lavements, s'il ne peut être toléré par l'estomac, quinquina infusé dans du café, sous-acétate d'ammoniaque, camphre, etc.; c'est dans cette forme surtout qu'il importe de surveiller les eschares du sacrum.

Dans la forme ataxique, nous sommes assez pauvres de moyens. C'est contre cette forme qu'on voit échouer presque toutes les médications les plus énergiques et les plus variées. L'état du cerveau et des méninges semble bien indiquer les émissions sanguines, mais ce ne sont pas là des congestions franches qu'on puisse combattre efficacement par des saignées. Ce sont des congestions passives. Il faut plutôt tonifier, réveiller la contractilité que l'affaiblir par des spoliations. C'est donc encore dans l'ordre des toniques stimulants qu'il faut chercher les moyens de combattre l'affection; les vésicatoires, les affusions froides, sont ceux que nous employons de préférence.

Dans la forme thoracique, nous employons volontiers les ventouses sèches à hautes doses, préconisées dans ces derniers temps par M. Behier. Elles opèrent une dérivation cutanée très-puissante et d'un très-bon effet; mais elles ont un inconvénient qui doit rendre circonspect dans l'application à certaines époques de l'année, c'est d'obliger à découvrir les malades.

Voilà les bases principales du traitement que vous nous verrez employer. Mais il y a pour moi quelque chose de beaucoup plus important encore que tous ces agents thérapeutiques dans le traitement de la fièvre typhoïde, quelque chose qui domine tout, c'est l'alimentation. Permettez-moi de vous en entretenir un peu plus longuement.

Malgré les sages préceptes d'Hippocrate, malgré les travaux modernes, les médecins, encore plus ou moins dominés par l'influence des doctrines de l'irritation, prescrivent généralement la diète dans le cours des maladies aiguës. Cependant nous avons la conviction que la diète a de très-grands inconvénients. Hippocrate avait déjà parfaitement apprécié les effets de l'inanition, lorsqu'il a dit qu'il était honteux pour le médecin d'ignorer que la diète accroît la faiblesse. Mais c'est surtout depuis les belles recherches de Chossat sur ce sujet, qu'il n'est plus permis de méconnaître les effets d'une diète trop rigoureuse et trop prolongée. Or si la proposition formulée par Hippocrate est applicable au plus grand nombre des maladies aiguës, à plus forte raison importe-t-il d'en tenir compte dans la fièvre typhoïde, maladie ordinairement de longue durée et de nature essentiellement septique.

Voyons d'abord quels sont les effets les plus ordinaires de l'abstinence prolongée.

Vous savez que lorsqu'on vient à priver un individu d'aliments pendant longtemps, l'estomac ne fournissant plus les matériaux nécessaires à l'entretien des organes, l'organisme puise en lui-même les matières alibiles qu'il renferme. Mais comme ces matériaux ne sont plus réparés à mesure de leur destruction, il en résulte qu'ils ne tardent pas à devenir insuffisants; puis il arrive un moment où ils manquent tout à fait. Alors la mort arrive.

Les expériences de Chossat ont établi, en moyenne, que l'animal qui est soumis à l'abstinence absolue succombe lorsqu'il a perdu les 4/10mes de son poids, c'est-à-dire un peu moins de la moitié de son poids initial.

La limite extrême de la durée de la vie, dans ces expériences, a été de vingt jours pour les pigeons, de trente-cinq jours pour les chiens. Pour l'homme, elle est de quarante à cinquante jours; elle n'a jamais dépassé cette dernière limite.

Voici quels sont les phénomènes que l'on a constatés dans ce cas:

Le sujet commence par tomber dans un état d'émaciation squelettique accompagné de troubles digestifs et cérébraux qui présentent une grande analogie avec les symptômes de la fièvre typhoïde. Vous voyez d'abord la faim, qui a acquis le plus haut degré d'intensité au début, remplacée bientôt par une sensation douloureuse de tiraillements d'estomac; en même temps les sécrétions tendent à se tarir: l'estomac ne sécrète plus de suc gastrique, les glandes salivaires ne font plus de salive. Si, arrivé à cette période, on donne des aliments, ils ne sont pas supportés, même à l'état liquide; l'estomac les rejette immédiatement comme il rejetterait une matière inerte. S'ils ne sont pas rejetés, on s'assure plus tard qu'ils n'ont subi aucune modification. Il survient enfin une diarrhée colliquative.

Voilà pour les symptômes qui se manifestent du côté des organes gastro-intestinaux.

Ceux qui ont lieu du côté de la tête ne sont pas moins graves. Il survient de l'agitation, de l'insomnie, du délire; puis à cette première période d'agitation succède la période d'atonie caractérisée par un profond état de collapsus et par la stupeur. Quelques convulsions terminent ordinairement la scène.

Dans d'autres circonstances il se manifeste une autre série de troubles périphériques, tels que de l'œdème, des hémorrhagies par les membranes muqueuses, des pétéchies, des eschares, de la gangrène. M. Guislain rapporte avoir vu des aliénés chez qui une abstinence prolongée avait amené la gangrène des poumons, ainsi que des gangrènes partielles des points déclives. Enfin l'un des effets les plus constants de l'inanition est un abaissement de la calorification.

On consultera avec fruit sur ce sujet les *Recherches physiologiques* déjà citées de M. Chossat, la thèse de M. Bouchardat *sur l'alimentation insuffisante*, l'*Histoire des épidémies de fièvre de famine en Irlande et dans les Flandres en* 1846 *et* 1847. On verra dans les diverses relations de ces épidémies la description de tous ces troubles cérébraux dont nous venons de parler, et particulièrement du délire furieux.

N'est-on pas frappé de l'analogie qui existe entre ces phénomènes morbides et ceux de la fièvre typhoïde grave? De part et d'autre, les mêmes troubles sanguins et nerveux généraux. Il n'en faudrait pas conclure à l'identité de cause et de nature, assurément; mais il est bon de faire remarquer que dans les dernières périodes de la fièvre typhoïde on observe la plupart des phénomènes qui se rapportent à l'inanition.

J'ai vu, il y a quelques années, un fait qui m'a beaucoup fait réfléchir sur ce rapprochement. Je vous demande la permission de vous le rapporter, car il est plein d'enseignements à cet égard:

Une jeune dame de mes clientes fut atteinte de fièvre typhoïde au commencement de l'année 1852. Cette fièvre typhoïde prit dès le principe les allures d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité et de forme muqueuse. Un de nos plus savants collègues des hôpitaux, appelé en consultation, proposa le traitement qui lui réussissait le mieux habituellement, et qui consistait en purgatifs salins tous les jours ou tous les deux jours (un verre d'eau de Sedlitz) et une diète sévère tant que durerait le mouvement fébrile.

La médication fut employée toutefois, je dois le dire, avec un peu moins de rigueur, en ce sens que j'éloignai les purgatifs et donnai quelques tasses de bouillon de poulet, mélangé avec du bouillon de

bœuf. Pendant quelque temps les choses se passèrent sans incident notable ; le pouls battait environ 110 fois par minute ; la peau conservait de la chaleur, mais modérée ; la diarrhée persistait ; bientôt nous vîmes se produire un amaigrissement notable ; le pouls augmenta de fréquence ; il y eut quelques vomissements, un peu de divagation nocturne ; de la toux ; la langue devint rouge et sèche. Tous ces phénomènes prirent une intensité croissante, à tel point que la famille redemanda une consultation composée de trois éminents praticiens ; médecins des hôpitaux. A ce moment (environ au trente-cinquième jour de la maladie), les accidents étaient formidables : pouls battant 150 fois par minute ; peau refroidie ; vomissements incessants de toute substance liquide introduite dans l'estomac ; rougeur de la langue et de l'arrière-gorge, avec exsudation de muguet ; diarrhée ; toux excessivement fréquente ; délire surtout la nuit, et rêvasseries continuelles.

Les médecins consultants jugèrent le cas excessivement grave, mais ils ne furent pas d'accord sur la cause principale de ces accidents. L'un d'eux pensa qu'il y avait un ramollissement de l'estomac, et proposa quelques révulsifs cutanés. Les deux autres se préoccupèrent surtout de la toux, et croyant avoir perçu au sommet des poumons quelques râles, penchèrent vers cette opinion qu'une phthisie aiguë s'était développée dans le cours de la fièvre typhoïde, et proposèrent l'huile de foie de morue comme ressource extrême et sans espoir fondé de réussite. Moi qui connaissais ma cliente depuis longtemps, et qui savais qu'elle n'avait jamais toussé et qu'elle n'avait aucun antécédent héréditaire, j'avais de la peine à admettre la phthisie pulmonaire, quoique je n'ignorasse pas que souvent, à la suite d'une débilitation prolongée, des germes morbides endormis jusque-là peuvent se développer brusquement. Je pensai plutôt que les graves accidents que nous observions pouvaient bien tenir exclusivement à l'inanition, et dès lors je n'eus plus qu'un but, alimenter graduellement la malade. On aurait difficilement une idée des difficultés que j'éprouvai à faire tolérer quelques cuillerées de bouillon glacé. Mais enfin j'y parvins, et progressivement j'arrivai à donner plusieurs tasses de bouillon de bœuf, de petits potages et enfin des aliments plus substantiels. A partir de ce moment les symptômes s'amendèrent, les vomissements diminuèrent pour disparaître tout à fait ; la toux cessa ; le pouls redescendit au chiffre de 120, 115, 100. La malade guérit après une longue convalescence. Depuis lors elle a joui d'une parfaite santé, et n'a jamais éprouvé des symptômes de phthisie pulmonaire.

Je suis resté persuadé depuis que cette malade se mourait, non de la maladie, mais du régime inopportun que nous lui faisions subir, de l'exténuation par la diète. Vous n'avez qu'à consulter le mémoire de M. Marotte, vous y trouverez des observations tout à fait identiques à celle-ci. C'est ce qu'il appelle la cachexie famélique.

Il serait intéressant de rechercher quelle différence il peut y avoir entre cette adynamie famélique et l'adynamie morbide. M. Marotte a essayé de les caractériser, mais c'est très-difficile. Aussi, ce qu'il y a de mieux à faire en pareil cas, c'est de ne pas s'exposer à avoir à faire une pareille distinction.

Sans doute on a fait au système de l'alimentation pendant le cours des maladies aiguës de graves objections. On a dit : Comment, avec 100, 110, 120 pulsations, vous allez donner des aliments ! Ne craignez-vous pas d'augmenter la fièvre? L'observation clinique nous permet de répondre à cette objection : Non, il n'y a point à craindre ; dans ces circonstances, qu'une alimentation légère augmente la fièvre. Et d'abord, il ne faut pas donner le nom de fièvre à l'accélération du pouls qui arrive vers le déclin de la maladie. Cela est si vrai, qu'il n'y a qu'une seule manière de faire baisser le pouls dans ce cas, c'est de nourrir les malades.

Mais ce n'est pas là la véritable objection qu'on nous oppose. C'est la fièvre véritable, l'accélération du pouls avec chaleur à la peau, que l'on considère comme une contre-indication de l'alimentation. Je dirai avec M. Monneret : « Depuis quand la fièvre empêche-t-elle de donner des aliments aux malades? Est-ce qu'on ne prolonge pas l'existence des phthisiques, mines par la fièvre en les nourrissant jusqu'à la période ultime? Est-ce qu'on ne met pas les malheureux consumés par une lésion viscérale organique, en état de résister longtemps, grâce à une alimentation soutenue? Les chirurgiens n'ont-ils pas appris aux dépens des blessés que la diète est souvent pernicieuse après les grandes opérations? C'est toujours la peur du fantôme de l'irritation qui arrête le médecin dans cette voie.

Mais, nous objectera-t-on encore, les recrudescences ont lieu sous l'influence de l'alimentation. Oui, mais c'est parce que vous aurez donné une alimentation trop forte à un sujet dont l'estomac est resté longtemps sans agir.

Mais quoi! pourra-t-on ajouter, vous voulez donner des aliments à des individus qui ont des enduits épais sur la langue, qui ont de l'inappétence, du dégoût même! Mais ces enduits ne sont souvent eux-mêmes que le résultat de la diète. Essayez dans ce cas de faire nettoyer la bouche, les dents et les gencives, et vous ferez souvent disparaître l'inappétence.

Dans ces derniers temps, j'ai vu arriver dans mon service de Lariboisière des malades qui avaient de ces enduits saburraux sur la langue, et qui repoussaient toute alimentation. Je leur faisais nettoyer la bouche, et je leur donnais des bouillons ; quelques jours après, ils demandaient à manger. Non-seulement en pareil cas il ne faut pas refuser des aliments à ceux qui en demandent, mais on devrait même en ordonner à ceux qui en refusent. MM. Monneret et Marrotte n'ont pas hésité dans quelques circonstances à agir ainsi.

On a dit qu'il y avait des dangers très-graves au point de vue des lésions intestinales à donner des aliments pendant la dernière période de la fièvre typhoïde; qu'astreindre un intestin ulcéré au travail de la digestion, ce serait s'exposer à produire du météorisme, de la diarrhée et des perforations. C'est là une terreur imaginaire, car l'alimentation prévient au contraire la formation des ulcérations ou favorise leur cicatrisation quand elles existent déjà ; elle diminue la diarrhée et le météorisme en stimulant l'intestin affaibli, et en empêchant la résorption des matières putrides ; elle prévient enfin ou guérit rapidement la gangrène. Les expériences physiologiques et l'observation clinique concourent également à le démontrer. M. Collard de Martigny, dans ses recherches relatives aux effets de l'abstinence sur la composition et la quantité de la lymphe, a observé que dans les dernières périodes de l'inanition la quantité de la lymphe qui circule dans le canal thoracique diminue graduellement, et qu'elle devient moins coagulable et moins colorée. Il a vu que les plaies guérissaient beaucoup plus vite chez les sujets que l'on alimentait que chez ceux qui restaient soumis à la diète. Il n'est pas un chirurgien aujourd'hui qui ne sache très-bien que la diète favorise la résorption des produits morbides déposés à la surface des plaies, et que l'alimentation diminue ce travail de résorption.

J'ai reçu il y a quelques mois, dans mon service de Lariboisière, une jeune fille qui était au vingt-deuxième jour de la fièvre typhoïde ; elle avait de larges eschares. En quelques jours, sous l'influence seule de l'alimentation, les plaies se sont détergées, des bourgeons charnus se sont développés, et la cicatrisation s'est opérée en quelque sorte sous mes yeux.

L'alimentation a encore cet immense avantage qu'on ne voit plus ces longues et interminables convalescences. Les malades passent avec une grande rapidité de cet état de marasme qui marque la dernière période de l'affection typhoïde à la réparation et au retour des forces.

En quoi doit consister l'alimentation des malades? Ceci est important. Beaucoup de médecins, parmi ceux qui ne se croient pas obligés d'attendre pour donner des aliments que la fièvre ait complétement cédé, se bornent à prescrire des bouillons. Ce n'est pas assez. Si vous lisez les recherches de M. Chevreul et celles de M. Bouchardat sur la valeur nutritive des différents aliments, vous y verrez qu'un litre de bouillon représente en général 25 grammes de matière nutritive ; encore compte-t-on sur ces 25 grammes 10 grammes de sel, ce qui en réalité réduit à 15 grammes la quantité de matière véritablement nutritive ; et encore, si vous en défalquez ce qui passe dans les urines, vous verrez que cet aliment est tout à fait insuffisant ; c'est un stimulant utile, mais un élément de réparation insuffisant. Les aliments qu'il convient de prescrire sont des potages gras ou maigres, des laits de poule ; c'est un aliment très-réparateur, et que je donne souvent ; des gelées de viandes ; et sans pousser à l'extrême, il est des cas où je suis d'avis qu'il faut même aller plus loin, et donner des aliments plus substantiels encore, des aliments solides. Je ne crains pas dans quelques circonstances de faire sucer des côtelettes à des malades qui ont encore la fièvre. Il en est qui rejettent tous les aliments liquides, tandis qu'ils tolèrent très-bien les solides. Chez tel malade qui ne peut pas supporter le bouillon, une côtelette passe quelquefois très-bien. On arrive par de prudents tâtonnements à découvrir le mode d'alimentation qui convient le mieux à chaque sujet.

Je donne peu de tisanes ; elles fatiguent souvent les malades, sans aucune compensation avantageuse. J'aime mieux leur donner un peu de vin, de la limonade vineuse ou du vin de quinquina. Si l'estomac ne le tolère pas bien, on peut l'administrer en lavement, comme le fait M. Monneret.

Enfin, il est quelques circonstances où les malades ne peuvent supporter aucune alimentation. Dans ce cas, je recommande l'usage de la pepsine de M. Corvisart, ferment qui permet de digérer comme dans un vase inerte. J'ai vu dans quelques cas la pepsine amener en peu de temps la tolérance pour des aliments qui auparavant ne pouvaient être supportés.

Il est un autre tonique encore qu'on ne doit jamais négliger et auquel pour ma part je ne manque jamais d'avoir recours, c'est le tonique moral. Il est, en effet, de la plus grande importance pour amener une prompte et franche guérison, d'encourager les malades et de soutenir leur moral par tous les moyens que peut suggérer au médecin sa sollicitude pour eux.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 juin 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet :

1° Des rapports sur différentes épidémies, par MM. les docteurs Dehoey (de Saint-Girons), Lafont (de Torcy), et Carré (de Chambéry). (Commission des épidémies) ;

2° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Amand (Nord), par M. Marbotin ; de Vittel (Vosges), par M. Patézon ; d'Ussat (Ariége), par M. Ourgaud. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Le Roy (d'Etiolles), qui réclame en faveur de feu son père la priorité de l'invention du spéculum à deux valves, dont un modèle a été présenté dans la séance du 28 mai dernier.

2° Une note de MM. Robert et Collin alléguant que leur canule à ailettes mobiles n'a rien de commun avec l'instrument analogue de M. Mathieu.

— M. le Président annonce que M. Denis (de Commercy), associé national, et M. Hulin (de Mortagne), correspondant de l'Académie, assistent à la séance.

— M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un forceps brise-pierre qu'il a construit d'après les indications de M. le Profes. Nélaton, pour l'opération de la taille pré-rectale. Cet instrument doit remplir les indications suivantes : saisir et retenir les plus gros calculs, les briser en fragments assez petits pour être extraits par une incision de petite étendue. Il doit en outre présenter un volume qui permette de l'introduire dans la vessie par une incision de 0,03 au plus.

L'instrument se compose d'une pince-tenette dont les deux branches s'unissant comme celles d'un forceps, saisissent le calcul ; les dents en arc-boutant dont les branches sont armées, l'empêchent de glisser. La tenette s'introduit dans la vessie, chaque branche séparément, la branche mâle d'abord, puis la branche femelle. On comprend dès lors que la partie de l'instrument qui sera au niveau de l'incision étant celle de l'entre-croisement des branches B, il suffira de lui donner une faible étendue ; et, en effet, l'expérience a encore montré qu'il suffisait de 0,03.

Cette tenette, par sa puissance de pression, permet déjà de broyer certains calculs volumineux il est vrai, mais sans résistance. Pour briser la pierre en éclats et la réduire en petits morceaux, on ajoute, après l'introduction de la tenette dans la vessie, une pièce D d'une articulation facile : c'est un perforateur taillé en fer de lance et armé latéralement d'un double coin A entrant dans le calcul et le faisant éclater, ainsi que le prouve l'expérience. Un levier transversal E, que l'on saisit de la main gauche, empêche l'instrument de faire des mouvements pendant l'opération. (Commissaire, M. Gosselin.)

RAPPORTS.

De la circulation du sang dans les membres et dans la tête chez l'homme. — M. Ch. Robin, au nom d'une commission composée de MM. Gavarret, Briquet, et Robin, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Sucquet, ayant pour titre : *De la circulation du sang dans les membres et dans la tête chez l'homme*.

Ce mémoire renferme plusieurs ordres de données distinctes. Ce sont :

1° Des faits anatomiques nouveaux, relatifs à la manière dont les artères des membres et de la tête se continuent avec les veines correspondantes ;

2° Des observations et des expériences sur la voie que suivent les injections poussées dans les artères des membres et de la tête pour revenir dans les veines, expériences qui ont été le point de départ de la découverte des faits précédents, et dont à leur tour ceux-ci viennent rendre compte ;

3° Des applications de ces données à la physiologie, à l'étude de la circulation de la tête et des membres aux divers âges, dans diverses conditions naturelles ou accidentelles.

M. le rapporteur examine successivement ces divers ordres de faits.

Après un historique des principaux travaux relatifs à ce point d'anatomie, depuis ceux de Malpighi en 1661, jusqu'aux derniers travaux de M. Cl. Bernard sur la circulation du foie, M. le rapporteur s'exprime en ces termes :

Nos connaissances anatomiques en étaient là, lorsque M. Sucquet a reconnu que des communications assez volumineuses existaient des artères aux veines en certains points déterminés et spéciaux de la peau des membres et de la tête. Ces communications ont lieu à l'aide de vaisseaux qui, au lieu de continuer à se subdiviser, comme le font ailleurs les artères d'un volume semblable, se jettent dans les veines. Le volume de ces vaisseaux n'est pas fixé dans le travail de M. Sucquet ; mais sur les pièces et sur des injections pratiquées par le rapporteur, ce dernier a constaté que ces conduits de communication des artères aux veines ont un volume qui varie de 6 à 12 centièmes de millimètre, et parfois un peu plus. Ce sont, par conséquent, pour la plupart, des vaisseaux visibles à l'œil nu. Le diamètre est, pour les plus petits de ces vaisseaux, du double au moins plus considérable que les conduits qui forment les réseaux capillaires proprement dits. Le diamètre de ces vaisseaux est d'autant plus important que ce sont les vaisseaux de ce volume qui offrent, par rapport à leur largeur, la couche de fibres musculaires la plus épaisse.

Les principales dispositions anatomiques d'après lesquelles ont lieu les communications des artérioles du volume en question avec les veines, sont les suivantes :

1° Une artériole d'un dixième de millimètre environ, du volume de celles qui dans le voisinage se subdivisent encore, se recourbe et forme directement une veine ; celle-ci revient parallèlement au vaisseau efférent, offre d'abord la même largeur, mais devient bientôt plus large par suite de la jonction d'autres veines avec elle. C'est une inosculation d'artériole à veinule, comme il y en a d'artère à artère et de veine à veine.

2° Une artériole ou une veinule satellite ou voisine de celle-là, et de même volume ou à peu près, communiquent ensemble par un rameau transversal et direct aussi gros qu'elles, bien que cette artère et cette veine offrent encore au delà des subdivisions bien plus fines. C'est le mode de communication décrit dans la peau des batraciens par M. Frédéric Dubois ; mais jusqu'à présent ce n'est que par analogie qu'on l'admettait chez l'homme.

3° Une artériole du volume indiqué plus haut se jette sur le côté

d'une veine beaucoup plus grosse qu'elle, qui peut ne rien offrir de particulier d'autre part, mais qui aux doigts et au nez en particulier présente souvent des varicosités ampullaires dans le voisinage de cet abouchement.

4° Un cas particulier du précédent est celui dans lequel une de ces veines variqueuses reçoit une artériole dans cette ampoule même.

5° Enfin une de ces veines variqueuses, plus grosse que les artères voisines, commence parfois par une ampoule dans laquelle s'ouvre une des artérioles précédentes. C'est surtout chez les adultes et les vieillards, à la pulpe des doigts et au nez, riches en veines ampullaires et volumineuses, que cette particularité s'observe.

Ces divers modes d'origines veineuses et surtout de communications avec les veines d'artérioles non encore réduites en capillaires proprement dits ont été observés par M. Sucquet :

1° Dans le derme des doigts, de leurs extrémités unguéales surtout, de l'éminence thénar et du poignet;

2° Dans celui de la région olécrânienne du coude;

3° A la surface des expansions aponévrotiques des tendons extenseurs, à la surface des ligaments et capsules articulaires de la main, du poignet, du coude, et autour de la tête des os du coude;

4° Dans le derme des orteils, de leur extrémité unguéale surtout et de la plante du pied;

5° Dans celui de la région antérieure du genou, au-devant et autour de la rotule où abondent des artères filiformes accompagnées de veines avec lesquelles elles communiquent souvent par des branches transversales directes; il en est encore ainsi dans le moignon des amputés de la jambe au lieu d'élection;

6° A la surface des ligaments et capsules articulaires de ces régions, de l'articulation tibio-tarsienne, de celle du genou et autour de la tête des os du genou;

7° Dans le derme de la peau des lèvres, du nez, des paupières, des régions surcilières et des oreilles;

8° Dans la muqueuse des cornets et de la cloison des fosses nasales;

9° Enfin dans celle de la pointe de la langue.

Tels sont les faits anatomiques relatifs au mode de continuation des artères avec les veines qui ont paru nouveaux à la commission, du moins pour les parties du corps humain énumérées ci-dessus et au point de vue de la détermination précise des régions des membres et de la tête sur lesquelles on les observe à l'exclusion des autres. Il importait beaucoup, fait remarquer M. le rapporteur, de savoir exactement où ont lieu ces communications et où elles n'ont pas lieu, pour arriver à faire d'utiles et réelles applications de ces données anatomiques à la physiologie.

Suit la relation des observations et expériences sur la voie que les injections poussées dans les artères des membres et de la tête suivent pour revenir dans les veines; lesquelles font comprendre comment il arrive que l'injection artérielle générale revient par les veines de ces parties qu'elle remplit, alors qu'elle laisse vides celles de la peau et de certains organes placés plus profondément au même niveau, ou bien au-dessus et au-dessous des parties injectées; ce fait souvent observé empiriquement, mais qui n'était signalé que comme une difficulté inexplicable de faire passer l'injection des artères dans les veines de certains organes, devient désormais saisissable.

La connaissance de ces particularités dans la constitution de l'appareil circulatoire offre un intérêt particulier pour la physiologie, en ce qu'elle permet de se rendre compte d'un certain nombre de phénomènes relatifs au cours du sang, qui avaient été peu étudiés.

Dans une troisième et dernière partie de son rapport, M. le rapporteur indique les applications de ces données anatomiques à l'étude de la circulation.

En résumé, dit M. le rapporteur, la circulation superficielle des membres et de la tête ne s'accomplit pas partout absolument de la même manière, ni comme la circulation profonde, contrairement à ce que l'on a pu croire longtemps. Il est facile de comprendre l'importance des applications qu'on doit faire à la physiologie et à la pathologie de la connaissance de ces dispositions anatomiques, dont la loi n'était connue, ou ne l'était pas assez pour qu'on en fît communément application. Indépendamment de la communication des artères avec les veines par l'intermédiaire des réseaux capillaires, qui prennent part à la texture intime de chaque organe, seule généralement admise jusqu'à présent, il y en a une deuxième espèce offrant plusieurs variétés, dont quelques-unes seulement avaient été entrevues dans la peau des batraciens et des poissons, ou dans le foie de quelques mammifères.

C'est elle qui fait spécialement l'objet du mémoire qui vient d'être examiné, et qui non-seulement vient mettre en évidence et préciser les lois relatives à un certain nombre de faits nouveaux d'anatomie et de physiologie, mais qui ouvre en outre une nouvelle voie à des recherches de même ordre qu'il y aura lieu de poursuivre sur les glandes et quelques autres organes.

En conséquence de l'ensemble des recherches que nous venons d'exposer, et dont l'importance ne saurait être mise en doute, la commission propose :

1° D'adresser à l'auteur une lettre de remercîment pour sa remarquable communication.

2° De renvoyer son travail et les planches qui en font partie au comité de publication.

Morve farcineuse chronique chez l'homme. — Contagion. — M. H. BOULEY, au nom d'une commission composée de MM. Rayer, Hervez de Chégoin et H. Bouley, rapporteur, lit un rapport sur la morve farcineuse chronique de l'homme, à l'occasion de l'observation de morve farcineuse chronique terminée par la guérison qui a été communiquée à l'Académie par M. le docteur Hipp. Bourdon, médecin de l'hôpital Lariboisière. (Nous publierons un extrait de ce rapport dans un prochain numéro.)

PRÉSENTATION.

Main bot. — M. le docteur E. DUCHESNE communique à l'Académie une observation de main bot, avec absence du pouce et hernie ombilicale chez un enfant mort-né à huit mois, et présente les pièces.

L'enfant avait la longueur et l'apparence d'un fœtus de huit mois. Au-devant du cordon ombilical, on voyait un petit paquet d'intestins et d'épiploon qui avaient fait irruption par une hernie ombilicale. Le bras gauche était plus court que le droit. Les deux os de l'avant-bras étaient courbés en dedans et paraissaient un peu plus courts que dans l'état normal; la main, qui offrait un exemple de la difformité désignée sous le nom de *main bot*, n'avait que quatre doigts; le pouce manquait totalement, sans qu'il y eût apparence de rudiment.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets du 14 juin ont été nommés au Muséum d'histoire naturelle :

M. Daubrée, doyen de la Faculté des sciences de Strasbourg, membre de l'Institut, professeur de géologie, en remplacement de M. Cordier, décédé;

M. le vicomte d'Archiac, membre de l'Institut, professeur de paléontologie, en remplacement de M. Alcide d'Orbigny.

— Par décret du 14 juin, M. Chassagnol, 2e médecin en chef de la marine, chef du service de santé au Sénégal, a été nommé officier de la Légion d'honneur;

M. Barthélemy Benoît, chirurgien de 1re classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— L'Association de prévoyance des médecins du département de la Seine-Inférieure, dans son assemblée générale tenue à Rouen le 14 de ce mois, a voté son agrégation à l'Association générale.

— M. le docteur Bouteille, médecin français résidant depuis quelques années à Suez en qualité de médecin sanitaire du gouvernement égyptien, est mort subitement d'une attaque d'apoplexie foudroyante.

La petite colonie européenne de Suez, sans distinction de nationalités, fait élever à la mémoire du docteur Bouteille un monument en reconnaissance des services qu'il a rendus.

— Nous tenons d'un témoin résidant sur les lieux, et qui nous est connu par sa haute véracité, dit la *Revue médicale*, les détails suivants, qu'on ne lira pas sans intérêt :

« Il y a trois ans à peine, lorsque je voulais éloigner les Arabes, je n'avais qu'à leur dire que je me proposais de vacciner leurs enfants. Ils s'éloignaient tout de suite, d'un air boudeur et irrité, parce que leurs marabouts leur faisaient croire que par ce moyen leurs enfants deviendraient impuissants, et que les Français voulaient arriver ainsi à l'extinction de leur race.

» Vers cette même époque, un chirurgien militaire, envoyé par le général de la division pour faire quelques tentatives de vaccination chez nos voisins les Kabyles Beni-Menasser, employa sans doute quelques procédés un peu trop péremptoires, car il se fit chasser à coups de fusil, et il fut poursuivi ainsi que son escorte.

» Maintenant, au contraire, les indigènes m'ont tous promis avec joie de m'amener leurs enfants pour les vacciner, dès que je les ferai avertir. »

— M. le baron de Watteville, inspecteur général des établissements de bienfaisance, vient d'adresser à M. le ministre de l'intérieur un rapport sur les sourds-muets, les aveugles et les établissements consacrés à leur éducation. Ce rapport renferme les éléments officiels d'une statistique fort curieuse.

Il y a aujourd'hui, en France, 21,576 sourds-muets, dont 12,325 hommes et 9,251 femmes. La moyenne des sourds-muets est de 1 sur 1,669 habitants : soit pour les hommes 1 sur 730, et pour les femmes 1 sur 939. Le département des Hautes-Alpes en renferme 1 sur 419 habitants, tandis que celui de la Seine n'en contient qu'un seul sur 4,694 individus. Il est à remarquer que les départements montagneux, dans lesquels la culture est moins importante et la population généralement pauvre, sont ceux où l'on trouve le plus grand nombre de sourds-muets.

Il serait à désirer que l'on pût compléter cette statistique, en faisant connaître le nombre des sourds-muets nés à la suite de mariage entre consanguins; on arriverait sans doute à déterminer plus exactement la valeur de cette cause supposée de la surdi-mutité; peut-être dans les pays pauvres, là où les communications sont moins faciles, les mariages entre consanguins sont-ils plus fréquents. Nous demandons la solution de ce problème à l'habile statisticien, dont depuis longtemps nous avons apprécié les travaux.

On compte 47 institutions de sourds-muets, dont 2, sous le titre d'*Institutions impériales*, sont administrées par l'Etat.

Le nombre des aveugles est de 30,214, savoir : 16,469 hommes et 13,745 femmes. La moyenne de la proportion des aveugles est, à la population totale de l'Empire, de 1 sur 1,201 habitants : soit 1 sur 587 pour les hommes, et 1 sur 714 pour les femmes.

Le département de la Corse compte 1 aveugle sur 533 habitants. Il y a plusieurs maisons d'éducation pour les jeunes aveugles; la plus remarquable est l'*Institution impériale de Paris*, fondée en 1784 par Valentin Haüy, frère du minéralogiste; elle n'a pas moins de 14 professeurs pour les garçons, et une institutrice et 4 dames-professeurs pour les filles. Les autres établissements sont dirigés par des laïques ou des communautés religieuses, et quelques-uns sont réunis à des écoles de sourds-muets.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

De l'épispadias, ou fissure uréthrale supérieure et de son traitement; par M. le docteur DOLBEAU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc. Mémoire accompagné de 4 belles planches représentant 12 sujets. Prix, 7 fr. 50. — Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 73 — SAMEDI 22 JUIN 1861. (34e ANNÉE.) N° 73. — SAMEDI 22 JUIN 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Cancer du cœur, de la plèvre et du poumon. — Épanchement sanguin dans la plèvre. Embolies de matière cancéreuse.

M. le docteur Vidal a communiqué à la Société de biologie une observation recueillie dans le service de M. Hérard, à l'hôpital Lariboisière, dans le cours du premier trimestre de cette année. Cette observation offre un double intérêt, au point de vue clinique et au point de vue anatomo-pathologique, qui ressortira de sa relation même.

Une femme de soixante-deux ans entre le 26 février dernier à l'hôpital Lariboisière, présentant l'état suivant :

Pâleur de la face, teinte terreuse de la peau, amaigrissement très-marqué, pouls fébrile, mou, petit et très-dépressible ; expectoration de crachats muqueux teints de sang. L'anxiété et la gêne de la respiration sont extrêmes ; l'orthopnée paraît symptomatique d'un épanchement du côté droit de la poitrine. On constate, en effet, une matité absolue, remontant en arrière jusqu'au milieu de l'omoplate, avec absence de respiration ; au sommet, du souffle caverneux et une résonnance égophonique de la voix ; en avant, la matité et le silence respiratoire occupent au moins les deux tiers inférieurs de la poitrine. Sous la clavicule, la respiration est soufflante et la sonorité exagérée, skodique avec timbre hydro-aérique. L'examen du poumon gauche et celui du cœur ne révèlent rien d'anormal.

Voici ce qu'apprennent les antécédents de cette malade : depuis trois ou quatre mois, sa santé, jusqu'alors très-bonne, s'est altérée d'une manière graduelle. Amaigrissement, diminution progressive des forces, toux de plus en plus fréquente, expectoration à plusieurs reprises de crachats sanglants, tels ont été les principaux symptômes de la première phase de la maladie. Depuis un mois, il est survenu de la dyspnée avec point de côté à droite ; la toux est devenue très-pénible et la malade a été obligée d'interrompre ses occupations.

D'après ces commémoratifs et l'état qui vient d'être décrit, on porta le diagnostic suivant : épanchement dans la plèvre droite, tuberculisation probable.

Le 1er mars, l'orthopnée est extrême. On pratique la thoracentèse, qui donne issue à environ deux litres et demi d'un liquide composé de sang presque pur, dont le cruor se coagule en un caillot volumineux et de même consistance que celui que fournirait une saignée. Aussitôt après l'évacuation du liquide, on constate la réapparition du murmure respiratoire dans la plus grande partie du poumon, et la disparition du souffle caverneux perçu pendant les jours précédents. L'amélioration fut très-passagère, l'épanchement se reproduisit rapidement.

Le 9, il y eut expectoration d'un fragment de matière solide rougeâtre, ressemblant assez à un caillot sanguin.

Dans la soirée du même jour, la menace de suffocation obligea de nouveau à ponctionner la poitrine. Comme la première fois le liquide était sanglant, et s'écoula à peu près en même quantité. L'affaiblissement excessif de la malade fit encore des progrès pendant les jours suivants, et la mort eut lieu le 16 mars.

L'autopsie fit constater ce qui suit : La cavité de la plèvre droite contenait, avec environ un litre et demi de liquide rougeâtre, de volumineux caillots sanguins, d'aspect tout à fait analogue à celui présenté par le liquide retiré de la poitrine pendant la vie, lorsqu'il fut coagulé après quelques heures de repos.

Des adhérences nombreuses vers le sommet unissent les deux feuillets de la plèvre ; de petites masses arrondies, grosses chacune comme un noyau de cerise, entourées d'ecchymoses et constituées par de la matière cancéreuse, faisaient saillie sur le feuillet pariétal. La plèvre pulmonaire se confondait avec la surface du poumon en un détritus cancéreux. De grosses masses cancéreuses avaient envahi une grande partie du parenchyme pulmonaire ; la plus volumineuse avait détruit le tissu voisin de la bronche droite. Le poumon gauche contenait dans son lobe inférieur un petit noyau cancéreux non encore ramolli.

Le cancer avait envahi le cœur ; la face supérieure et une partie de la face antérieure de l'oreillette gauche étaient transformées en un tissu squirrheux ayant tous les caractères anatomiques et microscopiques du cancer. L[illegible]blance et [illegible]monaires droites s'ouvraient chacune par un seul orifice ma[illegible]u béant par l'induration cancéreuse des tissus voisins. L'endocarde était lisse et avait été respecté tant dans la cavité de l'oreillette que dans celle du ventricule. Cette intégrité de la membrane interne du cœur démontrait jusqu'à l'évidence que ces débris cancéreux dont on constatait la présence dans la cavité du ventricule gauche provenaient d'une source éloignée et avaient dû être apportés par la circulation. Ces débris, facilement reconnaissables à l'œil nu, étaient d'une teinte jaune terne, un peu grisâtre, assez friables, la plupart formant de petites masses granulées du volume d'une tête d'épingle. Les uns étaient libres, les autres retenus dans les colonnes charnues du cœur ; d'autres enfin, enchâssés dans de véritables caillots sanguins, intriqués eux-mêmes dans les fibres tendineuses de la valvule mitrale.

L'identité de structure entre les débris cancéreux trouvés dans le ventricule gauche et la tumeur du poumon, d'une part ; d'autre part, l'intégrité de l'endocarde, permettent d'établir, ainsi que M. Vidal s'est proposé de le démontrer devant ses collègues, qu'il s'agissait dans l'espèce de fragments apportés par la circulation, de véritables *embolies cancéreuses* entraînées par les veines pulmonaires.

Nous avons dit que de cette observation ressortait un fait clinique important ; nous voulons parler de l'épanchement de sang presque pur comme symptôme du cancer de la plèvre.

Voici en quels termes M. Vidal a signalé ce fait à l'attention de ses collègues :

« On sait combien sont rares les hémorrhagies de la plèvre, et si l'on fait abstraction de celles qui sont consécutives à des causes traumatiques, de celles encore qui sont liées soit à la diathèse hémorrhagique, soit aux altérations du sang déterminées par le scorbut, par les fièvres graves ou par les maladies virulentes, on peut dire que presque toutes celles qui restent en dehors de ce cadre appartiennent au cancer de la plèvre. Dans plusieurs cas d'épanchement chronique de la poitrine, de nature douteuse, l'aspect sanglant du liquide auquel la thoracentèse donnait issue a permis de diagnostiquer pendant la vie des altérations cancéreuses de la plèvre qui, sans ce signe, auraient certainement été méconnues. »

M. Vidal a compulsé à cette occasion un certain nombre d'observations de cancer pleural, et il a vu que l'épanchement sanguin ne se montre qu'à une période avancée de l'évolution morbide, à la période de ramollissement. Ainsi, dès le début, alors que le cancer n'apparaît encore que sous forme de gouttelettes de cire disséminées sur la séreuse pulmonaire ou viscérale, il n'y a pas ou il y a très-peu de sérosité épanchée. Plus tard se forment des adhérences cancéreuses, et ce n'est que lorsque la plèvre est envahie dans une certaine étendue qu'on trouve des épanchements un peu abondants. Dans certains cas, la plèvre peut être complétement remplie de sérosité citrine, comme dans le fait de cancer primitif de la totalité de la plèvre que M. Vidal a soumis en 1852 à l'examen de la Société anatomique. Mais lorsque la matière cancéreuse est ramollie en quelques points, lorsqu'elle prend la consistance de l'encéphaloïde et que les apoplexies commencent à se faire dans son tissu, il n'est pas rare alors de trouver le sang épanché dans la plèvre.

Ainsi les épanchements chroniques de la poitrine, constitués par du sang presque pur, se rattacheraient le plus ordinairement, comme le fait remarquer M. Vidal, à une altération cancéreuse de la plèvre arrivée à la période de ramollissement.

Phthisie pulmonaire développée à la suite d'une affection utérine ancienne, enrayée dans sa marche par le seul traitement de cette affection utérine.

Nous avons déjà exposé dans un précédent article quelques-unes des vues de M. Beau sur la réaction réciproque qu'exercent l'une sur l'autre deux affections concomitantes, et en particulier sur l'influence qu'ont, sur le développement de la phthisie pulmonaire, les affections chroniques susceptibles d'amener une anémie plus ou moins profonde.

Nous aurons prochainement l'occasion de donner plus de développement à ce point de vue de pathogénie par la publication d'une série de leçons que M. Beau vient de faire dans son amphithéâtre de la Charité, sur la phthisie et son traitement.

Nous ne rappelons pour le moment cette proposition que pour montrer par un exemple qui s'est présenté tout récemment dans le service de ce médecin, le parti que l'on peut tirer en thérapeutique de la connaissance de cette relation intime des deux maladies, en modifiant avantageusement la plus grave par le traitement de celle qui est le plus facilement accessible aux ressources de l'art. On verra, en effet, dans l'observation suivante, une phthisie pulmonaire développée à la suite d'une affection utérine ancienne, et enrayée par le seul traitement de cette affection utérine.

Cette observation est celle d'une jeune femme de vingt-sept ans, qui était couchée au n° 32 de la salle Saint-Vincent.

Entrée le 6 avril, elle dit être accouchée depuis trois ans de son quatrième enfant. Les trois premières grossesses n'avaient eu aucune suite fâcheuse, mais depuis le quatrième accouchement les souffrances avaient été continuelles. La malade avait alors commencé à ressentir des douleurs de reins augmentant à l'époque menstruelle, et des douleurs à l'hypogastre ; la menstruation s'était dérangée ; les règles revenaient presque toujours en retard ; enfin, il y avait un écoulement leucorrhéique qui n'avait jamais existé auparavant.

Après une certaine durée de ces troubles utérins, les fonctions digestives commencèrent à s'altérer, la malade perdit l'appétit, l'épigastre devint douloureux ; les digestions pénibles s'accompagnèrent de flatulence et d'une grande distension à la région stomacale. Consécutivement survinrent un amaigrissement et un affaiblissement progressifs, des palpitations, des étourdissements, la difficulté de la marche, l'impossibilité du travail, etc.

Enfin, au mois de janvier dernier, la malade, qui n'avait jamais toussé jusqu'alors, commence à avoir des quintes revenant surtout pendant la nuit ; puis surviennent des hémoptysies à deux reprises, des sueurs nocturnes, de la diarrhée de temps en temps ; enfin, depuis trois semaines avant de venir à l'hôpital, la malade était prise tous les soirs d'un petit mouvement fébrile.

A l'entrée, outre les signes précédemment signalés, il y avait de la douleur à la pression sous la clavicule droite, une diminution de la sonorité au même niveau, et quelques bulles aussi sous la clavicule.

On examina la matrice ; le col était gros, entièrement ulcéré sur les deux lèvres ; l'ulcération fournissait une abondante quantité de matière purulente, et du col entr'ouvert sortait aussi une matière visqueuse, filante, caractéristique du catarrhe de la cavité du col.

M. Beau résolut de s'en tenir au traitement de l'affection utérine, qui paraissait avoir été le point de départ de tous les accidents, et de voir l'influence que ce traitement aurait sur la tuberculisation pulmonaire.

Une cautérisation fut pratiquée toutes les semaines ; l'ulcération se rétrécit, le col diminua de volume, la sécrétion se tarit ; en même temps les fonctions digestives se rétablissaient, les forces revenaient, et le 29 mai la malade pouvait sortir de l'hôpital, le col de l'utérus tout à fait cicatrisé. Alors aussi, la fièvre du soir avait complétement disparu ; la douleur sous la clavicule droite était presque nulle, d'excessive qu'elle était à l'entrée ; il n'y avait plus de bulles au sommet du poumon, et seulement une respiration un peu voilée, moins forte que du côté opposé.

La phthisie était donc enrayée. Assurément on n'oserait pas dire qu'il n'y aura pas avant peu une récidive, et qu'une cause quelconque, telle qu'un refroidissement, n'amènera pas une nouvelle poussée de tubercules ; mais il est constant du moins qu'il y a eu un arrêt véritable des progrès de la maladie.

Ce fait montre en effet, ainsi que l'a fait remarquer M. Beau, l'enchaînement qui peut exister entre les maladies, cette femme ayant passé par trois séries morbides :

1° Cet ensemble de signes que M. Beau réunit sous le nom de métropathie ;

2° Dyspepsie et anémie consécutive ;

3° Tuberculisation pulmonaire.

Un cas absolument semblable au précédent, et sous le rapport de la pathogénie et sous le rapport des résultats du traitement, s'est déjà présenté l'année dernière dans le même service.

Sur la gravité de l'orchite développée sous l'influence d'une affection des parties profondes de l'urèthre.

L'inflammation du testicule survenant pendant le cours d'une maladie des parties profondes de l'urèthre a été signalée par tous les pathologistes, mais ils n'ont pas suffisamment insisté sur la gravité que présente l'orchite due à cette cause. Dans ce cas, en effet, l'inflammation occupe particulièrement le testicule ; cet organe, augmenté de volume, se trouve alors bridé par la tunique albuginée, ce qui détermine des douleurs très-vives accompagnées de symptômes généraux assez graves pour causer des inquiétudes sérieuses. On est conduit à pratiquer le

débridement du testicule, en incisant la tunique albuginée, comme le conseillait Vidal. Mais cette opération est souvent suivie, dans cette circonstance, d'un résultat extrêmement fâcheux, ainsi que l'a démontré M. Demarquay dans un mémoire publié en 1858. On trouve dans ce travail quatre observations d'orchites survenues pendant le traitement d'un rétrécissement de l'urèthre compliqué d'une inflammation de la portion membraneuse; chez les quatre sujets les douleurs devinrent tellement intolérables que les médecins qui leur donnaient des soins crurent devoir faire des ponctions pour débrider la tunique albuginée; les plaies ne se cicatrisèrent pas, et il se forma des abcès qui amenèrent la fonte de l'organe sécréteur du sperme. D'autres fois cette orchite arrive à suppuration, comme Curling et M. Ricord en ont vu plusieurs exemples, et cette terminaison entraîne presque fatalement la perte du testicule. Enfin, il est des cas où l'orchite passe à l'état chronique, et la maladie peut alors durer plusieurs mois, comme il en existe actuellement un exemple dans le service de M. Demarquay, à la Maison municipale de santé.

X..., âgé de quarante-huit ans, eut, il y a quinze ans, une blennorrhagie qui ne fut pas compliquée d'orchite, et dont il guérit très-bien, sans conserver, dit-il, aucun suintement habituel; cependant, lorsqu'il buvait de la bière, il remarquait chaque fois un peu d'écoulement par le méat urinaire. Il y a deux ans, il s'aperçut en urinant que le jet de l'urine était plus fin qu'à l'ordinaire.

Enfin, en décembre 1860, il observa que le jet de l'urine était en vrille, qu'il ne pouvait plus le projeter au loin, et, lorsqu'il se rhabillait après avoir uriné, quelques gouttes d'urine tombaient chaque fois dans son pantalon; il était obligé de se relever sept ou huit fois par nuit pour uriner.

Il entra à Lariboisière, dans le service de M. Chassaignac, qui traita son rétrécissement par la dilatation. Pendant un mois on lui mit dans le canal de l'urèthre une sonde de gomme élastique, qu'il gardait pendant deux heures. Sous l'influence de ce traitement on obtint la dilatation du canal de l'urèthre, le jet de l'urine avait son volume normal et pouvait être projeté au loin; mais le passage continuel de la sonde avait amené un écoulement verdâtre par le méat urinaire. En sortant de Lariboisière, le malade passa un mois à l'asile de Vincennes. M. Laborie lui donna le conseil de passer tous les jours une sonde, mais de la conserver seulement quelques instants; au bout de huit jours le jet de l'urine, d'après son rapport, était devenu filiforme, et il éprouvait beaucoup de gêne pour uriner. Il prit alors le parti de garder la sonde tous les jours pendant deux heures, et au bout d'un mois il quitta l'asile de Vincennes, urinant sans aucune difficulté.

Pendant six semaines X... se crut définitivement guéri; mais au bout de ce temps il éprouva un malaise général avec fièvre et douleur très-vive à l'ombilic, et il rendit de l'urine fortement colorée en rouge. Le lendemain, toute la région scrotale se tuméfia; il appliqua d'abord des cataplasmes, puis entra dans un hôpital. Le matin et le soir, on lui vidait la vessie; mais dans l'intervalle d'une visite à l'autre, il ne pouvait pas uriner, et il éprouvait des douleurs vésicales très-vives accompagnées de ténesme; en vain essayait-il d'uriner trente à quarante fois, il ne parvenait pas à vider sa vessie. Un soir, en le sondant, l'interne de service franchit un obstacle à l'entrée de la sonde dans la vessie, et immédiatement il sortit un flot de pus, ce qui soulagea beaucoup le malade. Toutefois il lui était impossible d'uriner sans la sonde, et il souffrait toujours beaucoup. Voyant que sa position ne s'améliorait pas, il résolut de demander du secours à un autre chirurgien, et entra le 13 mars 1861 à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay.

Voici l'état où il était à son entrée :

Le scrotum, les régions inguinales et la racine de la verge présentent un gonflement avec un empâtement remarquable de tout le tissu cellulaire; la peau de ces régions est tendue et d'un rouge sombre; toutes les enveloppes des testicules sont confondues ensemble, comme infiltrées de lymphe plastique, et en examinant le scrotum il est impossible de reconnaître les testicules au milieu de cet engorgement de la région scrotale. L'un d'eux, le droit, est très-petit et tend ordinairement à remonter vers l'anneau inguinal. La vessie est distendue par l'urine, et le liquide qui est évacué par la sonde est purulent. Au côté droit du scrotum existe un abcès qui est ouvert et donne issue à une grande quantité de pus d'une odeur très-fétide.

Depuis que le malade est dans le service de M. Demarquay, on lui a mis une sonde à demeure dans le canal, plusieurs abcès du scrotum ont été ouverts; actuellement l'urine ne contient pas de pus, le gonflement de la région scrotale et des régions inguinales a notablement diminué; celui qui existait à la racine de la verge a disparu, et le malade peut, en soutenant le scrotum avec un suspensoir, se lever et marcher un peu dans le courant de la journée.

En résumé, un homme de quarante-huit ans, ayant eu une blennorrhagie, présente plus tard un rétrécissement de l'urèthre que l'on avait tout lieu de croire guéri, lorsqu'il est pris de fièvre, de douleur à l'ombilic et rend de l'urine sanguinolente. Le lendemain, il lui survient une inflammation du scrotum avec orchite parenchymateuse, et quelques jours après, en introduisant une sonde pour évacuer l'urine contenue dans la vessie, on ouvre un abcès de la prostate; tel est l'ensemble des accidents éprouvés par ce malade.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, qui présente un exemple d'orchite chronique développée sous l'influence d'une prostatite aiguë terminée par suppuration, c'est la lenteur avec laquelle l'inflammation du testicule tend à se résoudre, inflammation qui a envahi non-seulement la glande elle-même, mais encore toute la région scrotale. On voit combien ce fait est en contradiction avec ce que la plupart des auteurs ont écrit sur l'orchite développée sous l'influence d'une affection des voies urinaires autre que la blennorrhagie. En effet ils disent que l'orchite, dans ces cas, cause des douleurs moins vives, et disparaît plus rapidement que celle qui est née pendant le cours d'une blennorrhagie.

Dans d'autres cas, l'orchite dont le développement est lié à une lésion des parties profondes de l'urèthre peut se terminer par suppuration.

M. Demarquay a donné des soins à un malade qui vint à la Maison de santé pour se faire traiter d'un rétrécissement de l'urèthre compliqué d'une inflammation de la région membraneuse et chez lequel une orchite survint pendant le cours du traitement. Il se forma des abcès qu'il fallut ouvrir, et bientôt toute la substance du testicule sortit par lobules à travers l'incision, de sorte que, quand le malade fut guéri, l'on sentait d'un côté de la région scrotale l'épididyme recouvrant un noyau dur, formé par la tunique albuginée revenue sur elle-même.

Quelque temps après, le même malade revint dans le service de M. Demarquay, ayant une nouvelle inflammation de la portion membraneuse de l'urèthre, compliquée d'orchite. La suppuration envahit le testicule restant, qui se vida comme l'autre; ainsi ce malade perdit successivement ses deux testicules, à la suite d'une orchite terminée par suppuration.

On voit d'après ces faits combien l'orchite, développée sous l'influence d'une affection des parties profondes de l'urèthre, entraîne un pronostic grave; il en est de même lorsqu'il se manifeste une orchite et une inflammation de la région scrotale pendant le cours d'une blennorrhagie chez un individu ayant déjà atteint un certain âge; car alors l'inflammation a de la tendance à se terminer par suppuration et gangrène, au lieu de se résoudre, comme cela s'observe ordinairement chez les individus qui sont encore jeunes. M. Demarquay a vu en consultation avec M. Grisolle un homme d'une soixantaine d'années, affecté d'un rétrécissement ancien, qui ayant contracté une blennorrhagie, eut une orchite avec inflammation du scrotum; des abcès se développèrent dans les enveloppes du testicule et une partie de la région scrotale tomba en gangrène. Le malade finit par succomber.

Depuis que M. Demarquay est chargé du service chirurgical de la Maison de santé, il a, dit-il, si souvent vu l'orchite parenchymateuse grave liée à une inflammation des parties profondes de l'urèthre, de la prostate et du col de la vessie, qu'il appelle souvent sur ce sujet l'attention des élèves; il fait observer, en outre, avec quelle réserve il faut pratiquer les mouchetures sur le testicule, ou même le débridement de Vidal (de Cassis), afin de prévenir la fonte purulente du testicule.

OBSERVATIONS SUR QUELQUES CAS DE HERNIES OMBILICALES étranglées.

Lettre adressée à la Société de chirurgie par M. le Dr Goyrand (d'Aix).

Messieurs, au moment de la clôture de la discussion sur l'étranglement des hernies, M. Huguier a émis le vœu que la Société entrât bientôt dans une discussion sur l'étranglement dans les hernies ombilicales. Notre savant collègue pense que dans ces cas il ne faut pas faire la kélotomie. Il possède, dit-il, déjà un certain nombre de faits intéressants, sur lesquels il appuie sa pratique.

Cette proposition, sans autre explication, pourrait mettre bien des chirurgiens dans l'embarras, et il importerait que M. Huguier fît connaître ses vues nouvelles et les motifs qui lui font rejeter le débridement dans cette espèce de hernie.

Est-ce à cause de la gravité de l'opération, de la rareté des succès? Mais si c'est là le motif qu'il allègue, on lui répondra par cet aphorisme si sage et si souvent répété : *Melius anceps quam nullum*...

M. Huguier pense-t-il que le taxis prolongé et forcé doive toujours triompher de l'étranglement de la hernie ombilicale? Mais il doit lui arriver, comme à nous tous, d'être appelé auprès d'un malade qui est traité depuis plusieurs jours par d'autres médecins, et qui se trouve dans de telles conditions qu'il y aurait imprudence à repousser l'intestin dans le ventre sans l'avoir mis à découvert et examiné avec attention. Ainsi, jusqu'à présent, le principe émis par M. Huguier me semble inacceptable. Ce chirurgien produira ses faits dans la discussion; que chacun apporte ici son contingent d'observations; qu'on puisse compter les faits, les peser, et de leur comparaison on pourra déduire des conséquences d'une grande valeur pratique.

Pour mon compte, j'ai rencontré cinq cas d'étranglement grave de hernies ombilicales ou circum-ombilicales. Dans un cas, la hernie s'était faite par suite de la distension qu'avait subie la cicatrice ombilicale chez un homme atteint d'ascite. Les accidents furent sérieux; néanmoins le taxis en triompha. Dans un autre cas, les accidents, modérés pendant les deux premiers jours, prirent tout à coup un tel caractère de gravité, qu'il n'y eut plus lieu de penser à une opération. Le malade mourut soixante-trois heures après le début des accidents. Enfin, j'ai pratiqué le débridement chez mes trois autres malades, et tous les trois ont été sauvés. Ainsi, à juger du danger de l'étranglement dans la hernie ombilicale par les faits que j'ai observés, on croirait que cet accident n'est pas plus grave dans cette hernie que dans les hernies inguinale et crurale. Or, au dire de tous les chirurgiens, il en est autrement. Evidemment, j'ai rencontré une série heureuse. Mais M. Huguier, de son côté, ne serait-il pas tombé sur une mauvaise série?

Voici mes observations.

Obs. I. — *Hernie exomphale chez un sujet atteint d'ascite. Etranglement. Réduction par le taxis.*

Je n'ai pas retrouvé les notes que j'avais recueillies sur le fait de hernie ombilicale chez l'hydropique dont j'ai parlé plus haut; c'est donc de souvenir seulement que je vais en dire quelques mots.

Le malade était âgé de quarante-cinq ans environ; l'épanchement avait distendu la cicatrice ombilicale, qui était soulevée en un sac transparent, sur lequel se voyaient des brides résistantes allant de la base au sommet de la tumeur, à laquelle elles donnaient un aspect multilobé. L'intestin s'engagea dans cette poche et s'y étrangla. Les accidents furent graves et durèrent vingt-quatre heures. Cependant le taxis finit par en triompher.

Bientôt il y eut des selles abondantes, et tous les symptômes de l'étranglement disparurent. Le malade était étranger; peu de jours après cet accident il quitta l'hôpital d'Aix, et je ne sais ce que sont devenues l'ascite et la hernie.

La coïncidence de la hernie étranglée avec l'ascite doit rendre le taxis plus efficace. En effet, le pourtour de l'anneau dilaté par la sérosité abdominale ne présente pas une grande rigidité; et si une partie de la sérosité qui se trouve toujours, dans ce cas, en grande quantité dans le sac avec les organes déplacés, vient à passer sous la pression des doigts entre les parties herniées et le collet du sac, elle doit préparer la voie aux premières et faciliter leur rentrée dans la cavité abdominale.

Obs. II. — *Hernie ombilicale étranglée. Gangrène de l'intestin. Mort sans opération.*

Le 8 février 1845, je fus appelé à Salon, auprès de M. E..., juge de paix, qui était atteint d'une hernie étranglée.

Le malade était un vieillard de soixante-quatorze ans, obèse. Sa hernie était ombilicale; elle formait une tumeur plate, de la largeur de la paume de la main, développée au-dessous de la cicatrice ombilicale. Celle-ci correspondait à la partie supérieure de la tumeur, qui la refoulait en haut. La hernie existait depuis seize ans, et depuis sept ou huit ans elle n'était plus réductible qu'en partie. M. E... avait porté dans les premiers temps un bandage à ressort, mais ne contenait plus sa tumeur, depuis quelques années, qu'au moyen d'une ceinture lacée. La peau de la tumeur était brune; le tissu cellulaire qui doublait cette membrane était si dense, que la peau n'aurait pas pu être pincée.

La hernie, durcie à sa partie supérieure, était fluctuante en divers points, vers sa partie inférieure; elle était peu douloureuse, même à la pression.

Quand j'arrivai chez le malade, la hernie était étranglée depuis cinquante-quatre heures. Les vomissements n'étaient survenus que vingt-quatre heures après le début des accidents. Ils avaient été peu fréquents d'abord, mais en ce moment les nausées étaient presque continuelles; il y avait des vomissements de petites quantités de liquides d'aspect stercoral et un léger hoquet. La température de la peau et le pouls étaient à peu près à l'état normal. Il n'y avait pas de douleur péritonéale, mais une sensation de constriction douloureuse à la partie supérieure du ventre; la constipation était complète depuis le premier jour.

Le taxis avait été tenté plusieurs fois sans résultat. Le malade n'était pas décidé à se soumettre tout de suite à l'opération. Nous le laissons à six heures, après avoir prescrit un lavement purgatif et les fomentations émollientes. Pendant notre absence, M. E... fait venir un notaire et s'occupe de ses affaires.

Revenu à neuf heures, nous constatons avec étonnement dans l'état du malade un changement des plus fâcheux. Il n'y a plus eu de vomissement, mais le hoquet a redoublé, l'anxiété est extrême, la peau est froide, le pouls presque imperceptible, la voix éteinte; en un mot, l'état est si grave que plusieurs médecins présents, parmi lesquels se trouve le frère du malade, médecin aussi, jugent comme moi que la kélotomie ne présenterait plus de chances de succès. Nous prescrivons l'usage des stimulants diffusibles et des sinapismes; le mal s'aggrave de plus en plus, et la mort arrive à trois heures du matin, neuf heures après ma première visite, soixante-trois heures après le début des accidents.

Mon ami, M. le docteur Moutin (de Salon), l'un des médecins du malade, disséque la hernie douze heures après la mort, et me transmet les détails suivants :

« La peau de la tumeur a été divisée crucialement; puis, par une dissection attentive, les quatre lambeaux ont été détachés du sac, dont ils étaient séparés par une couche mince et serrée de tissu cellulaire. Le sac a été ensuite largement ouvert; il contenait une assez grande quantité de sérosité brunâtre, une masse considérable d'épiploon infiltrée d'une graisse consistante, notablement injectée, remarquable par la dilatation de ses veines, adhérente en plusieurs points du sac, notamment au collet; enfin, au-dessous et en arrière de l'épiploon, une anse intestinale d'un brun noirâtre, molle, complétement gangrenée, mais sans perforation, et fortement serrée par l'anneau ombilical. »

On ne dit pas si c'était l'intestin grêle ou le gros intestin qui se trouvait dans la hernie :

« En résumé, dit M. Moutin :

» 1° Sac séparé de la peau par une couche mince, dense et serrée de tissu cellulaire;

» 2° Grande masse d'épiploon tenant au sac, surtout vers son collet, par des adhérences celluleuses anciennes;

» 3° Grande anse intestinale complétement gangrenée;

» 4° Etranglement très-serré par l'anneau ombilical.

» Voilà, mon cher confrère, le résultat de l'autopsie. »

Je regrette que M. Moutin n'ait pas ouvert la cavité abdominale, et qu'il n'ait pas étudié minutieusement la disposition de l'anneau constricteur pour reconnaître si la hernie s'était faite par l'anneau ombilical même ou par une éraillure voisine de cet anneau.

Les accidents dans ce cas ont marché très-rapidement dans les dernières heures de l'étranglement; mais quel chirurgien ne se rappellera les avoir vus marcher plus vite encore dans certaines hernies inguinales et surtout crurales?

Obs. III. — *Hernie sus-ombilicale étranglée; kélotomie; guérison* (1836).

Mme M..., âgée de soixante-douze ans, bonne santé habituelle. Cette dame était depuis le 13 avril retenue dans son lit par une fracture de la jambe, quand, à la fin du même mois, une hernie ombilicale, dont elle était affectée depuis cinquante ans, époque de son premier accouchement, et qu'elle avait toujours contenue, sortit, et fut

réduite par le taxis. L'anneau par lequel elle était sortie, situé au-dessus et près de la cicatrice ombilicale, était rond, avait des bords résistants, et admettait à peine le bout de l'index.

Le 1er mai, cet accident se renouvela et fut accompagné d'un vomissement; on réduisit encore, et on appliqua la bandage.

Le 8 mai, enfin, à sept heures du matin, à la suite de grands efforts que fit la malade pour aller à la garde-robe, l'étranglement se produisit de nouveau, et cette fois on ne put parvenir à réduire; il survint des vomissements; la saignée, le bain chaud, les sangsues, les lavements purgatifs, ne rendirent pas le taxis plus efficace.

Le 9, à midi, nausées continuelles, vomissements fréquents; constipation complète, anxiété, découragement; pouls dur et fréquent; mais la tumeur était molle et peu douloureuse à la pression; le ventre était souple; la malade se plaignait de fortes tranchées et d'une constriction au ventre; mais il n'y avait pas de douleur péritonéale. Lavement de tabac suivi d'un nouveau taxis encore sans résultat.

Le soir, anxiété encore augmentée, ventre sensiblement ballonné, pas de changement notable dans la tumeur. Malgré la mollesse et l'indolence de la hernie, la persistance et la gravité des autres symptômes me font considérer l'opération comme urgente, et je la pratique à huit heures du soir, trente-huit heures après le début des accidents, assisté de mes maîtres les docteurs Arnaud et Guiran.

Craignant les effets de la communication large et directe que le débridement par la méthode ordinaire établit entre la cavité abdominale et l'extérieur dans ces hernies, je voulus débrider sans ouvrir le sac, et dans cette intention je fis à la peau une incision oblique, qui de la partie supérieure gauche de la tumeur se portait en haut et à gauche; il fallut donner à cette incision une longueur assez considérable à cause de l'embonpoint de la malade. Le *fascia superficialis* divisé, la transparence du sac permit de reconnaître la teinte brun-foncé de son contenu, et craignant de réduire un intestin trop altéré, j'ouvris le sac. Il contenait deux ou trois onces de sérosité sanguinolente noirâtre. Cette poche fut d'abord divisée jusqu'à sa partie supérieure, dans la direction de l'incision de la peau; puis, le doigt servant de conducteur au bistouri boutonné, je divisai dans la même direction oblique le sac et la peau jusqu'à la partie inférieure de la hernie. Celle-ci était formée d'une anse d'intestin grêle de trois ou quatre pouces de longueur, d'un brun-foncé, vide et aplatie, qui ne parut pourtant pas suspecte de gangrène. Il n'y avait pas d'épiploon; l'étranglement était très-serré. Un débridement d'une ligne et demie dirigé en haut et à gauche fit cesser l'étranglement. Je pus alors attirer au dehors l'intestin, et quand j'eus reconnu que cet organe ne présentait aucune altération grave ni dans la longueur de l'anse ni dans les points qui avaient subi la constriction, je le réduisis.

Pendant la nuit et le lendemain, la malade eut plusieurs selles; cependant les nausées et les vomissements persistèrent encore pendant vingt-quatre heures, s'accompagnant de coliques, de tension de l'abdomen et d'un état fébrile assez intense. Tout alla bien ensuite, et le 26, dix-huitième jour après l'opération, la plaie était cicatrisée.

Quand elle commença à se lever, Mme M... reprit son bandage, qu'elle ne quitta plus depuis. Elle mourut quatre ans après d'une maladie organique du cœur; sa hernie ne s'était pas reproduite.

Cette hernie se trouvait dans des conditions peu avantageuses; l'intestin n'y était pas garanti par l'épiploon contre l'action de l'anneau étroit et résistant qui l'étranglait, et cependant, après trente-huit heures d'étranglement, il n'avait subi encore aucune altération grave.

On aura remarqué que, dans ce cas, les symptômes locaux n'étaient point en rapport d'intensité avec les symptômes généraux et avec la gravité de l'étranglement. Quand j'ai opéré, la hernie était molle et peu douloureuse, même à la pression, et cependant la fréquence des vomissements, la fièvre, rendaient le débridement urgent, et la teinte brune de l'intestin, la persistance des accidents après l'opération, ont bien prouvé qu'on ne s'était pas trop hâté d'opérer. C'est que l'anse intestinale était vide et molle, et que la distension par des gaz, qui fait que l'intestin résiste à la pression, contribue beaucoup à produire les douleurs dont la hernie étranglée est si souvent le siége.

Obs. IV. — *Hernie ombilicale entéro-épiploïque étranglée; débridement; réduction de l'intestin et d'une masse épiploïque indurée et ecchymosée; guérison* (1837).

Mme D..., ancienne garde-accouchée, âgée de soixante-douze ans, avait depuis plus de trente ans une hernie ombilicale, irréductible en partie et très-gênante, dont elle contenait la partie réductible au moyen d'un bandage fort mal construit. Cette hernie avait été plusieurs fois incarcérée, et on était toujours parvenu à la réduire.

Le 23 juin, survient un étranglement qui résiste au taxis secondé d'un traitement médical rationnel. Appelé en consultation le 26; je trouve une tumeur semi-sphérique, ayant 8 ou 9 centimètres de diamètre, située immédiatement au-dessous du nombril. Cette tumeur, douloureuse, surtout à la pression, contient évidemment du liquide, des parties solides élastiques et d'autres parties plus résistantes, dures. Le ventre est souple, non douloureux à la pression; il y a des coliques, des nausées fréquentes, des vomissements stercoraux, de la fièvre; la face est altérée, la voix cassée. L'opération est jugée indispensable et urgente; je la pratique à trois heures de l'après-midi, avec MM. les docteurs Guiran et Féraud; ce dernier était lo médecin de la malade.

Incision longitudinale dépassant les deux extrémités du diamètre correspondant de la hernie. La couche celluleuse sous-cutanée est très-mince, quoique la malade ait assez d'embonpoint. Le *fascia superficialis* et le sac sont entamés ensemble d'un coup de bistouri, puis incisés dans toute la hauteur de la hernie; il s'écoule une cuillerée et demie de sérosité sanguinolente. La hernie contient une portion d'intestin grêle de 12 à 14 centimètres, d'un rouge brun, et une masse épiploïque volumineuse placée au-devant de l'intestin. L'épiploon, large, souple et membraneux vers l'anneau, présente inférieurement un bord épais, dur, ecchymosé, noirâtre, presque splénifié dans une partie de son étendue. Je fais un débridement de 5 à 7 millimètres sur la partie supérieure gauche de l'ouverture abdominale. L'intestin, d'abord un peu attiré au dehors et reconnu sain dans le point qui supportait l'étranglement, est réduit sans difficulté. La chaleur abdominale me paraît devoir faciliter la résolution de l'engorgement de l'épiploon, et je réduis ce repli du péritoine, qu'il eût été plus prudent d'exciser. Il n'y a pas eu de vaisseau à lier.

Après l'opération, plus de vomissements; première selle douze heures après le débridement. La suture a été enlevée le cinquième jour. La plaie a suppuré. Le vingtième jour, elle était cicatrisée. Mme D... fit sa première sortie le vingt-quatrième jour. Je lui fis reprendre le bandage, quoique la hernie ne parût pas avoir de tendance à se reproduire.

Cette femme s'estimait très-heureuse d'avoir eu à subir une opération qui l'avait délivrée d'une infirmité très-gênante.

Ainsi, trois jours d'accidents graves; réduction d'une masse épiploïque dure, ayant perdu sa texture membraneuse, et de plus très-contuse, qui aurait dû être excisée: voilà certes des circonstances qui donneraient des craintes, quelle que fût l'espèce de hernie débridée. Voyez pourtant combien ont été simples les suites de cette opération!

Obs. V. — *Hernie ombilicale entéro-épiploïque étranglée; kélotomie; réduction de l'intestin; épiploon laissé dans le sac; guérison.*

Ce fait offre beaucoup d'analogie avec le précédent; aussi nous nous bornons à l'indiquer.

Il existe entre ces faits des points de ressemblance et quelques différences que je vais tâcher de faire ressortir.

Chez nos quatre derniers malades, la hernie était très-ancienne; elle existait dans un cas depuis cinquante ans (obs. III), chez un autre depuis trente ans (obs. IV), chez le sujet de la deuxième observation depuis seize ans; enfin, la plus récente (obs. V), datait encore de douze ans. Elles ont donc toutes existé pendant un grand nombre d'années avant de donner lieu à des accidents graves.

Trois de ces hernies n'avaient pas pu être exactement contenues et avaient fini par devenir irréductibles en partie; l'épiploon ne rentrait plus (obs. II, IV et V).

De cette contention incomplète sont résultées l'induration graisseuse de l'épiploon (obs. II, IV et V), et des adhérences celluleuses entre le repli du péritoine et le sac (obs. II et V).

Les trois hernies qui ont été opérées contenaient de l'intestin grêle; dans aucune ne s'est trouvé l'arc du côlon. Pour la deuxième observation, celle dans laquelle nous avons vu la malade mourir de la gangrène de l'intestin sans être opérée, la chose n'est pas dite; M. Moutin, dans le compte rendu de l'autopsie, a dit qu'il avait trouvé une grande anse d'intestin gangrénée, sans indiquer quelle était cette partie du tube digestif; mais le gros intestin aurait, je crois, résisté plus longtemps à la gangrène.

On dit que les hernies ombilicales ne contiennent pas ordinairement de sérosité. Il en a été autrement dans les faits que j'ai observés. La sérosité était abondante chez les sujets de mes deuxième, troisième et quatrième observations; chez la sœur J..., seulement, j'ai noté qu'il n'y en avait que quelques gouttes.

Les observations qui précèdent soulèvent une question qu'on s'est posée bien des fois. Les hernies ombilicales des adultes sortent-elles ordinairement par l'anneau ombilical ou par des éraillures ayant leur siége au voisinage de l'anneau?

Le premier fait, celui qui n'est rapporté qu'en une note sommaire, ne peut laisser de doute sur ce point: dans ce cas, la cicatrice ombilicale, distendue par la sérosité péritonéale, s'est laissée dilater et étendre en membrane; évidemment, la hernie s'est faite ici par l'anneau ombilical.

Dans cette espèce de hernie, les enveloppes semblent n'être formées que d'un seul feuillet, séreux du côté du ventre, cutané à l'extérieur. C'est d'après des faits de ce genre, qu'on a dit que la hernie ombilicale n'avait pas de sac. Ce doit être aussi dans de pareils cas que A. Cooper a vu les enveloppes de la hernie ombilicale frappées de gangrène dans l'étranglement.

Chez Mme M... (obs. III), l'anneau par lequel sortait la hernie était situé au-dessus de l'anneau ombilical, et évidemment indépendant de celui-ci; mais dans mes observations II, IV et V, les hernies, développées tout près de la cicatrice ombilicale qu'elles repoussaient en haut ou en bas sans en changer l'aspect, étaient-elles *ombilicales* ou *adombilicales*? La chose n'a pas été vérifiée dans l'autopsie du sujet de ma deuxième observation, je le regrette. Dans les deux autres cas (obs. IV et V), l'opération ne pouvait résoudre la question, qui, du reste, intéresse moins le praticien que l'anatomo-pathologiste.

Dans mes trois opérations je n'ai fait que des débridements simples de 5 ou 6 millimètres, comprenant le collet du sac et le pourtour de l'anneau, et ce petit débridement d'un anneau que la distension avait rendu parfaitement circulaire, a suffi pour donner à l'ouverture abdominale des dimensions qui ont permis une réduction facile, même dans l'observation IVe, où j'ai replacé dans le ventre une masse épiploïque volumineuse et dure.

Enfin, on remarquera la guérison à peu près radicale amenée par la kélotomie chez les sujets de mes observations troisième et quatrième. Tous les chirurgiens qui ont opéré un certain nombre de hernies inguinales et crurales savent bien que jamais la kélotomie n'en amène la guérison radicale, et que, malgré la précaution que prennent les chirurgiens prudents de faire porter le bandage à leurs opérés dès qu'ils se lèvent, jamais on n'en voit chez qui l'infirmité ne se soit reproduite deux ou trois mois après l'opération; or, chez mes deux malades, le bandage appliqué après la guérison de la plaie a suffi pour empêcher que la hernie ne se reformât.

Cette différence dans les résultats consécutifs de l'opération tient sans doute à ce que les viscères flottants du ventre, entraînés par leur poids et poussés par les puissances musculaires, se portent sur la partie inférieure de la paroi abdominale, contre laquelle ils viennent se buter; tandis qu'ils ne font que glisser derrière cette paroi, à la hauteur de la région ombilicale.

Telles sont les observations que j'ai recueillies sur ce sujet important dans une pratique de plus de trente années; j'en résume le résultat en deux mots: trois opérations dans des cas d'étranglement grave, trois succès. Ces faits, on le voit, ne sont pas de nature à justifier la proscription dont M. Huguier veut frapper la kélotomie appliquée à la hernie ombilicale étranglée.

GROSSESSE PROLONGÉE,

Par M. le docteur Alf. Liégard.

Dans le numéro du 25 mai 1856 de la *Gazette des Hôpitaux*, j'avais publié deux faits de grossesse prolongée incontestablement au delà de 300 jours, et j'avais fait appel aux praticiens qui pourraient en rencontrer de semblables, parce qu'ils n'ont pas seulement un intérêt de simple curiosité, mais parce qu'ils s'élèvent aussi, avec une puissance qui s'accroît par leur nombre, contre ce terme fatalement assigné par la loi française, après lequel une naissance, toute légitime qu'elle soit, peut être déclarée *illégitime!*

Voici encore un fait tout récent, que les renseignements les plus positifs sont venus ranger parmi ces rares et intéressantes observations.

Mme H..., déjà mère de quatre enfants, est âgée de trente-deux ans et d'une excellente constitution. Elle n'a jamais été nourrice. Aussi quelques mois après ses couches elle a toujours vu revenir ses menstrues avec une parfaite régularité. Son dernier enfant, qu'elle a porté, dit-elle, près de dix mois, est âgé de deux ans et demi.

Du 1er au 6 juin 1860, ses règles parurent absolument comme à l'ordinaire; mais vers le 20 de ce mois, des nausées, des goûts bizarres, et surtout des vertiges le matin à son lever, vertiges qu'elle avait éprouvés dans le commencement de toutes ses autres grossesses, vinrent lui donner la pensée d'une nouvelle gestation. Aux premiers jours de juillet, en effet, l'écoulement sanguin ne se montra pas; les étourdissements du matin et les nausées s'augmentèrent; il s'y joignit des vomissements, et depuis lors les menstrues ne reparurent plus.

Vers la fin d'octobre, les premiers mouvements de l'enfant se firent sentir, de sorte que cette dame resta persuadée qu'elle devait accoucher dans la fin du mois de mars au plus tard.

Le 25 de ce mois, en effet, elle m'envoya chercher de grand matin, parce qu'elle avait eu des douleurs alternatives et très-fortes pendant presque toute la nuit; mais lorsque j'arrivai, ces douleurs avaient beaucoup diminué depuis une heure, en même temps que leur intervalle s'était augmenté. Je fus témoin d'une légère contraction utérine, et je me retirai bientôt en prescrivant un grand bain, qui fut pris dans la matinée, et en recommandant que si les douleurs redevenaient un peu fortes, on vînt m'avertir aussitôt.

Depuis cette époque la santé de cette dame fut excellente; elle ne cessa un seul instant de vaquer à ses affaires, qui sont très-actives, jusqu'au 3 mai suivant. Dès trois heures du matin le travail se déclara de nouveau et marcha régulièrement et énergiquement jusqu'à neuf heures, où elle accoucha naturellement d'un garçon pesant 4,300 gr. et long de 52 centimètres. Les ongles de cet enfant étaient très-longs et recourbés de 2 millimètres par-dessus la pulpe des doigts; ils se cassèrent tous dans les trois ou quatre jours suivants.

Ainsi cet accouchement se fit bien évidemment 310 jours (je dis trois cent dix) au moins après la conception, puisque dès le 20 juin les nausées, les vertiges, etc., donnaient déjà la certitude de la grossesse.

Dans ce fait encore, comme dans ceux que nous avons publiés précédemment, une autre preuve, que nous avons appelée *morale*, ne nous a pas non plus fait défaut. Ce petit enfant manifesta très-promptement une intelligence extraordinaire. Dès le cinquième jour il riait d'une manière très-manifeste devant ceux qui provoquaient son hilarité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 juin 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le président annonce à la Société que M. Trélat, notre nouveau collègue, et M. Beyran, correspondant étranger, assistent à la séance.

A l'occasion du procès-verbal, M. Depaul fait connaître le résultat que lui a donné la dissection de la pièce qu'il a présentée dans la dernière séance.

Les deux petits canaux sont placés sous la muqueuse, derrière la couche musculeuse. Ils n'offrent rien de particulier à l'intérieur. Mais autour d'eux on trouve des glandules qui sont situées entre eux et la peau; elles percent même à travers la couche musculaire: anomalie singulière, car les glandules labiales ne font pas ainsi hernie à travers les fibres musculaires.

Ces glandules sont volumineuses et semblent se grouper autour de ces deux petits canaux; elles viennent s'ouvrir dans leur intérieur.

M. Béraud a trouvé des glandules salivaires, qui à l'état normal sont placées ainsi très-superficiellement du côté de la peau, en traversant les fibres musculaires de l'orbiculaire des lèvres; il a même vu, pour la lèvre supérieure, de petites tumeurs qui avaient leur siége dans les glandules.

M. Guersant fait remarquer que cette opération du bec-de-lièvre viendrait à l'appui de l'opinion qu'il a déjà soutenue devant la Société, à savoir que pour les becs-de-lièvre compliqués il vaut mieux attendre que l'enfant soit plus âgé, et qu'il ait atteint huit ou dix mois ou un an au moins. Il voudrait, avant d'engager à pratiquer ces opérations prématurées, connaître au moins un certain nombre de succès.

M. Depaul répond à M. Guersant qu'il compte un grand nombre de succès. Il pense que si pour cet enfant on eût pu le placer dans de meilleures conditions, l'entourer de soins, lui donner une bonne nourrice, conditions que l'on rencontre en ville, il eût résisté à l'opération préalable qui avait été pratiquée.

M. Depaul insiste surtout sur l'hémorrhagie, complication fâcheuse et heureusement exceptionnelle. Il croit du reste ne pas devoir insister sur les arguments en faveur de l'opération pratiquée immédiatement, arguments qui ont déjà été développés devant la Société.

M. Chassaignac ajoute que des enfants, dans des cas de bec-de-lièvre compliqués, ont été présentés à la Société avant et après l'opération. Pour sa part, il en présente deux.

M. Giraldès fait remarquer que cette discussion a déjà été plusieurs fois prise et reprise dans la Société, et que l'on en revient toujours aux mêmes arguments. L'opération, pratiquée dans de bonnes conditions, réussit dans l'immense majorité des cas; faite dans de mauvaises conditions, elle est souvent suivie d'insuccès.

La Société passe à l'ordre du jour sur la discussion relative à l'opportunité, ou la non-opportunité de l'opération du bec-de-lièvre compliqué, pratiquée dans les premiers temps de la naissance.

M. RICHET. Sans rentrer dans cette discussion, je désire pourtant dire quelques mots sur le fait présenté par M. Depaul. J'opère ordinairement les becs-de-lièvre compliqués à une époque très-rapprochée de la naissance, et j'ai obtenu de très-beaux succès. Si donc je n'ai pas opéré cet enfant, présenté par M. Depaul, c'est que j'ai dû retarder l'opération. Cette petite fille a été prise de muguet, et quand elle fut guérie, je l'envoyai à la campagne pour qu'elle pût se rétablir. Au lieu de la ramener dans mon service, la mère l'a fait entrer à l'hospice des Enfants assistés.

— A l'occasion de la pièce présentée par M. Chassaignac dans la dernière séance, M. VERNEUIL fait connaître en quelques mots le résultat de ses recherches. La surface en est réticulée, et les petites saillies sont dues à des saillies papillaires. Le parenchyme est constitué par un tissu mou, assez lâche : c'est du tissu fibreux en voie de formation.

LECTURE.

M. le secrétaire général donne lecture du travail de M. Goyrand (d'Aix), sur les hernies ombilicales, adressé à la Société dans une des séances précédentes.

La Société décide que le travail sera imprimé, et que la discussion sera mise à l'ordre du jour dans une séance ultérieure.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC présente un malade dont il a déjà entretenu la Société. C'est le jeune homme sur lequel il a pratiqué la ligature de la carotide pour arrêter une hémorrhagie foudroyante survenue à la suite de l'ouverture d'un abcès dans le pharynx. La tumeur pharyngienne a depuis longtemps complétement disparu ; ce garçon a parfois la voix enrouée dans les temps humides ; mais il est robuste, bien constitué et jouit d'une parfaite santé. Les battements ont reparu dans la carotide au-dessus du point où a porté la ligature.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL présente une pièce qui a été adressée par M. Mirault (d'Angers). C'est une **cataracte**. Le cristallin est sorti avec sa capsule après l'incision de la cornée. On voit un bel exemple de cataracte capsulaire.

— M. RICHET a présenté à la Société une pièce semblable, une **cataracte polaire antérieure**. La pièce est déposée au musée Dupuytren.

— M. MOREL-LAVALLÉE présente une portion de tendon qui offre une lésion assez curieuse. Ce **tendon** provient du court péronier latéral, et il offre dans son intérieur une **infiltration sanguine**, de véritables petites ecchymoses. Le malade a eu le pied écrasé dans une machine, et il est mort d'infection purulente. Cette portion du tendon que présente M. Morel-Lavallée, n'était en contact ni avec le pus ni avec un épanchement sanguin. La tache ecchymotique ne disparaît pas par le lavage, et elle est située dans l'épaisseur du tendon. On la voyait par transparence.

Le sang n'a pas pu venir par le bout rompu, puisqu'il n'y avait pas de sang entre la rupture et la tache qui existe.

Ce fait tendrait donc à prouver la vascularité propre des tendons.

Ce fait ne peut pas être comparé aux cas dans lesquels il y a des vaisseaux développés dans le tendon d'Achille. On a vu ces faisceaux dans des injections. Ici c'est un véritable épanchement.

M. RICHET a vu quelques faits analogues ; il a même vu de petits vaisseaux variqueux ; mais ces lésions avaient pour siége le tendon d'Achille.

Mais ces faits ne prouvent rien en faveur de la vascularité des tendons.

Nouveau mode de pansement. — M. DESORMEAUX présente une préparation dont il se sert dans le pansement des plaies, et dont la formule lui a été donnée par M. Joulis, pharmacien à l'hôpital Saint-Antoine, pour remplacer le cérat lorsqu'on veut éviter l'emploi de corps gras, ou introduire dans le pansement certaines substances médicamenteuses.

La glycérine, proposée pour remplacer le cérat, n'est pas devenue d'un usage général, sans doute à cause de son état liquide, qui la rendrait plutôt propre à remplacer l'huile.

La substance proposée par M. Joulis est un mélange de glycérine et d'amidon, suivant la formule suivante :

Glycérine.	4 kilogrammes.
Amidon.	500 grammes.

On traite l'amidon par l'eau bouillante, de façon à en faire un empois clair, puis on le mêle à chaud à la glycérine, en triturant pendant dix minutes environ à l'aide d'un pilon.

Depuis plus d'un mois, M. Desormeaux emploie ce mélange dans le pansement de toutes les plaies, et lui a trouvé les avantages suivants. La suppuration pénètre facilement le pansement et ne séjourne pas sur la plaie. Les parties voisines sont d'une propreté remarquable, et ne présentent pas les accidents d'irritation que les corps gras déterminent dans le voisinage des plaies. Jusqu'ici toutes les plaies pansées avec cette substance ont présenté une surface d'un rose vif, avec peu de tendance à l'exubérance des bourgeons charnus.

Un grand avantage de cette substance, c'est la facilité avec laquelle elle s'unit à presque tous les médicaments solubles dans l'eau ou dans l'alcool. Le tannin, les extraits, s'y dissolvent parfaitement, ainsi que le sublimé corrosif.

M. Desormeaux a entendu dire qu'une préparation analogue était employée à l'étranger, mais il n'a pu se procurer d'indications à ce sujet. Du reste, il y attache peu d'importance, n'ayant aucune prétention à faire valoir des droits d'inventeur ou d'importateur.

Il a voulu seulement mettre ses collègues à même d'expérimenter un moyen de pansement qui lui paraît avoir de grands avantages.

M. LARREY espère que cette question sera un jour discutée devant la Société. Il pense que l'on a trop exagéré les avantages de la glycérine.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

CORRESPONDANCE.

A Monsieur le Rédacteur de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Monsieur le Rédacteur,

Mon honorable ami M. le docteur Durand-Fardel a cru devoir répondre, dans votre journal, à quelques-unes des propositions que j'avais émises dans les leçons que j'ai faites dernièrement à l'Hôtel-Dieu sur la goutte, et qui ont été reproduites dans votre recueil.

J'ai dit dans mes leçons que je déplorais profondément l'abus que l'on fait des eaux de Vichy dans le traitement de la goutte, et j'ai dit, ce que je répète aujourd'hui, que je voyais presque chaque semaine, dans mon cabinet, des goutteux chez lesquels l'administration inintelligente et banale des alcalins avait produit des effets désastreux. Je n'ai parlé ni de cent, ni de cinq cents, ni de mille goutteux, parce que je n'ai pas tenu de registres à cet égard ; mais j'ai parlé d'un grand nombre, et je le maintiens.

Mais je n'ai nullement incriminé les médecins de Vichy. Les eaux de Vichy sont prescrites en France seulement par 2,000 médecins, et il n'y a que 10 ou 15 médecins à Vichy ; le reproche que je fais ne s'adresse donc pas à des hommes que j'honore, mais à un système de médication, indépendamment des praticiens qui la conseillent. Je ferais d'autant moins ce reproche aux médecins de Vichy, que ceux que je connais sont tous fort sobres de l'emploi de l'eau de Vichy dans la goutte, et luttent avec énergie contre l'abus insensé qu'en font les malades et certains médecins.

Je ne veux pas faire ici le procès des eaux alcalines dans le traitement de la goutte, et je ne veux pas discuter *in extenso* une question thérapeutique fort difficile à résoudre.

J'ai dit, en effet, et je répète, que *je ne connais pas dans la goutte de médication plus dangereuse que celle que l'on fait par les eaux alcalines*, et j'ai cité en effet Carlsbad, Vals, Vichy, Pougues, etc.

Je vous demanderai, Monsieur le Rédacteur, la permission d'expliquer cette proposition, comme je l'ai fait d'ailleurs dans mes leçons.

Il a plu à certains chimistes, qui se croient médecins, d'imaginer que la goutte, la gravelle et même le diabète tenaient à un excès d'acide dans l'économie, et ils ont établi que rien n'était plus facile que d'y remédier en administrant des alcalins.

La théorie était simple, les déductions thérapeutiques plus simples encore, et désormais il ne s'agissait que d'alcaliniser les humeurs pour guérir des maux contre lesquels les médecins luttaient impuissants depuis tant de siècles.

Cette théorie chimique, à la portée de toutes les intelligences, a fait rapidement son chemin parmi certains médecins, et comme toujours, du domaine des médecins elle a passé dans celui des gens du monde. Il en est résulté que les goutteux, que les graveleux, que les diabétiques, quand ils ont été une fois bien instruits, se sont cru tout aussi habiles que les maîtres ; et s'ils ressentent quelques douleurs goutteuses, s'ils voient un dépôt briqueté au fond de leur pot de chambre, s'ils constatent dans leurs urines la plus petite trace de glucose, ils s'administrent, sans nouvel avis du médecin, des doses toujours renouvelées de bicarbonate de soude ou d'eau minérale naturelle, et arrivent assez rapidement à détruire leur santé d'une manière irrévocable.

Cette médecine qui ne coûte pas grands frais d'études, ce médicament qui coûte encore moins, car un kilogramme de bicarbonate de soude est d'un prix abordable pour les plus pauvres gens, produit tous les jours plus de mal que les médicaments les plus dangereux de nos apothicaires, précisément parce que le remède se procure sans ordonnance, parce qu'il est facile à prendre, parce que ses effets immédiats sont souvent avantageux, et parce que ses funestes résultats ne peuvent être compris que par un médecin éclairé et ne le sont que fort tard par les malades.

Si, au lieu de prendre les alcalins, les malades se vouent aux abominables drogues que préconise la quatrième page des journaux et dans lesquelles le colchique ou les principes actifs des colchicacées occupent invariablement le premier rang ; comme ces drogues, qui ne valent pas en définitive les préparations de colchique de nos pharmacies, mais qui jouissent auprès des stupides malades du privilége de remèdes secrets ; comme ces drogues, dis-je, coûtent cher, puisqu'elles enrichissent tant de charlatans, tandis que le bicarbonate de soude ne coûte rien ; elles font encore moins de mal que les alcalins, non pas qu'elles soient moins meurtrières, mais uniquement parce qu'elles sont moins généralement et surtout moins opiniâtrément usitées.

C'est dans ce sens que j'ai dit et que je répète, que de tous les remèdes usités contre la goutte il n'en est pas qui ait fait, qui fasse et qui doive faire plus de mal que les alcalins.

Est-ce à dire maintenant que je proscrive les eaux alcalines dans le traitement de la goutte ? A Dieu ne plaise qu'on me prête une pareille idée ! A Dieu ne plaise que je le proclame jamais dans mon enseignement !

J'ai dit dans mes leçons sur la goutte que je croyais avec Sydenham que la maladie était due surtout à un vice de la digestion et de l'assimilation ; j'ai dit que les eaux alcalines, entre autres, si puissantes dans le traitement des dyspepsies et des grands troubles de la nutrition, rendaient d'immenses services dans la goutte ; que dans cette limite, je prescrivais très-souvent les eaux de Vichy et d'autres eaux du même genre ; que Plombières, que Bagnères-de-Bigore, que Pougues, que Spa, Hombourg, Kissingen, si différentes de Vichy, rendaient chez certains goutteux d'immenses services, en tant qu'eaux digestives et reconstituantes ; l'alcalinité des eaux n'est donc pas la condition essentielle, comme le veulent les chimistes, puisque des eaux qui ne sont nullement alcalines sont si utiles, au même titre que le quinquina, que l'iodure de potassium, que le colchique lui-même, qui dans le traitement de la goutte et de la gravelle n'agissent pas, que je sache du moins, par leurs qualités alcalines.

Après ces explications, j'espère que M. Durand-Fardel ne me croira plus l'ennemi de Vichy, où j'envoie chaque année tant de malades, et qu'il me permettra de rester plus que jamais l'ennemi de la chimiâtrie, qui fait plus de mal aux goutteux que toutes les drogues des charlatans. Agréez, etc. A. TROUSSEAU.

Les commissaires de la reine d'Angleterre pour la grande exposition internationale de 1862, ont désigné pour faire partie de la commission de la XVII[e] classe (instruments de chirurgie, etc.), MM. W. Lawrence, J. Henry Green, Jas. Moncrieff Arnott, J. Flint South, Cœsar Henry Hawkins, J. Luke, Seymour Haden et J. Paget, tous agrégés du Collége royal des chirurgiens (F. R. C. S.).

La gravelle étudiée à Contrexéville, par M. le docteur LEGRAND DU SAULLE. Une brochure grand in-8°, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

Conférences de clinique chirurgicale, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris pendant l'année 1858-1859, par M. A. C. ROBERT, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, etc. ; recueillies et publiées sous sa direction par le docteur A. DAUMIC. Un volume in-8° de 550 pages avec 4 planches, 1860. Prix : 7 fr. Chez Germer-Baillière, 7, rue de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 74. — MARDI 25 JUIN 1861. (34e ANNÉE.) N° 74. — MARDI 25 JUIN 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 24 JUIN 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les savantes recherches de M. Bouchut sur l'emmagasinage et la salubrité des eaux de Paris, que nous avons publiées dans les numéros des 18 et 20 juin, ont été présentées à l'Académie dans cette séance par M. Coste, dont nos lecteurs n'ont pas oublié l'intéressante communication sur le même sujet. Le bureau a désigné une commission composée de MM. Rayer, Bernard et J. Cloquet, pour l'examen de ce mémoire. Un rapport de l'Académie sur une question d'hygiène publique d'une aussi haute importance, serait une bonne fortune que nous osons à peine espérer. Mais la question est à l'étude, et nous aurons très-probablement l'occasion d'exposer sous peu les résultats des travaux des commissions officielles instituées à cet effet.

M. Denis (de Commercy), correspondant de l'Académie, a communiqué un travail sur la plasmine ou substance albuminoïde qui donne au sang la faculté de se coaguler spontanément. C'est un travail complémentaire et explicatif d'un précédent mémoire sur ce point d'hématologie, que l'auteur a adressé à ce corps savant en 1858.

M. Dumas a présenté au nom de M. Pasteur un mémoire intitulé : *Expériences et vues nouvelles sur la fermentation.* L'auteur, en recherchant la cause de la fermentation, a vu, entre autres choses, que la levûre de bière, développée et laissée au contact de l'air, pouvait, mise en présence du sucre, n'en décomposer que des parties à peine sensibles; tandis que la levûre privée du contact de l'air faisait fermenter énergiquement les matières sucrées avec lesquelles on la mélangeait ensuite. De cette curieuse expérience il ressortirait ce fait physiologique intéressant, savoir : « qu'à côté de tous les êtres connus jusqu'à ce jour, et qui sans exception (du moins le cr..it-on) ne peuvent respirer et se nourrir qu'en s'assimilant du gaz oxygène libre, il y aurait une classe d'êtres dont la respiration serait assez active pour qu'ils puissent vivre hors de l'influence de l'air, en s'emparant de l'oxygène de certaines combinaisons, d'où résulterait pour celles-ci une décomposition lente et progressive. Cette deuxième classe d'êtres organisés serait constituée par les ferments, de tout point semblables aux êtres de la première classe, vivant comme eux, assimilant à leur manière le carbone, l'azote et les phosphates, et comme eux ayant besoin d'oxygène, mais différant d'eux en ce qu'ils pourraient, à défaut de gaz oxygène libre, respirer avec du gaz oxygène enlevé à des combinaisons peu stables. » — Dr BROCHIN.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Leçons sur les maladies de la peau.

(Recueillies et publiées par M. PIHAN-DUFEILLAY, interne du service.)

I. *Introduction à l'étude des maladies de la peau.* — Celui qui aborde pour la première fois l'étude des maladies de la peau est frappé de la diversité et de la multiplicité des affections soumises à son observation; leurs infinies variétés l'effrayent, et tant qu'il n'a pu saisir le lien qui réunit ces altérations en apparence si diverses, tout demeure pour lui obscurité et confusion. Mais ces difficultés peuvent être aplanies par la manière de comprendre ces maladies, par une méthode de les étudier ayant pour but de faciliter la dermatologie, en établissant pour les affections cutanées un certain nombre de catégories bien distinctes, bien délimitées par des caractères tranchés, et dans lesquelles on pourra ranger facilement chacun des cas soumis à l'observation. C'est à l'exposition de cette méthode et de ses résultats pratiques que nous allons consacrer notre première leçon; il nous serait impossible de comprendre les développements dans lesquels nous devons entrer plus tard, si tout d'abord nous n'établissions nettement notre point de départ. Le temps nous manquerait d'ailleurs pour étudier dans tous leurs détails les diverses affections cutanées; il est donc nécessaire de vous faire connaître les caractères généraux des grands groupes qui les composent, de manière que vous puissiez apprendre ce qu'il importe surtout au médecin de connaître, à savoir, le diagnostic, le pronostic et le traitement, envisagés d'une manière générale pour chaque grande classe.

Nous dirons d'abord que malgré la confusion apparente qui règne dans les maladies de la peau, il est aisé de réduire les formes les plus diverses à quelques lésions initiales bien caractérisées. Celles-ci, il est vrai, peuvent se transformer, passer insensiblement de l'une à l'autre, et créer ainsi des affections dont le type est difficile à spécifier. Toutefois un examen minutieux permet souvent de reconnaître, surtout au début, l'élément primitif dont nous allons tout d'abord donner une rapide définition.

Ces lésions élémentaires sont pour nous au nombre de dix.

1° La *macula*, tache sans saillie, siégeant dans les différentes couches de la peau, et due à la matière colorante du sang extravasé ou à une altération du pigment par excès ou par défaut. Leur caractère distinctif est de persister sous la pression du doigt (exemples : purpura, éphélides, lentigo, syphilide maculeuse, etc.).

2° L'*exanthème*, sorte de tache dont la coloration varie du rose au rouge foncé. Il disparaît par la pression du doigt, pour reparaître aussitôt que cette pression cesse; sa rougeur diminue depuis l'époque de son apparition jusqu'à celle de la guérison : ce n'est pour tout dire qu'une congestion à un degré variable des capillaires de la peau (exemples : roséole, érysipèle, scarlatine, érythème).

3° La *vésicule*, petite saillie acuminée de l'épiderme soulevé par de la sérosité, d'un volume variant de la pointe à la tête d'une épingle. Elle se termine soit par la résorption du liquide et la disparition de la vésicule, qui laisse à peine une petite tache jaunâtre, soit par la rupture de l'épiderme et la formation d'une petite croûte. Celle-ci, en tombant, laisse tantôt une surface ulcérée, tantôt une petite cicatrice déjà complétement formée. Quelquefois enfin la vésicule grossit et passe à l'état de bulle, ou bien, son contenu se changeant en liquide purulent, elle prend le nom de pustule (exemples : eczéma, zona). Nous ne saurions trop nous élever contre l'opinion de quelques médecins qui, sans preuves anatomiques suffisantes, font de la vésicule une inflammation des conduits des glandes sudoripares.

4° La *bulle* n'est qu'une grosse vésicule dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une orange; aussi ferons-nous la même observation concernant son point d'origine. La sérosité transparente qui la remplit peut devenir louche, opaque et purulente, parfois même elle est teintée de sang (exemple : pemphigus).

5° La *pustule* est un petit abcès sous-épidermique, dont le contenu se résorbe rarement, se dessèche, forme une croûte dont la chute laisse à nu une ulcération du derme. Nous ignorons son siége anatomique précis; toutefois nous ne saurions admettre que ces mêmes médecins, qui ont placé la vésicule dans l'altération des conduits sudorifères, fassent naître la pustule de l'inflammation des glandes sébacées. L'existence fréquente de pustules dans les parties telles que la paume des mains où manquent complétement les follicules sébacés fait justice de cette opinion (exemples : impétigo, acné, ecthyma).

6° La *papule*, petite éminence dure solide, ne contenant aucun liquide, dont la coloration varie du rouge au gris, quelquefois de la couleur de la peau, et dont le sommet supporte souvent une petite tache brune, résultat de son excrétion à la suite d'un grattage énergique. La considération du prurit intense qui accompagne la papule, ne suffit point pour en localiser le siége dans le corps papillaire de la peau. Trop d'autres maladies de l'enveloppe cutanée, entièrement étrangères à la papule, s'accompagnent d'intolérables démangeaisons, pour que nous puissions invoquer cet argument en faveur de l'altération des papilles (exemples : lichen, scrofulides).

7° Les *squammes*, débris de lamelles épidermiques d'épaisseur, de dimension et de forme variables. Leur couleur est celle de l'épiderme, dont l'altération constitue la maladie squammeuse (exemples : psoriasis, pytiriasis). Nous reconnaissons deux ordres de squammes : les unes sont primitives, constituent la lésion primitive et le caratère pathognomonique de la maladie : telles sont les squammes du psoriasis; les autres sont un produit de la transformation que nous avons signalée d'une lésion en une autre; elles ne sont par suite qu'une altération secondaire, et pourraient induire le médecin en erreur sur la nature de l'élément primitif de l'affection (exemple : squammes de la troisième période de l'eczéma).

8° Le *tubercule*, petite tumeur arrondie, variant du volume d'une lentille à celui d'une noisette, solide, dure ou molle au toucher, disparaissant par la résorption ou par l'ulcération, et siégeant dans l'épaisseur des couches profondes du derme (sycosis).

Ces huit lésions sont les seules qu'aient décrites les dermatologistes dont les ouvrages sont devenus classiques : Willan, Batteman, Biett; nous y joindrons les deux suivantes :

9° Les *produits exagérés de la sécrétion des follicules sébacés*, qui se présentent soit sous une forme liquide, huileuse, comme dans l'acné fluente, ou comme une couche solidifiée, malléable, ciriforme, dans l'acné sébacée concrète.

10° Nous faisons une dernière classe de toutes les *productions parasitaires*, animales ou végétales, envisageant d'un même coup d'œil, en raison de l'analogie de leur cause, les lésions de formes les plus diverses : sillon de la gale, croûtes de favus, poussière de l'herpès circiné tonsurant, etc.

Telles sont les diverses lésions dont le mélange ou l'évolution séparée constituent les affections cutanées. Leur connaissance est essentielle, car elles aident au diagnostic des maladies dont elles forment le caractère anatomique; cependant, quelle que soit leur importance, elles ne peuvent toujours suffire à nous révéler la nature des maladies; plusieurs d'entre elles sont éphémères; elles existent à la première période de l'état morbide, puis disparaissent et laissent dans un doute absolu le médecin, qui, appelé quelques jours trop tard, ne voudrait se guider dans son diagnostic qu'à l'aide de notions uniquement basées sur le caractère des lésions anatomiques.

Un inconvénient plus sérieux encore de la classification qu'on a cherché à établir d'après ces lésions initiales résulte de la réunion dans une même catégorie d'états morbides totalement différents, dont le seul point de contact est une lésion apparente, parfois insignifiante, qui ne joue qu'un rôle souvent secondaire dans l'étude, le pronostic et l'indication du traitement : c'est ainsi qu'on voit figurer côte à côte la roséole syphilitique, l'érythème par action d'une pommade rance sur la peau, la scarlatine et l'érythème par ingestion du copahu; tandis qu'on sépare les affections dont les caractères généraux devraient faire un seul groupe, telle que la famille si naturelle des fièvres éruptives, dont chaque genre est alors placé dans une classe différente, suivant que la maladie est constituée par des pustules, des vésicules, etc.

La lésion élémentaire n'est donc qu'un moyen artificiel dont il faut s'aider *avec art*, mais que son usage exclusif rend dangereux en multipliant à l'infini les variétés morbides et leur pénible nomenclature, en augmentant à un moment donné la difficulté du diagnostic, en ne nous permettant point enfin d'envisager la maladie dans toute son étendue et dans sa véritable source. Là réside le principal vice de cette méthode, qui, en entraînant le médecin à la recherche de l'altération locale, le détourne de toute étude sérieuse sur la nature de la maladie, et le prive d'une source fertile en renseignements propres à éclairer le pronostic et à diriger le traitement.

Créée par les dermatologistes anglais Batteman, Willan, puis en France par Biett et ses élèves MM. Cazenave, Gibert, Devergie, la méthode de classification d'après la lésion élémentaire compte de nombreux partisans, et ce n'est que depuis notre entrée à l'hôpital Saint-Louis que mon collègue M. Bazin et moi nous avons cherché à faire ressortir les inconvénients du système anatomique, et à faire prévaloir la méthode d'envisager ces maladies d'après leur nature. Cette méthode, exposée pour la première fois, quoique incomplétement, par Lorry, fut développée par Alibert; ce médecin insista sur la nécessité de subordonner l'état local aux caractères généraux; il est à ce titre le vrai fondateur de la méthode naturelle en dermatologie. Il comparait avec beaucoup de justesse le système anglais de classification cutanée au système de classification des végétaux de Linné, qui repose sur l'étude d'un seul organe de la plante; prenant la contre-partie de la méthode anglaise, il résolut de transporter dans la dermatologie la réforme que de Jussieu avait introduite dans la botanique, et, à l'exemple de son illustre modèle, baser sa classification non plus sur un caractère unique, mais sur l'ensemble des caractères propres à chaque maladie, marche, phénomènes principaux, indications curatives, étiologie, etc. Les dénominations nouvelles et bizarres qu'Alibert substitua aux noms vulgaires et habituels des différentes maladies, la singularité de la figure aujourd'hui si con-

nue (l'arbre des dermatoses) sur laquelle il représenta la peau et ses maladies, contribuèrent puissamment à l'oubli de la méthode naturelle, qui disparut des écoles peu d'années après la mort de son inventeur.

M. Bazin et moi, qui n'avions pas oublié les leçons de notre grand maître, nous avons repris cette classification dans sa base générale, en la dégageant de toutes ces singularités; partis d'un même point, nous sommes arrivés à des résultats identiques, sauf quelques différences de détail que nous aurons à vous faire connaître dans le cours de nos leçons. Nous avons adopté comme base de nos travaux la méthode de notre maître, et réuni en un même groupe toutes les affections de la peau que la communauté d'origine, de caractères et de thérapeutique signalait comme autant d'espèces d'une même famille naturelle. C'est d'après ces principes que nous voulons vous exposer l'histoire des dermatoses, et nous vous indiquerons tout d'abord les onze classes dans lesquelles nous les avons toutes groupées. L'exposition des caractères généraux de ces familles vous donnera de suite l'idée de la manière dont nous comprenons les maladies cutanées.

1° Les *difformités*, qu'on ne saurait dénommer maladies et qui sont bien plutôt un vice de conformation, une altération de la peau, congéniale, ou héréditaire, ou acquise, une sorte d'infirmité sans gravité contre laquelle tout traitement est le plus souvent inutile. Telles sont les éphélides, le lentigo, l'ichthyose.

2° Les maladies *accidentelles* à marche inflammatoire, récidivant ou non, simples, idiopathiques ou symptomatiques d'un léger embarras viscéral ou de quelque mouvement fébrile. On doit se borner dans ces cas à l'expectation (exemples : érythème, zona, urticaire).

3° Les éruptions *artificielles* qui naissent sous l'influence d'un agent toxique ou d'un modificateur momentané des fonctions de l'économie; les exemples en sont fréquents : l'érythème copahique, l'éruption papuleuse arsenicale, l'exanthème pustuleux, qui sont l'application locale du tartre stibié ou de l'huile de croton tiglium. Leur thérapeutique consiste à modérer l'inflammation et à suspendre l'action de l'agent irritant.

4° Les maladies *parasitaires*, comprenant toutes celles où les manifestations cutanées naissent et se développent sous l'influence d'un parasite végétal ou animal : gale, prurigo pédiculaire, teigne, etc. L'indication précise est de détruire le parasite.

5° Les *fièvres éruptives*, maladies aiguës accompagnées d'un mouvement fébrile continu, de symptômes généraux plus ou moins graves, et dont l'étude sort en grande partie de la pathologie cutanée : scarlatine, variole, rougeole, érysipèle, érythème noueux, suette, etc.

6° *Eruptions symptomatiques*. L'éruption n'est qu'un phénomène accessoire; c'est une manifestation locale d'un état général dont elle n'est souvent que le symptôme le moins important; le traitement devra donc tendre à modifier la maladie sans s'occuper de l'éruption : comme exemples nous vous citerons l'érythème de la pellagre, les taches lenticulaires de la fièvre typhoïde, les taches sanguines du purpura, etc.

7° Les *dartres*, affection générale de l'économie, groupe légitime tombé dans l'oubli, et devenu presque l'objet de la division des pathologistes de l'école anatomique; nous ne faisons que vous les signaler ici, notre intention étant d'en approfondir l'histoire dans les leçons qui suivront.

8° Les *scrofulides*, maladies aussi essentiellement diathésiques que les précédentes, qui ne se modifient que par l'action persistante d'un traitement général, et qui offrent de nombreuses analogies avec les classes suivantes.

9° Les *syphilides*, manifestation d'une diathèse congéniale ou le plus souvent acquise, qui paraît, ainsi que les groupes précédents, revêtir des formes élémentaires variées; vésicule, pustule, tubercule, etc. Leur traitement est celui de la syphilis.

10° Les *affections cancéreuses* de la peau, qui se rattachent, comme les cancers viscéraux, à une diathèse de nature spéciale, et réclament un traitement énergique par le bistouri ou les caustiques.

11° Enfin, les *maladies exotiques*, dont quelques-unes ne sont point encore bien connues dans notre pays, et qui ne se développent que sous des influences climatériques totalement différentes des nôtres. (Pian, bouton d'Alep, lèpre des Grecs, des Arabes, etc.)

Après avoir exposé la classification que nous proposons, nous insisterons pour vous faire sentir qu'elle est essentiellement pratique. La formation des groupes naturels permet de réunir toutes les affections qui découlent d'une même source; et les caractères généraux de cette famille une fois connus, d'en faire l'application à chacune des espèces qui la composent, pour en déduire, chose essentielle avant tout, le pronostic et le traitement. Nous abandonnerons donc le travail du naturaliste, qui ne songe qu'à décrire et à classer les individus soumis à son observation, pour celui du médecin, qui ne recherche dans les méthodes nosologiques qu'un moyen d'arriver par une voie plus sûre et plus rapide à une thérapeutique rationnelle et certaine. A mesure que nous avancerons dans l'étude dermatologique, nous espérons que vous serez convaincus de l'avantage de cette manière de comprendre les maladies de la peau. Vous pourrez voir, en effet, que ces affections sont souvent associées à d'autres désordres organiques ou fonctionnels. En bornant son observation aux lésions externes, comme l'avaient fait les partisans de l'école anglaise, on ne voit souvent qu'une partie de la maladie. En rapportant, au contraire, dans certains cas, les lésions de la peau à des vices constitutionnels, nous élargissons le champ de l'observation, nous cessons de considérer la dermatologie comme une spécialité, nous la faisons rentrer dans les lois communes de la pathologie, et surtout, nous plaçant au point de vue pratique, nous exposons des principes féconds en applications thérapeutiques.

Peu importe au médecin de reconnaître que telle affection de la peau est vésiculeuse ou pustuleuse; l'essentiel pour lui est de savoir que telle éruption donnée est ici sous l'influence de la scrofule, là de la syphilis; plus loin, sous l'influence de la présence d'un parasite, afin qu'il institue un traitement qui sera efficace parce qu'il sera basé sur la nature de la maladie. Nous connaissons très-bien tous les détails graphiques des maladies de la peau, mais nous ne sommes plus aussi avancés lorsqu'il s'agit de remonter à la cause et à l'origine de certaines affections. C'est à élucider ces parties encore obscures que consiste aujourd'hui le vrai progrès en dermatologie. Nous aurons d'ailleurs à revenir sur ces différentes questions dans les leçons suivantes, que nous comptons consacrer à l'histoire des *dartres*, maladies qui occupent une place importante dans la pathologie cutanée.

ACCÈS DE CRAMPES PARTIELLES

se succédant rapidement dans la plupart des muscles et produisant dans ceux du larynx une constriction voisine de la strangulation, chez une malade gravement atteinte de phlegmasie chronique du poumon.

Par M. le docteur RENNES,
membre correspondant de l'Académie de médecine.

L'observation suivante, dont le titre résume les principales circonstances, déjà assez remarquable au point de vue de la terminaison favorable d'une affection grave du poumon parvenue presque aux dernières limites de la chronicité, m'a paru surtout intéressante comme manifestation insolite de la forme convulsive particulièrement connue sous le nom de crampe. Cas unique dans ma pratique et sans rapport, quant au siége surtout, avec ce que mes lectures m'ont fait connaître sur ce genre de névroses, elle établit en effet par des phénomènes bien dessinés et maintes fois reproduits dans le cours d'une longue maladie, la faculté qu'ont tous les muscles, même les petits, d'être pris de convulsions partielles et successives, alternant entre elles dans une même crise. Elle fait voir le spasme courant avec rapidité d'un point à un autre, soit dans les muscles de la face et du cou, soit dans ceux des pieds et des mains, soit encore dans les faisceaux exigus qui constituent les muscles de la glotte, de manière à produire la suffocation imminente et sous un aspect aussi effrayant qu'il soit possible de la rencontrer.

Pour bien apprécier la maladie nerveuse, objet principal de cette observation, il est nécessaire de relater d'abord les conditions physiques et morales et les circonstances pathologiques qui ont amené l'état constitutionnel où elle a pris naissance.

Mlle Marie de L..., âgée de trente ans, de constitution grêle, brune de teint, esprit vif, éminemment nerveuse, est née au milieu de la tourmente politique de 1815, qui a frappé sa famille dans sa fortune et sa position. Elle a passé ses deux premières années en prison avec sa mère, détenue pour cause politique. Elle est devenue orpheline en très-bas âge. Elevée d'abord par une femme, auteur de talent, elle est entrée plus tard dans la maison de Saint-Denis. Douée d'une grande aptitude, elle y a passé rapidement de l'étude à l'enseignement. Sous-maîtresse à dix-huit ans et bientôt dame de la Légion d'honneur, elle a été enchaînée par le défaut de fortune personnelle aux rudes travaux de l'enseignement. Faible de santé, mais forte de caractère, et sentant vivement au physique comme au moral, elle s'est habituée de bonne heure à lutter contre la souffrance.

Atteinte une première fois de pneumonie aiguë, à l'âge de vingt-quatre ans, elle n'a jamais été complétement guérie. La fatigue de la voix, la toux et même les crachements de sang qu'elle en a conservés, l'ont rarement arrêtée dans l'accomplissement de ses devoirs. Cependant, devenue plus malade en 1842, elle a fait un voyage de six mois en Italie et s'en est parfaitement trouvée. Elle a conservé pendant trois ans la santé acquise dans ce voyage. Ce n'est qu'au mois de mars 1845 qu'a débuté la maladie actuelle, troisième manifestation de la pneumonie aiguë.

Une consultation écrite de M. le docteur Allard, médecin de l'établissement, en a fait connaître la marche et les principaux symptômes! Au début, douleur latérale droite se transmettant à l'épaule, ictère et fièvre vive; puis toux et expectoration de crachats muqueux, bientôt devenus compacts, accompagnés d'hémoptysies toujours peu abondantes.

Les règles manquent, et les époques correspondantes sont marquées par les accidents convulsifs que nous ne tarderons pas à décrire, Les médecins de Saint-Denis ont soumis la malade à cinq saignées, à plusieurs applications de sangsues, aux vésicatoires, qui n'ont pu être supportés. Ils ont employé la quinine, le valériane de zinc et quelques autres antispasmodiques : la diarrhée en a suivi l'administration, et il a fallu les suspendre. Effrayés des phénomènes sthétoscopiques (qui annonçaient, fut-il dit à la famille, l'existence de deux cavernes, l'une à droite et l'autre à gauche), des progrès de la faiblesse et du marasme après quatre mois de maladie, ils ont conseillé comme dernière ressource l'air du Midi.

Le transport à Bergerac est décidé. Le voyage s'est effectué en huit jours. Il a été supporté mieux qu'on ne pouvait l'espérer, traversé seulement par deux crises de suffocation. Arrivée à destination, la malade est confiée à mes soins particuliers, après une consultation préalable où se trouvaient réunis deux médecins de Bergerac et le docteur Subervie, de Paris.

Voici l'état constaté le 21 juillet dans cette réunion :

L'examen du thorax fait reconnaître au sommet du poumon gauche de la matité et du râle muqueux à grosses bulles : le bruit respiratoire est très-faible dans le reste du même poumon. Le défaut de résonnance et les râles muqueux sont plus étendus du côté droit. Le gargouillement se fait entendre à la partie inférieure et latérale, là où se manifeste souvent une douleur assez vive, remontant à l'épaule gauche, comme dans le principe de la maladie. Une toux vive amène encore des crachats sanguins sans mélange, mais l'expectoration habituelle se compose de crachats muqueux et compacts. La fièvre, persistante, s'exaspère le soir sans frisson initial, et est suivie de sueurs abondantes pendant la nuit. Il y a soif, anorexie, selles diarrhéiques assez fréquentes. L'extrême faiblesse n'empêche pas que la malade essaye chaque jour de quitter le lit; alors non-seulement les jambes fléchissent, mais elles se croisent involontairement lorsqu'elle s'efforce de marcher soutenue par un bras. La dépression de deux apophyses épineuses à la base du thorax et la douleur à la pression qui y correspond, semblent expliquer cette anomalie. On se demande même si les crises nerveuses ne s'y rapporteraient pas également, mais la suite de l'observation n'a pas confirmé cette opinion.

Le traitement proposé par le docteur Alard dans sa consultation ayant été adopté, on pratique dès le 28 juillet une saignée du pied de 150 à 180 grammes; on administre les béchiques et la morphine; on revient à l'emploi de la quinine et du valérianate de zinc, que la diarrhée qu'ils provoquent oblige de nouveau de supprimer. Quelques sangsues sont encore appliquées. Les exacerbations vers la poitrine sont par là conjurées, mais ces moyens sont de nul effet contre les crises nerveuses que nous allons décrire avec soin.

Elles ont lieu constamment le soir. L'accès s'annonce dès trois heures de l'après-midi par un malaise et une constriction dans la poitrine, lesquels vont croissant jusqu'à six ou sept heures que la crise se déclare. C'est d'abord une petite toux sèche et convulsive, qui devient incessante; puis un serrement à la gorge, qui va bientôt jusqu'à la strangulation. La respiration, de plus en plus difficile, se précipite à l'excès, arrête la parole et rend toute plainte impossible. L'orthopnée est complète. Pendant ce temps, toutes les ramifications des bronches font entendre à l'oreille qui s'applique sur la poitrine un bruit de râpe. Ce bruit, sec et sans matière, est surtout intense dans la trachée et ses premières divisions. Le pouls est très-petit et très-fréquent; les mains sont froides, les traits se tirent; la figure, comme amaigrie à vue d'œil, revêt promptement l'aspect hippocratique. Après un quart d'heure de lutte, vient un moment où l'anxiété est extrême, et la suffocation imminente semble menacer l'existence pendant quelques minutes. Cette première phase est la plus terrible.

Heureusement la scène change; la respiration se dégage assez brusquement, et le premier mot articulé par la malade est pour se plaindre de douleurs, de crampes dans les muscles du nez et des sourcils, qu'elle frotte avec vivacité. Peu après, ce sont les autres muscles de la face et du menton qu'elle presse et frictionne avec plainte, pour revenir bientôt au nez et aux sourcils. Puis les membres sont pris partiellement des mêmes douleurs, les supérieurs comme les inférieurs, principalement dans les petits muscles de la main et du pied. Les doigts et les orteils sont affectés tour à tour et quelquefois ensemble de ces contractions douloureuses. Contre l'extrême mobilité des crampes, toute la prestesse du sujet, s'agitant convulsivement pour y parvenir, ne peut atteindre à frictionner les points qui se prennent. Il faut deux personnes agiles pour la frotter vivement sur ses rapides indications, tant les crampes passent rapidement d'un point à un autre, sans ordre et sans règle. Les muscles du cou, du dos et des lombes sont atteints à leur tour. Sur tous ces points, dans les muscles sterno-cléido-mastoïdiens surtout, qui sont plus détachés, et même dans les surciliers, il est facile de constater à leur dureté et à leur saillie, la contraction des fibres qui les composent.

Ces convulsions toniques se calment à peine au tronc ou aux membres, qu'elles reviennent par une rapide alternative au front, au menton, puis encore aux doigts ou aux pieds qu'elles semblent affectionner sur la fin de l'accès : appelant partout des frictions rapides, lesquelles constituent le seul moyen de soulagement possible, ce qui soumet ce pauvre corps épuisé, exténué, réduit à l'apparence d'un cadavre à la gymnastique la plus pénible et amène une sueur abondante qui termine la scène et laisse la malade dans un affaissement prolongé.

La durée de ces accès varie de cinq quarts d'heure à deux heures. Le moment vraiment critique est celui où la constriction de la glotte menace de suffocation. Point de convulsions alors dans les autres parties du corps. Tout l'influx nerveux semble concentré sur le larynx. Les premières crampes qui apparaissent dans les petits muscles de la face ou des membres, annoncent la délivrance et rendent la liberté à la respiration. Malgré la souffrance qui les accompagne et la scène pénible qui va suivre, elles sont appelées par les assistants comme le signal du retour à la vie. Celles-ci se prolongent plus ou moins, mais on n'observe pas que la suffocation se produise deux fois dans le même accès, ou que la malade éprouve deux accès dans la même journée.

Ces crises s'étant manifestées douze jours de suite presque exactement à la même heure, après l'arrivée de Mlle de L... à Bergerac, on put l'attribuer à la fatigue du voyage; mais il fut remarqué que cette époque correspondait à celle de la menstruation, supprimée depuis trois mois. Elles mirent ensuite deux ou trois jours d'intervalle dans leurs manifestations. Un mois écoulé, elles semblèrent avoir cessé et ne se montrèrent plus que trois fois en six semaines, avec une intensité décroissante. Le dernier accès eut lieu le 28 septembre.

Cette amélioration dans l'affection spasmodique ne fut pas isolée; elle suivit à peu près les phases de la maladie principale. Malgré la toux opiniâtre et les crachats abondants du matin, crachats concrets et verdâtres, gagnant le fond du vase à travers l'eau spumeuse qui les accompagne; malgré les retours de l'expectoration sanguine de quinzaine en quinzaine, malgré la persistance de la douleur à droite, s'étendant jusqu'au bras, qui en est très-affaibli, un mieux sensible s'est prononcé dès la fin d'août, sous l'influence soit du climat, soit du traitement. Après deux petites saignées du bras qui ont paru amener quelque soulagement, deux potions de manne, des vésicatoires aux jambes, et l'emploi habituel du sirop de morphine à la dose de 40 à 50 grammes, la fièvre a décru; l'état général est devenu meilleur; l'appétit renaissant a permis l'alimentation, et l'espacement des crises nerveuses a favorisé le retour des forces.

Le 22 septembre, les règles ont un peu reparu. Elles se sont ensuite reproduites de mois en mois, faibles, mais régulières.

En novembre, on peut déjà signaler un retour appréciable de la

coloration et des chairs; la toux est décroissante, malgré le peu d'amélioration des phénomènes sthétoscopiques.

En janvier, progrès sensibles sous ce rapport; peu de toux; respiration courte.

En février, la santé est redevenue à peu près ce qu'elle était à Saint-Denis avant l'explosion de cette dernière maladie. Le retour des règles, devenues tout à fait normales, est seulement marqué par des vomissements et des migraines.

La fin du mois de mars trouve Mlle Marie assez bien rétablie pour qu'elle entreprenne et supporte très-bien le retour à Paris en diligence.

Appelée en mai près d'une cour d'Allemagne en qualité de dame d'honneur et de lectrice, elle se tient pendant trois ans au niveau de cette double fonction. Mais alors une rechute de l'affection de poitrine la conduisit à Bade, où elle succomba d'une maladie qu'on a considérée comme une phthisie pulmonaire.

L'autopsie n'ayant pas été faite, on peut se demander si notre malade était réellement tuberculeuse. Pour moi, je ne le crois pas, d'après la marche de la maladie, qui plusieurs fois a permis de croire la santé rétablie; d'après sa longue durée et les accidents aigus qui chaque fois ont signalé les rechutes; d'après les bons effets du traitement antiphlogistique; d'après, enfin, ce qu'il m'a été donné d'observer dans la famille. Ce serait, à mon avis, un de ces cas qui témoignent en faveur de la doctrine de Broussais sur les phlegmasies chroniques.

Quant à l'affection convulsive, elle m'a paru étrangère à la cause organique que pouvait faire supposer la dépression des apophyses épineuses au bas du thorax. L'état nervosique du sujet, dès longtemps préparé à l'avance, expliquerait suffisamment tous les accidents. S'il faut s'en rapporter aux idées de M. Bouchut, les influences débilitantes, qui n'ont pas manqué dans le cas présent, auraient ouvert la porte à ces manifestations convulsives. Mais l'innocuité au moins du traitement antiphlogistique conduit avec une certaine hardiesse, laisse peu de place à cette opinion, naguère très-controversée au sein de l'Académie de médecine. Les accidents spasmodiques ont eu ici un tel caractère et se sont montrés si parfaitement liés, dans leurs époques et dans leur durée, aux troubles de la menstruation, que je n'hésite pas à y reconnaître une influence purement hystérique, d'autant plus puissante que le champ du nervosisme était d'ailleurs mieux préparé. Ce fut aussi l'opinion du docteur Allard, dont la réputation vit encore dans la mémoire de ses contemporains. Personne, je pense, de ceux qui l'ont connu ne me blâmera de m'être laissé guider par ses appréciations dans le traitement de cette maladie.

MORVE FARCINEUSE CHRONIQUE CHEZ L'HOMME.

Contagion.

Par M. le docteur Hipp. Bourdon, médecin de la Maison municipale de santé.

(Extrait d'un rapport lu à l'Académie de médecine par M. H. Bouley dans la séance du 18 juin.

Le malade dont M. H. Bourdon a raconté l'histoire était atteint, suivant lui, de la morve farcineuse chronique, et malgré cela sa vie est aujourd'hui sauve et sa santé récupérée. Il y a lieu, dit M. le rapporteur, d'examiner avec attention ce fait, et d'en discuter avec soin toutes les circonstances.

La première question que M. H. Bouley examine est celle-ci: Bardin (c'est le nom du malade de M. Bourdon) était-il affecté de la morve chronique? De cet examen il résulte pour M. le rapporteur que ce malade était bien effectivement atteint de la morve chronique. Tout, dit-il, tend à le prouver, et son état de santé antérieure, et les circonstances dans lesquelles sa maladie s'est déclarée, et les caractères qu'elle a revêtus. Que si à quelques égards cette maladie s'est montrée dissemblable de ce qu'on la rencontre dans la majorité des cas; si quelques-uns de ses symptômes les plus formidables ont manqué, comme la destruction de la voûte palatine, l'altération du pharynx et la perforation de la cloison nasale, cela dépend sans doute d'un heureux privilége d'organisation qui a permis à Bardin de résister au mal dont il avait absorbé le germe et de le surmonter. Dans cet organisme réfractaire, le germe morbide a fini par avorter, comme celui d'une plante sur un terrain qui ne lui est pas propice, et ainsi s'expliquerait la guérison inattendue par laquelle s'est terminée une maladie trop souvent mortelle.

Une question intéressante se présente à examiner: Quelle a été dans cette guérison la part du traitement auquel le malade de M. Bourdon a été soumis?

Ce traitement a consisté dans l'ensemble des moyens suivants: Au début, le diagnostic n'étant pas encore fixé, médecine des symptômes: saignée, diète, boissons délayantes, puis évacuants, etc. Plus tard, les symptômes de farcin ayant été constatés, toniques, quinquina, vin de Bordeaux, alimentation fortifiante, et enfin emploi d'un médicament jusqu'alors inusité contre la morve, l'iodure de soufre à la dose de 10 centigrammes par jour. A ce traitement interne fut associé l'usage des bains sulfureux; enfin une circonstance particulière signalée par M. Bourdon est l'aération et la ventilation très-active de la salle dans laquelle était couché le malade.

Le malade a guéri. Est-ce parce que? se demande M. le rapporteur, est-ce quoique? ou bien encore la guérison s'est-elle produite *à côté* du traitement, sans que celui-ci ait joué un rôle d'une manière ou d'une autre? Grave et difficile question, et souvent insoluble. Examinons.

Mais d'abord, il est une autre question qu'il faut préalablement débattre: La morve du cheval abandonnée à sa marche naturelle est-elle susceptible de guérir spontanément, sans intervention de l'art? Oui, incontestablement, dans quelques circonstances exceptionnelles. Mais ce résultat possible implique de toute nécessité certaines conditions de forme et d'expression de la maladie, hors desquelles le salut n'est jamais espérable.

M. le rapporteur entre ici dans de grands développements pour établir que la curabilité de la morve sur le cheval dépend de son mode de localisation; que lorsque, par une trop rare exception, le travail éruptif par lequel elle s'exprime à son début se concentre sur une membrane superficielle comme la peau, ou la muqueuse des fosses nasales exclusivement, sa guérison est possible avec le temps, etc. Puis revenant au malade de M. Bourdon, il continue en ces termes:

Ce malade était affecté de la morve, et il s'en est guéri. Par quel concours de circonstances?

La première de toutes et la plus influente a été l'organisme privilégié de Bardin, qui lui a permis de résister à l'action du poison animal qu'il avait absorbé. Mais ce serait être injuste que de tout attribuer dans ce résultat à la force médicatrice. Les bonnes conditions hygiéniques, régime alimentaire, bonne aération, etc., que M. Bourdon a réunies autour de son malade, n'ont certainement pas été étrangères à ce résultat. Mais le rôle de M. Bourdon ne s'est pas borné à une direction intelligente du régime et de l'hygiène. Il a aussi demandé des ressources à la matière médicale, et il lui a semblé que l'iodure de soufre administré à son malade n'avait pas été sans influence sur la marche de la cicatrisation des plaies. Mais il n'émet cette opinion que sous toute réserve. Peut-être, dit-il lui-même, n'a-t-il eu à observer qu'un simple rapport de coïncidence. Il est évident, en effet, qu'un problème de thérapeutique ne saurait être résolu avec un seul fait. Nous n'avons donc qu'à consigner ici, comme une expérience qui en raison de son unicité n'a pas encore de signification réelle, l'essai qu'a fait M. Bourdon de l'iodure de soufre dans le traitement de la morve farcineuse de l'homme. Cet essai, semble-t-il, a été heureux; il doit être conséquemment imité, c'est tout ce que nous pouvons en dire.

En résumé, Bardin a été guéri ou il s'est guéri de la morve farcineuse.

Quelle que soit la formule que l'on croie devoir employer pour l'exprimer, ce fait en soi est considérable: non pas qu'il soit unique; M. Bourdon rappelle sommairement dans son mémoire les faits déjà publiés, analogues à celui qu'il relate aujourd'hui; mais il est une preuve de plus que, dans les cas en apparence les plus désespérés, la nature et l'art s'entr'aidant, ont des ressources qui peuvent être supérieures au mal que l'on pourrait croire le plus irrémédiable.

Le fait de M. Bourdon se distingue en outre de ceux qui sont déjà connus par une remarquable précision de diagnostic qui lui donne un caractère d'authenticité que la plupart des faits antérieurs ne revêtent pas, bien s'en faut, au même degré.

A tous ces titres, il était donc avantageux qu'il fût connu.

Une autre conséquence utile pourra résulter de la divulgation de ce fait du haut de cette tribune: ce sera d'appeler de nouveau l'attention non pas des médecins, la leur n'a pas besoin d'être éveillée, mais du public en général, sur la possibilité de la contagion de la morve du cheval à l'homme, et sur les maux redoutables qu'elle peut infliger aux malheureux qui y sont exposés.

La crainte salutaire de cette contagion ne saurait être trop fortement inspirée à tous les esprits, car mieux que n'importe quelle loi sanitaire elle est la sauvegarde de la santé publique. Avant que M. Rayer, ce qui sera son grand titre de gloire, fût parvenu à forcer sur ce point toutes les convictions qui lui étaient opposées, c'était chose commune que de voir les chevaux morveux utilisés en grand nombre à leurs services habituels, comme si de rien n'était. Et cela se trouvait possible alors, non-seulement parce que les lois sanitaires étaient à peu près tombées en désuétude, mais encore et surtout parce que les hommes chargés de soigner et de conduire les animaux malades ne se refusaient pas à ces services, ignorants qu'ils étaient des dangers auxquels les exposaient une cohabitation et un contact de tous les instants avec ces animaux. Mais depuis que la grande vérité de la contagion possible de la morve à l'espèce humaine a été mise en pleine évidence par les travaux de M. Rayer; depuis surtout que cette vérité s'est répandue dans les masses auxquelles elle s'est imposée par le témoignage de trop nombreux exemples, il n'y a plus eu autant à redouter que les faits d'autrefois se reproduisissent.

Aujourd'hui la morve inspire à tous les hommes qui sont en rapport avec les chevaux une terreur salutaire, née du péril trop certain, et grâce à cette terreur, les propriétaires de chevaux malades ne peuvent plus compter autant, pour les utiliser même en secret, sur la connivence de leurs employés. Force leur est donc de se débarrasser de ces animaux dangereux, en les livrant à l'équarisseur dès la première apparition des signes de leur mal.

C'est ce qui explique sans doute comme quoi les accidents de morve sur l'homme sont moins fréquents aujourd'hui qu'ils ne l'étaient il y a quelques années.

Il est donc bon et utile, lorsque surgissent de temps à autre de nouveaux faits malheureux, conséquences le plus souvent de l'ignorance et de l'incurie, qu'ils soient mis à la connaissance de tous, afin que le malheur portant avec lui son enseignement, ceux qui en courent les chances puissent s'en inspirer pour les éviter.

M. Bourdon mérite des remercîments pour l'intéressante communication qu'il vous a faite. Nous avons l'honneur de vous proposer de les lui adresser, et en même temps de renvoyer son mémoire au comité de publication.

M. J. Guérin a pris la parole après la lecture de ce rapport, pour présenter quelques considérations sur ce sujet. Nous les reproduirons dans le compte rendu de la prochaine séance, où la discussion engagée sur cette question paraît devoir se continuer.

DE L'ONGLE INCARNÉ,

de son traitement par une méthode aussi efficace que simple et inoffensive,

Par M. le docteur A. Legrand.

(Lu à la Société de médecine pratique dans la séance du 2 mai.)

Un nouveau cas de mort arrivé chez un jeune homme de vingt-quatre ans, à la suite de l'inhalation du chloroforme (voir la *Gazette des Hôpitaux* du 4 décembre dernier) (1), administré pour soustraire l'opéré aux horribles douleurs que cause l'avulsion de l'ongle, pratiquée par le procédé de Dupuytren, m'a rappelé une méthode que je tiens de mon père (1), mort depuis plus de quarante ans (avril 1820), et qui est aussi certaine dans ses résultats qu'elle est en même temps d'une admirable innocuité. Elle remplit parfaitement toutes les indications données par Baudens, qui a résumé dans les termes suivants toute la thérapeutique de l'*onyxis*.

« Presque tous les nombreux moyens curatifs proposés pour l'ongle incarné peuvent se ranger en trois groupes. Ainsi, par une série de procédés on détruit la matrice de l'ongle; — par une autre on détruit la portion de l'ongle incarné; — *et par une troisième série on attaque les parties molles ulcérées.* » *Gazette des Hôpitaux*, 1848, p. 63.) La méthode que je vais exposer ne remplit que les deux dernières indications, mais elles suffisent pour la cure radicale.

Je ne ferai que rappeler le procédé de Dupuytren, que tout le monde connaît, et qui ne procure pas toujours une cure définitive (voy. *Gaz. des Hôp.*, année 1859, nº 70). M. Jobert (de Lamballe), qui blâme avec raison l'expression d'*onyxis*, applicable seulement à l'inflammation de la matrice de l'ongle, a heureusement simplifié le procédé de son prédécesseur à l'Hôtel-Dieu en enlevant, à l'aide d'une forte pince, que la portion de l'ongle reutrée dans les chairs; puis il cautérise (et ceci est très-important selon lui) la surface dénudée avec un petit fer rougi à blanc (*Gaz. des Hôp.*, année 1858, nº 148). M. le docteur Long, chirurgien en second de l'hôpital civil de Toulon, n'arrachait que l'ongle, en respectant la matrice (*Rev. méd.-chir.* de Paris, t. II, p. 173, année 1847).

Le mode opératoire consiste à glisser sous l'ongle une spatule et à arracher celui-ci en retirant l'instrument. Indépendamment de cette circonstance qu'on ne saurait garantir que l'ongle repoussera dans de meilleures conditions, le procédé doit être aussi fort douloureux, puisque M. le docteur Maher, chirurgien en chef de l'hôpital de la marine de Rochefort, emploie de préférence au chloroforme, dont l'action si souvent mortelle lui cause un si juste effroi, un mélange réfrigérant pour annihiler localement la douleur.

Mais il résulte de la lecture de son mémoire (*Gaz. des Hôp.* année 1861, nº 34), que celle-ci n'est que momentanément suspendue, et qu'elle renaît fort vite, peu de temps après le moment où l'on cesse l'anesthésie locale. Cette méthode appartient, je crois, à M. le professeur Velpeau.

M. Baudens (*Clin. des plaies par armes à feu*) n'enlevait à l'aide du bistouri que les chairs dans lesquelles l'ongle pénètre. Ce procédé, quoique moins cruel que l'arrachement, est cependant encore fort douloureux. Il est aussi fort expéditif et avait été adopté par Gerdy: je doute qu'il procure des cures radicales. Lisfranc, et après lui Le Roy (d'Etiolles), procédaient d'une manière fort analogue (*Gaz. des Hôp.*, année 1851). Toutes ces méthodes, exclusivement chirurgicales, peuvent déterminer l'érysipèle, et presque toujours un érysipèle phlegmoneux.

C'est à cause de la cruauté de tous ces procédés qu'on en a essayé de beaucoup plus doux et qui consistent à forcer l'ongle à repousser par-dessus les chairs. C'est ainsi que procèdent le docteur Basico, chirurgien principal de l'hôpital militaire de Savone. Après avoir soulevé l'ongle au-dessus des chairs boursouflées à l'aide de l'agaric, il remplace celui-ci par des plaques fort minces de plomb, de fer-blanc, et enfin par de la charpie. Quoique le chirurgien italien annonce (Académie de médecine, séance du 1er juillet 1851) avoir obtenu ainsi de remarquables succès, nous craignons, indépendamment de la longueur et de la difficulté du procédé, qu'il n'ait éprouvé de fréquentes rechutes.

J'ignore si le procédé du docteur Meynier (d'Ornans), élève du baron Larrey, est d'une efficacité plus certaine; il est du moins fort doux et d'une application qui me paraît assez facile. On verse entre l'ongle et les chairs préalablement abaissées du collodion qui, en séchant, se maintient dans cette condition jusqu'à ce que l'ongle ait repoussé par-dessus les chairs. Sur cinq applications que M. Larrey a faites de ce procédé si inoffensif, il a réussi quatre fois (Société de chirurgie, séance du 5 juin 1850).

Voici maintenant le procédé que m'a enseigné mon père, qui n'est pas moins inoffensif que le précédent et que je crois plus rationnel, puisqu'il détruit la cause de l'infirmité, le boursouflement des chairs, et par conséquent encore plus efficace. Il consiste à saupoudrer abondamment les chairs qui recouvrent l'ongle d'alun calciné, de manière à les recouvrir d'une couche épaisse de ce doux escharotique, qu'on maintient appliqué à l'aide d'une bande suffisamment étroite de mousseline. Au bout de deux ou trois jours on enlève la croûte d'alun, qui entraîne avec elle une portion des chairs surabondantes, et on renouvelle l'application d'alun jusqu'à ce que celles-ci soient entièrement réprimées au-dessous de l'ongle, qu'on excise au fur et à mesure qu'on le met à découvert. Ce petit manuel opératoire est très-facile, et il ne s'accompagne ni de perte de sang ni de douleur. Celle qui résulte de la présence de la pointe de l'ongle au milieu des chairs qu'il perce, est généralement calmée dès la première application de l'alun.

Je vais maintenant donner quelques-unes des observations que j'ai recueillies dans ma pratique, et qui serviront de démonstration à ce qui précède.

Obs. I. — Au mois de juin 1854, je fus consulté par un jeune clerc d'huissier, qui avait été obligé de venir chez moi en voiture, vu l'impossibilité où il se trouvait de marcher par suite d'un onyxis tellement douloureux que c'était à peine si la nuit il reposait quelques heures.

(1) Ce serait le troisième cas d'opération d'ongle incarné qui aurait eu la même issue par la même cause, du moins d'après un mémoire lu à l'Académie des sciences (séance du 4 février 1861) par M. Vigouroux, qui porte à trente et un (pour la France seulement) les cas de mort connus par suite d'inhalation du chloroforme. Ces faits, du reste, se multiplient aussi à l'étranger; ainsi le *Cincinnati Lancet and Observer* vient d'en publier un nouveau cas chez un sujet qui n'offrait cependant du côté des organes de la respiration aucun symptôme qui pût contre-indiquer l'anesthésie. Le *West Derby Work House* raconte aussi la mort d'une aliénée soumise aux mêmes inhalations, quoiqu'on les eût administrées plusieurs fois auparavant sans accident. (*Revue de thérap. médic.-chirurg.* du 1er décembre 1860.)

(1) M. le docteur Sommé, chirurgien en chef de l'hôpital Sainte-Elisabeth d'Anvers, emploie depuis une trentaine d'années, avec un succès presque constant, une méthode qui offre avec la nôtre la plus grande analogie, et qu'il a exposée dans les *Annales de la Société de médecine d'Anvers* (juin 1852). Il y aurait donc là une question de priorité qui me paraît fort secondaire, et qui, si elle était approfondie, pourrait bien n'être résolue ni en faveur de mon père ni pour M. Sommé.

Je fis immédiatement (25 juin) une première application d'alun calciné, qui procura presque aussitôt un soulagement assez marqué pour que le malade pût reposer mieux que les nuits précédentes.

Le 27, je renouvelai ce même pansement, après avoir enlevé la première eschare.

Le 30, Emile H... vint chez moi à pied, et je pus cette fois facilement exciser la portion de l'ongle qui rentrait dans les chairs du gros orteil droit.

Les 3 et 8 juillet, quatrième et cinquième pansements : celui-ci fut le dernier, et je n'appris que plus tard, par une lettre qu'Émile m'écrivit de Verdun, sa ville natale, où il était retourné, qu'il avait été radicalement guéri par ce dernier pansement, car depuis ce moment, quoiqu'il eût repris ses longues courses à pied, il n'avait plus jamais éprouvé la plus légère incommodité.

Obs. II. — M. A. M..., instituteur, demeurant à Paris, me fit prier de le venir voir chez lui, où il était retenu au lit depuis plusieurs jours par un mal de pied. Je trouvai, en effet, l'orteil gauche dans des conditions presque effrayantes par suite du développement anormal du bord interne de l'ongle, pénétrant profondément dans les chairs, qui en recouvraient presque un tiers. Tout l'orteil était rouge, tuméfié; non-seulement la marche, mais même la station debout, étaient impossibles, et les élancements causés par le mal étaient tels que le sommeil en était toujours troublé et parfois absolument empêché.

Je fis immédiatement (5 mars 1855) une première application d'alun calciné, dont je saupoudrai toute l'étendue du mal, en ayant soin par l'addition de quelques gouttes d'eau de former une espèce de magma qui recouvrait tous les bourgeons charnus enflammés et hypertrophiés, et je maintins cette espèce de plastron à l'aide d'une petite bande en batiste.

Les nuits qui suivirent ce premier pansement furent déjà moins mauvaises que les précédentes.

Le 8, j'enlevai la croûte formée par l'alun, qui avait déjà été soulevée par un peu de suppuration, et qui entraîna avec elle une portion du tissu morbide; puis je fis un second pansement semblable au premier.

Le 11, la croûte d'alun enlevée, je commençai à exciser une portion de l'ongle incarné à l'aide de forts ciseaux, de sorte que je pus faire porter l'alun sur des chairs plus profondes, et de ce jour M. M... put faire quelques pas dans sa chambre et retrouva complétement le sommeil.

Après le pansement du 15, qui fut identique avec celui du 11, toute la portion incarnée de l'ongle fut enlevée. Toute douleur disparut dès ce moment, et M. M... commença à reprendre ses fonctions, qui exigeaient une grande activité. Trois pansements faits les 21, 25 et 30 (en tout sept pansements), furent encore nécessaires pour ramener l'ongle dans les conditions normales et pour permettre de chausser le pied droit comme le pied gauche, qui du reste avait été aussi légèrement malade, mais qu'un seul pansement avec l'alun avait guéri.

J'ai eu souvent depuis l'occasion de voir M. M..., et sa guérison ne s'est jamais démentie.

Il ne faut pas confondre le moyen que je viens d'exposer avec la cautérisation destructive, qui a aussi été mise en usage. Ainsi M. le docteur Rousse, de Bagnères-de-Bigorre (*Gazette des Hôpitaux*, année 1839, n° 144), et peu de temps après M. le docteur Barbette (*Journ. des Conn. médico-chirurg.*, année 1839), ainsi que M. Gayral, et plus tard M. Gouriet, de Niort (*Abeille médicale*, 30 mai 1859); mais ces trois derniers médecins, probablement à l'imitation du premier (*Gaz. des Hôp.*, année 1859, n° 70), ces praticiens, disje, placent un petit cylindre de potasse caustique sur la racine de l'ongle incarné et l'y maintiennent appliqué pendant quelques heures. Cet agent, qu'on pourrait sans doute remplacer par le caustique de Vienne, détruit la matrice de l'ongle, qui, nécessairement, mais au bout d'un temps assez long, tombe et ne se reproduit plus.

Ce procédé me paraît devoir être fort douloureux. Il est fort lent, et je crains bien qu'il ne remplace une maladie par une infirmité irrémédiable, car l'absence de l'ongle du gros orteil doit beaucoup gêner la marche. Cette méthode est cependant adoptée par M. le docteur Philipeaux (de Lyon), qui emploie, à ce qu'il paraît, indistinctement la potasse caustique, le caustique de Vienne ou la pâte au chlorure de zinc (*Traité de la cautérisation*, p. 91). Il paraît, du reste, fort peu se préoccuper de la douleur.

Je terminerai par deux observations qui, je l'espère, convaincront des avantages de cette méthode, puisqu'elle réunit trois qualités bien essentielles : *l'innocuité, l'efficacité et la facilité d'application*.

Obs. III. — Mme K... me fit prier (le 5 décembre 1856) d'aller chez elle, vu l'impossibilité où elle se trouvait de venir dans mon cabinet, par suite des douleurs horribles que lui faisait éprouver l'ongle du gros orteil droit, qui était fortement recouvert par des chairs tuméfiées, enflammées et saignantes. Tout l'orteil était tellement sensible qu'il n'y avait point à songer à dégager l'ongle à l'aide de ciseaux, et je fis immédiatement une première application d'alun, que je renouvelai le 8.

Le 11, avant de pratiquer un troisième pansement, je pus à l'aide de forts ciseaux enlever le coin de l'ongle, qui pénétrait le plus profondément dans la pulpe de l'orteil.

Le 17, Mme K... put descendre chez moi, et après une quatrième application du doux escharotique, elle put faire une petite course à pied.

Les 22 et 24, je continuai d'exciser les bords saillants de l'ongle, et le 27 il était entièrement dégagé et les chairs complétement réprimées. Aussi, le 28, ai-je pu faire un dernier pansement sous lequel l'ongle a repoussé, mais cette fois par-dessus les chairs. Depuis ce moment, Mme K... a repris toute sa liberté.

Obs. IV. — Le nommé M..., sergent de ville, âgé de trente-six ans, a au pied gauche et au gros orteil *un ongle qui croît sous les chairs*, tandis que celles-ci se boursouflant, le recouvrent en partie. Cette condition le fait beaucoup souffrir et le gêne énormément dans l'exercice de ses fonctions.

Je fis le 5 juillet 1858 un premier pansement avec l'alun calciné. Dès le 8 il y avait dans l'état de M..., dont j'avais pu exciser l'ongle, une amélioration telle, qu'il avait pu faire son service sans éprouver aucune douleur. J'enlevai l'eschare sèche qui s'était formée, et je pratiquai une nouvelle application d'alun calciné. Je la renouvelai le 15. Depuis, M... n'a plus eu besoin d'avoir recours à moi, et n'a pas cessé un seul moment son service.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 juin 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

M. Coste présente au nom de M. Bouchut une extrait d'un mémoire sur l'emmagasinement et la salubrité des eaux de Paris. (*Voir* les numéros des 20 et 22 juin.)

— M. Dumas présente au nom de M. Pasteur des expériences et vues nouvelles sur la nature des fermentations.

Plasmine. — M. Denis (de Commercy), membre correspondant, communique une note sur la plasmine, substance albuminoïde qui donne au sang la faculté de se coaguler spontanément.

L'auteur rappelle qu'il a extrait du sang, il y a trois ans, une matière qui a la propriété d'en déterminer la coagulation en s'y solidifiant sans l'intervention d'aucune cause appréciable; matière qu'il a appelée *plasmine*, parce qu'il est plus que probable qu'elle joue dans le corps vivant, surtout sous l'influence des hématies, le rôle le plus important qu'ait à remplir le plasma, où elle existe en dissolution.

Le procédé qu'il a décrit en 1858 pour obtenir cette matière en abondance du sang de l'homme, n'ayant pas donné les mêmes résultats aux divers expérimentateurs qui s'en sont servis, M. Denis décrit les modifications qu'il a apportées à son procédé et qui lui ont permis d'obtenir des résultats plus constants.

BLESSURES PAR IMPRUDENCE. — OPÉRATION CHIRURGICALE.

Responsabilité du médecin.

Un sieur Hamelain, dit Myrthil, a cité directement M. le docteur C... devant le tribunal correctionnel de la Seine pour blessures par imprudence, demandant en outre 10,000 francs de dommages-intérêts comme réparation civile. Selon le plaignant, M. le docteur C..., prenant une hernie pour un abcès, aurait, en incisant la prétendue tumeur, perforé l'intestin.

M. Tardieu, commis par le tribunal pour examiner le sieur Hamelain, a fait un rapport, et M. C... a été renvoyé des fins de la plainte; la partie civile a été condamnée aux dépens.

Nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs la partie du réquisitoire de M. l'avocat impérial Genreau, relative aux principes de la jurisprudence en pareille matière :

Les faits ainsi résumés, quel est le droit? Le voici tel qu'il résulte à nos yeux des principes mêmes des choses, et qu'il est consacré par la jurisprudence. Et d'abord les médecins ne peuvent être toujours responsables, ni de l'insuccès sur le mal, ni même des conséquences fâcheuses pour le malade, des opérations qu'ils pratiquent ou des remèdes qu'ils emploient. En effet, leur art est dans bien des cas conjectural, et sur les points mêmes qui paraissent certains, l'observation des règles est souvent impuissante à assurer la guérison; la mort comme la vie ne sont qu'entre les mains de Dieu. D'autre part, on ne peut admettre que les médecins ne seront jamais responsables des fautes qu'ils peuvent commettre dans l'exercice de leur art; ce serait créer à leur profit une immunité qui n'appartient à personne; conférer à leur profession un privilége qui n'existe pour nulle autre, et désarmer la justice contre des erreurs les plus dangereuses de toutes, puisqu'elles ont pour objet la santé et la vie même des citoyens.

Les médecins ne sont donc ni toujours responsables ni toujours irresponsables; quelle sera la limite? On a voulu la placer dans l'appréciation du médecin lui-même, et poser en principe que tant qu'il a agi selon sa conscience, il échappe à toute action. Nous ne pouvons admettre une telle théorie, qui aurait pour effet d'absoudre les plus grossières et les plus fatales erreurs, par cela seul qu'elles sont des erreurs et non des actes volontaires; il faut donc chercher ailleurs la vérité, et nous la trouvons dans l'application des termes mêmes de la loi et dans les décisions de la jurisprudence. Il y a responsabilité pénale toutes les fois qu'il y a une faute lourde, consistant dans une imprudence, une négligence, une inattention, une inobservation des règlements, et que cette faute lourde a causé soit la mort, soit des blessures ou des infirmités.

Veut-on des exemples? Il y a *imprudence*, soit dans le fait hypothétique d'un médecin qui ferait une opération en état d'ivresse, soit dans des essais hasardés qui seraient inévitablement funestes au malade sans avoir pour but d'ouvrir, par une guérison possible, obtenue à l'aide de procédés nouveaux, des voies encore inconnues à la science. Il y a *négligence* soit dans le fait d'un médecin qui pratique une opération ou prescrit un remède sans employer ou sans indiquer les précautions sans lesquelles cette opération ou ce remède peut nuire au malade, soit dans le fait plus grand encore d'un médecin qui abandonnerait un client sans soins et sans secours, et le laisserait en danger après avoir entrepris sa guérison. Il y a *inattention* dans les cas, qui se sont malheureusement produits, d'un médecin commettant une erreur matérielle, soit dans l'indication d'un remède dangereux, soit dans la dose de ce remède, et écrivant sur son ordonnance ou le nom d'une substance autre que celle qu'il voulait prescrire, ou une quantité exagérée qui fera du remède un poison. Il y a enfin *inobservation des règlements* dans le fait d'un officier de santé qui, contrairement aux prescriptions de l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI, fait une grande opération sans l'assistance d'un docteur en médecine.

Dans tous ces cas et d'autres analogues, notamment au cas d'ignorance des principes les plus certains et les plus élémentaires de la science, il y a responsabilité, et les médecins peuvent avoir à rendre compte des conséquences de leurs fautes, non-seulement devant la justice civile au point de vue des dommages-intérêts, mais aussi devant la justice répressive pour l'application de la loi dont nous venons de rappeler le texte.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles, dans sa dernière séance, a procédé à la formation de son bureau pour l'année académique 1861-1862. M. le professeur Crocq a été nommé président, et M. le professeur Graux, secrétaire.

— Les élections pour le renouvellement du bureau de la *Société anatomique* auront lieu dans la séance de vendredi 28 juin.

Une belle collection de la *Gazette* depuis son origine (1828), reliée, et les années 1834, 1835, 1836, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1850, 1855, sont à vendre au bureau du journal.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 75. — JEUDI 27 JUIN 1861. (34e ANNÉE.) N° 75. — JEUDI 27 JUIN 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des Beaux-Arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, 26 juin 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

Il y a vingt et quelques années, la question de la transmission de la morve du cheval à l'homme était portée pour la première fois devant l'Académie de médecine, et après une longue et brillante discussion, qui a laissé des souvenirs dans le monde médical, il est resté acquis à la science ce double fait, qui sera, comme l'a dit M. Bouley dans son rapport, l'un des titres de gloire de M. Rayer, savoir : que la morve et le farcin, ces affections que l'on avait crues jusque-là exclusives aux solipèdes, ont un droit égal à figurer dans le cadre nosologique humain, et que c'est à la contagion du cheval à l'homme que nous sommes redevables de ce triste surcroît de richesses pathologiques.

Triste vérité à découvrir, en effet, mais utile du moins en ce qu'elle nous a appris à nous défier d'un ennemi dont les atteintes eussent été d'autant plus redoutables qu'elles seraient restées plus cachées, et qu'elle nous a mis dans l'obligation de rechercher les moyens de les prévenir ou d'en combattre les funestes effets.

C'est sous un tout autre aspect que la question se présente aujourd'hui. Vingt-trois ans écoulés depuis ce premier débat n'ont fait que confirmer les conclusions formulées à cette époque. Il n'y a donc plus à y revenir. Mais tout n'est pas éclairci encore dans l'histoire de cette affreuse maladie, et ce qui a été le moins clair jusqu'à présent, c'est sa thérapeutique. Or, voici un cas de guérison de morve farcineuse chronique qui se présente. C'est là un fait d'un intérêt considérable. Les termes de la discussion étaient tout naturellement posés par l'énoncé seul du fait. Le malade avait-il bien eu réellement le farcin? était-il bien guéri, et par quel moyen avait eu lieu la guérison?

Le rapport si bien fait et si lumineux de M. H. Bouley, dont nous avons donné un extrait dans le dernier numéro, ne laisse guère de place au doute que sur la troisième question. Des doutes ont bien été exprimés, a-t-on dit, et par l'homme le plus compétent assurément en cette matière, par M. Rayer; mais M. Rayer n'a point vu le malade, il n'a puisé les motifs de son opinion que dans quelques lacunes de description ou dans l'absence de quelques-uns des phénomènes caractéristiques. Nous avouerons que lorsque M. Tardieu est venu dire : J'ai vu le malade, je l'ai suivi jour par jour avec M. Bourdon, et je n'hésite pas à déclarer que ce malade a eu le farcin, il ne nous est pas possible d'hésiter plus longtemps, surtout en présence de la concordance parfaite qui existe à cet égard entre les deux principaux observateurs et le rapporteur.

Le second point ne peut être mis en question. La guérison date aujourd'hui de trois ans, et Bardin (c'est le nom du ci-devant farcineux), que nous avons eu l'occasion de voir hier sous le péristyle de l'Académie, offre aujourd'hui les caractères de la plus belle santé.

Le troisième point, voilà où est la difficulté ! M. Tardieu a opposé d'excellentes raisons en faveur de l'action probable de la médication employée, aux incertitudes du rapporteur et au scepticisme un peu plus accusé encore de M. Renault. C'est assurément un point très-délicat à résoudre, en face d'un fait unique, d'une médication éprouvée pour la première fois, que de dire si c'est à cette médication qu'est due la guérison, ou bien aux soins hygiéniques dont a été entouré le malade. Sans contester les bienfaits et l'efficacité d'une bonne hygiène, M. Tardieu a montré par un exemple frappant combien il faut peu compter sur ses effets dans un établissement nosocomial, même le plus heureusement disposé sous ce rapport.

Ce qu'il enlevait ainsi à l'hygiène penchait d'autant en faveur du remède, mais sans décider cependant la question d'une manière péremptoire. Il reste et il restera donc encore très-probablement de l'obscurité sur ce point après cette discussion ; mais du moins devra-t-on dès à présent admettre avec M. Tardieu, qu'il y a dans ce résultat un élément de probabilité suffisant pour engager à renouveler un essai semblable à la première occasion.

Cette question, de la plus haute importance, comme on peut en juger, n'est pas la seule que ce fait ait soulevée. M. J. Guérin, qui a le premier engagé le débat, a formulé une question de principe d'un très-grand intérêt nosologique et pratique à la fois. A côté de la forme type, par laquelle se traduit la maladie dans son intensité la plus haute et dans ses caractères les plus tranchés, n'y a-t-il pas d'autres manifestations beaucoup moins complètes et moins accusées, et qui seraient comme autant de degrés décroissants de la même affection, traduisant en caractères beaucoup plus vagues et plus indécis l'existence de la même cause morbide, mais à un degré de puissance beaucoup moindre?

Cette question, qui peut s'appliquer à un grand nombre d'affections morbides, notamment à presque toutes celles de l'ordre des virulentes et des miasmatiques, avait dans l'espèce un double intérêt : au point de vue nosologique, ainsi qu'on peut aisément en juger par son énoncé seul ; au point de vue pratique, en ce qu'elle pouvait conduire à la recherche des conditions de curabilité restées jusqu'ici inconnues ou indéterminées.

Bien que la réponse faite à cette question par M. Bouley ne semble pas laisser grand espoir qu'on puisse tirer de la proposition de M. Guérin tout le parti qu'il paraissait en espérer pour le pronostic et la thérapeutique, nous n'en persistons pas moins à penser avec lui qu'il y a là les termes d'un problème pathologique d'un très-haut intérêt et un sujet d'étude digne d'une sérieuse considération.

Nous suivrons les développements de cette discussion.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert (de Lamballe).

Sur le kyste de l'ovaire.

(Leçon recueillie par M. Charpentier, interne du service.)

Au n° 4 de la salle Saint-Maurice est couchée une femme qui présente une tumeur abdominale. Cette femme, âgée de trente et un ans, veuve, est d'une bonne constitution. Elle n'a jamais éprouvé de chagrins, de souffrances physiques ni morales. Réglée à quinze ans, elle a toujours eu une menstruation très-régulière. Il y a dix-huit mois, elle s'est aperçue qu'elle avait dans le flanc droit une tumeur du volume d'un petit œuf, qui s'y était développée sans cause connue. Cette tumeur a été en augmentant continuellement de volume et se rapprochant de la ligne médiane, qu'elle a fini par occuper complétement. Le ventre est parfaitement globuleux, offre de la matité dans toute l'étendue de la tumeur, qui est lisse, unie, mobile, non fluctuante, non douloureuse, et ne présente ni bruits de souffle ni battements. Cette matité change de place suivant les mouvements que l'on fait exécuter à la malade, mais occupe toujours toute l'étendue de la tumeur, le ventre offrant de la sonorité dans les parties latérales.

Une première ponction, pratiquée dans la tumeur, permit de constater qu'elle était remplie par un liquide ambré, visqueux, filant entre les doigts, contenant de l'albumine, dont on constata la présence à l'aide de la chaleur et de l'acide nitrique, mais en quantité insuffisante pour déterminer la coagulation complète du liquide.

Trois autres ponctions ont été pratiquées successivement dans la tumeur, et ont toujours donné issue au même liquide. La dernière a été suivie d'une injection iodée, et aujourd'hui la tumeur a repris à peu près le volume qu'elle avait lorsque la malade s'en est aperçue. Le ventre a repris ses proportions à peu près normales, et d'ici à quelques jours la malade pourra sortir guérie de l'hôpital.

Quelle est cette tumeur; quelle est la méthode qui en a amené la guérison? C'est un kyste de l'ovaire qui a été traité par la méthode des ponctions successives, méthode que M. Jobert emploie constamment dans ces sortes de tumeurs, et qui lui a toujours réussi en pareille circonstance.

Les kystes de l'ovaire, dit M. Jobert dans la leçon clinique qu'il a faite à propos de cette malade, sont une des tumeurs abdominales que l'on rencontre le plus souvent chez la femme, qu'elle soit vierge ou qu'elle ait eu des enfants; et elle se présente avec des caractères propres qui ne permettent de la confondre avec aucune autre maladie.

Autrefois on admettait que tous les points de l'ovaire pouvaient être l'origine de ces tumeurs ; mais depuis que la structure de l'ovaire est bien connue, c'est dans la vésicule même de Graaf qu'on en a cherché l'origine. Il se passe là un fait analogue à ce qui arrive dans le cas d'hypertrophie des follicules sébacés. Dans un cas comme dans l'autre, il se fait un développement exagéré de l'organe, qui donne lieu à une tumeur kystique. Il s'accumule du liquide dans la vésicule de Graaf, comme il s'accumule de la matière sébacée dans les follicules de la peau, et dans les deux circonstances c'est une véritable hypertrophie qui est le point de départ de ces tumeurs.

Il est encore une autre circonstance où il peut exister un kyste de l'ovaire, c'est quand du liquide s'accumule dans les restes du corps de Wolf, situés dans l'épaisseur du ligament large. Mais jamais dans ce cas le kyste n'acquiert le développement qu'il peut prendre dans le cas de véritable kyste ovarique.

Unique ou multiple, suivant que le kyste est uni ou multiloculaire, le kyste ovarique présente un volume extrêmement variable, depuis la grosseur d'une noisette jusqu'à ces kystes énormes qui contiennent quinze et vingt litres de liquide.

Ce liquide présente en général les caractères que nous avons déjà indiqués : coloration ambrée, consistance visqueuse; il file entre les doigts, se coagule en partie par la chaleur et l'acide nitrique; mais il peut présenter une foule de variétés, depuis la limpidité parfaite jusqu'à une coloration noirâtre due à l'accumulation des globules sanguins, et même jusqu'à la purulence complète.

La tumeur, située d'abord dans l'excavation du bassin, en sort bientôt pour gagner la ligne médiane; elle donne au ventre une forme globuleuse qui est pour M. Jobert caractéristique. La fluctuation cesse bientôt de pouvoir être perçue, par suite de la distension extrême des parois. La matité existe surtout en avant et la sonorité sur les parties latérales. La tumeur est parfaitement mobile, change de place suivant les divers mouvements que l'on fait exécuter à la malade, et ne présente ni battements ni bruits de souffle. Le volume de la tumeur détermine la compression de la vessie ou du rectum, et par suite des troubles de la miction et de la défécation.

Le toucher vaginal permet en effet quelquefois de constater l'effacement du cul-de-sac vaginal et d'arriver sur la tumeur, tandis que le toucher rectal donne la sensation d'une tumeur qui déborde le rectum à droite et à gauche et donne lieu à un phénomène analogue au ballottement.

La grossesse et l'ascite amènent bien un développement exagéré du ventre, mais les signes fournis par le col de l'utérus, les battements du cœur, les mouvements du fœtus, la suppression des règles, permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une grossesse.

Dans l'ascite, le ventre n'est plus globuleux, il est développé uniformément; la matité se rencontre vers les parties déclives, la sonorité intestinale étant toujours située au-dessus du niveau du liquide, quelque position que prenne la malade; et de plus, dans la plupart des cas, l'ascite est toujours sous la dépendance d'une lésion qui se traduit par des signes spéciaux, l'ascite essentielle ne survenant que dans des circonstances tout à fait rares.

L'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire est un des points les plus importants de l'étude de ces tumeurs; aussi M. Jobert a-t-il insisté sur elle d'une façon toute spéciale dans sa leçon clinique.

Autrefois, avant que la structure de l'ovaire et de la vésicule de Graaf fût bien connue, on ne considérait dans ces tumeurs que deux tuniques : l'une externe, séreuse; l'autre interne, muqueuse, et c'est à leur intérieur que s'accumulait le liquide. M. Jobert admet trois tuniques composant les parois du kyste : une séreuse péritonéale formant la paroi la plus externe, se développant avec le kyste et s'amincissant à mesure qu'il acquiert un plus grand volume; au-dessous une deuxième de nature fibreuse, qui devient bien évidemment musculeuse avec le temps. Enfin une troisième tunique, muqueuse, forme la paroi interne du kyste et est en contact avec le liquide.

Des vaisseaux nombreux les parcourent; mais ces vaisseaux, loin d'être artériels comme le croyait Delpech, sont essentiellement veineux. Ces veines acquièrent un volume extraordinaire comparé à celui des artères, et sur une pièce pathologique M. Jobert faisait remarquer des veines grosses comme un tuyau de plume, dans lesquelles il introduisait facilement une sonde cannelée, et autour desquelles les tuniques soulevées et amincies formaient des replis qui semblaient séparer le kyste en plusieurs loges, quoiqu'il fût bien réellement uniloculaire.

A mesure que le kyste se développe, il se passe dans ces tuniques des phénomènes sur lesquels M. Jobert insiste tout particulièrement.

Distendues par le liquide, les tuniques internes s'amincissent de plus en plus, subissent une véritable absorption analogue à celle qui arrive dans certaines ulcérations de la cornée et du col de l'utérus, et finissent par disparaître en certains points, le

liquide n'étant plus séparé de la cavité péritonéale que par l'enveloppe externe du kyste. Celle-ci même peut céder par places, et le liquide s'épancher dans l'abdomen et donner lieu à une péritonite mortelle.

C'est en effet ce qui s'est passé chez une autre malade du service. Entrée pour une affection utérine, cette femme au bout de quelques jours fut prise brusquement, sans cause connue, d'une entéro-péritonite à laquelle elle succomba en quelques jours. A l'autopsie, on trouva, outre la lésion utérine, les deux ovaires, et surtout celui du côté gauche, occupés par une foule de petits kystes, dont le plus gros, du volume d'un œuf, présentait en un point un pertuis grand comme une tête d'épingle par lequel le liquide s'était épanché dans l'abdomen. Les membranes internes avaient complétement disparu à ce niveau.

Sur cette pièce, on pouvait constater un amincissement des deux tuniques internes, qui n'auraient pas tardé à disparaître et à donner lieu à de nouvelles perforations.

Et ce qui prouve que c'est bien là le véritable mode de l'ulcération, c'est qu'il n'y a pas la moindre trace d'inflammation dans le kyste.

Deux modes de traitement sont dirigés contre ces tumeurs, l'un médical, l'autre chirurgical. Malheureusement le traitement médical est le plus souvent simplement palliatif, le traitement chirurgical menant seul à une guérison solide et durable.

M. Pidoux pratique en croix sur le ventre des traînées de caustique de Vienne, et au point de réunion des branches de la croix il place un cautère; ce moyen a rarement réussi.

La compression, qui doit être faite avec une grande régularité, a réussi une fois entre les mains de M. Bricheteau; mais seule, elle agit rarement. Il ne faut pas pour cela la rejeter, et associée à d'autres moyens elle a donné d'excellents résultats.

Deux méthodes se présentent pour la ponction, l'une consistant à évacuer complétement le kyste d'un seul coup, l'autre la méthode des ponctions successives. C'est cette dernière qu'adopte M. Jobert.

Le liquide évacué se reproduit tantôt avec une extrême rapidité, tantôt d'une manière beaucoup plus lente, conservant ses caractères primitifs, tantôt, ce qui ne se produit que dans des circonstances spéciales, devenant de plus en plus louche pour arriver à la purulence complète.

Nous verrons plus loin, à propos de la méthode des ponctions successives, quels sont les principes qu'a donnés M. Jobert pour pratiquer ces ponctions sans danger pour la malade.

Pratiquée habituellement par l'abdomen, la ponction peut se faire par le vagin, mais dans des cas spéciaux, comme celui de kystes ovariques mettant obstacle à l'accouchement, et alors il faut faire la ponction en arrière du col et dans le point saillant; sans cela on s'exposerait, comme cela est arrivé, à transpercer la vessie. Mais cette opération offre toujours une grande gravité, et elle est aujourd'hui presque abandonnée à cause des accidents graves auxquels elle expose les malades.

Loin de donner lieu à des hémorrhagies, à des péritonites que l'on redoutait, la ponction ne détermine le plus habituellement aucun accident; les seuls phénomènes que l'on constate à la suite de cette opération sont quelques troubles nerveux qui tiennent bien plus à la nature des malades qu'à l'opération elle-même.

Dans le but d'obtenir un écoulement permanent du liquide contenu dans le kyste, et d'agir sur ses parois en injectant des liquides de différente nature, quelques chirurgiens ont eu l'idée d'y laisser une sonde à demeure. Ce procédé, blâmé par M. Trousseau et M. Velpeau, a été mis en usage par un habile chirurgien que vous connaissez tous, M. Robert. Il l'a employé trois fois, et tout d'abord les résultats ont été assez satisfaisants pour justifier les espérances du chirurgien, ainsi que vous pouvez vous en assurer en lisant la relation de ces trois faits, qui ont été publiés dans la *Revue médico-chirurgicale* par M. Thomas. Malheureusement le succès n'a pas duré, et plus tard, M. Robert, complétant les observations de M. Thomas, est venu annoncer à l'Académie de médecine que les trois malades avaient succombé, deux à un épuisement résultant de l'abondance de la suppuration; chez la troisième, il était survenu une inflammation violente de l'intérieur du kyste. Nous devons donc proscrire l'emploi de la sonde à demeure, en accordant cependant qu'elle peut rendre quelque service dans le cas rare où on aurait affaire à un kyste purulent donnant lieu à une suppuration fétide; cas dans lequel on pourrait avantageusement recourir à des injections abstersives.

Mais, même dans ces cas, on ne peut compter sûrement sur la guérison. Ainsi, M. Jobert soigne depuis deux ans, avec M. Trousseau, une malade qui se présentait dans des conditions telles que la sonde à demeure était le seul traitement indiqué. De concert avec M. Trousseau, M. Jobert plaça à cette époque dans le kyste une sonde à demeure qui y est restée depuis. La malade vit encore depuis ce temps, mais sans amélioration notable dans sa position, et elle est dans un état d'épuisement tel, qu'il est véritablement à craindre que ce cas ne soit, d'ici à quelque temps, suivi d'un résultat aussi peu satisfaisant que les autres.

Dès 1834 on proposa d'avoir recours à l'injection iodée, et elle avait réussi déjà plusieurs fois, lorsqu'en 1856 M. Velpeau établit en principe que le kyste de l'ovaire n'était pas un kyste séreux, que le liquide qu'il contenait n'avait pas le caractère d'un liquide sécrété par une poche séreuse; par conséquent, disait M. Velpeau, les injections iodées doivent échouer et ne sont que dangereuses.

Tout en admettant la nature non séreuse des kystes ovariques, M. Jobert combattit cette opinion. Dans les abcès enkystés, dit-il, il n'y a pas de traces de séreuses, et pourtant l'injection iodée n'amène-t-elle pas la guérison? La membrane pyogénique ne présente aucune analogie avec les séreuses, et pourtant l'injection réussit presque toujours. C'est que l'iode a deux actions : l'une anti-putride, anti-septique; l'autre, qui, par suite d'une action spéciale, change la vitalité de la paroi interne du kyste, amène tantôt le dépôt de fibrine coagulable, tantôt la rétraction pure et simple de la poche, et c'est même ce qui arrive le plus habituellement suivant M. Boinet, qui admet que le kyste se transforme en une espèce de noyau formé par les membranes plissées sur elles-mêmes.

Déjà, avant l'emploi de l'iode, M. Jobert avait pratiqué chez une de ses malades une injection avec de l'eau alcoolisée, et il avait vu la malade guérir sans accidents autres qu'une ivresse très-manifeste qui s'était déclarée après l'injection.

L'injection de l'iode entraîne de même après elle quelques phénomènes, un goût métallique, quelques malaises sans réaction générale, le tout disparaissant sans traitement actif. Pourtant, et M. Jobert appelle l'attention sur ce fait, les phénomènes sont en rapport direct avec l'étendue de la surface du kyste, et dans certains cas, de vastes kystes dont la surface interne était considérable. M. Jobert a pu constater les phénomènes manifestes d'un véritable empoisonnement par l'iode, phénomènes qui peuvent persister plusieurs jours, mais qui, hâtons-nous de le dire, disparaissent d'eux-mêmes au bout de quelques jours.

M. Jobert, du reste, a remarqué que l'action de l'iode semblait être d'autant moins dangereuse que l'iode était plus pur; aussi proscrit-il l'emploi de la teinture d'iode coupée d'eau pour n'injecter que de la teinture d'iode pure sans aucune sorte de mélange, et il conseille l'usage de la teinture d'iode aussi bien dans le cas de kystes enflammés que dans le cas de kystes simples, l'iode semblant modifier l'inflammation et substituer dans le kyste une inflammation de bonne nature à celle qui y existait avant.

La plus vieille méthode chirurgicale est l'incision pratiquée par Ledran en 1737. Elle comprend deux procédés : tantôt pénétration immédiate dans le kyste avec le bistouri au travers des téguments; tantôt on commence par appliquer la potasse caustique, et c'est à travers l'eschare formée que l'on fait pénétrer le bistouri.

Quel que soit le procédé employé, jamais l'incision n'a compté de succès; toujours les malades ont succombé à la suppuration. Les cas les plus heureux sont ceux où il y a eu persistance d'une fistule qui n'a jamais pu guérir.

M. Bégin a depuis pratiqué l'incision de la paroi abdominale; puis le kyste venant faire saillie à travers les lèvres de la plaie, était alors incisé lui-même, et le liquide s'écoulait au dehors. Récamier a conseillé l'incision par le vagin. Toutes ces méthodes sont aussi dangereuses les unes que les autres. Enfin M. Trousseau a conseillé l'acupuncture; M. Ricord, le séton.

Lemonnier, à Rouen, paraît être le premier qui pratiqua l'extirpation : sa malade guérit; mais ce n'est qu'en 1825 que Lizars obtint de véritables succès.

Tantôt le kyste est extirpé en totalité, le pédicule étant embrassé par une ligature et le kyste étant enlevé ensuite en entier. Tantôt sa ponction est pratiquée d'abord et l'extirpation n'est que consécutive. Cette opération, qui jouit encore d'une grande faveur en Angleterre et en Amérique, a été elle-même pratiquée deux fois par M. Jobert, une première fois avec succès; mais dans le second cas la malade a succombé en vingt-quatre heures à une péritonite suraiguë, et depuis ce temps M. Jobert n'emploie plus cette méthode que dans des cas spéciaux.

Quel est donc, suivant lui, le procédé à employer?

C'est, dit-il, un procédé qui presque toujours a réussi entre ses mains, et qui, en même temps qu'il est sans danger pour les malades, conduit à une guérison durable.

C'est celui des ponctions successives, et, dans le cas où celles-ci ne suffisent pas, l'injection iodée vient achever la guérison.

C'est celui qu'il a mis en usage chez la malade du n° 4, et voici en quoi il consiste :

Si le kyste est adhérent, tout se passe comme dans la ponction simple; si le kyste est mobile, un aide le refoule lentement en y exerçant une pression égale et continue du côté des téguments vers le point d'élection pour la ponction. Puis M. Jobert enfonce vers le point saillant du kyste un trocart un peu plus long que le trocart à hydrocèle. Cette précaution est due à ce qu'il faut traverser deux fois le péritoine; il faut donc que la canule soit longue, sans cela le kyste abandonnerait la canule et le liquide s'épancherait dans l'abdomen. Le tiers à peu près du liquide est évacué, puis la canule est laissée en place quelques heures, de manière que de la lymphe plastique s'épanche à l'intérieur du kyste au pourtour de la canule, qui est bouchée avec un fausset. Au bout de ce temps, la canule est retirée sans secousse, la lymphe plastique bouche l'orifice et empêche tout épanchement; puis une compression régulière est établie pendant huit ou dix jours, suivant la quantité de liquide qui a été évacué. Pendant ce temps le liquide s'est reproduit dans le kyste, mais en quantité moindre; au bout de ce temps, une nouvelle ponction est pratiquée dans les mêmes conditions, seulement la canule est laissée un peu plus longtemps. Les mêmes phénomènes se reproduisent encore, mais avec une intensité moindre.

Si, au bout de trois ou quatre ponctions, le volume du kyste demeure stationnaire, comme cela a eu lieu chez la malade, M. Jobert pratique l'injection iodée, mais il a toujours le so de laisser au fond du kyste une certaine quantité du liqui La teinture d'iode est laissée cinq minutes en contact avec poche, puis évacuée au bout de ce temps.

Jamais dans ces conditions la guérison n'a manqué. Jam M. Jobert n'a vu survenir ces accidents de péritonite et d'h morrhagie que l'on redoutait tant; jamais d'autres signes q quelques troubles passagers du côté du système nerveux, et q dépendent bien plutôt de la nature des malades.

Cette méthode a été employée chez le n° 4 de la salle Saint Maurice; trois ponctions ont été successivement pratiquées che la malade. Lors de la première, le ventre avait 96 centimètr de circonférence; 250 grammes de liquide ont été retirés, et ventre n'a plus présenté que 68 centimètres; six jours après avait repris un volume de 74 centimètres.

Nouvelle ponction. Pas de changements dans la nature d liquide. Le ventre descend à 66 centimètres après l'évacuatio de 300 grammes de liquide, et a mis huit jours pour reprend un volume de 73 centimètres.

Une troisième ponction a été pratiquée du côté opposé et donné encore 300 grammes de liquide, qui a encore les mêm caractères sans aucune altération. Après ces trois ponctions, malade n'a présenté d'autres accidents qu'une attaque très-l gère d'hystérie.

Cette fois, quinze jours se sont écoulés avant que le vent ait repris une circonférence de 72 centimètres; c'est alors q M. Jobert s'est décidé à pratiquer une quatrième ponction suiv de l'injection iodée.

L'opération a été pratiquée à la Clinique le 28 mai; la pon tion a été suivie de l'injection sans que la malade accusât aucu douleur, sans qu'elle sentit même l'injection.

Le 29 et le 30 mai, quelques malaises sont survenus, accom pagnés d'un goût métallique dans la bouche; mais tout a cé le 31, et les règles, survenues le 1er, ont suivi leur marche pa faitement normale.

Aujourd'hui, on sent dans le ventre une tumeur dure do nant à la main une sensation toute différente de celle que l'o éprouvait lors de son entrée à l'hôpital. Cette tumeur dimin de jour en jour; le ventre, qui après l'injection avait pris un vo lume de 78 centimètres, n'en offre plus que 62, et d'ici quelq temps la malade sortira complétement guérie et sans acciden d'une tumeur qu'elle portait depuis dix-huit mois.

RUPTURE DE L'ARTÈRE CORONAIRE GAUCHE DU COEUR.

Observations communiquées par M. le docteur HARLAN à la Sociét pathologique de Philadelphie, et par M. le docteur CLARK à la Sociét pathologique de New-York.

OBS. I. — Un matelot âgé de vingt-deux ans fut reçu à l'hôpital de Pensylvanie (service de M. Harlan), le 2 décembre, se disant malad depuis six ou huit semaines. Il était extrêmement affaibli, et se plai gnait de gêne de la respiration et d'une sensation de constriction à poitrine. Le pouls était fréquent, faible et très-irrégulier. Peu d'ap pétit, constipation, lèvres cyanosées, peau froide et moite. La mati précordiale était beaucoup plus étendue qu'à l'état normal et les brui du cœur à peine perceptibles; matité et égophonie à la partie posté rieure de la poitrine; un peu d'anasarque.

Les jours suivants, le malade eut des vomissements accompagn d'une vive sensibilité à l'épigastre et d'une prostration voisine de l'a gonie. Les vomissements cédèrent momentanément à un traitem approprié; mais ils reparurent à plusieurs reprises, laissant à chaq fois le malade dans un plus grave état de débilité. Les épanchemen dans la plèvre et le péricarde augmentèrent de plus en plus, en même temps la dyspnée et la prostration faisaient de rapid progrès.

Le malade mourut tout à fait subitement dans la matinée du 19 dé cembre (dix-sept jours après son entrée); quelques minutes aupara vant, il parlait à un infirmier, qui n'avait pas remarqué de change ment dans sa physionomie.

A l'autopsie, on trouva le péricarde énormément distendu, occupan presque tout le côté gauche de la poitrine, cachant le poumon, qu' comprimait. La plèvre contenait une pinte et demie d'un liquide rou geâtre, mais ne présentait pas de signes d'inflammation récente.

Le péricarde renfermait vingt onces d'un liquide analogue et un demi-pinte de sang concrété en caillots. Il n'y avait pas de ruptur des cavités du cœur, ni des gros vaisseaux à leur origine. Le péri carde était très-épaissi et ses deux feuillets étaient revêtus d'un dé pôt abondant de lymphe coagulable, et, au niveau du cœur droit, il étaient soudés entre eux par des adhérences fibreuses. Les signe d'inflammation avaient toutefois leur maximum d'intensité vers l base du cœur gauche; les fausses membranes y étaient plus épaiss qu'ailleurs, et le tissu musculaire était ramolli. Dans un point, o voyait une dépression présentant les apparences d'une ulcération d chiquetée, et au centre de cette ulcération, un caillot qui correspon dait à une perforation de l'artère coronaire gauche.

(*Nort. Amer. med.-chir. Rev.*)

La perforation de l'artère, conséquence d'un travail inflam matoire et ulcératif, ne s'est évidemment achevée dans ce c que quelques instants avant la mort. Dans le cas suivant, l mort ne fut pas moins subite.

OBS. II. — Un sommelier, âgé de trente ans environ, ayant tou jours joui d'une bonne santé et n'ayant, en particulier, jamais pré senté de signes d'affection cardiaque, fortement adonné d'ailleu aux boissons alcooliques, se rendit un soir, vers minuit, chez u marchand de vins. Il consomma une quantité médiocre de boisson puis sortit dans la rue, où il fit quelques pas et tomba mort.

A l'autopsie, on vit que le péricarde était plein de sang, 12 à 14 onces; les cavités du cœur et les gros vaisseaux qui en naissai ne présentaient pas de solution de continuité; mais l'artère coronaire gauche présentait une perforation à trois quarts de pouce environ d

son origine ; elle n'était d'ailleurs pas dilatée en anévrysme. L'aorte était très-légèrement athéromateuse.

Ainsi que le fit remarquer M. le docteur Markoe, il est très-probable que l'artère coronaire, antérieurement à sa rupture, était déjà le siége d'une altération organique. Il existe au musée de l'hôpital de New-York une pièce où l'artère coronaire est dilatée en un anévrysme du volume d'une noisette ; l'anévrysme avait fini par se rompre dans le péricarde ; la femme sur laquelle cette pièce a été recueillie était morte subitement pendant qu'elle faisait sa toilette.

M. Wood a vu un fait tout à fait semblable : l'anévrysme, du volume d'une noisette, se rompit pendant que le malade se livrait au coït ; il mourut subitement. Dans ce cas, l'aorte et l'artère coronaire étaient envahies par l'altération athéromateuse. (*New-York Journ. of med.* et *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 juin 1864. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Caron, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune d'Illois pendant les années 1860-1864 (commission des épidémies) ;

2° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Luxeuil (Haute-Saône), par M. le docteur Chapelain ; et de Siradan (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Bruguière (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° M. le docteur Chevalier-Dufau (de Mauriac) adresse la description et le modèle d'un nouveau stéthoscope de son invention. (M. de Kergaradec, rapporteur) ;

2° M. le docteur Combes communique une note sur la cure radicale des hernies sans opération chirurgicale (commissaire, M. Huguier) ;

3° M. le docteur Garnier, médecin-major à l'hôpital militaire de Nice, transmet, par l'intermédiaire de M. le docteur Réveil, une lettre renfermant l'indication de quatre cas d'accidents graves produits par un des cosmétiques les plus répandus (Commissaires, MM. Bussy, Tardieu, Trébuchet) ;

4° M. le docteur Fano soumet à l'examen de l'Académie un nouvel instrument propre à pratiquer des injections à travers les points et conduits lacrymaux, dans les affections du canal lacrymo-nasal, telles que tumeurs et fistules lacrymales. Cet instrument a été construit d'après les indications de l'auteur, par MM. Robert et Collin.

Il se compose d'un réservoir en cuivre ou en tout autre métal (R), de forme sphéroïdale, d'une capacité d'un quart de litre environ, pourvu de deux ouvertures, l'une supérieure (O), l'autre latérale (O'). A la première s'adapte une petite pompe foulante (P) ; à la seconde, un tuyau flexible (TTTT) pourvu à chacune de ses extrémités d'un ajustage en cuivre (AA) ou en tout autre métal ; avec un robinet pouvant être ouvert ou fermé à volonté, pour laisser passer ou pour intercepter au contraire la colonne de liquide qui doit arriver à travers le tube. Enfin, à l'extrémité libre du tuyau se visse une canule (C) semblable à celle que l'on adapte à la seringue d'Anel ; on peut la prendre droite ou recourbée.

Il est facile de comprendre le mécanisme de l'instrument. On commence par introduire l'eau ou tout autre liquide médicamenteux dans le récipient par l'ouverture supérieure, en ayant soin de ne remplir le vase qu'aux deux tiers. On visse, d'une part, le tube dont on ferme le robinet, et de l'autre la petite pompe foulante (P). On fait jouer le piston de cette dernière, et par conséquent on refoule une certaine quantité d'air dans le réservoir ; on soumet ainsi la colonne de liquide à une pression d'autant plus forte qu'on aura comprimé l'air davantage. La colonne liquide sortant par le tube aura donc une force d'autant plus grande que l'air aura été refoulé en plus grande quantité. On visse alors la canule (C) à l'extrémité libre du tube ; et, saisissant cette extrémité, on introduit le bout de la canule elle-même dans le point lacrymal inférieur. On ouvre le robinet : à l'instant même, et sans le moindre effort exécuté par le chirurgien, une colonne de liquide, égale en diamètre à celui de la canule, pénètre à travers le canal lacrymo-nasal, et, suivant le degré de perméabilité de ce canal, il en passe en plus ou moins grande quantité par la narine et par la gorge, en même temps qu'il en reflue par le point lacrymal supérieur.

5° M. le docteur Linas communique la copie d'une pétition qu'il a adressée dernièrement au Sénat dans le but d'obtenir la révision des lois répressives de l'exercice illégal de la médecine.

— M. le président annonce que M. Mirault (d'Angers) est présent à la séance.

LECTURE.

Topographie hygiénique et médicale de la Nouvelle-Calédonie. — M. MICHEL LEVY fait un rapport verbal sur la thèse de M. Victor de Rochas, chirurgien de la marine impériale, intitulée *Essai sur la topographie hygiénique et médicale de la Nouvelle-Calédonie.*

Voici quelques-uns des résultats curieux de l'exploration à laquelle M. de Rochas s'est livré pendant un séjour de trois années dans cette nouvelle possession de la France :

Tout le monde sait le lourd tribut de mortalité que les pays chauds prélèvent annuellement sur les garnisons. M. Boudin a calculé que nos pertes annuelles sont pour 1,000 hommes :

Martinique.	54,0
Guadeloupe.	25,6
Bourbon.	29,0
Guyane..	52,9
Sénégal.	50,6

Or sur une période de deux ans, du 15 août 1856 au 15 août 1858, M. de Rochas n'a compté dans la garnison de Port-de-France, à la Nouvelle-Calédonie, que 11,40 décès sur 1,000 hommes, c'est-à-dire une proportion de mortalité plus favorable que dans les garnisons de France, où elle s'est élevée en moyenne à 19,5 pour 1,000 dans la période de 1842 à 1848.

On ne connaît jusqu'à présent, ajoute M. M. Lévy, que les seules stations coloniales de l'Océanie qui donnent des résultats de mortalité comparables ou même inférieurs à ceux des meilleures résidences militaires de l'Europe... La surprise augmente lorsque l'on apprend que les marais et marécages y abondent : bassins d'eau douce, bassins d'eau saumâtre, atterrissements fluviatiles, barrages, inondations, plages marines inondées et découvertes alternativement à chaque marée ; terrains humides, irrigations dans les vastes plantations de *taro*, la flore toxique des palétuviers, rien ne manque pour la production des maladies palustres, et au milieu de tous ces éléments fébrifères accumulés, fait incroyable, les fièvres à quinquina sont presque inconnues dans le pays, et l'indication de l'emploi de ce médicament se présente avec une extrême rareté.

La dyssenterie épidémique, l'hépatite, sont aussi inconnues que la fièvre paludique dans la garnison de la Nouvelle-Calédonie, sorte de contre-épreuve négative de l'enchaînement pathogénique de ces maladies. Parmi nos militaires, la diarrhée simple est plus fréquente que la colite et l'entéro-colite ; les embarras gastriques ne sont pas rares ; la fièvre typhoïde atteint, comme en France, les jeunes soldats ; les affections catarrhales des voies respiratoires forment le courant des maladies ; mais la phthisie pulmonaire moissonne beaucoup d'indigènes, et paraît suivre chez eux une marche plus rapide que dans nos climats. Ce fait, qui semble apporter de si loin un argument aux idées d'antagonisme morbide, s'explique en partie par leurs déplorables conditions d'habitation, de nourriture, de vêtement, par les excès qui les épuisent prématurément. Il n'en est pas moins digne d'une attention spéciale....

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. H. Bouley, commencée dans la séance dernière. Nous reproduisons l'argumentation que M. J. Guérin a faite dans cette séance.

Discussion sur la contagion de la morve du cheval à l'homme.

M. GUÉRIN commence par déclarer qu'il est parfaitement d'accord avec M. Bouley sur l'importance de l'observation de M. Bourdon. Il y voit comme lui un cas évident de morve chronique produite par la transmission de la morve aiguë du cheval à l'homme. Cette transformation est en elle-même fort intéressante, et il eût été peut-être bon à ce propos de tracer nettement les différences qui séparent la morve chronique et la morve aiguë du cheval, donnant lieu à la morve chronique farcineuse chez l'homme. Quoi qu'il en soit, ajoute M. Guérin, je crois pouvoir citer un exemple de plus de morve transmise du cheval à l'homme, terminée par la guérison, fait que j'ai observé dans un établissement où trois chevaux étaient confiés aux soins d'un homme. L'un de ces chevaux dut être abattu comme atteint de morve caractérisée, et les deux autres présentaient également quelques-uns des symptômes de la même maladie. Or l'homme qui les soignait fut atteint d'accidents très-analogues à ceux qui ont été notés sur le malade de M. Bourdon. Il fut pris de fièvre revenant le soir sous la forme d'accès, puis de mal de gorge, de toux, d'oppression, de douleurs erratiques. Huit ou dix jours après deux abcès se manifestèrent au bras et à l'avant-bras, sans avoir été précédés de symptômes inflammatoires. J'ordonnai au malade de quitter son service, je le traitai par les purgatifs, le vin de quinquina, etc.

Au bout de quinze jours ou trois semaines il se disait guéri, quoiqu'il éprouvât encore quelques malaises ; les abcès s'étaient à moitié résorbés.

Après avoir repris son service, cet homme présenta de nouveau les mêmes symptômes sous une forme plus aiguë que la première fois. Un traitement analogue en triompha de nouveau, et deux mois après l'homme dont il s'agit avait recouvré toutes les apparences de la santé.

Pour moi cet homme a eu, comme le malade de M. Bourdon, la morve et a guéri.

Mais à propos de ce fait encore, je me demande jusqu'à quel point la distinction de la morve aiguë et de la morve chronique est parfaitement motivée. L'absence de jetage serait-elle un caractère différentiel suffisant ? Chez mon malade j'ai observé un mal de gorge, de la toux et une expectoration abondante ; et il est permis d'établir un rapprochement entre ces phénomènes et le jetage. C'est un des points sur lesquels je voudrais que nos collègues de la section vétérinaire nous donnassent quelques explications.

J'arrive à une question de principe. Il est incontestable que la morve est guérissable. L'observation de M. Bourdon le démontre d'une manière irréfragable. Mais il me semble qu'il ne suffit pas d'énoncer ce fait d'une manière aussi générale, et qu'il importe de rechercher et de déterminer surtout les conditions particulières dans lesquelles la morve est guérissable.

Si je ne me trompe, le diagnostic classique, vulgaire de la morve, est basé sur trois symptômes : le jetage, le glandage et les chancres de la pituitaire. Là où ces trois symptômes existent, la nature de la maladie n'est douteuse pour personne. Alors aussi le mal paraît être sans remède et la mort inévitable. Mais est-ce à dire que la mort n'existe qu'à condition que ces trois symptômes se trouvent réunis ? Je ne le crois pas, et j'espère prouver qu'à côté de cette forme type il en est d'autres dans lesquelles l'existence de la morve n'est pas moins certaine, quoique les manifestations phénoménales soient moins complètes.

J'ai eu deux fois occasion de voir la morve apparaître dans un établissement où se trouvaient réunis quarante chevaux, et se propager par contagion à une trentaine d'animaux.

Or, parmi eux, les uns présentaient seulement du jetage ; d'autres seulement du glandage, et d'autres avaient en outre des chancres de la pituitaire. Il ne m'a pas paru moins certain pour cela que tous avaient la même maladie, que tous étaient morveux. N'en est-il pas, en effet, de même pour toutes les maladies contagieuses et épidémiques ? A côté des cas types où les symptômes se trouvent réunis, il en est d'autres où quelques-uns seulement existent ; mais tous ces cas se produisent dans des conditions identiques, sous l'influence d'une cause unique. Dans tous, la nature de la maladie est la même.

Dans un milieu imprégné d'un miasme, d'une contagion, tous les sujets qui y sont plongés respirent et absorbent l'agent morbifique ; mais chez les uns son action paraît être nulle, chez les autres elle apparaît plus intense. Chez d'autres, enfin, elle éclate au maximum de violence, et conformément à ces différences, les manifestations symptomatiques sont comme 0, comme 10, comme 20, comme 100.

Pour en revenir à la morve, il me semble donc que le diagnostic ne doit pas être uniquement assis sur la présence de trois symptômes : jetage, glandage, chancre. Ils n'y seraient pas que l'existence de la morve pourrait encore être admise, pourvu que l'ensemble de toutes les circonstances démontrât que la contagion a eu lieu.

C'est en partant de cette distinction entre les différents degrés de la maladie que l'on peut mieux comprendre et admettre la curabilité de la morve. Mais quels sont ces degrés et quelles en sont les formes ? Voilà ce qu'il faudrait déterminer.

Les chevaux chez lesquels j'ai eu occasion d'observer les trois symptômes cardinaux réunis ont succombé. Mais le plus grand nombre des autres chevaux qui ne présentaient isolément que quelques-uns des symptômes de la maladie, soit le jetage, le glandage, ou des éruptions miliaires des muqueuses nasales, ont tous guéri ; cependant, c'est notre conviction, tous avaient la morve, mais à des degrés différents.

S'il importe de déterminer les conditions dans lesquelles la morve peut guérir, il est tout aussi important de rechercher les moyens qui permettent d'obtenir ou de favoriser un pareil résultat. Or, en pareil cas, il n'y a pas de voie plus sûre à suivre que d'étudier les procédés par lesquels la nature obtient ces guérisons.

Il est incontestable que la matière du jetage, par son séjour prolongé dans les fosses nasales, sous l'influence de la chaleur et d'un air non renouvelé, peut se putréfier et donner lieu par sa résorption à des accidents généraux analogues à ceux d'une résorption purulente. C'est ainsi que l'on peut concevoir la généralisation du mal par comparaison avec ce qui se passe dans l'évolution de la syphilis chez l'homme : ulcération chancreuse d'abord, sécrétion de pus chancreux, résorption et engorgement des ganglions, puis contamination de toute l'économie. S'il en est ainsi de la morve, il doit être de la plus grande utilité de prévenir le séjour prolongé de la matière purulente du jetage dans les anfractuosités des fosses nasales. Dans ce but, j'ai eu recours avec succès à des injections de solution de tannin, aidées de purgations répétées. Sous l'influence de ce traitement, j'ai arrêté le développement de symptômes qui, sans ce secours, auraient probablement donné lieu au développement de la morve caractérisée.

J'ai vu entre autres une jument traitée de cette manière, et qui, sauf les chancres, présentait tous les symptômes de la morve, et notamment des ganglions très-adhérents à la peau ; la guérison a été obtenue, quoique des ganglions suppurés se fussent ouverts au dehors, ainsi qu'un abcès formé au voisinage de l'articulation du bras avec l'avant-bras. Je ferai remarquer que l'ouverture spontanée et la guérison des deux abcès de cette jument, offrent un exemple de terminaison toute différente de ce que j'avais observé chez le palefrenier dont les deux abcès se résorbèrent et guérirent spontanément.

En présence de ces faits contradictoires, je me demande s'il faut ouvrir les abcès chroniques ou s'il faut les abandonner à eux-mêmes. MM. les vétérinaires pourront sans doute nous renseigner à cet égard. Pour moi, je serais disposé à ne pas intervenir. Il s'agit, en effet, d'abcès critiques et formés sous l'influence d'une sorte de force catalytique, et sans avoir été précédée d'une inflammation quelconque. Les tissus qui environnent la collection purulente sont sains, et ne présentent pas la moindre altération inflammatoire préalable. N'est-il pas à craindre que l'action du traumatisme opératoire et l'introduction de l'air dans ce foyer et la décomposition putride qui en est la conséquence, ne viennent ajouter un danger nouveau à tous ceux qui sont déjà imminents ? J'incline donc pour l'abstention chirurgicale, tout en recourant à une médication évacuante d'une part et tonique de l'autre.

Pour conclure, tout n'est pas dit sur la morve. Il importe d'étudier ses divers degrés, ses diverses formes, dans leurs rapports avec la curabilité de la maladie et les méthodes de traitement qui permettent d'en obtenir la guérison.

M. RENAULT. M. J. Guérin a manifesté son étonnement qu'aucun membre de la section de médecine vétérinaire n'ait demandé la parole à l'occasion du rapport de M. Bouley, et il m'a mis personnellement en demeure de parler. Je n'ai pas bien compris cette interpellation. Le rapport de M. Bouley est relatif à un cas de morve chez l'homme. La question était de savoir si le malade de M. Bourdon avait bien eu la morve, et si c'est au traitement qu'on lui a fait suivre qu'est due sa guérison. C'est aux médecins et non aux vétérinaires à le dire. Nous n'avons pas assez d'occasions d'observer la morve chez l'homme pour pouvoir résoudre ces questions. Je ferai seulement remarquer qu'un des membres les plus considérables de cette assemblée, M. Rayer, le plus compétent parmi nous sur ce sujet, a élevé des doutes sur la réalité de la morve chez le malade de M. Bourdon. Or, en présence d'une aussi grave opinion, il est indispensable que les médecins cherchent à déterminer si c'est bien effectivement à un cas de morve que l'on a eu affaire dans cette circonstance. Quant à la question de l'influence qu'a pu avoir le traitement sur la guérison de Bardin, je crois, pour ma part, qu'en admettant qu'il ait eu bien réellement la morve, il a dû sa guérison à son excellente constitution et au bon régime hygiénique dont il a été entouré, bien plus qu'à la médication à laquelle il a été soumis.

Il a été traité accessoirement, dans le rapport, de quelques points de médecine vétérinaire sur lesquels je reviendrai si l'occasion s'en présente. Mais jusque-là on comprendra que je n'intervienne dans cette discussion qu'après les médecins.

M. TARDIEU. Si je prends ici la parole, c'est d'abord parce que j'ai été à même de voir et de suivre le malade de M. Bourdon, et en second lieu parce que les questions soulevées par M. J. Guérin ont été en partie traitées dans ma thèse inaugurale sur la morve.

Il m'a paru que M. Guérin, dans les questions qu'il a posées, avait apporté les tendances naturelles de son esprit généralisateur ; il s'est tenu dans les sommités du sujet, et peut-être est-ce à cause de cela

qu'il a un peu manqué de précision. Il a dit qu'il y avait à tenir compte des manifestations variées de la maladie, de ses degrés et des diverses espèces qu'elle comprend. Dans les savantes considérations que M. Guérin a émises sur ce sujet, il y a toute une série d'idées qui méritent d'être examinées. Il a d'abord admirablement posé la question en disant qu'il importait avant tout d'étudier les espèces. Voici quelles sont les données acquises à la science sur ce point.

Ici M. Tardieu trace les caractères des principales formes sous lesquelles se manifeste la morve chez l'homme et des transformations qu'elle subit. Ces considérations se résument à dire qu'il faut distinguer la morve aiguë survenant d'emblée comme résultat direct de l'infection, le farcin chronique né de l'inoculation ou de la contagion et qui se termine ordinairement par la morve aiguë, le farcin local ou l'angioleucite farcineuse aiguë ou chronique qui suit le plus ordinairement l'inoculation, enfin le farcin aigu d'une part et la morve chronique de l'autre, qui constituent les formes les plus rares de l'affection morveuse. En tout sept espèces ou variétés qu'il est d'autant plus important de distinguer entre elles qu'elles ont un certain rapport avec la curabilité, comme on le verra tout à l'heure. Je sais, ajoute M. Tardieu, qu'on a contesté la légitimité de quelques-unes de ces espèces; on a contesté, par exemple, la nature morveuse du farcin local, de l'angioleucite ou de l'ulcère farcineux observé par Gerdy, et qui constitue à mon sens le plus faible degré de la maladie. Mais, comme l'a très-bien dit M. Guérin, c'est éclairé par le point de départ de la maladie, c'est-à-dire par la circonstance de la contagion, qu'on est conduit à rattacher ces diverses lésions à l'affection morveuse.

Cette question de la transmissibilité de la maladie à tous les degrés, et de la production de ses différentes formes par l'inoculation de l'un de ses divers produits morbides, est très-importante, et c'est ici que nous avons surtout besoin du concours des vétérinaires pour nous éclairer. La tendance trop généralisatrice de M. Guérin, qui groupe toutes ces manifestations sous le nom de diathèse morveuse, n'est peut-être pas ce qu'il y a de plus heureux ici, car elle conduit à confondre là où en pratique il importe de distinguer. C'est en effet par les distinctions que je viens d'établir qu'on peut se reconnaître un peu au point de vue du pronostic et de la curabilité. Ainsi on sait que l'ulcère farcineux a guéri quelquefois, bien qu'il arrive dans quelque circonstance qu'il se transforme en morve aiguë; il en est de même de quelques autres formes du farcin chronique, tandis que la morve proprement dite ne guérit jamais. Il importe donc de ne pas les confondre.

Ceci dit sur le rapport qui existe entre les espèces et le degré de curabilité de la maladie d'une manière générale, il importe maintenant d'entrer dans l'examen des faits particuliers.

Le fait cité par M. Guérin ne devrait pas être qualifié, comme il le fait, de morve chronique. Je sais que pour lui cela n'a pas d'importance, toutes les formes n'étant au fond que les expressions d'un même principe morbide; mais cela en a à mes yeux, et pour les raisons que je viens d'exposer sur le degré relatif de curabilité de chacune des espèces.

M. Guérin a parlé de la résorption du pus des abcès; une étude plus complète du sujet lui eût montré que ce n'est pas là un fait rare, qu'il y en a d'assez nombreux exemples dans la science; mais cette résorption n'a pas la signification qu'il lui donne; elle ne constitue ni un signe pronostic favorable, comme il paraît le croire, ni une indication thérapeutique. Je serais donc plutôt d'avis qu'il y a lieu d'ouvrir les abcès, et je crois que ce serait là parfaitement le cas d'appliquer la méthode sous-cutanée de notre collègue.

J'en viens au fait de M. Bourdon. M. Renault a cité l'opinion de M. Rayer. On sait que c'est de M. Rayer que j'ai appris tout ce que je sais sur ce sujet; je ne serai nullement gêné pour dire que dans cette circonstance je ne suis pas de son avis. M. Rayer n'a émis des doutes que sur la lecture de l'observation; je suis convaincu que s'il avait vu le malade il penserait tout autrement. M. Bourdon a procédé et par examen direct et par voie d'élimination, et je dois le déclarer, si jamais diagnostic a été bien formulé, c'est assurément celui-là. D'ailleurs, quand on a vu chacune des formes de cette maladie, il n'est presque plus possible de s'y tromper.

Relativement au traitement, M. Renault nous a dit qu'il ne lui paraissait pas que dans cette circonstance on fût admis à lui attribuer la guérison. Je ne puis admettre le raisonnement de notre savant confrère. Quand on ne saurait pas comment et en vertu de quelle modification aurait pu agir un traitement, ce n'est pas une raison pour contester la réalité de ses effets. Il aime mieux croire que c'est l'hygiène seule qui a fait ici tous les frais de la guérison. Je dirai à cet égard des choses qui vont peut-être beaucoup étonner dans ma bouche. Depuis sept ans que je suis médecin de Lariboisière, c'est-à-dire depuis l'ouverture de cet hôpital, qui a, comme tout le monde le sait, des conditions hygiéniques générales et surtout une aération que j'appellerai vraiment splendide, je n'ai pas remarqué que les malades aient bénéficié le moins du monde de ces avantages. Nous avons continué à voir les mêmes maladies, les mêmes effets des influences épidémiques, et à peu près la même mortalité que dans les autres hôpitaux. Je ne saurais donc admettre que l'hygiène ait eu l'action décisive qu'on lui attribue ici sur l'issue heureuse de la maladie de Bardin. Et quand on vient nous parler des toniques, du bon régime nutritif qui ont été mis en usage, mais ne l'avons-nous pas fait cent fois déjà dans des circonstances analogues, sans aucun résultat? Je ne puis donc davantage attribuer la guérison à l'action des toniques et du régime alimentaire, sans contester toutefois leur bonne influence. La constitution de Bardin, dit-on, a été la cause principale de son salut: je le veux bien; mais pourquoi récuser au traitement employé la part qui doit aussi lui revenir?

C'est le premier fait, dit-on, et on ne peut pas se baser sur un seul fait pour apprécier les effets des remèdes. Mais raisonner ainsi ce serait le moyen de n'en avoir pas un second. D'ailleurs M. Bourdon n'a pas agi en illuminé; ce n'est pas au hasard et sans aucune indication qu'il a eu recours à l'iodure de soufre. Il y avait des précédents: les médecins allemands ont déjà employé avec quelques avantages, paraît-il, l'iode et le soufre, non pas combinés, il est vrai, comme l'a fait M. Bourdon, mais séparément.

En résumé, je voudrais qu'on laissât à cette observation tous ses caractères diagnostiques, étiologiques et thérapeutiques, afin qu'elle pût servir pour l'avenir de base à de nouvelles expériences de même genre, si, ce qu'à Dieu ne plaise! de nouvelles occasions se présentaient.

M. RENAULT tient à se défendre du reproche de scepticisme que vient de lui faire M. Tardieu. Quand il s'agit d'un fait aussi important que celui qui est le sujet du débat, on n'est pas sceptique pour émettre des doutes sur la valeur des résultats thérapeutiques, on est tout simplement rigoureux; or, dans l'espèce, je crois que cette rigueur est très-scientifique. Je me suis borné à dire que le malade devait probablement sa guérison à son excellente constitution et aux soins hygiéniques bien entendus dont il a été entouré; ce qui me l'a fait dire, c'est qu'il est d'expérience que parmi les chevaux il y en a pas mal dans le nombre qui guérissent par le fait seul de leur bonne constitution et d'une bonne nourriture unie à une bonne aération. M. Tardieu a dit que la bonne aération de Lariboisière était sans influence sur l'état des malades. J'ignore ce qui se passe à Lariboisière; mais voici ce qui a lieu pour les chevaux. Dans l'armée, lorsque pendant une campagne les chevaux vivent en plein air, quelque mauvaise que soit d'ailleurs leur nourriture et quelles que soient les fatigues qu'ils aient à subir, ils sont généralement exempts de la morve; lorsque, au contraire, ils sont dans les garnisons, parfaitement soignés, bien nourris, exempts de fatigue, mais renfermés dans des espaces confinés, ils deviennent morveux.

Quant à la question des espèces et des variétés de morve que M. Guérin a soulevée, j'attendrai, pour l'aborder, que la question principale ait été vidée.

M. J. GUÉRIN. En provoquant cette discussion, j'avais le désir de l'amener sur des points bien déterminés. La manière dont M. Tardieu vient de me répondre justifie mes questions. Avec son admirable clarté et sa précision habituelles, il a laissé néanmoins les choses dans une assez grande obscurité. Qu'est-ce qui le prouve mieux que cette multiplicité de dénominations employées pour exprimer des symptômes d'une même affection? Aussi n'ai-je pas trouvé dans sa réponse une satisfaction suffisante à mes questions; j'y cherche en vain une solution complète de la question. Je le répète, une cause morbide, un virus étant donné, je demande qu'on me dise quelles sont les manifestations qui en traduisent l'action, et ce qu'il est permis d'en déduire, non pas seulement au point de vue de la connaissance des formes diverses que peut revêtir une même maladie, mais surtout au point de vue du pronostic et des indications du traitement.

Ayant été témoin de plusieurs cas de morve, j'ai observé ceci: j'ai vu quatre ou cinq cas de morve bien caractérisée au milieu de quarante chevaux, donnant lieu à tous les degrés de la maladie, depuis son état le plus rudimentaire jusqu'à son développement le plus complet. Eh bien, voici la question que ces faits ont suscitée dans mon esprit, et que je pose encore une fois devant l'Académie: La morve a été considérée jusqu'ici dans sa forme ou son expression la plus complète et la plus grave; n'y aurait-il pas lieu de chercher à la connaître dans toutes ses formes et dans tous ses degrés de décroissement, depuis son maximum d'intensité jusqu'à zéro, et de rechercher jusqu'à quel point, dans ces différents degrés, il n'y en aurait pas auxquels correspondraient des chances plus ou moins grandes de curabilité? En étudiant la question à ce point de vue, on arriverait à ceci, que la morve ne serait pas toujours et fatalement incurable, comme on l'a cru jusqu'à présent, et qu'il y aurait une grande utilité pratique à la considérer dans les différents degrés de décroissance, pour y saisir les indications thérapeutiques.

Je demanderai donc à M. Tardieu sur quelles bases il fonde ses appellations? Si elles ne représentent que des symptômes, pourquoi ces distinctions? N'y aurait-il pas lieu plutôt de les confondre dans une appellation générale qui rappelle leur origine et leur nature commune, en se réservant de l'étudier dans ses divers degrés, au point de vue des conditions de curabilité qu'ils peuvent présenter?

Un dernier mot au sujet des abcès. Ma première idée en voyant ces abcès avait été de les ouvrir; mais quand j'ai vu sur un sujet ces abcès se résorber sans qu'il en résultât aucun symptôme fâcheux, j'ai pensé qu'il valait mieux les abandonner à la nature, et je me suis demandé si cette pratique ne devrait pas être préférée généralement dans ce cas à l'évacuation.

M. BOULEY monte à la tribune et commence une argumentation que le temps ne lui a pas permis de terminer. Nous la reproduirons à l'occasion de la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

M. le docteur Rémond (de Semur), ancien membre du Conseil général de la Côte-d'Or, vient de mourir à l'âge de quatre-vingts ans aux eaux de Contrexéville, où il s'était rendu il y a un mois. M. Rémond avait renoncé à la pratique médicale déjà depuis un certain nombre d'années, à la suite d'une maladie des voies urinaires. Ancien élève de Bichat, dont il avait suivi les cours à Paris en 1800 et 1801, notre digne et vénéré confrère avait toujours tenu à honneur de rester au courant de tous les progrès de la science: la mort l'a surpris au milieu de ses lectures favorites. M. Rémond laisse une réputation d'exquise probité.

— M. le docteur Robert Froriep, correspondant étranger de l'Académie de médecine, autrefois professeur à Iéna et à Berlin, membre de la députation médicale du ministère prussien, vient de mourir à Weimar, d'une congestion cérébrale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

De la médecine morale, précédé de réflexions sur la pratique de la médecine en général, par le docteur Francis Devay. Paris, 1861, in-8°. Prix: *franco* par la poste, 2 fr. 50 c. Chez F. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

Les eaux et les maladies qui réclament leur emploi. — Petit poëme mnémonique, par le docteur Foucaud de l'Espagnery. Prix: 2 fr. Chez Asselin, successeur de Lahé, libraire, place de l'École de Médecine.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guerison sans danger de répercussion, par le docteur Aodré Lebel. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 76 — SAMEDI 29 JUIN 1861. (34e ANNÉE.) N° 76. — SAMEDI 29 JUIN 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Doctrine des états organopathiques. — HÔPITAL NECKER (M. Morel-Lavallée). Gaz développés dans un abcès et reconnus pendant la vie, avant l'ouverture du foyer. — Nouvelles observations pratiques sur l'emploi des eaux minérales de Vittel (source Marie) dans le traitement de la fièvre typhoïde. — Pilules de De Breyne contre la chorée. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 19 juin. — Nouvelles.

PARIS, 28 JUIN 1861.

Nous demandons à nos lecteurs la permission de nous détourner pendant quelques instants de l'objet habituel de la *Revue* du samedi. Au lieu de les introduire dans les salles de clinique, nous les prierons de s'arrêter un instant avec nous au seuil, dans l'une des cours de l'hôpital de la Charité, où nous les ferons assister à une conversation entre l'un des professeurs de clinique médicale de cet hôpital et le rédacteur de ce journal. Voici à quel sujet.

Quelques jours après la dernière discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine entre M. Bousquet et M. Piorry, je rencontrai dans l'une des cours de la Charité l'honorable professeur, qui m'interpella sur quelques-unes des appréciations de la *Gazette* à ce sujet. De ce petit entretien à la péripatéticienne, où en quelques mots les principes les plus généraux de la médecine furent soulevés, est né l'engagement de porter devant le public, juge en dernier ressort, l'exposé des principes sur lesquels repose la doctrine en litige.

Telle est l'origine et tel est l'objet de la lettre suivante, que M. le professeur Piorry m'a fait l'honneur de m'adresser.

LETTRE DE M. LE PROFESSEUR PIORRY

à M. le Dr BROCHIN, *rédacteur en chef de la* GAZETTE DES HÔPITAUX.

Paris, 15 juin 1861.

Très-cher et très-honorable Confrère,

Dans la conversation que nous venons d'avoir, conversation toute de bonne foi et toute de convenance, vous m'avez reproché de faire une sorte de *damier* des états organopathiques, sans établir de liaisons entre eux ; de ne pas reconnaître un point de départ primitif aux accidents observés, et d'oublier ainsi le lieu commun qui peut unir les phénomènes pathologiques.

Vous me dites que vous êtes *persuadé* de la réalité des phénomènes plessimétriques que j'expose, et que ce n'est pas sur ces faits que l'on peut porter le reproche d'exagération qu'on m'adresse.

Vous, Monsieur, qui fréquentez les hôpitaux, vous ne vous bornez pas à des études de bibliothèque ni à des critiques de journaliste légères ; vous cherchez, au contraire, la vérité pratique avec labeur et conviction.

Voyons si dans mes théories j'exagère davantage.

Permettez-moi de vous exposer en quelques mots l'ensemble de mes doctrines, dont les principes me paraissent être aussi *simples qu'inattaquables*.

1° Si dans ma pratique je ne dirige pas mes moyens d'action sur l'*âme organisatrice* que j'admets, et que vous appellerez *vie*, si cela vous convient, c'est que je ne puis absolument rien sur l'âme, pas plus que sur la vie.

2° J'établis qu'il faut agir sur l'organisation, parce que c'est elle seule sur laquelle nous pouvons quelque chose.

3° Le point de départ des souffrances de l'homme est tellement variable, qu'*il est à peu près impossible de le déterminer en général*.

4° Les causes des altérations organiques ne peuvent en définitive être que des circonstances qui altèrent ou blessent les organes.

5° Toute altération de fonction suppose, en effet, une lésion momentanée ou persistante dans les organes qui exécutent cette fonction.

6° Comme organes, il faut entendre avec les solides le sang et les autres liquides.

7° Dans une foule d'affections, les altérations du sang jouent un rôle immense comme lésion primitive.

8° Ces altérations du sang sont dues tantôt à de simples modifications de l'état anatomique ou physiologique des organes, tantôt à l'action des poisons, des miasmes ou des virus, virus auxquels j'ai donné le nom d'*iose*.

9° Ce sont ces mêmes altérations du sang qui constituent les maladies dites générales, les diathèses, les cachexies admises par un grand nombre d'auteurs.

10° Chacune de ces anomémies (qui sont de véritables lésions) constitue, dans ma manière de considérer les faits, un état organopathique ou *monorganie*.

11° Ces monorganies, dont le sang est le siége et dont le degré varie immensément, déterminent des lésions variées dans les organes solides, et constituent souvent les états organopathiques n° 1, ou, si vous le voulez, la monorganie primitive, qu'il faudrait d'abord combattre, et qui malheureusement dans beaucoup de cas est au-dessus de l'action et du pouvoir de nos moyens thérapeutiques.

12° Les états organopathiques primitifs, qui se combinent si souvent entre eux, sont souvent suivis d'*états organopathiques secondaires qui persistent par delà la durée de l'état anatomique primitif dont le sang était le siége.*

13° Les états organopathiques secondaires aux *anomémies* présentent des indications thérapeutiques d'une importance extrême, et s'enchaînent et se modifient les uns les autres, *en raison des connexions anatomiques et physiologiques* que les organes ont entre eux.

14° La cause primitive, l'état organopathique n° 1, s'épuise très-souvent, *tandis que les monorganies secondaires persistent.*

15° Les états organopathiques, dont les organes solides sont le siége, peuvent à leur tour devenir le point de départ de différentes altérations des liquides ou d'autres lésions des solides.

16° Or, comme tous ces phénomènes complexes sont variables, comme leur degré d'intensité diffère, comme ils s'enchaînent dans des proportions excessivement diverses, comme il y a une foule de circonstances physiques, chimiques, climatériques, etc., etc., qui peuvent les modifier, il en résulte que l'état organopathique primitif dont les organes ou le sang sont le siége, et les états organopathiques secondaires qui y sont liés, ne peuvent pas être considérés *comme une maladie unitaire toujours la même et qu'il faille toujours considérer et traiter de la même façon.*

17° Il faut dénommer les monorganies, elles ne le sont pas : donc il faut une nomenclature qui les désigne.

18° De toutes les langues, celle qui convient le mieux et qui est la plus scientifique et la plus universelle, est la langue grecque : donc il faut adopter les racines grecques dans la nomenclature médicale, comme on l'a fait en chimie, en minéralogie, etc., etc.

Voici, Monsieur, l'ensemble de mes principales doctrines. Je suis persuadé que mes opinions ne diffèrent pas des vôtres ; elles ont été le résultat de toutes mes études, de toutes mes réflexions, depuis que j'ai commencé à me livrer à des travaux sérieux.

On ne m'a pas compris, Monsieur, parce qu'on n'a pas lu l'ensemble de mes livres, parce que le *Traité des altérations du sang* lui-même a été oublié, et cependant, Monsieur, c'est par lui que j'ai commencé mon *Traité de médecine pratique*, et déjà, en 1834, j'avais généralisé les *altérations du sang* qui, encore une fois, constituent pour la plupart des médecins les maladies générales.

Pour rendre mes idées plus claires, deux exemples suffiront.

Premier exemple. La fièvre typhoïde des auteurs, d'après tous mes écrits, reconnaît pour cause l'altération du sang par les matières putrides (*septicémie* ou *septiosémie*), s'il s'agit d'un virus septique. C'est pour moi l'état organopathique n° 1 ou primitif, tandis que M. le professeur Forget y voyait un *état secondaire*. Cet état organopathique n° 1 est la cause de l'état organopathique ... glandes de Peyer (iléospilosie).

De la lésion primitive (septicémie, l'iléospilosie qui lui est bientôt coexistante), peuvent provenir : l'entérorrhée ou flux muqueux de l'intestin ; l'accumulation des matières et des gaz ; à celles-ci doit être attribué le refoulement du diaphragme. Consécutivement à ces diverses monorganies combinées surviennent des états organopathiques variables dans les poumons et les bronches. Au décubitus dorsal suite inévitable de toutes ces choses, doit être rapportée la congestion pulmonaire par en bas.

A l'abstinence, à la perte des liquides que cause l'entérorrhée, doivent être attribués le défaut de sang, l'atrophie des organes, et surtout du cœur.

La septicémie, plusieurs des circonstances précédentes déterminent les symptômes cérébraux variés.

A l'action du virus septique on peut rapporter la splénopathie et les paroxysmes rémittents.

L'éruption, les eschares, trouvent leur causalité dans la position déclive, etc., etc. La septicémie primitive peut même se compliquer de la résorption des matières altérées et septiques que l'intestin contient.

Deuxième exemple. Le miasme des marais est suivi d'une altération du sang à laquelle j'ai donné le nom d'éliosémie (1). Celle-ci est primitive ; elle s'épuise sur la rate, qui est organisée pour s'emparer des miasmes. La rate devient malade (splénopathie), état organopathique n° 2 ; elle cause l'accès fébrile, et cette fièvre est une névropathie constituant l'état organopathique n° 3. Les accès de fièvre peuvent produire à leur tour d'autres états organiques : nos 4, 5, 6. La splénopathie chronique amène à son tour une altération nouvelle du sang que j'ai appelée *hémo-splénémie*, et que M. Bennet, mon ancien élève, a peut-être mieux désignée sous le nom de leucocythémie.

Vous voyez donc, Monsieur, que je ne considère pas les états organopathiques comme des êtres isolés ; vous voyez que je les enchaîne les uns aux autres, qu'étudiant les lois de l'organisme, je cherche dans les limites de mes forces et de mon esprit à m'élever à des considérations générales. Je ne fais pas avec les états pathologiques des cases de damier ; mais je fais avec les monorganies une partie d'échecs, en évitant autant que possible que le malade ne soit *échec et mat.*

Les considérations précédentes sont exposées dans tous mes ouvrages. On s'est complétement mépris sur les doctrines que je défends dans mes livres et soutiens dans mes cours, et sur lesquelles *je suis prêt à soutenir toutes les argumentations possibles ; seulement, que cette argumentation soit franche, loyale ; attaquons et défendons chaque point en litige l'un après l'autre, et portons la discussion jusque dans ses derniers retranchements.*

Qu'on ne prenne point au hasard l'étude d'un état organopathique pour le combattre, de telles armes ne seraient point loyales ; qu'on prenne la pensée générale de mes livres telle que je viens de la formuler.

Veuillez recevoir, Monsieur, l'assurance de ma considération la plus distinguée, et croyez que j'accueillerai avec plaisir les objections que vous voudrez bien me faire. P. A. PIORRY.

P. S. — Veuillez bien distinguer, Monsieur, mes théories de mes doctrines. On peut interpréter, par exemple, la succession et la complication des phénomènes de la fièvre typhoïde et de la fièvre intermittente autrement que moi ; mais, quelle que soit l'interprétation que l'on donne à ces affections complexes, il faudra toujours rentrer dans la doctrine de la combinaison et de la succession des états pathologiques, et tenir un compte immense de ces états au point de vue de la thérapeutique.

L'ensemble de ces propositions n'offrira sans doute rien de bien nouveau aux lecteurs de la *Gazette*. Il n'en est pas un qui ne se rappelle les avoir lues ou entendues ; elles constituent, en effet, le fond des ouvrages de M. Piorry et le texte de la plupart de ses discours académiques. Elles sont, en un mot, et c'est là leur mérite, l'expression résumée et condensée de ses doctrines. Je remercie, pour ma part, M. Piorry d'avoir bien voulu, en formulant ainsi en quelques articles ses principes médicaux, me mettre à même, toutes les fois que l'occasion se présentera de discuter ses doctrines, d'être fixé sur sa véritable pensée, et d'éviter toute équivoque en lui prêtant des opinions qu'il aurait eu le droit de désavouer plus tard. Je lui sais gré surtout des dispositions d'esprit toutes conciliatrices qu'il a apportées dans la rédaction de ce manifeste. Elles m'obligeraient à mon tour, si je n'étais déjà porté naturellement à la conciliation, peut-être un peu par les tendances de mon esprit, mais surtout par l'absence de tout engagement vis-à-vis d'une doctrine ou d'une Ecole quelconque. Malgré ces dispositions réciproques qui sembleraient devoir aplanir le terrain de la discussion et rendre facile le rapprochement de nos opinions, j'ai le regret de le dire, je ne puis souscrire au pacte que me propose l'honorable professeur. Il aurait pu peut-être pressentir cette résistance de ma part, s'il se fût rappelé les opinions que j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'exprimer ... sujet de la discussion sur le perchlorure de fer à l'Académie de médecine ; mais puisqu'il paraît les avoir oubliées, — peut-être même les ignore-t-il, — je demande la permission de les lui rappeler.

Voici en quelques mots le programme anthropologique que je formulais à cette occasion, et à la réalisation duquel j'appelais le concours des médecins, des physiologistes, des anatomistes, des psychologues et des physiciens, savoir : « Etudier l'homme complet, tel qu'il est, sous tous ses aspects et dans toutes ses manifestations, dans les phénomènes qui lui sont communs avec tous les êtres en tant que matière, dans ceux qu'il partage avec toute l'animalité comme être vivant, et enfin dans ceux qui lui sont exclusivement propres comme homme. »

Cette formule entraînait nécessairement l'idée d'une relation intime, d'un lien indissoluble entre les divers éléments constitutifs de l'homme et d'une participation plus ou moins active de chacun d'eux dans ses actes physiologiques comme dans ses actes pathologiques.

Or quelle est la première proposition de M. Piorry ? « Si dans ma pratique, dit-il, je ne dirige pas mes moyens d'action sur l'*âme organisatrice*, que j'admets, et que vous appellerez *vie* si cela vous convient, c'est que je ne puis absolument rien sur l'âme pas plus que sur la vie. »

Nous voilà donc dès les premières lignes en pleine contradiction.

M. Piorry, personne ne l'ignore, a fait un poëme sur l'âme, où respirent les plus nobles et les plus belles pensées sur cette plus pure moitié de nous-mêmes ; et, comme si ce divin flambeau que le poëte a allumé au sein de l'homme pour éclairer son intelligence, connaître et diriger ses passions, devenait inutile entre les mains du médecin, il souffle dessus et l'éteint dès qu'il ne s'agit plus pour lui que de chercher à guérir ou à soulager ses souffrances. Cette admirable et indissoluble dualité, confondue, suivant la belle pensée de Bossuet, dans une unité mystérieuse, il la brise violemment dès qu'il passe du domaine de la poésie dans le domaine de la médecine, pour ne voir, comme physiologiste, que les organes et leurs fonctions respectives, comme médecin que des états organo-pathologiques dont il connaît et décrit avec la plus scrupuleuse exactitude les symptômes, les rapports, les connexions et l'enchaînement, n'oubliant qu'une seule chose dans cette analyse clinique si fine et si ingénieuse, le *consensus*, la *vie*, c'est-à-dire l'aboutissant et le lien de cet inextricable et merveilleux agencement d'actions organiques.

(1) Ελος, marais ; *iose*, miasme ou virus ; *éma*, sang ; *ie*, maladie.

M. Piorry aurait-il donc oublié qu'avant d'enseigner la clinique à la Charité il a longtemps été médecin de la Salpêtrière — où il a puisé par parenthèse les éléments de ses plus utiles travaux, — c'est-à-dire dans le voisinage même de ces asiles de la déchéance intellectuelle, où les médecins, suivant l'heureuse formule de l'un des aliénistes les plus distingués, M. le docteur Girard de Cailleux, « doivent, concurremment avec l'emploi des moyens pharmaceutiques et des ressources de l'hygiène, s'attacher à développer la raison, à éclairer la conscience, à parler au cœur, pour provoquer et soutenir les efforts du malade à reconquérir librement sur ses organes l'empire que donne la force morale? »

N'a-t-il donc jamais eu l'occasion, sinon à l'hôpital, où le temps manque trop souvent, il est vrai, pour de semblables études, du moins dans sa clientèle particulière, de voir les ravages des violentes passions sur l'economie et les désastreux effets d'une contention morale trop prolongée? Que sont donc le plus souvent ces maladies indescriptibles et inclassifiables, aux caractères vagues et indéterminés, qui déroutent le diagnostic le plus exercé, comme la thérapeutique la plus active, si ce n'est l'expression d'une cause morale trop souvent méconnue? Un médecin a soutenu que les 4/5es des hommes mouraient de chagrin. Je ne garantis pas la proportion, mais j'accepte le fait pour très-commun.

Rien ne serait plus facile, assurément, d'accumuler des exemples et de citer les belles pages qu'ils ont inspirées sur la *médecine morale*. Mais M. Piorry a récusé d'avance le témoignage des livres : il n'admet que les faits cliniques. Je lui en pourrais citer, et quel médecin n'en a vu!

L'un des souvenirs les plus douloureux de ma pratique est celui d'une jeune et charmante personne alliant la plus belle constitution à la meilleure éducation et à l'âme la plus pure. En quelques années j'ai vu s'altérer, s'affaiblir et se détruire cette riche organisation, sans que l'étude la plus attentive et la plus assidue, avec le concours aussi dévoué qu'intelligent d'un de nos plus savants confrères, ait jamais pu nous faire saisir à l'un ou à l'autre ni la moindre lésion organique appréciable, ni les caractères précis d'une maladie déterminée, ayant son nom et son rang dans la nosologie. Tout fut révélé dans les derniers moments. Une passion malheureuse, un amour concentré, sans espoir de retour, avait suffi avec l'aide du temps pour user ainsi cet organisme, et en amener graduellement la destruction. S'il eût été en notre pouvoir de faire renaître l'espoir dans cette âme ulcérée, qui peut dire que nous n'eussions pas conjuré, même à une période avancée de la maladie, l'issue fatale qu'aucune médication n'était capable d'arrêter!

Tout le monde connaît cette histoire de Bouvard qui, voyant dépérir un de ses amis qu'il savait amené à cet état par des embarras d'affaires que celui-ci ne voulait pas lui avouer, formula cette ordonnance dont l'effet fut d'une merveilleuse efficacité : Bon pour 30,000 fr. à toucher chez mon notaire. Nous engageons M. Piorry, pour se convaincre, à essayer ce procédé à l'occasion, à moins qu'il n'ait des motifs suffisants de compter assez sur ses ressources thérapeutiques, pour n'avoir jamais besoin de recourir à ce puissant agent d'influence morale et à cette *ultima ratio* de la médecine, la consolation.

Mais c'est assez sur ce sujet, c'est trop même, car il ne faudrait qu'un mot ou bien des volumes pour en parler convenablement.

Si M. Piorry reconnaît son impuissance à agir sur l'âme ou sur la vie, en revanche il ne doute pas de sa puissance d'action sur l'organisation. Je n'entreprendrai pas ici l'examen des médications générales ou locales, de leur mode d'action et de leurs effets physico-chimiques ou dynamiques. Ce serait s'engager dans une discussion interminable et sans issue.

« Le point de départ des souffrances de l'homme est tellement variable, qu'il est à peu près impossible de le déterminer en général, dit M. Piorry. »

Il y a dans cette proposition et dans les deux suivantes qui la complètent, toute une doctrine étiologique que je ne puis admettre. Ici se retrouve encore le même vice de raisonnement signalé tout à l'heure, et qui a été justement reproché à quelques-uns des collègues de M. Piorry, lors des discussions que je rappelais il n'y a qu'un instant : lequel consiste à n'admettre l'intervention d'une force formatrice que pour les besoins de la création seulement, comme si cet acte de création ne se renouvelait pas incessamment pendant toute la durée de l'être vivant. Cette proposition semblerait impliquer l'idée, en effet, que la cause première de la maladie, ayant épuisé son action dans la production même des premiers effets morbides, comme la force formatrice dans la création de l'être qu'elle abandonnerait ensuite à l'empire du monde extérieur, serait en général ou inaccessible à nos recherches, ou même sans intérêt pour le médecin, qui n'a plus à s'occuper que des effets produits et de la série des états organopathiques, successivement engendrés depuis l'état n° 1 ou la monorganie, comme l'appelle M. Piorry, jusqu'à ses dernières conséquences. Eh bien, c'est là, à mon sens, une erreur capitale, et qui a des conséquences considérables en médecine pratique. S'il est vrai que certaines causes s'épuisent dans leur première action, il en est au contraire qui, comme la force créatrice, n'abandonnent jamais leur œuvre, en suivent en quelque sorte toutes les évolutions, et président à toutes ses manifestations jusqu'à leur épuisement naturel ou à leur destruction par la puissance de l'art, quand il est capable de les atteindre.

C'est de la connaissance de ces causes, et, à défaut, des caractères pathognomiques qui les traduisent, que se déduit la notion vraie et réelle de la maladie, ce qu'on appelle sa nature, son espèce; c'est dans leur recherche que gît le vrai diagnostic, le diagnostic véritablement médical et pratique. Que là où l'on ne peut ni connaître, ni atteindre la cause, on s'en prenne à ses effets, c'est-à-dire aux états organo-pathologiques qu'elle a produits, rien de mieux; mais la thérapeutique des états organopathiques n'est jamais qu'une thérapeutique d'expédient, une thérapeutique secondaire, quelquefois même superflue ou inutile, quand la notion de la cause spécifique entraîne avec elle une indication que l'art nous fournit le moyen de remplir. M. Piorry lui-même n'agit pas autrement, j'en suis bien certain. Je ne pense pas qu'il s'amuse à combattre un à un, et par des moyens exclusivement topiques, les symptômes d'une affection syphilitique secondaire ou tertiaire, ou qu'il perdit son temps, si jamais il se trouvait en présence d'un de ces cas de fièvre pernicieuse apoplectique ou pneumonique, qu'on n'a guère l'occasion de traiter à Paris, à poursuivre les congestions la lancette à la main.

Il y aurait bien des choses à dire sur la manière dont M. Piorry entend les diathèses, les cachexies et la plupart des maladies générales qu'il rapporte toutes à des altérations plus ou moins hypothétiques du sang. Je pourrais bien lui demander aussi quelle est l'idée que l'on peut se faire dans la doctrine organo-pathologique de ces phénomènes morbides désignés par les noms d'*ataxie* et de *malignité*, phénomènes fort mal définis assurément, mais qu'il n'est pas plus possible de nier que l'on ne peut nier une hypertrophie du cœur ou un engorgement de la rate sous le plessimètre.

Mais il est temps de m'arrêter. Je n'ai eu nullement l'intention de réfuter ici une à une les propositions de la doctrine de M. Piorry, dont je ne prétends pas d'ailleurs me constituer l'adversaire systématique. J'ai voulu seulement, en mettant en parallèle quelques propositions et quelques principes généraux de médecine qui impliquent contradiction ou incompatibilité avec quelques-unes d'entre elles, montrer en quoi nos manières de voir diffèrent, et pourquoi, toutes les fois que ses doctrines ont été en cause, j'ai dû les combattre.

La recherche de la vérité, a dit Mme de Staël, est la plus noble des occupations et sa publication un devoir. Nous remplissons chacun de notre côté ce devoir comme nous l'entendons, M. Piorry en professant du haut de sa chaire des principes qu'il croit vrais sans aucun doute, puisqu'il les enseigne; moi, dans le rôle plus humble qui m'est dévolu, en combattant ceux de ces principes que je crois faux. Le public médical jugera entre nous.

Dr Brochin.

HÔPITAL NECKER. — M. Morel-Lavallée.

Gaz développés dans un abcès et reconnus pendant la vie, avant l'ouverture du foyer.

Le 27 mai dernier je fus appelé par mon collègue M. Bouley, pour une malade qui était entrée dans ses salles quelque temps auparavant et dont la situation se compliquait.

M..., âgée de trente et un ans, mariée, demeurant impasse de Grenelle, 5, avait été admise le 11 mai 1861, salle Sainte-Thérèse, numéro 4. Accouchée quinze jours auparavant, elle n'avait pas tardé à ressentir des douleurs dans le côté gauche du bas-ventre. Au premier examen, ces douleurs étaient très-vives et avaient pour siége un empâtement dans la fosse iliaque correspondante. Il y avait une fièvre peu intense, mais avec exacerbation le soir. Les lochies étaient irrégulières, et les selles diarrhéiques. Au bout d'une dizaine de jours une tuméfaction d'apparence phlegmoneuse se montra à la région lombaire gauche, et présenta bientôt une fluctuation accompagnée de la sensation de bulles gazeuses. C'est à ce moment que je vis la malade.

Je trouvai effectivement à la région lombaire une tumeur vague, d'un rouge luisant, et qui donnait aux doigts moins une fluctuation qu'un gargouillement. Ce gargouillement, assez étendu, n'était pas à grosses bulles; il paraissait produit par un mélange de liquide et de gaz cheminant dans des clapiers assez étroits. C'était un abcès contenant des gaz.

D'où venaient-ils ces gaz? Quelle en était la source? Renfermés dans une espèce d'appendice extérieur d'un abcès primitivement intra-abdominal, la première pensée devait être qu'ils y avaient été versés par une perforation intestinale. Mais, sur l'affirmation qui me fut faite que le pus n'avait jamais paru dans les garde-robes, cette origine des gaz devenait douteuse. Ils pouvaient bien, grâce à la ténuité des fluides élastiques, venir de l'intestin par une perforation presque capillaire, qui n'aurait pas laissé filtrer dans l'intérieur de ce tube une quantité appréciable de pus; mais ils pouvaient aussi avoir pris naissance dans un foyer indépendant des voies digestives, s'y être développés, comme on dit, spontanément.

Je dus m'en tenir à cette double alternative, en penchant, je l'avoue, vers la première.

J'ouvre l'abcès lombaire; il en sort un pus phlegmoneux, mêlé de gaz infects.

En agrandissant l'incision, je trouve l'ouverture, qui faisait communiquer les deux foyers à travers le carré des lombes, à peu près au milieu de sa base. Je recommande l'introduction d'une petite mèche, des cataplasmes, et le décubitus dorsal, sans dissimuler la gravité du pronostic.

Le lendemain 28, il s'écoula une quantité considérable de pus, en même temps qu'il se dégageait de nouvelles bulles de gaz avec une odeur fétide.

Le 30, la suppuration avait diminué. Depuis deux jours les bulles de gaz avaient continué à se montrer; il s'était en même temps fait une fusée purulente dans la fosse iliaque externe, dont la peau était largement décollée.

La malade, que je n'avais pas revue, est alors placée dans mon service, salle Sainte-Marie, n° 17.

Les bords de l'incision et la partie du foyer accessible à l'œil avaient pris un aspect grisâtre. Je trouve la crête iliaque dénudée après avoir ouvert la fusée purulente dont il vient d'être question; je prescris un cataplasme et des médicaments intérieurs, sur lesquels malheureusement il n'était plus guère permis de compter. En effet, outre les caractères défavorables qu'avait pris le foyer, l'état général était misérable, la langue sèche et noirâtre, les extrémités inférieures infiltrées, le pouls d'une petitesse et d'une fréquence extrêmes, l'affaiblissement tel que tout mouvement était devenu impossible. — Eau vineuse; vin de quinquina, 125 grammes; bouillons, potages.

Le 1er juin, pas de changement, si ce n'est que depuis deux jours on ne retrouve plus de gaz dans le foyer.

L'affaiblissement continue, et la mort arrive le 3 juin à dix heures du matin.

Autopsie le 5 juin à neuf heures du matin. — Il s'agit évidemment d'un abcès du ligament large qui s'est étendu aux parties voisines. Les intestins, adhérents entre eux, formaient en partie la paroi antérieure du foyer.

Le pus avait décollé le péritoine, et poussé des fusées en haut comme en bas vers les lombes et dans le petit bassin. L'intérieur du foyer était noirâtre, et contenait de larges lambeaux de tissu cellulaire grands comme la moitié de la main, complétement isolés, et également noirâtres. Le muscle iliaque est à nu, ainsi que la crête iliaque dans une grande étendue. Le muscle carré des lombes, ainsi que la fosse iliaque externe, présentent les lésions qu'on y avait constatées pendant la vie.

L'examen de l'intestin fut fait avec le plus grand soin. Toutes les anses qui confinaient au foyer sont enlevées, nettoyées, remplies d'eau, retournées, etc., et sur aucun point de leurs deux surfaces on ne découvre aucune trace non-seulement de perforation, mais même d'ulcération ou d'une altération quelconque.

Hernie de l'estomac constatée par deux signes physiques nouveaux : l'éclatement de bulles dans la hernie après l'ingestion d'un liquide gazeux, et le changement instantané de l'ordre de superposition de la sonorité et de la matité dans les changements d'attitude.

Voici une observation où des données physiques ont pu conduire à un diagnostic certain : il s'agit d'une hernie accidentelle de l'estomac.

Le premier moyen que j'ai employé a été de faire boire de l'eau de Seltz au malade; le gaz qui s'en dégageait a produit immédiatement sous l'oreille un bruit si éclatant, si voisin, qu'il ne pouvait se passer que dans la tumeur, ce qu'on vérifiait immédiatement en la réduisant.

Le second moyen est un changement instantané de superposition de la sonorité et de la matité dans un changement d'attitude du malade. Ces nouveaux signes étaient d'autant plus précieux, que l'augmentation de volume de la hernie après l'ingestion d'un liquide par la bouche et le refroidissement de la tumeur après l'ingestion d'une boisson frappée, ne reproduisaient rien de nettement appréciable.

Le 16 avril 1861, est entré à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, F..., âgé de soixante-dix-sept ans, demeurant rue de Sèvres, n° 117.

Pas d'antécédents héréditaires; avant soixante ans, pas de maladie sérieuse; complexion moyenne. Il y a dix-sept ans, à la suite d'une maladie abdominale qui a duré cinq ans, mais qu'il ne saurait définir, s'est produite l'affection que nous allons étudier.

La tumeur se serait, d'après lui, montrée du premier coup avec son volume actuel; pas de causes directes connues; il est bon de noter que le malade faisait à cette époque les fonctions de porteur à la halle, et il est rationnel d'admettre que sous l'influence des efforts de cette profession la hernie s'est produite lentement, et qu'elle a été la cause et non la suite des souffrances abdominales.

Pendant les douze premières années de l'existence de la hernie, le malade vomissait tous les jours après le repas, et mangeait après comme si rien n'était; ces vomissements ont disparu depuis quatre ans, et ont été remplacés par une sorte de diarrhée habituelle.

État actuel. — La région sus-ombilicale comprise entre les fausses côtes et l'ombilic, présente une tumeur du volume et de la forme d'un melon (un sucrin), sensiblement transversale, étendue cependant dans une légère obliquité en bas depuis l'épigastre jusqu'au flanc. Elle reçoit les secousses de la toux, les transmet à la main avec énergie; présente en même temps du gargouillement, avec une augmentation notable de volume; pas de changement de couleur à la peau, très-molasse, gargouillant sous le doigt. On y reconnaît très-nettement, jusque dans la partie la plus éloignée du sac, l'épiploon sous la forme d'un cordon du volume d'un bras d'enfant, mollasse; son extrémité arrive jusqu'au bas de la tumeur. Le gargouillement annonce nettement la présence du tube intestinal. *Reste à savoir si c'est l'estomac, ou les intestins, ou les deux ensemble.*

Après l'ingestion des aliments, et non moins des boissons, la tumeur devient plus volumineuse, plus étendue et plus mate.

Pendant que le malade boit de l'eau de Seltz, on entend avec l'oreille appliquée sur la tumeur un bruit semblable à celui qu'on entend dans une bouteille incomplétement pleine en soufflant avec un tube au-dessous du niveau de l'eau; elle augmente d'ailleurs de volume et est plus tendue, en sorte qu'il n'y a pas doute sur la présence de l'estomac dans la hernie. La hernie réduite, tous ces phénomènes de l'oscillation disparaissent, pour ne laisser qu'un tintement métallique peu prononcé.

La présence de l'estomac dans la hernie est donc incontestable.

La hernie se réduit très-facilement en la refoulant tout entière de sa base vers son col.

La réduction faite, on sent, à deux travers de doigt de l'appendice xiphoïde, un trou parfaitement arrondi comme à l'emporte-pièce, et qui reçoit l'extrémité des cinq doigts. L'index introduit par ce trou touche très-bien la face interne de l'appendice xiphoïde jusqu'à sa base, ainsi que l'aorte.

Ajoutons que ce malade a depuis trois ans une hernie inguinale gauche.

On prescrit un bandage à pelote pour la hernie épigastrique.

Quelques jours avant la sortie du malade, l'idée me vint de constater par un autre signe physique la présence de l'estomac dans la hernie. Après l'ingestion d'une grande quantité d'eau de Seltz, et après avoir reconnu pour la vingtième fois l'éclatement des bulles de gaz sous l'oreille, je fis mettre le malade à quatre pattes, et immédiatement la matité et la sonorité de la hernie changèrent de place. La sonorité dans le décubitus dorsal était passée à la base, comme la matité était passée de la base au sommet. Le liquide et le gaz

avaient changé leur ordre de superposition comme dans un flacon renversé. On comprend que ces phénomènes n'auraient pu se passer dans une anse d'intestin, surtout sur une aussi grande échelle, pas plus que le liquide n'aurait pu arriver dans cette anse instantanément.

NOUVELLES OBSERVATIONS PRATIQUES

sur l'emploi des eaux minérales de Vittel (source Marie) dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Par M. Claudel, médecin à Vittel.

Le 13 juillet 1853, un jeune homme de bonne maison s'alitait, offrant tous les symptômes prodromiques d'une fièvre typhoïde qui semblait devoir être très-grave. L'empirisme, qui arrive toujours avant nous, avait conseillé les émissions sanguines; ce traitement paraissait rationnel et parfaitement indiqué au *vulgus profanum*, vu la céphalalgie intense et les épistaxis répétées. Nous eûmes donc à lutter contre cette médication, et fûmes obligé, pour faire prévaloir la méthode évacuante, d'en appeler à l'autorité de deux confrères étrangers qui se trouvaient dans nos murs, attirés par la réputation encore naissante et déjà bien méritée de nos bienfaisantes eaux minérales. La majorité l'emporta. Le malade fut purgé et non saigné, malgré les dires des commères et les réclamations des parents, qui avouèrent, après coup, que si leur enfant unique était mort, ils auraient persisté à croire toute leur vie que c'était faute d'une ou plusieurs émissions sanguines.

Cependant l'affection envahissait tout le quartier, et prenait dès lors un caractère épidémique; déjà l'on voyait dans la même maison quatre malades qui offraient des symptômes non moins formidables: céphalalgie avec délire (forme ataxique), puis, vers le vingtième jour, chez quelques-uns, hémorrhagies intestinales. Cette fois encore, le préjugé revint à la charge, monté sur son grand cheval de bataille, la saignée: « La preuve qu'il fallait saigner, c'est que le sang s'en » allait de lui-même et qu'il finirait par étouffer les malades. »

Fort déjà du demi-succès obtenu sans les émissions sanguines (notre premier malade entrait en convalescence), nous persistâmes à recourir encore à la méthode Delarroque; mais craignant des perforations ultérieures, nous eûmes l'idée d'employer de préférence l'eau de la source Marie, dont la propriété laxative serait peut-être préférable aux purgatifs pharmaceutiques. Cette eau magnésienne calcaire, d'après l'analyse de M. O. Henri, nous semblait parfaitement indiquée; nous l'avions sous la main, nous la conseillâmes d'abord comme boisson devant remplacer la tisane; puis un mois après le début de l'épidémie, enhardi par les bons effets que nous en avions obtenus à titre d'agent auxiliaire, nous la prescrivîmes comme remède exclusif interne à tous les malades, qui étaient nombreux déjà, et qui accueillirent tous cette nouvelle prescription avec bonheur et reconnaissance.

En novembre et décembre, époque à laquelle l'épidémie était arrivée à son summum d'intensité, sur une population de 12 à 1300 habitants, 40 personnes étaient atteintes à la fois, et toutes étaient soignées exclusivement *à l'eau claire*, ce qui n'était ni bien malin ni bien savant, disait-on.

Aussi quelques malades croyant pouvoir se passer de médecin, se firent soigner par cette méthode si simple qu'avaient enfin adoptée les anciens partisans de la saignée. Ces derniers, hâtons-nous de le dire, n'appartiennent pas au corps médical; malgré cela, ou plutôt à cause de cette circonstance, ils n'en inspirent que plus de confiance dans nos campanges. Cependant le succès ne répondit pas à leur attente, ils perdirent avec notre méthode trois malades en quelques jours: Bévinger, maréchal; nous ne l'avons pas vu; mais nous avons été appelé *in extremis* pour le nommé Thiébaut, cinquante ans, et nous avons constaté chez ce dernier tous les signes pathognomoniques d'une pneumonie au troisième degré: matité complète, souffle tubaire dans toute l'étendue et à la partie postérieure de la poitrine; crachats caractéristiques; 130 à 140 pulsations, faciès vultueux, état général, en un mot, désespéré.

Était-ce à la fièvre typhoïde compliquée, comme il arrive souvent, d'une pneumonie hypostatique, que succomba ce malade le jour de notre unique visite; ou bien la pneumonie aurait-elle été l'affection primitive, mais méconnue, et aurait-elle revêtu, comme il arrive presque toujours, la forme de l'épidémie régnante?...

Quelque temps après la mort de son père, le fils tomba malade, et guérit entre nos mains avec la seule ressource de notre eau minérale purgative. Enfin la veuve fut prise à son tour et succomba comme son mari; nous ne l'avons pas vue.

La femme Briot mourut aussi; la seule de nos malades, avec tous les signes d'une péritonite, par suite de perforations intestinales.

L'espace nous manque; nous ne pouvons qu'analyser sommairement nos observations; mais nous pouvons dire qu'elles ont prouvé d'une manière évidente:

1° La supériorité de la méthode Delarroque;

2° Les précieuses qualités de la source Marie; dont les eaux sont éminemment laxatives et relâchantes, mais par degré, jour par jour, et sans perturbation violente.

Nous n'hésitons pas à leur attribuer la plus grande part du succès inespéré que nous avons obtenu dans cette épidémie dont le rapide développement nous avait effrayé d'abord; nous leur devions déjà un juste tribut d'éloges par reconnaissance pour les bons services qu'elles nous ont rendus dans diverses affections chroniques de l'abdomen, telles que dyspepsie, constipation opiniâtre, engorgement du foie, de la rate, de la veine-porte, etc. C'est donc une dette que nous payons et peut-être un service que nous rendons en les proclamant bien haut un puissant auxiliaire, pour ne pas dire une bonne conquête de la thérapeutique de la fièvre typhoïde.

PILULES DE DE BREYNE CONTRE LA CHORÉE.

Camphre	12	grammes.
Assa fœtida	12	—
Extrait de belladone	4	—
Extrait d'opium	1	—
Sirop de gomme	q. s.	

Pour 120 pilules, une à quatre par jour progressivement, le matin à jeun. (*Presse méd. belge*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 juin 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. le Président annonce que M. Camille Bernard (d'Apt), membre correspondant, assiste à la séance.

M. Giraldès, à l'occasion du mode de pansement de plaies proposé par M. Désormeaux, dans la dernière séance, dit qu'il emploie ce mélange depuis plus d'un an, qu'il l'a expérimenté à l'hospice des Enfants assistés et à l'hôpital des Enfants malades, pour les maladies des yeux. Il y a plus de deux ans que la formule lui a été communiquée par M. Græfe. Cette formule est du reste consignée dans les *Archives d'ophthalmologie* de Græfe (1860); et ce mélange est même assez connu sous le nom d'onguent à la glycérine de Græfe. Il offre surtout l'avantage, comme l'a dit M. Desormeaux, de pouvoir dissoudre un grand nombre d'agents médicamenteux, de se combiner facilement avec les larmes; et cette dernière propriété recommande surtout son emploi dans les maladies de la conjonctive et de la cornée.

Contusion et déchirure du foie; emphysème de cet organe. — M. Larrey communique, de la part de M. le docteur Chabert, médecin aide-major du 18e bataillon des chasseurs à pied, une observation d'emphysème traumatique du foie, recueillie par M. Chabert, en 1857, dans le service de M. Lacger, médecin principal à l'hôpital militaire de Toulouse.

Il s'agit d'un artilleur qui, en état d'ivresse, s'était précipité par une fenêtre du deuxième étage, dans la nuit du 25 au 26 mars 1857: il s'était fracturé à la fois les deux fémurs et les deux rotules. Il y avait en outre luxation de l'extrémité interne de la clavicule droite. La fracture de la cuisse gauche étant compliquée de plaie, M. Lacger jugea opportun de pratiquer l'amputation immédiate de ce membre. Le blessé succomba le 29 mars, après avoir présenté une teinte ictérique très-prononcée. L'autopsie fut pratiquée au bout de vingt-quatre heures.

Nous transcrivons ici la partie de la relation de l'autopsie qui concerne l'état du foie.

Abdomen. — Cette cavité mise à découvert, tous les assistants sont frappés de l'aspect singulier du foie; toute la surface de cet organe présente, sur un fond de couleur olivâtre, une multitude de petites élevures, d'un jaune fauve, d'une forme irrégulière.

En piquant ces élevures avec la pointe d'un scalpel, on produit un bruit semblable à celui que l'on déterminerait en crevant une petite vessie pleine d'air, et qui, bien que très-faible, est nettement perçu par les assistants.

La face convexe du foie présente en outre à considérer trois déchirures de 5 à 6 centimètres de long, n'ayant guère plus de 2 à 3 millimètres de profondeur, remplies par des stries de sang déjà en voie d'organisation.

Les coupes du foie ne laissent pas suinter de liquide; elles sont pour ainsi dire sèches; leur couleur est comme la surface externe nuancée de jaune et de brun; elles sont criblées de vacuoles semblables à celles d'une éponge; ces coupes ont été multipliées et ont présenté partout le même aspect.

En prenant entre les doigts des portions du foie, on perçoit une crépitation bien manifeste.

Le foie est remarquable par la diminution de sa pesanteur spécifique; des fragments, pris au hasard et plongés dans l'eau, surnagent; en comprimant ces fragments, on en fait sortir une multitude de bulles, qui viennent crever à la surface du liquide; devenus alors beaucoup plus denses, ils gagnent peu à peu le fond du vase.

La face externe de la vésicule biliaire est parsemée d'un grand nombre de vésicules semblables à celles que nous avons signalées sur la surface du foie. Elle est distendue par une bile très-foncée.

Le diaphragme ne présente aucune déchirure.

Les intestins sont médiocrement distendus par des gaz.

Le péritoine n'offre aucune trace d'inflammation.

Les autres organes contenus dans l'abdomen ne présentent pas d'altérations.

Les détails dans lesquels je suis entré, écrit M. Chabert en relatant cette autopsie, ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de l'altération observée dans le foie. Le fait bien constaté, il s'agirait de lui trouver une explication satisfaisante. Écartons tout d'abord l'idée d'une altération cadavérique, parce que la date récente de la mort, l'état du cadavre, ne permettent pas de s'arrêter à cette supposition.

Peut-on admettre que les gaz contenus dans le foie viennent des parties voisines, des poumons ou des intestins? Non; car le diaphragme et les intestins étaient parfaitement intacts. On ne peut pas non plus supposer que des gaz intestinaux ont pu refluer par le canal cholédoque dans tout le parenchyme hépatique; les expériences de M. Cruveilhier, qui a vainement cherché à injecter les voies biliaires par le duodénum, rendent cette manière de voir inadmissible.

On est donc porté à croire que ces gaz se sont formés dans le foie lui-même, probablement dans le tissu cellulaire qui joint la capsule de Glisson au tissu glandulaire.

Les recherches que j'ai faites dans les quelques ouvrages classiques et recueils périodiques que j'ai pu me procurer, ne m'ont fait découvrir que quelques exemples d'emphysème du foie lié à des maladies internes. (*Union médicale*, 8 septembre 1855.) Quant à l'emphysème de cet organe, se rattachant à une lésion traumatique, je n'en connais aucun cas et n'en ai jamais entendu parler.

LECTURE.

M. Chassaignac lit une note sur l'opération des **corps étrangers du genou**:

Pour poser l'indication d'opérer dans le cas de *corps articulaire*, il faut savoir que leur évolution présente trois périodes, que je caractérise ainsi:

Première période ou *période de tolérance.* — Le corps articulaire est très-petit, pas encore dur, ne se déplace pas du lieu où il a pris naissance, se cache aisément dans les replis synoviaux, et ne cause pas de douleur, alors même qu'il se loge entre les surfaces articulaires. A cette époque, point d'opération.

Deuxième période ou *période des troubles fonctionnels.* — Douleur localisée qu'exaspère l'exercice; diminution d'aptitude du membre pour certains mouvements; arthrite chronique et déformation articulaire; douleurs atroces avec imminence de chute par terre, quand ces corps sont pincés entre les surfaces articulaires, celles du genou par exemple; troubles quelquefois violents du système nerveux. Il y a indication légitime de l'opération.

Troisième période ou *période des lésions articulaires graves.* — Érosion des surfaces; phlegmasies articulaires aiguës à répétition; suppurations ostéitiques; arthrite purulente. Ici l'indication d'opérer devient obligatoire.

Deux grandes méthodes ont été employées pour le traitement chirurgical des corps articulaires:

1° Les méthodes à cure palliative, que j'appelle méthodes diverticulaires ou par *séquestration*;

2° Les méthodes à cure radicale ou par *incision*.

A la **première classe**, celle des **méthodes par séquestration**, se rattachent trois méthodes principales.

Première méthode. Fixation par compression. — Cette méthode a été proposée par Middleton, Gooch, Hebenstreit.

Nous la rejetons:

1° Parce qu'elle ne constitue qu'une cure palliative;

2° Parce que, employée par Reimar à l'hôpital Saint-Georges de Londres, elle n'a donné sur douze cas qu'un succès unique et contestable, qui a exigé douze mois de traitement et n'a pas subi de vérification ultérieure;

3° Enfin parce que, employée par Dieffenbach dans huit cas, elle a échoué six fois.

Deuxième méthode. Fixation par acupuncture, adhérences provoquées. — Elle repose sur ce principe qu'en provoquant au moyen de la transfixion du corps articulaire par des aiguilles un travail adhérentiel qui séquestre ce corps sur un point de la capsule, on éviterait les inconvénients dus à sa présence et à sa mobilité dans la synoviale.

Nous repoussons cette méthode, parce que:

1° Elle ne donne lieu qu'à un traitement palliatif, ce qui ne vaut jamais une cure radicale;

2° Blandin, qui l'a employée le premier, M. Jobert, qui l'a imité, MM. Syme, Alquié, Dieffenbach, ont échoué dans leurs tentatives;

3° La serre-fine comme moyen de fixation, quoique appliquée avec succès dans deux cas par le docteur Wolf, n'a pas donné de guérisons de la durée desquelles on se soit suffisamment assuré.

Troisième méthode. Fixation par ligature sous-cutanée. — Proposée par Demoulin, qui ne l'a jamais expérimentée sur l'homme, elle a pour objet de fixer le corps articulaire dans un lieu où il ne puisse être nuisible.

Nous rejetons cette méthode parce que dans le seul cas où elle ait été pratiquée sur l'homme par Adelmann, elle a suscité des accidents tellement graves qu'il a fallu s'arrêter. Le sujet était un jeune homme de vingt-trois ans; le corps articulaire siégeait au genou; il fut refoulé en haut et isolé par la ligature sous-cutanée, ce qui donna lieu dès le troisième jour, et malgré les applications de glace, à une inflammation tellement violente qu'il fallut retirer la ligature en toute hâte.

DEUXIÈME CLASSE OU MÉTHODES CURATIVES PAR INCISION.

Première méthode. Incision directe de la peau et de la capsule sur le corps étranger. — Nous la rejetons. Elle donne lieu à un chiffre de mortalité considérable.

Deuxième méthode. Incision valvulaire. — Pli préalable fait à la peau pour rompre le parallélisme entre la plaie de la peau et celle de la capsule. L'incision a lieu soit d'emblée et sans autre préparation que celle du pli, ou après adhérences provoquées par la compression en fixant le corps articulaire sur un point de la jointure.

Nous la rejetons comme ne donnant pas de garanties suffisantes et donnant lieu à une forte mortalité.

Troisième méthode. Incision sous-cutanée en deux temps. — *Premier temps.* — On incise la capsule sous la peau à bonne distance de la plaie cutanée, on chasse le corps articulaire dans le tissu cellulaire, on réunit la plaie cutanée par cicatrisation immédiate.

Deuxième temps. — On extrait le corps par incision directe après un temps suffisant pour la cicatrisation de la plaie capsulaire.

A cette méthode ont été apportées des modifications que nous repoussons formellement; ce sont les suivantes:

1° M. Velpeau. Toute l'opération est faite en une seule séance. C'est diminuer la sécurité de l'opération, ce qui est ici le point essentiel.

2° Liston prépare à l'aide du ténotome une sorte de loge dans le tissu cellulaire pour y chasser le corps après l'incision de la capsule. Ce n'est qu'une inutilité et peut-être un danger ajoutés à l'opération.

3° M. Alquié. Fixation préalable du corps articulaire par acupuncture; emploi d'un petit couteau falciforme pour l'incision de la capsule. — La fixation préalable par une aiguille n'est pas nécessaire, ou ne l'est qu'à titre exceptionnel. Il en est de même du couteau falciforme quand le corps articulaire, très-mou, se laisse couper en deux par le ténotome, au moment où l'on incise sur lui la capsule, ce qui nous est arrivé une fois.

4° M. Jobert. Écrasement du corps articulaire sous la peau, après sa sortie de la capsule. — Emploi d'une lance tricuspide pour fixer le corps articulaire dans le tissu cellulaire, après son expulsion hors de la capsule. — Complication opératoire tout à fait inutile; le corps articulaire ne pouvant jamais rentrer dans la capsule quand il en a été expulsé.

Dans une excellente monographie, accompagnée d'une statistique faite avec soin, Joseph Berthenson (d'Odessa) a rassemblé 130 cas d'incision directe. Des 130 opérés, 20 ont succombé.

Sur 32 cas d'incision sous-cutanée, 22 eurent des suites heureuses. Il y eut 7 cas d'insuccès. Pas un seul cas de mort; car des quatre qui ont été cités comme afférents à la méthode de l'incision sous-cutanée, trois doivent être attribués à l'incision directe. Ce sont ceux de Pleindoux, Syme et Teale, attendu qu'après avoir tenté vainement l'incision sous-cutanée, on opéra les malades par incision directe. Et quant au fait de M. Alquié, il faut noter qu'avant l'incision sous-cutanée, le corps articulaire avait été fixé par des aiguilles: méthode mauvaise, et qui excite une inflammation vive dont la méthode sous-cutanée ne saurait être responsable dans le cas particulier.

La méthode sous-cutanée en deux temps est donc la meilleure, eu égard aux difficultés qui peuvent se présenter dans l'emploi de cette méthode.

Nous devons noter que :

1° Le corps articulaire trop volumineux ne peut passer par la petite plaie faite à la capsule par le ténotome ;

2° Le corps articulaire reste attaché à son point d'implantation ;

3° Il est emprisonné entre les surfaces articulaires.

La première de ces difficultés n'est réelle que quand l'opération se fait mal ; et quant aux deux autres, le moyen que nous proposons, préférablement à l'incision directe, consiste dans l'immobilisation de l'article, soit par un appareil mécanique, soit par l'appareil inamovible.

M. GOSSELIN. Je pense qu'actuellement tous les chirurgiens sont d'accord quand il s'agit du choix de la méthode à employer dans les opérations des corps étrangers articulaires. Toutes les fois qu'on est en présence d'une pareille lésion, *ou bien* il faut s'abstenir de toute opération, si les moyens palliatifs, une genouillère élastique, etc., suffisent pour arrêter la douleur et les accidents déterminés par la présence du corps étranger ; *ou bien*, si l'on se décide à pratiquer une opération, il faut avoir recours à la méthode sous-cutanée.

Mais ce qui doit, selon moi, plus particulièrement appeler l'attention, ce sont les difficultés que l'on peut rencontrer dans la pratique de ces opérations.

Dans un cas, après avoir fait la ponction à la peau, glissé le ténotome jusque sur le corps étranger, préalablement bien fixé, ouvert la synoviale, après avoir suivi, en un mot, tous les préceptes recommandés en pareille circonstance, je n'ai pas pu faire sortir le corps étranger. J'ai pu expliquer ce résultat par l'existence d'une longue adhérence qui retenait encore le corps étranger dans l'article, mais que l'on ne pouvait pas sentir avant l'opération.

Une seconde difficulté provient de la mollesse du corps étranger. Il peut arriver que celui-ci se laisse couper, diviser par le ténotome porté sur la synoviale. Il devient impossible dès lors de l'expulser.

J'ai rencontré un cas semblable ; après l'incision de la synoviale, je n'ai plus retrouvé le corps étranger, qui avait été sectionné en même temps qu'elle. Il ne s'est pas reproduit d'autres accidents chez le malade.

Dans une autre circonstance, je ne suis pas parvenu à fixer très-bien le corps étranger, et je n'ai pas voulu pratiquer d'opération.

Voilà quelques-uns des obstacles, souvent imprévus, qui peuvent se présenter dans ces opérations. Il y en a d'autres, mais j'ai seulement voulu appeler l'attention sur les difficultés que j'ai spécialement rencontrées.

M. GIRALDÈS, dans un cas, n'a pas pu faire sortir le corps étranger. Ce fait viendrait donc à l'appui de la première difficulté signalée par M. Gosselin.

Quant à la section du corps étranger par le ténotome, M. Giraldès ne peut l'admettre. Les corps étrangers, quand ils sont libres dans l'articulation, sont durs, constitués non-seulement par du cartilage, mais par du tissu osseux ; aussi est-il tout disposé à proscrire la méthode qui consiste à tenter de broyer ces corps étrangers.

Lorsque les corps étrangers sont à l'état cartilagineux et tiennent par une bride, ils sont formés par de grandes franges synoviales épaissies, indurées. M. Marjolin avait coutume d'insister dans ses leçons sur ces pseudo-corps étrangers.

Tout récemment, M. Giraldès a rencontré dans la bourse séreuse sous-deltoïdienne de ces productions qui ressemblent à des chouxfleurs. La même chose se présente dans le genou.

M. LARREY. En soumettant à la Société, pour M. Squire (d'Elméra), la question relative à l'**extraction des corps étrangers et articulaires du genou**, j'ai tâché de fournir à notre confrère américain quelques nouveaux documents statistiques sur ce sujet, et de déduire de l'ensemble de plus de deux cents faits des conclusions admissibles dans la pratique chirurgicale.

L'exposé que vient de faire M. Chassaignac exprime en d'autres termes la pensée de la plupart des chirurgiens sur l'insuffisance de la cure palliative et sur les indications de la cure radicale, en rappelant les risques et périls de l'extraction directe ; mais en faisant prévaloir les avantages de l'extraction indirecte par la méthode sous-cutanée, il n'indique pas assez, selon moi, ses inconvénients et ses difficultés.

MM. Gosselin et Giraldès viennent de confirmer cependant par des faits de leur expérience personnelle les embarras d'exécution éprouvés par d'autres opérateurs. J'ai eu soin également de les indiquer dans le relevé des trente-huit cas d'extraction indirecte, dont douze ou treize insuccès attestent que l'opération est restée incomplète ou inachevée par disparition du corps étranger ou par impossibilité de son élimination. De là, par conséquent, cette alternative nécessaire ou d'abandonner l'opération, ou de la compléter secondairement par l'extraction directe, de même que l'on complète certaines autres opérations présumées simples par des opérations plus graves ; soit, par exemple, l'amputation de la jambe au-dessous du genou, substituée secondairement à l'amputation sus-malléolaire, à la suite d'accidents qui peuvent compromettre le résultat de celle-ci.

M. CHASSAIGNAC. On a cité quatre ou cinq cas de mort à la suite de l'opération par la méthode sous-cutanée. Mais en analysant les faits, on trouve qu'avant d'attaquer le corps étranger par cette méthode, on avait soumis l'articulation à des manœuvres qui l'avaient déjà enflammée. Ainsi, M. Alquié a provoqué une arthrite avant d'avoir recours à l'opération sous-cutanée. Ainsi encore, pour le fait de M. Jobert. Il ne faut donc pas rapporter à la méthode ces accidents. Prenons l'exemple cité plus haut. On pratique chez un malade une amputation sus-malléolaire ; mais cette opération est insuffisante, et il faut en venir à une amputation au lieu d'élection, et le malade succombe. Dira-t-on que la mort doit être rapportée, soit directement, soit indirectement, à l'amputation sus-malléolaire ? Ce fait ne pourra évidemment pas être invoqué dans une statistique tendant à prouver les dangers de l'amputation sus-malléolaire. Vous ne pouvez pas non plus attribuer à la méthode sous-cutanée la mort qui survient quand cette méthode ayant été insuffisante, le chirurgien procède à l'extirpation directe d'un corps étranger siégeant dans l'articulation du genou.

M. LARREY. Si la méthode sous-cutanée n'est pas la cause déterminante des accidents devenus mortels après l'incision directe faite secondairement à la ponction sous-cutanée, celle-ci n'en est pas moins la cause prédisposante ou le point de départ, en raison des difficultés d'exécution et des manœuvres laborieuses qui, ayant fait échouer cette méthode, nuisent plus ou moins à l'intégrité de l'articulation, et exigent ainsi l'incision secondaire. Voilà pourquoi j'ai rangé certains cas de mort dans la catégorie des résultats d'extraction indirecte, en ayant soin toutefois d'indiquer que la mort était survenue, soit après des tentatives de fixation, soit après l'incision secondaire, soit même après l'amputation du membre.

Il suffirait, je crois, pour s'entendre, de donner à ces différents faits la signification relative qu'ils doivent avoir, et non une interprétation trop absolue.

M. GOSSELIN. Pour bien juger la méthode sous-cutanée, il faut prendre les faits où l'on n'a employé qu'elle. Or, quand on n'est pas parvenu à enlever un corps étranger, il faut, ou bien renoncer à en débarrasser l'articulation, ou bien avoir recours à l'incision directe. Voici un fait qui me semble poser nettement la question :

Un malade entre dans mon service à l'Hôtel-Dieu, pendant que je remplaçais M. Roux ; il portait un corps étranger dans l'un de ses genoux. J'essaye de l'enlever par la méthode sous-cutanée et je n'y puis parvenir. Le malade sort de l'hôpital, n'éprouvant pas le plus petit malaise des suites de ma tentative. J'ai appris qu'il était entré dans un autre hôpital, qu'on avait eu recours à l'incision directe, mais que le malade avait succombé. Il me paraît impossible de rapporter à la méthode sous-cutanée les accidents qui sont survenus à la suite de l'incision directe.

M. BAUCHET. M. Gosselin a soulevé, il y a un instant, une question très-importante, c'est celle de la difficulté de l'opération. Je crois qu'il est utile d'insister sur ce point.

Cette opération est, je ne crains pas de le dire, dans l'immense majorité des cas, une des plus difficiles de la chirurgie : difficulté de fixer le corps étranger et de le maintenir dans une position fixe ; difficulté de bien diriger le ténotome ; difficulté d'inciser la synoviale, qui glisse devant cet instrument ; difficulté enfin de faire sortir le corps étranger.

Dans un cas que j'ai publié dans le *Moniteur des sciences*, j'ai rencontré tous ces obstacles, et j'ai eu surtout beaucoup de peine à inciser la synoviale et à expulser le corps étranger. Pour l'empêcher de fuir, je l'avais fixé avec les doigts, et pour plus de sécurité encore, je l'avais piqué avec un poinçon très-acéré, en forme d'alène.

Voulant me rendre compte de ces difficultés, j'introduisis de petites pierres, des haricots, dans des articulations fémoro-tibiales ; puis je refermai la plaie, et je cherchai ces corps étrangers artificiels. J'eus d'abord quelque peine à les bien sentir et à les bien tenir en place. L'un d'eux fut fixé au côté interne du genou, et je voulus le retirer par la méthode sous-cutanée. Je fis à la synoviale une large ouverture, et je ne pus faire sortir le corps étranger. J'ouvris alors largement l'articulation, et je m'aperçus que la synoviale était bien ouverte au point où avait porté le ténotome, que la section avait été faite sur le corps étranger, que ce dernier portait la trace de l'incision ; mais lorsque le ténotome fut retiré un peu, la synoviale s'était déplacée, et le corps étranger ne correspondait plus à son ouverture. Dans d'autres cas, la section, quoique faite sans ménagements (et je n'en avais pas à garder dans mes expériences sur le cadavre), était incomplète ; il restait un ou plusieurs petits ponts qui avaient résisté au ténotome.

J'ai voulu, en appuyant sur ce qu'avait dit M. Gosselin, que les chirurgiens qui n'ont pas encore pratiqué d'extirpations de corps étrangers par la méthode sous-cutanée, sachent bien que c'est une opération toujours difficile, surtout délicate, laborieuse, et que, dans certains cas, même faite par les mains les plus habiles, elle n'a pas pu être achevée.

COMMUNICATION.

M. MOREL-LAVALLÉE communique deux faits : l'un relatif à un abcès fétide de la fosse iliaque ; l'autre, à une hernie de l'estomac. (Voir plus haut).

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Dr BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le doyen et les professeurs de la Faculté de médecine de Strasbourg ayant arrêté, dans leur séance du 17 juin 1861, qu'un buste en marbre serait destiné à perpétuer la mémoire de leur vénéré collègue Forget, une commission a été nommée pour s'occuper de l'exécution de ce projet. Persuadée que tous les confrères, amis et élèves de ce professeur distingué, tiendront à honneur de concourir à un tel acte de confraternité, d'affection et de gratitude, cette commission a décidé qu'une souscription serait ouverte dès aujourd'hui au secrétariat de la Faculté de médecine, et que les doyen et professeurs soussignés qui la composent recevront également les offrandes qui leur seront adressées directement, dans le but honorable que la Faculté espère atteindre.

Les membres de la commission,

Signé : Ehrmann, *doyen* ; Fée, Stoltz, Sédillot, *professeurs*.

— La Faculté de médecine de Strasbourg s'est réunie le 24 juin pour entendre la lecture des rapports sur les titres des candidats à la chaire de pathologie et de clinique médicales.

M. Hirtz a été présenté en première ligne, M. Strohl en seconde ligne, et M. Wieger en troisième.

— Dans la discussion sur le budget de la marine (séance du Corps législatif du 14 juin), M. de Kervéguen a appelé en ces termes l'attention de cette assemblée sur le traitement des chirurgiens de la marine :

« Leur position pécuniaire est mauvaise. On a, il est vrai, accordé 500 francs de plus aux quarante plus anciens chirurgiens, et sur ce nombre vingt-cinq ont, comme chirurgiens principaux, 600 francs au lieu de 500 francs d'augmentation. Mais le corps de la chirurgie de marine reste en état d'infériorité, quant au traitement, à l'égard de la chirurgie militaire..... Un décret du 23 avril 1859 a élevé les traitements des chirurgiens militaires. Les chirurgiens de la marine ont demandé l'assimilation ; on la leur a refusée. Puis, dans le projet qui vient d'être présenté sur les retraites, on fait descendre les chirurgiens de marine d'un grade, parce qu'ils n'ont pas la solde affectée à ce grade. »

Étude chimique des eaux minérales de La Malou (Hérault), par Albert MOITESSIER, professeur agrégé et chef des travaux chimiques à la Faculté de médecine de Montpellier, etc. Un volume in-8° avec figures et tableaux. Prix : 3 fr. 50 c. *franco*. Paris, 1861. Chez Adrien Delahaye, libraire.

De l'opération césarienne post mortem, par le docteur DEPAUL, membre de l'Académie de médecine. In-8° de 47 pages. Prix : 2 fr. *franco*. Paris, 1861. Chez Adrien Delahaye, libraire.

Exercices et récréations anatomiques, par le docteur L. GIRAUDET fils, professeur d'anatomie à Tours. Un volume in-18 jésus de 300 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 77. — MARDI 2 JUILLET 1861.

(34e ANNÉE.)

N° 77. — MARDI 2 JUILLET 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL DE LOURCINE (M. A. Guérin). Du chancre induré ; historique ; description. — De la roséole épidémique. — Nouvelle méthode de traitement de la diphthérie (angine couenneuse et croup) par le perchlorure de fer à l'intérieur et à haute dose. — Sur l'identité chimique et thérapeutique des eaux de Vals et de Vichy. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 24 juin. — Nouvelles.

PARIS, 1er JUILLET 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

Depuis les belles expériences de Chossat, que nous rappelions il y a quelques jours au sujet de l'inanition par le régime dans les maladies aiguës, on sait que les animaux ont besoin, pour continuer de vivre, d'ingérer tous les jours dans leur estomac, indépendamment des substances alibiles proprement dites, une certaine quantité de matières minérales. Cet habile expérimentateur a établi que si cette quantité de matières minérales vient à manquer, les os deviennent minces et fragiles, et l'animal finit même par périr au bout d'un temps plus ou moins long. De quelle manière s'opère cette destruction du tissu osseux? Est-ce par une simple résorption de la matière calcaire, ou bien par la disparition de toutes pièces de ce tissu, matière cartilagineuse et matière minérale à la fois? Cette question que Chossat n'avait point cherché à résoudre à l'aide de l'analyse chimique, M. Alphonse Milne-Edwards, le fils de l'éminent professeur et président actuel de l'Académie des sciences, vient d'essayer de la résoudre. Il suffisait pour cela de priver pendant quelque temps un animal de sels calcaires, puis de rechercher par l'analyse chimique si, sous l'influence de ce mode de nutrition, l'os s'était appauvri en substance inorganique, ou si, le rapport des éléments n'ayant pas changé, son volume seul avait diminué.

M. A. Milne-Edwards a fait cette expérience sur des pigeons, en les alimentant avec des grains de blé, de riz, de maïs et de millet décortiqué. Au bout de trois mois de ce régime, ces animaux furent pris de diarrhée et commencèrent à dépérir. Leurs os présentaient un volume beaucoup moindre qu'à l'ordinaire, ils avaient diminué d'un tiers de leur poids environ. Quant à leur composition, elle n'avait pas changé malgré la privation de sels calcaires ; d'où l'on doit conclure que ce n'est pas seulement la matière terreuse qui a été soustraite, mais le tissu osseux lui-même qui a été résorbé de toutes pièces.

Ces expériences viennent confirmer l'opinion qui fait regarder le tissu osseux comme le résultat d'une combinaison chimique entre la matière organique et le phosphate de chaux.

La question de la régénération des os par le périoste est une de celles qui jouissent en ce moment du privilége de l'analyse dans le dépouillement de la correspondance. On trouvera dans le compte rendu de la séance quelques observations de M. Hamel sur ce sujet. On y trouvera également une communication de M. Colin, sur un fait très-intéressant de transformation organique par émigration, transformation de la linguatule des ganglions mésentériques du mouton en pentastome ténioïde en passant chez le chien.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. Alph. GUÉRIN.

Du chancre induré.— Historique. — Description.

Les deux chancres ont pendant longtemps été compris dans la même description. Maintenant que nous savons combien ils diffèrent l'un de l'autre, nous ne pouvons plus suivre les errements de nos devanciers.

Nous allons aujourd'hui nous occuper de l'histoire du chancre infectant.

Nous avons vu que le chancre non-infectant repose sur des tissus mous; ce qui a le plus frappé les auteurs dans le chancre qui est le début de l'affection constitutionnelle, c'est l'*induration* de sa base et de ses bords, d'où son nom de *chancre induré* sous lequel il est généralement connu.

Il ne faut pas croire, en effet, que ce symptôme n'a été bien observé que de nos jours. En 1514, Jean de Vigo parle de l'induration, qu'il regarde comme précédant les véroles pustuleuses.

En 1673, Nicolas Blégny dit nettement que les chancres *calleux indurés* sont appelés chancres *véroliques*, parce qu'ils sont bientôt suivis des autres accidents de la vérole.

Astruc distingue les chancres en *bénins* et *malins ;* il signale « le fond d'un rouge foncé, les *lèvres dures*, *calleuses*, *proéminentes* du chancre malin. »

Le chancre induré a été décrit avec une grande précision par Hunter : « Sa base est dure, ses bords proéminents ; il est circonscrit, et ne se perd pas graduellement dans les tissus environnants. »

Mais personne ne s'est prononcé avec plus de netteté sur la valeur de ce symptôme que Babington, l'annotateur de Hunter : « L'application du virus vénérien sur nos tissus entraîne, dit-il, deux phénomènes morbides : l'induration et l'ulcération. L'induration environne l'ulcère de toutes parts ; elle est à la fois au-dessous et autour de lui; elle lui forme en quelque sorte un lit, en même temps qu'elle encadre son bord de manière à lui servir partout de moyen d'union avec les parties saines environnantes. »

Pour Babington, l'induration est le premier effet de l'infection ; l'ulcération vient ensuite.

Vous le voyez, l'induration a de tout temps été considérée comme le signe infaillible du chancre infectant.

M. Ricord, comme les auteurs que nous venons de citer, admit l'importance de l'induration. Il croyait que ce caractère annonçait la manifestation prochaine des accidents constitutionnels. Cependant il disait qu'elle peut échapper au médecin (1) et même ne pas exister, c'est-à-dire que la vérole constitutionnelle peut provenir de chancres qui ne sont pas indurés (2).

M. Ricord va jusqu'à se plaindre qu'on lui ait fait dire qu'il n'y a pas de syphilis constitutionnelle sans chancre induré, tandis qu'il a dit qu'il n'y a pas de chancre induré sans syphilis constitutionnelle.

Il avait souvent appelé l'attention des élèves sur le caractère du chancre, mais jamais il n'avait eu la pensée que le chancre induré était le seul qui fût syphilitique.

On s'est plu pourtant à répéter que la distinction des deux chancres avait été *pressentie* par le chef de l'école du Midi. Pour moi, je n'ai rien trouvé dans ses ouvrages qui puisse justifier cette assertion.

Cette induration, prélude d'une infection constitutionnelle, était à ses yeux le résultat d'une aptitude de l'individu contaminé ; loin d'être une espèce à part, le chancre induré dépendrait non de la *graine* (c'était son expression), mais du terrain. En termes moins pittoresques, l'induration ne résultait pas de la qualité du virus, mais de la nature des tissus sur lesquels il était déposé.

C'est à M. Bassereau que revient l'honneur d'avoir distingué les deux chancres et d'avoir établi qu'ils se propageaient toujours, chacun dans son espèce : l'un, infectant fatalement la constitution; l'autre ayant une sphère d'action bornée à la région dans laquelle il a pris naissance, sans que sa virulence puisse aller au delà du premier ganglion, auquel se rendent les vaisseaux lymphatiques atteints par l'ulcération.

Je sais bien qu'ayant été interne de l'hôpital du Midi, M. Bassereau a pu laisser croire qu'il était redevable de sa découverte aux savantes leçons de son maître; mais l'hôpital Saint-Louis, où je l'ai connu interne, a-t-il donc été sans influence sur la direction de ses études? J'ai peine à comprendre comment on pourrait appartenir à une école, quand on a renversé la base sur laquelle elle avait été édifiée. Nous verrons, en effet, que de toutes les théories de l'hôpital du Midi il en est bien peu que l'on puisse avouer lorsque l'on admet la dualité du virus chancreux.

M. Bassereau, dont je ne saurais trop vanter l'excellent livre, après avoir confronté l'individu infectant avec l'individu infecté, a démontré qu'il y a une variété de chancre inoculable par excellence, aussi bien sur le malade lui-même, que sur une personne vierge de syphilis, qui jamais ne s'indure spontanément, et qui ne peut dans aucun cas transmettre la vérole. Le chancre, communiqué à cent individus, restera local chez tous, et toujours semblable à lui-même. Le chancre infectant, celui-là dont la base s'indure, se transmet aussi dans son espèce, sans que jamais il puisse provenir d'un chancre non infectant; mais il n'est pas susceptible de se reproduire par l'inoculation sur le malade déjà infecté.

D'après cela, le chancre infectant est aussi distinct du chancre mou que de la blennorrhagie, puisque lui seul est apte à communiquer la syphilis.

Comme toute doctrine qui est l'expression de la vérité, la dualité du virus chancreux eut bientôt un grand nombre d'adhérents.

M. Ricord l'admit, mais bientôt, avec M. Fournier, l'un de ses élèves, il professa que si les deux chancres sont essentiellement distincts l'un de l'autre, il est une circonstance dans laquelle le chancre infectant peut revêtir les qualités objectives du chancre mou. C'est lorsqu'il est communiqué à un individu déjà syphilitique.

Dans ce cas, l'ulcère qui se développe n'est point induré; il a perdu, par sa transplantation sur un sujet antérieurement contaminé, le signe qui le distinguait du chancre mou ; mais il n'en conserve pas moins la faculté d'engendrer un chancre induré, et de donner naissance à des accidents constitutionnels chez une personne vierge de syphilis, à laquelle il sera transmis soit par le coït, soit par inoculation.

M. le docteur Clerc soutient une opinion qui diffère autant de la précédente que de celle de M. Bassereau. Pour lui il y a deux chancres ; l'un qui est induré, l'autre qui ne l'est pas, et qu'il appelle *chancroïde*. Admettant que la varioloïde est née de la variole communiquée à un sujet qui en avait été déjà précédemment affecté; que le vaccin ne peut se transmettre que sous forme de faux vaccin à une personne déjà vaccinée, M. Clerc se croit autorisé à soutenir, en s'appuyant sur l'analogie et sur un petit nombre d'observations, que le chancre induré, quand il est communiqué à un sujet ayant eu la vérole antérieurement, perd tous ses caractères originels, devient chancre mou (chancroïde) et est inapte à se reproduire autrement que comme chancre mou, aussi bien chez les individus qui n'ont jamais été malades, que chez ceux qui sont sous l'influence de la diathèse syphilitique.

Dans cette manière de voir, le chancre mou ne serait autre chose qu'une dégénérescence du chancre induré; tandis que M. Bassereau, après avoir commenté les auteurs qui ont écrit avant et après 1493, a soutenu que si l'existence du chancre mou remonte aux temps les plus reculés, celle du chancre induré ne date que de l'épidémie de la fin du quinzième siècle.

Pour moi, sans toucher à la question relative aux âges des diverses manifestations vénériennes, j'adopte entièrement la distinction établie par M. Bassereau. Je crois qu'il y a un chancre qui, dans aucune circonstance, ne peut donner lieu à des accidents constitutionnels; tandis qu'il y en a un autre qui les engendre fatalement, et qui se reproduit toujours semblable à lui-même.

Je sais bien que si la transformation du chancre induré, quand il est transmis à un syphilitique, s'opérait comme le veut M. Clerc, il faudrait apporter une restriction à la distinction des deux chancres, puisque le chancre infectant dans cette théorie pourrait donner naissance à un chancre qui aurait perdu pour lui-même et pour ses descendants la propriété d'infecter la constitution. Mais je ne sais comment MM. Ricord, Fournier et Clerc, s'y sont pris pour inoculer le pus d'un chancre induré sur un sujet syphilitique. Vainement j'ai tenté cette inoculation ; dans aucune de mes tentatives je n'ai réussi à développer le chancre le plus simple ; je dirai même une apparence, un semblant de chancre.

Aussi je suis heureux de pouvoir vous assurer que la proposition de M. Ricord, relative à l'unicité de l'infection, est parfaitement vraie d'une manière générale. J'admets bien qu'après plusieurs années, lorsque le malade est arrivé à l'époque des accidents tertiaires, ou bien lorsqu'il a suivi un traitement qui a détruit chez lui le principe syphilitique, j'admets, dis-je, que ce malade peut contracter une seconde vérole ; mais des expériences cent fois répétées m'autorisent à dire que chez un sujet en pleine syphilis l'inoculation du pus infectant, constamment négative, ne donne jamais naissance au chancroïde ou à toute autre ulcération.

Nous examinerons plus tard les objections que l'on peut faire

(1) *Leçons sur le chancre*, p. 135 : .... « Vous comprendrez que l'induration doive échapper fréquemment même aux praticiens les plus exercés et les plus avides d'un diagnostic rigoureux.

» Notez encore que l'induration, si difficilement perceptible sur certaines régions, y est en outre essentiellement passagère. A peine produite, quelques jours suffisent pour la faire évanouir. »

Dans les notes du livre de Hunter, M. Ricord ajoute : « On se tromperait bien souvent si, comme l'indique Hunter et comme semble le vouloir d'une manière plus absolue M. Babington, on voulait toujours reconnaître le chancre à la présence de l'induration de sa base. »

(2) L'induration de la base et des bords du chancre n'a d'importance réelle dans le diagnostic que lorsqu'elle existe, car, je le répète, des chancres privés de ce caractère n'en conservent pas moins toutes leurs propriétés, tant sous le rapport de la contagion que sous celui des accidents consécutifs.

à la doctrine de la dualité du virus, celles qui s'élèvent contre l'unicité, et j'espère vous amener à reconnaître que sans la distinction des deux chancres, il est impossible d'instituer un traitement qui ne soit pas dans les deux tiers des cas inutile et dangereux.

Étudions maintenant les caractères physiques du chancre infectant.

Le chancre infectant a une forme arrondie, subordonnée aux parties qu'il occupe, circulaire sur les grandes lèvres et à la bouche; il est souvent allongé lorsqu'il chevauche sur les grandes et les petites lèvres à la fois, et surtout lorsqu'il existe à la fourchette. Il peut n'occuper que le bord d'une lèvre, où il fait une échancrure qui rappelle exactement les ulcères qui se développent sur les oreilles des chiens. Son fond est lisse et régulier; il est rouge, avec une teinte jaune. Depuis Fallope, on dit que sa couleur est celle de la chair de jambon.

Il est circonscrit par un anneau dont la teinte blanchâtre tranche sur la couleur rouge-jaune de l'ulcère qu'il entoure. Cet anneau, proéminent au-dessus des tissus voisins, a valu au chancre induré le nom de syphilide annulaire, qui lui a été donné par William Wallace.

Ce bord annulaire et le fond sur lequel le chancre repose ont une consistance qui tantôt peut être comparée à celle d'un fibro-cartilage, tantôt à celle d'une feuille épaisse de parchemin.

L'induration de la base et des bords du chancre sépare nettement cet ulcère des tissus voisins. Benjamin Bell l'a comparée sans beaucoup de justesse à la sensation que donnerait un demi-pois qui serait placé au-dessous de l'ulcération.

Le chancre infectant est parfois tout aussi nettement accusé chez la femme que chez l'homme; mais souvent aussi il a des bords d'une consistance qui ne suffit pas pour établir un diagnostic précis. Il faut, dans ces cas, recourir à d'autres symptômes sur lesquels je fixerai dans un instant votre attention.

C'est surtout à la fourchette qu'il est difficile de distinguer l'induration. Vous savez, en effet, que dans ce point l'entrecroisement des faisceaux, des sphincters et des fibres aponévrotiques forme un plan très-résistant, duquel il n'est pas facile d'isoler la base de l'ulcère pour en apprécier la consistance.

On a demandé au microscope de nous éclairer sur la nature de l'induration du chancre. Malheureusement, les micrographes ne sont pas encore d'accord à ce sujet.

Pour M. R. Virchow (*Syphilis constitutionnelle*, page 181), le fond induré de l'ulcère chancreux présente la même prolifération du tissu conjonctif, la même destruction des éléments en fines granulations graisseuses, le même épaississement que l'on remarque dans la tumeur gommeuse des parties internes. Ceci serait de nature à enlever de son importance à la classification qui reconnaît des symptômes primitifs, secondaires et tertiaires, puisque les altérations dites primitives seraient les mêmes, au point de vue microscopique, que les altérations subséquentes. Mais l'opinion de Virchow n'est pas partagée par tout le monde. M. Lebert a trouvé dans la base du chancre induré les noyaux ovales et ronds du tissu fibro-plastique, un certain nombre de corps fusiformes, et proportionnellement une petite quantité de cellules complètes. Tous ces éléments se trouvent compris entre les fibres du derme, qui sont écartées par cette exsudation fibro-plastique.

M. le Dr Baerensprung a trouvé qu'une partie de la substance granulaire amorphe, formant la base du chancre induré, était colorée en rouge par la solution iodée; il conclut de ce fait que l'exsudat formant l'induration spécifique du chancre est différent de l'exsudat inflammatoire, et qu'il est identique avec les épanchements qui se forment sous l'influence de la syphilis constitutionnelle dans les divers autres organes. Je vous cite ces opinions sans me prononcer, n'étant pas juge compétent de ces recherches micrographiques.

Le chancre induré est rarement multiple : le plus souvent on n'en trouve qu'un chez la femme; quelquefois il y en a deux, l'un à droite, l'autre à gauche. Dans ce cas, ils se correspondent souvent : on les voit siéger en face l'un de l'autre sur les petites ou les grandes lèvres. On a pu croire que l'un d'eux était le résultat de l'inoculation du pus provenant de l'autre.

Je crois qu'il est plus rationnel de les considérer comme étant nés ensemble du contact avec le pus virulent qui les a touchés en même temps.

D'après un relevé de M. Puech, la fréquence du chancre induré chez l'homme est à celle du chancre non infectant comme 1 est à 4; il y a un vérolé pour 4 sujets présentant des chancres mous.

Ce rapport proportionnel est indiqué dans une note de M. Fournier, qui a fait à ce sujet un rapprochement très-curieux : il résulte de là, dit-il, que sur trois ou quatre chancres pris au hasard, un seul est suivi d'infection constitutionnelle, et doit produire des accidents spécifiques. Or, des vénériens ayant été à peu près abandonnés aux suites naturelles de leur maladie, on a trouvé que sur quatre un seul avait eu des accidents constitutionnels. (Voyez Virchow, *Syphilis constitutionnelle*, traduction du docteur Picard.)

Les chancres indurés sont encore plus rares chez la femme que chez l'homme. A Lourcine, avec la plus scrupuleuse attention, nous n'en voyons pas une trentaine par an. Prenant une année au hasard et faisant le relevé des diagnostics, MM. Azémar, Dibos et Mathé, mes externes, ont trouvé que dans mon service et dans celui de mon collègue M. Lallier il y avait eu 54 individus affectés de chancre induré.

Il y a bien longtemps que l'on a remarqué cette rareté du chancre induré chez les femmes.

Nicolas Massa croyait pourtant que la syphilis est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, parce que *les femmes sont plus flegmatiques*; l'observation est fausse, et l'explication n'est pas heureuse. MM. Davasse et Deville ont cru avoir trouvé la raison de la rareté du chancre induré chez la femme. D'après eux, c'est qu'il se transforme rapidement en plaque muqueuse, et cette explication est répétée depuis près de vingt ans par tout le monde. Je ne veux pas nier absolument cette métamorphose, mais je la crois beaucoup plus rare qu'on ne le dit; si elle a paru fréquente, c'est que l'on a pris des plaques muqueuses commençantes pour des chancres en voie de transformation. Je reviendrai sur ce sujet en parlant des plaques muqueuses.

Les chancres infectants peuvent exister partout; le plus souvent, comme ils sont transmis par le coït, on les trouve aux grandes et aux petites lèvres, au clitoris et à son capuchon, à l'urèthre, à la fourchette. Je ne crois pas l'avoir jamais observé au vestibule; je l'ai vu bien rarement aux plis rayonnés de l'anus. Il est au contraire très-fréquent aux lèvres; je n'ai pas besoin de vous dire pourquoi.

Hunter pensait que les malades y portaient les doigts couverts de pus. Je crois que le plus souvent la contagion se fait autrement : la volupté apparaît à ceux qu'elle enivre avec une coupe qu'il faut se garder de porter à ses lèvres, coupe qui a trop souvent égaré nos malades. Nous avons en ce moment dans nos salles une femme qui a un énorme chancre induré du bord gauche de la langue.

En parlant du chancre mou, je vous ai déjà dit la prédilection du chancre induré pour les téguments de la tête.

Sur 126 chancres céphaliques, M. Fournier n'en avait pas trouvé un cas qui ne fût pas induré; cette rareté du chancre mou à la tête avait fait penser qu'il n'était pas susceptible de s'y développer, lorsque de nouvelles recherches ont démontré le contraire.

Si les chancres indurés de la vulve passent assez vite pour qu'ils échappent souvent à l'observation, la difficulté est bien plus grande encore pour les reconnaître dans le vagin et sur le col de l'utérus. « Au delà de l'anneau vulvaire, dit M. Ricord, dans le vagin, l'induration perd de sa rénitence, de sa netteté; elle peut manquer même, ou devenir moins facilement appréciable. »

Nous verrons plus loin que l'induration ne s'observe presque jamais à la base des chancres du col de l'utérus.

Le produit de la sécrétion du chancre infectant diffère de celui du chancre mou. C'est un pus séreux, mal lié, sécrété en petite quantité. Un des signes importants pour le diagnostic est l'état des ganglions voisins. Les chancres mous s'accompagnent d'un seul ou de deux bubons volumineux, empâtés, douloureux, avec tendance à la suppuration.

L'adénopathie propre au chancre infectant est une tuméfaction de la plus grande partie ou de la totalité des ganglions qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques de la région sur laquelle l'ulcération s'est produite. Tous les ganglions superficiels et profonds sont pris : le premier est plus volumineux; mais, comme lui, les autres sont durs, indolents, roulant sous le doigt qui les presse, séparés des tissus sous-jacents, constituant ainsi ce que l'on a appelé la plénitude ganglionnaire. Souvent on sent à travers la peau les vaisseaux indurés qui les relient les uns aux autres.

Cette adénopathie est connue depuis longtemps. Dès le commencement du seizième siècle, Guillaume Rondelet, le même qui jouait dans la farce de la *Femme muette*, et qui figure dans Rabelais sous le nom de Rondibelis, savait que « les bubons *rétrocédés* et *indurés*, qui n'ont pas de tendance à suppurer, donnent la vérole constitutionnelle. »

Il est rare de voir suppurer l'adénopathie multiple syphilitique. Je suis porté à croire que la suppuration de ces ganglions n'est possible que dans les cas où le chancre induré a été irrité par des pansements de mauvaise nature, ou déchiré par le frottement ou l'arrachement d'un linge adhérent à l'ulcère. Depuis quatre ans que je suis à Lourcine, je n'oserais pas affirmer que j'ai vu une de ces tumeurs ganglionnaires donner lieu à un abcès. Je ne nie pas pourtant que l'on puisse voir un bubon suppuré coexistant avec un chancre infectant. Cela doit avoir été souvent observé dans les cas où les deux variétés de chancre existent chez le même sujet. Dans ce cas, un bubon peut être virulent et avoir de la tendance à suppurer; alors il a son siége dans le ganglion le plus interne, les autres gardant leur physionomie typique, avec induration indolence et mobilité sous la peau.

Cette coexistence des deux chancres sur le même individu est un des faits les plus curieux de l'histoire de la syphilis. Elle nous donnera l'explication de plus d'une erreur, lorsque nous nous occuperons de la question relative à la dualité des virus.

DE LA ROSÉOLE ÉPIDÉMIQUE;

Par M. le docteur Thore.

Quand on réfléchit à la bénignité de la roséole, on ne comprend guère qu'une maladie si peu importante ait donné lieu à de si longs débats et à des opinions si diverses. Depuis Pierre Franck, qui l'a décrite sous le nom de *purpura*, jusqu'à son fils Joseph, qui consacre un chapitre tout entier à ce qu'il appelle les embarras du diagnostic de cet exanthème, les médecins allemands en ont fait l'objet de nombreuses dissertations.

M. Rayer avoue qu'il a décrit d'après Willan, dans la première édition de son ouvrage, sous le nom de roséole, plusieurs éruptions cutanées différentes. De nouvelles observations lui ont démontré qu'il était impossible de distinguer de l'érythème plusieurs espèces de roséole.

Il hésite cependant à détruire le groupe édifié par le médecin anglais, groupe, il faut en convenir, assez peu solide et formé d'éléments divers. Il semble en effet qu'il ait été institué tout exprès pour recueillir des éruptions que l'on ne savait autrement classer.

Sur d'autres points, on trouve encore des divergences assez prononcées. Pour MM. Blache et Guersant elle n'est pas contagieuse; M. Trousseau (*Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. Ier, p. 135) pense que parmi les causes multiples de la roséole, la contagion joue un rôle incontestable. Contrairement à l'opinion de l'éminent professeur de l'Hôtel-Dieu, MM. Barthez et Rilliet considèrent volontiers cette éruption comme une rougeole sans catarrhe.

On pourrait signaler d'autres dissentiments, mais avant d'aller plus loin je dois faire connaître les faits que j'ai eu récemment l'occasion d'observer.

Le 21 juin 1860, j'étais appelé auprès d'une dame âgée de trente ans, qui se trouvait dans l'état suivant : elle se plaignait d'une céphalalgie légère, d'un malaise général, d'un peu d'inappétence. Le pouls était à 80. Elle ne toussait point; les yeux étaient un peu larmoyants; la face était bouffie, elle était toute couverte de taches irrégulières, d'un rouge violacé, séparées par des intervalles de peau saine. Cette éruption, fortement accusée, était semblable en tout à une éruption morbilleuse.

Cette dame avait eu la rougeole pendant son enfance.

Le lendemain, l'éruption s'était étendue aux membres supérieurs et au thorax, et conservait toujours les mêmes caractères. L'état général n'avait pas changé.

Au troisième jour, les membres inférieurs et le ventre étaient à leur tour couverts de taches.

Au quatrième jour, ces taches pâlissaient, prenaient une teinte cuivrée et disparaissaient le lendemain.

L'absence absolue de catarrhe nasal, oculaire ou bronchique, de fièvre, etc., d'une part; de l'autre, l'intensité de l'éruption, sa durée, la régularité de son développement, etc., tout cela avait attiré mon attention, lorsque de nouveaux cas se présentèrent à moi les jours suivants.

Dans une institution de jeunes filles située dans le voisinage, je vis six fois la roséole se manifester chez des enfants de sept à treize ans.

D'après les renseignements que j'ai recueillis avec soin, elles avaient déjà eu la rougeole plus ou moins longtemps auparavant, et quelques-unes avaient reçu mes soins dans cette première affection.

Chez toutes l'éruption était bien caractérisée; chez toutes il n'y avait ni fièvre, ni toux, ni éternument, etc.

Dans une autre pension, je trouve le 4 juillet suivant trois garçons de sept à huit ans qui avaient eu la rougeole l'année précédente et qui cette fois présentaient une éruption morbilliforme bien accusée. L'un d'eux avait une toux assez intense, mais sans larmoiement, sans coryza et sans fièvre. L'éruption dura trois jours et s'éteignit sans laisser de traces. Le rétablissement fut très-rapide.

Un quatrième élève, âgé de huit ans, tombé malade en même temps qu'eux, mais qui n'avait pas encore payé son tribut à l'affection morbilleuse, eut une rougeole bien caractérisée. Fièvre intense, 120 pulsations, agitation, rêvasseries, toux férine, éternuments incessants, inappétence, etc. Le mouvement fébrile dura trois jours, et la convalescence se fit assez lentement.

Dans une maison contiguë à cette même pension, une jeune dame âgée de vingt-quatre ans, qui avait eu la rougeole antérieurement, toussait depuis quelques jours et avait un peu moins d'appétit qu'à l'ordinaire, lorsque le 1er juillet elle s'aperçoit que sa figure est couverte d'une éruption presque confluente; les yeux sont larmoyants; il y a un peu de céphalalgie, inappétence. Les taches sont très-prononcées, d'un rouge violacé, assez rapprochées; elles s'étendent rapidement sur le reste du corps. L'appétit revient bientôt, et les phénomènes généraux manquent complétement.

Le 4, il reste encore quelques taches brunâtres, lorsque Mme X... est prise d'une douleur vive dans l'articulation du cou-de-pied gauche. Elle en est fort effrayée, parce qu'elle avait eu il y a deux ans un rhumatisme articulaire des plus aigus. On fait usage d'un liniment laudanisé. Le genou droit fut pris ensuite et les douleurs articulaires s'arrêtèrent là. Le rétablissement fut assez prompt.

On pourrait rapporter ce fait, en raison de la complication du rhumatisme articulaire, à ce qu'on a appelé *roseola rhumatica, pelliosis rhumatica* (Schœnlein); mais il différait totalement dans sa marche de la description qui en est faite, et qui doit le rattacher plutôt à l'érythème, et probablement à l'érythème noueux.

Chez un homme âgé de trente ans, d'une constitution délicate, et qui avait eu une fièvre typhoïde assez grave quelques mois auparavant, j'observe, le 3 juillet, des symptômes en tout semblables à ceux décrits dans les observations précédentes. Chez lui il y a eu un léger mouvement fébrile qui n'a pas duré vingt-quatre heures. La toux a été nulle ou à peu près, et l'éruption a duré quatre jours, après quoi elle a pris une teinte brunâtre; la desquamation n'a point été appréciable.

Enfin, la petite fille d'un professeur d'une des institutions dont j'ai déjà parlé, et à qui j'avais donné l'année précédente des soins pour une rougeole assez intense (elle était alors âgée de trois ans), me fut présentée quelques jours plus tard. Elle était couverte d'une éruption morbilliforme débutant par la face et s'étendant bientôt à tout le reste du corps. Elle n'eut ni toux, ni éternument, ni fièvre.

Elle était complétement rétablie au bout de quelques jours.

A partir de cette époque, aucun autre fait du même genre ne s'est offert à mon observation.

J'avais eu bien souvent déjà l'occasion de voir la roséole, mais c'était pour la première fois que cette éruption se montrait à moi à la façon d'une épidémie.

Je n'étais point le premier à constater ce fait.

Joseph Frank, dans les notes de son chapitre sur la roséole, dit l'avoir vue régner épidémiquement à Pavie en 1793 au mois de juin, à Milan au mois de juillet de la même année, et à Wilna en 1812.

M. Biett l'a constatée plusieurs fois au dispensaire de l'hôpital Saint-Louis dans les étés très-chauds.

Rilliet a observé aussi à Genève une épidémie de roséole qui régnait en même temps que les oreillons. Cette maladie a paru s'éloigner de la roséole vulgaire, que l'on remarque dans les grandes chaleurs de l'été, dans le cours du rhumatisme ou à la suite de la vaccine, tandis que sous tous les rapports elle offrait assez d'analogie avec la rougeole (*Traité des maladies de l'enfance*, t. II, p. 102).

L'exanthème durait deux ou trois jours, et laissait souvent la peau couverte de maculatures jaunâtres, et plus tard d'une légère desquamation. Elle apparaissait d'emblée sans symptômes précurseurs. Dans d'autres cas, elle était précédée d'une toux sèche, mais non suivie d'éternuments, de picotement dans les yeux et de fièvre. Les prodromes se distinguaient de ceux de la rougeole par leur peu d'intensité, leur brièveté et l'absence de tout symptôme laryngé.

Cet exanthème a atteint des enfants qui avaient eu la rougeole.

Il est donc suffisamment établi que la roséole peut régner d'une manière épidémique aussi bien à Paris qu'en Suisse, en Italie ou en Russie.

Je remarque que la petite épidémie dont je m'occupe a eu lieu à la fin de juin et dans les premiers jours de juillet, seul moment de l'été où la température a été un peu élevée. J. Franck l'observait en Italie dans les mois de juin et de juillet; il ne dit pas à quelle époque. A Wilna, M. Rilliet a fait la même omission.

Toujours est-il que l'on peut considérer la température élevée comme la cause la plus efficace de la roséole épidémique ou non; de même que l'enfance et le sexe féminin peuvent être placés au premier rang parmi les causes prédisposantes.

J'arrive au point le plus délicat de l'histoire de la roséole.

On a dit que Sydenham la regardait comme une variété de la rougeole ou comme une rougeole modifiée. J'ai vainement fait des recherches à l'endroit de son ouvrage que l'on indique; mais plus loin, à propos des rougeoles de l'année 1673 (cap. I, §429), il parle d'une fièvre du même genre que la rougeole, qui en différait cependant en ce que les *pustules* (*sic*) n'occupaient pas tout le corps; la fièvre était plus violente durant quatorze jours et même davantage. Cette description ne peut en aucune façon s'appliquer à la roséole, comme on la comprend aujourd'hui. Je n'ai rien trouvé ailleurs qui pût justifier l'opinion qu'on lui prête.

Cette opinion, repoussée par MM. Blache, Guersant et Trousseau, laissée dans le doute par M. Rayer, qui cependant rapporte deux faits assez significatifs et sur lesquels nous reviendrons, a été défendue par MM. Barthez et Rilliet. « A ne considérer que l'éruption en elle-même, disent-ils (p. 101, t. II), nous ne voyons aucune différence entre la rougeole anormale, qui n'est point accompagnée de bronchite, et la maladie décrite sous le nom de roséole. » Puis examinant la forme de cet exanthème, ils reproduisent cette manière de voir à propos du diagnostic de la rougeole (t. III, p. 260).

Il est certain que l'examen des individus atteints de roséole qui ont passé sous nos yeux dans l'espace de quelques jours, nous donnait l'idée d'une franche éruption morbilleuse; l'absence de l'état catarrhal des muqueuses pituitaire et bronchique modifiait nécessairement cette première impression.

On a bien dit que les plaques de roséole sont plus larges, plus pâles et plus irrégulières que celles de la rougeole, séparées par des intervalles nombreux où la peau conserve sa coloration naturelle, etc. Mais cette distinction repose sur des différences difficilement appréciables, et qui n'ont pas beaucoup de valeur. Il y a tels cas de la plus légitime rougeole auxquels ces caractères s'appliqueraient à merveille; et il y a des roséoles, comme celle dont je viens de parler, qui ressemblent à s'y méprendre à la rougeole-type. A coup sûr, si l'on ne tenait compte que de l'état de la peau, il serait facile de s'y tromper.

Les deux observations de M. Rayer, dont nous parlions tout à l'heure, sont trop importantes pour que l'on puisse se dispenser de les consigner ici.

Le 19 juin 1825, je fus appelé pour donner des soins au jeune G. L... Cet enfant, âgé de quatre ans, est blond et bien constitué. Le matin, en l'habillant, sa bonne avait été étonnée de lui voir le visage couvert de petites taches roses, sans élévation à la peau, isolées et offrant une teinte à peu près semblable à celle de la rougeole. Lors de ma visite, non-seulement ces taches existaient, mais on en distinguait plusieurs autres sur la poitrine et sur les bras. La teinte, dans ces dernières, était moins animée. Je n'en découvris point sur les autres régions du corps. L'enfant était sans fièvre; il avait bien dormi la nuit précédente et demandait à se livrer à ses jeux habituels. Cependant la langue était sale à sa base et légèrement piquetée. L'appétit était diminué depuis quelques jours et les garde-robes étaient rares; la pression ne provoquait pas de douleur à l'épigastre ni dans aucune autre région de l'abdomen; la gorge n'était point enflammée. Il n'y avait ni toux ni larmoiement. Deux ans auparavant, j'avais soigné cet enfant d'une rougeole bien caractérisée, ainsi que de ses deux frères, qui habitaient le même appartement et qui l'avaient contractée à la même époque. Cette circonstance, jointe à l'absence de quelques-uns des principaux caractères de cette maladie, me fit penser que ce léger exanthème n'était autre chose que la roséole ou fausse rougeole de quelques auteurs. (Eau de gomme, soupes et bouillons.) L'enfant dormit paisiblement pendant la nuit. Le lendemain 20 juin, son état ne présentait pas de changement notable.

Le 21 juin, l'exanthème était déjà pâle; l'enfant fit une promenade de deux heures; il prit plus d'aliments que la veille. Le surlendemain, il n'existait plus de traces de ce léger exanthème, et après deux ou trois jours de même régime, l'appétit reprit toute son activité.

L'observation suivante (*roséole, fausse rougeole* ou *rougeole modifiée?*) diffère de celle qui précède en ce que l'éruption paraît avoir commencé par le tronc et les membres supérieurs, sans occuper la face.

Dans toutes nos observations elle débutait, comme la rougeole, par le front, le tour de la bouche, le menton, s'étendait ensuite, et d'une manière régulière, à la poitrine, aux membres supérieurs et inférieurs, et se terminait vers le quatrième jour.

Nous n'avons pas pu constater chez nos malades l'existence de la desquamation. Il faut nous hâter de dire qu'ils échappaient bien vite à notre examen, en raison de la simplicité des suites et de la rapidité de la convalescence.

Nous serions donc disposé à considérer la roséole comme une rougeole sans catarrhe. Cette forme de transition a sa place toute marquée dans la série des grands exanthèmes cutanés.

Il faut bien admettre que la variole, modifiée ou non par la vaccine, se présente fréquemment avec une atténuation plus ou moins notable dans l'intensité de ses symptômes et de son éruption : c'est la varioloïde.

La scarlatine ne débute-t-elle pas tantôt avec une excessive violence, un effroyable ensemble d'accidents généraux, une coloration d'un violet foncé de la peau, tantôt avec une apparence si bénigne qu'on n'oserait admettre son existence si la desquamation caractéristique ne venait témoigner de la justesse du diagnostic?

Sera-t-il trop hardi d'admettre que la rougeole peut se manifester dans certaines conditions et chez des individus déjà éprouvés par une première maladie, sous une forme modifiée, surtout au point de vue des phénomènes généraux?

Tout récemment un médecin, dont l'esprit judicieux égale le profond savoir, ne proposait-il pas de nommer érysipéloïdes des érysipèles dégénérés? (M. Gubler. *Archives*, décembre 1860, p. 736.)

Pourquoi ne pas nommer aussi rubéoloïde l'éruption morbilleuse sans symptômes généraux, sans complication catarrhale, etc., plus ou moins modifiée dans le développement de sa manifestation cutanée?

Sans prétendre dire que la roséole est nécessairement et toujours une rougeole modifiée, on peut réclamer pour cette forme une place dans un groupe libéralement ouvert à des espèces si dissemblables qu'on s'étonne de les trouver réunies.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT

de la diphthérie (angine couenneuse et croup) par le perchlorure de fer à l'intérieur et à haute dose.

Par M. le docteur AUBRUN.

L'auteur rapporte l'observation détaillée d'un enfant de vingt et un mois qui fut affecté de pharyngite et de laryngite pseudo-membraneuse, avec extension des fausses membranes aux premières divisions bronchiques. La trachéotomie a été pratiquée le quatrième jour après l'apparition des symptômes du croup confirmé, et le vingt-deuxième jour après l'apparition la guérison était complète. Le traitement interne a consisté presque exclusivement dans l'administration du perchlorure de fer à l'intérieur, depuis le début jusqu'à la fin de la maladie. On faisait boire à l'enfant, de cinq minutes en cinq minutes pendant le jour, et de quart d'heure en quart d'heure pendant la nuit, une solution aqueuse contenant de 20 à 40 gouttes de perchlorure de fer par verre, de telle sorte que la dose a pu s'élever de 7 à 18 grammes en vingt-quatre heures.

Si le succès dans un cas de cette gravité doit encourager à expérimenter cette médication, nous pensons cependant que l'auteur se hâte trop d'y voir la preuve incontestable que la guérison a été due au perchlorure de fer. Bien que, au-dessous de deux ans (et l'enfant dont il s'agit n'avait que vingt et un mois) la trachéotomie échoue le plus souvent, elle compte cependant quelques cas de succès même à cet âge. Si l'extension des fausses membranes aux bronches constitue une complication des plus graves et souvent fatale, il existe cependant des cas où les enfants ont guéri après avoir rendu des membranes tubulées, et cela sans même que la trachéotomie ait été pratiquée.

M. P. Guersant conserve un *arbre bronchique pseudo-membraneux* qui a été expulsé par les seuls efforts de la toux. On pourrait dire que la plupart des traitements médicaux préconisés contre le croup comptent des succès de ce genre, surtout avec un adjuvant aussi considérable que la trachéotomie.

M. Aubrun a dû à sa méthode la guérison de 30 cas de diphthéries pharyngiennes et de 5 cas de diphthéries laryngées généralisées graves; il compte 4 insuccès dans le dernier cas. Ces 39 cas sont-ils les seuls où notre confrère ait expérimenté le perchlorure de fer, et n'y a-t-il aucun insuccès à opposer à ces 30 réussites obtenues pour des diphthéries pharyngiennes?

On peut demander aussi quel était le degré de gravité de celle-ci, car on sait combien il existe d'états intermédiaires entre l'angine couenneuse commune de Bretonneau, et l'angine maligne.

Nous désirons vivement que ces expériences soient continuées, car nous admettons facilement l'influence favorable que peut avoir le perchlorure de fer, en tant que tonique et reconstituant; nous sommes aussi disposé à croire à son action topique sur le pharynx; nous comprendrions moins qu'il pût contribuer à détacher les fausses membranes de l'intérieur des bronches. Le goût styptique de ce médicament doit le rendre d'un usage difficile chez les enfants. Il est aussi un point avec lequel nous différons d'opinion avec le docteur Aubrun : c'est le précepte de ne pas respecter le sommeil des enfants pour leur administrer le remède tous les quarts d'heure.

Cette rigueur nous semble hors de saison; l'aphorisme, *Optimum medicamentum somnus*, nous semble vrai surtout dans l'enfance, et parmi les enfants atteints de croup près desquels nous avons souvent été appelé à veiller des nuits entières, nous avons toujours vu le sommeil, quand il pouvait s'établir, avoir une influence réparatrice et salutaire que nous nous serions bien gardé de troubler. (*Gazette médicale*).

SUR L'IDENTITÉ CHIMIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

des eaux de Vals et de Vichy;

Par M. le docteur CHABANNE, médecin inspecteur des eaux de Vals.

M. le docteur Chabanne a adressé à M. le docteur Durand-Fardel une lettre au sujet de la question du traitement de la goutte, soulevée par les leçons de M. Trousseau. En voici les principaux passages :

Après avoir reproduit textuellement la belle définition que donne notre savant maître de l'action des eaux de Vichy, Vals, Pougues, Contrexéville, sur la gravelle, vous ajoutez : « A part le rapprochement de Vichy et de Vals d'une part, de Pougues et de Contrexéville, de l'autre, qui ne me paraît pas très-exact, etc... »

Je veux essayer de vous démontrer que le rapprochement établi par M. le professeur Trousseau entre les eaux de Vichy et celles de Vals ne manque point d'exactitude.

Il vous suffira de jeter les yeux sur un tableau comparatif que j'ai trouvé dans l'un de vos ouvrages (*Lettres médicales sur Vichy*), pour vous convaincre qu'au point de vue de la qualité et de la quantité des principes minéralisateurs, les eaux de Vichy et celles de Vals présentent une étonnante similitude.

De cette identité de composition chimique ne pourrait-on pas conclure *à priori* à l'identité de l'action thérapeutique? Avant de répondre à cette question, il faut trancher celle de la thermalité. A Vichy, vous avez des eaux chaudes; à Vals, il n'y a que des eaux froides. Je n'aurais pas tenté de maintenir le rapprochement entre ces deux stations, si nous ne pouvions administrer nos eaux en bains et douches chaudes, comme on le fait à Vichy. Mais depuis dix ans on prend à Vals un nombre considérable de bains alcalins, dont les effets sont aussi certains que ceux des bains de Vichy.

La question des effets thérapeutiques de l'eau de Vals, que je crois identiques avec ceux de l'eau de Vichy, n'est pas susceptible d'une solution aussi rigoureuse que si elle était fournie par des chiffres. J'espère cependant, tout en restant personnellement étranger à la démonstration, vous prouver que sur ce point encore Vals n'a rien à envier à Vichy. Il y a deux cents ans, de bons médecins avaient trouvé et publiaient que les eaux de Vals guérissaient les maladies contre lesquelles les eaux de Vichy sont réputées spécifiques. Ils savaient, par exemple, les employer contre les calculs.

Voilà donc les maladies des reins et de la vessie, de la matrice, du foie, de la rate, et autres viscères abdominaux sans doute, traitées et guéries par les eaux de Vals.

Je ne puis résister au plaisir de vous faire connaître le programme des maladies traitées à Vals, publié par Antoine Fabre en 1657; voici les têtes de chapitre :

Eaux excellentes contre les maladies de l'estomac.

La douleur colique.

Le flux du ventre.

Les vers.

Eaux souveraines contre les obstructions du mésentère.

Excellentes contre le grand flux des hémorrhoïdes.

Merveilleuses contre le dérèglement des purgations menstruelles des femmes.

Contre les intempéries et les imbécillités du foie et contre la jaunisse.

Incomparables contre les obstructions de la rate.

Merveilleuses contre la mélancolie hypochondriaque.

Excellentes contre les atrophies et les cachexies.

Souveraines contre la gravelle et le calcul.

Veuillez remarquer, en passant, que l'auteur, malgré ce lyrisme d'expressions passé de mode aujourd'hui, ne manque à aucune des indications reconnues les meilleures pour le traitement par l'eau de Vichy. Au contraire, il défend plus bas d'envoyer les maladies de poitrine, les fièvres continues, etc.

Traite-t-on d'autres maladies à Vichy que l'on ne puisse traiter tout aussi bien à Vals?

Je ne veux plus apporter qu'un autre témoignage pour établir encore combien est exact le rapprochement fait par M. le professeur Trousseau; ce témoignage, nous le prendrons à Vichy même : votre illustre prédécesseur M. Prunelle, consulté par un riche et honorable négociant d'Aubenas atteint d'une maladie du foie, le renvoya en lui disant qu'on ne venait point à Vichy quand on était si près de Vals; j'affirme la vérité de ce fait.

Tels sont, cher collègue, les motifs qui me font trouver très-exact le rapprochement de Vichy et de Vals dans le sens indiqué par M. Trousseau. Il était de mon devoir de maintenir cette espèce de parenté entre ces deux stations, parce que je la crois vraie, et qu'elle peut être utile aux malades et à mon pays. Jusqu'à preuve contraire, le modeste établissement de Vals portera ou du moins méritera encore le glorieux surnom de Vichy du midi de la France.

Je n'ai rien dit encore de deux sources, celle de la Marie et celle de la Dominique. La source de la Marie comble à Vals la lacune qui existe à Vichy; vous n'avez que des eaux fortes; la Marie, voilà le *desideratum* de Vichy, *desideratum* que vous consignez dans l'un de vos ouvrages; tous nos baigneurs la boivent à table : c'est l'eau de Seltz, de Saint-Galmier, de Saint-Alban; elle est là, à la porte de l'établissement, pour habituer les estomacs trop faibles à supporter

l'alcalinité des autres fontaines, pour familiariser les tempéraments nerveux, irritables, avec les sources plus chargées.

La Marie prédispose tous les baigneurs à l'appétit; elle opère chaque année sur les constitutions délicates des guérisons que l'on ne pourrait même commencer avec les autres sources. M. Trousseau lui-même n'enverrait peut-être pas ses goutteux à Spa, s'il connaissait les propriétés de la Marie. Vous voyez que jusqu'à un certain point, Vals serait en droit de refuser le rapprochement pour lequel il plaide en ce moment. La Marie, en effet, fournit aux médecins de Vals des facilités de traitement que vous ne pouvez avoir à Vichy.

Quant à la source de la Dominique, elle n'a d'analogue nulle part, que je sache. L'Amérique nous présente deux espèces d'eaux acidulées par l'acide sulfurique : le Rio-Vinagre et l'eau de Rintz; mais le reste de la composition est tout à fait différent.

Cette limonade naturelle, grâce à ses proportions de fer et d'arsenic, produit des résultats excellents pour la guérison des fièvres intermittentes d'Afrique ou des pays marécageux. Elle est très-reconstituante, tonique, et doit s'appliquer aux maladies par faiblesse. Du reste, une composition si étrange peut faire pressentir des propriétés inattendues; c'est au temps à les faire découvrir.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 juin 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

M. CAUNIÈRES commence la lecture d'un mémoire dans lequel il s'est proposé d'appeler l'attention sur les succès qu'obtiennent les indigènes de Madagascar dans le traitement des diverses maladies, par des méthodes fort différentes de celles auxquelles ont recours les médecins dans le monde civilisé. (Commissaires, MM. Andral, Rayer, Velpeau.)

— M. CL. BERNARD présente, au nom de M. Alphonse Milne-Edwards, l'exposé de quelques expériences sur la nutrition des os. (Voir le *premier-Paris*).

Linguatule dans les ganglions mésentériques du mouton. — M. G. COLIN communique la note suivante sur la présence d'une linguatule dans les ganglions mésentériques du mouton et sur sa transformation dans le nez du chien en pentastome ténioïde.

Il vit dans les ganglions mésentériques du mouton et du dromadaire une linguatule agame qui devient sexuée en changeant d'habitation.

Cette linguatule se creuse des cellules ou des nids, sans parois propres, dans la substance des ganglions, et chaque cellule en renferme plusieurs individus.

Les nids, en se multipliant, déterminent la désorganisation du tissu ganglionnaire, qui se réduit en une pulpe diffluente composée en grande partie de globules pointillés analogues à ceux du chyle ou de la lymphe.

Le ver des glandes mésentériques paraît provenir des œufs pondus, dans les cavités nasales du chien, par la linguatule ténioïde et rejetés sur l'herbe, dont se nourrissent les bêtes ovines.

Il ne séjourne qu'un temps limité chez son premier hôte, perfore le ganglion pour en sortir et y laisse des lacunes que ferment bientôt des dépôts plastiques ou tuberculeux.

Si les entrailles du mouton viennent à être dévorées par le chien ou par le loup, le ver peut s'attacher aux lèvres, aux ailes du nez, au voile du palais, et pénétrer dans les cavités nasales, où il prend son complet développement.

En effet, si on place à l'entrée des narines du chien des linguatules prises dans les glandes mésentériques, elles s'engagent bien vite dans les cavités nasales, et vont se fixer à l'aide de leurs crochets sur la membrane des volutes ethmoïdales, d'où l'éternument le plus violent ne peut les expulser.

Ces vers, qui ont ainsi brusquement changé d'habitation, s'accroissent avec lenteur; d'agames qu'ils étaient d'abord, ils deviennent sexués, et, en moins de deux mois, l'appareil de la reproduction est entièrement formé; mais ils doivent séjourner près d'une année dans les cavités aériennes des carnassiers pour arriver au terme de leur évolution.

On ne saurait guère douter que la linguatule des ganglions chylifères du mouton appartienne à l'espèce de celle qui a été trouvée dans les kystes du poumon du lapin, et dont M. Leukart a déjà obtenu la transformation chez le chien. (Commissaires, MM. Flourens, Milne-Edwards, Rayer.)

Régénération osseuse. — M. HAMEL communique une série d'observations sur la régénération osseuse.

Dans les cinq observations que je viens soumettre à l'appréciation de l'Académie, quatre, dit-il, me sont propres. Le périoste, comme organe formateur et régénérateur du tissu osseux, a oblitéré une large perforation de l'os frontal, a reproduit la moitié droite de la mâchoire inférieure, un cubitus en grande partie, une portion du corps d'un fémur, enfin un tibia presque complet.

A l'époque où la régénération osseuse semblait encore un rêve, quoiqu'elle fût déjà l'objet des recherches de M. Flourens sur le périoste, un homme de trente-six ans vint me consulter pour une perforation qu'il portait depuis longtemps près de la bosse frontale gauche. Le trou était à peu près circulaire, assez grand pour y placer le pouce, mais hérissé d'aspérités. Une hernie d'une portion du cerveau et de la dure-mère en avait été la conséquence... Je lui conseillai d'appliquer à demeure une plaque de cuir sur le point défectueux. Plusieurs années s'écoulèrent, et la hernie finit par disparaître complètement. J'avais perdu de vue cet homme, quoique habitant la même ville que lui, lorsque je fus requis par la justice pour constater son décès : il avait succombé à une hémorrhagie cérébrale superficielle, résultat d'un violent coup de poing reçu dans une rixe. Je me rappelai son ancienne infirmité; j'examinai avec soin la cavité crânienne. A ma grande surprise, je rencontrai une membrane périostique blanchâtre, de nouvelle formation, inégale, assez épaisse, d'un aspect cartilagineux, appliquée sur la paroi externe de la dure-mère, à laquelle elle adhérait vers son centre. Elle était placée en face de la perforation frontale dont elle avait la forme arrondie, et d'où elle avait dû être brusquement détachée. L'occlusion graduée mais entière, seule cause admissible pour expliquer la disparition complète de la hernie cérébrale, ne saurait être ici que le résultat d'un travail lent et réparateur. Comment s'est-il opéré? Il serait difficile de le bien expliquer... Quoi qu'il en soit, la nature a montré dans cette circonstance jusqu'où peuvent s'étendre ses ressources et sa force génératrice.

Dans le second cas (une nécrose du maxillaire inférieur gauche presque entier), la puissance réparatrice du périoste devint apparente du moment où le travail d'isolement fut terminé. L'os frappé de mort se reproduisit en entier : les dents seules manquèrent au malade. L'angle de la mâchoire resta moins saillant, plus effacé; il gagna en largeur et en épaisseur ce qu'il perdait en hauteur.

Peu de temps après cette guérison, un conducteur de mulets, âgé de vingt-huit ans, se présenta à ma visite avec un avant-bras gauche assez douloureux et doublé de volume. Au milieu d'une plaie suppurante longue de 15 centimètres, se trouvait à moitié couvert le corps du cubitus frappé de nécrose. Une chute de cheval assez violente pour occasionner d'abord un gonflement énorme et douloureux, avait amené un abcès fistuleux vers le tiers inférieur du cubitus, où sa dénudation eut lieu. Quand je sondai l'ulcère, il était rouge, dur et granuleux. Quoique déjà fort étendu, il ne laissait point encore à découvert les deux extrémités de l'os mortifié. Mobile dans un de ses points, je l'attaquai avec une petite scie d'horloger à lame convexe, puis avec une couronne de trépan. Le fragment inférieur se détacha quelques jours après en se brisant en deux morceaux; la chute du fragment supérieur ne s'effectua que trois semaines plus tard. En examinant la surface interne du périoste, rugueuse et saignante, je m'aperçus que cette membrane avait déjà triplé d'épaisseur et acquis une forte consistance. Trois mois s'étaient à peine écoulés, que le malade, malgré une cicatrisation imparfaite, se servait de son avant-bras, dont le volume était encore plus gros que celui de son antagoniste. La forme du nouveau cubitus, dont la régénération s'était effectuée dans une longueur de 18 centimètres, variait aussi dans quelques-uns de ses points. Cette double reproduction osseuse a été d'autant plus remarquable, que les conditions hygiéniques habituelles du pays au milieu desquelles elle s'est opérée étaient très-défavorables à ce travail réparateur.

Pierre Raoult, âgé de quatorze ans, fit une chute de cheval en avril 1859. Il en résulta bientôt un abcès profond et fistuleux le long de la partie interne de la jambe droite. Au bout de neuf mois, un trajet fistuleux laissa à découvert le tibia nécrosé, et le premier ulcère se cicatrisa. Quand il vint me demander conseil au mois d'août 1860, sa jambe était dans un état affreux. Son volume était doublé. Le devant était labouré par un ulcère profond, à bords renversés. L'os principal, frappé de mort dans une étendue de 21 centimètres, était saillant vers son milieu, isolé des parties molles, saturé d'un pus fétide et abondant.

La conservation de ce membre me sembla d'abord une utopie. Je reculais pourtant devant l'idée d'une amputation. Après mûre réflexion, je me décidai à temporiser. Les forces du malade, au lieu de s'amoindrir, s'étaient un peu améliorées. A une vaste suppuration locale désinfectée par le chlore, il s'opposait une assimilation suffisante pour fournir aux déperditions de chaque jour. Je la favorisai par l'usage du quinquina, du vin, des boissons ferrugineuses, d'huile de foie de morue iodurée, et d'une alimentation animale réparatrice. Dans de telles conditions, sans cesse préoccupé d'une idée qui me semblait réalisable, je résolus d'entamer avec la scie la partie saillante de l'os dénudé jusqu'au canal médullaire, et de le diviser en trois morceaux. J'espérais en rendre les fragments plus mobiles et les isoler plus vite du périoste, dont je redoutais qu'ils ne retardassent le travail régénérateur. L'irritabilité naturelle du sujet, l'irrégularité capricieuse des voies digestives, les hémorrhagies capillaires qui se répétaient trop souvent, entravaient mes efforts, et ne répondaient qu'imparfaitement au but que je me proposais. Cependant après la chute de deux fragments longs et épais, placés aux extrémités opposées, entamés par la scie dans leur continuité, le corps du tibia se sépara à son tour de ses deux épiphyses articulaires. A dater de cette époque, janvier 1861, le travail réparateur, depuis longtemps commencé, poursuivit sa marche progressive; la trame osseuse s'étendit molle et spongieuse en se consolidant. Je n'y découvris aucune trace d'un nouveau canal médullaire; je pus étudier les métamorphoses que subit le nouvel os jusqu'à son entier développement, tant dans son aspect, dans sa couleur, dans la saturation de son tissu, dans son épaississement graduel, que dans sa plus grande force de consistance toujours croissante et plus marquée qu'auparavant. Là vraiment se décèle aux yeux de l'observateur le rôle important que la nature a assigné au périoste. (Commission désignée pour le mémoire de M. Maisonneuve sur le même sujet.)

— M. HEYFELDER, en adressant au concours pour le prix de médecine et de chirurgie l'ouvrage qu'il a publié en allemand *sur les procédés opératoires et la statistique des résections*, y joint, pour se conformer à l'une des conditions imposées aux concurrents, une indication des parties qu'il considère comme neuves. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. PAPPENHEIM présente des considérations sur la résection des os considérée au point de vue de la médecine légale. (Renvoi à l'examen de MM. Velpeau et Jobert, de Lamballe.)

— M. COINDE adresse de Sfax (régence de Tunis) les indications qui lui ont été fournies par un médecin arabe, concernant l'emploi, dans un remède contre l'hydrophobie, d'un insecte doué à un haut degré de propriétés vésicantes, d'une espèce de mylabre. (Renvoi à l'examen de M. Valenciennes.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 29 mai 1861, l'Empereur a nommé M. le docteur Robert-Saint-Cyr, président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Nièvre, en remplacement de M. Thomas, décédé.

— Par arrêté du 25 juin, M. Lepetit, professeur suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchement à l'École préparatoire de Poitiers, est nommé professeur adjoint de clinique interne à ladite École, en remplacement de M. Guignard, appelé à d'autres fonctions.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 78. — JEUDI 4 JUILLET 18[illegible]

(34e ANNEE.)

N° 78. — JEUDI 4 JUILLET 1861.

Ce journal paraît trois fois par [illegible]maine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 ». Un an. . . 30 ».

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 3 JUILLET 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. H. Bouley a terminé dans cette séance le discours qu'il avait commencé et que le temps ne lui avait pas permis de finir dans la séance précédente. Son argumentation a porté presque tout entière sur les questions posées par M. J. Guérin, et très-incidemment seulement sur quelques-uns des points examinés par M. Tardieu.

On se rappelle qu'ayant été témoin d'une petite épizootie dans laquelle, autour de quelques cas graves de morve confirmée revêtus de tous les caractères les plus expressifs de la maladie, s'étaient manifestés sur un grand nombre de sujets quelques symptômes isolés et amoindris de la même maladie, M. J. Guérin a pris occasion de cette observation pour demander à ses collègues de la section de médecine vétérinaire si la morve ne pouvait pas exister à des degrés divers et progressifs ; si, incurable à son maximum d'intensité, elle n'était pas susceptible de présenter des degrés de curabilité corrélatifs à ses degrés de décroissance. Les termes de cette question, basés sur les faits que M. Guérin avait cru voir et sur l'analogie avec ce qui se passe dans un grand nombre de maladies contagieuses chez l'homme, laissaient assez percer dans son esprit la confiance qu'il avait vu des animaux guérir d'une maladie réputée jusqu'alors incurable, et l'espoir qu'en appelant l'attention sur ces faits, il en pourrait résulter peut-être une plus active et surtout plus fructueuse intervention de l'art dans l'avenir.

Si cette confiance et cet espoir n'étaient qu'une illusion, M. Bouley n'en a pas laissé jouir longtemps son collègue. Il a sans pitié, avec une inflexible logique et une écrasante somme de faits, contesté à M. Guérin la guérison de ses chevaux et détruit jusqu'à la moindre espérance qu'on pût réaliser jamais son programme. M. Bouley reconnaît bien qu'il y a effectivement des manifestations très-diverses de la morve ; mais ces manifestations, si légères qu'elles soient en apparence, n'en sont pas moins à ses yeux l'indice de l'existence de lésions profondes toujours considérables et toujours incurables, de sorte qu'on courrait toujours le risque de se tromper, si l'on voulait juger de la gravité de la maladie par ses manifestations extérieures seulement, et que les symptômes ne sauraient servir de base au pronostic, qui serait à peu près invariablement le même dans tous les cas, au degré de résistance individuelle près.

Quant au remède, on n'en a qu'un à Alfort, l'abatage. C'est peu encourageant pour la thérapeutique, mais en revanche plus sûr pour l'hygiène.

Disons cependant que ce triste aveu de l'impuissance de l'art vétérinaire, aveu que la médecine humaine n'a que trop souvent aussi l'occasion de confesser, a été relevé par le brillant et savant exposé que M. Bouley a fait des conditions étiologiques du développement de la morve et des indications précieuses que cette notion fournit à la prophylaxie.

La discussion n'est pas terminée. Nous aurons certainement l'occasion de revenir sur quelques-uns des points principaux qu'elle a soulevés.

M. Michel Lévy a communiqué au commencement de la séance une courte analyse d'une note intéressante de M. le docteur Castano, ex-médecin en chef de l'expédition de Chine, sur l'état sanitaire d'une partie de la Cochinchine. Une série de rapports de M. Boudet, le nouveau secrétaire de la commission des remèdes secrets et nouveaux, a servi de trait d'union entre cette communication et la discussion dont nous venons de rendre un compte sommaire.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Leçons sur les maladies de la peau (1).

(Recueillies et publiées par M. PIHAN-DUFEILLAY, interne du service.)

Après vous avoir indiqué dans notre précédente leçon notre manière d'envisager les maladies de la peau, et vous avoir expliqué les bases de la méthode que nous avons adoptée pour leur classification et leur étude, nous voulons vous exposer l'histoire complète et détaillée des affections qui rentrent dans le groupe naturel des dartres. Toutefois, avant d'entrer dans l'exposition de chacun des genres et des espèces qui composent cette famille, il est bon, croyons-nous, de vous donner quelques notions générales sur les maladies dartreuses, de vous apprendre les raisons qui nous ont décidé à les réunir en un seul groupe morbide, et d'insister sur certains caractères communs à toutes les affections herpétiques ; leur connaissance simplifiera singulièrement pour vous l'étude des différents genres qui composent cette grande classe.

Un mot d'abord sur le terme dont nous nous servons : le mot dartres, synonyme du mot grec et latin herpès, est une vieille expression française, qui servait à désigner indistinctement toutes les affections cutanées qui avaient de la tendance à se perpétuer, à s'étendre ou à se généraliser. C'est dans ce sens que nous le retrouvons dans tous les anciens ouvrages, à une époque où on résumait toute la pathologie cutanée dans les dartres et les teignes, suivant que la lésion siégeait sur un point quelconque de la peau ou sur le cuir chevelu. L'école anglaise dut faire bon marché d'une semblable division ; en même temps qu'elle cherchait à déterminer la lésion élémentaire caractéristique de chaque maladie, elle s'efforça de préciser les expressions ; si bien qu'en détruisant dans l'étude des maladies de la peau l'idée de nature, pour lui substituer uniquement la description des caractères graphiques, elle s'empressa de rayer de son cadre les affections herpétiques, et de son vocabulaire le mot *dartre*, auquel les pathologistes de l'école de Willan ne conservèrent pendant de longues années que le triste privilége du ridicule.

Ce terme est cependant resté dans la langue générale parmi les gens du monde, et même dans l'esprit de quelques vieux médecins, comme l'expression d'une maladie durable, dont l'accroissement est continu, la guérison difficile, et dont l'origine se lie à un vice diathésique ou héréditaire. Alibert le conserva et lui donna place dans sa nomenclature ; mais le peu de succès de sa classification, rapidement oubliée, nous a forcé à le reprendre dans le langage du monde, pour lui restituer cette place qu'il n'aurait jamais dû perdre dans la nosologie cutanée.

Au mot dartre se rattache donc l'idée d'un vice radical, constitutionnel, d'une altération générale de l'économie, d'une modification toute particulière de l'organisme, qui se traduisent par des éruptions sur les membranes cutanée et muqueuse. Tel est le sens que M. Bazin et moi donnons à ce mot, et c'est du groupe d'affections qui dérivent de ce principe morbide que nous allons vous entretenir aujourd'hui. Nous nous bornerons à vous en indiquer les caractères généraux unanimement admis par les médecins de notre école, en remettant à plus tard l'histoire de chaque variété et l'examen des détails qui différencient en certains points nos doctrines de celles de notre éminent collègue.

Les dartres offrent des caractères parfaitement tranchés ; aussi, pour éviter les reproches adressés à juste titre aux dénominations et aux descriptions des anciens médecins, allons-nous tout d'abord passer ces caractères en revue, après vous avoir toutefois défini les dartres ainsi qu'il suit :

Les dartres sont des affections de la peau constituées par des lésions élémentaires diverses, disposées à une extension continue, tendant à récidiver, affectant une marche habituellement chronique, excitant un sentiment de cuisson ou de prurit, ne laissant jamais de cicatrices, non contagieuses, et susceptibles de se transmettre par voie d'hérédité.

Les lésions élémentaires qui caractérisent les maladies dartreuses sont multiples ; on rencontre indifféremment la vésicule, la pustule, la squamme, la papule, etc., chose sur laquelle nous attirons l'attention ; il est rare de trouver une manifestation herpétique sans l'association intime de plusieurs de ces éléments. L'eczéma, cette éruption dartreuse par excellence, nous en offre un bel exemple, et pour peu qu'on le suive dans ses diverses périodes, on le voit se caractériser successivement par des vésicules, des pustules, des squammes et parfois même des papules. Ce mélange est la règle, et les cas où, comme dans le psoriasis, l'élément anatomique est unique et constant, ne sont que des exceptions.

Les dartres ne sont point contagieuses. C'est là un caractère essentiel de l'éruption herpétique, caractère qui suffit à lui seul pour éliminer une grande classe de dermatoses qu'on leur avait jusqu'à notre époque intimement unie. Les affections parasitaires, dont l'aspect extérieur est si rapproché de celui des dartres, que l'une des lésions les plus étroitement liées à l'existence du parasite, l'herpès circiné, est longtemps demeurée pour beaucoup de gens un type de dartres, trouvent dans la contagion la pierre de touche qui spécifie leur véritable nature et indique le seul traitement qui leur soit efficace. Il est dès lors inutile de séquestrer les dartreux et de les isoler des personnes saines, ainsi que le nécessiterait l'opinion de la contagion émise par plusieurs médecins. Non, les dartres ne sont jamais contagieuses, nous le répétons avec intention, car dans un ouvrage encore récent nous trouvons la description d'un lichen et d'un impétigo contagieux dont nous ne pouvons expliquer l'existence qu'à l'aide d'une erreur de diagnostic ; notre auteur a admis au rang des dartres des éruptions symptomatiques de la présence de parasites qui n'étaient autres que l'acare de la gale et le tricophyton de l'herpès. Alibert lui-même a discuté cette question ; il fit des expériences, reconnut l'innocuité du contact des dartres, et ses travaux ont trouvé leur confirmation dans les résultats de l'examen approfondi que plusieurs médecins ont depuis cette époque fait subir à ce point de la pathologie cutanée.

Un autre caractère des dartres, c'est leur tendance à s'étendre, à s'accroître, soit par une simple et naturelle extension de la lésion déjà existante, soit par l'apparition de nouvelles manifestations morbides en différentes parties du corps. Cette aggravation résulte tantôt d'une excitation générale de toute l'économie, tantôt d'une irritation portée sur un point de la peau par une cause étrangère, telle que l'action d'une pommade excitante [illegible] caractère habituel des dartres, toutefois il est moins absolu que celui de la non-contagion. Il arrive, en effet, que certaines éruptions se localisent, parcourent leurs périodes sur place sans gagner en surface et sans multiplier le nombre des points malades. C'est précisément à cette propriété que possèdent certaines éruptions de n'occuper que des points très-circonscrits, que M. Bazin rattache le caractère arthritique d'affections que nous croyons actuellement encore de nature dartreuse. Il est également de remarque que les dartres affectent une disposition symétrique ; elles envahissent les deux pieds, les deux mains, les membres inférieurs ou supérieurs, et, malgré les exceptions, ce sont là autant d'indices qu'on ne saurait négliger, quand il s'agit de résoudre un diagnostic difficile.

Le siége des éruptions dartreuses n'a rien de précis, sauf dans quelques variétés, telles que le psoriasis, où il acquiert, en raison de sa constance dans les mêmes régions, une haute importance. Il est rare de voir les manifestations herpétiques envahir toute la surface du corps ; il reste toujours quelque partie à découvert, et ce défaut de généralisation absolue devient un précieux moyen de diagnostic dans quelques cas embarrassants où le doute existe entre deux maladies ordinairement dissemblables, mais dont les caractères se trouvent momentanément confondus : c'est ainsi qu'on peut reconnaître d'emblée un eczéma généralisé rendu à sa période de desquamation, et le distinguer d'un pemphigus foliacé, qui siége sur toute la surface du corps.

Les démangeaisons sont encore un des phénomènes qui se lient le plus intimement à l'existence des dartres et en sont un des symptômes caractéristiques. Elles sont rarement continues, subissent des exacerbations le soir, le matin, aux changements de temps, et cette dernière condition exerce une telle influence sur certains points, que M. Bazin n'a point hésité à en faire un des caractères de ses affections arthritiques. La sensation qu'éprouve le malade varie d'un sentiment de cuisson à celui de la véritable démangeaison qui appelle le grattage et en reçoit un soulagement momentané.

Par l'excitation nerveuse et l'irritation qu'il provoque, le prurit est une des complications les plus fâcheuses des dartres ; outre le malaise, l'insomnie et les souffrances qui en résultent, il aggrave l'état local et prolonge la durée de l'affection dans les points où elle s'est déjà manifestée. Le degré et l'intensité des démangeaisons n'ont du reste rien de fixe. Ils varient beaucoup, et ces oscillations sont peut-être moins soumises à la nature élémentaire de l'éruption qu'au tempérament et à l'état général des malades affectés : chez les sujets nerveux, le prurit atteint rapidement les extrêmes limites ; chez les scrofuleux, chez les lymphatiques, chez les anémiques, la réaction est moins intense, la sensibilité plus émoussée, et la même lésion ne se

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 juin.

manifeste plus que par des démangeaisons fort supportables.

Nous ne saurions donc, à l'exemple de M. Bazin, voir dans la faiblesse ou l'intensité du prurit un caractère distinctif des éruptions dartreuses et scrofuleuses; pour nous, cette variété ne repose point sur une distinction de classes, mais uniquement sur la nature du sujet, sur son plus ou moins de susceptibilité et d'excitabilité, sur l'énergie de la réaction nerveuse, et pour tout dire, nous faisons de cette différence une question de terrain totalement indépendante de la maladie qui s'y est développée.

Il est rare que les éruptions dartreuses éveillent une réaction générale et fébrile. A l'exception de quelques cas où la manifestation cutanée s'opère avec une grande acuité, la poussée dartreuse n'imprime aucun trouble à la santé du sujet. Encore, dans cette dernière catégorie de faits, ne s'agit-il le plus souvent que d'un léger embarras gastrique, de quelques troubles fugaces des fonctions digestives dont il est aisé de débarrasser le malade; exceptons toutefois certaines manifestations de la dartre, telles que l'eczéma chronique généralisé, qui sécrètent une grande quantité de liquides dont l'abondante déperdition entraîne un épuisement rapide. Toutefois ces cas sont exceptionnels; car il est de remarque que les dartreux jouissent d'une bonne santé générale, que leurs fonctions s'exercent dans toute leur plénitude, et que parmi celles-ci les fonctions de la nutrition sont, malgré la maigreur habituelle des sujets, plutôt exagérées que diminuées.

La marche des éruptions herpétiques est chronique; rarement elles se montrent à l'état aigu, et leur durée varie ordinairement de quelques semaines à des années. Elles disparaissent pour reparaître un peu plus tard, et ce qu'il nous importe surtout de noter, c'est que malgré les ulcérations parfois assez profondes qui caractérisent certaines formes de la dartre, il ne se forme jamais de cicatrice. Nous appelons toute votre attention sur ce fait curieux, qui est un caractère pathognomonique des dartres suffisant pour trancher toute hésitation dans le diagnostic entre ces affections et les scrofulides ou les syphilides tardives; tandis que dans les éruptions qui dépendent de la scrofule, la cicatrice gaufrée, réticulée, déprimée ou saillante est une conséquence inévitable, voire même des lésions qui ont disparu sans ulcération, la guérison sans traces appréciables d'ulcérations même étendues est constante dans les affections de nature herpétique. Nous ne pouvons citer à cette loi qu'une exception: ce sont les macules pigmentaires qui succèdent à l'eczéma des jambes; encore est-il bon de remarquer que cet eczéma est presque toujours lié à des varices, qu'il prend rapidement les caractères de l'ulcère variqueux, et que, par suite, les traces auxquelles nous faisons allusion révèlent bien plutôt l'existence de l'ulcère variqueux que le passage d'un eczéma guéri.

Après une série de guérisons et de récidives, l'affection, qui à chaque rechute a revêtu des caractères de plus en plus marqués de chronicité, finit par devenir permanente; elle prend droit de domicile chez le malade, se montre réfractaire à toute médication et finit par aboutir au marasme, en raison de l'affaiblissement que produisent la déperdition permanente des sécrétions morbides exagérées, le manque de repos et de sommeil, et l'état de surexcitation constante du système nerveux.

Un dernier caractère des dartres est la transmissibilité héréditaire. Niée par les médecins qui n'ont pu les observer que dans les hôpitaux, chez des malades fort peu soigneux de leur santé, habitués à ne tenir aucun compte de leurs indispositions et à n'en garder aucun souvenir tant qu'elles n'ont point mis obstacle à leur travail, chez des sujets qui peuvent à peine faire connaître leurs propres antécédents, qui ignorent, à plus forte raison, les maladies et les infirmités des divers membres de leur famille, cette transmissibilité est admise aujourd'hui par tous ceux qui ont suivi de près leurs malades et recueilli à bonne source tous les renseignements nécessaires en pareille circonstance. Dans la majorité des cas, la transmission porte sur la même affection, et telle famille est vouée à l'eczéma comme telle autre le sera au psoriasis. Il en est de même des récidives multiples sur le même individu; une fois que l'affection s'est manifestée sous une certaine forme, elle reparait sous cette même forme, et c'est à peine si cette loi, aussi bien que celle de la transmission héréditaire, souffre quelques exceptions.

A ces caractères de l'éruption herpétique cutanée, nous en joindrons quelques autres qui compléteront nos généralités sur les dartres. En première ligne, nous ferons remarquer que le tégument externe n'est point, tant s'en faut, le siége unique de leurs manifestations. Les membranes muqueuses en sont très-souvent atteintes, et la dartre s'y développe par deux procédés: ou bien elle n'est qu'une extension de la lésion qui a son siége primitif sur la peau, et nous en trouvons de nombreux exemples dans l'ophthalmie eczémateuse des enfants, dans la propagation au gland, au vagin, au col utérin, d'éruptions dartreuses du périnée, dans les écoulements herpétiques du col, les fissures eczémateuses de l'anus, qui guérissent par la simple application de topiques, etc.; ou bien l'affection herpétique se déclare d'emblée sur les muqueuses dont la structure offre avec la peau assez d'analogies pour expliquer cette anomalie apparente. C'est ainsi qu'on rencontre souvent l'angine granuleuse herpétique, les gastralgies, et nous dirons même parfois les gastrites dartreuses, les bronchites, les catarrhes, l'asthme dartreux, etc. L'influence de la dartre sur l'origine de ces affections explique les succès nombreux qu'on a retirés de la médication arsenicale dans certaines variétés d'asthmes et de gastralgies rebelles, dont les guérisons ainsi obtenues concourent à leur tour à démontrer la nature herpétique de ces affections.

Ces lésions et ces désordres d'autre nature alternent parfois avec les manifestations cutanées de la dartre, ou se développent concurremment avec elles. Cette étude nous conduit à la discussion si importante pour le traitement et si diversement appréciée de la répercussion des dartres. Sans vouloir invoquer les arguments si nombreux apportés pour et contre cette opinion, nous dirons que de notre expérience il résulte pour nous que les lésions de la peau sont le plus souvent concomitantes avec celles des muqueuses et des viscères; que par suite il n'y a ni alternance ni aucun rapport de causalité entre ces deux ordres de phénomènes. La diathèse dartreuse, du moment où elle existe chez un sujet, agit à la fois sur toutes les parties de son organisme; elle peut donc manifester ses effets aussi bien sur les organes internes et les muqueuses que sur la peau; ces diverses lésions sont indépendantes les unes des autres, et ne reconnaissent d'autre lien que leur cause commune, le vice dartreux. Nous avons cependant vu des malades chez lesquels il était impossible de guérir la manifestation extérieure de la dartre sans voir surgir aussitôt des accidents graves du côté des muqueuses et des viscères. Ces exemples, quoique rares, sont authentiques, et c'est dans de pareils cas que nous croyons devoir respecter les manifestations cutanées, et que nous nous sommes presque toujours bien trouvé de l'application d'un exutoire à demeure.

Nous voudrions enfin appeler votre attention sur ce que nous croyons être une dernière manifestation des affections dartreuses, plus grave encore que les précédentes; c'est le *cancer*. Nous sommes loin de nier l'existence du cancer en dehors de l'herpétisme, mais tout en faisant la part des lésions cancéreuses qui n'ont rien à voir avec le vice dartreux, nous croyons, et ceci est le résultat de l'observation, que le cancer est assez souvent lié à la dartre, dépend de cette diathèse, n'en est qu'une manifestation ultime, et que par suite les dartreux sont éminemment sujets à cette affection. Ce sont les faits qui ont fait naître en nous cette opinion, et ce n'est nullement à l'appui d'une idée préconçue que nous avons collectionné des exemples. Notre pratique personnelle est riche en observations de ce genre, et la forme de ces cliniques ne nous permettant pas de vous les énumérer, nous nous bornerons à vous citer l'histoire de quatre malades de notre clientèle que nous avons eu l'occasion d'observer depuis un an. Nous vous ferons en même temps remarquer que chez eux il n'y a point eu répercussion de la dartre, mais coïncidence de la manifestation cutanée et de la manifestation viscérale.

Le premier fait se rapporte à une dame de quarante-huit ans, à laquelle nous avons donné des soins en 1858 pour un eczéma rebelle de l'oreille droite. Cette affection guérit, et en février 1860, cette dame revint me consulter pour une nouvelle éruption d'eczéma survenue à un degré léger à l'oreille et à la paupière gauches, en même temps que pour une tumeur du sein droit dont elle avait reconnu l'existence depuis quelque temps. Cette tumeur, que nous n'avons pas besoin de décrire ici, me présenta tous les caractères d'un cancer, diagnostic confirmé d'ailleurs par M. Nélaton; et, en effet, la maladie se développa rapidement; des ulcérations survinrent, des phénomènes généraux apparurent peu à peu, et la malade succomba aux progrès de l'affection cancéreuse le 8 octobre 1860.

La seconde observation se rapporte à un homme âgé de soixante-quatre ans, que je soignai en 1854 pour un eczéma très-grave, très-ancien, très-étendu des extrémités inférieures. A la suite d'un traitement par les purgatifs, les préparations arsenicales, les bains, les topiques émollients, l'eczéma guérit. En juillet 1860, le malade me fit appeler de nouveau pour une affection de l'estomac que j'ai dû rapporter à un cancer. Plus tard les symptômes se dessinèrent complétement, et le malade succomba le 14 mars 1861. Pendant cette dernière maladie, outre les symptômes propres à l'affection cancéreuse, il présenta encore une éruption eczémateuse légère aux bourses et à quelques points limités des extrémités inférieures.

Dernièrement encore, mon collègue M. A. Richard enlevait une tumeur de nature cancéreuse au sein droit d'une femme de quarante-huit ans, à laquelle j'avais donné des soins en 1858 pour un eczéma très-étendu et très-ancien du cuir chevelu et de la face. L'opération réussit, et la malade est aujourd'hui et jusqu'à présent guérie, sauf un pytiriasis léger du cuir chevelu, qui s'était développé quelque temps avant l'opération.

A ces trois faits très-positifs, je pourrais encore en joindre un quatrième. Il s'agit d'un malade traité par moi en 1856, pour un eczéma presque généralisé et qui fut guéri à la suite d'une saison aux eaux de Saint-Gervais. Il est revenu me voir il y a peu de jours, se plaignant de dyspepsie, de vomissements continuels d'aliments solides, et présentant depuis un mois, avec ces symptômes, un amaigrissement et un affaiblissement considérables. Quoiqu'il n'existe pas encore de vomissements noirs caractéristiques, ni de tumeur épigastrique, la dyspepsie, les vomissements de matières alimentaires, l'amaigrissement aussi sensible, aussi marqué, ne sont-ils pas autant de raisons de penser à l'existence d'un cancer chez un homme de soixante-quatre ans, n'ayant d'ailleurs jamais eu de troubles gastriques?

De l'ensemble de ces considérations il nous semble difficile de conclure à autre chose qu'à l'existence d'un principe morbide dont les diverses éruptions cutanées ou muqueuses ne sont que des manifestations. Ce principe, que nous nommerons indifféremment vice dartreux, diathèse dartreuse, ne peut être nié en face des récidives fatales des éruptions, en présence des faits qui prouvent l'extension de ces éruptions aux muqueuses, et surtout devant les exemples si nombreux de transmission héréditaire des maladies dartreuses. Du reste, en me servant du mot *diathèse*, je n'y attache point un sens autre que celui de disposition morbide générale en vertu de laquelle se développent chez le même individu des affections pouvant différer sous le rapport des formes, mais se ressemblant par la communauté d'origine et de nature. Je n'établis d'ailleurs aucune distinction entre les mots diathèse et maladie constitutionnelle.

HÉMORRHAGIE PUERPÉRALE INTERNE

survenue pendant le travail. Mort du fœtus. Considérations,

Par M. le docteur Émile COURANJOU.

La nommée X..., âgée de vingt ans, d'une constitution robuste, se présenta à moi le 23 décembre dernier, se disant enceinte d'environ neuf mois. Sa santé n'avait éprouvé rien de fâcheux pendant la grossesse, si ce n'est quelques vomissements qui se déclarèrent pendant les premiers mois, et des démangeaisons à la vulve, qui revenaient à des époques fixes.

Le toucher vaginal me fit reconnaître une position occipito-cotyloïdienne gauche; le col de la matrice se trouvait dévié légèrement de ce côté. La présentation favorable du fœtus me permit de promettre un accouchement normal, à moins de complications imprévues.

Le 25, à onze heures du soir, on vint me prévenir que le travail avait commencé. Je me rendis aussitôt auprès de la malade. Elle accusait une douleur des reins excessivement vive et continue, lui donnant la sensation d'un tiraillement exercé sur ces organes; la face était vultueuse, colorée; aucune position ne pouvait amoindrir cette douleur. Cette femme ne pouvait rester dans son lit; la marche était aussi très-pénible; le pli de l'aine, ainsi que la partie supérieure des cuisses, étaient le siége d'une douleur sourde; la surface de ces régions offrait un aspect violacé; le ventre était distendu et d'une dureté telle, que les pressions les plus violentes ne pouvaient le déprimer. La masse ronde formée par les fesses du fœtus, que l'on sentait parfaitement la veille, n'était plus appréciable. Le col de la matrice se trouvait légèrement dilaté (largeur d'une pièce de 1 franc); ses bords épais, résistants, ne permettaient pas la moindre dilatation. Malgré des besoins fréquents, l'urine n'arrivait que goutte à goutte. A mon arrivée, je commençai d'abord par vider la vessie; je fis faire immédiatement des onctions sur le ventre avec la pommade belladonée, après quoi je prescrivis 12 gouttes de laudanum dans une potion. Une heure après, la malade se trouvait à peu près dans le même état. Je donnai une nouvelle quantité de laudanum un peu moindre. Peu à peu les douleurs de reins devinrent moins vives, et la femme put alors supporter le séjour au lit. De larges cataplasmes furent alors appliqués sur le ventre, ainsi que des onctions de pommade belladonée sur le col de l'utérus.

Lorsque je quittai la malade, vers les trois heures du matin, elle était légèrement assoupie. La dilatation du col n'avait pas fait le moindre progrès; il était tout aussi dur qu'auparavant. A huit heures du matin, la peau était très-chaude, la langue rouge, le pouls petit, fréquent, dépressible; le ventre était moins dur. La malade me dit n'avoir plus senti remuer l'enfant depuis la veille. La tête du fœtus n'était point déplacée, mais le col était toujours dans le même état. Je prescrivis un grand bain, en recommandant à la malade d'y rester le plus longtemps possible: mes conseils furent très-bien suivis; elle y resta environ deux heures. Le ventre devint alors un peu plus souple; la douleur des reins persistait néanmoins. Un repos de quelques heures répara les forces de la malade.

Le 26 au soir, à la même heure que la veille, le travail commençait. Il s'était écoulé à différents intervalles un liquide noirâtre, d'une odeur fétide; le col de la matrice s'était un peu dilaté, ses bords étaient ramollis; les contractions de la matrice étaient lentes et peu énergiques. Des frictions sur l'abdomen avec la paume de la main les rendirent plus fréquentes. A deux heures du matin, la tête parut au couronnement; le cuir chevelu était œdémateux; je dégageai la tête en introduisant l'index de la main droite entre celle-ci et le col; le cordon ombilical, enroulé autour du cou de l'enfant, ne possédait pas la moindre pulsation; la face était violacée, les lèvres gonflées. Au moment où le fœtus exécutait un mouvement de rotation occasionné par les contractions de la matrice, j'accrochai l'épaule gauche avec mon doigt et je le tirai à moi. Un instant après, le siége sortit de l'utérus, et son expulsion fut suivie d'une quantité de sang énorme.

Après avoir pratiqué la ligature du cordon, j'introduisis la main droite dans la matrice, j'exerçai quelques tractions sur le cordon; le placenta ne céda pas. Un caillot de sang très-volumineux se trouvait dans la matrice.

Une heure après l'accouchement, le délivre n'était pas encore expulsé. Une administration de seigle ergoté m'en débarrassa au bout d'une demi-heure. Je laissai le caillot dans la cavité; vingt-quatre heures après, la matrice se trouvait vide.

Huit jours ont suffi pour faire entrer cette femme en pleine convalescence, sans autres accidents ultérieurs qu'une fièvre de lait de peu d'intensité et d'une durée très-courte.

On peut, je crois, attribuer cette hémorrhagie interne à une imprudence commise par la malade.

Le 25 décembre au matin, jour où le col était déjà un peu dilaté, cette femme, malgré les recommandations qui lui avaient été faites, voulut se laver les parties génitales avec de l'eau à peu près glacée. C'est un moyen qu'elle avait employé durant sa grossesse pour combattre des démangeaisons fréquentes et très-vives.

La mort du fœtus reconnaît, ce me semble, deux causes bien évidentes, qui toutes les deux devaient fatalement amener l'asphyxie:

1° Privation de l'hématose résultant de la compression exercée sur le placenta par le sang qui était contenu dans la matrice;

2° Tiraillement exercé sur le cordon, qui entourait le cou du fœtus, vu l'augmentation de volume de l'utérus.

La conduite à tenir vis-à-vis de la mère, dans un cas semblable, me paraît mériter quelques réflexions importantes. Au mo-

ment où l'hémorrhagie s'est déclarée, que faire? Pratiquer l'accouchement artificiel? Mais il n'était pas possible, le col n'était pas dilaté. Je me serais bien décidé à faire des incisions multiples sur le col de la matrice, ainsi que le conseille M. Paul Dubois; mais j'avoue qu'à cette époque je n'étais pas suffisamment édifié sur le peu de danger de ces incisions. Du reste, j'ai observé deux cas analogues qui se sont terminés par la mort du fœtus. J'ai cru devoir m'occuper surtout de la mère, la conservation de l'enfant ne me donnant pas des garanties suffisantes. Les opiacés laissent une bonne ressource à l'accoucheur, d'abord à cause de l'action qu'ils exercent sur le travail, et puis l'administration de ces médicaments peut être portée, en pareil cas, à des doses très-élevées. Peu préoccupé de la présence du caillot dans l'utérus, et sachant, du reste, que les contractions de la matrice persistent après l'accouchement pendant un temps assez long, surtout lorsqu'il reste encore un corps étranger à expulser, j'ai préféré le laisser au sein de la cavité, parce que sa présence pouvait empêcher une nouvelle hémorrhagie chez une femme sujette à de pareils accidents.

DU CHLOROFORME A L'INTÉRIEUR contre les fièvres intermittentes.

Par M. Ramon-Alienza.

Ce traitement a été préconisé en Espagne dès 1857 par MM. Poblacion et Maestre. Le rapport des fièvres intermittentes, qui est ordinairement dans cette péninsule de 50, 60, 70, 80 même sur 100 avec les autres maladies, le choléra excepté, s'étant encore élevé de 1857 à 1859, le spécifique devint rare, manqua parfois ou fut adultéré, et les pauvres souvent ne purent s'en procurer. Je fus ainsi conduit à employer l'acide arsénieux, selon la méthode de M. Boudin; mais l'irritation gastro-intestinale, la dépression des forces, la décoloration anémique qu'il produisait dans presque tous les cas, ainsi que la réapparition des accès, me le firent bientôt abandonner. J'expérimentai alors le chloroforme, selon les indications de M. Poblacion, sur plus de 160 malades de tout âge, à partir de six ans, des deux sexes et de divers tempéraments, mais surtout chez les sujets nerveux qui avaient déjà eu un, deux, trois accès ou plus de fièvre intermittente quotidienne, tierce, quarte ou à double type. Après l'administration d'un émétique ou d'un cathartique, selon l'indication, ils prenaient toutes les deux heures, à partir du commencement de l'accès, une cuillerée d'une solution de deux scrupules (2,60) dans 60 grammes d'eau, avec addition parfois de 15 grammes de sirop de pavot. A défaut de pouvoir citer toutes ces observations particulières que j'ai recueillies, voici le tableau synthétique des effets que j'ai observés.

Dès la première cuillerée, le malade éprouvait aussitôt une sensation d'ardeur dans l'estomac et une intensité moindre des symptômes les plus douloureux. Un soulagement plus sensible se manifestait après l'ingestion de la seconde, et ainsi successivement, au point que chez la plupart des malades l'accès était réduit à la moitié, au tiers du temps de sa durée primitive, et que l'on voyait se calmer tous les symptômes douloureux : articulaires, cérébraux, gastralgiques, tension dans les hypochondres, lombago, vomissements, éréthisme nerveux, etc.

Jusqu'ici j'avais dû souvent rester simple spectateur de ces symptômes douloureux et parfois même alarmants, qui accompagnent ces fièvres chez les sujets nerveux, les médications antispasmodique, narcotique, dérivative, antiphlogistique, étant rarement applicables, comme le savent tous les praticiens, soit à cause des contre-indications ou de leur inefficacité. Aujourd'hui j'ai trouvé dans le chloroforme un moyen très-précieux, bénin, innocent, qui mitige et fait disparaître tous ces symptômes concomitants et fait passer rapidement et sans danger les malades à l'état de calme et d'apyrexie.

Ce n'est pas à dire que le chloroforme guérisse la fièvre intermittente, et je confesse humblement que je n'ai pas été aussi heureux que MM. Poblacion et Maestre, qui ont réussi, dans presque tous les cas, à couper définitivement les accès avec cet unique moyen.

Soit que les cas fussent plus rebelles ou par toute autre cause, j'eus à peine quinze cas de guérison sans employer d'autre moyen, bien que chez plusieurs malades j'aie insisté à répéter la dose, et que je me sois guidé pour l'administrer sur les indications du docteur Maestre, en ajoutant 2 grammes environ et en donnant le tout dans 60 grammes de sirop simple, aux heures fixées par lui. De plus j'ai mis tous mes soins, de concert avec le pharmacien, pour avoir ce médicament aussi pur que possible; les flacons restaient bouchés hermétiquement à l'émeri. Mais, malgré toutes ces précautions, les accès, quoique modifiés, revenaient avec persistance, et ils reprenaient leur première intensité dès que les malades cessaient la potion chloroformique.

Je me suis convaincu plusieurs fois que c'était là tout le bien qu'on peut espérer du chloroforme : fort appréciable, puisqu'aucun autre moyen n'avait donné, dans ce cas, des résultats aussi favorables. Cependant, quand au second ou troisième accès j'avais fait prendre une, deux ou plus de la solution chloroformique, c'est-à-dire de 2 à 4 grammes du médicament, j'ai noté qu'en administrant ensuite le sulfate de quinine, la fièvre cédait alors plus facilement et à des doses moindres que chez les malades qui n'avaient pas fait usage du chloroforme; les récidives étaient aussi moins fréquentes, et jamais je n'ai observé d'accident. Pour toutes ces raisons, j'ai adopté ce traitement mixte.

A l'appui de ces assertions, voici un fait :

Le 10 août 1858, Jean N..., cinquante-quatre ans, nervoso-sanguin, fabricant de corbeilles, ayant éprouvé antérieurement plusieurs accès de fièvre intermittente tenace, et résistant trois mois et plus à l'usage de la quinine, fut pris soudainement d'accidents très-graves depuis dix heures du matin jusqu'au soir. Étant venu à San-Esteban le lendemain pour le mariage de sa fille, il fut repris le 12 des mêmes accidents qu'il avait déjà éprouvés. Je le trouvai dans le décubitus latéral gauche, la face profondément décomposée; vives douleurs dans le ventre, voix faible, éteinte; vomissements, selles séreuses, jaunâtres; peau froide; pouls contracté et presque imperceptible. Je prescrivis immédiatement 4 grammes de chloroforme dans 60 grammes d'eau, 20 gouttes de laudanum et 30 grammes de sirop de coings, à prendre par cuillerées toutes les dix minutes. Une heure et demie après, amélioration notable, que le malade désirait rendre encore plus complète en demandant avec instance sa potion qui soulageait, disait-il, ses douleurs de ventre. Les vomissements cessèrent ensuite. Quatre heures après il n'existait plus que l'abattement consécutif et inséparable d'un pareil accès. Ayant diagnostiqué une fièvre tierce pernicieuse cholériforme, je fis prendre en quatre fois dans l'après-midi 1,30 de sulfate de quinine en solution. Il n'y eut aucun accès subséquent, et aujourd'hui, 11 décembre 1860, N... n'a rien éprouvé de nouveau.

Il est évident, par cet exemple, que c'est principalement le chloroforme qui a abrégé l'accès, lequel avait eu une durée quadruple l'avant-veille. On ne peut attribuer ce pouvoir aux révulsifs employés. (*Union médicale.*)

DE L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM en thérapeutique.

Par M. le docteur Ch. Lamarque.

Personne ne songe plus à nier aujourd'hui les résultats si recommandables auxquels conduit en thérapeutique l'usage de l'iodure de potassium, mais il restait encore à combler une lacune dans son mode d'administration. On sait combien d'essais infructueux ont été tentés dans ce sens depuis une dizaine d'années. Les préparations iodées en général et l'iodure de potassium en particulier, exercent en effet une action topique irritante, et ces agents excitants et substituteurs, lorsqu'ils sont ingérés seuls dans l'estomac ou mis en contact avec une membrane muqueuse, provoquent une inflammation locale. Le problème à résoudre était donc toujours le suivant : éviter le retentissement pénible du médicament sur tout le tube digestif.

Partant de ce grand principe qui domine la thérapeutique tout entière : *Medicamenta non agunt nisi digesta*, un pharmacien de Paris, M. Gagnière, a imaginé une préparation à la fois active, inoffensive et agréable. Il a composé des biscuits renfermant une quantité déterminée d'iodure de potassium, lequel demeure dans un état absolu d'inaltérabilité. Le médicament ainsi administré est divisé à l'infini, intimement mêlé à l'économie, et il subit avec l'aliment qui lui sert de véhicule toutes les phases du travail de la digestion.

Maintenant, quels sont les cas pathologiques qui réclament impérieusement l'intervention des biscuits iodurés?

Ce sont, comme on sait, indépendamment du goitre et de la scrofule, toutes les affections syphilitiques. Depuis les belles recherches et expériences de Wallace (de Dublin) sur les effets de ce médicament dans son application aux cas les plus simples comme aux plus invétérés, tous les syphiliographes ont proclamé son efficacité constante et décisive. L'iodure de potassium est placé par eux au même rang que le mercure. M. Ricord le regarde même comme le spécifique des accidents tertiaires.

S'il nous est permis de nous citer nous-même, après tant de confrères distingués, qui préconisent chaque jour son application, nous dirons que nous avons administré les biscuits à l'iodure de potassium à des enfants débiles, lymphatiques, ou portant des stigmates irréeusables de syphilis constitutionnelle, et nous avons été la plupart du temps assez heureux pour réussir complétement. Deux fois même c'est à la nourrice que nous avons fait prendre le médicament; l'effet n'en a pas été produit très-rapidement sur l'enfant.

Nous mentionnerons aussi les affections de la peau, telles que teignes et dartres, et nous rappellerons que M. Gendrin se loue beaucoup de l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de la goutte. Il affirme même que dans un grand nombre de cas il fait disparaître en quelques jours les plus vives douleurs de l'accès aigu.

Toutes les préparations pharmaceutiques dont l'iodure de potassium est la base, offrent le double inconvénient d'avoir une saveur désagréable et d'être trop promptement éliminées par les urines; les biscuits de M. Gagnière, au contraire, permettent l'administration d'un médicament précieux chez les enfants et les malades qui ne peuvent supporter la saveur de l'iodure de potassium, dont les indications fourmillent dans la pratique de notre art.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 juillet 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Czernichowsky, sur une épidémie variolique qui a régné récemment dans le canton d'Auneau (Eure-et-Loir) (commission des épidémies);

2° Les rapports sur les eaux minérales de Saint-Amand (Nord), par M. le docteur Marbotin; d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur Génieys; et sur les bains de mer de Dieppe, par M. le docteur Dutrouleau (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° La copie d'un rapport judiciaire de MM. Nivet et Giraud (de Clermont) sur une affaire d'empoisonnement par une substance contenant de la vératrine. (Commissaires : MM. Lecanu, Boudet et Devergie.)

2° Deux observations sur l'action cicatrisante et détersive de l'acide carbonique, recueillies dans le service de M. Demarquay, et communiquées par M. Warker. (Commissaires : MM. Gavarret, Laugier et Robert).

3° Une lettre de M. Gobley, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section de pharmacie.

4° Une lettre de M. Marin, médecin à Mollans (Drôme), relative à la médecine cantonale.

5° MM. Robert et Collin soumettent au jugement de l'Académie un instrument qui leur semble avoir sur ceux employés jusqu'à ce jour pour briser la pierre dans la vessie, les avantages suivants :

1° Il peut être désobstrué complétement;

2° Son introduction dans les voies urinaires est rendue plus facile à cause de sa courbure moins brusque que celle des autres lithoclastes;

Et 3° il a une plus grande solidité par la disposition inverse de l'épaisseur des parois de la branche femelle, permettant de donner plus de force à la branche mâle.

La figure supérieure T représente l'ancienne disposition; la figure supérieure T représente la coupe de l'instrument modifié.

Les cuillers étant trouées en différents points sont autant de porte-à-faux, comblés par des dents en forme de coins A A; les fragments de pierre reposant sur les parties ouvertes et pressés par les dents, sont morcelés et réduits en une poudre qui devient plus ténue, et est enfin totalement expulsée à mesure que les dents entrent dans les ouvertures des cuillers et les remplissent. Ainsi désobstrué, l'instrument peut être retiré sans augmentation de volume, et il est inoffensif pour l'urèthre.

Deux ouvertures FF sont creusées dans la cuiller de la branche femelle; à chacune de ces ouvertures correspond une dent placée sur la cuiller opposée, de sorte que les mors étant rapprochés, les trous sont comblés par les dents.

La pratique a déjà fait voir les avantages de cette combinaison. M. Phillips s'en est servi pour briser une pierre d'acide urique très-dure, ayant 7 centimètres et demi de diamètre, et qui n'a pu être brisée qu'à l'aide du marteau; le malade, âgé de soixante-neuf ans, a été débarrassé de sa pierre en onze séances, dont la plus longue n'a pas duré trois minutes. Enfin, MM. Robert et Collin croient que la vérification de ce qu'ils avancent est facile à faire en plaçant un morceau d'une même pierre entre les mors de l'écrou brisé généralement employé et entre les cuillers de leur instrument. On verra que le premier ne peut jamais être complétement désengoué, et que le second se débarrasse de toute espèce de détritus. (Commissaire, M. Ségalas.)

État sanitaire de Saigon. — M. Michel Lévy communique l'extrait d'une lettre de M. Castano, médecin en chef du corps expéditionnaire de Chine, sur l'état sanitaire de Saigon (Cochinchine).

Le choléra, dit M. Castano, se montre ici sous la forme de fièvre avec accès pernicieux, cholériforme, qui cèdent à l'action de la quinine à haute dose, et à celle de l'éther. La dyssenterie jusqu'à ce jour a donné le plus grand nombre de morts. L'affection la plus commune est la syphilis, qui augmente de jour en jour. Parmi les maladies les plus curieuses, il faut citer les coliques sèches. M. Lefèvre est parfaitement dans le vrai quand il décrit les coliques qu'il a observées et qui ne sont que le résultat de l'intoxication saturnine provoquée à bord des navires. Les escadres anglaises n'ont pas eu un seul de ces cas, car à leur bord les ustensiles de fer et de cuivre remplacent ceux de plomb, naguère si communs sur nos navires de guerre. Mais je me range à l'opinion de M. Dutrouleau, depuis que j'ai pu observer les cas rares qui se sont développés sous nos yeux en Cochinchine. Par colique sèche des pays intertropicaux, il faut entendre des contractions spasmodiques des muscles abdominaux et des fibres de la tunique musculaire des intestins. La constipation est une des conséquences de ces contractions spasmodiques. Contre cette maladie, il faut employer les calmants et s'abstenir des purgatifs, qui sont dangereux.

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. Boudet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit un rapport sur l'huile de foie de morue blanche, fabriquée à l'établissement français de Saint-Pierre et Miquelon par M. Riche, armateur à Saint-Malo. Cette huile est d'une blancheur qui peut soutenir la comparaison avec celle des plus beaux produits du commerce. Sa saveur est très-douce, et elle est sans action sur le papier blanc de tournesol.

La commission, considérant les résultats satisfaisants des expériences auxquelles elle a soumis les produits présentés par M. Riche, et ses efforts pour doter notre colonie de Saint-Pierre d'une industrie nouvelle et affranchir notre commerce du tribut onéreux qu'il a payé jusqu'ici à l'étranger, propose à l'Académie de répondre à M. le ministre de l'agriculture et du commerce et à M. le ministre de la marine, que les huiles de foie de morue provenant de l'usine de M. Ri-

che sont pures et bien préparées, et que leur excellente qualité et leur origine française les recommandent à la bienveillante protection du gouvernement et à la confiance des médecins. (Adopté.)

M. Boudet lit ensuite une série d'autres rapports dont les conclusions négatives sont successivement adoptées.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la morve. La parole est à M. Bouley.

Suite de la discussion sur la morve.

(Nous rétablissons le sens de la première partie de l'argumentation de M. Bouley.)

M. H. BOULEY. Il y a un principe unique, un virus morveux, qui est un et donne lieu à des manifestations diverses auxquelles on donne des noms différents, bien que leur origine soit unique et toujours la même. Ces manifestations sont les unes simples et bénignes en apparence, les autres graves et malignes. Il y a des chevaux qui, alors même qu'ils ont la morve chronique, ne paraissent aucunement malades, et ont toutes les apparences de la plus parfaite santé. Le cheval est familier en quelque sorte avec la morve, l'engendre, et peut vivre longtemps avec elle. Il vit, et il n'en porte pas moins avec lui et en lui des lésions d'une haute gravité : c'est tantôt une glande, un flux, tantôt quelques petites ulcérations difficiles à constater.

Si on voulait juger de la gravité de la maladie par ses manifestations seulement, on serait très-souvent conduit à porter un pronostic très-rassurant ; mais ouvrez le cheval, et vous trouverez des lésions graves dans les sinus et les cornets nasaux, et des tubercules et des abcès dans les poumons. Il peut donc n'y avoir aucune corrélation entre les symptômes extérieurs et les lésions viscérales. Ceci a une importance considérable, car il y va souvent de mort d'homme. Il faut donc se méfier des apparences dans la morve. M. Guérin, en posant la question à laquelle je cherche à répondre en ce moment, a prouvé qu'il ne connaissait pas bien la morve, et cela me donne à penser que notre collègue a pu se tromper plus d'une fois quand il a cru observer la morve chez le cheval, et surtout lorsqu'il affirme avoir vu guérir des chevaux présentant les trois symptômes essentiels de cette affection, le jetage, le glandage et le chancrage. Dans l'immense majorité des cas une pareille morve est mortelle, et je me défie des guérisseurs qui annoncent de si beaux succès.

Aujourd'hui même, on fait grand bruit à Turin d'un remède soi-disant infaillible contre la morve : c'est l'arsénite de strychnine. Cependant ces guérisseurs avouent qu'ils ne triomphent de la morve qu'au début ; mais je leur demanderai ce qu'ils entendent par *début* de la morve. Ce début est tellement obscur qu'il est impossible à caractériser. Je crains que la morve qu'ils guérissent ne soit une morve de fantaisie, une morve imaginaire et inventée pour les besoins de la cause.

M. Tardieu a dit que souvent le farcin chez l'homme procède d'une morve très-grave et très-aiguë chez le cheval. Je ne le conteste pas, mais je sais aussi par expérience que l'inoculation est loin d'être toujours bénigne.

En 1859, je ne croyais pas à la contagion de la morve, et je riais fort de M. Rayer, qui venait étudier cette maladie à Alfort avec un télescope. Je fus victime de mon incrédulité ; j'eus la morve pour m'être piqué en faisant l'autopsie d'un cheval morveux. Je guéris en mangeant des biftecks, des côtelettes, en buvant d'excellent vin et en me promenant au grand air. Je ne voudrais donc pas que M. Tardieu attribuât trop d'efficacité aux eaux de Baréges, où je ne suis jamais allé.

M. Tardieu a parlé de l'influence de la cohabitation de l'homme avec des chevaux morveux, et il a dit que cette cohabitation présentait souvent plus de dangers encore que l'inoculation. Cela est très-possible, mais sans doute dans le cas spécial où, par suite des fatigues auxquelles les chevaux continuent d'être soumis, les phénomènes de la morve aiguë viennent s'ajouter chez eux aux accidents de la morve chronique.

(M. Bouley en était resté là mardi dernier de son argumentation. Il l'a reprise aujourd'hui à peu près dans les termes suivants.)

Avant de reprendre mon sujet où je l'ai laissé, je tiens, Messieurs, à donner à un de mes honorables collègues, qui a paru mal interpréter quelques-unes de mes paroles, des explications qui, j'espère, le satisferont.

Lorsque M. Guérin, pour qui j'ai la plus grande estime, m'a entendu dire que j'ajoutais peu de foi aux succès des guérisseurs de la morve, lui qui a guéri ou vu guérir un grand nombre de chevaux morveux, a pu se formaliser de mon incrédulité. Il a pu s'en formaliser d'autant mieux qu'un de ses collaborateurs m'a fait appeler ces guérisseurs des *charlatans*, mot que je n'ai point employé. Parmi les hommes qui ont cru avoir trouvé le moyen de guérir la morve, il y a notamment deux médecins italiens très-recommandables, et pour ceux-là aussi je regretterais profondément de m'être servi d'un mot pareil. Ils ont été le jouet d'illusions, voilà tout leur tort. M. Guérin, devant le savoir duquel je suis prêt à m'incliner, quand il s'agit de la médecine qu'il pratique avec tant de distinction, me permettra bien de soupçonner qu'il ait pu commettre en hippiatrique quelques erreurs de diagnostic.

Si M. Guérin avait été plus familier avec la médecine vétérinaire, il n'aurait pas cru, par exemple, qu'il avait, lui le premier, trouvé que la morve et le farcin sont deux affections dérivant d'un principe unique. Il saurait que la parenté de ces deux maladies a été reconnue presque de tout temps.

Pour établir la curabilité de la morve, M. Guérin s'est fondé sur les degrés très-divers que peut présenter cette maladie, degrés qui peuvent varier de 1 à 100, sans qu'on puisse contester l'existence de la maladie.

La variole, a-t-il dit, qui ne fait naître que quelques pustules, est tout aussi bien une variole que celle qui couvre de ces pustules le corps tout entier.

Le choléra qui ne détermine que quelques selles et quelques vomissements, n'est pas, quant à l'espèce morbide, une maladie autre que le choléra qui épuise un malade et le tue en quelques heures. Et cependant quelle différence entre les degrés divers de la variole et du choléra ! Il en est de même de la morve. Curable quand elle est réduite à sa plus simple expression symptomatique, elle n'est fatalement mortelle que quand elle se présente avec des lésions graves et multiples.

A cette théorie, Messieurs, je puis répondre par des faits d'observation qui la renversent. Les vétérinaires ont sur les études cliniques un avantage que n'ont pas les médecins, et dont les médecins ne sont pas jaloux ; c'est qu'ils peuvent, en tuant leurs malades, surprendre à un moment donné toutes les manifestations anatomiques des maladies. Ils peuvent faire ainsi une anatomie pathologique bien préférable à celle qui n'étudie les lésions qu'obscurcies par des complications accidentelles ou par les altérations ultimes qui ont amené la mort.

C'est en abattant des chevaux qui ne présentaient comme symptôme de morve qu'une simple pustule à la face interne de l'aile du nez qu'on a vu que ces animaux, que M. Guérin n'aurait pas manqué de trouver très-peu malades, présentaient des lésions profondes très-nombreuses et très-graves. Et cependant ces chevaux travaillaient encore, ils paraissaient vigoureux et bien portants. Il n'y a presque pas de jour où des autopsies faites dans des conditions semblables ne donnent les mêmes résultats. C'est presque un jeu pour les élèves d'Alfort, des qu'ils ont vu aux ailes du nez cette pustule caractéristique, de diagnostiquer les abcès métastatiques, qu'ils ne manquent jamais de trouver dans les poumons ou dans les autres viscères. Les faits prouvent donc qu'il est impossible d'établir les degrés de la maladie d'après ses manifestations extérieures. On peut même dire que quand la morve apparaît au dehors, elle a déjà eu le temps de faire des ravages au dedans.

Il est très-vrai que la morve chronique permet à un cheval de vivre plusieurs années avec les apparences de la santé. Pendant que certaines lésions se réparent, d'autres se produisent ; mais une crise de morve aiguë peut survenir tout à coup et faire périr le malade, car il ne faut pas oublier que la morve aiguë et la morve chronique ne sont pas incompatibles et qu'elles coexistent au contraire très-fréquemment.

M. Bouley, examinant ensuite l'étiologie de la morve, établit que c'est l'excès du travail qui fait les chevaux morveux. A l'époque où l'on a construit les fortifications de Paris, la morve fit de nombreux ravages parmi les chevaux occupés à ces travaux, mais elle sévit surtout sur les animaux appartenant à de petits propriétaires qui les surmenaient. Il en a été de même pour les chevaux des omnibus, à l'époque où ces voitures appartenaient à des maîtres très-diversement riches et dont quelques-uns surchargeaient leurs animaux de travail. A travail égal, ce sont les animaux les plus mal nourris qui deviennent le plus aisément morveux.

La morve, continue M. Bouley, consiste très-certainement dans une altération particulière du sang et de la lymphe. Qu'est-ce que cette altération ? C'est ce qu'il est très-difficile de dire. On sait que le sang qui arrive rouge dans un muscle en sort noir quand ce muscle s'est contracté. Que tout le système musculaire se contracte à la fois, énergiquement et pendant longtemps, il en résultera certainement une modification dans la composition du sang.

Dans un muscle qu'on a électrisé jusqu'à épuisement, la chimie fait découvrir une oxydation extrêmement puissante de la fibrine musculaire. La morve ne serait-elle donc pas une maladie produite par une hyper-oxydation musculaire et par une sorte d'empoisonnement du sang par ces produits d'oxydation ?

Je m'arrête ici, Messieurs, car je touche aux régions nuageuses de l'hypothèse, dans lesquelles je me garderais bien de m'aventurer. Je me hâte de faire ressortir la conclusion pratique de ce que nous savons sur la morve. C'est qu'il faut abattre sans pitié tous les chevaux qui présentent le moindre symptôme de la morve ; car la morve est contagieuse et incurable, et la lésion extérieure la plus insignifiante en apparence est l'indice d'altérations viscérales graves et mortelles.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 29 juin, M. Buignet, docteur ès sciences physiques, agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, a été nommé professeur adjoint de physique à ladite Ecole, en remplacement de M. Robiquet, décédé.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, M. Lereboulet, professeur de zoologie et physiologie animale à la Faculté des sciences de Strasbourg, a été nommé doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Daubrée, appelé à d'autres fonctions.

— M. Alquié, médecin inspecteur des eaux de Vichy, a été nommé membre du conseil général de la Haute-Garonne pour le canton de Montrejeau.

— Un concours pour la nomination de douze élèves internes dans les hôpitaux de Lyon s'ouvrira le lundi 28 octobre prochain, à huit heures du matin, à l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Les élèves de toutes les Ecoles préparatoires seront admis à concourir s'ils sont pourvus de douze inscriptions au moins d'une de ces écoles.

Les élèves internes titulaires, nommés pour trois ans, sont logés et nourris dans l'hospice auquel ils sont attachés ; ils reçoivent en outre, à titre de traitement annuel, savoir : à l'Hôtel-Dieu, à l'hôpital de la Croix-Rousse, à la Charité et à l'Antiquaille, 260 fr. ; au Perron, 400 fr.

Une belle collection de la *Gazette* depuis son origine (1828), reliée, et les années 1834, 1835, 1836, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1850, 1855, sont à vendre au bureau du journal.

De l'Exploration de la rétine et des altérations de cette membrane visibles à l'ophthalmoscope, par M. S. J. METAXAS, D.-M.-P. Prix : 6 fr. 50, fig. col. — Paris, 1861, chez Leclerc (Louis), rue de l'Ecole-de-Medecine, 14.

Nosographie clinique de l'affection catarrhale, par M. J. FUSTER, professeur de clinique médicale à la Faculté de Montpellier, médecin en chef de l'hospice civil et militaire. Un vol. in-8°. — Montpellier, 1861, chez Gras.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 79. — SAMEDI 6 JUILLET 186 | (34e ANNÉE.) | N° 79. — SAMEDI 6 JUILLET 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3.000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7.000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De quelques altérations de la rétine diagnostiquées à l'aide de l'ophthalmoscope.

Nous avons fait assister nos lecteurs à l'origine et aux développements des recherches ophthalmoscopiques auxquelles la pathologie oculaire a été, depuis peu d'années, redevable de progrès si remarquables, et qui sont loin sans doute d'avoir donné leur dernier mot. Récemment encore nous avons mis sous leurs yeux un relevé statistique de la clinique de M. Desmarres pendant les quatre premiers mois de cette année; elle portait sur un chiffre de 1,762 malades, dont 243 sujets atteints de maladies profondes de l'œil qui ne pouvaient être appréciées qu'avec l'ophthalmoscope. M. le docteur Métaxas vient de réunir dans une excellente dissertation inaugurale les résultats de longues et nombreuses études ophthalmoscopiques qu'il a faites en Angleterre, en Allemagne et en France, sur les altérations de la rétine.

Nous emprunterons à ce remarquable travail l'énoncé de quelques-uns des faits pathologiques nouveaux que ce précieux moyen d'exploration a plus particulièrement mis en lumière, et qui résultent pour la plupart d'observations recueillies dans les cliniques spéciales d'ophthalmologie, dans plusieurs services des hôpitaux de Paris, et notamment dans ceux de M. Follin, à l'hôpital Necker et à Bicêtre.

Le premier groupe de faits que M. Métaxas passe en revue est relatif aux altérations du système circulatoire de la rétine, comprenant le pouls veineux, signalé pour la première fois par M. Helmholtz, la turgescence, l'état filiforme et l'oblitération des vaisseaux.

Lorsqu'on examine la rétine à l'ophthalmoscope, et qu'on regarde avec attention les vaisseaux de la papille, dit M. Métaxas, on observe chez certains individus que les veines se gonflent et se dégonflent alternativement dans une portion très-limitée de leur trajet papillaire : ce sont ces mouvements alternatifs que l'on a désignés sous le nom de pouls veineux.

Lorsqu'on veut produire ce phénomène, on presse légèrement du doigt le globe oculaire, et voici ce que l'on peut voir : si la veine centrale pénètre par le milieu de la papille, on distingue assez bien les mouvements de gonflement et de dégonflement ; si elle émane de la périphérie de la papille, on la voit se remplir et se vider non-seulement sur sa portion papillaire, mais aussi sur la rétine, et jusqu'à 2 ou 3 millimètres de la circonférence de la papille.

Le pouls veineux se rencontre à l'état physiologique chez les individus dont la circulation est accélérée par une cause quelconque. — A l'état pathologique et indépendamment de toute pression expérimentale, on observe le pouls veineux ; il joue un grand rôle dans le glaucome; on le rencontre encore chez des individus atteints d'une affection du cœur.

La turgescence des vaisseaux est une des altérations les plus fréquentes du système circulatoire de la rétine ; elle est caractérisée par une plénitude plus grande des vaisseaux et une augmentation de leur calibre, principalement de celui des veines. Cette affection se rencontre très-souvent dans les congestions ou hyperémies de la rétine, dans les choroïdites congestives, dans les inflammations plus ou moins intenses des membranes externes de l'œil. M. Métaxas a eu plusieurs fois l'occasion de l'observer à l'infirmerie de Bicêtre, chez des individus atteints de congestions cérébrales : lorsque cette congestion cédait à l'influence du traitement, on voyait la turgescence vasculaire se résoudre simultanément.

M. Métaxas signale une variété assez remarquable de cette turgescence qu'il a eu l'occasion d'observer. On voit quelquefois, dit-il, à la suite d'un engorgement considérable, les veines s'infléchir sur elles-mêmes et présenter une disposition sinueuse, semblable à celle qu'on observe sur les veines affectées de varices. Cet état variqueux des veines de la rétine ne se traduit par aucun trouble de la vue, lorsqu'il n'est pas accompagné de quelque autre altération. M. Métaxas a eu quelquefois l'occasion de voir cette disposition variqueuse sur des personnes qui ne présentaient pas le moindre trouble du côté de la vision.

De même que sous l'influence de causes diverses, le système circulatoire est susceptible d'éprouver une augmentation, de même dans d'autres circonstances il peut subir une diminution de volume; on voit alors les vaisseaux s'atrophier, s'amincir et devenir filiformes. Dans ces cas non-seulement les vaisseaux des deux ordres ont un calibre plus petit qu'à l'état normal, mais on ne reconnaît plus les artères des veines, celles-ci ayant perdu leur supériorité relative de volume sur les artères.

On observe assez souvent cette altération chez les individus atteints d'amaurose cérébrale ou intra-oculaire, quelle que soit d'ailleurs la cause qui l'ait produite; elle accompagne également diverses altérations des membranes de l'œil : la rétinite pigmentaire, l'amaurose albuminurique, l'apoplexie de la rétine, l'atrophie de la rétine, etc. Le trouble de la vision est plus ou moins complet; il est en rapport avec l'étendue de la lésion.

A un degré plus avancé, les mêmes maladies qui produisent l'amincissement filiforme des vaisseaux peuvent en produire l'oblitération complète. Cette lésion se rencontre plutôt dans les artères que dans les veines, et c'est principalement dans les amauroses anciennes, complètes ou incomplètes, intra-oculaires ou cérébrales, qu'on les observe le plus souvent. L'ophthalmoscope montre sur la papille et la rétine une ou plusieurs artères oblitérées; tantôt l'oblitération règne sur tout le trajet du vaisseau. M. Métaxas a plusieurs fois constaté cet état chez des malades de Bicêtre atteints d'amaurose extra-oculaire. Dans le service de M. Follin, à l'hôpital Necker, il a vu parfaitement chez un enfant de douze ans l'artère complétement vide dans tout son trajet.

L'une des séries de faits les plus intéressantes que renferme ce travail est celle qui est relative à la rétinite syphilitique. L'ophthalmoscope a montré tantôt sur la choroïde, tantôt sur la rétine, des produits plastiques d'origine syphilitique, et M. Follin pense que la choroïdite exsudative syphilitique n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire. M. Métaxas va même jusqu'à penser, d'après les faits qu'il a eu l'occasion d'observer, que la plus grande partie des altérations de la vue ont pour origine des lésions de cette membrane.

Voici un exemple remarquable de rétinite aiguë spécifique qui s'est présenté l'année dernière au dispensaire de M. Chassaignac :

Un homme de vingt-huit ans se présente à la consultation, se plaignant d'une photophobie très-prononcée. Il avait eu, huit mois auparavant, un chancre sur le gland avec deux bubons suppurés, pour lesquels il avait subi un traitement mercuriel. Six mois après, il avait commencé à éprouver de la courbature, des maux de tête, accompagnés d'une excessive sensibilité des yeux à la fatigue. Bientôt la lumière devint de plus en plus insupportable, et pour la fuir le malade recherchait les endroits les plus obscurs. Ses yeux ne présentaient extérieurement rien de pathologique, ni rougeur ni gonflement ; la pupille se contractait bien. Sur l'invitation de M. Métaxas, le malade est examiné à l'ophthalmoscope, qui fait voir très-distinctement une vive rougeur de la rétine ainsi que de la papille, et une augmentation considérable du nombre des vaisseaux. On constate en même temps l'existence d'une syphilide papuleuse bien caractérisée.

Ce malade, entré le lendemain dans le service de M. Chassaignac, à l'hôpital Lariboisière, y fut soumis à un nouveau traitement antisyphilitique très-énergique : pilules de Sédillot ; bains de sublimé, etc. Au bout de trois semaines de traitement la rétinite et les papules avaient disparu, et le malade quittait l'hôpital. Examinée à l'ophthalmoscope, la rétine ne présentait alors aucune des altérations reconnues un mois auparavant.

C'est là un exemple de rétinite syphilitique aiguë primitive, fait rare et qui a été même contesté, la rétinite étant considérée comme toujours consécutive à des altérations de voisinage, mais qu'il n'est plus possible de nier en présence de cette observation.

Plusieurs fois M. Métaxas a eu l'occasion d'examiner des individus affectés de syphilis constitutionnelle qui se plaignaient d'une diminution progressive, quelquefois subite, de leur vue; leurs yeux ne présentaient extérieurement rien d'anormal, rien qui pût faire soupçonner une altération spécifique de la membrane sensitive. L'ophthalmoscope montrait les milieux de l'œil parfaitement transparents; mais, en éclairant la papille, on la voyait confusément au travers d'un nuage plus ou moins épais, d'une couleur jaunâtre ou d'un jaune gris; le nuage s'étendait vers l'*ora serrata*, où il devenait moins épais et prenait une couleur grise; les vaisseaux de la papille étaient tantôt engorgés, tantôt amincis. Ce nuage, qui n'est autre chose qu'un exsudat syphilitique, se rencontre non-seulement chez des sujets qui portent des signes d'une diathèse syphilitique, mais aussi chez des personnes qui ont contracté un chancre à une époque éloignée et se croient parfaitement guéries. Une fois seulement il a eu l'occasion d'observer l'existence de flocons mobiles dans le corps vitré signalés par M. le docteur Bader.

La connaissance de ces exsudats syphilitiques, reconnus aujourd'hui très-communs et qui étaient presque toujours méconnus avant la découverte de M. Helmholtz, rend beaucoup moins grave le pronostic de certaines amblyopies, qu'un traitement spécifique peut faire disparaître, alors qu'abandonnées à elles-mêmes elles étaient souvent incurables.

Dans tous les cas où l'on observe ces exsudats, dit M. Métaxas, la papille et la portion avoisinante de la rétine sont troubles, mais l'altération ne siége pas toujours au même endroit. On vient de voir que les taches peuvent occuper quelquefois le corps vitré; mais le plus souvent elles sont placées derrière la rétine; leur siége de prédilection, trois fois sur quatre selon M. de Græfe, est la portion de la choroïde qui entoure la papille du nerf optique.

Nous étendrions démesurément cet article si nous voulions exposer toutes les applications diagnostiques de l'ophthalmoscopie, que renferme l'intéressant travail de M. Métaxas, et faire connaître toutes les lésions que ce mode d'exploration a révélées. Nous ne pourrons nous dispenser cependant d'entrer dans quelques détails sur quelques-unes de ces lésions les plus communes et les plus importantes, telles que la congestion et l'apoplexie rétinienne et l'amblyopie albuminurique. Ce sera l'objet d'un deuxième article.

Pyothorax compliqué d'hydropéricarde; thoracocentèse; introduction d'air dans la cavité pleurale; guérison.

Avant de transcrire l'observation que MM. les docteurs Bergeret (de Saint-Léger-sur-Dheure) et Bidault (de Conches) ont bien voulu nous communiquer sous ce titre, nous rappellerons l'histoire d'un malade du service de M. le professeur Trousseau, histoire qui éclairera la discussion d'un fait important qui ressort de ces deux observations et que nous examinerons avec nos savants confrères.

Le nommé F..., charretier, était très-bien portant, lorsque s'étant trouvé pris, par suite d'un mouvement de recul de ses chevaux, entre sa charrette et celle d'un autre conducteur, cracha le sang et vit se former un épanchement considérable dans la plèvre droite. La succussion donnait un tintement métallique que l'on entendait à distance.

Ce malade étant entré à l'Hôtel-Dieu, M. Trousseau, après avoir constaté une déformation marquée de la poitrine et une matité absolue en arrière, s'élevant en avant jusqu'à la clavicule (la fosse sus-claviculaire rendant un son tympanique), fit une ponction à l'aide d'un trocart entre le septième et le huitième espace intercostal, malgré les crachats sanguinolents dont le crachoir du malade était rempli. Il se servit, pour vider la plèvre, de la seringue de M. Mathieu. Cet instrument donna issue à 5 litres de pus; il s'échappa peu de gaz. On injecta avec cette même seringue 120 grammes environ de teinture d'iode étendue de trois ou quatre fois son volume d'eau. Le malade fut secoué, retourné de tous les côtés, afin que le liquide iodé touchât toute la surface de la cavité pleurale; puis on retira, toujours avec la même seringue, tout ce qu'il fut possible d'extraire du liquide injecté.

Le trocart étant retiré, M. Trousseau essaya en vain d'introduire par le trou du trocart une petite sonde en caoutchouc, dans le but de surveiller la reformation de l'épanchement et de le vider de nouveau sans avoir recours à l'instrument.

Le lendemain, le malade avait dormi la nuit ; pas d'accidents iodiques; un peu d'œdème au pourtour de la piqûre; murmure respiratoire sourd, semblant être celui de l'autre poumon. Le pus est abondant dans la plèvre ; quand le malade respire ou tousse, on entend un tintement métallique très-prononcé.

Le surlendemain et les jours suivants, pas de sommeil ; respiration courte; 90 pulsations ; tintement métallique au tiers supérieur de la poitrine; expectoration sanguinolente.

Le cinquième jour, l'expectoration est devenue purulente, plus abondante, fétide; le pus des crachats a tous les caractères du pus retiré de la poitrine. Il y a évidemment une communication de la plèvre avec une bronche ; la piqûre du trocart menace de s'ouvrir ; le malade d'ailleurs est soulagé.

Le jour suivant, la piqûre s'est ouverte pendant la nuit, il s'en est écoulé un demi-litre de pus environ ; le malade en rend également par la bouche ; il est sensiblement soulagé ; la respiration s'entend dans la moitié supérieure du poumon, en avant et en arrière.

A partir de cette époque, le pus pleural ayant deux issues,

sortit facilement; le poumon, malgré son contact avec l'air, reprit ses fonctions, son amplitude augmenta de jour en jour en rétrécissant sans cesse la poche pleurale pyogénique. Il n'y eut ni résorption purulente ni diarrhée.

L'opération avait été pratiquée le 14 novembre. Dans le commencement de janvier suivant, ce malade sortit de l'hôpital dans un état très-satisfaisant. Un mois environ après son *exeat*, il revint à la consultation pour faire constater son état parfait de guérison.

— Voici maintenant l'observation de MM. Bergeret et Bidault :

Le 6 août 1860, M. Bergeret étant allé à Santenay pour voir des malades, fut appelé auprès de M. A..., géomètre, âgé de cinquante-quatre ans, d'une très-forte constitution, et ayant toujours joui jusque-là d'une très-bonne santé, sauf quelques accès de fièvre.

Dès le mois de mai, M. A... éprouvait presque tous les jours un point dans la région précordiale, qui ne l'empêchait pas d'ailleurs de continuer à se livrer à ses occupations habituelles. En juillet, ce point devint plus tenace et plus violent.

Le 20, cet homme était très-souffrant, et surtout très-fatigué.

Le 23, il fit appeler le médecin de la localité, qui lui donna quelques soins.

Le 6 août, quand M. Bergeret vit M. A... pour la première fois, l'anhélation était telle qu'il y avait presque apnée. Ce malade, qui depuis une quinzaine de jours ne pouvait garder le lit, était sur une chaise, penché légèrement en avant, le dos courbé, pouvant à peine répondre par monosyllabes, craignant de faire un geste.

Le diagnostic était des plus faciles : vaste épanchement pleural gauche occupant toute la plèvre; cœur fortement déplacé, porté à droite du sternum; bruits du cœur sourds, lointains, s'entendant à peine, mais avec la même force dans toute l'étendue du côté droit de la poitrine; voussure considérable; pouls petit, filiforme, très-précipité. L'épanchement parut être très-considérable.

Contre un tel état, il n'y avait pas de temps à perdre; M. Bergeret proposa la thoracocentèse: elle fut acceptée. Il se rendit le 8 de grand matin à Santenay, avec son confrère M. le docteur Bidault, pour pratiquer l'opération. Ils retirèrent par le procédé ordinaire, avec le trocart, plus de deux litres d'un liquide séro-purulent, couleur de vin clairet trouble, d'une odeur infecte. Cette fois encore, ils ne remarquèrent pas la toux quinteuse que l'on observe ordinairement à la fin de l'écoulement du liquide. Il est bon de dire que la vessie de porc qui remplaçait la baudruche ne s'appliquant pas bien sur le jet du liquide à la fin de l'écoulement de l'épanchement, l'air entrait par la canule du trocart au commencement des inspirations, en produisant un bouillonnement sonore. Après l'évacuation, le malade se trouva infiniment soulagé; mais malgré l'absence de cette masse de liquide, la percussion donnait une matité absolue; on entendait également un souffle vibrant du haut en bas de la poitrine. Les bruits du cœur restèrent sourds et éloignés de l'oreille.

Les 9, 10, 11, prostration complète des forces; anhélation, fièvre peu vive, pas grand changement du côté de la poitrine; la respiration s'entend faiblement au sommet en arrière. Le cœur bat toujours sourdement et loin de l'oreille; matité absolue de tout le côté gauche, surtout dans la région précordiale. Là, le doigt éprouve une grande résistance; on reconnaît un hydropéricarde.

Le 13, le docteur Bidault n'ayant pu se rendre à Santenay, M. Bergeret fit demander le docteur Rozier (de Nolay). Celui-ci reconnut comme lui l'hydropéricarde. — Vésicatoire de 15 centimètres de largeur, s'étendant du sternum à l'épine dorsale; poudres de calomel et de digitale mêlées, prises à petites doses d'heure en heure.

Le 14, salivation abondante; légère amélioration du côté de la plèvre.

Pendant plus d'un mois, ce malade resta dans un état fort alarmant, quoiqu'il n'ait jamais présenté de symptômes d'infection putride. Les vésicatoires succédaient aux vésicatoires.

A la fin de septembre, il commença à aller mieux, à pouvoir se nourrir. La matité resta complète; néanmoins, le murmure respiratoire se fit entendre, doux, sans frottement pleurétique sous l'oreille; l'épanchement péricardique se résorba peu à peu. Pendant tout l'hiver, ce malade ne put pas travailler.

Depuis le mois de mars, M. A... a repris ses occupations; il fait facilement 20 à 30 kilomètres à pied, gravit les montagnes, descend dans les puits à plâtre, etc.

Le 10 mai dernier, M. Bergeret examina de nouveau l'état des organes de M. A... avec M. le docteur Lenoir (de Conches). La percussion donna encore une matité complète en avant comme en arrière dans toute l'étendue du côté gauche de la poitrine; la respiration était moelleuse, sans frottement anormal, et s'entendait partout. Le cœur n'était nullement gêné; ses pulsations étaient normales et directement sous l'oreille.

— Ce qu'il y a de particulier dans ces deux observations, c'est que la plèvre, dans les deux cas, a été en contact avec l'air atmosphérique; que dans les deux cas la plèvre avait suppuré, et qu'il y avait à craindre :

1° Le ratatinement du poumon vers sa racine, du moins c'est ce qu'on craignait il y a quelques années;

2° La résorption purulente ou bien l'infection putride.

M. Trousseau ne redoutait pas l'entrée de l'air dans la plèvre (on doit le supposer), puisqu'il a tenté de mettre une sonde à demeure pour vider le pus qui se formerait de nouveau. Comptait-il que l'air sortirait aussi facilement qu'il entrait?

La fistule qui s'est produite est venue démontrer qu'un poumon mis en contact avec l'air reprend insensiblement ses fonctions, aussi bien que lorsque l'épanchement a été vidé sans qu'il y ait eu pénétration d'air dans la cavité pleurale.

Dans l'observation de M. Bergeret, l'air atmosphérique s'est introduit dans la plèvre, le trou a été bouché, et malheureusement la matité persistante n'a pas permis de suivre bien exactement toutes les phases du retour du poumon à son amplitude normale. Cette amplitude s'est faite insensiblement, car dès le troisième jour, on a pu entendre manifestement la respiration en haut et en arrière.

Que sont devenus les gaz introduits dans la plèvre? Dans l'observation de M. Trousseau, le poumon n'a pas été ratatiné, voilà le fait principal; car les gaz ayant deux portes d'entrée avaient ces deux mêmes portes de sortie, de sorte qu'on ne doit pas s'occuper de savoir s'ils étaient absorbés ou non. Dans le second cas, l'air atmosphérique introduit a été absorbé, car la piqûre s'est réunie par première intention, et le malade n'a jamais rien eu du côté du poumon qui puisse faire supposer que ces gaz soient sortis par une ouverture bronchique communiquant avec la plèvre.

Qu'on nous permette de faire suivre ces judicieuses réflexions de M. Bergeret d'une petite digression, qui a son intérêt comme on va en juger :

« Lorsque, dit-il, M. le docteur Simpson fit sa communication à la Société d'obstétrique d'Édimbourg sur l'effet anesthésique du gaz acide carbonique dans les affections du col utérin, les médecins français étudièrent de nouveau l'action anesthésique locale de ce gaz déjà signalée. MM. Follin, Broca et quelques autres l'ont étudiée non-seulement dans les affections douloureuses du col, mais aussi dans les affections vésicales. Dans ces expériences, il est vrai, le gaz ressortait par la sonde aussi facilement qu'il entrait; on ne pouvait donc pas constater son absorption.

» Mais MM. Leconte et Demarquay ont injecté des gaz dans le tissu cellulaire et même dans la cavité péritonéale. Il résulte de leurs expériences que l'oxygène, l'azote, l'hydrogène et l'acide carbonique ne sont nullement toxiques, et que tous sont promptement résorbés, à l'exception de l'azote.

» M. Claude Bernard, en 1853, dans son cours de physiologie expérimentale au collége de France, en étudiant l'absorption gazeuse, insufflait sous la peau du dos d'un lapin les gaz de l'expiration pulmonaire; lors du cours suivant, la bosse du dos du lapin avait sensiblement diminué, tout l'acide carbonique était résorbé, et il ne restait dans cette bosse que de l'azote.

» Ainsi tous les expérimentateurs disent que l'azote n'est pas absorbable par les séreuses, les muqueuses, le tissu cellulaire, etc. Le fait que je signale semble en contradiction avec l'opinion accréditée. Je reviens un moment sur ce fait. Dans les expériences de M. Claude Bernard la quantité de gaz azote n'était pas dosée avant l'injection ni après, on constatait seulement son identité. Les autres expérimentateurs ont-ils dosé l'azote injecté et l'azote retiré?

» Je crois que les conditions de l'absorption de l'azote n'ont pas été suffisamment étudiées. Les expériences ont été faites sur des tissus sains et dans les conditions normales de la vie; or on sait que ces mêmes conditions d'absorption sont singulièrement modifiées suivant l'état de jeûne ou de digestion des sujets; que la nature de l'alimentation a une action non moins marquée sur l'absorption gazeuse. Tout le monde sait aujourd'hui que les animaux maigrissent en mangeant du fourrage salé; ils maigrissent parce que le sang salé absorbe énormément d'oxygène, et que par ce fait d'absorption, le sang charrie une quantité anormale de ce gaz dans les capillaires, que la nutrition (assimilation et désassimilation) y est si active, que l'animal ne peut manger assez (tout en mangeant sans cesse) pour suffire à la nutrition cellulaire.

» Pourquoi un malade très-amaigri, ayant le plus grand besoin d'une nourriture azotée, n'absorberait-il pas directement l'azote, surtout quand ce gaz est en contact d'une séreuse en suppuration? »

Accidents produits par le semen-contra.

Tout le monde connait la propriété qu'a la santonine de produire les phénomènes de la vision en vert, et on sait également que le semen-contra contient une certaine proportion de santonine. Cette proportion est-elle définie ou variable? C'est ce que nous ignorons, et il ne serait pas inutile peut-être de le savoir, car il pourrait bien se faire que, suivant que cette proportion serait plus ou moins considérable, les effets du semen-contra dépassassent quelquefois ce que le thérapeutiste attend de ce dernier agent, ou qu'il déterminât des phénomènes insolites bien capables de produire une impression fâcheuse chez les malades qui n'en seraient pas prévenus, et d'aller même jusqu'à donner lieu à des accidents semblables à ceux d'un empoisonnement. C'est ce qui est arrivé dans un cas observé par M. le docteur Cavasse, qui en a fait l'objet d'une communication à la Société de médecine de la Seine.

Une femme très-nerveuse, se préoccupant beaucoup de sa santé, se procure chez un pharmacien 4 grammes de semen-contra, qu'elle prend pour se débarrasser de vers qu'elle n'a peut-être pas. Quelques minutes après, elle pousse des cris; elle est empoisonnée, dit-elle. Il se déclare, en effet, des accidents très-intenses : la malade a des convulsions générales; elle est pâle; elle se plaint de coliques, de refroidissement des extrémités; elle s'écrie qu'elle va mourir, qu'elle est déjà verte. Elle se voyait *verte* en effet. D'ailleurs ni nausées ni vomissements.

Le pharmacien qui avait délivré le médicament, informé de ce qui arrivait, et très-alarmé de cette scène, ainsi que tous les assistants, alla chercher M. Cavasse, lui affirmant qu'il n'avait donné autre chose à la malade que du semen-contra. M. Cavasse crut pouvoir immédiatement le rassurer sur ce prétendu empoisonnement. Arrivé auprès de la malade, il ne conserva aucun doute sur ce qui s'était passé et sur l'interprétation qu'il convenait d'en donner.

La malade, après avoir pris le médicament, avait eu quelques coliques; jetant les yeux sur une glace qui était à côté d'elle, elle s'était vue verte; l'effroi qu'elle en avait éprouvé avait suffi pour produire les accidents nerveux qui avaient jeté une si grande alarme parmi les assistants. La vision ne tarda pas à redevenir normale, et tout rentra dans l'ordre sous l'influence de quelques calmants.

M. Cavasse n'a pas eu l'occasion de vérifier si dans ce cas l'urine avait présenté la teinte verdâtre particulière qui a été signalée par quelques observateurs à la suite de l'absorption de la santonine.

Bien que les accidents qui se sont manifestés dans ce cas ne doivent être attribués très-vraisemblablement qu'à la frayeur produite chez cette femme par la vision verte, ainsi que nous paraît l'avoir très-bien établi M. Cavasse, il n'en ressort pas moins de ce fait, à notre avis, l'utilité de mieux s'assurer qu'on ne l'a fait jusqu'à présent de la composition de ce médicament, et d'en surveiller avec quelque attention l'administration.

DE L'ASCITE COMPLIQUANT LA GROSSESSE;

nouveau procédé de paracentèse,

Par M. le Dr Pigeolet.

Lorsqu'on évacue par la ponction avec le trocart ordinaire en un seul temps, tout le liquide ascitique, dans le cas de grossesse, l'utérus ne tarde pas en général à entrer en contraction. Cette ponction peut par conséquent amener l'avortement ou l'accouchement prématuré. Pour prévenir cet accident, M. Pigeolet conseille de perforer simplement avec une épingle ou un trocart capillaire la saillie ombilicale qui existe presque toujours dans ces cas. Le liquide s'écoule alors goutte à goutte, et la grossesse ne se trouve pas menacée. M. Pigeolet a employé ce procédé dans un cas avec plein succès.

(*Journ. de méd. de Bruxelles.*)

ÉLECTUAIRE ESPAGNOL CONTRE LES RHUMATISMES,

Par M. le Dr Fernandez.

Résine de gaïac	15	grammes.
Poudre de rhubarbe	10	—
Crème de tartre pulvér.	25	—
Soufre	50	—
Poudre de muscade	n° 1.	
Miel blanc	350	grammes.

(*Gaz. méd. belge.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 juin 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. le Président déclare une vacance de membre titulaire. Les candidats sont en conséquence invités à faire leur demande et à envoyer leurs titres à l'appui de leur candidature.

LECTURES.

M. le Secrétaire général donne lecture de plusieurs travaux envoyés à la Société par des membres correspondants.

— 1° Travail de M. Letenneur sur l'**exostose sous-unguéale**;

L'exostose sous-unguéale des orteils a été depuis quelque temps l'objet de nombreuses publications; j'ai moi-même publié dans la *Gazette hebdomadaire* (juin 1860) un article sur ce sujet, à l'occasion de l'opération proposée par notre collègue M. Debrou, d'Orléans.

En faisant l'historique de la question, M. Debrou mentionne pour mémoire la *cautérisation* « employée une fois, dit-il, par André, de Versailles; » il condamne comme trop radicale l'opération de Liston, c'est-à-dire la *désarticulation* de la phalangette; il cherche à démontrer que l'*abrasion* avec un instrument tranchant, telle que la conseillait Dupuytren, expose à une récidive presque certaine; enfin, M. Debrou semble croire impossible l'*extirpation* de l'exostose au moyen de la gouge et du maillet, bien que ce moyen, indiqué dans les *Leçons cliniques* de Dupuytren, ait été mis en usage un certain nombre de fois avec succès.

Le chirurgien d'Orléans conseille la *résection* de la phalangette en arrière de l'exostose, c'est-à-dire entre l'articulation et le pédicule, et, ajoutant l'exemple au précepte, M. Debrou cite une observation dans laquelle il a obtenu la guérison au moyen de son procédé opératoire.

Dans l'article que j'ai publié dans la *Gazette hebdomadaire*, j'ai fait connaître deux cas de guérison par la cautérisation avec la pâte de Vienne, et j'ai donné en outre l'observation d'un jeune homme auquel j'ai extirpé une exostose sous-unguéale en me servant de la gouge et du maillet; l'opération a été facile, et le temps qui s'est écoulé depuis la guérison permet de la considérer comme définitive. Dans ce cas, l'emploi du perchlorure de fer nécessité par une hémorrhagie a sans doute contribué à prévenir la récidive en détruisant les débris du pédicule qui pouvaient rester adhérents à la phalangette.

Enlever ou détruire sur place toute l'exostose avec son pédicule, telle est, à mes yeux, la condition essentielle pour éviter la récidive.

C'est pourquoi la cautérisation est un moyen qu'on ne doit pas dédaigner, pourvu toutefois qu'elle soit énergique et qu'on laisse agir la pâte de Vienne pendant vingt minutes. C'est pourquoi l'abrasion, qui laisse nécessairement en place une partie de la production morbide, est une mauvaise opération qui doit être abandonnée, à moins qu'on ne joigne à l'abrasion une cautérisation suffisante pour détruire le pédicule.

Quand l'exostose est enlevée complétement, il reste sur la phalangette, à la place qu'elle occupait, une surface concave, une sorte d'échancrure, tandis qu'avec un instrument tranchant on ne peut obtenir qu'une surface plane; donc on laisse forcément en place une notable portion du pédicule : c'est ce qui explique les nombreuses récidives qu'on a signalées.

Je considère donc comme devant être adopté généralement le procédé d'extirpation par la gouge et le maillet; en agissant ainsi, on produit peu de délabrement dans les parties molles, et par conséquent on a plus de chances d'avoir une guérison prompte et sans difformité que par le procédé de M. Debrou. Cependant les faits que j'ai observés tendraient à prouver que, même après l'extirpation la plus complète, il est prudent de cautériser la surface osseuse; le perchlorure de fer peut alors suffire parfaitement, puisqu'il ne s'agit que de modifier les tissus très-superficiellement.

Le procédé de M. Debrou doit être réservé pour les cas qui ont résisté aux moyens précédents; c'est alors une ressource précieuse dont on doit remercier notre savant confrère d'avoir enrichi la médecine opératoire. J'y ai eu recours avec succès chez un nouveau malade qui avait eu une récidive extrêmement prompte après une première opération avec la gouge et le maillet, mais sans cautérisation complémentaire.

Cette observation me paraît assez curieuse pour être rapportée avec quelques détails. Elle jette d'ailleurs un peu de lumière sur l'étiologie encore si obscure de la maladie. Chez mon jeune malade, en effet, l'exostose a été évidemment la conséquence d'une violente contusion, et il est assez probable que c'est à cette cause qu'il faut rapporter la plupart des exostoses sous-unguéales.

Exostose sous-unguéale du gros orteil droit, consécutive à une contusion; extirpation au moyen de la gouge et du maillet, prompte récidive; résection de la phalangette en arrière de l'exostose, guérison définitive. — P... (Alexandre), âgé de quinze ans, d'une bonne santé habituelle, reçut au mois de juin 1859 un coup de pied de cheval qui fit au gros orteil droit une violente contusion, sans plaie. Cependant, après quelques jours de repos, il reprit ses occupations, et la marche finit par devenir facile.

Ce n'est que plusieurs mois plus tard que P..., en se coupant l'ongle du gros orteil, éprouva de la douleur, et bientôt il remarqua un gonflement qui augmenta assez vite pour rendre ses chaussures trop étroites.

Le 17 juin 1860, je fus mandé par mon confrère M. Lequerré, pour opérer ce jeune homme. La tumeur occupait les deux tiers externes de la région sous-unguéale; elle était dirigée, par conséquent, vers le second orteil; son aspect était fongueux, saignant; son volume était celui d'une moitié de cerise; la pression y causait une vive douleur, et depuis longtemps déjà il avait fallu faire une large ouverture à la chaussure dans le point correspondant. L'ongle avait été coupé de manière à laisser la plus grande portion de l'exostose découverte, mais il était facile de juger que l'ongle était déformé et renversé en cornet.

Après avoir endormi le malade avec le chloroforme, je fis l'opération de la manière suivante : incision circulaire à la base de la tumeur; application de la gouge dans le sillon antérieur, et, au moyen d'un coup de maillet, ablation de l'exostose, qui se détacha facilement.

En introduisant l'extrémité du doigt dans la plaie, je sentis, en avant de l'échancrure que présentait la phalangette, un onglet osseux qui était évidemment une petite portion restante du pédicule; je l'enlevai avec soin avec une petite gouge, et je remplis la plaie de charpie. Il n'y eut point d'hémorrhagie comme chez l'autre malade dont j'ai publié l'histoire dans la *Gazette hebdomadaire* (juin 1860), et chez lequel une cautérisation avec le perchlorure de fer avait été pratiquée.

Avant la guérison de la plaie, quinze jours à peine après l'opération, la récidive était évidente, et les progrès furent si rapides que dans l'espace d'un mois la tumeur avait repris son volume primitif.

Au mois d'octobre, elle était plus volumineuse qu'à la première opération; mais l'augmentation de volume tenait en grande partie à la couche de parties molles qui recouvrait l'exostose.

Le 22, assisté du docteur Lequerré, je fis une nouvelle opération : une double incision prolongée sur la partie antérieure de l'orteil permit non-seulement d'isoler la tumeur, mais encore de détacher les parties molles de la phalangette. J'introduisis alors derrière l'exostose une pince incisive destinée à couper l'os lui-même en avant de l'articulation; l'exostose qui était peu adhérente se détacha, et le reste de l'opération devint plus facile. Cependant, après la section de la phalangette, j'eus quelque peine à la dégager entièrement des parties molles, et, comme je l'avais prévu, cette partie de l'opération a été la plus longue.

La matrice de l'ongle avait été ménagée; la plaie profonde, un peu irrégulière, fut remplie de charpie. La cicatrisation était complète au bout de six semaines, et, dans les premiers jours de janvier, la marche était assez facile pour permettre à P... de parcourir deux kilomètres sans fatigue.

L'ongle a repoussé, mais il est encore épais et court; cependant il paraît devoir reprendre peu à peu sa forme normale. La longueur de l'orteil n'est pas sensiblement diminuée.

M. ROBERT ne croit pas que l'on doive adopter d'une manière générale le procédé mis en pratique par M. Letenneur. — L'exostose sous-unguéale est une affection assez rare. M. Robert en a observé cinq ou six cas. C'est une maladie qui se montre surtout dans l'âge adulte, de 15 à 30 ans. Ces exostoses ne sont pas très-dures.

Dupuytren se servait d'une serpette, et enlevait d'emblée et l'ongle et l'exostose. M. Robert a vu deux ou trois fois Dupuytren pratiquer cette opération, et elle a été suivie de succès. Notre collègue a fait comme Dupuytren, et il se bornait d'abord à une simple résection immédiate; il a vu une fois une récidive. Il a de nouveau excisé l'exostose, puis il a pratiqué une cautérisation énergique avec le cautère actuel. A la suite de cette nouvelle opération, la guérison s'est maintenue. Depuis lors, M. Robert a adopté, d'une manière générale, ces cautérisations après l'abrasion de l'exostose.

M. GOSSELIN. Comme M. Robert, je pense que c'est une maladie assez rare, et qu'on a exagéré les dangers de la récidive. Ces exostoses sont pour la plupart de nature cartilagineuse. Or, il m'a paru qu'il suffisait, pour se mettre à l'abri des récidives, d'enlever la production morbide, en ayant soin de tailler, de creuser la phalangette en l'écrasant un peu. J'ai fait trois fois cette opération, deux fois il y a déjà plusieurs années, et une fois cette année; je n'ai pas eu recours à la cautérisation consécutive, et les malades ont guéri.

Sans rejeter d'une manière absolue l'opération proposée et pratiquée par M. Debrou, et celle proposée par M. Legoupil, qui recommande d'enlever la phalange, il me semble qu'en adoptant la modification que je recommande dans le *manuel opératoire*, on peut obtenir une guérison radicale.

M. FOLLIN. L'exostose sous-unguéale est une maladie rare, et que l'on rencontre surtout sur la première phalange du gros orteil. Or, j'ai observé un exemple de cette affection sur le troisième orteil. J'ai voulu d'abord exciser cette exostose, et entamer dans cette tentative, comme le recommande M. Gosselin, la phalangette elle-même. J'ai rencontré un tissu dur, résistant, et je n'ai pas pu le traverser avec un très-fort bistouri. J'ai alors circonscrit l'exostose à l'aide de deux incisions, et, avec une pince coupante, j'ai excisé une portion de la phalangette. Il y a six mois que j'ai pratiqué cette opération, et la guérison ne s'est pas démentie.

Il n'est pas toujours facile d'excaver ainsi la phalangette, surtout sur d'autres doigts que le gros orteil. Pour ces cas donc, je préfère l'excision, ainsi que je l'ai pratiquée. A l'observation dont je viens de dire un mot, je joindrai un autre fait que j'ai trouvé sur un cadavre et que j'ai disséqué. Dans ces deux cas, l'union entre l'exostose et la phalangette était très-intime et le tissu très-résistant.

M. GUERSANT a vu huit ou dix exemples d'exostose sous-unguéale. Il s'est toujours servi d'une serpette pour en pratiquer l'excision. Il n'a pu suivre que deux ou trois de ses opérés, et chez eux il a constaté une guérison complète.

M. GOSSELIN. Je n'ai jamais éprouvé de difficulté pour pratiquer l'opération dont je viens de parler.

Le fait de M. Follin m'en rappelle un autre. Il s'agissait aussi d'une exostose ne siégeant pas sur le gros orteil. Cette affection occupait le deuxième orteil, et était située à l'extrémité de la phalangette, et non, comme cela se voit ordinairement, sur sa face supérieure. J'ai fait de suite l'opération dont parle M. Follin (la résection), et il n'y a pas eu de récidive.

M. CHASSAIGNAC. C'est une affection très-douloureuse. J'en ai vu un certain nombre d'exemples; mais je veux surtout appeler votre attention sur un cas particulier. Il est des circonstances dans lesquelles l'exostose n'est pas adhérente, mais forme comme une tumeur enkystée dans la substance de l'os. Une fois, j'ai pratiqué l'extirpation de la phalangette : le malade souffrait horriblement. A l'examen de la pièce, j'ai reconnu que la tumeur elle-même était placée dans la substance osseuse, comme un grelot. Il y a donc des tumeurs osseuses simulant les exostoses proprement dites, et qui sont situées dans l'épaisseur même de la portion osseuse des phalanges.

Le pansement qui m'a le mieux réussi dans ces circonstances est le pansement que j'appelle en cloche ou en cuirasse, fait avec des bandelettes emplastiques.

— 2° Autre travail de **M. LETENNEUR sur la luxation du gros orteil.** Les luxations du gros orteil compliquées de plaies sont assez rares pour que M. Malgaigne n'ait pu en recueillir que dix observations, d'après lesquelles il a tracé l'histoire générale de ce grave accident. Depuis ce temps, M. Larrey a communiqué à la Société de chirurgie (18 février 1857), une nouvelle observation dans laquelle, en raison de l'irréductibilité de la luxation, il s'est décidé à réséquer la tête du premier métatarsien.

Son malade resta sept mois à l'hôpital, *obtint une pension de retraite, et se trouvait alors dans de bonnes conditions pour supporter la marche.*

Cette opération, qui avait été pratiquée avec succès par Cramer (1828) sur un cuirassier qui put reprendre son service, fut suivie de la mort chez un des malades de M. Laugier.

D'après ce résultat, il n'est pas étonnant que M. Laugier se montre peu favorable à cette opération, qui semble également condamnée par Vidal (de Cassis) et par M. Nélaton.

L'observation de M. Larrey est-elle de nature à la réhabiliter? Nous ne le pensons pas. Un traitement de sept mois pour arriver à une guérison qui laisse passablement à désirer, ne nous paraît pas un exemple très-encourageant. D'ailleurs, on l'a dit avec raison, la résection de la tête du premier métatarsien enlève au pied un de ses principaux appuis, et rend nécessairement la marche difficile et peu assurée. A plus forte raison doit-on condamner l'ablation du métatarsien en totalité, bien qu'elle ait été pratiquée deux fois.

Parmi les faits qui avaient été publiés jusqu'à ce jour, nous trouvons que la réduction a été obtenue six fois avec plus ou moins de difficulté. Sur ces six malades, un est mort; trois n'ont guéri qu'après l'exfoliation des surfaces articulaires et avec une ankylose du gros orteil; dans un cas, le résultat a été incertain, bien que la guérison paraisse probable (le malade de Decaisne); enfin, le sixième malade, celui de M. Laugier, a été guéri au bout de soixante-dix jours.

En résumé, douze observations :

Deux fois ablation du métatarsien; deux guérisons avec difformité considérable : Barbier, Larrey.

Trois fois résection de la tête du métatarsien; deux guérisons avec difformité : Cramer, H. Larrey; — Un mort : Laugier.

Sept fois réduction obtenue le plus souvent avec violence; un mort : Laugier; — Trois guérisons avec ankylose : Laugier, Siebold, Sanson; — Un résultat incertain : Decaisne; — Une guérison après soixante-dix jours : Laugier; — Une guérison après moins de deux mois : Letenneur.

En présence de semblables résultats, il est difficile de tracer des règles fixes pour le traitement de la luxation compliquée du gros orteil. La conduite du chirurgien ne peut être la même dans les cas où la réduction est facile, et dans les cas où elle est impossible, ou bien encore ne s'obtient qu'avec de violents efforts.

Dans le premier cas, il semble tout naturel de se borner à remettre les os en place et de s'abstenir de toute autre opération; c'est ce que nous avons cru devoir faire.

Cependant M. Laugier, dans le but de conjurer l'inflammation qui se développe sur le dos du pied, et qui chez plusieurs malades est devenue très-grave, conseille de faire *une incision préventive*. Il attribue à cette mesure de précaution la guérison assez prompte qu'il a obtenue chez un de ses malades.

Notre malade a été guéri plus promptement encore que celui de M. Laugier, bien que nous n'ayons pas pratiqué l'incision conseillée par ce chirurgien. Nous avons attendu pour cela que la suppuration fût formée, et nous n'avons point eu à regretter notre conduite. Nous croyons cependant que l'abcès doit être ouvert de bonne heure, c'est-à-dire quand il est encore limité au voisinage de l'articulation.

Lorsque la luxation ne peut être réduite que par des manœuvres violentes, on doit toujours redouter les conséquences d'une violente inflammation, qui ne manque jamais d'apparaître, et le chirurgien doit alors se comporter comme si la luxation était irréductible.

Quand la réduction a été impossible, nous avons vu que deux fois on avait enlevé le métatarsien, et que trois fois on avait réséqué la tête de cet os. Cette résection, pratiquée et conseillée en dernier lieu par M. Larrey, présente de sérieux inconvénients, et j'ai cherché sur le cadavre s'il n'était pas possible d'arriver au même but sans faire subir au malade une mutilation qui compromet pour toujours la solidité de la marche.

La luxation a toujours lieu en haut et en dehors, et la tête du métatarsien fait saillie en dedans à travers la déchirure des téguments. De quoi s'agit-il? De ramener le gros orteil dans sa situation normale.

Or on y parvient fort bien par une section oblique, qui enlève une partie seulement de la tête de l'os, et qui laisse intacte toute la portion qui est en rapport avec les os sésamoïdes, et sur laquelle porte le poids du corps. Le gros orteil peut alors reprendre facilement sa place. On peut craindre, il est vrai, que la surface oblique en avant et en haut, que présente le métatarsien, ne tende à donner à l'orteil pendant le travail de la guérison une position vicieuse; mais il sera toujours possible par des pansements méthodiques d'éviter cet inconvénient.

La résection partielle de la tête du métatarsien me paraît donc préférable à la résection de toute la tête, et je crois qu'on devra renoncer à l'avenir à cette dernière opération.

Enfin, je préférerais encore à l'ablation de toute la tête du métatarsien celle du gros orteil lui-même, car après la perte du gros orteil, les malades seront pour la station et pour la marche dans des conditions meilleures qu'après l'opération pratiquée par Cramer et H. Larrey.

Luxation en dehors du gros orteil gauche avec plaie et issue à travers la plaie de la tête du premier métatarsien; luxation incomplète du premier métatarsien sur le premier cunéiforme. — Réduction; guérison. — L... (Louis), garçon d'écurie, âgé de vingt-sept ans, est entré à l'Hôtel-Dieu de Nantes dans la soirée du 20 mars 1859. Cet homme avait fait quelques instants auparavant une chute de cheval dans laquelle il eut le pied droit pris entre le sol et l'épaule de son cheval. Au moment où il veut se relever, L... ressent une douleur violente, et à la vue de sa botte déchirée et du sang qui s'échappe à travers cette ouverture, il s'évanouit.

A son arrivée, l'interne de garde, M. Pelletier, constate l'état suivant :

1° Le gros orteil, luxé en dehors et en haut, est fortement relevé de manière à présenter une direction presque perpendiculaire à celle du métatarsien.

2° Une plaie contuse à bords écartés, mais nettement tranchés, existe au bord interne du pied dans une longueur de 5 centimètres, à partir de l'articulation métatarso-phalangienne.

3° La tête du premier métatarsien, mise à nu, fait saillie entre les lèvres de la plaie.

4° L'extrémité tarsienne du premier métatarsien; malgré les puissants ligaments qui la retiennent, est luxée en haut sur le premier cunéiforme, et fait à la face dorsale du pied une saillie d'un demi-centimètre au moins.

5° Les tendons qui vont s'insérer au gros orteil sont fortement tendus.

6° Les douleurs étaient excessives et faisaient pousser des cris au malade.

Dans la crainte que le gonflement inflammatoire ne rendît la réduction impossible si on attendait jusqu'au lendemain matin, M. Pelletier se décida à agir immédiatement. Faisant soutenir le membre par un aide, il saisit le pied de la main gauche en pressant sur l'extrémité postérieure du premier métatarsien, de manière à ramener cet os à sa position normale; en même temps il opéra sur le gros orteil, saisi entre le pouce et l'index de la main droite, des tractions directes et énergiques, et au bout de quelques secondes il eut la satisfaction de voir la réduction opérée complétement, sans avoir rencontré les difficultés que la lecture des observations publiées dans les auteurs lui avait fait redouter.

Le pied fut aussitôt placé sur un coussin recouvert d'un taffetas ciré, et soumis à une irrigation continue d'eau froide.

La nuit suivante fut calme; le malade souffrit peu.

Le lendemain 21 mars, fièvre; insomnie; un peu de gonflement du pied. Une saignée du bras est pratiquée.

Le 22, la fièvre continue; il y a de l'agitation; un peu de contracture dans la jambe.

Les jours suivants, les symptômes fébriles persistent; le pied est toujours très-gonflé.

Le 1er avril, apparition sur le dos du pied d'un foyer purulent dont l'existence avait été prévue et annoncée dès le premier jour. La pression exercée sur le foyer favorise l'écoulement du pus à travers la plaie.

Le 2 avril, je pratique une ouverture sur le dos du pied. A partir de ce moment on cesse l'irrigation, et on fait un pansement simple.

Le 11, le gonflement du pied a complétement cessé; l'ouverture de l'abcès est presque cicatrisée, celle de la luxation tend de plus en plus à se fermer; le pied n'est pas du tout déformé.

Le 15 avril, le malade quitte l'hôpital, et dès le lendemain, malgré mes recommandations, il reprend ses occupations.

Cependant la marche était difficile, parce que la pression sur l'extrémité du premier métatarsien causait toujours de la douleur. In-

stinctivement L... cherchait un point d'appui sur le côté externe du pied ; il en résulta pendant quelque temps une déformation assez remarquable, caractérisée par une saillie considérable à la plante du pied de l'extrémité antérieure du quatrième métatarsien. Peu à peu cette saillie diminua, à mesure que le gros orteil et le premier métatarsien purent prêter au corps un point d'appui plus solide.

Enfin, deux mois après sa sortie de l'hôpital, L... ne conservait plus de traces du grave accident qu'il avait éprouvé.

M. LARREY dit que s'il a été amené à faire la résection dans le cas cité par M. Letenneur, c'est que, dans un cas qu'il avait observé antérieurement, il avait tenté la réduction sans réséquer l'extrémité saillante de l'os, et que le blessé avait succombé.

— 3° M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL communique à la Société une observation de **corps étranger du genou**. L'opération a été pratiquée, suivant la méthode de M. Goyrand, par *M. Colson* (de Noyon), membre correspondant.

Le malade souffrait depuis plus de dix ans du genou, quand il vint consulter M. Colson, qui reconnut l'existence d'un corps étranger paraissant avoir 14 ou 15 millimètres de diamètre, mobile, s'échappant facilement sous les doigts.

Le corps étranger fut fixé à la partie supérieure et externe de l'articulation, et l'opération a été faite par la méthode sous-cutanée. Le corps étranger sortit difficilement par l'ouverture pratiquée à la synoviale, et M. Colson dut l'accrocher avec une érigne de trousse pour le déplacer. Cela fait, le corps étranger fut poussé à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'articulation et laissé dans cette position. Le chirurgien a cru inutile de pratiquer une nouvelle opération pour l'enlever tout à fait. Il n'est survenu aucun accident, et le malade est complétement guéri.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. PAUL LORAIN adresse à la Société un enfant qui présente une monstruosité remarquable. Il est âgé de treize jours, et offre les difformités suivantes :

1° Hydrocéphalie (un os qui paraît être un os vormien est isolé de toute part en haut et en arrière) ;

2° Division de la lèvre supérieure et de la voûte palatine ;

3° La langue a contracté avec les piliers du voile du palais une adhérence singulière, de sorte qu'il n'y a pas, à proprement parler, d'isthme du gosier ;

4° Dépression remarquable des os du nez et rapprochement des deux trous orbitaires ;

5° Absence complète d'os intermaxillaire.

— M. CHASSAIGNAC présente deux malades :

1° **Tumeur du maxillaire inférieur.** — La malade a été opérée il y a deux ans par M. Chassaignac. Elle portait une tumeur située sur la région médiane du maxillaire. M. Chassaignac pensait qu'il s'agissait d'une tumeur à myéloplaxes ; mais l'examen de la pièce a démontré qu'il s'agissait d'un beau type d'**enchondrome**. La guérison s'est maintenue pendant deux ans. Depuis quelque temps la maladie a reparu sur l'un des côtés de la section.

Au moment de la première opération, M. Chassaignac avait d'abord pensé à respecter un portion de l'arc antérieur de la mâchoire ; les dents n'étaient pas ébranlées. Cependant notre collègue, après réflexion, a préféré pratiquer une opération radicale. Ce qui se passe aujourd'hui ne fait que confirmer les raisons qui l'ont décidé à agir ainsi qu'il a fait.

M. Chassaignac opérera de nouveau cette malade et fera connaître les résultats de son opération.

— 2° La deuxième malade est atteinte d'un **fongus des os du crâne ou de la dure-mère.** Cette femme est âgée de quarante-huit ans. Elle est aveugle complétement. L'examen ophthalmoscopique a montré une atrophie des papilles. Sur le front, à droite de la région médiane, on voit une tumeur molle, fongueuse, dépressible. A son pourtour, on sent un rebord osseux comme taillé à l'emporte-pièce. Cette tumeur est animée de battements isochrones avec ceux du pouls radial ; mais il existe aussi d'autres mouvements de soulèvement, facilement appréciables à l'œil. Il y a donc, outre les battements artériels communiqués, des mouvements d'expansion. Enfin, chez cette malade, on a observé à plusieurs reprises des phénomènes épileptiques. Pour le moment, M. Chassaignac ne fera rien. S'il survenait des phénomènes de compression, peut-être se déciderait-il à intervenir ; mais il n'a encore pris aucun parti. La Société sera tenue au courant de ce qui se présentera.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

M. PAUL DAUVE présente une pièce provenant d'un opéré dont il a déjà été question dans nos *Bulletins*.

(Nous publierons ce fait dans le prochain numéro.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM.

Lequette, né à Graville (Pas-de-Calais) ; *Rapports entre la physiologie et la pathologie de la femme pendant l'état puerpéral.*

Bastin, né à Lille (Nord) ; *De la congestion utérine pendant la grossesse.*

Laloux, né à Maubeuge (Nord) ; *Des poisons morbides transmissibles des animaux à l'homme.*

Cowley, né à la Havane (île de Cuba) ; *Essai sur l'action physiologique et thérapeutique du curare.*

Viel, né à Vitré (Ille-et-Vilaine) ; *Du traitement des fièvres intermittentes avant la découverte du quinquina.*

Choudens, né à Bastia (Corse) ; *De l'albuminurie et de son traitement par les émissions sanguines et les toniques.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 26 juin 1861, M. Duval (Auguste-Eugène), second chirurgien en chef de la marine, a été promu au grade de 1er chirurgien en chef.

— Il est arrivé au commencement de la dernière séance de l'Académie de médecine un accident qui aurait pu avoir des conséquences très-graves. La petite coupole en verre qui éclaire la salle des séances s'est brisée, et les éclats sont tombés avec un grand fracas dans l'hémicycle, où se tiennent d'ordinaire un certain nombre de membres. L'un d'eux, l'honorable M. Isidore Bourdon, a reçu sur la tête un de ces éclats, qui y a fait une entaille et a donné lieu à une légère hémorrhagie. Les soins empressés que M. Jobert et quelques autres membres ont donnés à M. Bourdon ont promptement fait cesser cette petite hémorrhagie, et l'accident n'aura aucune suite fâcheuse.

— Un arrêt important a été rendu par la chambre des requêtes de la cour de cassation (séance du 13 mai) touchant les ventes de clientèle. La validité de ces ventes, plusieurs fois rejetée par les tribunaux, vient d'être admise par la chambre des requêtes, sur pourvoi, conformément à un arrêt de la cour d'Orléans. En exécution d'une des clauses de la convention intervenue entre nos deux confrères, il est interdit au vendeur d'exercer la profession médicale dans un rayon déterminé.

— Le tribunal correctionnel de Villefranche (Rhône) a eu à réprimer fréquemment, depuis une année, le délit d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. Voici l'indication des condamnations prononcées depuis le 1er juillet 1860 jusqu'à ce jour :

Chabert, à La Mure, trois ans de prison et 100 fr. d'amende ; Guichon, à Chasselay, 15 fr. d'amende ; Pillois, à Villefranche, huit jours de prison et 30 fr. d'amende ; Valançot, à Rancé (Ain), 15 fr. d'amende ; enfin, Sapin, à Ranchal, 50 fr. d'amende.

— Les conseils d'administration des hospices ont-ils le droit d'interdire aux médecins l'entrée des salles des hôpitaux, même pendant la visite, et fussent-ils d'ailleurs connus du chef de service ? Telle est la question qui sera soumise à l'Association générale des médecins de France par la Société de médecine de Saint-Étienne. Voici à quelle occasion : Un honorable médecin de cette ville, M. Pautrier, se livrait à des études cliniques sur les maladies du cœur dans l'hôpital, et suivait de temps en temps les visites, lorsqu'une lettre circulaire adressée aux chefs de service signifia la décision administrative par laquelle l'entrée de l'hôpital était interdite aux médecins du dehors. Les médecins de l'hôpital élevèrent une réclamation collective contre cette décision, et M. Pautrier saisit de la question la Société de médecine de Saint-Étienne. Le président écrivit au préfet, qui transmit la lettre au conseil des hospices ; ce conseil déclara vouloir maintenir le droit confirmé par les règlements, mais offrit des autorisations personnelles aux membres de la Société. C'est contre cette décision, et pour obtenir l'entrée publique au profit des médecins, que la Société a réclamé l'appui de l'Association.

Nous ne connaissons pas le règlement particulier invoqué par le conseil de Saint-Étienne ; mais quant à Paris, une simple carte d'élève en médecine suffit pour faire admettre aux cliniques ; il serait étrange qu'un diplôme de docteur ne conférât pas le même droit dans une autre ville.

— Une Société universelle d'ophthalmologie est en travail de formation. Sur un avis favorable du conseil d'hygiène, l'autorisation de se réunir a été accordée par M. le ministre de l'intérieur, à la condition, dit l'avis transmis par la préfecture de police, de « *n'admettre aux réunions ni femmes ni mineurs.* » Le siége provisoire de la Société est rue de Rivoli, n° 66.

En dehors de toutes pensées politiques, c'est une touchante élégie que l'histoire de cette innocente victime du Temple, de ce malheureux enfant qui n'a porté le nom de roi que sous le chaume de la Vendée ou sous les tentes de l'exil ! Un pieux monument élevé à la mémoire de ce petit martyr, c'est l'*Histoire de Louis XVII* de M. de Beauchesne, ouvrage si plein d'attendrissement et de sentiments vrais, si plein aussi de précieux documents historiques. La troisième édition de ce beau et bon livre, qui vient de paraître chez l'éditeur H. Plon, est aussi une belle œuvre artistique : elle renferme d'admirables portraits de la famille royale, à la gravure desquels M. Henriquel Dupont a voulu consacrer ses soins, sa direction pleine de goût et d'élévation. L'œuvre est à la hauteur de l'inspiration du maître, et plusieurs de ces portraits, exposés par les artistes au palais des Champs-Élysées, ont été fort appréciés par les amateurs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

De la Digitale et du meilleur mode d'emploi de cette plante, par LABÉLONYE, pharmacien de l'École spéciale de Paris, ancien président de la Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine, etc. Paris, 1859, chez Labé, éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23. — M. Labélonye, qui s'est particulièrement occupé de l'étude de la digitale, démontre, dans cette brochure, que cette plante doit ses propriétés si diverses et qui en font à la fois un excellent sédatif et un puissant diurétique, non à un principe unique, mais à la réunion des divers principes qui entrent dans sa composition, et que l'alcool à 60° en est le meilleur dissolvant. — Il prépare, à l'aide de ce menstrue, dans le vide, à l'abri de toute altération, un extrait qui contient tous les principes auxquels on peut attribuer les propriétés de la digitale, et, pour en rendre l'emploi plus facile, il l'unit à un sirop dans la proportion de 5 centigrammes pour 31 grammes de sirop. — Les succès qu'obtiennent tous les jours les praticiens de l'emploi du Sirop de Labélonye (à la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19) dans les maladies organiques ou non organiques du cœur, dans les affections pulmonaires, bronchiques, et dans les hydropisies, prouvent, en effet, qu'il jouit de toutes les propriétés sédatives ou diurétiques de la digitale.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 • Un an. 30 •

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 8 JUILLET 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

Le venin des serpents exerce-t-il sur eux-mêmes l'action qu'il exerce sur les autres animaux ? — Telle est la question que M. Guyon a cherché à résoudre par des expériences dont il a communiqué les résultats à l'Académie. On savait déjà par les faits de Fontana, corroborés récemment par une observation de M. A. Dugès, que le venin de la vipère commune ou aspic est sans action sur les animaux de la même espèce. M. Guyon avait vérifié le fait pour le bothrops de la Martinique dans des expériences consignées dans sa thèse de 1834; il l'a vérifié depuis pour diverses espèces de serpents de la Louisiane, du Sénégal, de l'Algérie, etc. Si bien qu'à moins d'exceptions pour quelques-unes des espèces qui n'ont pu encore être l'objet du même genre d'expérimentation, on serait autorisé dès à présent à généraliser la loi établie par Fontana pour la vipère d'Europe, et à dire désormais « que le venin des serpents n'en est point un pour eux-mêmes, ni pour l'individu qui le fournit, ni pour celui à qui il est transmis, dans aucune espèce, soit dans la même espèce, soit d'une espèce à une autre. »

Bien que ces nouvelles expériences ne fassent que confirmer et généraliser un fait déjà connu depuis longtemps, elles n'en constituent pas moins un document intéressant pour l'histoire générale des venins, et un fait curieux au point de vue physiologique. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

De la phthisie pulmonaire.

(Leçons recueillies et publiées par M. CAPELLE, interne du service.)

Le grand nombre de phthisiques que nous avons en ce moment dans les salles me décide à vous parler de la phthisie pulmonaire. Ne vous attendez point à m'entendre traiter *in extenso* cette importante question; je veux, au contraire, passer rapidement, et appeler seulement votre attention sur quelques points particuliers.

La phthisie est très-anciennement connue. On appelait ainsi toute consomption tenant à une maladie du poumon; tandis qu'on réservait le nom d'étisie à la consomption qui dépendait d'une autre cause; mais la distinction n'est plus établie, et en Belgique, de même que dans certains pays du nord de la France, on désigne les phthisiques par le mot populaire d'étiques.

L'anatomie pathologique a fait faire de grands progrès à l'étude de la phthisie. Bayle, au commencement du siècle, dans une monographie sur la phthisie, en avait admis six espèces fondées sur les caractères anatomiques, savoir les phthisies 1° tuberculeuse; 2° granuleuse; 3° avec mélanose; 4° ulcéreuse; 5° calculeuse; 6° cancéreuse.

Laënnec mit plus d'unité dans la question, rejeta la phthisie cancéreuse, et rapporta toutes les autres espèces à l'espèce tuberculeuse; d'où la synonymie de tubercules et de phthisie pulmonaire.

Pour moi, je n'admets pas non plus la phthisie granuleuse, et mon opinion se fonde sur plusieurs raisons. Pour beaucoup de personnes, M. Robin entre autres, la granulation est différente du tubercule; la granulation est formée de matière demi-transparente, le tubercule est jaune. Le tubercule se développe dans le sommet du poumon, se ramollit, et se transforme en caverne; la granulation envahit toute l'étendue de l'organe, et ne se ramollit pas. On rencontre bien sur un même sujet granulations et vrais tubercules; mais Bayle dit lui-même que quand un poumon est granuleux, on n'y rencontre que peu de tubercules. La granulation demi-transparente est due, pour moi, à quelque chose de voisin du tubercule; la lésion granuleuse du poumon est, si l'on veut, une lésion annexe de la phthisie pulmonaire, mais ce n'est pas la phthisie proprement dite.

La forme que Bayle appelait phthisie avec mélanose, et qu'il disait caractérisée par des ulcérations noires qu'on rencontrait surtout chez les vieillards, n'est pas non plus admise par tous les auteurs; M. Natalis Guillot l'a exposée comme une maladie spéciale propre à la vieillesse. Dans toutes les autopsies que l'on fait à Bicêtre ou à la Salpêtrière, de phthisiques arrivés à un âge avancé, on trouve toujours des cavernes noirâtres. La coloration noire est une manière d'être particulière de la phthisie chez les vieillards, mais c'est bien la phthisie qui a déterminé l'ulcération du poumon; et si l'on me demande pourquoi cette coloration spéciale, je demanderai à mon tour pourquoi les ulcères variqueux ont, eux aussi, une grande tendance à prendre une teinte noirâtre quand ils se développent dans les mêmes conditions de sénilité.

Quant aux phthisies ulcéreuse et calculeuse, elles sont admises par tous et regardées comme des résultats divers de l'évolution du produit initial, le tubercule. Que le tubercule se développe près d'une bronche, il la perfore; la matière tuberculeuse sera évacuée, et il restera une caverne; mais que le tubercule se développe en plein tissu pulmonaire, qu'il n'y ait aucune bronche dont la perforation permette la sortie de la matière ramollie, un travail d'absorption s'accomplit sur place : certains éléments du tubercule primitif disparaissent, et il reste d'autres éléments qui, se condensant et durcissant, en arrivent à former de petits calculs, analogues quelquefois à ceux que l'on trouve du côté des reins.

Pour moi donc, la phthisie est déterminée par le tubercule du poumon, le tubercule franc, le tubercule jaune, qui peut, par les mutations diverses qu'il subit, déterminer la formation de cavernes et de concrétions (phthisie ulcéreuse et calculeuse de Bayle), et prendre chez les vieillards une coloration noire caractéristique (phthisie avec mélanose).

Dans la phthisie, le grand caractère est la consomption. Mais à la consomption s'ajoutent comme symptômes importants la toux, la sécrétion de matières purulentes expectorées ou non expectorées, et la fièvre. Quand donc un individu se présente avec maigreur, consomption, toux, expectoration purulente et fièvre, on doit tout d'abord penser à la tuberculisation; mais l'affirmer d'une façon positive serait s'exposer à l'erreur, car on trouve souvent des malades, des vieillards surtout, qui présentent cet ensemble de signes et qui cependant ne sont pas phthisiques; ils ont une bronchite purulente.

Dans le siècle dernier, quand la percussion et l'auscultation n'avaient pas encore permis d'asseoir le diagnostic sur des données plus certaines, l'erreur était souvent commise; l'autopsie seul venait la révéler; aussi, en raison de l'identité des symptômes dans les deux maladies, avait-on donné à cette forme particulière de bronchite le nom de phthisie catarrhale ou muqueuse.

Etiologie. — Les causes de la phthisie sont nombreuses; mon intention n'est pas de vous les énumérer, je veux seulement les généraliser. Deux surtout me paraissent avoir sur le développement de la tuberculisation une influence excessive. La première, c'est la diathèse, cet état particulier de l'organisme en vertu duquel toute cause insignifiante et sans effets chez l'un, fera naître au contraire chez un autre, tantôt du tubercule, tantôt du cancer, suivant la prédisposition. La seconde, c'est l'anémie globulaire, ce substratum de toutes les maladies chroniques, et ici viennent se ranger, concourant à produire l'anémie, toutes les causes que l'on a signalées, telles que mauvaise nourriture, privations, insuffisance alimentaire, chagrins, etc., toutes ces causes en un mot qui troublent l'acte digestif normal, rendent l'élaboration alimentaire mauvaise ou insuffisante, et laissent la réparation incomplète.

Ce sont là, je le répète, les deux ordres de causes auxquelles appartient la plus grande part dans le développement de la phthisie; elles semblent exercer l'une sur l'autre une action réciproque; c'est comme deux facteurs qui, agissant l'un sur

---

MENUS DEVIS SUR LE MERVEILLEUX.

Aussi bien que savoir, douter a son mérite.
(DANTE, *Inferno*, cant. XI, v. 93.)

C'est toujours à vous que je m'adresse, gens de la foule, vous êtes mon auditoire affectueux et aimé; si je vous parle, ce n'est pas avec la prétention de vous instruire, beaucoup d'entre vous sont plus savants que moi; mais c'est pour entretenir cette communion d'idées et de sentiments qui m'est si chère.

Vous et moi sommes le vulgaire; si certains pensent qu'il faut le tromper parce qu'il veut l'être, visons ensemble à la destruction de cette maxime perverse: elle représente la fourbe, le mensonge, et pour nous le vrai seul est utile, le vrai seul est aimable.

En lisant l'histoire des découvertes humaines, l'exposition des diverses religions, on y trouve toujours à côté des vérités fondamentales, les exagérations les plus effrontées et les moins adroites, le merveilleux le plus mal déguisé; il est facile de voir que les hommes placés au-dessus ou en dehors des autres par le hasard de la naissance, la science ou l'astuce, ont cherché à étendre leur pouvoir en ayant recours au merveilleux. Au lieu d'étudier les lois de la nature et de faire tourner leur science au profit commun, il leur semblait plus conforme, à leurs vues et au besoin naturel de l'homme, d'intervertir les règles immuables établies par le Créateur; mais, comme dit le proverbe, *la tricherie en vient toujours à son maître*, et les progrès réels des connaissances arrivant avec le temps, toutes ces honteuses subtilités tombent en discrédit, entraînant avec elles dans une ruine commune et l'œuvre et ses auteurs.

Pour bien saisir la différence qui existe entre l'impossible et l'inusité, entre ce qui est contre l'ordre du cours de la nature et contre la commune opinion des hommes, il ne faut donc pas croire témérairement, mais aussi ne pas nier trop facilement; c'est encore ici l'affaire du bon sens, appuyé sur les connaissances reconnues exactes par les hommes savants, honnêtes et raisonnables, observant d'ailleurs la règle de Chilon, *rien trop*. Ainsi, excepté ce qui touche à la religion chrétienne, que je dois croire comme article de foi, je soumets tout au faible jugement de mon intelligence et de mes sens, soit pour en admettre la vérité, le laisser en suspens, ou répugner à le croire.

Reconnaissons que certains peuvent tomber de bonne foi dans les exagérations du merveilleux, car il est naturel de chercher, et rien ne nous plaît comme l'inconnu : nous y sommes poussés par un désir actif, cuisant et âpre, une ardeur téméraire..., un feu de fièvre.

« Semblable au chasseur qui poursuit le lièvre malgré le froid, le » chaud, sur les montagnes, dans les plaines, et n'en fait aucun cas » dès qu'il le voit pris, ne se hâtant de courir qu'après celui qui » fuit. » (ARIOSTE, chap. X, stance 7.)

Mais passons à l'examen des faits.

Premier exemple puisé dans Plutarque au *Traité des oracles* qui ont cessé :

Epithersès, père d'Émilien le rhéteur, naviguant de Grèce en Italie sur un vaisseau chargé de diverses marchandises et de voyageurs, le vent cessa sur le soir, non loin des îles Echinades, entre la Morée et Tunis; le navire fut porté vers Paxès et y aborda, certains voyageurs étant endormis, d'autres éveillés. On entendit de l'île une voix qui hautement appelait Thamoun; à ce cri, tous furent épouvantés : ce Thamoun était le pilote; la voix l'appela de nouveau en cris plus violents, et personne n'y répondant, elle se fit entendre encore en exclamations plus violentes et plus horrifiques. Thamoun répondit : « Je suis ici, que réclamez-vous de moi ? » Alors la voix lui parlant en intonation de commandement : « Quand tu seras en Palodes, tu publieras que Pan, le grand dieu, est mort. »

Étant, après plusieurs jours, arrivés au lieu indiqué, Thamoun se mit sur la proue du vaisseau, tout vent et courant ayant cessé, et s'écria que le dieu Pan était mort. Il n'avait achevé, que l'on entendit des soupirs et des lamentations, non d'une seule personne, mais d'un grand nombre.

Cette nouvelle divulguée à Rome, Tibère César, alors empereur, fit venir Thamoun, et après l'avoir entendu, ajouta foi à ses paroles. Ayant consulté les savants de sa cour, il apprit que ce Pan était fils de Mercure et de Pénélope, comme l'avaient écrit Hérodote et Cicéron, au troisième livre de la *Nature des dieux*.

Deuxième exemple tiré du *Coran*, chap. XVII :

C'est le voyage aérien fait par Mahomet de la Mecque au temple de Jérusalem d'abord, et ensuite son ascension à travers les sept cieux jusqu'au trône de Dieu.

Mahomet fut transporté dans les régions célestes sur une monture nommée Borrak, que la tradition représente comme un être ailé, à la figure de femme, au corps de cheval, à la queue de paon; cependant Aïcha, femme du prophète, ayant déclaré que Mahomet n'avait jamais découché, les croyants ajoutèrent que ce voyage *réel* à travers les sept cieux, dans lequel le prophète avait eu un entretien avec Dieu, se fit si rapidement qu'il trouva au retour son lit encore chaud, et que le pot où il chauffait de l'eau étant prêt à se renverser à son départ, il revint assez à temps pour le relever sans qu'il y en eût une seule goutte de répandue.

Quelle honte pour l'étincelle électrique, qui franchit à peine quelques centaines de lieues en un moment !

Troisième exemple contenant des faits historiques :

Plutarque, à la suite de plusieurs versions merveilleuses, dit pouvoir affirmer que du temps de Domitien la nouvelle de la bataille perdue par Antoine en Allemagne, à plus de huit cent quarante lieues de là, fut connue à Rome le même jour; et César assure qu'il est souvent arrivé que la renommée a devancé l'événement, *nam plerumque in novitate fama antecedit* (*De bell. civil.*, lib. III, c. XXXVI).

l'autre, multiplient les chances de tuberculisation. Un individu diathésique ne devient pas tuberculeux si l'anémie, quelle que soit sa cause première, ne se développe pas. De même un anémique ne devient ni phthisique ni cancéreux, s'il n'a point la prédisposition au tubercule ou au cancer; il reste simplement anémique. Mais si, chez un sujet appartenant à une famille où la diathèse existe, vous voyez survenir de l'anémie, il faut vous tenir en éveil; le développement de la phthisie est presque fatal.

D'autres causes ont encore été signalées comme amenant la phthisie; parmi ces causes il en est une surtout que je veux vous signaler et qui parait faire éclater la maladie en dehors même de toute condition diathésique; cette cause, c'est l'absorption de certaines poussières. Ainsi, les individus qui travaillent dans les carrières de grès deviennent presque infailliblement phthisiques; ils le savent bien, et ils disent d'eux-mêmes : Nous ne dépassons pas quarante-cinq ou cinquante ans. Dans certaines villes de la Grande-Bretagne, où l'on polit les aiguilles à l'émeri, la tuberculisation pulmonaire est aussi très-répandue.

Le froid a aussi sa part d'influence. Jugez-en par l'énorme proportion de phthisiques que vous voyez en hiver, comparativement à ceux que la maladie atteint dans le courant de l'été.

Mais le froid seul est insuffisant; aussi a-t-il fallu en venir à la diathèse.

La fréquence de la phthisie varie aussi avec l'âge. L'enfance donne peu de phthisiques; la période de vingt à trente ans est celle qui en fournit le plus, puis la maladie va en diminuant, mais se retrouve encore chez les vieillards.

Anatomie pathologique. — Le tubercule franc, le tubercule jaune occupe le sommet du poumon, et la connaissance du lieu précis qu'il occupe est d'une importance capitale au point de vue du diagnostic. Lorsque vous constatez au sommet du poumon ce que l'on appelle généralement des craquements, vous devez immédiatement songer au tubercule arrivé à la période de ramollissement, tandis que si des bulles, présentant les mêmes caractères, sont perçues ailleurs qu'au sommet, vous devez faire des réserves et croire plutôt à une bronchite.

Le tubercule ne devient pas très-gros, il peut acquérir le volume d'une noisette; mais lorsque vous le voyez arriver à des dimensions plus considérables, ce n'est plus un seul tubercule, mais la réunion de plusieurs de ces produits morbides.

Le tubercule une fois formé, des transformations s'accomplissent dans son épaisseur et dans les tissus qui l'avoisinent; il se ramollit beaucoup plus rapidement qu'on n'est disposé à le croire. Après le ramollissement, plusieurs choses peuvent avoir lieu.

Vous savez déjà comment, par suite de l'absorption de certaines parties assimilables et de la condensation d'autres parties inorganiques, le tubercule primitif se transforme en petits calculs que l'on trouve au sommet du poumon. Le plus souvent, après le ramollissement, un travail d'ulcération s'accomplit autour de lui, travail qui s'étendant plus ou moins amène à sa suite de véritables ulcères du poumon, de dimensions diverses. Dans sa marche progressive, l'ulcération atteint les ramuscules bronchiques, les perfore, et le tubercule ramolli est rejeté au dehors : on croirait voir, dans cette perforation des bronches, un effort que fait la nature pour se débarrasser de cette production anormale; mais il ne faudrait pas croire que l'abondance de l'expectoration provient uniquement de la matière tuberculeuse ramollie; dans les premiers moments qui suivent la perforation, on pourrait bien trouver dans les crachats quelques débris de tubercule, mais au bout de peu de temps, la plus grande partie des matières expectorées est fournie par l'ulcère que le tubercule a laissé derrière lui.

Outre les ramuscules bronchiques, le travail ulcératif rencontre, en s'étendant, les vaisseaux pulmonaires; si le tubercule est superficiellement développé, il arrive aussi rapidement à la surface du poumon; mais à mesure que l'ulcération progresse, un travail d'inflammation s'opère au-devant d'elle, inflammation qui oblitère les vaisseaux, détermine des adhérences entre les deux feuillets de la plèvre, et éloigne ainsi les dangers qui résulteraient ou d'une hémoptysie abondante ou d'une libre communication entre la caverne et la cavité pleurale. Il semble donc que toutes précautions soient bien prises par la nature pour empêcher les accidents qui mettraient immédiatement l'existence en péril, l'ouverture des vaisseaux et la perforation pulmonaire. Oblitérer les vaisseaux, déterminer des adhérences entre le poumon et la plèvre costale, est donc le but auquel elle tend; mais ce but elle ne l'atteint pas toujours, d'où la perforation vasculaire et pulmonaire que l'on observe quelquefois, les premières plus souvent que les secondes.

Autour de la caverne, on trouve souvent le tissu pulmonaire induré, résistant, non perméable à l'air. Cette induration a été attribuée à l'infiltration tuberculeuse demi-transparente dans les parois de la caverne; pour mon compte, je ne vois là qu'une induration plastique comparable à celle que l'on rencontre autour de certains ulcères dits, pour cette raison, ulcères calleux.

La plèvre ne peut pas subir le travail phlegmasique dont nous avons parlé, sans que les nerfs intercostaux qui la touchent soient également influencés; et nous verrons que certains ordres de symptômes doivent être rapportés à cette névrite chronique.

Le tubercule peut guérir; l'ulcération s'arrête, la suppuration diminue. A la place de la surface ulcérée s'organise une membrane qui, se continuant avec la muqueuse des bronches, fait prendre à la caverne l'apparence d'une dilatation bronchique; les callosités disparaissent, la cavité s'efface, et alors vous trouvez des lésions de cicatrisation plus ou moins avancée : cavernes rétrécies à parois froncées et aréolaires; étoiles et bandes cicatricielles de diverses formes.

Je me rappelle avoir fait l'autopsie d'une femme dont tout un lobe supérieur était transformé en tissu de cicatrice, et au milieu de ce tissu on trouvait aussi disséminés quelques petits calculs qui ne permettaient pas de douter du point de départ de cette transformation.

Je ne me bornerai pas à dire que le tubercule peut guérir; je dirai même, ce qui va vous paraître paradoxal, que le tubercule est de toutes les lésions anatomiques réputées graves, celle qui guérit le plus souvent. Suivez les autopsies, et vous verrez combien sont peu nombreux les cas où vous ne trouverez pas de stigmates de cicatrices de tubercules. Sur cent cinquante femmes que j'ai ouvertes à la Salpêtrière, trois seulement avaient les sommets tout à fait sains; toutes les autres avaient à différents degrés ces traces de tuberculisation.

Un individu chez lequel se développe un cancer est fatalement condamné; ce n'est pour lui qu'une question de temps plus ou moins court. Dans la phthisie, au contraire, ce n'est pas la qualité du produit morbide qui tue, ce sont les manifestations successives, la quantité de la tuberculisation. Un phthisique résiste souvent à une première poussée de tubercules, et ce n'est parfois qu'après un temps fort long qu'il succombe à une nouvelle poussée de la maladie, quand la consomption est survenue. Cela est si vrai, que sur bon nombre de phthisiques on peut suivre à l'autopsie les différentes jetées de tubercules, et étudier les poumons pour ainsi dire couche par couche, comme on étudie la géologie. Le tubercule apparaît à ses différents âges : tout à fait au sommet, étoiles, brides cicatricielles et calculs; au-dessous, caverne vide tapissée d'une fausse membrane en voie de rétraction; au-dessous enfin, caverne en pleine suppuration.

Telles sont, d'une manière sommaire, les lésions anatomiques que dans la phthisie vous trouverez du côté des poumons; mais ce ne sont pas les seules que vous pourrez constater à l'autopsie. Vous verrez souvent des ulcérations de la trachée et du larynx, occasionnées par le passage de la matière qu'ont sécrétée les parois de la caverne, matière très irritante, de mauvaise nature, et dont le seul passage à l'arrière-gorge suffit pour exciter des nausées et des vomissements.

Chez beaucoup de sujets, il y aura des tubercules développés ailleurs que dans le poumon; ainsi, des tubercules dans le cerveau, des ulcérations tuberculeuses dans l'intestin, etc.

Le foie chez les phthisiques présente aussi un caractère particulier qui l'a fait appeler foie gras; et on a voulu expliquer cette surabondance de graisse dans la glande hépatique par l'insuffisance de la combustion pulmonaire.

Le sang enfin, dans la phthisie, a subi des altérations. Outre l'anémie globulaire qui, comme je vous l'ai dit, est un des facteurs de la tuberculisation, les beaux travaux de l'hématologie moderne ont montré que chez les phthisiques la fibrine était en excès dans le sang, que le sang était couenneux : nouvelle preuve que la phthisie appartient à la classe des phlegmasies, ce que déjà nous avions établi, en constatant les adhérences de la plèvre, l'oblitération des vaisseaux et le travail de suppuration qui s'accomplit dans l'intérieur des cavernes.

M. le docteur Linas a communiqué à l'Académie la copie d'une pétition qu'il a adressée dernièrement au Sénat dans le but d'obtenir la *révision des lois répressives de l'exercice illégal de la médecine.*

Cette pétition est conçue dans ces termes :

Messieurs les Sénateurs,

La loi du 19 ventôse an XI dispose :

ART. 1. — Nul ne pourra embrasser la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé, sans être examiné et reçu comme il est prescrit par la présente loi.

ART. 35. — Tout individu qui exercera la médecine ou la chirurgie, ou qui pratiquera l'art des accouchements sans avoir de diplôme, de certificats ou de lettres de réception, sera poursuivi et condamné à une amende pécuniaire envers les hospices.

ART. 36. — Ce délit sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle, à la diligence du commissaire du gouvernement près ces tribunaux.

L'amende pourra être portée jusqu'à 1,000 francs pour ceux qui prendraient le titre et exerceraient la profession de docteur.

A 500 francs pour ceux qui se qualifieraient d'officiers de santé et verraient des malades en cette qualité.

A 100 francs pour les femmes qui pratiqueraient illicitement l'art des accouchements.

L'amende sera doublée en cas de récidive, et les délinquants pourront en outre être condamnés à un emprisonnement qui n'excédera pas six mois.

Enfin, une loi plus récente impose aux médecins exerçants la rétribution d'une patente.

Il est clair que par ces sages précautions le législateur a voulu tout ensemble témoigner sa haute sollicitude pour la santé des citoyens et consacrer les droits des médecins légalement institués.

S'il a entouré l'exercice de l'art de pareilles garanties, s'il a en outre imposé à ceux qui veulent s'y livrer l'obligation d'une longue et onéreuse scolarité, de laborieuses et de solides études, la fréquentation des amphithéâtres d'anatomie, un stage assidu dans les hôpitaux, des examens nombreux, des épreuves probatoires variées, des certificats d'aptitude et un diplôme, c'est qu'il a compris qu'il était de son devoir de protéger la santé des citoyens contre les attentats audacieux de l'ignorance, de l'imposture et du charlatanisme, non moins que de garantir leurs biens contre le pillage des fripons, et de défendre leur vie contre les attaques des malfaiteurs.

Et pourtant, au mépris des lois plus sacrées encore de l'humanité, des légions de charlatans et d'imposteurs de l'un et de l'autre sexe infestent les villes et les campagnes, exercent au grand jour leur coupable industrie, s'affichent impudemment sur les murs ou à la qua-

---

ici l'affaire devient réellement embarrassante, et il est difficile de croire que de tels hommes se soient laissé tromper après le vulgaire.

Quatrième exemple. Je n'emprunte rien d'Hippocrate ni de Galien, par pur respect filial, mais je vais prier le bon Ambroise Paré de vouloir bien me fournir l'un des chapitres de sa collection bouffonne (livre XXVe traitant des monstruosités).

Portrait prodigieux d'un monstre-chien ayant la tête semblable à une volaille. — L'an 1571, à Anvers, la femme d'un compagnon imprimeur, nommé Michel, demeurant au logis de Jean Mossin, à l'enseigne du *Pied-d'Or*, le propre jour de saint Thomas, sur les dix heures du matin, accoucha d'un monstre représentant la figure d'un vrai chien, excepté qu'il avait le cou fort court et la tête ni plus ni moins qu'une volaille, toutefois sans poil, et n'eut point de vie, parce que ladite femme accoucha avant terme, et à l'heure même de son enfantement cet épouvantable monstre, jetant un fort horrible cri (chose esmerveillable), la cheminée du foyer tomba par terre, sans aucunement offenser quatre petits enfants qui étaient à l'entour du foyer.

Louis Cellié écrit avoir lu dans un auteur approuvé, qu'une brebis conçut et agnela d'un lion, chose monstrueuse en nature.

Cinquième exemple. C'est une histoire conservée par tradition authentique, et constamment renouvelée de nos jours :

Un pauvre homme fort rusé, mais à bout de moyens, imagina de faire voir un cheveu de la sainte Vierge; il construisit avec le peu qui lui restait une jolie petite châsse de bois d'ébène; il la garnit au dedans de velours, le tout étant bien clos, excepté d'un côté, il y adapta un verre grossissant, et s'en alla par le monde menant une vie de fête et de bombance; car chacun voulait voir, tout le monde voyait le divin cheveu, et chacun payait; enfin arrivé un jour dans un village, il exhiba la miraculeuse boîte; mais il s'y trouva un individu qui, après avoir bien regardé, déclara qu'il ne voyait rien. — Je suis bien aise de vous rencontrer enfin, lui dit l'homme à la châsse, car depuis sept ans vous êtes le premier qui me faites cette observation. Vous ne voyez pas le cheveu, dites-vous? Cela ne m'étonne pas, car moi qui vous parle, et qui l'ai fait voir à tant de gens et depuis si longtemps; je ne l'ai jamais vu, par une bonne raison, c'est qu'il n'y est pas.

On nous a parlé, il y a quelque temps, d'un nouveau moyen d'engourdir le monde; on appelait cela, je crois, l'*hypnotisme*; mais il n'en est plus question : *requiescat in pace*. La nouvelle du moment est qu'un savant d'Allemagne vient de découvrir, au moyen du microscope, la *cellule du pus* accolée aux murs d'un hôpital de Vienne où il régnait une ophthalmie contagieuse. Nous savons, nous avons dit, écrit, imprimé, que les hôpitaux étaient des lieux insalubres; nous avons démontré que l'homme sain, et moins encore l'homme malade, n'étaient pas faits pour vivre en bandes, etc.; mais nous n'avions ni vu ni touché la cause du mal. Sans nier absolument la possibilité de cette découverte, défions-nous en; ce sont les merveilles microscopiques qui m'ont remis en la mémoire les histoires que je viens de vous raconter.

Je ne conteste pas qu'il puisse peut-être arriver que des verres grossissants soient quelque chose d'utile; mais je ne puis m'empêcher de vous faire observer qu'en ce moment il y a à craindre qu'il n'en soit fait abus, les prophètes de cette révélation plus ou moins nouvelle étant dans la position des autres, puisqu'ils voient par un trou mystérieux dans lequel tout le monde ne peut regarder. Tenons-nous en garde, et ayons présent à la mémoire que, malgré tant et tant de publications sur la matière, l'Académie de médecine, dans une discussion très-animée touchant la contexture des tumeurs à récidive, a déclaré ne pas avoir encore été suffisamment éclairée sur ce point par le microscope.

Mon but en écrivant ceci n'a pas été de jeter la défaveur sur une chose que je connais peu, mais j'ai voulu vous inviter à vous tenir en garde contre une assertion qui me paraît pour le moins fort louche.

Cela dit, je fais les vœux les plus sincères pour que les puits de science, et tous ceux qui ont les vues les plus fines, veuillent bien nous donner pour l'hiver prochain un remède qui guérisse *vraiment* les engelures, un autre pour empêcher le mal de dents, plus quelques recettes utiles s'ils en connaissent, et par recommandation expresse, que le *tout soit très-visible à l'œil nu.*

Dr Amédée JOUX.

---

trième page des journaux, trompent le peuple, exploitent indignement la crédulité des malades, empoisonnent la santé de ceux qu'ils prétendent guérir, lèsent les droits des vrais médecins et portent préjudice à leurs plus graves intérêts.

Or un tel excès d'audace vient de ce que la pénalité actuelle en cette matière est tellement illusoire, qu'elle équivaut presque à l'impunité.

L'expérience de tous les jours démontre, en effet, que les dispositions légales précitées, malgré toute leur sagesse, sont insuffisantes à réprimer de si condamnables abus et impuissantes à entraver la contrebande médicale, toujours habile à glisser dans les mains de la justice à la faveur de mille déguisements.

Il importe donc, Messieurs les Sénateurs, de mettre un frein à ce débordement de charlatanisme et d'arrêter le commerce interlope des herboristes, des magnétiseurs, des somnambules, des médicastres, des empiriques, des rhabilleurs, des rebouteurs, des redresseurs, des guérisseurs mâles et femelles, des docteurs en jupon, des médecins sans diplôme et des praticiens sans patente. Il importe d'anéantir ce fléau social et de couper la dernière tête à cette hydre malfaisante, si prompte à renaître et si ingénieuse à se multiplier.

A cet effet, j'ai l'honneur d'adresser au Sénat la présente pétition, tendante à :

1° Reviser les articles 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an XI ;

2° Introduire dans la législation relative à la répression de l'exercice illégal de la médecine, afin de rendre cette répression plus efficace, des dispositions plus sévères qui soient de nature à effrayer les faux médecins, à châtier comme elle le mérite leur odieuse effronterie, à les placer enfin dans l'impossibilité de faire une concurrence illicite aux vrais médecins et de continuer une criminelle industrie, qui constitue à la fois une escroquerie, une imposture, un outrage à la morale, un attentat à l'humanité, un danger permanent pour la santé publique, non moins qu'une atteinte aux droits et aux intérêts d'une classe de citoyens soumis à une patente et à des obligations légales spéciales.

PLAIES SUPPURANTES. — HUILE DE PÉTROLE.

L'ancienne hippiatrie faisait un fréquent usage de l'huile de pétrole dans le traitement des blessures. Frappé des succès obtenus par cette huile à la clinique de l'École de Lyon, M. Zundel, vétérinaire à Mulhouse, a continué à en faire usage dans sa pratique. Il emploie la formule suivante :

Huile de pétrole.	20 grammes.
Ether.	20 —
Alcool.	80 —
Eau.	80 —

Ce traitement favorise le bourgeonnement et hâte le travail de cicatrisation. M. Zundel n'emploie pas toujours l'huile de pétrole blanche ; il fait aussi usage de l'huile de naphte (pétrole bitumineux) dans les proportions de 250 grammes sur 500 gr. d'alcool de bois et 4,000 grammes d'eau. Dans l'Alsace, ainsi que le fait remarquer M. Zundel, l'huile de pétrole est employée à titre de panacée dans le traitement d'un grand nombre de blessures de l'homme et des animaux.

« Il y a une vingtaine d'années, dit l'auteur, je l'ai employée contre les maux de garot et d'encolure. Je n'ai pas remarqué que cette huile hâtât beaucoup la cicatrisation de ces affections récentes, mais j'ai constaté qu'elle était un excellent anti-putride et un bon modificateur des plaies anciennes. »

(*Journ. de méd. vétér. de Lyon.*)

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE.

M. Wright conseille la formule suivante :

Vin d'antimoine.	20 gouttes.
Teinture d'aconit.	4 gouttes.
Tartrate de potasse et de fer. . . .	4 décigr.
Eau distillée.	30 grammes.

Pour un adulte, on administre cette dose trois fois par jour, et deux fois durant la nuit.

L'auteur ne donne pas cette formule comme exécutoire invariablement dans tous les cas. Si la toux continue, on augmente la proportion d'antimoine. — Si les symptômes laryngiens prédominent, on donnera plus d'aconit. — Enfin, si l'on a affaire à un enfant pâle et émacié, ce sera le fer dont on devra accroître la dose.

(*The Lancet.*)

L'usage des bains à l'hydrofère devient de plus en plus général. Cela seul suffirait peut-être pour en démontrer l'efficacité. Cependant, pour être bien assuré qu'il y a dans cette vogue autre chose qu'une affaire de mode ou d'engouement, l'honorable inventeur a fait appel à l'appréciation du corps médical tant en France qu'à l'étranger, et un grand nombre de médecins distingués lui ont envoyé les témoignages les moins équivoques de leur satisfaction. Voici le certificat qu'il a reçu du docteur Doubowitzki, de Saint-Pétersbourg.

CERTIFICAT.

Jean-Joseph Wilden, sujet français, en arrivant à Saint-Pétersbourg, a apporté avec lui et monté à ses frais au deuxième hôpital militaire des troupes de terre, dans la division des maladies de la peau, pour qu'il y soit essayé, un appareil de balnéation nommé *hydrofère*, inventé par un ami de M. Wilden, M. Mathieu (de la Drôme). Dans cet appareil, l'eau ou tout autre liquide médicinal, chassé par la pression de l'air comprimé, s'échappe en poussière ténue, et couvre continuellement d'humidité toute la surface du malade assis dans l'appareil.

D'après le compte rendu de M. Koulakocoski, professeur ordinaire de l'Académie de médecine et de chirurgie, conseiller d'État, chargé de la division des maladies de la peau, cet appareil a été appliqué par lui presque pendant trois mois à la guérison des maladies chroniques de la peau, comme : lichen, prurigo, herpetis circinnatus, eczéma, psoriasis, et il l'a reconnu utile et commode : utile, parce que la guérison des formes les plus opiniâtres des psoriasis, herpetis circinnatus, a été obtenue d'une manière certaine, et quatre fois plus vite au moyen des bains à l'hydrofère que par les bains ordinaires ; commode, parce qu'à l'aide d'une faible quantité de liquide (4 stoffs) on peut prolonger son action pendant toute une heure, ce qui permet de donner sous forme de bains toutes les eaux minérales naturelles, des dissolutions médicinales saturées et des remèdes d'un prix élevé. Outre l'action des remèdes composés, l'effet de ces bains dépend évidemment aussi des changements de température, qu'on peut produire à volonté, et de l'excitation de la peau, qu'on provoque à son gré.

Toutes ces conditions réunies font de l'hydrofère *un des modes de guérison les plus utiles* et promettent des applications importantes aux autres branches de la thérapeutique.

Vu le compte rendu de M. le professeur Koulakocoski, nous avons délivré ce certificat à M. Wilden, après y avoir apposé notre signature et le sceau de la couronne.

Saint-Pétersbourg, le 22 mai 1861.

Le président de l'Académie impériale de médecine et de chirurgie de Saint-Pétersbourg, conseiller d'Etat actuel, chevalier,
(signé) J. DOUBOWITZKI.
(signé) *Le secrétaire*, ZOLOUYWOSKI.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er juillet 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

M. BOUSSINGAULT met sous les yeux de l'Académie un trophée d'Indiens américains du Rio-Pasasa, un des affluents des Amazones ; c'est la peau du crâne et de la face d'un ennemi tannée par un procédé qui diminue l'étendue des surfaces sans en altérer les proportions.

Action du venin des serpents sur eux-mêmes. — M. GUYON, correspondant de l'Académie, communique un travail sur cette question de physiologie : « Le venin des serpents exerce-t-il sur eux-mêmes l'action qu'il exerce sur les autres animaux ? »

Cette question, dit l'auteur, pour la vipère commune ou aspic (*Vipera aspis*), semblerait être résolue par la négative depuis les expériences de l'illustre Toscan Fontana, expériences d'où il résulte que le venin de la vipère aspic a été absolument sans action sur quinze individus de cette même vipère.

Ces expériences de Fontana se trouvent corroborées par un fait observé dans ces derniers temps par M. Alfred Dugès. Il s'agit d'une vipère, de l'espèce commune, qui, excitée par des manœuvres extérieures, s'implanta ses crocs dans sa mâchoire inférieure sans qu'il en résultât rien de fâcheux pour l'animal.

Ce que nous venons de dire de l'innocuité pour elle-même du venin de la vipère aspic, nous le répétons de la vipère fer-de-lance ou bothrops de la Martinique et îles voisines (*Bothrops lanceolatus*), nous fondant sur des expériences qui nous sont propres.

Le venin employé dans ces expériences était fourni ou par des vipères vivantes, ou par des vipères tout récemment tuées ; il était introduit, par les crocs de ces mêmes reptiles, dans les parties choisies pour l'inoculation. Cette introduction s'opérait d'abord naturellement, à l'instant de la pénétration des crocs, puis à l'aide d'une compression graduée de leurs vésicules ou réservoirs venimeux.

M. Guyon rapporte les expériences qu'il a faites à diverses époques : celles qu'il a faites en 1823 et 1824, et qui sont consignées dans sa thèse soutenue à Montpellier en 1834, et celles qu'il a faites depuis en Afrique.

Voici en quels termes il résume les résultats de ses observations :

« Nous venons de voir que le venin de la vipère aspic (de l'Europe méridionale), du bothrops fer-de-lance (de la Martinique et îles voisines), du trigonocéphale noir ou piscivore (de la Louisiane), de l'échidnée heurtante (du Sénégal), de l'échidnée mauritanienne (de l'Algérie), de l'échidnée à queue noire et du céraste ou vipère cornue (des sables de l'Afrique) ; nous venons de voir, dis-je, que le venin de ces différents reptiles, introduit dans leur tissu, et par suite dans toute leur économie, y est demeuré absolument sans action, et chez l'individu même qui l'avait sécrété ou produit, comme chez celui auquel il avait été communiqué ou transmis, soit dans la même espèce, soit d'une espèce à une autre.

» Maintenant, cette innocuité pour eux-mêmes du venin des serpents que nous venons de nommer existe-t-elle également pour tous les autres serpents ? L'analogie sans doute permet de le supposer.

» Or, il résulte de nos expériences que cette action sur les serpents non venimeux et autres reptiles est toujours plus ou moins lente et n'offrant *jamais* rien de comparable, sous ce rapport, à celle qu'il exerce sur les animaux à sang chaud. C'est, du reste, ce qui résulte également des expériences de l'abbé Fontana, sur plusieurs serpents non venimeux et autres reptiles, comme aussi de celles plus récentes, sur de semblables reptiles, de M. Alfred Dugès, dans son *Résumé zoologique sur les vipères de France*.

» Ou nous nous trompons fort, où il ressort des faits qui s'y trouvent énumérés, *faits d'observations et faits d'expériences*, qu'à cette loi établie par l'abbé Fontana : *Que le venin de la vipère d'Europe n'en est point un pour son espèce*, devrait ou pourrait être substituée celle-ci, plus générale, savoir : *Que le venin des serpents n'en est point un pour eux-mêmes, ni pour l'individu qui le fournit, ni pour celui à qui il est transmis, dans aucune espèce, soit dans la même espèce, soit d'une espèce à une autre.* »

M. ALEX. MAYER, qui avait précédemment soumis au jugement de l'Académie un appareil destiné à porter directement dans les voies aériennes les substances médicamenteuses, appareil désigné sous le nom d'*inhalateur*, en présente aujourd'hui un nouveau modèle auquel il a fait subir diverses modifications qui doivent en rendre l'emploi plus sûr en même temps que plus commode pour les malades.

(Commissaires précédemment nommés : MM. Andral, J. Cloquet.)

M. JODIN adresse, de Stenay, la suite de ses recherches sur le développement des mucédinées.

(Renvoi à l'examen de la commission désignée pour une précédente communication de l'auteur, commission qui se compose de MM. Chevreul, Milne-Edwards, Decaisne, Regnault et Bernard.)

M. BOSFORD adresse de Stratford-Grove, comté d'Essex (Angleterre), la formule d'un médicament qu'il dit avoir réussi contre le choléra-morbus toutes les fois qu'il était donné à temps. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

M. MILNE-EDWARDS présente une série d'ouvrages sur l'histoire naturelle des vers intestinaux, par M. Molin, professeur à l'Université de Padoue ; il appelle également l'attention des zoologistes sur les recherches du même auteur relatives à la structure du cœur des Ophidiens.

Les publications de M. Molin sur les vers intestinaux sont renvoyées au concours de médecine et de chirurgie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 4 avril 1861. — Présidence de M. MAGNE, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le docteur Foucher, chirurgien des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine, adresse un travail intitulé : *Traitement de la chute du rectum chez les enfants par les injections sous-cutanées de sulfate de strychnine*, et demande le titre de membre titulaire.

(MM. Mallez et Elleaume).

Appétits bizarres chez les scrofuleux. — M. CARON, à l'occasion du procès-verbal, demande à présenter une observation. Dans la dernière séance, M. Legrand a fait quelques objections à ma remarque sur les appétits bizarres que l'on rencontre quelquefois chez les scrofuleux. Depuis cette époque j'ai fait de nouvelles recherches sur ce sujet, et j'ai pu me convaincre de nouveau, tant par ma propre expérience que par les observations des auteurs, qu'un assez grand nombre de scrofuleux présentent très-certainement, en effet, des appétits singuliers.

M. ELLEAUME a fait la même observation. Il croit que l'on doit rattacher ces phénomènes singuliers à l'état de chlorose qui complique très-souvent la scrofule.

Rapport sur une candidature. — M. CARON lit un rapport sur les travaux de M. Magitot : *Les tumeurs du périoste dentaire*, *l'évolution des dents, etc.*

Sur les conclusions favorables, M. Magitot est nommé au scrutin membre titulaire.

Cancer du poumon. — M. GAUCHER lit un rapport sur un travail présenté par M. le docteur Aviollat, à l'appui de sa candidature. En voici un extrait :

Le travail de M. Aviollat repose sur un assez grand nombre d'observations dont quelques-unes appartiennent à l'auteur. Le sujet est traité complétement et les développements portent sur les questions les plus importantes. L'auteur, après quelques mots sur les sources auxquelles il a puisé, aborde dans tous ses détails l'étiologie, le diagnostic et l'anatomie pathologique de cette affection. Il démontre toutes les difficultés inhérentes au diagnostic, souvent impossible au début de la maladie. Qu'il me soit permis à ce propos d'ajouter quelques réflexions.

Tous les auteurs sont d'accord sur la rareté du cancer du poumon. Je pense que l'on est dans l'erreur sur sa fréquence réelle. En effet l'induration ou le ramollissement du tissu pulmonaire est le résultat nécessaire du mal quand il débute, et même lorsqu'il parcourt ses périodes. Nous n'avons pour constater ces altérations pathologiques que l'auscultation et la percussion. Mais les phénomènes propres à ces deux états morbides appartiennent aussi bien à toute induration ou à tout ramollissement de la substance pulmonaire provenant d'une autre cause maladive.

Les produits de l'expectoration sont loin d'être un signe suffisant pour éclairer le praticien. Il est donc extrêmement difficile, sinon impossible, étant donnée une induration pulmonaire, surtout squirrheuse, de préciser à quelle diathèse elle doit son existence. D'un autre côté, les malades atteints d'induration pulmonaire présentent rarement les symptômes généraux identiques : la cachexie cancéreuse se trouve masquée chez ces malades, à cause même du gonflement œdémateux des tissus, variable dans son intensité et dans son siége suivant les points intéressés dans l'organe pulmonaire.

Il est donc probable que bien des cas passent inaperçus et non diagnostiqués : ils sont rangés par les praticiens ordinaires dans la classe des pneumonies chroniques, avec ou sans ramollissement, et l'on néglige de faire les autopsies, certain que l'on croit être de son diagnostic...

M. LEGRAND a vu, il y a quelques années, à Corbeil, un cas de cancer du poumon. Il a noté comme caractère particulier une fétidité cadavérique de l'haleine, qui lui a paru caractéristique.

Sur la demande de M. Milon comment le diagnostic a été établi, M. Legrand répond que l'autopsie a été faite et a éclairé le diagnostic porté pendant la vie.

M. GAUCHER. La fétidité de l'haleine appartient à l'inflammation gangréneuse ; elle ne peut donc pas être un signe pathognomonique du cancer. Du reste, on comprend comment le cancer peut être accompagné d'une inflammation gangréneuse.

M. TERRIER. La question qui s'agite ne peut être élucidée que par des faits ; mais il faut savoir que le plus souvent le cancer se développe à la périphérie du poumon, et que la fétidité ne peut exister quand les bronches restent intactes.

M. DURABEL. J'ai vu un cancer du poumon chez une femme de cinquante-cinq ans atteinte d'un cancer du sein. Cette femme fut tout à coup prise de toux, et succomba en fort peu de temps. A l'autopsie on trouva des masses cancéreuses dans les poumons. Dans ce cas, le diagnostic était plus facile à cause de la présence du cancer du sein. Je me rappelle parfaitement que dans ce cas il n'y avait pas de fétidité de l'haleine.

M. GAUCHER. Le cancer qui siége autour du poumon peut amener une inflammation gangréneuse. Dans la thèse de M. Aviollat, qui, du reste, est très-complète et parfaitement faite, il y a des cas où le cancer est en dehors des bronches ; d'autres où les bronches sont atteintes ; d'autres cas, enfin, où il y a complication d'inflammation. Ces cas sont très-différents, et chaque espèce a des symptômes particuliers.

M. DOUMIC demande si l'auteur a établi une différence entre le

cancer primitif et le cancer généralisé. M. Doumic a vu dans le service de M. Robert une tumeur fibro-plastique du calcanéum. Quelque temps après l'opération, le malade est mort d'une affection pulmonaire. A l'autopsie on a trouvé les poumons farcis de tumeurs fibro-plastiques.

M. GAUCHER. Le diagnostic dans ce cas est très-difficile et souvent impossible. Ainsi j'ai vu un jeune homme qui avait été examiné avec très-grand soin par plusieurs médecins distingués, et l'on ne put reconnaître aucun signe distinctif.

A l'autopsie on trouva les poumons remplis de tubercules.

Les conclusions du rapport étant favorables, M. Aviollat est élu membre titulaire.

Roséole épidémique. — M. le docteur THORE (de Sceaux), correspondant, envoie un travail sur une épidémie de roséole qui a régné en 1860. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 2 juillet.)

Doit-on faire porter un bandage simple ou double aux personnes atteintes d'une seule hernie? — M. JALADE-LAFOND donne lecture de la note suivante : (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 13 juin.)

Mort à la suite d'une injection iodée dans un kyste ovarique. — M. LEGRAND communique le fait suivant :

Il s'agit d'une femme âgée de cinquante-six ans, qui avait déjà subi au mois de mai 1860 une première injection pratiquée après une ponction évacuatrice. Le rétablissement avait été si rapide que la malade, qui avait à peine éprouvé un mouvement de fièvre, était sortie en voiture le huitième jour. Mais il s'était manifesté fort rapidement aussi un retour de l'hydropisie. Mme X... voulut être opérée de nouveau malgré son état de faiblesse, qui motiva l'opposition d'un médecin consultant connu pour sa grande prudence. Une nouvelle ponction fut donc pratiquée, mais par un autre chirurgien non moins habile que le premier.

La première ponction avait paru fort douloureuse à la malade ; la seconde, qui donna issue à sept ou huit litres d'un liquide de bonne nature, le lui parut encore beaucoup plus : elle fut comme la première immédiatement suivie d'une injection iodée faite dans les conditions indiquées par l'auteur de cette méthode. Dans le moment, la malade éprouva une syncope presque complète, mais surtout un refroidissement qu'on ne put pas vaincre malgré tous les soins qu'on y apporta. Puis peu de temps après il survint des nausées qui précédèrent et accompagnèrent le développement rapide d'une péritonite qui se termina par la mort, arrivée quarante-six heures après l'opération.

M. Legrand rappelle en terminant que dans le mémoire qu'il nous a communiqué à l'appui de sa candidature (séance du 7 juin 1860), et qui a été inséré dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* (novembre 1860), il a publié deux faits (obs. II et III) offrant la plus parfaite analogie avec celui-ci, puisque des injections iodées pratiquées dans les mêmes conditions ont eu un résultat aussi malheureux.

Nouveau traitement de l'ongle incarné. — M. LEGRAND donne lecture d'une note sur ce sujet. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 25 juin.)

Le secrétaire annuel, Dr ELLEAUME.

Un jeune élève en médecine, Gustave-Gaston Regnier, fils d'un honorable praticien de Paris, vient de succomber aux suites d'un érysipèle de mauvaise nature contracté dans les salles de la Clinique, où il remplissait les fonctions d'élève externe.

Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs les paroles touchantes que M. le docteur P. Ménière a prononcées sur la tombe de ce malheureux jeune homme. Puissent ces quelques mots partis du cœur apporter quelque soulagement à la douleur de notre confrère !

« La famille médicale compte une victime de plus. Un enfant qui essayait la vie, qui mettait à peine le pied sur le seuil du temple, qui préludait à une initiation sérieuse de notre noble et cruelle profession, a trouvé la mort là où il venait chercher la science qui remédie aux misères de la pauvre humanité.

» Armé d'une éducation complète, consacré par un récent acte probatoire, ce jeune homme, poussé par un instinct héréditaire, voulait devenir docteur à son tour, et remplir la mission dont le loyal accomplissement se reproduisait chaque jour sous ses yeux, et alors même que son nom ne figurait pas encore sur les registres officiels de la Faculté, il s'essayait aux devoirs du métier sous le patronage d'un maître près duquel nos enfants sont sûrs de trouver un bon accueil, de bons conseils et de bons exemples.

» Ce pauvre enfant remplissait avec zèle les pénibles fonctions d'externe bénévole dans le service de M. le professeur Nélaton ; il aidait de son mieux les titulaires ; il écoutait les avis éclairés et bienveillants de MM. les internes ; il commençait à comprendre l'utilité de ce travail quotidien, les soulagements qu'apporte au blessé un pansement bien fait, heureux de se sentir utile, et ardent à perfectionner les faibles connaissances acquises au prix de quelques mois d'une assiduité passionnée.

» Hélas ! il ne devait pas porter bien loin ce fardeau si léger à la jeunesse ! Une maladie aiguë, gagnée dans les salles où règnent trop souvent des formes épidémiques si dangereuses, un érysipèle apparaît, et quelques jours suffisent pour tuer un jeune homme plein de vie et de santé. En vain le professeur Nélaton, si dévoué à tous les étudiants, accourt au chevet du cher malade ; en vain les internes et les externes de l'hôpital des Cliniques veillent jour et nuit près du lit de la victime ; rien n'a pu conjurer une catastrophe prévue, et nous voici réduits à donner des larmes à un enfant qui ne demandait que des sourires.

» Le sort impose à chacun de nous une portion du fardeau commun ; les misères de la vie sont distribuées d'une main libérale, mais il en est parmi nous qui reçoivent plus que leur part, que cette main invisible et cruelle semble poursuivre de ses coups redoutables.

» Le chef d'une famille nombreuse ne réclame pas une immunité complète, le médecin connaît trop la fragilité de ces jeunes existences ! mais il a le droit de se plaindre quand des malheurs exceptionnels l'atteignent dans ce qu'il a de plus cher.

» Un fils aîné s'en va en Crimée, il y trouve la mort. Le second, emporté par les charmes d'une vie aventureuse, est en ce moment chirurgien à bord d'une frégate qui vogue vers les plus lointaines stations de l'océan Pacifique. Un autre, le plus jeune, cédant à un attrait semblable, attend à Cherbourg sur un vaisseau de l'Etat que les vents l'emportent sur la mer orageuse. Puissent-ils tous deux nous revenir sains et saufs et consoler leur mère du chagrin qui l'accable ! Le malheureux enfant à qui nous adressons un dernier adieu semblait se trouver dans des conditions meilleures ; mais la maladie est venue le saisir, et il meurt avant d'avoir entamé sa tâche.

» Dans cet asile où reposent tant de médecins illustres, où nous pouvons voir d'un coup d'œil les tombes d'Antoine Dubois, d'Orfila, de Boyer, de Ferrus, on se console de tant de pertes en songeant à l'existence si remplie de ces vénérables maîtres, aux services éminents qu'ils ont rendus à la science et à l'humanité.

» Mais, en présence de ce jeune homme qui disparaît au moment où il débutait dans la carrière médicale, où il allait acquérir la science nécessaire à l'accomplissement des devoirs de notre profession, où il se préparait à venir en aide à son malheureux père, on se demande par quelle fatalité des infortunes si cruelles sont réservées à un homme qui compte autant d'amis que de confrères, autant d'amis que de clients, et que le sort accable quand il aurait le plus besoin d'un appui !

» Ne murmurons pas trop contre ces décrets de la Providence ; courbons la tête, et plaignons celui qui méritait un meilleur sort ! »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés des 2 et 4 juillet, M. Schimper, docteur ès sciences, conservateur des collections de la Faculté des sciences de Strasbourg, est chargé du cours de géologie et de minéralogie, en remplacement de M. Daubrée, appelé à d'autres fonctions.

M. Brullé, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Dijon, est nommé doyen, en remplacement de M. de Christol, décédé.

M. Lespès, chargé, à titre de suppléant, de la chaire de minéralogie et de géologie, est chargé de ladite chaire, en remplacement de M. de Christol, décédé.

— La Société centrale de l'Association générale des médecins de France a admis, dans sa séance du 5 juillet, neuf sociétaires nouveaux : MM. Fauvel, médecin sanitaire à Constantinople ; Girard, major au 2e régiment de zouaves ; Japiot, médecin aide-major à l'hôpital de Nice ; Pancrazj, médecin-major de l'armée en mission auprès de S. A. le vladika du Monténégro ; Potier-Duplessy, médecin-major à l'hôpital de Sidi-bel-Abbès ; Quesnoy, médecin-major au 57e régiment de ligne ; Termonia, médecin aide-major au 2e régiment de grenadiers de la garde ; Theullier, médecin-major de la gendarmerie de la Seine ; Vezien, médecin-major du 14e bataillon de chasseurs à pied.

— Dans sa séance du 1er juillet, la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles a admis au nombre de ses membres titulaires : M. Rossignol, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles ; M. Prosper Delvaux, médecin du Grand-Hospice, et M. le docteur F. Schuermans.

— M. Borlée, professeur à l'Université de Liége, vient d'être nommé membre correspondant de la Société médico-pratique de Paris.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Fougeu, chirurgien de l'hôpital d'Etampes. M. Fougeu, dont nous avions été à même d'apprécier les excellentes qualités et le zèle intelligent pour l'exercice de son art, était dans la force de l'âge et avait, il y a quelques jours encore, les apparences de la plus belle santé. Nous ignorons jusqu'à présent la cause de sa mort. Les lecteurs de la *Gazette* n'ont sans doute pas oublié plusieurs publications intéressantes que nous devions à notre regrettable confrère. Il nous avait tout récemment confié un nouveau travail que nous publierons incessamment.

— La distribution des prix de l'Ecole d'accouchement de Paris a eu lieu vendredi dernier, sous la présidence de M. le docteur Cullerier, membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique, remplaçant M. le directeur général, empêché, et en présence de MM. les docteurs Danyau, Béraud, chirurgiens professeurs, de M. le docteur Delpech, médecin de la Maternité, et de plusieurs hauts fonctionnaires de l'administration.

Le 1er prix, médaille d'or, théorie et pratique des accouchements, a été remporté par Mlle Pescheux, élève aux frais du département de la Nièvre.

2e prix, Mlle Poulain, élève à ses frais.

3e prix, Mlle Courtois, élève à ses frais.

4e prix, Mme Le Beurrier, élève à ses frais.

Les prix de clinique ont été partagés entre Mlles Rose, élève aux frais du département de l'Orne ;

Devèze, aux frais du département de Tarn-et-Garonne ;

Aubert, élève à ses frais ;

Balségur, aux frais du département de la Dordogne.

Le prix de saignée, Mlle Pescheux, déjà nommée.

Le prix de vaccine, Mme Cleveland, élève à ses frais.

Le prix de botanique, Mlle Courtois, déjà nommée.

ERRATUM. — Dans l'article sur l'emploi de l'iodure de potassium, inséré dans l'avant-dernier numéro, à la fin du 5e alinéa, *au lieu de* l'effet n'en a pas été produit très-rapidement, *lisez* : l'effet n'en a pas moins été produit, etc.

Les eaux et les maladies qui réclament leur emploi. — Petit poëme mnémonique, par le docteur FOUCAUD DE L'ESPAGNERY. Prix : 2 fr. Chez Asselin, successeur de Labé, libraire, place de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Séance de l'Académie de Médecine.

PARIS, 10 JUILLET 1861.

Après deux rapports de MM. Briquet et Chatin, dont les objets sont indiqués au compte rendu, l'Académie a repris la suite de la discussion sur la morve. M. Guérin, peu satisfait, et non sans quelque raison, des réponses faites à ses questions par M. Bouley, les a renouvelées avec de nouveaux développements et en leur donnant cette fois une forme qui en change quelque peu le caractère. Il ne demande plus cette fois si des chevaux offrant isolément quelques-uns des symptômes de la morve ou l'ensemble des symptômes atténués de la maladie, peuvent être considérés comme atteints d'une morve mitigée, susceptible de guérison ; pour lui cela n'est pas douteux. Ce n'est plus une question, c'est une affirmation. On a vu ce qu'en pense M. Bouley. Il n'y a donc plus guère de chance maintenant de voir survenir un accord entre eux. Qui nous éclairera sur ce dissident? L'autorité de M. Bouley en cette matière est grande assurément et parfaitement incontestée ; mais enfin il est le seul de la section de médecine vétérinaire qui ait pris la parole jusqu'à présent. On nous permettra de suspendre notre jugement jusqu'à ce que nous ayons entendu ses collègues.

M. Renault a retenu la parole pour mardi prochain ; nous croyons savoir que M. Delafont parlera aussi. Espérons que de ce nouveau concours jailliront quelques lumières nouvelles qui nous permettront de démêler la vérité toujours plus ou moins obscurcie, tant que le débat se maintient entre deux termes complètement contradictoires.

Mais M. Guérin ne s'est pas borné à la question de fait, dominée à ses yeux par une question de principe, savoir : la substitution de la notion étiologique de la maladie à la notion symptomatologique. Ici il se trouvait en face de M. Bouley et de M. Tardieu à la fois. M. Tardieu avait fait à M. Guérin le reproche de voir la morve de trop haut ; M. Guérin lui a renvoyé à son tour le reproche de la voir de trop près. Rien de plus aisé que de les mettre d'accord, car c'est en voyant les choses de haut et de près à la fois qu'on est sûr de les bien voir. Et de fait, après les courtes et nettes explications qu'a données M. Tardieu, il n'y a réellement pas de désaccord entre eux sur ce point. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. Alph. GUÉRIN.

Du chancre induré (1).

(Leçons recueillies par M. PICARD, interne du service.)

Nous avons déjà consacré une leçon à l'étude du chancre induré (2) ; nous étudierons aujourd'hui la marche de cet ulcère, son diagnostic et sa terminaison. Je me réserve d'embrasser d'un seul coup d'œil les questions de doctrine, que vous comprendrez bien plus aisément lorsque vous serez édifiés sur les éléments de la discussion.

Le chancre induré est ordinairement indolent à son début, c'est à peine s'il s'annonce par un peu de prurit ; il naît à la manière des tumeurs malignes, qui envahissent nos tissus sans prévenir et sans crier *gare*.

Les femmes, en particulier, paraissent d'une insensibilité remarquable à ce travail pathologique. Le plus souvent elles ne soupçonnent la vérité qu'à une période avancée de l'ulcération, et parfois leur attention est attirée non par l'existence du chancre, mais par l'œdème qui le complique.

On dit que le chancre débute constamment par une pustule. Je n'ai pas de raisons pour dire le contraire ; mais à l'époque où l'on faisait naître ainsi le chancre induré, n'oublions pas qu'on le confondait avec le chancre mou.

N'ayant point été tenté d'inoculer le chancre infectant sur des sujets sains, je n'ai jamais eu l'occasion d'assister à la naissance de cette espèce d'ulcération, car les femmes n'entrent à Lourcine qu'à l'époque où le volume des parties, un suintement purulent, ou tout autre symptôme attire forcément leur attention.

M. Ricord professe que l'ulcération peut s'établir d'emblée. Je ne veux pas nier ce fait, mais je crois pourtant que cette opinion repose sur une mauvaise observation. Un malade s'écorche, se fait une plaie qui reste ouverte pendant quelques jours, puis elle se ferme, et au bout d'un certain temps d'incubation, moindre peut-être que lorsqu'il n'y a pas eu d'écorchure, une ulcération se produit. Comme le travail ulcératif trouve des tissus mal cicatrisés, l'ulcère apparaît vite, et le malade assure que la plaie ne s'est jamais fermée. J'affirme qu'elle a dû se fermer, si par des manœuvres malhabiles ou par un traitement intempestif on ne s'est pas opposé à sa cicatrisation.

L'induration apparaît peu de jours après le début de l'ulcération. M. Ricord pense qu'elle est très-rare avant le troisième jour ; que le plus souvent elle se produit vers la fin du premier septénaire. Ce n'est que très-rarement, suivant cet auteur, que l'on voit un chancre s'indurer dans la troisième semaine. La difficulté que l'on éprouve pour constater l'induration chez la femme est de nature à faire croire qu'elle se produit vite et disparaît de même.

Babington a soutenu que l'induration envahit les tissus avant que le travail ulcératif s'y produise. Mais c'est là une erreur. Elle est toujours précédée par un commencement d'ulcération.

On a dit que l'induration est en rapport avec la richesse en vaisseaux lymphatiques de la partie ulcérée. Ce que l'on observe chez la femme me semble en contradiction flagrante avec cette assertion. Les lymphatiques, en effet, forment à la vulve des réseaux extrêmement abondants : il est peu de tissus qui en aient d'aussi riches. Et cependant l'induration est beaucoup moins fréquente chez la femme que chez l'homme. Si vous avez injecté ces vaisseaux au mercure, vous avez pu voir que la vulve entière est couverte d'un réseau dont les mailles sont tellement serrées qu'il semble que toute l'injection soit une couche argentée, appliquée sur la préparation. Les lymphatiques des grandes et des petites lèvres, du vestibule et de la fourchette entourent entièrement l'orifice vaginal. A ce réseau viennent se rendre les vaisseaux lymphatiques de la moitié antérieure du vagin, et ceux de la membrane muqueuse de l'urèthre, ce qui explique comment le bubon de l'aine peut se montrer dans l'uréthrite. De ces réseaux naissent 3, 4 ou 5 troncs assez volumineux, qui vont se jeter dans les ganglions superficiels et internes de l'aine. Que l'on cherche donc une autre explication de l'induration, si l'on tient à en donner une.

La cicatrisation du chancre induré se fait d'une manière très-remarquable : elle s'opère de la circonférence au centre ; le cercle primitif se restreint, un autre cercle se reproduit en dedans du premier, et celui-ci se resserre vers le centre, de telle sorte que ces anneaux successifs semblent presser la portion encore ulcérée du chancre et l'exprimer en la rendant plus saillante. C'est à cette période que le chancre induré mérite le nom d'*ulcus elevatum*.

L'induration survit à la cicatrisation et persiste quelquefois pendant un temps très-long : on dit l'avoir observée pendant des années. Cette remarque, faite sur l'homme, n'est pas vraie pour la femme. En général, l'induration chez elle disparaît vite, et dès que les plaques muqueuses apparaissent, il est difficile de dire où était le chancre infectant, et l'on peut se demander si même il a existé.

Chez l'homme la cicatrice du chancre induré présente parfois des stigmates bronzés. On les observe surtout sur la peau fine qui recouvre la verge. Je n'ai jamais vu ces taches brunes chez la femme ; chez elle les cicatrices sont blanches et ne se distinguent point par leur couleur et leur aspect de la cicatrice qui succède à une ulcération simple

Quand une fois le chancre induré s'est cicatrisé, il ne récidive pas.

Au lieu de se guérir comme nous venons de l'indiquer, il peut se transformer en plaque muqueuse. Peut-il subir la déviation phagédénique?

Nous avons déjà dit ailleurs que cette transformation est très-rare pour le chancre infectant.

Chez deux femmes je l'ai vu s'étendre par gangrène. Dans l'un des cas, cet accident se borna ; dans l'autre la femme mourut.

Avant d'aller plus loin, permettez-moi d'attirer votre attention sur l'adénopathie qui accompagne le chancre infectant.

Il faut distinguer deux sortes d'adénopathies : celle qui répond à la partie où l'infection a débuté, et celle qui signale sur d'autres points les manifestations constitutionnelles de la maladie.

L'appareil génito-urinaire et l'anus étant chez les femmes les parties où débute l'infection, les premiers ganglions qui seront affectés devront se trouver aux aines. Chez les nourrices, ce seront les ganglions sous-pectoraux et axillaires ; les ulcérations de la bouche auront leur premier retentissement sur les ganglions sous-maxillaires.

Quel que soit par la suite le point de départ de la vérole, les chaînes ganglionnaires se prennent sur différents points du corps : ce sont les ganglions post-cervicaux, ceux qui se trouvent derrière l'extrémité supérieure du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, puis la chaîne du bord antérieur de ce muscle, et celle des ganglions qui se trouvent à la naissance du plexus brachial, entre les deux scalènes. On trouve ensuite les ganglions de l'aisselle, et enfin le ganglion sus-épitrochléen, qui est le plus tardif et le plus persistant : c'est lui qui dans certains cas reste comme le dernier indice d'une syphilis incomplètement guérie.

Les ganglions profonds n'échappent pas plus que les superficiels à l'induration. C'est ce qu'on peut constater toutes les fois que l'on a l'occasion de faire l'autopsie des individus qui ont succombé pendant la diathèse syphilitique.

Les ganglions qui ont subi la transformation propre à la syphilis sont indurés et indolents. Comme ils sont devenus volumineux, on dit qu'ils forment une *pléiade*. Reliés les uns aux autres par des cordons durs et résistants, ils roulent sous la peau, et se distinguent aisément des tissus environnants, qui ne sont ni douloureux, ni enflammés, ni modifiés.

Dans le début de la vérole, ils sont tous tuméfiés et d'une consistance chondroïde. Celui dans lequel se rendent les lymphatiques, venant directement de la partie primitivement affectée, se distingue souvent par son volume, qui l'emporte sur celui de ses voisins. Il est ordinairement le plus proche du point ulcéré. Quand le chancre a son siége sur une lèvre du côté droit, c'est à droite que l'on trouve les ganglions les plus volumineux ; quand l'ulcération siége sur le clitoris, les ganglions sont également développés des deux côtés.

Les ganglions s'indurent en même temps que le chancre qu'ils accompagnent, c'est-à-dire vers la fin du premier septenaire ou au commencement du second.

En parlant du chancre mou, j'ai dit que chez la femme les vaisseaux lymphatiques enflammés ne sont point, comme sur la verge de l'homme, visibles à travers la peau ; mais quand un chancre induré siége à la vulve, on peut souvent sentir avec les doigts les vaisseaux lymphatiques indurés au milieu du pannicule graisseux qui double la peau du mont de Vénus. Quand la malade est maigre, on pourrait parfois compter les cordons durs et arrondis formés par les vaisseaux.

Les ganglions indurés sont-ils les satellites obligés du chancre infectant? On peut d'une manière générale répondre affirmativement ; mais cette induration ganglionnaire est parfois bien peu marquée. Je crois pouvoir affirmer qu'elle est en raison directe de l'intensité de la syphilis.

Le chancre infectant a des caractères qui le distinguent de toutes les autres ulcérations, aussi le diagnostic de cet ulcère n'offre-t-il aucune difficulté, lorsque l'induration est nette et qu'elle a envahi les ganglions ; mais il y a des cas dans lesquels on a besoin de beaucoup de prudence pour ne pas être induit en erreur.

On ne confondra pas le chancre infectant avec une plaque muqueuse, si on se souvient des signes du chancre. Je sais bien qu'une plaque muqueuse peut avoir quelque ressemblance avec cet ulcère, surtout quand elle a son siége sur une grande lèvre œdématiée. Elle peut alors avoir jusqu'à un certain point une consistance qui rappelle celle des tissus indurés. Mais les plaques muqueuses sont rarement isolées chez la femme, et puis, en les pressant dans le sens transversal, on n'a pas la même sensation qu'en palpant dans le sens de la longueur de la grande lèvre.

Ajoutez à cela que les plaques muqueuses de la vulve s'accompagnent souvent de lésions semblables à l'isthme du gosier, et que jamais elles ne sont entourées par le cercle de tissu fibroplastique qui entoure le chancre.

Ce diagnostic a d'ailleurs moins d'importance qu'autrefois, maintenant que l'on considère les plaques muqueuses et le chancre infectant comme une manifestation d'une infection de l'économie, et que leur contagion n'est plus niée par personne.

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 juillet.

(2) Il s'est glissé dans le compte rendu de la dernière leçon plusieurs erreurs typographiques que le jugement des lecteurs aura certainement rectifiées, notamment celle qui porte sur un nom propre à l'égard duquel il n'y avait pas possibilité de prendre le change.

Quand au voisinage de la vulve on trouve des tissus indurés, il ne faut pas trop se hâter d'y voir la trace d'un chancre infectant. J'ai vu l'orifice d'une fistule de l'anus qui avait été pris pour un chancre induré par un homme qui se croyait très-fort en syphiliographie.

Vous rencontrerez aussi des furoncles en voie de guérison qui pourront vous faire hésiter un instant.

On peut encore être embarrassé par certaines ulcérations à fond rouge et à bords nets, qui succèdent à la cautérisation des végétations par des acides concentrés; il suffit que l'on soit prévenu pour que l'erreur soit évitée; du reste, le fond de ces ulcérations n'est pas induré comme celui du chancre dont je m'occupe en ce moment.

Pour reconnaître le chancre infectant sous toutes ses formes, il faut que vous sachiez qu'il peut revêtir celle de l'ecthyma, plus rarement à la vérité chez la femme que chez l'homme. Je n'ai vu ce chancre qu'à la portion externe des grandes lèvres et sur le pubis, sur les parties, en un mot, qui sont recouvertes par la peau.

Personne ne doute plus de la possibilité qu'un chancre existe dans l'urèthre; on sait tout le parti que M. Ricord en a tiré pour soutenir que la blennorrhagie est une maladie purement locale. Mais les chancres de l'urèthre que l'on inoculait sur le malade lui-même, et qui produisaient la pustule *caractéristique*, n'étaient pas des chancres de nature à infecter la constitution. La raison invoquée était donc mauvaise, eh bien, plus que toute autre, elle a influencé notre génération médicale pour l'amener à reconnaître que la blennorrhagie n'est jamais syphilitique.

Les chancres que l'on inoculait et que l'on inoculerait encore si la chose pouvait être de quelque utilité, ne sont pas les seuls que l'on rencontre dans le canal de l'urèthre. On peut y trouver un chancre induré; dans ce cas, le diagnostic est entouré de grandes difficultés. N'étant pas inoculable sur le malade lui-même, l'ulcère ne peut être reconnu qu'à une induration plus ou moins marquée dont on constate l'existence à l'aide du doigt indicateur introduit dans le vagin. Chez la femme, il arrive assez souvent que le chancre induré existe près du méat, dont il maintient les bords béants. Le diagnostic est alors plus facile.

Quand le chancre infectant a son siége sur les petites lèvres, ou sur le clitoris, il revêt la forme *parcheminée*, à induration superficielle. On peut alors avoir quelque peine à le distinguer des plaques muqueuses. Pour établir un diagnostic précis, on se souviendra que le chancre est entouré d'un cercle proéminent, et que, dans ce point, à l'absence d'induration les plaques muqueuses joignent un aspect opalin.

Les chancres du col sont rarement de nature à infecter l'économie. Ceux que l'on y rencontre sont, dans l'immense majorité des cas, des chancres mous. On aura l'explication de ce fait, si l'on réfléchit que le pus des derniers est excessivement contagieux, tandis que le produit de sécrétion du chancre infectant l'est à un bien moindre degré, et pendant un temps très-court.

Si l'on tient compte de ce que le col est souvent recouvert par le mucus albumineux qui provient de ses nombreuses glandules, on comprendra que fréquemment aussi le virus du chancre induré doit avoir de la peine à se trouver en contact immédiat avec le museau de tanche. Je ne nie pas qu'il y ait des chancres infectants du col; mais, quand ils existent, je crois qu'il est bien rare que l'induration de leurs bords et de leur base puisse être perçue à l'aide du doigt introduit dans le vagin. Si M. Ricord a pu une fois la constater sur le museau de tanche, c'est que dans ce cas il y avait un prolapsus de l'utérus qui permettait de voir le col au dehors de la vulve et de le prendre entre les doigts.

Mon ami le docteur Bernutz, qui a étudié avec soin les chancres du col, professe qu'ils sont presque tous infectants; mais je ne peux pas partager sa manière de voir, parce qu'il ajoute qu'ils sont tous inoculables sur la malade elle-même.

Nous sommes amenés à discuter une question qui domine l'histoire de la syphilis: Peut-on distinguer le chancre non infectant de celui dont la présence est l'indice d'une affection constitutionnelle?

CLINIQUE DE L'ÉCOLE DE REIMS. — M. Landouzy.

De la pellagre sporadique.

(Extrait du compte rendu fait par MM. Benoist et Flamand, internes à Reims.)

(Nous avons donné dans le numéro du 13 juin dernier un compte rendu analytique de la séance du 1er juin, dans laquelle M. le professeur Landouzy a présenté à une réunion de médecins et d'élèves quarante malades atteints de pellagre. L'histoire de ces malades et les savantes considérations dont ils ont été l'objet ont trop d'intérêt pour que nous ne croyions pas devoir les mettre sous les yeux de nos lecteurs.)

Un fait vous a frappés tout d'abord, a dit M. Landouzy: c'est ce nombre si considérable de quarante malades réunis pour une seule leçon, sans qu'un seul ait été pris au delà de dix lieues de Reims.

La pellagre serait-elle donc endémique dans nos contrées comme en Italie, en Espagne ou dans les Landes?

En aucune façon. Nous avons des pellagres à la clinique de Reims, parce que nous les y trouvons, et nous les trouvons ici, comme on les trouverait partout ailleurs, en les cherchant, ou plutôt même sans les chercher, mais uniquement en les distinguant des maladies avec lesquelles on les confond généralement.

Avant d'aller plus loin, résumons le plus brièvement possible l'état actuel de chacun de ces pellagreux, en commençant par ceux que vous avez déjà observés les années précédentes (1).

Parmi ceux-ci, les trois premiers que vous avez revus sont guéris ou en voie de guérison.

La femme de Vitry, atteinte de diathèse pellagreuse pendant neuf années consécutives, s'est maintenue dans l'état de bonne santé déjà constaté l'an dernier, sans retour d'aucun accident.

Le cultivateur de Bourgogne paraît aujourd'hui parfaitement guéri.

Cette année, pour la première fois, la dermatose a manqué, ainsi que tous les autres symptômes, et cet homme, après avoir offert pendant treize ans de suite le type de la diathèse pellagreuse la plus caractérisée, nous paraîtrait aujourd'hui entièrement guéri, si nous ne connaissions les faits de récidive après de longues rémissions.

L'ancien petit frère que vous avez vu à la leçon de l'an dernier, avec érythème noir, lypémanie, voracité, faiblesse extrême, etc., a très-bien passé l'hiver et le printemps, et la peau, si bronzée alors qu'elle ressemblait à une statue dévernie, est maintenant de couleur naturelle. Il reste à ce pauvre homme de la faiblesse et de la rachialgie, mais ces symptômes eux-mêmes ont déjà beaucoup diminué. Quant à la dermatose, elle n'a pas reparu, quoique le malade n'ait pas cessé de se promener dans les jardins de l'hôpital dès qu'il faisait beau. On peut donc le considérer comme en voie de guérison.

A l'exception de ces trois cas, où l'on peut espérer une issue définitivement heureuse, surtout pour les deux premiers, tous les autres ont suivi la marche la plus ordinaire de la pellagre confirmée, c'est-à-dire la marche progressive et fatale.

Un seul est mort cependant: c'est l'homme de Gernicourt (Ardennes), pellagreux depuis quatre ans, et chez qui l'érythème était extrêmement marqué aux pieds et aux mains.

Lypémanie, tentatives de suicide, titubation, dermatose, diarrhée rebelle, etc., sillons de la langue, etc., rien n'avait manqué chez lui.

Sorti de l'Hôtel-Dieu le 28 août en bon état, il avait assez bien passé l'hiver, lorsqu'au commencement de février il fut pris par une diarrhée glaireuse qui durait encore à sa rentrée à l'hôpital le 7 mai. Traité le premier jour pour une entérite chronique, il est reconnu dès le lendemain, par l'un des élèves, pour un de nos anciens pellagreux, et à un examen plus approfondi, on constate effectivement tous les accidents de l'an dernier, sauf l'érythème, dont il ne reste que les vestiges ordinaires.

Le malade ayant succombé trois jours après, le 10 mai, l'autopsie a montré des arborisations intestinales, trois ou quatre ecchymoses dans l'estomac, et un ramollissement marqué de la moelle à trois centimètres au-dessous du bulbe rachidien.

Le cultivateur de Bazancourt amené à la leçon de l'an dernier par notre confrère Urban, est plus gravement atteint cette année.

L'été et l'hiver s'étaient assez bien passés; mais dès le mois d'avril l'érythème a reparu avec intensité, la faiblesse a augmenté, les tentatives de suicide ont redoublé, et on est frappé à son aspect de cette titubation caractéristique qui ne lui permettrait pas de faire quatre pas sans tomber.

Il en est de même du maçon de Bétheny, pellagreux type depuis douze ans, que vous observez depuis trois, et qui a eu son premier accès de folie au printemps de 1860, à l'Hôtel-Dieu.

Après avoir passé sans accidents l'été et l'hiver, le voilà pris à la fin de janvier d'une faiblesse plus grande, d'une diarrhée plus fréquente, avec persistance de sa boulimie habituelle.

Entré dans nos salles le 2 mars, avec une intelligence nette, il est atteint dès le surlendemain d'accès de manie tellement aigus, qu'on est obligé de recourir à la camisole de force et de la lui réappliquer à plusieurs intervalles jusqu'au 25 mai.

Depuis quelques jours seulement il est complétement calme, la diarrhée vient de cesser. Ses mains portent la trace d'un érythème très-léger survenu au commencement d'avril, et sa faiblesse est encore telle qu'on a dû l'apporter ici dans son lit.

Une remarque à faire, c'est que pendant un mois environ que dura l'acuité de la manie, il survint de la fièvre, de l'anorexie et des suffusions séreuses dans les plèvres et aux membres inférieurs.

Plus nous voyons de pellagreux, plus nous rencontrons cet œdème presque général sur lequel nous n'avons pas assez insisté les années précédentes, et qu'on remarque d'ailleurs dans la plupart des affections cachectiques.

Passons maintenant aux cas nouveaux.

Voici d'abord une première série de dix sujets amenés de l'Hôtel-Dieu ou envoyés par nos confrères voisins:

L'un n'est plus qu'un sujet d'anatomie pathologique. C'était une femme de soixante ans, entrée à l'hôpital il y a quinze jours, pellagreuse depuis plusieurs années. Elle a offert comme principaux symptômes récents une lypémanie manifeste, un extrême affaiblissement, une diarrhée incoercible, et un érythème phlycténoïde du dos des mains tellement prononcé, qu'il paraissait d'abord aux élèves le résultat d'une brûlure par l'eau bouillante.

Elle est morte avant-hier, et voici les pièces de l'autopsie:

Les mains présentent encore tous les caractères de l'érythème pellagreux récent, quoiqu'elles aient été conservées dans l'eau alcoolisée. L'estomac est légèrement injecté et un peu rétréci vers le pylore, où l'on remarque un commencement de cancer lardacé. Les intestins sont vivement arborisés, particulièrement dans le premier tiers du jéjunum et de l'iléon. Le côlon présente également quelques arborisations et une érosion d'un demi-centimètre au centre de l'anse descendante.

Le cerveau n'offre aucune altération appréciable. La moelle est manifestement ramollie dans l'étendue de trois centimètres avant la queue de cheval. Est-ce là un ramollissement morbide? Serait-ce seulement un ramollissement cadavérique? On ne saurait, selon moi, faire trop de réserves à cet égard.

Le septième sujet est également une femme affectée d'érythème vernal depuis trois années consécutives. Cette malade, âgée de cinquante-cinq ans, née à Robery (Aisne), est entrée à la Clinique, il y a huit jours, avec tous les signes d'un embarras intestinal.

L'érysipèle noirâtre du dos des mains éveilla aussitôt l'attention de M. le professeur Doyen, et elle a en même temps que cet érythème caractéristique une diarrhée dyssentérique fréquente et rebelle, une rachialgie continuelle, un affaiblissement considérable et une titubation qui ne laissent aucun doute sur le diagnostic, et doivent faire porter un grave pronostic (1).

Le huitième sujet est un teinturier de Thuisy (Marne), âgé de cinquante-cinq ans, entré à la clinique il y a huit jours avec une diarrhée intense.

Le mal paraît avoir débuté il y a deux ans par de la lypémanie; il a voulu plusieurs fois se détruire. Sa démarche est chancelante; il a un appétit vorace malgré sa diarrhée; l'érythème des mains est léger, mais fortement bronzé.

Une remarque importante, c'est que dans un premier séjour que fit cet homme à la clinique, au mois de mars, pour une dyssenterie violente, nous avions tout à fait méconnu la véritable nature de la maladie.

Le neuvième est un carrier de Villers-Franqueux (Marne), âgé de soixante-quinze ans, entré à l'Hôtel-Dieu il y a huit jours.

Atteint depuis de très-longues années d'érythème vernal, il a eu au printemps de l'an dernier une dyssenterie qui dura trois mois. Cette dyssenterie l'a repris il y a trois semaines, et elle a cessé depuis quelques jours. La faiblesse de cet homme augmente notablement depuis le commencement de mai, et sa démarche est tellement chancelante aujourd'hui qu'il tombe à chaque instant, et chez lui, comme chez un assez grand nombre de pellagreux, ces chutes paraissent dues autant à des éblouissements et à une sorte de vertige, qu'à la faiblesse même des membres. L'érythème est à l'état de desquamation. Il se reproduit invariablement chaque année au printemps, et depuis si longtemps que le malade ne saurait en fixer l'origine.

Le dixième est un journalier de soixante-cinq ans, de Saint-Michel (Aisne), qui a déjà eu au mois d'avril de l'année dernière un érythème de la face dorsale des deux mains et une diarrhée abondante qui d'ailleurs n'a presque pas cessé depuis. Le 11 mars de cette année, il rentre à la clinique avec les signes les moins équivoques de pellagre confirmée: peau des mains squammeuse et rosée, langue fortement sillonnée, tristesse extrême, lenteur extrême dans les réponses, rachialgie, hésitation dans la marche, chutes fréquentes, etc. Les pupilles sont inégales chez ce malade, comme dans la paralysie progressive. Y aurait-il ici paralysie progressive en même temps que paralysie pellagreuse? L'observation ultérieure pourra seule permettre de trancher cette question difficile.

Le onzième est un domestique de ferme de Braux-Saint-Remy (Marne), amené par M. le docteur Nidard.

Très-bien portant jusqu'au mois d'août 1860, très-bien nourri, cet homme fut pris tout à coup, et sans aucune cause appréciable, de polydipsie avec polyurie sans traces de sucre ni d'albumine. Ses jambes s'affaiblissent de plus en plus, et il chancelait tellement, qu'entrant un jour dans une auberge pour s'y désaltérer, on refusa de l'y recevoir en lui soutenant qu'il était ivre. Au *nouveau temps*, disait sa femme tout à l'heure, il est devenu triste et battait la campagne.

A cette époque, ses mains et ses pieds se sont enflammés. Il n'a pas eu de diarrhée; au contraire, il a de la constipation et mange depuis l'année dernière avec une voracité inaccoutumée.

On peut remarquer chez lui une légère inégalité des pupilles, les sillons prononcés de la langue, l'œdème des extrémités, et une titubation telle qu'il ne peut marcher sans un bras.

Aux vestiges qu'avait laissés l'érythème, M. Nidard avait reconnu cette pellagre dès l'automne dernier, et les accidents vernaux actuels confirment pleinement son diagnostic.

Le douzième sujet est une femme de cinquante-sept ans, d'Amifontaine (Aisne), envoyée par M. le docteur Soubrié.

A part une sorte d'érysipèle douloureux qui lui survenait au dos des mains depuis douze ans lors des premiers soleils de printemps, elle n'avait jamais été malade, lorsqu'en novembre dernier elle fut prise de coliques fréquentes, et un mois plus tard d'une dyssenterie violente, à dix ou douze selles glaireuses et sanguinolentes par jour.

En même temps, stomatite scorbutique, rachialgie, affaiblissement, titubation.

La diarrhée venait de disparaître spontanément, lorsque le 18 mars, ayant les mains très-saines, elle s'endort au soleil, et se réveille au bout de deux heures en disant à son mari: Je sens mes mains brûlées, voilà mon coup de soleil revenu. Ses mains sont restées depuis cette époque rouges, bronzées, gonflées, crevassées jusqu'au poignet. Depuis quelques jours la desquamation se complète, et cette femme nous a répété que depuis douze ans que se manifeste cet érysipèle vernal, jamais il ne s'est reproduit pendant l'été, quoiqu'elle ne cesse pas un seul jour de se livrer en plein soleil aux plus durs travaux des champs.

Voilà donc encore un cas de pellagre borné jusqu'ici aux accidents cutanés, et qui pour la première fois depuis douze ans envahit le système nerveux et le système digestif.

N'oublions pas un détail plein d'intérêt à cause de sa précision; c'est qu'il y a vingt ans elle eut aux pieds un érythème analogue, mais plus violent, qui n'a pas reparu depuis qu'elle porte des bas, et qu'il y a douze ans elle eut, en même temps que l'érythème des mains, une grande faiblesse des jambes pendant quelques semaines.

Ajoutons enfin qu'elle a l'intelligence nette, les réponses lentes, une tristesse inaccoutumée et un appétit dévorant.

Le treizième sujet est une femme de Prunay, adressée par notre confrère Thuly comme exemple intéressant de pellagre douteuse. Quoiqu'elle fût au milieu d'autres pellagreuses, et qu'en apparence ses mains fussent semblables aux leurs, vous avez vu là une sorte d'eczéma lichénoïde, très-analogue à l'érythème pellagreux par son siége, par son début, par sa marche, par sa périodicité, mais qui en diffère par l'absence de peau rosée, d'épiderme pelure d'oignon, et surtout par l'absence des autres principaux signes de la maladie.

Le quatorzième est une femme de quarante ans, née à Prosnes (Marne), envoyée par M. Collard.

Bien constituée, bien nourrie, bien portante jusqu'en février 1860, elle éprouva pendant toute l'année dernière de l'affaiblissement, de l'anorexie, de la diarrhée et de fréquents vomissements.

Vers le 15 février dernier la diarrhée reparut, et elle dure encore aujourd'hui à six selles par jour. Dès les premiers jours d'avril survint l'érythème caractéristique. Ce sera là probablement un cas de pellagre à marche rapidement croissante.

(1) Voir la leçon publiée dans les numéros des 18 et 20 septembre 1860.

(1) Morte le 11 juin, après plusieurs jours de démence, de vomissements et de diarrhée. Injection de la substance cérébrale; nombreuses ecchymoses dans l'iléon.

Le quinzième est un cantonnier de Pontgivart (Aisne), que notre confrère Pichancourt a vu hier soir pour la première fois avec le docteur Simon, et qu'il s'est empressé de nous amener.

C'est un homme de cinquante-trois ans, bien portant jusqu'au printemps de 1859, époque à laquelle il fut atteint d'érythème aux mains, d'affaiblissement général, de fourmillements aux extrémités, de rachialgie et de diarrhée.

Tous ces accidents disparurent vers le milieu de l'été, revinrent l'année dernière, et ils sont revenus cette année depuis la fin d'avril. L'affaiblissement est considérable, la titubation très-prononcée, la lypémanie manifeste, et l'érythème existe non-seulement sur les deux mains, mais sur le dos des pieds et à la figure.

Le seizième malade nous a été envoyé de l'Hôtel-Dieu par notre collègue le docteur Du Val.

C'est un manouvrier de Troissy (Marne); il a soixante-quatre ans; il est doué d'une constitution robuste, et il a toujours été très-bien nourri. Depuis trois ans, à chaque printemps, ses mains deviennent le siége d'un érythème qui dure trois ou quatre mois, et depuis trois ans aussi il est pris, à peu près à la même époque, d'une diarrhée abondante. Cette année, comme les autres, ces accidents se sont reproduits de la même manière, et on remarque la peau rosée, mal de la *rosa*, qui se découvre sous les squammes. Plusieurs fois déjà il a voulu se jeter à l'eau, et la lenteur de ses réponses, l'espèce d'obtusion de son intelligence, rapprochées des autres accidents, font de ce cas une véritable diathèse pellagreuse.

Le dix-septième vient d'entrer à l'instant à l'Hôtel-Dieu sans nous avoir été annoncé. Il se présentait, chose très-rare, uniquement pour le mal des mains.

C'est un manouvrier de Courmas (Marne), âgé de soixante ans, bien constitué et toujours bien nourri. On remarque chez lui l'érythème caractéristique aux deux mains, parfaitement limité aux poignets. La peau est rouge, sèche, squammeuse. Sous les larges écailles qui se détachent déjà s'aperçoit l'épiderme nouveau, fin, rosé, pelure d'oignon, qui va conserver ces caractères tranchés pendant plusieurs mois. Un érythème de semblable nature, mais moins intense, existe à la face et aux pieds.

On remarque aussi chez ce malade, outre une lypémanie évidente et une diarrhée intense, un phénomène que nous observons souvent maintenant chez les pellagreux depuis que nous y prenons garde, c'est un anasarque très-marqué, sans albumine et sans accidents cardiaques.

Cet œdème, qui jusqu'ici n'a été mentionné par aucun observateur, a une très-haute importance, et je me propose de l'étudier sérieusement.

J'appelle votre attention sur ces trois derniers malades, non qu'ils soient plus intéressants que les autres, mais parce que plusieurs d'entre vous insistaient à l'instant sur l'heureux hasard qui les avait réunis comme tout exprès pour cette leçon.

Eh bien, ce n'est pas le hasard qui a réuni en même temps ces trois cas. C'est le printemps qui les produit à son époque accoutumée, et c'est votre perspicacité qui les découvre au milieu des malades du service ou de la consultation. Allez dans quelque hôpital que ce soit de la même population, passez-y en revue tous les malades, en insistant près de ceux qui offrent des apparences de dartres aux mains, de diarrhée, de folie, de démence ou de paralysie, et vous y trouverez à peu près le même nombre de pellagreux qu'à l'Hôtel-Dieu de Reims.

Que si, au lieu de visiter les salles d'un hôpital, vous visitez les infirmeries d'un hospice, et particulièrement d'un hospice d'aliénés, la proportion des pellagreux sera plus grande encore, surtout si vous faites cette exploration à la fin du printemps, car alors les érythèmes seront encore très-manifestes, et c'est là le signe le plus expressif pour ceux qui n'ont pas eu l'occasion d'observer sérieusement la maladie.

C'est avec cette certitude que je me suis rendu avant-hier au dépôt de mendicité de Laon, où j'avais trouvé à l'automne dernier de nombreux vestiges d'érythème.

M. Fauvel, médecin en chef de l'établissement, avait eu la bonté de faire dresser la liste de tous les sujets qu'il supposait pellagreux, et en quelques heures j'ai pu voir là trente-cinq cas plus beaux encore, surtout sous le rapport de la dermatose, que ceux que j'avais vus dans les Landes, car nous ne sommes pas si loin de l'exacerbation vernale que je l'étais l'an dernier dans le Midi.

De ces trente-cinq cas, en voici vingt-quatre, les seuls qui fussent transportables. Je les ai pris presque en bloc, et le temps me manquerait pour les analyser de nouveau devant vous.

Le plus jeune a quarante-huit ans, le plus âgé quatre-vingt-un.

Un seul, sur vingt-quatre, est exempt d'érythème, mais il a tous les autres accidents.

Chez cinq, l'érythème est phlycténoïde, comme après une forte et récente brûlure.

Chez treize, il y a de la démence et surtout de la lypémanie.

Chez six, il y a de tels vertiges et un tel affaiblissement, qu'on est forcé de les soutenir ou de les porter.

Douze sont tellement chancelants, qu'ils ressemblent à des gens ivres, et que leurs guides les accolent deux à deux afin qu'ils se soutiennent mutuellement.

Chez sept, la voracité est des plus prononcées.

Chez six, les sillons de la langue sont remarquablement larges et profonds.

Enfin, presque tous, je vous l'ai dit, ont eu récemment une diarrhée abondante, et c'est la diarrhée ou la paralysie qui a retenu à l'Asile les onze autres pellagreux que j'y ai laissés.

En somme, les pellagreux de Laon ressemblent identiquement aux pellagreux de Reims, aux pellagreux d'Angers, aux pellagreux des Landes, et c'était précisément pour qu'un grand nombre de confrères pussent constater *de visu* et d'une manière précise cette parfaite identité, que, malgré toutes les difficultés matérielles, j'ai tenu à les réunir à ceux de la clinique et des environs.

(La fin à un prochain numéro).

DE L'EMPHYSÈME PULMONAIRE INFANTILE,

Par le Dr HERVIEUX, médecin du Bureau central.

L'emphysème pulmonaire infantile a fait l'objet d'un mémoire important que M. le docteur Hervieux a lu à la Société médicale des hôpitaux de Paris, dans la séance du 13 février 1861. Nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs les conclusions de l'auteur; elles résument parfaitement cette intéressante communication :

I. L'emphysème pulmonaire infantile est beaucoup plus fréquent dans les premiers mois de la vie extra-utérine qu'à aucune autre période de l'existence des enfants du premier âge.

II. L'emphysème pulmonaire, considéré anatomiquement, se présente sous deux formes distinctes : la forme vésiculaire et la forme kysteuse ou interlobulaire.

III. La forme vésiculaire a pour caractères principaux, chez les enfants en bas âge :

a. D'occuper le tiers antérieur environ de chaque poumon;

b. De donner lieu à une blancheur mate très-prononcée, laquelle est due à l'état exsangue de cette partie des poumons;

c. De donner à la pression la sensation d'une boule de coton renfermée dans une étoffe de soie ou de satin, ce qui n'exclut pas la possibilité d'une crépitation sur le bord tranchant du poumon;

d. D'offrir à la surface du poumon tantôt des myriades de petits points transparents, brillants, semblables aux petites bulles d'air qui s'attachent quelquefois aux parois d'un verre plein d'eau, tantôt de petits polygones symétriquement disposés à la manière de certaines mosaïques, et interceptant entre les lignes qui les limitent de très-petits espaces remplis d'air.

IV. La forme interlobulaire se distingue par la présence sur divers points du poumon, mais principalement sur la face antérieure de bulles en nombre et en volume considérables, de forme habituellement sphéroïdale, et disposées, quand elles sont nombreuses, en séries linéaires très-étendues, ou traînées moniliformes.

V. L'emphysème pulmonaire peut se généraliser chez les enfants en bas âge, c'est-à-dire envahir le médiastin, et de là s'infiltrer dans le tissu cellulaire sous-cutané de toute la surface du corps.

VI. Les concomitances pulmonaires les plus habituelles de l'emphysème infantile sont :

a. Les diverses altérations de tissu caractéristiques de la pneumonie;

b. Des adhérences ou des épanchements pleurétiques;

c. L'apoplexie pulmonaire;

d. Les tubercules pulmonaires;

e. La gangrène du poumon.

VII. Le cœur ne présente dans l'emphysème infantile aucune des lésions qu'on observe d'ordinaire chez l'adulte emphysémateux.

VIII. Les autres organes, examinés chez les jeunes sujets atteints d'emphysème, présentent des lésions très-variées et très-nombreuses, mais qui ne paraissent avoir aucun rapport direct de causalité avec cette affection.

IX. Les phénomènes observés pendant la vie des jeunes sujets atteints d'emphysème, ne sont ni assez constants ni assez tranchés pour qu'on puisse leur assigner aucune valeur séméiologique.

X. Les complications les plus habituelles de l'emphysème infantile, rangées par ordre de fréquence, sont : l'algidité progressive avec ou sans sclérème, l'ictère des nouveau-nés, la rougeole, la diathèse tuberculeuse, l'érysipèle, le rachitisme, et la diathèse syphilitique.

XI. L'emphysème pulmonaire infantile n'ayant pu être jusqu'à ce jour diagnostiqué pendant la vie, on ne peut en déterminer la valeur pronostique; mais la guérison de certains cas bien authentiques d'emphysème généralisé permet de supposer que si chez les jeunes sujets l'emphysème pulmonaire n'est pas toujours curable, il est du moins compatible avec une existence plus ou moins longue.

XII. Les causes de l'emphysème infantile sont de deux ordres : les unes éloignées, les autres prochaines. Les premières comprennent la gastro-entérite, le muguet grave, l'algidité progressive avec ou sans sclérème, la rougeole, la diathèse tuberculeuse, l'érysipèle, le rachitisme, et la diathèse syphilitique. Aux causes prochaines se rattachent les lésions diverses de la pneumonie, la tuberculisation du poumon, l'apoplexie et la gangrène du même organe. Quant à la toux, et notamment à la toux de coqueluche, son action pathogénique, quoique incontestable dans un certain nombre de cas, est loin d'être aussi fréquente et aussi prédominante qu'on l'a avancé.

On trouvera ce mémoire inséré dans son entier dans les numéros de juin et juillet 1861 des *Archives générales de médecine*.

DE LA PARALYSIE SYPHILITIQUE DE LA SIXIÈME PAIRE;

Par M. le docteur A. MAUNIER.

V. R..., âgé de trente-cinq ans, garçon limonadier, avenue de Neuilly, me consulta pour la première fois le 29 octobre 1860.

Cet homme, d'un tempérament mixte, d'une stature haute et d'une constitution affaiblie, avait toujours eu une bonne santé jusqu'à l'âge de trente et un ans, mais à cette époque, c'est-à-dire au mois de mars 1857, il contracta un chancre au méat urinaire, qui fut bientôt accompagné d'une pléiade ganglionnaire très-manifeste, surtout à l'aine droite. L'ulcère présentait à la vue une base large, et au toucher une dureté que le malade comparait à une petite noisette comme implantée à l'entrée de l'urèthre, de manière à rendre cet orifice plus étroit et plus déprimé d'avant en arrière.

Après plusieurs semaines d'hésitation, le malade s'est décidé à se présenter à l'hôpital du Midi, à la consultation de M. le docteur Puche, qui l'admit dans son service. Là il subit un traitement antisyphilitique régulier pendant vingt-cinq jours; au bout de ce temps, il a quitté l'hôpital. Bien qu'on l'ait engagé à suivre encore son traitement et à se présenter chaque semaine à la consultation, le malade ne s'est conformé qu'une fois pendant un mois aux sages conseils de ce médecin, et il finit par cesser toute médication.

Au mois de septembre 1857, il lui vint sur la surface du corps et principalement du front, de la poitrine et de l'abdomen, des taches ou plaques rougeâtres, en même temps que des boutons et des croûtes à la racine des cheveux, avec des maux de gorge et de la difficulté d'avaler les aliments solides. Ces accidents, évidemment syphilitiques, disparurent spontanément au bout de deux ou trois mois.

Au printemps de 1858, raconte le malade, il lui est survenu de nouveau des boutons et des croûtes sur le front et les sourcils, lesquels étaient assez proéminents. Il se rendit à la consultation de l'hôpital du Midi, où on lui ordonna des pilules spécifiques, des bains alcalins et des onctions sur le front et les sourcils avec une pommade probablement antisyphilitique. D'ailleurs ce traitement, quoique suivi seulement pendant un mois, a produit une amélioration très-notable dans son état général. Les croûtes ont disparu, mais les sourcils sont tombés, laissant à leur place des cicatrices indélébiles comme celles du front.

Dans l'été de 1858, raconte le malade, la peau qui revêt la paume des mains et la plante des pieds devint le siége d'ulcérations spécifiques. Le changement survenu dans la physionomie par la chute des cheveux et les autres accidents syphilitiques fut assez visible pour attirer l'attention de ses camarades, qui l'ont engagé à consulter un médecin. Ce qui le détermina sans doute à se rendre à la consultation du Midi, où M. Puche lui dit qu'il avait la *vérole*, et lui ordonna des pilules mercurielles, des bains alcalins, etc. Ce traitement, suivi pendant deux mois, a produit une amélioration assez notable, et tous les accidents, ainsi que les maux de tête, ont disparu. Mais, depuis cette époque, la voix est devenue plus faible et comme voilée.

Dans l'hiver de 1859, il fut pris de douleurs névralgiques vagues présentant la nuit une intensité toute particulière, lesquelles se sont localisées plus tard aux tibias et aux clavicules, et ces parties sont bientôt devenues le siége de tumeurs osseuses. A cette époque, reçu de nouveau à l'hôpital, où il n'est resté qu'un mois, il en est sorti considérablement soulagé par le mercure et l'iodure de potassium.

Il avait repris ses occupations, lorsqu'à la fin de mars il se trouva au café, où il était couché près d'une fenêtre, exposé à un courant d'air très-vif.

Le lendemain soir, il fut étonné, dit-il, de voir que la moitié droite de sa figure était paralysée. Il fit alors quelques efforts pour souffler une bougie, mais inutilement.

Le surlendemain, il s'aperçut avec effroi que sa vue était troublée et que l'œil droit était porté en dedans, tandis que l'œil gauche se trouvait en dehors. Il éprouvait en même temps des élancements dans l'œil droit, qui présentait une rougeur anormale.

Cet état de choses décida le malade à venir me consulter, accompagné d'un de ses amis, le 26 mars. Voici d'abord ce que je constatai : tous les muscles animés par les 3e, 5e et 7e paires étaient frappés d'une inertie absolue, la joue droite flasque et entraînée à gauche; abolition de toute contraction musculaire; le malade ne peut ni souffler ni siffler; sensibilité conservée dans tout le côté droit; aucune altération des saveurs.

Le parallélisme de l'axe visuel est manifestement détruit; l'œil droit est dévié fortement en dedans vers le nez, la cornée est assez visible, malgré l'occlusion incomplète des paupières qui est survenue. Il y a impossibilité absolue de porter cet œil en dehors ou de l'amener directement en avant. L'œil gauche est porté en dehors vers l'oreille et au même degré que l'œil droit l'est en dedans.

Si l'on engage le malade à fixer ses regards à droite, ou bien si l'on ferme d'une main l'œil droit, alors l'œil gauche peut revenir directement en avant, et dépasser même ce point pour se diriger très-légèrement en dedans, mais pour revenir aussitôt à la même place, c'est-à-dire au dehors dès que les efforts du malade cessent de lui imprimer cette direction vers le grand angle. Quant à l'œil droit, il reste immobile pendant tous ces efforts; les mouvements de la paupière gauche paraissent gênés, il y a diplopie.

Avant d'avoir recours à un traitement antisyphilitique régulier tel que M. Beyran le conseille, j'ai débuté par l'électricité galvanique, dont je déclare n'avoir tiré aucun résultat avantageux durant près de deux semaines.

Le 9 avril, j'ai institué un traitement essentiellement antivénérien, c'est-à-dire des pilules au proto-iodure de mercure, formule de M. Ricord, concurremment avec l'iodure de potassium.

Ce traitement, aidé des bains sulfureux, a été, au bout de trois mois, couronné de succès. L'état général est devenu satisfaisant, le parallélisme des globes oculaires s'est rétabli, la physionomie a repris ses caractères normaux, et, malgré cette guérison, le traitement fut continué jusqu'au mois de février dernier. *(Union médicale,)*

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 juillet 1861. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Meurthe et de Seine-et-Oise. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une observation d'hydrorachis traité avec succès par la ponc-

tion et les injections iodées, par M. P. Sézerie, médecin à Saint-Barthélemy (Lot-et-Garonne) (commissaires, MM. Blache et Bouvier);

2° Une note de M. le docteur Labalbary, de Gourdon (Lot), sur l'efficacité des injections utérines dans le cas d'hémorrhagie puerpérale et d'inertie de la matrice (commissaire, M. Jacquemier);

3° Une lettre de M. le docteur Moulin, en réponse à la réclamation que M. Le Roy (d'Etiolles) fils a faite au nom de son père, relativement à l'instrument nommé utéroscope;

4° Une note sur un procédé simplifié pour obtenir l'albumine bicolore du sang veineux, par M. Billiard, de Corbigny (Nièvre) (M. Lecanu, rapporteur).

RAPPORTS.

Électro-thérapie. — M. BRIQUET lit un rapport officiel sur un mémoire adressé par M. le ministre, au nom de M. Roux, sur l'électrothérapie. L'auteur, complétement étranger à la médecine, fait preuve d'une totale ignorance des principes de la science. M. le rapporteur propose de répondre à M. le ministre que ce travail ne mérite l'attention de l'Académie ni de l'autorité. (Adopté.)

— M. CHATIN lit un rapport sur un travail de M. Lepage, pharmacien à Gisors, sur les plantes médicinales qui croissent sur les ruines du château de Gisors. Les conclusions par lesquelles M. le rapporteur demande pour l'auteur les remercîments de l'Académie, sont adoptées.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la morve.

La parole est à M. J. Guérin.

Suite de la discussion sur la morve.

M. J. GUERIN. Tout en rendant pleine justice au mérite oratoire et scientifique des discours prononcés par MM. Tardieu et Bouley, je suis forcé de leur adresser un reproche, c'est d'avoir laissé sans solution les deux questions que j'avais posées. L'une de ces questions regarde la philosophie médicale; elle est motivée par le chaos qui règne encore dans l'affection morveuse envisagée au point de vue nosologique.

Les divisions admises dans cette affection et les noms qu'on leur assigne, ne sont plus en rapport avec les faits dont la science a établi la réalité.

Les faits sont d'une simplicité qui contraste singulièrement avec la complication artificielle apportée par la nomenclature. Ne serait-il pas utile que celle-ci fût changée? Telle est la première question, véritable question de principes, que j'ai adressée à mes honorables collègues sans obtenir de réponse. Tout à l'heure, je reviendrai sur ce premier point; je veux auparavant m'occuper de la seconde question que j'ai posée, question de clinique sur laquelle M. Bouley et moi sommes si peu d'accord. J'ai demandé si dans une population de solipèdes dont quelques-uns sont atteints de la morve, on ne peut pas observer des individus offrant des symptômes légers ou quelques-uns seulement des symptômes de la morve, le jetage, par exemple, ou le glandage sans ulcération, et si ces individus ne peuvent pas être considérés comme atteints d'une morve mitigée qui doit se terminer par la guérison? Pour moi, la réponse à cette question n'est pas douteuse, puisque j'ai vu des chevaux présenter ces symptômes et guérir.

Mon honorable contradicteur m'a répondu en déclinant ma compétence dans ces matières. Il m'a dit que j'avais vu la morve là où elle n'existait pas; que d'ailleurs l'existence de symptômes en apparence légers ne prouvait pas le peu de gravité de la maladie, et qu'on ne pouvait en établir les degrés sur des apparences trompeuses, comme celles que j'invoquais. Enfin, les guérisons que j'ai observées lui font douter de l'exactitude de mon diagnostic, car la morve ne guérit pas, elle est fatalement mortelle. Je n'ai pas la prétention orgueilleuse de connaître l'hippiatrique comme M. Bouley; mais mon honorable collègue admettra bien peut-être qu'il y a deux sortes de compétences, et que si l'on s'incline devant la compétence professorale, il ne faut pas nier la compétence du simple observateur qui sait voir et apprécier les faits.

Ai-je bien pu réellement voir la morve là où elle n'existait pas? Le jetage et le glandage sont-ils donc des symptômes si délicats à percevoir, si difficiles à reconnaître et à distinguer, qu'il faille absolument un vétérinaire du mérite de M. Bouley pour les diagnostiquer? Quand on voit comme je les ai vus ces deux symptômes réunis chez des chevaux cohabitant avec des individus qui présentaient d'autres manifestations morveuses; en un mot, quand aux caractères cliniques si évidents du jetage et du glandage s'ajoute encore le caractère si excellent de la contagion, comment veut-on ne pas considérer le diagnostic de la morve comme incontestable?

On m'accuse d'établir le degré de la maladie sur des apparences trompeuses; mais la terminaison, elle, n'est pas trompeuse, et, quoique médecin, je puis bien me permettre de dire que les chevaux morveux qui guérissent sont moins morveux que ceux qui meurent.

Je sais que ces guérisons me sont précisément contestées en vertu de cet argument: Vos chevaux ont guéri; donc ils n'avaient pas la morve, car la morve est mortelle. M. Bouley la croit si bien mortelle qu'il abat tous les chevaux qui présentent le moindre symptôme de morve, et qu'il n'épargne pas même ceux qui lui sont simplement suspects. M. Bouley, ne laissant jamais à ses malades le temps de guérir, ne peut savoir s'ils auraient guéri, et n'est pas en mesure par conséquent de nier la curabilité de la maladie.

M. BOULEY. J'ai admis cette curabilité pour des cas exceptionnels.

M. GUÉRIN. Néanmoins vous abattez indistinctement tous vos chevaux morveux.

M. BOULEY. Oui, pour des raisons d'humanité.

M. GUERIN. Quel que soit votre motif, vous ne vous enlevez pas moins, par le système que vous suivez, le droit de nier les guérisons. A mon avis, à côté des morves dont la guérison est extrêmement rare, il y a deux formes de la maladie qui au contraire guérissent assez souvent; ce sont la pseudo-morve et le pseudo-farcin, qui ne sont pas des maladies d'une autre nature que la morve, mais qui sont seulement des morves amoindries, comme le prouvent leurs symptômes qui sont les mêmes, à l'intensité et à la gravité près, et comme le prouve surtout leur caractère contagieux.

Sur le traitement j'ai très-peu de chose à dire. J'attribue une très-grande part dans l'aggravation de la maladie à tous les éléments contagieux que l'air, en passant sur les ulcérations des fosses nasales, emporte dans les poumons.

La généralisation de la maladie et la formation des lésions pulmonaires, sont merveilleusement favorisées par cette absorption continuelle de particules virulentes à la surface des bronches. Le siége des ulcérations sur le passage de l'air expiré est aussi une circonstance des plus favorables à la contagion. Il est donc urgent de détruire autant qu'on le peut ces foyers locaux d'infection, et je crois que les injections au tannin peuvent rendre à cet égard d'immenses services.

J'arrive maintenant à la question de principe. M. Tardieu dit que j'ai vu la morve de trop haut, ce qui est une façon très-parlementaire de dire que je l'ai vue de trop loin, et que je l'ai mal vue. Peut-être pourrai-je faire à M. Tardieu un reproche inverse, et lui dire qu'il l'a vue de trop près, d'où il résulte qu'il a admirablement saisi les détails, mais que n'ayant pas aussi bien embrassé l'ensemble, il n'a pas assez systématisé. Ainsi il n'a envisagé que les symptômes, et il a basé seulement sur ces symptômes le classement nosologique des affections morveuses.

Or les symptômes sont des caractères fugaces, inconstants, sans fixité, incapables par conséquent de servir de base à une bonne classification. La cause seule, quand elle est aussi bien connue, aussi évidente que pour la morve, peut, étant suivie dans ses différentes manifestations, constituer la base d'une nomenclature. Le vice de la division symptomatologique se montre, par exemple, dans la divergence d'opinion de MM. Bouley et Tardieu, relativement à l'importance du jetage comme symptôme de la morve. M. Tardieu prétend qu'il n'y a pas de morve sans jetage, M. Bouley est d'un avis tout contraire.

De ce que j'avais insisté sur l'existence d'une cause unique pour toutes les manifestations aiguës ou chroniques des affections farcineuses ou morveuses, on a cru que je m'imaginais avoir inventé cette cause. Je n'ai nullement cette prétention; mais puisqu'on sait que toutes les manifestations de la morve et du farcin dérivent d'une même cause, pourquoi dans les livres sépare-t-on la morve et le farcin? Pourquoi décrit-on aussi comme des affections distinctes les états aigus ou chroniques de la morve ou du farcin?

Evidemment il y a là matière à une simplification que j'ai raison de demander, puisque le farcin chronique peut produire la morve aiguë, puisque celle-ci peut dériver aussi de la morve chronique, et qu'enfin avec le même virus on produit indifféremment les différentes formes de la maladie. On voit donc que ce qu'il faut étudier avant tout ce sont les conditions qui font que telle forme se produit dans un cas donné plutôt que telle autre; on voit, en un mot, qu'il faut s'attacher à connaître les circonstances qui font varier l'action de la cause morbide.

Il y a là une question de médecine générale des plus importantes. Il faut réformer la nosologie à la lumière que jette la connaissance de la cause. Dans le cas particulier, il serait logique de rayer de la nomenclature le nom de farcin; de n'admettre qu'une morve cutanée ou muqueuse, suivant son siége, et de reconnaître une morve générale ou constitutionnelle, une sorte de cachexie morveuse.

M. RENAULT demande la parole. Il y a, dit-il, dans le discours de M. Guérin des erreurs qu'il est important de relever et des vérités qu'il a le tort de croire nouvelles, tandis qu'elles sont depuis longtemps admises par les vétérinaires. Je désire les examiner; mais vu l'heure avancée, je demande la permission de renvoyer ce que j'ai à dire à la prochaine séance.

M. TARDIEU fait observer qu'il reconnaît avec M. Guérin et avec bien d'autres la communauté d'origine de la morve et du farcin, et qu'il a consacré dans son ouvrage un seul chapitre à l'étiologie de ces deux affections. Quant aux distinctions symptomatologiques qu'on fait entre la morve et le farcin, et entre les formes aiguës et chroniques de ces deux affections, elles sont et seront toujours indispensables pour la description de ces manifestations si différentes d'une seule et même cause.

M. BOULEY présente deux pièces anatomiques recueillies sur le même cheval. L'une permet de voir la petite pustule caractéristique de la muqueuse de l'aile du nez. Cette pustule, grosse comme une tête d'épingle, avait suffi pour faire condamner le cheval à être abattu, et cette condamnation a été justifiée par l'examen de la seconde pièce anatomique, c'est-à-dire par l'état du poumon, sur lequel tout le monde a pu voir une infiltration purulente étendue et tous les signes de la pneumonie morveuse.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 8 juillet, M. Bleicher, élève du service de santé militaire, est nommé aide de botanique à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Matton, dont le temps de service expire le 31 juillet prochain.

— L'Association médicale du Morbihan, dans son assemblée générale tenue le 4 juillet, a voté son annexion à l'Association générale des médecins de France.

— M. Périer de la Pelterie, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient de mourir des suites d'une maladie du cœur.

— La vingt-huitième session du Congrès scientifique de France doit s'ouvrir à Bordeaux le 16 septembre prochain.

— La Société de médecine de Caen propose un prix de la valeur de 500 fr. pour le meilleur mémoire sur la question suivante: « *Etat actuel de la thérapeutique; ses progrès depuis vingt-cinq ans.* »

Les travaux, écrits en français ou en latin, devront être adressés, dans la forme académique, au plus tard le 31 décembre 1862, au secrétariat de la Société, hôtel du Pavillon, à Caen.

— Dans les 285,064 communes et bourgades de l'empire russe, on compte à peine 1,000 médecins pour l'assistance des malades. Cette donnée de la statistique contribue à nous expliquer pourquoi la mortalité est beaucoup plus élevée dans ce pays que dans le reste de l'Europe. En effet, on compte, en Russie, 1 cas de mort sur 27 à 28 personnes, tandis qu'en Angleterre la proportion est de 1 sur 45, et en France, de 1 sur 42.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guerison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Influence de la constitution atmosphérique du mois de juin.

Ce n'est point l'histoire de la constitution médicale actuelle que nous avons l'intention de présenter ici, mais une simple indication de quelques-uns de ses éléments principaux, qui nous ont paru mériter une attention particulière autant par leur gravité que par leur généralité. Ce n'est pas, en effet, de Paris seulement, mais de points divers de la France, que nous sont parvenus les quelques renseignements que nous transmettons à nos lecteurs.

Nous avons déjà signalé, il y a plusieurs mois, l'extrême fréquence des érysipèles dans les services de chirurgie des hôpitaux de Paris. On a vu par une notice nécrologique publiée dans l'un des précédents numéros, que c'était à un érysipèle de nature maligne, contracté dans les salles de chirurgie de la Clinique, qu'avait succombé le jeune étudiant fils d'un de nos confrères. Nous apprenons par une lettre de M. le docteur Bourgeois (voir aux *Nouvelles*), que c'est à un accident de même nature et contracté dans des circonstances analogues, qu'a succombé notre confrère d'Étampes, le docteur Fougeu.

Voici ce que nous dit à ce sujet, sur la constitution médicale de cette contrée, notre honorable et savant confrère :

« Depuis plusieurs mois nous avons en ville et à l'hôpital une véritable épidémie d'érysipèles, tous d'une certaine gravité et accompagnés presque constamment d'un délire plus ou moins violent, en quelque point du corps qu'ils apparaissent. Rarement spontanés, ils surviennent le plus souvent à la suite de plaies ou de suppurations d'une importance fort médiocre. D'après un certain nombre de faits qui ne me semblent pas douteux, je suis arrivé à croire à la contagion de ce mal, qui constitue en définitive une fièvre éruptive dont l'affection cutanée n'est qu'une manifestation, une étiquette, si je puis ainsi parler, et qui aurait, comme tous ses congénères, la propriété de se transmettre, dans des limites fort restreintes pourtant. »

Aux érysipèles il faut joindre, comme un des caractères de la constitution actuelle, diverses autres fièvres éruptives et les troubles gastro-intestinaux, qui se rattachent si souvent à l'élévation de la température.

Voici, sous ce dernier point de vue, quelques remarques que nous transmet M. le docteur Thirion (des salines de Gouhenans), sur la marche des chaleurs précoces en général, appliquées à celles de juin dernier, et sur les maladies régnantes de ce mois :

« Ordinairement, dans notre climat, dit notre confrère, les grandes chaleurs n'arrivent qu'après le solstice d'été, c'est-à-dire du 7 juillet au 7 août. Les exceptions à cette règle sont le résultat de températures antécédentes plus ou moins chaudes successivement accumulées.

» D'abord nous citerons les années 1811 et 1822, où la chaleur a commencé à se faire sentir d'une manière assez intense en avril et en mai, et où dans le mois de juin elle est arrivée jusqu'à + 30°,5 et 31°.

» Sans chercher davantage des années qui sont loin de nous, parcourons encore le printemps de 1859. Nous avons eu successivement pendant cette période des températures moyennes de + 7°,3, 11°,2, 14°,8, 20°,4, et des *maxima* de 18°, 24°,5, 27° et 30°.

» Arrivons enfin à l'année actuelle, et voyons si les chaleurs précoces que nous avons subies se sont ainsi accrues successivement et sans dérangement dans leur marche.

» Depuis le 20 mars jusqu'au 31, la moyenne de la température a été de + 9°, avec des *maxima* de + 14°, 15° et 17°.

» Le mois d'avril a été marqué par une moyenne de + 10°, et par des *maxima* de + 18°, 19°,5, et 20°.

» Nous avons eu dans le mois de mai une moyenne de + 14°5, et des *maxima* de + 25°,4, 27°,2 et 28°.

» Enfin, depuis le 1er juin jusqu'au 22, la chaleur augmente encore, s'accumule, et arrive enfin à une moyenne de + 21°,2, et à des *maxima* de + 31°, 31°,4, et 31°,8.

» Pour résumer cette saison, nous dirons donc que le mois d'avril a été plus chaud que le mois de mars, le mois de mai plus chaud que le mois d'avril, ainsi de suite jusqu'au 22 juin, la température allant toujours par progression arithmétique, si je puis dire ainsi. Généralement cette marche est loin d'être toujours aussi régulière. En effet, bien souvent le mois qui suit est moins chaud que le mois qui précède, et celui-ci à son tour peut être plus chaud que celui qui suit. Par exemple, « le mois » de mai est assez souvent, en moyenne, plus chaud que certains mois de juin, et le mois de juin est quelquefois en » moyenne plus chaud que certains mois de juillet, etc. » (Voir *Annuaire du Bureau des longitudes*, année 1846.)

Voici, d'après M. Thirion, les maladies qui ont régné durant les chaleurs exceptionnelles du mois de juin dans la contrée qu'il habite :

« Une telle température ne pouvait manquer de produire aussi ses effets ordinaires, c'est-à-dire des manifestations morbides se traduisant principalement par des troubles de l'appareil digestif, tels que symptômes de saburres gastriques, coliques, constipation ou évacuations alvines abondantes et sans caractères insolites. Ces dérangements manquaient rarement de se manifester parmi les ouvriers qui buvaient de l'eau en excès le corps étant couvert de sueur.

» Nous placerons aussi sous la même influence plusieurs cas d'érysipèle, d'urticaire et d'éruption furonculeuse, toutes maladies liées le plus souvent à un état anormal de l'estomac et de l'intestin. »

— D'un autre côté, M. Besnard (de Joué-lès-Tours) nous apprend que la diphthérie sévit encore dans sa localité. Cette maladie se présente, dit-il, avec des symptômes si alarmants, elle suit une marche si insidieuse, elle est si peu semblable à ellemême, qu'il a cru devoir noter avec soin les faits qu'il a eu l'occasion d'observer depuis ceux qui ont été mentionnés dans la *Revue* du 1er mars dernier.

La première observation que renferme la nouvelle communication de M. Besnard est celle d'un enfant de quatorze mois, de la ferme dite des Bercelleries, qui a eu la diphthérie avec fausses membranes et paralysie de la vessie. C'est le septième qui s'est produit dans la même ferme. L'un des frères de cet enfant est mort de la diphthérie après quatorze jours de maladie ; sa mère et le garçon laboureur ont eu à la suite de cette maladie des paralysies qui ont duré de deux à trois mois. Des dix personnes habitant cette ferme, trois seulement n'ont rien éprouvé.

Une deuxième malade, petite fille de neuf ans, a eu la diphthérie avec un produit morbide insignifiant sur les amygdales et une paralysie du voile du palais avec nasonnement très-prononcé. Ce fait présente ceci de remarquable qu'il est en tout point identique, à la gravité près, à celui qui fait le sujet de la première observation relatée dans le numéro précité ; que, bien que le sujet n'ait présenté sur l'amygdale droite qu'un produit blanchâtre sans valeur au point de vue du diagnostic et du pronostic, sa position a été aussi anxieuse que celle du petit malade précédent avec ses véritables fausses membranes ; qu'il prouve enfin, suivant M. Besnard, comme la plupart des autres faits, que la cautérisation ou les applications topiques sont dans ces cas d'une mince valeur thérapeutique.

Viennent ensuite deux autres cas dans lesquels la diphthérie a été suivie de paralysie, quoiqu'ils n'aient présenté ni l'un ni l'autre de fausses membranes.

M. Besnard signale, en outre, dix ou douze autres cas de diphthérie observés dans le même laps de temps, et qui se sont produits quelques-uns avec de véritables fausses membranes, d'autres avec quelques points blanchâtres sur les amygdales plus ou moins tuméfiées, et les autres enfin sans aucun de ces produits morbides. Ils ont tous guéri après une durée de trois à dix jours sans avoir présenté aucun accident paralytique.

Orchite ulcéro-gangréneuse indolente.

Les auteurs ont décrit l'orchite parenchymateuse, les douleurs vives qui caractérisent sa première période, la suppuration, et la sortie fréquente des tubes séminifères avec le pus dans la deuxième période. Mais il est une variété qui n'a pas été décrite d'une manière spéciale, et dont M. Gosselin vient d'observer un exemple à l'hôpital Beaujon. Elle est caractérisée par des ulcérations spontanées du scrotum et de la tunique albuginée, la sortie d'une très-petite quantité de pus, et l'issue pendant quelques jours d'une notable quantité ou de la totalité des tubes séminifères.

Le nommé X... est entré, il y a environ deux mois, à l'hôpital Beaujon, pour être traité d'une épididymite blennorrhagique à droite. Au début, le testicule ne paraissait pas malade, la tunique vaginale contenait un peu de sérosité ; l'épididyme était gonflé, et son inflammation était modérée, subaiguë. Pendant quinze jours le gonflement resta stationnaire, puis il diminua ; la sérosité vaginale fut résorbée, et la guérison semblait prochaine, lorsque M. Gosselin remarqua sur la partie antérieure du scrotum une petite tumeur molle, arrondie, rougeâtre, dont la présence ne coïncidait avec aucune douleur spontanée et dont la pression n'éveillait pas de souffrance. Quelques jours

---

BIBLIOGRAPHIE.

Traité clinique et pratique des fractures chez les enfants, par M. le docteur COULON, ancien interne de l'hôpital des Enfants et de l'hôpital Sainte-Eugénie ; revu par M. MARJOLIN, chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie (1).

La littérature médicale compte bien peu d'œuvres sur la pathologie chirurgicale de l'enfance, et si on fait abstraction des articles épars dans les dictionnaires, nous ne connaissons sur la chirurgie des enfants qu'un seul ouvrage publié l'an dernier en Angleterre (*The Surgical diseases of children*, 1860) ; c'est un traité tout à fait élémentaire et très-incomplet.

La pathologie chirurgicale du premier âge ne mérite cependant pas cet oubli. Certaines affections ont, par leur fréquence, leur forme ou leur marche, une physionomie particulière ; et parmi ces affections, nous placerons au premier rang les lésions des os.

M. le docteur Coulon a mis à profit les années qu'il a passées dans les hôpitaux spéciaux, pour étudier les fractures chez les enfants. M. Marjolin, dont l'expérience est grande sur la matière, a bien voulu l'aider de ses conseils, et l'ouvrage livré aujourd'hui au public sera sans nul doute consulté avec beaucoup de fruit par l'élève aussi bien que par le praticien.

Le *Traité clinique et pratique des fractures chez les enfants* comprend deux parties. Dans la première partie, les fractures sont étudiées en général ; dans la deuxième, chaque fracture est prise en particulier, et les points les plus saillants de son histoire sont traités avec soin.

Nous allons essayer de donner une idée de ce livre. La première partie comprend cinq chapitres, où l'auteur traite successivement de la fréquence et des variétés des fractures, de leurs causes, de leur diagnostic, de leur pronostic et de leur traitement.

L'ouvrage a pour base cent quarante cas de fractures observés en une seule année dans le service de chirurgie de l'hôpital Sainte-Eugénie ; c'est assez dire combien ces lésions sont fréquentes à cette période de la vie.

La fréquence relative de chaque fracture présente de grandes différences chez l'enfant et chez l'adulte ; c'est un résultat sur lequel l'auteur a le soin d'insister. Dans le tableau placé en tête de son livre, on trouve que les fractures les plus communes chez l'enfant sont, par ordre, les fractures de l'avant-bras, du corps du fémur, de la clavicule et du coude. Ces dernières, sur un nombre de 140, sont représentées par le chiffre 18 ; c'est là un point essentiel de l'histoire des fractures chez les enfants, et sur lequel nous reviendrons.

Les variétés et les causes des fractures ont été étudiées dans les traités spéciaux, surtout dans l'ouvrage de M. Malgaigne. L'auteur consacre cependant un article spécial aux fractures incomplètes, — à l'influence des maladies générales sur la production et la consolidation des fractures, — il parle aussi longuement de la disjonction des épiphyses.

Dans le chapitre relatif au pronostic, l'auteur traite avec soin de la durée moyenne de la consolidation des fractures chez les enfants ; il indique les causes qui peuvent retarder la guérison, et s'applique à faire ressortir la rareté des fractures non consolidées dans l'enfance ; mais ce résultat doit être imputé en grande partie au soin qu'apporte le chirurgien dans le traitement, et si M. Marjolin ne compte pas dans sa longue pratique un seul cas de pseudarthrose persistante, c'est à la surveillance incessante dont il entoure ses enfants qu'on doit l'attribuer.

Certaines fractures sont d'un pronostic grave, même indépendamment des complications ; telles sont les fractures articulaires, et surtout celles du coude.

Dans le chapitre du traitement, M. Coulon énumère les différentes espèces d'appareils employés par M. Marjolin ; c'est là un point important sur lequel nous appelons l'attention des praticiens. Il expose nettement la difficulté de l'emploi de certains appareils chez les enfants, surtout chez ceux qui sont très-jeunes.

— Dans la deuxième partie de l'ouvrage, l'auteur traite des fractures en particulier.

Il étudie d'abord les fractures du maxillaire inférieur et leurs variétés, puis les fractures des côtes et leurs complications. Ces deux espèces de fractures sont rares dans l'enfance.

Il passe ensuite à l'étude des fractures de la clavicule et du mem-

(1) Chez F. Savy, libraire-éditeur, rue Bonaparte, 20. — Prix, 4 fr.

...ne jaunâtre vers le centre, en res-...rie.

...près, la partie la plus élevée de la ...enue blauche; aucune incision n'y fut prati-...ouvrit spontanément, et l'orifice, large à peine ...ne petite lentille, ne laissa pas sortir de pus, comme ...eut eu lieu pour un abcès. Nous y vîmes seulement une ...bstauce grise, mollasse, qu'un frottement léger n'enleva pas.

Les jours suivants, l'ouverture spontanée s'agrandit peu à peu, et laissa voir une portion plus considérable de cette matière grise dont nous parlions tout à l'heure. Le cataplasme était à peine mouillé, et la pression, faite avee beaucoup de modération, ne laissait pas sortir de pus, mais tendait à chasser la substance molle, qui tout d'abord paraissait être du pus épais, mais qui, en réalité, était la substance séminifère mortifiée. Pendant que ces phénomènes se passaient, deux autres points mous se montrèrent sur le scrotum, à côté de l'ulcération déjà établie; ils blanchirent et s'ulcérèrent comme l'avait fait le premier, et les nouvelles ulcérations, en s'agrandissant, se réunirent à la première; de telle sorte qu'on eut au quinzième jour environ, à la partie antérieure du scrotum, une solution de continuité large comme une pièce d'un franc, par laquelle sortait une masse grosse comme l'extrémité du pouce, de matière molle et grise, sur laquelle on reconnut, en faisant une légère traction avec des pinces, des filaments incontestablement formés par des tubes séminifères déroulés.

Un moment M. Gosselin pensa que peut-être cette masse séminifère allait s'infiltrer de matière plastique, et former avec celle-ci un fungus. Mais il n'en fut pas ainsi, et l'on vit au bout de quelques jours la masse se détacher comme une eschare. La plaie résultant de cette élimination se cicatrisa promptement, et le malade a guéri avec son testicule droit réduit à la tunique albuginée et à l'épididyme.

Trois circonstances sont donc à remarquer dans cette observation :

1° La propagation au testicule d'une inflammation d'origine blennorrhagique et la terminaison de l'orchite par ulcératiou et gangrène;

2° L'indolence de cette maladie testiculaire pendant presque toute sa durée;

3° La formation de tumeurs molles qui offraient de la fluctuation, mais qui en réalité ne contenaient pas de pus, puisque l'ulcération n'a laissé échapper que de la substance séminifère.

M. Gosselin a déjà noté sur d'autres malades l'ulcération et l'élimination de la substance séminifère sans écoulement notable de pus, et c'est parce qu'il lui est arrivé de ponctionner des tumeurs de ce genre sans voir rien couler, que sur ce nouveau malade il a temporisé, voulant se donner à lui-même et à tous la certitude que si la tunique albuginée se vidait, l'événement ne devait pas être attribué à l'opérateur.

Dans les cas de ce genre qu'il a observés, M. Gosselin avait toujours vu l'orchite à marche un peu lente, mais plus ou moins douloureuse. L'indolence dans le fait actuel, la faible quantité du pus et l'expulsion de la substance séminifère, lui ont paru mériter une mention spéciale et justifier la dénomination d'*orchite ulcéro-gangréneuse indolente.* Et comme dans d'autres cas M. Gosselin a vu l'orchite plus ou moins douloureuse se terminer de cette façon, c'est-à-dire par ulcération et expulsion du parenchyme testiculaire, sans abcès bien prononcé, il pense que l'affection dont il s'agit ne doit pas être raugée parmi les abcès du testicule, comme on l'a fait jusqu'à présent, mais doit plutôt être considérée comme une orchite ulcéro-gangreneuse à forme douloureuse, orchite dont la terminaison par élimination des tubes séminaux est due à la nature même de la maladie, et non, comme l'a cru J. L. Petit, à des manœuvres intempestives de la part du chirurgien.

De la morve chronique chez le cheval et chez l'homme, et de sa curabilité.

Ce ne sera pas trop nous écarter de l'objet de cette *Revue* que d'entretenir nos lecteurs de quelques faits se rattachant à la discussion qui a lieu en ce moment à l'Académie de médecine, et qui est relative, comme on le sait, à une question d'un grand intérêt, au double point de vue nosologique et thérapeutique ; nous voulons parler de la morve et de son traitement. Deux de nos confrères nous ont écrit à l'occasion de cette discussion, l'un pour nous faire part de la guérison de son cheval atteint d'affection morveuse chronique, l'autre pour nous communiquer un cas de morve chronique farcineuse chez l'homme, qui aurait également été suivie de guérison.

Nous demandons pardon à nos savants confrères de la médecine vétérinaire d'entrer un moment sur leur domaine; mais nous ne le faisons que pour leur soumettre un cas dont notre incompétence ne nous permet pas d'apprécier la valeur, et pour provoquer leur avis.

« En avril 1859, nous écrit M. le docteur Soufflet (de Montrouge), j'ai acheté une jument de sang, âgée de sept ans et paraissant bien portante. Un mois après: pustules aux jambes, s'ulcérant; abcès sous-cutanés, glandes, œdème des membres. Je conduis en cet état la jument à Alfort, où M. Reynal diagnostique une affection morveuse chronique qui nécessitera l'abattage.

» Pas de jetage, rien du côté du nez, du pharynx, de la bouche.

» Je me résous difficilement à un tel sacrifice. Après avoir recommandé à mon domestique les précautions nécessaires, j'institue un traitement: 5 grammes de soufre, deux fois par jour; sel marin, iode, bon régime. Les abcès sous-cutanés s'ouvrent seuls; un ganglion dégénéré forme une végétation énorme. Je l'enlève, et contre la suppuration j'administre des feuilles fraîches d'aconit; le cheval dépérit. Je continue quatre mois ce traitement, secondé par un bon régime : orge, blé, avoine, etc. Aujourd'hui l'apparence de la bête la fait désirer des amateurs.

» Un de mes amis, M. de L..., ajoute notre confrère, ayant un cheval dans les mêmes conditions, allait l'abattre, le cheval ne mangeant plus. Il est soumis à ce traitement (lavements, teinture d'iode et soufre au repas); après quelques jours, on constate le retour de l'appétit, des forces, etc. Je continuerai l'observation, heureux si elle peut élucider le traitement applicable à l'homme. »

La seconde lettre est de M. le docteur Lesur, de Renwez (Ardennes).

« J'ai lu, nous dit-il, non sans un vif intérêt, dans votre numéro du 26 juin, un cas de guérison de morve farcineuse. Un cas analogue ayant eu lieu dans ma pratique, je crois devoir vous le signaler, me bornant au simple exposé du fait.

» Deux cultivateurs, le père et le fils, furent infectés par le contact de cinq chevaux morveux. Le père succomba rapidement aux accidents de la morve aiguë. Le fils, dont la maladie affectait la forme chronique et spécialement farcineuse, fut soumis à tout hasard au traitement mercuriel : calomel à l'intérieur, cautérisation des pustules avec le nitrate acide de mercure.

» Après un mois, la guérison était complète, et depuis douze ans elle ne s'est point démentie. »

Malgré la précaution qu'a prise M. Lesur d'établir sa compétence sur cette matière, en nous rappelant qu'il a fait sa thèse sur la morve en 1847, et d'invoquer le témoignage des médecins qui ont suivi avec lui l'évolution simultanée de la maladie chez les deux sujets en question, nous ne pouvons nous empêcher de regretter qu'il n'ait pas cru devoir donner sur ce fait les détails nécessaires pour faire partager les convictions qu'il paraît avoir lui-même sur sa valeur scientifique.

Transmission du cancer par inoculation de l'animal à l'homme.

Puisque nous sommes sur la voie des maladies transmissibles des animaux à l'homme, nous saisirons cette occasion pour signaler à nos lecteurs un fait très-curieux de ce genre qui a été communiqué récemment par M. le docteur Kuhn (de Niederbronn) à la *Gazette médicale.* Il s'agit d'un cas de cancer médullaire transmis par inoculation d'un bœuf à une femme.

Un cultivateur de Bitschhoffen, dans le Bas-Rhin, observa sur l'un de ses bœufs une petite tumeur arrondie, située sous la peau, dans le flanc gauche, immédiatement derrière l'omoplate. La tumeur qui pendant quelque temps avait semblé stationnaire, prit tout à coup un accroissement rapide. Un vétérinaire, appelé en consultation, jugea que le mal était un sarcome médullaire (encéphaloïde) et qu'il fallait l'enlever. C'est ce qui fut fait aussitôt. L'examen de la pièce confirma le diagnostic porté par l'homme de l'art. Les suites furent heureuses; la plaie prit une bonne tournure et ne tarda pas à se cicatriser.

Quelques jours avant l'opération, le cultivateur avait fait une incision sur la tumeur, parce qu'un semblant de fluctuation lui avait fait supposer qu'il pouvait y avoir du pus. Mais il ne s'était écoulé de l'incision qu'une espèce de sanie, qui continua à suinter les jours suivants jusqu'au moment de l'opération. Pendant que ce suintement avait lieu, la femme du cultivateur, âgée de vingt-trois ans, bien constituée et enceinte de quatre mois, soignait le bœuf et allait plusieurs fois par jour dans l'écurie pour essuyer l'humeur qui s'écoulait de la plaie.

Elle avait par hasard une petite écorchure au côté externe du doigt annulaire de la main droite. A peine trois ou quatre jours s'étaient-ils passés, que cette jeune femme vit survenir à la partie écorchée de son doigt un tout petit tubercule, comme une espèce de verrue, causant un sentiment de brûlure et qui augmenta successivement de volume. Quelques jours après, elle la piqua avec une épingle, dans le but de faire écouler l'humeur qui pourrait y être contenue, mais il ne s'écoula rien. Seulement à partir de ce moment la tumeur grossit bien plus rapidement. La malade, qui commençait avec raison à concevoir quelque inquiétude, alla trouver M. Kuhn.

La tumeur, de forme arrondie, avait alors 15 millimètres de diamètre transversal, et 8 à 10 millimètres d'élévation; elle était un peu mollasse au toucher et donnait une légère sensation de fluctuation. Une membrane blanc grisâtre, assez résistante et d'une consistance parcheminée, la recouvrait de toutes parts et formait une enveloppe kystique autour du néoplasme, ainsi que cela se voit dans beaucoup de cancers cérébriformes.

M. Kuhn ayant reconnu à cet aspect la nature médullaire ou encéphaloïde de cette tumeur, jugea urgent de la détruire à l'aide du caustique, ce qu'il fit immédiatement. Afin de donner plus de prise au caustique, il commença par détacher le kyste en l'incisant tout autour de la base et en l'enlevant avec des pinces. Ce kyste, qui formait une sorte de coiffe à la tumeur, la recouvrait d'une manière assez lâche, et n'avait avec elle que de faibles adhérences. En l'enlevant, il vit à nu le tissu fongueux qui saignait un peu; ce tissu était mollasse, grisâtre, cérébriforme. Il fut attaqué tout aussitôt avec la pâte de Vienne, qu'on laissa en place jusqu'à formation d'un petit cercle noirâtre tout autour de la tumeur, et jusqu'à ce que tout le fongus parût détruit. L'eschare tomba au bout d'une vingtaine de jours. Au bout de la cinquième semaine environ, la plaie était fermée et la guérison accomplie.

Cet événement se passait dans les mois de décembre 1858 et janvier 1859. Il n'y a pas eu jusqu'à présent de récidive, au rapport de M. Kuhn.

OTORRHÉE CHRONIQUE DE L'OREILLE; injections iodées.

Par M. le docteur Napolitani.

Au printemps de 1858, un jeune homme de seize ans, fils d'une famille ancienne et distinguée, vint réclamer les soins de M. Napolitani pour une maladie de l'oreille gauche consistant en un rétrécissement de l'orifice externe du conduit auditif, avec une issue d'un peu de pus sanieux et fétide, accompagné de surdité et d'une forte douleur.

Le sujet, bien conformé et bien nourri, d'un tempérament sanguin lymphatique, fut atteint, vers l'âge de cinq ans, d'un exanthème aigu, la scarlatine, après lequel se manifesta l'otorrhée.

Celle-ci, abandonnée à elle-même, tant dans l'espérance d'une guérison spontanée avec le développement de l'enfant que par l'opinion ancienne qui veut qu'on respecte les écoulements purulents in-

---

bre supérieur. Elles sont très-fréquentes et très-variées; mais l'histoire des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus offre surtout une importance extrême.

Les fractures de l'épicondyle et de l'épitrochlée sont pour ainsi dire exclusives à l'enfance, et l'honneur d'avoir le premier étudié ces variétés de fractures revient à M. Marjolin; c'est lui qui a signalé leur fréquence, leurs signes et leur gravité. Il a insisté surtout sur la difficulté du diagnostic différentiel de certaines fractures intra-articulaires avec la luxation, sur les conséquences de ces lésions qui deviennent fréquemment la cause de tumeurs blanches du coude ou d'ankyloses fatales. C'est dans l'enseignement du chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie que M. Coulon a puisé les éléments de sa thèse inaugurale sur les fractures du coude.

Dans le chapitre des fractures de l'avant-bras, M. Coulon consacre un article spécial aux fractures incomplètes. C'est là un point de doctrine intéressant depuis longtemps soulevé; l'auteur se prononce pour l'affirmative, et cite plusieurs faits à l'appui de son opinion. Les signes qu'il donne de ces variétés de fractures sont la déformation du membre et la production d'un craquement au moment de la réduction.

Les fractures du membre inférieur chez les enfants présentent aussi plusieurs points intéressants; signalons à cette période de la vie la fréquence relative des fractures du corps du fémur et la rareté des fractures de la rotule et de l'extrémité inférieure du péroné.

Les soins que nécessite une fracture du fémur sont essentiels, non pas seulement à la consolidation de la fracture, mais encore au maintien de la santé générale du malade. Les soins de propreté exigent que les appareils soient fréquemment renouvelés, et chez tous les enfants il faut apporter la plus grande sollicitude dans l'application des bandages; ce n'est qu'à ce prix qu'on obtient de beaux résultats. M. Marjolin, à cet égard, ne ménage rien dans l'intérêt des jeunes malades qui lui sont confiés, aussi le succès manque-t-il rarement de couronner ses efforts. L'appareil de Scultet est celui qu'il emploie presque exclusivement, mais il a apporté à cet appareil plusieurs modifications extrêmement heureuses, qui lui rendent les mêmes services que les gouttières de Bonnet (de Lyon). Ces modifications ont pour but d'empêcher l'enfant de se lever sur son séant et d'agir sur le fragment supérieur; elles permettent aussi d'enlever l'enfant tout d'une pièce, de le changer et même de le porter à l'air sans faire éprouver le moindre mouvement au membre.

C'est là une heureuse pratique que nous voudrions voir vulgariser. M. Coulon a eu le soin d'insister sur beaucoup de ces points essentiels, aussi son livre mérite-t-il à cet égard tous nos éloges.

Ce livre, le premier sur la matière, a une valeur sérieuse; nous en recommandons vivement la lecture au praticien qui désire s'initier aux difficultés du diagnostic et du traitement des fractures chez les enfants; il y trouvera de nombreux renseignements profitables au salut de ses petits malades.

L'auteur, à ce point de vue, aura rendu un véritable service à la science et à la pratique.

C. Leclère,
Interne des hôpitaux.

Geos ou Histoire de la terre, de sa création, de son développement et de son organisation par l'action des causes actuelles (géologie philosophique), par le docteur Méray. Deux volumes in-8°. Paris, 1861, chez Garnier frères, 6, rue des Saints-Pères.

Fantaisies scientifiques de Sam, par S. Henry Berthoud. Deux volumes in-18. Paris, 1861, chez Garnier frères, libraires, 6, rue des Saints-Pères.

Mémoire pratique sur l'emploi de l'ergotine, par J. Bonjean. Paris, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

M. Bonjean, qui a obtenu une médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris, pour la découverte de l'ergotine, indique les diverses applications de ce médicament, dont la solution est considérée par les plus illustres médecins, et entre autres par MM. les professeurs Flourens, Sédillot et Retzius, médecin du roi de Suède, comme le plus puissant hémostatique que possède la médecine contre les hémorrhagies des vaisseaux tant artériels que veineux.

(Ergotine, 10 gr. ; eau, 100 gr.) — A plus faible dose, cette solution est employée comme cicatrisante.

On emploie l'ergotine à l'intérieur sous forme de dragées (à la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19), et M. Bonjean cite les praticiens les plus distingués qui s'en sont servis avec avantage pour faciliter le travail de l'accouchement, arrêter les pertes foudroyantes qui en sont quelquefois la suite, pour combattre les hémorrhagies de toute nature : l'hémoptysie, les engorgements de l'utérus, les dyssenteries qui accompagnent souvent les fièvres intermittentes, les diarrhées chroniques, etc., et en raison de la propriété dont jouit l'ergotine de ralentir la circulation d'une manière très-marquée, elles offrent un moyen puissant pour enrayer la phthisie pulmonaire.

vétérés, surtout ceux de l'oreille, ne présenta pendant le long espace do dix ans aucune amélioration, augmentant plutôt d'intensité.

Ses parents l'amenèrent enfin, en 1856, aux professeurs de Naples, qui furent d'avis, comme traitement général, de combattre le vice scrofuleux prédominant par l'iodure de potassium, et de dépurer la masse des humeurs par des robs ; pour le traitement local, ils conseillèrent de déterger avec un liquide mucilagineux la partie affectée, en injectant alternativement un peu d'eau minérale.

Bien que cette prescription fût exécutée avec beaucoup d'exactitude pendant deux ou trois ans, elle n'eut aucun effet utile.

C'est alors que le malade fut amené à M. Napolitani, qui reconnut, par un examen attentif et par le cathétérisme, que l'otorrhée dépendait de la carie d'une partie du rocher.

Après quelques réflexions sur le danger d'un traitement contre une pareille affection, et après avoir pris l'avis de plusieurs confrères, il s'arrêta, comme au moyen le plus opportun, à l'injection iodée.

Il commença par dilater, à l'aide de bougies, le passage rétréci par une excroissance muqueuse ; puis il détruisit cette espèce de polype à l'aide de poudres desséchantes. Le conduit auditif ayant repris à peu près sa largeur normale, on en vint aux injections.

Les premières fois, on opéra avec un mélange d'une partie de teinture alcoolique d'iodo et de dix parties d'eau distillée, sans aucun résultat favorable, même avec accroissement de l'écoulement sanieux. Pendant l'injection survenaient des vertiges, une sensation de brûlure dans l'intérieur de l'oreille qui duraient quelque temps.

La deuxième semaine, la proportion fut de 2 à 5, pourtant sans profit, et avec les mêmes phénomènes de vertiges et de brûlure un peu plus prononcés.

La troisième semaine, avec la proportion de 4 à 5, il y eut une faible diminution de l'écoulement purulent ; mais les vertiges et la cuisson augmentaient en degré et en durée.

Malgré cet appareil symptomatique, l'espérance ne s'évanouit pas. On insista sur le même moyen, en le rendant plus actif par une proportion égale des deux liquides. L'écoulement diminua beaucoup. Persuadé alors que le bon effet reposait sur l'activité du remède, le chirurgien employa sans crainte la teinture d'iode pure.

À la quatrième injection il n'y eut plus d'écoulement. Alors on se reposa une semaine, pendant laquelle il n'y eut qu'un peu d'humidité dans le canal ; trois injections la supprimèrent entièrement.

Le sujet fut tenu en observation pendant quelque temps ; la guérison ne se dementit pas. (*Gaz. méd. de Paris.*)

GARGARISMES CRÉOSOTÉS,

Par M. le Dr Green.

M. Green a retiré, dit-il, de grands avantages de gargarismes préparés suivant l'une des formules suivantes, dans le traitement de l'inflammation chronique de la gorge et de l'angine folliculaire localisée à la muqueuse pharyngienne.

1°	Créosote.	24 gouttes.
	Teinture de myrrhe.	12 gr.
	— de lavande composée.. . . .	12 gr.
	Sirop simple.	24 gr.
	Eau de fontaine.	150 gr.
	Mêlez.	
2°	Créosote.	20 gouttes.
	Teinture de poivre d'Espagne. . . .	6 gr.
	— de myrrhe..	12 gr.
	— de lavande composée. . . .	12 gr.
	Sirop simple.	24 gr.
	Eau de fontaine.	150 gr.

(*Bulletin de thér.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 juillet 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. CHASSAIGNAC, à l'occasion du procès-verbal, présente la tumeur du maxillaire inférieur dont il a parlé dans la séance précédente, et qu'il a enlevé le 1er juillet. — Cette tumeur est dure, comme éburnée. Elle présente pourtant un point plus mou, plus élastique, et qui semble constituée par un exsudat sous-périostique. Elle a été examinée avec soin et paraît devoir être rapprochée des tumeurs à myéloplaxes. Or, sur la première tumeur enlevée sur cette même malade, M. Robin n'avait trouvé que les éléments de l'enchondrome.

Depuis l'opération, la malade n'a éprouvé aucun accident.

COMMUNICATIONS.

Hernie congéniale étranglée ; opération. — Gangrène de l'intestin et du testicule par constriction du cordon. — Anus contre nature ; guérison. — Sous ce titre, M. RICHET donne lecture de l'observation suivante :

Michel M..., âgé de 24 ans, maçon, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 25 octobre 1860, pour des coliques violentes et des vomissements répétés, occasionnés, dit-il, par une *descente* qui ne peut plus rentrer.

Il rapporte qu'étant très-jeune, *il a été blessé* au testicule gauche, et que depuis cette époque il a toujours eu la bourse gauche plus volumineuse que la droite. Jamais il n'a porté de bandage. Au moment de son entrée à l'hôpital, il était atteint de chaude-pisse.

Cet homme nous raconte que le 25 octobre, à huit heures du matin, en descendant l'escalier pour aller au travail, il a été pris do coliques très-vives et a vomi plusieurs fois.

Le lendemain 26, à la visite, nous le trouvons dans l'état suivant : Face grippée, pouls petit et fréquent, vomissements opiniâtres de matières jaunâtres, évidemment stercorales, à l'odeur et à la couleur. Le ventre est ballonné, assez douloureux à la pression, surtout dans le voisinage de l'anneau inguinal gauche.

Le scrotum, à gauche, est occupé par une tumeur du volume du poing, très-dure, et tellement tendue qu'à la palpation on eût pu penser à une tumeur tout à fait solide. En arrière on sent une tumeur allongée, de la grosseur du pouce et se terminant en bas par une sorte de renflement très-dur lui-même. C'est évidemment le cordon très-gonflé et le testicule hypertrophié. En avant, la tumeur scrotale est plus molle, comme fluctuante, et lorsqu'on la déprime se réduit en partie sous les doigts et se cache dans le canal inguinal. en faisant entendre un bruit de gargouillement bien distinct. Le canal inguinal, dans tout son trajet, est soulevé et occupé par une tumeur dont il est difficile d'apprécier les éléments.

Le taxis a été tenté par l'interne de garde à plusieurs reprises, et il pense avoir réduit une portion de la tumeur.

J'essaye moi-même le taxis et je m'aperçois bientôt que cette réduction de la tumeur scrotale n'est qu'apparente et qu'on ne fait qu'en refouler une portion dans l'épaisseur des parois inguinales. Néanmoins, comme le malade est atteint de blennorrhagie, que le cordon et le testicule sont évidemment le siége d'un gonflement inflammatoire très-manifeste et que je suppose que la portion d'intestin engagée dans le trajet inguinal est comprimée et étranglée par la pression qu'exerce sur elle le cordon ainsi gonflé, mon diagnostic en un mot étant : *funiculite compliquée d'épididymite et orchite blennorrhagique avec étranglement herniaire*, je désire, avant d'en venir à l'opération du débridement, faire appliquer vingt sangsues sur le trajet du cordon, puis essayer de la réfrigération à l'aide d'une vessie remplie d'eau glacée. En même temps le malade est soumis à la diète et on lui administre une potion laxative.

Le 27, les vomissements ont persisté, le gonflement a plutôt augmenté que diminué ; le ventre est plus ballonné encore que la veille ; ayant dès lors perdu tout espoir de réduction, je me décide à pratiquer l'opération.

Après l'incision des téguments, incision qui s'étend obliquement depuis le milieu du trajet inguinal jusqu'à la partie moyenne du scrotum, de manière à découvrir largement l'anneau inguinal externe, je rencontre le sac herniaire, que je fends de bas en haut dans toute sa longueur. Alors se présentent, d'abord une portion d'épiploon, puis une anse intestinale, d'une longueur de 12 à 15 centimètres environ, noirâtre, molle, flasque, parsemée de points grisâtres annonçant une gangrène arrivée à ses dernières limites, sans perforation cependant. L'intestin est tendu sur lui-même au niveau de son pédicule.

Au-dessous de l'anse soulevée, je reconnais que la tumeur, allongée et indurée, était bien, ainsi que je l'avais diagnostiqué, formée par le cordon et ses éléments notablement gonflés auxquels étaient appendus inférieurement le testicule et l'épididyme, également très-tuméfiés.

L'intestin était en contact immédiat avec le cordon et le testicule ; c'était donc à une hernie congéniale que nous avions affaire. Ayant constaté que l'étranglement siégeait très-profondément, c'est-à-dire à la partie la plus reculée du trajet inguinal, en d'autres termes à l'anneau inguinal profond ou interne, j'attire ou plutôt je dégage l'intestin pour vérifier si au niveau du point resserré, il n'existait pas de perforation ; tranquille de ce côté, je n'hésite pas, vu le mauvais état de cette portion du tube intestinal, à la retrancher et à établir un anus contre nature. Cela fait, j'introduis le doigt dans l'intestin, et sans débrider ni sur le collet du sac ni sur l'anneau, je cherche à faire la dilatation afin de ne point courir les chances de laisser pénétrer dans la cavité péritonéale la moindre gouttelette du liquide âcre et de mauvaise nature dont le sac était rempli.

Je pratiquai ainsi par l'intérieur du tube intestinal, et sans trop de difficulté, la dilatation de l'orifice herniaire, et, dès que j'eus retiré le doigt, les matières fécales s'écartèrent à flot ; l'intestin fut fixé par quelques points de suture, et le malade, après avoir été pansé mollement à l'aide d'un bandage triangulaire, fut reporté à son lit.

Dans la journée, l'écoulement des matières fécales se supprima ; on plaça alors dans le bout supérieur une sonde en gomme, et le rétablissement se fit immédiatement.

Le lendemain et les quatre jours suivants, les évacuations s'effectuent par la sonde copieuses et sans difficulté, et les deux portions de l'intestin et de l'épiploon qui avaient été retranchées le jour de l'opération à une certaine distance du point où siégeait l'étranglement, commencent à se sphacéler à son niveau même, déblayant ainsi l'infundibulum de l'anus contre nature.

Quant au cordon, il reste toujours très-volumineux et se présente sous l'apparence d'une tumeur blanchâtre, allongée, que termine en bas le testicule, dont le volume est double au moins de celui du côté opposé.

Le 2 novembre, voulant retrancher une petite portion d'épiploon qui ne s'était pas complétement détachée d'elle-même, il survint dans la journée une hémorrhagie qu'on ne put arrêter que par une ligature. Cette perte de sang paraît avoir été très-utile, car le gonflement inflammatoire qui existait au pourtour de la plaie a disparu depuis ce moment.

Le 3 et les jours suivants, le malade commence à reprendre de l'appétit ; il mange une portion ; et les matières, qui d'abord se présentaient après dix minutes, une demi-heure, puis une heure d'ingestion, n'apparaissent bientôt qu'après quatre ou cinq heures d'intervalle.

Le 8, elles mettent dix heures.

Je constate ce jour que le cordon offre, au niveau du point où existait l'étranglement, une rainure assez profonde, comme si on y avait placé une ligature. Ce même jour j'applique la pince entérotome de Blandin, qui ne détermine aucun accident.

Le 11, l'entérotome tombe, entraînant entre ses mors une portion de l'éperon, qui, desséchée, n'offre pas moins de 40 millimètres de longueur.

Je constate, en introduisant le doigt dans la cavité intestinale, que le bout supérieur communique largement avec l'inférieur.

Toutefois l'éperon qui les sépare est encore assez saillant. Je pratique la compression à l'aide de la charpie sur l'orifice intestinal. Le lendemain, il n'a passé que des matières liquides par la plaie. Le malade a eu une selle copieuse.

Le 13 et le 14, le mieux se soutient. Le malade va tous les jours à la garde-robe par l'anus normal, et rend des matières moulées.

Le 15, nous constatons que la section du cordon est complète ; son extrémité supérieure détachée peut être renversée dans le fond du scrotum. Je suis obligé d'en retrancher avec des ciseaux une longueur équivalente à 3 centimètres.

Le 16, le testicule, dont le volume avait beaucoup diminué depuis l'opération, s'énucle sous forme d'une masse grisâtre et sanieuse, et le lendemain 17, je puis le retirer du fond du scrotum. La pièce pathologique, examinée avec soin, ne nous offre que les tubes séminifères ; la tunique albuginée est restée fixée avec l'épididyme au fond du scrotum.

Le 23, la plaie s'est de plus en plus rétrécie et convertie en fistule stercorale. Néanmoins, l'introduction du petit doigt me permet de reconnaître la présence d'un éperon assez saillant pour que je croie devoir appliquer de nouveau l'entérotome ; ce qui se fait non sans quelque difficulté.

Le 26, l'entérotome, qui n'a déterminé aucun accident, tombe, et la portion enlevée mesure 45 millimètres. On a donc enlevé en deux fois au moins 85 millimètres de l'éperon, qui empêchait la communication entre les deux bouts de l'intestin.

Les jours suivants, contrairement à ce que l'on observe en pareil cas, les bouts de l'intestin fixés dans l'infundibilum, au lieu de se rétracter du côté de la cavité abdominale, tendent à se rejeter en dehors. Déjà je songeais, après les avoir décollés, à les suturer pour les forcer à se porter en dedans, lorsque, pendant le courant de décembre, je crus m'apercevoir que, malgré cette saillie des bouts intestinaux, la plaie extérieure n'en continuait pas moins à se rétrécir.

Je résolus donc d'attendre avant de tenter une autoplastie régulière, et je me bornai à pratiquer la cautérisation au fer rouge des parties exubérantes de l'intestin.

Du 1er janvier au 20 février, trois cautérisations furent ainsi pratiquées, et chacune d'elles eut pour résultat de resserrer de plus en plus la fistule.

Le 20 mars, elle était réduite à un pertuis de la grosseur d'une tête d'épingle, dont je cautérisai la circonférence à l'aide du crayon d'azotate d'argent.

A cette époque, le malade, dont l'émaciation était extrême dans les premiers jours qui avaient suivi l'opération, avait déjà repris un très-notable embonpoint et mangeait quatre portions.

Le 6 mai, on trouve, sortant par l'orifice fistuleux, un fragment de *tænia solium*. Une dose de 20 grammes de kousso est administrée, et le lendemain le malade rend par les selles un énorme tænia complet et encore vivant.

Le 9, cautérisation de l'orifice fistuleux, à peine visible, à l'aide d'un stylet trempé dans le nitrate acide de mercure. À partir de ce moment, il ne suinte plus par la fistule qu'un peu de liquide jaunâtre jusqu'au 10 juin, époque à laquelle cette fistule est définitivement fermée.

Réflexions. — La première chose que je désire faire remarquer, c'est l'extrême embonpoint du malade, tel qu'il n'a jamais été et bien supérieur à ce qu'il était avant l'étranglement de sa hernie. Cela prouve sans réplique que le retranchement de l'anse intestinale herniée ne nuit en rien à son alimentation, et cependant cette portion retranchée était considérable, et dépassait certainement, avec ce qui s'est sphacélé consécutivement à l'opération, *vingt centimètres*. Cela démontre aussi l'immunité, je ne dirai pas des anus contre nature en général, mais de certains anus contre nature, puisque chez ce malade les choses se sont passées, depuis le commencement jusqu'à la fin, avec une extrême simplicité, et sans aucun accident soit du côté du péritoine, soit du côté de l'intestin lui-même.

J'attribue l'absence d'accidents du côté du péritoine à la précaution que j'ai prise chez ce malade, et que j'ai adoptée depuis longtemps en pareil cas, de ne débrider ni sur le sac ni sur l'anneau, afin de ne point diviser les adhérences récentes qui unissent le collet du sac à l'intestin.

On évite de la sorte tout épanchement dans l'abdomen des liquides contenus dans le sac, et aussi la pénétration de l'air atmosphérique. La dilatation à l'aide du doigt introduit dans le tube intestinal permet toujours de rendre l'ouverture assez large pour que les matières puissent sortir d'elles-mêmes, ou pour qu'on puisse facilement introduire une sonde dans le bout supérieur.

Pour me mettre en garde contre les accidents du côté du tube digestif, l'entérite, par exemple, j'ai soin autant que possible de ne point laisser la sonde à demeure de crainte que son séjour dans l'intestin n'en provoque l'inflammation ; je préfère sonder le malade trois ou quatre fois par jour, et faire des injections avec de l'eau tiède.

On remarquera que la hernie était congéniale, ce que l'on aurait pu d'ailleurs soupçonner avant l'opération, car le malade nous avait dit qu'*il avait été blessé depuis son enfance du côté gauche* ; c'est là une particularité qui me semble digne d'être notée, parce que quelques chirurgiens, raisonnant d'après la théorie, ont pu dire que ces sortes de hernies n'étaient pas sujettes à étranglement. C'est là, à mon avis, une grave erreur qu'il importe de détruire avec des faits ; déjà plusieurs fois j'ai entretenu la Société de chirurgie à ce sujet, et lui ai soumis des pièces qui prouvent sans réplique la possibilité de cet accident. Le cas actuel vient à l'appui de cette opinion, et je me crois en mesure de pouvoir démontrer aujourd'hui que c'est même là un fait assez fréquent. Bien plus, et c'est là ce que présente de plus curieux l'observation du malade que j'ai présenté à mes collègues de la Société de chirurgie, c'est que l'étranglement est plus serré, plus énergique et par conséquent l'intestin plus souvent gangrené que dans les autres variétés de hernies. Chez mon malade, après quarante-huit heures seulement d'étranglement, et quoiqu'il n'eût jamais porté de bandage, la constriction avait été portée à un tel point que non-seulement l'intestin était livide, flasque et gangrené, mais que le cordon testiculaire lui-même avait subi dans ses éléments une altération portée au point de sphacéler le testicule. Il est vrai qu'il faut tenir compte du volume considérable qu'il présentait, et qu'il devait sans doute à l'inflammation blennorrhagique, qui s'était, selon toute probabilité, propagée du canal de l'urèthre jusqu'à l'épididyme ; mais, même en admettant comme tout à fait démontré que cette funiculite compliquée d'épididymite ait eu pour point de départ la blennorrhée uréthrale et non simplement la pression exercée par le cercle herniaire constricteur, il n'en reste pas moins digne d'intérêt de voir jusqu'à quel point cette constriction a été portée et les résultats qu'elle a eus par rapport à la glande séminale.

Le dernier point enfin sur lequel je veux attirer l'attention, parce qu'il est de nature à faciliter la solution d'une question longtemps discutée et aujourd'hui encore non complétement résolue, au moins dans l'esprit de quelques chirurgiens, c'est celui de l'agent constricteur. Quel était-il ? Etait-ce le collet du sac, ou l'anneau inguinal interne ? L'anneau externe est ici hors de cause, puisque, après avoir incisé et fendu la paroi inguinale antérieure, j'ai trouvé l'étranglement siégeant tout à fait à la partie supérieure du trajet inguinal. Eh bien, je n'hésite pas à répondre que c'était l'anneau inguinal in-

terne, ou, en d'autres termes, le *fascia transversalis*, et je vais le démontrer. Si la constriction eût été opérée par le collet du sac herniaire, c'est-à-dire par la portion rétrécie du péritoine siégeant au niveau du trajet inguinal et de ses anneaux, l'intestin seul eût subi la constriction, et le cordon spermatique, qui reste toujours sous-péritonéal et qui par conséquent est en dehors du collet du sac, eût échappé à la constriction. Si donc il a été comprimé, serré au point d'être coupé comme par une ligature, et au niveau même du lieu où l'intestin se trouvait étranglé, c'est qu'évidemment il y avait un autre agent constricteur que le collet du sac. Quel peut être cet agent, si ce n'est le cercle fibreux formé par le *fascia transversalis* à l'orifice inguinal profond ou interne? On ne pourra donc plus donner désormais comme preuve irrécusable que *jamais l'étranglement de la hernie inguinale ne peut avoir lieu par les anneaux fibreux*, cette raison, à savoir, que, s'il en était ainsi, le cordon devrait être nécessairement comprimé, et qu'il ne l'est jamais. Tout ce que l'on pourrait avancer, c'est que les exemples de constriction simultanée du cordon et de l'intestin ne sont pas communs, et, pour ce qui me concerne, je dois avouer que c'est le premier fait probant de ce genre qu'il m'ait été donné d'observer. Mais j'incline à penser que si dans les cas ordinaires cette compression du cordon n'est pas possible à démontrer d'une manière éclatante et sans laisser de doute, c'est que son organisation toute spéciale lui permet de résister beaucoup plus longtemps que l'intestin à la constriction lorsqu'il est à l'état normal, surtout cette constriction ne durant jamais un temps assez long pour l'altérer dans sa structure. Mais si, comme dans le cas dont il s'agit, il change de nature, s'il est enflammé et volumineux, la striction des anneaux peut être portée au point de les couper et d'amener consécutivement le sphacèle du testicule, comme chez le malade que j'ai présenté à la Société de chirurgie.

Ligature appliquée sur une artère en voie d'ossification, neuf jours avant la mort du malade.—M. BROCA communique l'observation qui suit:

Un homme âgé de soixante-huit à soixante-neuf ans reçut un coup de pied de cheval; la jambe fut brisée. On remarquait une forte contusion avec plaie, et fracture avec esquilles. Le tibia était divisé en trois fragments. Mais la plaie était si peu étendue, et la fracture, malgré ces désordres, paraissait dans de si bonnes conditions, qu'un appareil simple fut appliqué sans que l'on eût recours à l'irrigation continue. Deux ou trois jours après, il survint de la gangrène, et elle marchait en descendant vers le pied. M. Broca attendit le moment convenable pour pratiquer l'amputation, et quand il trouva les conditions favorables, l'opération fut faite. L'artère fémorale battait bien, et notre collègue crut devoir attribuer le sphacèle à l'accident lui-même, au traumatisme violent, et non à l'altération des vaisseaux. L'amputation faite, les artères donnaient peu de sang, et elles étaient ossifiées, à tel point qu'elles ne se laissaient pas affaisser sous la pince.

Que fallait-il faire? continue M. Broca. J'avais d'abord songé à me servir d'une de ces pinces mousses, telles que celles dont on fait usage pour tordre le fil de fer, à écraser l'artère ossifiée de façon à boucher sa lumière avec les fragments qui seraient résultés de ce broiement, et à fournir ainsi un point d'appui durable pour la formation du caillot. Je ne m'arrêtai pas à cette idée. Je pris alors une grosse ligature plate, bien faite; je serrai fortement, et je fermai l'ouverture de l'artère. La gangrène continua à marcher, et elle envahit d'abord la manchette, puis dépassa le point où l'amputation était pratiquée.

Pendant les premiers jours, le malade allait bien, et j'attendais avec anxiété la chute du fil, craignant bien qu'à cette époque nous n'ayons une hémorrhagie; j'avais même fait placer un tourniquet près du lit du malade. Mais la gangrène fait des progrès encore, et le malade succombe le neuvième jour.

Voici la pièce: il n'y a point de caillots dans la tibiale antérieure; et dans une étendue de 3 centimètres au moins je n'ai pas rencontré de collatérale. Si donc il n'y a pas de caillots dans de telles conditions, c'est qu'il ne s'en est pas formé.

Les lésions des parois artérielles peuvent sans doute modifier la formation du caillot; mais dans de telles circonstances, on pourrait s'attendre à une modification toute contraire à celle que nous rencontrons. Ce blessé, à la chute du fil, aurait donc été atteint d'hémorrhagie. J'aurais dû alors recourir à la ligature de la fémorale. Ressource précaire! car ces ligatures suivant la méthode d'Anel sont loin, dans l'immense majorité des cas, d'être suffisantes pour parer aux dangers de ces hémorrhagies consécutives.

J'ai été embarrassé, je l'avoue, et c'est pour cela que j'ai trouvé le fait intéressant. Scarpa a bien conseillé (et M. Roux a fait cette tentative) d'introduire un bouchon dans l'artère et de pratiquer une ligature sur cette cheville. Mais il faut que cette cheville tombe, et n'est-on pas alors aussi exposé à une hémorrhagie qu'après une simple ligature? Peut-être l'idée que j'ai émise en commençant pourrait-elle donner de bons résultats. Saisir l'artère et la mâcher avec une pince à mors plats; c'est une idée que l'on pourra mettre en pratique, et l'expérience alors prononcera. *A priori*, je préférerais cette manière d'agir à celle conseillée par Scarpa.

M. VERNEUIL rapproche un fait de celui de M. Broca. Il a rencontré, en pratiquant une amputation de la jambe au lieu d'élection, les artères en voie d'ossification. L'ossification n'était pas aussi avancée que dans le fait de M. Broca, mais les artères, surtout la tibiale antérieure, étaient si friables qu'il n'y avait pas moyen de pratiquer une ligature. Le malade perdait beaucoup de sang; alors notre collègue découvrit l'artère poplitée par le procédé de M. Marchal (procédé facile et commode), et trouvant cette artère aussi ossifiée, il isola la veine et appliqua une ligature qui comprenait non-seulement l'artère, mais aussi toute sa gaîne celluleuse. La ligature n'est tombée que le quarante-quatrième jour, et le malade a bien guéri.

Quant à l'absence du caillot, comme c'est là un fait fort intéressant, M. Verneuil demande à M. Broca s'il s'est assuré de l'état du sang.

M. BROCA n'a pas examiné le sang de suite, et quand il a constaté, en disséquant la pièce, que le caillot manquait complétement, il n'était plus temps de faire cet examen.

M. CHASSAIGNAC. L'on ne constate, en général, cette absence de caillots que dans les cas de gangrène ou d'empoisonnement putride. Dans les cas d'artérite, il se forme des caillots; il ne s'en forme même que trop. Le caillot manque aussi assez ordinairement dans les cas de broiement d'un membre, et quand la mort survient après trois ou quatre jours. On observe alors dans l'artère une teinte sanguine que l'on peut suivre jusqu'à la première collatérale; mais de caillot, il n'y en a point. J'ai vu encore ce matin un fait qui vient confirmer ce que j'avance. Un blessé était mort après trois jours de séjour dans mon service; il n'y avait point de caillot, mais l'artère était teinte en rouge jusqu'à la première collatérale, située à 3 ou 4 centimètres du point où avait porté la section. Ajoutons que cette teinte rouge ne disparut pas par le lavage.

Quant à ce que dit M. Broca, M. Chassaignac partage son opinion: et est d'avis qu'il faut, dans ces circonstances, écraser les tuniques artérielles.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Durand-Fardel nous adresse la lettre suivante, que nous mettons, suivant son désir, sous les yeux de nos lecteurs:

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez reçu et inséré en partie dans votre numéro du 2 juillet une lettre de M. le docteur Chabanne, dans laquelle mon honorable collègue me reproche d'avoir méconnu les rapports qui unissent les eaux minérales de Vals à celles de Vichy.

Ce reproche n'est cependant pas fondé. Lorsque j'écrivais à M. Trousseau: « A part le rapprochement de Vichy et de Vals d'une part, de Pougues et de Contrexéville de l'autre, qui ne me paraît pas très-exact... », il me semble que j'exprimais très-clairement pour tout le monde que Vichy et Vals formaient à mes yeux un groupe particulier, Pougues et Contrexéville un autre, et que c'est entre ces deux groupes que je me refusais à admettre le rapprochement proposé par le savant professeur de l'Hôtel-Dieu.

J'ai toujours professé moi-même que Vichy et Vals appartiennent à la même famille thermale, et présentent des applications sinon identiques dans tous les cas, du moins fort rapprochées.

Les observations de M. le docteur Chabanne n'avaient donc point d'objet. Je ne regrette pas cependant l'erreur de mon honorable confrère, puisqu'elle nous a valu une communication intéressante au sujet des applications particulières des eaux de Vals.

Veuillez agréer, etc.

DURAND-FARDEL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'administration de l'Assistance publique vient de fonder sur la plage de Berck (Pas-de-Calais) un hôpital de cent lits pour le traitement des enfants scrofuleux provenant des hôpitaux de Paris.

Cet établissement, commencé il y a trois mois à peine, est aujourd'hui terminé; il consiste en un système de constructions en bois élevées d'un étage et formant un parallélogramme ouvert sur la mer avec une chapelle au centre.

Cent enfants, confiés aux soins des sœurs franciscaines de Calais, y sont installés depuis quelques jours. Chacun d'eux avant son départ a été l'objet d'un examen attentif, et a donné lieu à des observations rédigées par les médecins compétents des hôpitaux de Paris. Toutes les circonstances du traitement, les effets de la vie à la mer et des bains salés sur l'économie des jeunes malades, seront décrits dans une notice qui accompagnera chaque enfant à son retour à l'hôpital de Paris, où il sera examiné de nouveau. L'administration sera ainsi mise à même de juger la valeur thérapeutique des nouveaux moyens qu'elle vient de mettre à la disposition de ses médecins.

— M. le docteur Fougeu (d'Etampes), dont nous avons annoncé la mort prématurée dans le numéro de mardi dernier, a succombé à un érysipèle de la tête semblable à ceux qui règnent en grand nombre en ce moment à l'hôpital de cette ville, et qui a revêtu dans ses dernières phases un caractère des plus malins. Nous ne pouvons donner une meilleure idée des qualités et du caractère de cet honorable confrère, qu'en rapportant l'extrait suivant d'une lettre que nous écrit M. le docteur Froc, de Sermaises (Loiret):

« Victime de son dévouement, M. Fougeu a vu ses malades jusqu'à la veille de sa mort. Praticien studieux, il n'aimait rien tant que de discuter ses auteurs chéris: Stoll, Hufeland, Pierre et Joseph Frank, etc. Homme bon et éminemment généreux, il ne se contentait pas de prodiguer aux pauvres ses soins les plus empressés, il leur fournissait encore les vins et les aliments nécessaires à leur convalescence. Vous donner une idée de ses rapports avec ses confrères, je le ferai en deux mots: tous ses voisins étaient à son convoi, et à nous voir, on aurait cru que c'était un frère que nous pleurions. »

M. le docteur Bourgeois a prononcé sur la tombe de notre confrère un de ces discours qui honorent à la fois et ceux qui en sont l'objet et ceux qui les prononcent.

— On nous écrit de Vichy que la ville est très-animée; que la présence de l'Empereur se fait ressentir partout; aussi arrive-t-il de fort loin, le dimanche, de braves campagnards qui veulent le voir et le saluer.

Mais il n'est pas exact que les hôtels et les maisons garnies aient augmenté leurs prix; ils sont restés les mêmes que ceux de l'année dernière. Ce qui avait fait croire qu'on pouvait difficilement se loger, c'est que les personnes dont la saison de bains était finie et qui devaient partir un peu avant l'arrivée de l'Empereur, sont restées pour être témoins de la chaleureuse réception qui lui a été faite.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 83. — MARDI 16 JUILLET 1861. (34e ANNÉE.) N° 83. — MARDI 16 JUILLET 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 15 JUILLET 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu dans cette séance une lecture de M. E. Beaudement sur une question d'économie rurale qui présente un grand intérêt au point de vue physiologique. Il s'agit des rapports qui existent entre le développement de la poitrine, la conformation et les aptitudes des races bovines.

Dans de précédents travaux, ce savant agronome a cherché à établir les rapports existants entre l'ampleur de la région thoracique, la puissance d'assimilation et la faculté d'engraissement des animaux. Ce nouveau mémoire a pour objet de montrer le lien physiologique qui rattache les aptitudes des animaux et leurs caractères distinctifs.

L'auteur fait voir dans ce travail que l'histoire des races bovines tout entière vient donner raison aux lois physiologiques du rapport de l'accroissement avec l'exercice et du balancement des forces organiques diversement mises en jeu. Il montre, en dernière analyse, que toute la question de la formation et de l'amélioration des races, par conséquent tout le problème physiologique et économique de la zootechnie, se résume en une question de nutrition dans le jeune âge.

M. Guyon, correspondant de l'Académie, a communiqué quelques détails sur une source thermale arsenicale de la régence de Tunis, la source de Bou-Chater, située près de l'ancienne Utique, et qui, selon notre savant confrère, ne serait autre sans doute que celle qui a été signalée dans le même lieu dans les *Commentaires* de César. Les eaux de cette source, d'après l'analyse détaillée renfermée dans cette note, seraient de toutes les eaux thermales et autres contenant de l'arsenic, celles qui en contiendraient le plus.

Nous renverrons au *Compte rendu* ceux de nos lecteurs qui désireraient avoir des renseignements précis sur la composition chimique de cette source, ou qui seraient curieux de consulter les documents historiques et géographiques pleins d'intérêt que renferme la communication de M. Guyon.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

De la phthisie pulmonaire.

(Leçons recueillies et publiées par M. CAPELLE, interne du service.)

Symptômes. — Un des grands caractères de la phthisie est la consomption. L'on a prétendu qu'elle pouvait exister sans ce caractère, mais c'est que l'on n'a tenu compte que de l'amaigrissement absolu, sans songer aux conditions d'embonpoint qui pouvaient exister avant le début de la maladie, et qui font que tel malade aura encore l'apparence vigoureuse, bien qu'il déclare, si on l'interroge, qu'il a maigri de la moitié du corps.

A la consomption se joignent des sueurs profuses, survenant après la moindre fatigue, sueurs surtout nocturnes, parfois tellement abondantes qu'elles peuvent forcer le malade à changer de linge à plusieurs reprises dans l'espace d'une nuit.

Une toux sèche d'abord, quand le tubercule n'est pas encore ramolli, et dont par conséquent la sécheresse n'est que passagère. Des malades se plaignent souvent d'une toux sèche datant d'une époque plus ou moins éloignée, un an par exemple ; mais il ne faut pas oublier que cette toux peut exister comme symptôme des troubles gastriques que nous savons être souvent le point de départ de la tuberculisation, et il ne faudrait point la rapporter toujours au tubercule lui-même.

La toux devient donc grasse de bonne heure chez les phthisiques.

L'expectoration est formée de matière muco-purulente, qui provient surtout de la sécrétion de l'ulcère et dans laquelle le microscope a voulu, mais sans succès, découvrir une cellule particulière, propre au tubercule, comme il a voulu faire de la cellule cancéreuse le signe caractéristique du cancer. A l'expectoration se lie l'hémoptysie, qui arrive surtout au début lors du travail d'inflammation qui se développe autour de l'ulcère, quand, par exception, l'oblitération vasculaire ne se fait pas. L'hémoptysie est ordinairement peu abondante et ne se rencontre pas chez tous les sujets. On dit généralement qu'elle est plus commune dans la jeunesse que dans un âge avancé ; ce n'est pas mon avis. Elle est plus abondante chez les jeunes gens quand elle se produit ; mais elle est plus fréquente chez les vieillards. Au-dessus de cinquante ans, elle est la règle ; il est bien peu de malades devenus phthisiques à cet âge qui ne disent avoir vu quelques filets de sang dans leurs crachats, et la présence de ces stries sanglantes au milieu de la matière expectorée est un signe auquel j'attache une grande importance pour le diagnostic de la phthisie et de la bronchite chronique chez les vieillards.

La fièvre, chez les phthisiques, dépend du travail d'inflammation qui se fait autour des cavernes. Elle se développe plus ou moins fréquemment, plus ou moins rapidement, suivant les susceptibilités individuelles. Certaines personnes en ont dès le début de la maladie, d'autres seulement dans sa période ultime ; d'autres enfin, et surtout les vieillards, n'en ont jamais. Quoi qu'il en soit, l'existence de la fièvre est toujours chose fâcheuse ; elle accélère la marche de la phthisie, et c'est dans les cas où elle survient d'emblée, continue, que l'on voit la maladie suivre une marche galopante.

Cette fièvre symptomatique se présente avec divers caractères ; elle se traduit quelquefois seulement par une rougeur anormale des joues et une chaleur des mains survenant surtout après les repas. Le plus souvent elle se manifeste le soir, tantôt par chaleur et sueur, d'autres fois par frisson, chaleur et sueur, comme un véritable accès de fièvre intermittente. Enfin elle peut être continue, et alors aussi être sujette à exacerbation parfois le matin, mais surtout le soir.

L'étude de la douleur chez les phthisiques offre un grand intérêt. Il est d'abord une douleur à laquelle dans le monde on attache une énorme importance, et qui est regardée même par beaucoup de médecins comme se liant au début de la tuberculisation, c'est celle qui siége au milieu de la région dorsale. Vous rencontrerez beaucoup de personnes qui, venant vous consulter pour cette douleur, se croiront sérieusement attaquées de la poitrine. Ne vous y trompez pas, cette douleur ne se lie qu'indirectement à la phthisie ; elle ne dépend pas de l'évolution du tubercule ; c'est seulement le point dorsal de la névralgie intercostale symptomatique de cette dyspepsie que nous savons être souvent la cause du développement de la tuberculisation.

Il est une autre douleur qui dépend plus directement de l'évolution du tubercule lui-même, et à laquelle cependant on n'accorde pas toute la valeur qu'elle mérite, c'est cette douleur qui occupe le sommet du thorax, se révèle surtout à la partie antérieure sous la clavicule, et qui, quelquefois spontanée, est le plus souvent éveillée, et toujours exaspérée par la pression au niveau des espaces intercostaux supérieurs. Cette douleur sus-thoracique doit toujours être prise en sérieuse considération, et quand vous en constatez l'existence, quand même il n'y aurait encore ni toux ni expectoration caractéristique, vous devez songer à la possibilité, à la probabilité de la tuberculisation.

Le plus souvent limitée aux trois premiers espaces intercostaux, cette douleur cependant n'occupe pas toujours un point fixe ; elle peut, s'irradiant jusqu'aux plexus cervical et brachial, retentir jusque dans le bras et la région sus-claviculaire.

J'ai vu mourir des progrès de la phthisie un malade qui tout d'abord présenta comme unique symptôme une douleur excessivement vive, tenace et continuelle au-dessus de la clavicule.

Dernièrement encore nous avions aussi dans nos salles une jeune femme phthisique, qui accusait comme symptôme prédominant une douleur aiguë dans la région sus-claviculaire gauche. Chez cette malade, la phthisie n'était pas douteuse : il y avait cavernes et gargouillements énormes ; la maladie en était arrivée à sa période ultime.

Une autre variété de douleur a été signalée par M. Bourdon, c'est celle qui siége dans la région hépatique, et qui se rattache à cet état particulier du foie que l'on a appelé foie gras. Dans la majorité des cas, le foie des phthisiques déborde les fausses côtes, et la percussion est douloureuse à l'hypochondre. Généralement les malades ne se plaignent pas spontanément de cette douleur ; il faut la provoquer par la pression ou la percussion. Dans un seul cas, il m'est arrivé de voir un phthisique accuser dans la région du foie une douleur spontanée excessivement vive, qu'on avait rattachée à l'existence d'une péritonite tuberculeuse.

Il est enfin une autre douleur sur laquelle je veux appeler votre attention, c'est celle qui se manifeste dans les membres, et surtout dans les membres inférieurs. Examinez un phthisique arrivé à la troisième période, dans un état de consomption avancé, dévoré par la fièvre, et il est bien rare que par la pression vous ne déterminiez au-dessus du genou une douleur excessivement vive. La pression exercée le long de la cuisse en partant de l'aine sera d'abord bien supportée ; mais aussitôt que vous presserez au-dessus du genou, le malade ne pourra retenir un geste ou un cri de douleur. Quel est, anatomiquement parlant, le tissu dont la compression est ainsi douloureuse? Je n'en sais rien ; mais la douleur n'en existe pas moins, tantôt plus vive d'un côté que de l'autre, tantôt limitée en un point fixe au-dessus du genou, tantôt au contraire s'étendant dans les membres, descendant jusqu'aux pieds et se manifestant même dans les bras. C'est une véritable douleur consomptive, existant surtout chez les jeunes sujets à phthisie fébrile, plus fréquemment aussi chez les jeunes filles que chez les jeunes garçons.

Je l'avais d'abord appelée arthralgie ; mais comme, en raison de ce nom, on voulait trouver cette douleur dans les articulations, j'aime mieux l'appeler mélalgie, c'est-à-dire douleur des membres.

Avant d'aller plus loin et d'étudier les signes physiques de la phthisie, je crois utile de vous parler des différents degrés que l'on a établis dans cette maladie. Cette séparation de la maladie en plusieurs périodes était juste, puisque la gravité de ces périodes elles-mêmes est bien différente. Ce fut d'abord le caractère de l'émaciation que l'on prit en considération, et l'on admit trois degrés dans la phthisie, suivant que la consomption était peu avancée, notable, ou portée à l'extrême.

L'école anatomo-pathologique admit également trois degrés dans la maladie, mais ce ne fut plus sur l'amaigrissement plus ou moins prononcé qu'elle les établit ; elle ne s'occupa que des transformations successives du tubercule, et admit un premier, un deuxième et un troisième degré, suivant que le tubercule en était à sa période de formation, à sa période de crudité, ou à sa période de ramollissement.

Vous verrez plus loin que les degrés analogues de ces deux divisions sont loin de se correspondre.

Ceci posé, arrivons aux signes que nous fournit l'auscultation dans l'étude de la phthisie. Les premiers symptômes révélés par l'auscultation de la poitrine chez les phthisiques sont la faiblesse du murmure vésiculaire, la rudesse de la respiration et l'expiration prolongée ; mais il est des poitrines des poitrines de vieillards surtout, où ces caractères de la respiration peuvent se rencontrer sans que cependant il y ait des tubercules.

Par conséquent, sans vouloir contester à ces signes toute valeur, je vous les donne cependant pour incertains. Viennent ensuite les craquements, et c'est là réellement le meilleur signe du début.

On a admis deux espèces de craquements, le craquement sec et le craquement humide, suivant que le tubercule était encore complétement à l'état de crudité ou qu'il commençait à se ramollir, et ces craquements, on a voulu les expliquer par les frottements plus ou moins rugueux qu'exerçaient les uns sur les autres les tubercules encore crus ou déjà en voie de ramollissement. Je ne puis admettre cette manière de voir. Je ne puis concevoir ces bruits, dits de craquement, qu'à la condition que de l'air traverse une matière ramollie, demi-liquide, et la soulève sous la forme d'une bulle qui éclate à la surface, comme cela se passe dans la bronchite, où le râle muqueux est produit par le même mécanisme. Ces deux ordres de bruits, craquements et râles muqueux, rentrent donc pour moi dans la même classe, celle des râles bullaires. Ces râles bullaires peuvent bien différer les uns des autres par la grosseur, mais non par le mode de formation, et je prétends que ce que l'on appelle craquements au sommet du poumon, serait appelé râles muqueux si le bruit était entendu à la base.

La manière dont on a voulu expliquer la production de ces bruits de craquement provient, à mon avis, du rapport qu'on a voulu établir entre les différents degrés de la division de la phthisie basée sur la consomption et les différents degrés de la division basée sur les modifications anatomo-pathologiques. On voulait faire marcher de front la consomption et l'évolution du tubercule, mettre en regard le premier degré de l'une et la période de crudité de l'autre, et comme des malades chez lesquels l'auscultation révèle l'existence de craquements n'en sont cependant qu'à la première période de la consomption, on ne pouvait admettre que le tubercule en fût à sa période de ramollissement, et on cherchait à donner une explication du bruit pendant la période de crudité.

Mais consomption et évolution du tubercule ne marchent point toujours parallèlement ; tel degré de l'une ne suppose pas

dans tous les cas le degré analogue de l'autre ; et si, lorsque la consomption en est arrivée à son troisième degré , on constate également le troisième degré de l'évolution tuberculeuse , on voit, par contre, des malades chez lesquels on constate la présence de gargouillements , c'est-à-dire la troisième période des anatomo-pathologistes , n'avoir souvent que le premier degré de la consomption.

Pour moi donc , je le répète , le bruit de craquement se lie à la période de ramollissement du tubercule ; il rentre dans la classe des râles bullaires ; il est formé par le passage de l'air dans la matière liquide, soit du tubercule ramolli , soit du muco-pus de l'ulcération caverneuse. Ce sont toujours des râles bullaires ; mais ces râles ont une grosseur différente suivant les dimensions des cavités. Si ces cavités sont des cavernules, les bulles sont petites, et s'appellent généralement craquements. Si ce sont de grandes cavernes , les bulles prennent le caractère du gargouillement, et peuvent rappeler le bruit que l'on fait quand on souffle avec un chalumeau dans de l'eau de savon. Il y a donc des râles bullaires caverruleux et des râles bullaires caverneux.

Cavernes et cavernules peuvent être complétement vides ; dans ce cas, si ce sont des cavernes , vous avez souffle caverneux, pectoriloquie, sons métalliques ; mais si ce sont des cavernules, les signes sont moins accusés ; on n'a le plus souvent qu'une respiration rude , et si vous vous rappelez que cette rudesse de la respiration est donnée comme signe du début , vous reconnaîtrez qu'en pareille circonstance l'on peut faire erreur et croire une phthisie moins avancée qu'elle ne l'est réellement.

Enfin, vous comprenez que la vacuité et la plénitude des cavernes ne sont pas toujours aussi isolées que nous venons de le supposer , et alors vous avez la combinaison des deux ordres de bruits que nous avons signalés.

Vous connaissez la sensation d'élasticité et la sonorité particulière que la poitrine donne sous le doigt qui la percute ; vous connaissez aussi les modifications qu'impriment, sous ce double point de vue, aux résultats de la percussion, les altérations survenues dans les organes pulmonaires, et en particulier le dépôt de tubercules dans le sommet de ces organes. Mon intention n'est donc point de vous retracer les caractères de la matité chez les phthisiques ; je vous renvoie aux traités de pathologie, et je me borne à un conseil pratique.

On vous conseille , lorsque vous voulez juger du degré de matité d'un poumon tuberculeux , de percuter l'autre poumon, que l'on suppose sain, et de juger d'après les résultats de cette double exploration ; mais il peut se faire que les deux poumons soient également altérés , et alors , comme il n'y a pas de type bien défini de la sonorité normale , ne constatant aucune différence d'un côté à l'autre, trouvant la même sonorité, ou, si l'on veut, la même submatité des deux côtés de la poitrine, vous pouvez croire que les deux sommets sont sains , tandis qu'en réalité ils sont malades tous deux. Je vous engage donc à percuter non-seulement des deux côtés , mais encore en haut et en bas sur le même côté du thorax. Il ne faut pas oublier cependant les conditions anatomiques qui font que normalement le son est moins fort au sommet qu'à la base, moins fort à la partie postérieure du sommet qu'à sa partie antérieure, et par conséquent il ne faudra pas établir un diagnostic sur une légère diminution dans la clarté du bruit.

La sonorité du poumon dépendant de l'air qu'il contient, on a prétendu que quand il y avait de grandes cavernes la sonorité était exagérée. Cette opinion , formulée *à priori* , a été démentie par les faits cliniques. Lorsqu'il y a une caverne, quelque spacieuse qu'elle soit, toujours il y a à son niveau de la matité ; c'est qu'en effet , outre la cavité pleine d'air, il y a les parois de cette cavité souvent calleuses, il y a comme la banlieue de la caverne, toute formée de tissu induré imperméable à l'air; et si l'on pouvait comparer la quantité d'air accumulée dans une portion du poumon transformée en caverne, avec celle que renfermerait la même portion de l'organe fonctionnant par toutes ses vésicules, peut-être trouverait-on que la première n'équivaudrait pas à la seconde.

Il ne m'est arrivé qu'une seule fois, à l'hôpital Cochin, de trouver au-devant d'une caverne une sonorité exagérée.

Nous venons de passer en revue les principaux signes physiques et rationnels de la phthisie pulmonaire; mais ne croyez pas qu'il y ait toujours entre eux concordance parfaite. On se figure généralement que quand un malade se présente avec toux, amaigrissement, sueurs nocturnes , enfin un ensemble de signes rationnels assez probants, l'on doit toujours rencontrer des signes physiques en rapport avec les précédents, et on s'évertue à vouloir les trouver ; mais ces deux ordres de signes sont loin de marcher de pair. Les signes rationnels se manifestent avant les signes physiques ; les premiers ont déjà acquis une grande intensité que les seconds ne font à peine que paraître, et quand les signes physiques deviennent bien sensibles, c'est que déjà la maladie est portée très-loin.

Quant à la valeur clinique de ces signes physiques, rappelez-vous que dans le diagnostic des tubercules du poumon on se trompe toujours en moins. Chez un malade qui offre de la rudesse de la respiration au sommet du poumon, et chez lequel vous croyez le tubercule à son premier degré, c'est-à-dire à sa période de formation, vous trouvez, si une cause accidentelle vient à l'enlever, des cavernes enfermées dans du tissu pulmonaire sain. Chez un autre où la petitesse des bulles vous faisait croire à des cavernules, vous trouvez des cavernes de diverses dimensions , et parfois considérables. D'autres fois enfin vous croyez un seul poumon malade, et à l'autopsie , outre que vous trouvez dans le poumon que vous savez atteint des lésions beaucoup plus étendues que vous ne le supposiez , vous trouvez aussi dans le poumon que vous regardiez comme sain des tubercules non-seulement à l'état de crudité, mais encore à différents degrés de transformation.

SUR LE PROJET DE RÉORGANISATION

des asiles d'aliénés de la Seine.

Nous recevons de M. le docteur Lisle , absent de Paris à l'époque où nous avons présenté quelques considérations sur le projet de réorganisation des asiles d'aliénés de la Seine, la lettre suivante, en réponse aux observations critiques contenues dans la lettre de M. le docteur Dumesnil (numéro du 1er juin).

Je reçois un peu tard votre numéro du 1er juin, dans lequel vous publiez une lettre de M. le docteur Dumesnil , médecin directeur de l'asile d'aliénés de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), écrite, dites-vous, dans le but de réfuter les idées que j'ai exposées dans le *Moniteur des sciences* sur le traitement moral de la folie et sur la réorganisation du service des aliénés du département de la Seine. Vos lecteurs ne connaissant pas mon travail, permettez-moi d'abord de dire quel est le but que je me suis proposé. Elève de Leuret et son collaborateur pendant de longues années dans l'établissement qu'il avait fondé , j'ai puisé dans ses leçons et dans mon expérience personnelle la conviction profonde que le traitement moral peut seul guérir la folie lorsque celle-ci est simple et exempte de toute complication. Et cependant, ce mode de traitement, qui a produit des résultats si considérables entre les mains de nos maîtres les plus illustres , Pinel et Esquirol , et plus tard Leuret, est aujourd'hui à peu près abandonné partout. Pourquoi ? Pour deux motifs selon moi , qui tous deux doivent disparaître tôt ou tard devant l'incontestable réalité des faits , et je me suis bien promis de ne laisser échapper aucune occasion de contribuer dans la mesure de mes forces à amener ce résultat.

J'étais dans ces dispositions lorsque j'ai appris qu'une commission était chargée d'étudier les questions si nombreuses et si complexes que soulève la réorganisation du service des aliénés de la Seine ; mais j'apprenais en même temps que l'une de ces questions , à mon sens la plus importante, semblait devoir être résolue d'une façon qui rendrait à tout jamais impossible le retour vers les doctrines de mon maître. C'est alors que je me suis décidé à prendre la plume pour adjurer les membres de la commission de ne pas laisser consommer une mesure que je considère comme essentiellement dangereuse, tant pour le bien des malades que pour les finances de la ville.

J'ai donc eu à établir, d'une part, que le traitement moral est éminemment utile, et même peut seul nous aider à guérir un grand nombre de fous ; que, par suite, son abandon dans nos grands asiles, et surtout à Paris, est de tous points regrettable. J'ai eu ensuite à rechercher quelles ont été les causes de cet abandon , et comment il serait possible d'y remédier. Ceci posé , je ne vois pas très-bien où tend la lettre de M. Dumesnil, et *quelles objections elle veut réfuter*. Ainsi, je constate que l'honorable médecin directeur de l'asile de Quatre-Mares n'a nullement contesté la valeur des conclusions auxquelles cette recherche m'a conduit. Il admet donc comme moi la distinction si importante que j'ai établie entre l'hygiène morale qui a transformé la plupart de nos asiles depuis moins de vingt ans , et le traitement moral individuel que je définis, avec Leuret, « l'emploi raisonné de tous les moyens qui agissent directement sur l'intelligence et les passions des aliénés. » Il reconnaît aussi sans doute que ce dernier n'est plus employé que très-exceptionnellement, et, ce qui est beaucoup plus grave , que ses préceptes les plus essentiels sont méconnus et quelquefois ignorés par les aliénistes contemporains.

Je dois supposer encore, ou sa lettre ne se comprendrait pas , qu'il n'a rien à répondre à ce passage de mon travail dans lequel j'indique sommairement la première des causes qui ont amené, à mon avis, ce déplorable abandon : « La mauvaise direction imprimée au mouvement scientifique contemporain par les décevantes promesses de l'anatomie pathologique et par la doctrine matérialiste qui en a été la suite. »

Mon honorable contradicteur conteste-t-il du moins l'existence de la seconde des causes que j'ai signalées , à savoir : l'encombrement tous les jours croissant des services médicaux dans le plus grand nombre des asiles publics d'aliénés? Croit-il , oui ou non , que cet encombrement ait pour résultat inévitable de rendre impossible ou à peu près un traitement quelconque même simplement pharmaceutique? J'ai dit, en m'appuyant sur l'opinion très-nettement formulée d'Orfila, et je l'affirme de nouveau, que le diagnostic et le traitement de la folie sont beaucoup plus difficiles et exigent beaucoup plus de temps que ceux des autres maladies ; que par suite il est absolument impossible qu'un homme, quelque bien doué qu'on le suppose, trouve en lui-même assez d'énergie physique et morale pour donner chaque jour des soins convenables à quatre ou cinq cents malades.

Que m'a-t-on répondu? Dois-je croire que M. Dumesnil est d'un avis contraire au mien lorsqu'il se déclare si péremptoirement partisan des asiles de quatre à cinq cents malades placés sous la direction administrative et médicale d'un seul médecin? Cela semblerait ressortir de quelques expressions de sa lettre. Mais alors pourquoi ne pas le dire nettement? pourquoi surtout n'avoir pas démontré que je suis dans l'erreur? C'était évidemment le moyen le plus simple de couper court à toute discussion ultérieure. Et cela eût mieux valu que de s'attaquer à quelques faits de statistique qui n'ont jamais eu dans ma pensée qu'une importance tout à fait secondaire.

Permettez-moi maintenant, Monsieur le Rédacteur, de placer en regard de la lettre de M. Dumesnil l'une des conclusions de ma lettre à M. le docteur Girard de Cailleux : « Et puis, je vous le dirai franchement, je ne suis pas absolument convaincu de l'utilité de réunir ainsi entre les mains du médecin la direction médicale et l'administration matérielle ; ce sont là deux choses distinctes et indépendantes par nature, et pour lesquelles il faut des aptitudes spéciales que vous trouverez rarement réunies. Le même homme peut être un excellent médecin et en même temps un pitoyable administrateur, et réciproquement. Il est même très-probable que ce sera le cas le plus ordinaire. Ce qui importe surtout, ce me semble, dans l'intérêt des études , des recherches, et aussi dans l'intérêt des malades, c'est que le médecin soit investi, dans la sphère de ses fonctions , d'une autorité complète et indépendante, et, par suite, que les personnes préposées à la surveillance et à la garde des malades dépendent absolument de lui. Ces conditions réalisées, et cela me paraît facile, qu'il ait à diriger un asile ne contenant que cent ou cent cinquante malades, ou qu'il soit à la tête d'un service de cent ou cent cinquante lits dans un grand établissement, cela lui importe fort peu, je crois. Il pourra dans un cas aussi bien et même mieux que dans l'autre, faire tout le bien qu'on a le droit d'attendre de son intervention bienfaisante. »

Avais-je tort de me demander tout à l'heure où tendait la lettre de M. le docteur Dumesnil, et en quoi ses conclusions diffèrent des miennes ?

Il est vrai que mon honorable confrère m'apprend que « *presque partout* les médecins aliénistes sont *actuellement* aidés par des médecins adjoints et par un ou deux internes, et qu'aucun malade n'est négligé lorsqu'on peut avoir prise sur lui. » Je le remercie du renseignement. Mais est-il certain d'être aussi bien renseigné qu'il veut le paraître, lorsqu'il dit que cela se passe ainsi *presque partout?* A défaut de sources officielles que je n'ai pas ici sous la main, j'ouvre l'*Annuaire médical* du docteur Roubaud , qui passe pour être assez exact, et je m'assure que sur soixante-huit établissements, il n'y en a que douze qui soient pourvus d'un médecin adjoint, et encore n'est-ce pas précisément ceux dont la population est la plus nombreuse !

D'un autre côté, est-ce bien sérieusement que M. Dumesnil nous parle du service que peut rendre un médecin adjoint, lorsque celui-ci est sous la dépendance absolue d'un médecin en chef? N'est-il pas évident pour tout le monde et démontré par l'expérience de chaque jour que ces services sont ou tout à fait nuls, ou se réduisent à ceux que peut rendre un bon interne ?

Le médecin en chef fait tout le service, et le fait mal , parce qu'il est impossible, de l'aveu même de M. Dumesnil, que le même médecin *puisse soigner et guérir plus de cinquante ou soixante malades à la fois*. Cela est inévitable.

Il me semble cependant qu'il y aurait quelque chose à faire dans cette voie, et qu'il serait possible et même facile de rendre l'institution du médecin adjoint aussi utile qu'elle l'a été peu jusqu'ici. Ce serait de réaliser partout l'idée émise par M. Orfila au sujet de l'Asile de Charenton, de partager le service et de rendre les médecins adjoints entièrement indépendants de leurs chefs, tout en conservant à ceux-ci le grade hiérarchique et la haute direction administrative à laquelle on paraît tenir beaucoup. De cette façon on réaliserait en même temps et mes idées et celles de M. Dumesnil, voire même celles de M. Girard de Cailleux, et l'on rendrait possible pour les travailleurs convaincus le retour aux traditions de l'Ecole à laquelle je m'honore d'appartenir.

E. LISLE.

NOTE SUR LA SYPHILISATION,

Par M. le professeur W. BOECK, de Christiania.

Plusieurs travaux sur la syphilisation ont été publiés dans ces derniers temps. Parmi les auteurs de ces travaux , les uns ont obtenu de très-bons résultats, les autres n'en ont eu que de mauvais. Quelques-uns ne voient dans la syphilisation qu'une dérivation ; d'autres la considèrent, au contraire, comme une méthode qui influence profondément tout l'organisme. Comment concilier des opinions en apparence si contradictoires et se rendre compte de résultats si différents ?

J'ai publié l'an passé une brochure sur *l'état actuel et la statistique de la syphilisation* dont la *Gazette des Hôpitaux* a rendu compte, et dans laquelle j'ai exposé mes résultats et exprimé mes opinions sur la manière d'agir de la méthode. Pendant l'année qui vient de s'écouler, j'ai pratiqué beaucoup de syphilisations, toujours avec les mêmes résultats heureux. Or, tandis que je n'obtiens jamais que des résultats favorables , des hommes qui ont de la réputation en syphilidologie n'en obtiennent que de mauvais. Ceux qui n'ont jamais pratiqué de syphilisations ne sont pas embarrassés pour expliquer cela. Ils disent que les syphilisateurs se trompent. La syphilisation, en effet, leur paraît tellement absurde, qu'ils ont plus de confiance en celui qui avance un résultat mauvais , qu'en celui qui peut présenter des centaines d'individus guéris.

Est-il bien sûr cependant que tous ceux qui citent leurs résultats aient réellement syphilisé eux-mêmes? Il n'en est certainement pas ainsi , et voilà pourquoi tant de résultats différents paraissent avoir été obtenus.

On croit généralement qu'un individu est syphilisé pour avoir été inoculé quelquefois avec de la matière syphilitique. Après un nombre variable d'inoculations que tel expérimentateur croit convenable de faire , si les symptômes syphilitiques n'ont pas disparu, il se croit en droit de conclure que la syphilisation ne guérit pas la syphilis. Quelquefois, au contraire, les phénomènes syphilitiques disparaissent après une courte série d'inoculations. On voit là un motif d'interrompre les inoculations , et quand sous peu le sujet présentera une récidive, on trouvera encore là une preuve de l'incertitude de la méthode. Quelquefois aussi on pratique quelques inoculations sur des individus qui ont été pendant quelque temps maltraités par le mercure, et qu'on n'est pas parvenu à guérir par ce remède favori. La syphilisation dans ce cas prend beaucoup de temps; on s'en fatigue, et c'est la méthode et non la manière de l'employer qu'on accuse. Ou bien encore la syphilis disparaît. Mais après l'emploi du mercure, la syphilisation ne préserve pas des récidives, — c'est un enseignement qui résulte pour nous d'une expérience de plusieurs années, — et quand il s'en montre, on s'en prend à la syphilisation et non pas au mercure qui a été préalablement employé.

S'il s'agissait d'une de nos médications éprouvées, et qu'un médecin suivît une marche en opposition avec ce que nous a appris l'expérience, cette conduite ne laisserait pas que de jeter

des doutes dans notre esprit sur la capacité de ce médecin. Que dirions-nous, par exemple, de celui qui se bornerait à prescrire pour guérir une fièvre intermittente quelques centigrammes de sulfate de quinine par jour, ou qui ne donnerait le sulfate de quinine qu'après avoir fatigué l'organisme par d'autres remèdes, et qui déclarerait ensuite que le sulfate de quinine est un détestable remède contre la fièvre intermittente? Or ceux qui connaissent la syphilisation et son effet infaillible ont le même droit de condamner ceux qui racontent qu'elle ne guérit pas la syphilis ou qu'elle est inférieure à d'autres remèdes.

Le fait est que le virus doit être introduit dans l'organisme d'après certaines règles. J'ai indiqué ces règles plusieurs fois et notamment dans la brochure précédemment citée. Je ne les répéterai donc pas. Mais je vais me borner à indiquer les fautes qui sont commises par d'autres.

Quelques-uns ont, autant que possible, emprunté une nouvelle matière à des individus non syphilisés, au lieu de continuer à épuiser la première matière employée. Ils ont cru obtenir un résultat plus prompt et plus complet en recourant toujours à l'emploi de la matière la plus efficace.

On comprendra aisément l'erreur dans laquelle ces expérimentateurs sont tombés en se rappelant ce que j'ai déjà bien des fois répété, à savoir; que la syphilisation ne s'achève pas aussi aisément et en aussi peu de temps avec toutes sortes de matières. Une matière qui produit un effet local très-intense syphilise assez lentement et *vice versa*. La matière qui produit un effet local intense est généralement empruntée à un chancre simple. La matière empruntée à un chancre induré produit un effet local moins intense.

Voici la seule manière dont je puisse m'expliquer pourquoi la guérison est plus tardive par l'inoculation de la matière d'un chancre simple : les chancres qui résultent des premières inoculations de cette matière sont accompagnés d'une inflammation si violente que l'absorption du virus est empêchée; ce n'est que lorsque la matière a perdu de son intensité que l'absorption peut avoir lieu aisément. Quand on emprunte la matière à un chancre induré (c'est une erreur de croire que cette matière ne doit pas agir, car son effet n'est manqué que trois fois sur cinq), l'absorption commence tout de suite. Depuis neuf mois, je ne me sers plus que de la matière de chancres indurés, et le temps moyen du traitement se trouve être de trois mois à peu près.

En prenant, comme quelques-uns l'ont fait, une nouvelle matière aussi souvent que possible, l'absorption sera donc insignifiante, la guérison se fera longtemps attendre, et des récidives viendront facilement ensuite. C'est pourquoi ceux qui ont inoculé de cette manière n'ont pas eu de bons résultats, et d'après mes expériences j'aurais pu le leur prédire.

Pendant quelque temps j'ai exécuté la syphilisation en me servant autant que possible de la matière des premières inoculations du malade, croyant ainsi arriver plus vite au but, parce que je me servais d'une matière plus intense; mais l'expérience m'a bientôt détrompé. Plus tard, j'ai toujours pris la matière des dernières inoculations, et j'ai continué à épuiser ainsi chaque série de matières.

D'autres expérimentateurs ont cessé d'inoculer après une courte série d'inoculations qui leur a pourtant donné des résultats favorables. Sans attendre la suite de leurs publications, je puis leur annoncer d'avance qu'ils auront des récidives. Parfois j'ai été forcé moi-même d'interrompre le traitement, et j'ai eu alors des récidives plus opiniâtres que la première affection.

Ceux qui ont inoculé de la manière indiquée par MM. Auzias-Turenne et Sperino ou par moi, ont eu de bons résultats. Je citerai entre autres M. Stenberg (de Stockholm), M. Kalischer (de Berlin), et plusieurs de mes compatriotes dont j'ai résumé les observations dans ma dernière brochure. Il résulte de tout ce que je viens de dire, qu'il faut faire les inoculations d'après une méthode particulière, et que ce n'est qu'après l'avoir achevée conformément à cette méthode qu'on est en droit de parler de syphilisation.

Ceux qui ont inoculé de la manière que je viens de critiquer n'ont pas syphilisé, mais ils ont fait des inoculations chancreuses d'après leur méthode à eux. Je n'en attache pas moins de prix à leurs observations; car elles ont démontré de la manière la plus évidente que leur méthode ne guérit pas la syphilis. C'est une chose que nous ignorions complétement et qu'ils nous ont apprise, tandis que des centaines d'observations nous avaient appris que la syphilisation guérit la syphilis.

ENCHONDROME DU TESTICULE;

Tumeur secondaire de même nature dans les ganglions lombaires, avec perforation du duodénum. Tumeur fongueuse du cordon.

Dans la séance du 6 mars 1861, M. Paul Dauvé, médecin à l'artillerie de la garde, a eu l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un enchondrome du testicule droit opéré le 5 mars à l'hôpital militaire de Versailles par M. Godard, chirurgien en chef.

La pièce anatomique, divisée en deux portions, se trouve au musée du Val-de-Grâce et au musée Dupuytren. Ce testicule, du poids de 310 grammes, est un des plus beaux cas de transformation cartilagineuse complète que les auteurs aient décrits. L'épididyme seul était ramolli, et dans la tête de cet organe on voyait une tumeur contenant du tissu fibreux mélangé d'un grand nombre d'éléments amorphes de nature colloïde. La tunique vaginale très-épaissie avait été complétement réséquée, et la ligature du cordon faite aussi haut que possible en un point où celui-ci semblait sain.

Jusqu'au jour de l'opération, L... n'avait jamais éprouvé la moindre douleur, et l'état général était aussi satisfaisant que possible. L'absence de tout élément cancéreux dans la tumeur pouvait écarter toute crainte de récidive.

Du 5 au 12 mars, l'état général du malade est bon. Il mange la demie. La plaie est rose et la suppuration de bonne nature.

A partir du 12, l'appétit diminue sensiblement. L'extrémité du cordon se couvre d'une matière pultacée grisâtre, et à l'endroit de la section nous apercevons une petite tumeur fongueuse, qui chaque jour prend un accroissement rapide.

L'idée vint à M. Godard que cette dernière partie des éléments du cordon avait conservé des traces de cartilage, et il se préparait à la réséquer, quand le 21 mars survient une douleur aiguë dans le trajet du canal inguinal. Le ventre est légèrement ballonné; on applique dix sangsues, la douleur diminue. L'appétit a disparu. Il y a de la fièvre et de l'embarras gastrique. Jusqu'à ce jour le malade n'avait accusé aucune douleur dans le ventre ou dans la région des reins. Le souvenir du cas de Paget, les doutes sur les organes malades dans l'enchondrome du testicule, soit les tubes dilatés du rete testis (Curling), soit les vaisseaux lymphatiques (Paget), nous portent à examiner l'abdomen avec soin. Le toucher anal ne nous dévoile rien du côté de la prostate; mais on sent une tumeur empâtée, un peu à gauche et au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur est profonde et douloureuse au toucher. Depuis deux jours il y a de la constipation. On applique sur la région douloureuse 40 sangsues; on fait des frictions mercurielles belladonées.

Le 28, il y a des nausées et des vomissements, toujours de la constipation; les signes d'étranglement disparaissent avec l'huile de croton.

Le 1er avril, la douleur a disparu dans l'aine droite; la tumeur à gauche persiste, mais sans trop de douleur. Il y a des alternatives de constipation et de diarrhée. L'huile de croton est administrée tous les deux jours en lavement.

Pendant tout le mois d'avril, les douleurs lombaires et abdominales sont continues; l'appétit est presque nul, les digestions sont troublées. La santé générale s'altère visiblement; le malade maigrit; son teint prend la couleur jaunâtre particulière aux sujets atteints de cancer. Le fongus développé à l'extrémité du cordon est saignant et grisâtre; il laisse écouler une matière sanieuse, sanguinolente et d'une odeur insupportable. Il survient des eschares au sacrum.

Pendant les premiers jours de juin, les accidents s'aggravent; il y a des nausées et des vomissements continuels. La maigreur est extrême, la suppuration abondante et fétide, et la mort survient le 18 juin, à neuf heures du matin.

L'autopsie est faite vingt-quatre heures après la mort. Le cadavre est dans un état de décomposition telle que l'inhumation est commandée pour midi; aussi avons-nous eu à peine le temps de constater les principales lésions et d'enlever les tumeurs pour les examiner au microscope.

Nous disséquons avec soin le canal inguinal du côté droit. Il s'écoule plusieurs gouttes de pus. A l'ouverture de la cavité abdominale nous ne constatons aucune trace de péritonite. Nous disséquons aussi loin que possible les éléments du cordon droit et nous réséquons la veine et l'artère spermatique dans le point où l'une se jette dans la veine cave et l'autre dans l'aorte; nous arrachons aussi le canal déférent jusqu'à la prostate. Les ganglions lymphatiques placés sur le trajet des vaisseaux sont grisâtres, et plusieurs sont purulents. Après avoir enlevé presque complétement la masse intestinale, nous arrivons sur une tumeur énorme et fluctuante située en avant de la colonne vertébrale.

En recherchant le rein gauche, nous tombons dans un foyer considérable rempli de pus. Cet abcès est situé à la partie interne et postérieure du rein et en avant du psoas. Les parois de l'abcès sont noires; le pus est bien lié et presque sans odeur.

La deuxième et la troisième portion surtout du duodénum adhèrent intimement à une tumeur de la grosseur du poing située sur la colonne vertébrale.

Cette tumeur, aplatie, a 6 centimètres de haut sur 9 de large. Elle s'étend plus à gauche qu'à droite, et forme à droite une des parois de l'abcès décrit plus haut. Elle est située entre l'aorte et la veine-cave en arrière, et la deuxième courbure et la troisième portion du duodénum en avant. Elle s'ouvre dans le duodénum à la partie postérieure par une ouverture circulaire de 5 centimètres de diamètre. A 2 millimètres de cette perforation et à droite, on voit l'orifice des canaux biliaires qui sont remplis de pus. Le pancréas est sain. La tumeur est formée d'une bouillie grisâtre assez dense. Elle laisse écouler une sanie purulente assez abondante. M. Rabot, ex-pharmacien interne des hôpitaux de Paris, a bien voulu nous aider dans l'examen microscopique de la tumeur. Nous n'avons trouvé là que des éléments désorganisés par une décomposition déjà trop avancée. Sous le champ du microscope, nous avons remarqué des globules de pus altéré en très-grande quantité, quelques masses de cellules d'enchondromes; et enfin des noyaux douteux qui nous ont semblé être plutôt des noyaux ramollis d'enchondrome que des noyaux cancéreux; du reste, il n'y avait pas trace de cellules cancéreuses.

A coup sûr, cette tumeur s'était développée dans les ganglions lombaires et presque au niveau du réservoir de Pecquet. Il n'y avait aucune altération soit des vaisseaux situés en arrière, soit de la colonne vertébrale. Tous les ganglions voisins étaient ou hypertrophiés ou purulents.

Le fongus du cordon pèse 300 grammes, il a 8 centimètres de large sur 12 de long; il est placé à l'orifice externe du canal inguinal droit, entre la cuisse droite et le testicule gauche. Il s'est développé à l'extrémité des éléments du cordon, mais plutôt sur les vaisseaux que sur le canal déférent qui y adhère moins intimement. La tumeur se laisse déchirer facilement, quoique sa consistance soit plus grande que celle de la tumeur abdominale.

Au microscope on trouve les mêmes éléments que dans la première, avec cette seule différence que les amas d'enchondrome sont plus considérables et plus fréquents; les noyaux douteux dont nous avons parlé plus haut sont encore plus abondants, mais nous ne trouvons pas davantage de cellules cancéreuses. On voit aussi des débris de vaisseaux, dont plusieurs ont une forme sphéroïdale remarquable.

Le canal déférent dans toute sa longueur a échappé à l'affection maligne. Il est sain, ainsi que la prostate. L'artère et la veine spermatique ont pris un développement énorme; dans toute leur longueur elles ont subi la transformation fibreuse. Les vaisseaux lymphatiques qui les accompagnent sont énormes, et présentent des ganglions ramollis.

La maladie s'est donc ici communiquée par les vaisseaux lymphatiques, depuis le testicule jusqu'aux ganglions lombaires.

A l'exception du rein gauche, dont la partie postérieure baignait dans le pus et dont le tissu jauni semblait avoir subi la dégénérescence graisseuse, tous les autres organes ou viscères étaient sains.

DE LA LIGATURE DE L'ARCADE PALMAIRE SUPERFICIELLE.

Par M. le docteur E. Bœckel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Tous les chirurgiens connaissent la gravité des blessures de l'arcade palmaire superficielle, gravité qui n'est nullement en rapport avec le calibre de l'artère. La difficulté de l'hémostasie provient, d'une part, de ce que le sang arrive des deux côtés en quantité presque égale, et, d'autre part, de la naissance de nombreuses collatérales dans un espace restreint. De là l'impossibilité presque absolue de la formation d'un caillot obturateur solide dans les bouts artériels. Enfin la position superficielle de l'arcade dans une partie aussi exposée aux accidents que la paume de la main rend compte de la fréquence relative de ces blessures.

D'ordinaire on commence par essayer la compression, qui réussit momentanément; mais bientôt l'abondance des hémorrhagies secondaires force de recourir à des moyens plus radicaux. Si le malade est de la classe ouvrière, il entre aux hôpitaux, où on lui pratique, avec plus ou moins de succès, une série de ligatures artérielles, d'abord de la radiale et de la cubitale, puis de l'humérale; bienheureux encore si l'on n'est pas obligé de remonter jusqu'à l'axillaire, et si le malade en réchappe avec la vie sauve et un membre en état de servir.

La ligature des deux bouts de l'artère blessée faite au moment de l'accident ou même dans la période de suppuration, éviterait toutes ces perplexités. Malheureusement ce précepte donné dans tous les livres n'est presque jamais suivi, parce qu'on n'a pas de données suffisantes sur la position de l'arcade palmaire, et qu'on craint, non sans raison, d'augmenter les délabrements par des recherches intempestives.

Ce n'est donc pas un pur amusement d'amphithéâtre que de s'exercer à la ligature de l'arcade palmaire, et je crois pouvoir donner des indications assez précises pour cette opération.

Voici les points de repère qui m'ont servi jusqu'à présent dans tous les cas où j'ai recherché cette artère sur le cadavre :

Mettez le pouce dans la plus grande abduction possible, puis, dans le prolongement de son bord cubital, tracez une ligne à travers la paume de la main. Au-devant de cette première ligne, que je pourrais nommer ligne de recherche, tracez-en une seconde parallèle à la première et d'un centimètre plus rapprochée des doigts, ou, pour mieux dire, placée au milieu entre la première ligne et le pli cutané moyen de la paume; vous serez alors exactement sur le trajet de l'arcade superficielle. Il suffira d'inciser la peau et les fibres de l'aponévrose palmaire pour voir apparaître l'artère couchée sur un coussinet graisseux qui la sépare des tendons et des nerfs. On n'a donc pas à craindre la lésion de ces organes, on les voit à peine dans une ligature régulièrement faite. Toute la portion transversale de l'arcade, qui a une étendue de trois centimètres, peut être ainsi mise à découvert.

On m'objectera peut-être que l'arcade palmaire est sujette à trop d'anomalies pour être soumise à une règle fixe; mais il faut remarquer que ce qui varie ce n'est pas tant la position de l'arcade que le calibre de ses branches d'origine. Sur une vingtaine de cadavres où j'ai essayé cette ligature, je n'ai jamais manqué de trouver le vaisseau à la place indiquée.

Enfin, la connaissance exacte de la position de l'arcade palmaire a un but encore plus utile que celui de faire trouver l'artère, c'est celui de l'éviter. On est souvent obligé d'ouvrir des phlegmons sous-aponévrotiques de la main situés précisément dans la couche de l'artère, et ce n'est jamais sans une certaine hésitation qu'on prolonge les incisions vers la racine du membre. Les indications que j'ai données permettront de faire ces débridements avec plus de hardiesse et de sûreté en même temps, et j'ai déjà eu l'occasion de m'en servir avec avantage.

(*Gazette médicale de Strasbourg.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 juillet 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

Eaux thermales de Bou-Chater (régence de Tunis). — M. Guyon communique un travail très-étendu sur les eaux thermales de Bou-Chater, dans la régence de Tunis.

Cette source, dit M. Guyon, se fait jour au pied d'un palmier situé au nord de Bou-Chater, du côté de la mer (près de l'ancienne Utique).

Les eaux en sont claires, limpides, sans aucun mauvais goût. Les habitants en usent en boisson, après les avoir laissé refroidir, et nous en avons usé ainsi nous-même avec nos compagnons de voyage, à chacune de nos visites à la source. La température que nous en avons prise, à six années d'intervalle, nous a offert une différence qui sans doute était moins le fait des eaux que celui de notre thermomètre, qui n'était pas le même aux deux époques. *Température, échelle centigrade* : 36° le 17 mars 1850, l'air extérieur étant de 17°; 40° le 19 décembre 1856, l'air extérieur étant de 15°.

Cette dernière température est celle qui doit se rapprocher le plus de la température réelle; il serait trop long d'en donner ici les raisons.

Il résulte de l'analyse détaillée consignée dans ce travail, que les eaux de Bou-Chater contiendraient par litre 0gr,1684 d'arséniates de potasse et de soude, sur un total de 0gr,9689 de sels, ce qui ferait plus d'un sixième de leur poids. Les eaux de Bou-Chater seraient donc jusqu'à ce jour, de toutes les eaux thermales et autres contenant de l'arsenic, celles qui en contiendraient le plus (1), et cette circonstance remet en mémoire ce qui advint à l'armée de Curion, lieutenant de César, entre Utique et les bords du Bagrada, à l'est de cette ville.

Curion était débarqué à Aquilaria, venant de la Sicile, et il était arrivé en deux jours de marche sur les bords du Bagrada, les vaisseaux qui l'avaient amené de Sicile ayant reçu l'ordre de le suivre le long de la côte. Curion laisse son infanterie sur le bord du Bagrada avec C. Caninius Rebilus, et part avec sa cavalerie pour aller reconnaître le camp Cornélien (*castra Corneliana*). Je laisse parler Appien, historien des *Guerres civiles de la république romaine* :

« Cependant, dit Appien, tandis que Curion faisait son trajet de Sicile en Libye, les habitants de cette dernière contrée, s'imaginant que pour acquérir plus de gloire par l'importance d'un plus grand exploit, il se dirigerait vers le camp de Scipion, ils avaient empoisonné les eaux de ce voisinage, et ils avaient calculé juste : Curion n'eut pas plus tôt assis son camp, que toute son armée tomba malade.

» Tous ceux qui burent de ces eaux, continue Appien, eurent la vue trouble, comme si un nuage se fût répandu sur leurs yeux. Le besoin du sommeil ajoutait à ce premier accident. A l'assoupissement se joignirent des vomissements continuels, avec des convulsions dans tout le corps, ce qui mit Curion dans la nécessité de décamper et de ramener son armée du côté d'Utique, à travers des marais difficiles et étendus qu'il fallut franchir avec des soldats affaiblis par les maladies. »

La nature arsenicale des eaux de *Bou-Chater* autoriserait à penser que celles dont usèrent les troupes de Curion pouvaient être de la même nature, sans qu'il soit besoin de recourir, pour en expliquer les effets, à leur empoisonnement par les habitants de la localité où elles étaient.

Des accidents fort semblables, tels que *troubles de la vision, sommeil ou assoupissement, vomissements, spasmes ou contraction musculaire dans différentes parties du corps*, se sont quelquefois présentés en Algérie, de mon temps, dans des colonnes expéditionnaires. Ces accidents, qui avaient toujours lieu dans la saison des chaleurs, reconnaissaient pour causes des eaux saumâtres, bues par des hommes fatigués et souffrant de la soif, et toujours en grande quantité. Je me borne à en citer un exemple où les accidents simulaient tellement le choléra, que le médecin de la colonne, qui venait de voir cette maladie en Espagne, crut qu'elle en était envahie. Ceci se passait dans la province d'Oran, en mai 1837, dans une colonne qui avait pour chef un homme préludant à la brillante renommée qu'il s'est acquise depuis. Je veux parler du maréchal Bugeaud, alors général.

Les troupes venaient de bivouaquer sur les bords de la Tafna, et elles se rendaient à Oran. Ce jour-là, la chaleur avait été des plus fortes, et les hommes, fatigués et pressés par la soif, avaient été obligés de se désaltérer à des eaux saumâtres. Le soir, l'ambulance comptait trente-sept malades, éprouvant tous, avec un grand trouble dans la vision, des vomissements abondants, des selles aqueuses et fréquentes, des crampes dans différentes parties du corps, un refroidissement général et la plus grande prostration. Quelques jours après, rendu à Oran, le médecin de la colonne, dans la relation de sa campagne, s'exprimait ainsi sur l'incident de la journée du 5 mai :

« Le 5 mai, l'armée quitta la Tafna, où elle avait bivouaqué une quinzaine de jours. Nous nous rendions à Oran. A dix heures du matin, nous fîmes notre grande halte. Ce fut sur les bords d'un ruisseau dont les eaux étaient stagnantes et saumâtres, et qui, de plus, avaient été troublées par le passage de la cavalerie. La chaleur était excessive, et le soldat, altéré, n'avait pu boire que de ces eaux. Depuis environ deux heures l'armée avait repris sa marche, lorsque des symptômes cholériques très-caractérisés vinrent à s'y présenter. Les malades étaient conduits de suite à l'ambulance, et le soir, à notre bivouac sur l'Oued El-Allouff, nous en comptions trente-sept chez lesquels existait tout l'effrayant cortége des symptômes cholériques, à l'exception de la cyanose. Ce fut alors que je me décidai à en instruire le général en chef... »

(Rapport sur la marche de la colonne Bugeaud, de la Tafna à Oran, en mai 1837.)

L'histoire nous a conservé le souvenir d'accidents morbides qui devaient avoir la plus grande analogie avec ceux offerts par la colonne française, puisqu'ils reconnaissaient les mêmes causes, à savoir des eaux saumâtres bues dans des proportions en rapport avec la soif d'hommes exténués par une poursuite de cavalerie, sous l'ardent soleil d'un jour caniculaire. Nous voulons parler du désastre des Grecs en Sicile, sur les bords de l'Himéra, en la deuxième année de la 117e olympiade, 311 ans avant J.-C.

(1) Généralement, les analyses d'eau mentionnent des traces d'arsenic, quelquefois des milligrammes, comme à Hammam-Meskoutin, d'autres fois des centigrammes, comme dans quelques eaux des Pyrénées; mais aucune jusqu'à présent n'avait trouvé jusqu'à 1 décigramme et 7 centigrammes d'un sel arsenical quelconque.

Rapports entre le développement de la poitrine, la conformation et les aptitudes des races bovines. — M. E. Beaudement lit un troisième mémoire sur les rapports qui existent entre le développement de la poitrine, la conformation et les aptitudes des races bovines. Dans les deux mémoires précédents, l'auteur a établi quels rapports existent entre l'ampleur de la région thoracique, la puissance d'assimilation et la faculté d'engraissement des animaux, et montré que les théories qui ont prétendu rendre raison de la conformation et des tendances fonctionnelles sont en contradiction avec les données fournies par l'observation directe aussi bien qu'avec celles qui sont déjà acquises à la science.

Ce troisième mémoire a pour but de présenter une explication qui rattache, par un lien physiologique, les aptitudes des animaux et leurs caractères distinctifs, en tenant compte de tous les faits observés. Cette explication a pour base la marche imprimée au développement de la machine animale dans les premiers temps de la vie.

L'auteur résume dans les propositions générales suivantes les conséquences auxquelles l'a conduit cette dernière partie de ses recherches :

1° Les caractères de conformation et les aptitudes des animaux dérivent essentiellement de la manière dont leur alimentation et leur élevage ont été conduits dès la naissance, et du degré jusqu'auquel ils ont pu obéir, de la sorte, aux lois de leur développement, à cette première période de la vie.

2° Ces lois poussent au développement du tronc et à la production de la graisse; elles amènent, en raison du balancement des forces organiques, la réduction des extrémités et celle de tous les systèmes de formation plus tardive.

Si elles sont tout particulièrement favorisées par une alimentation constamment abondante dès le jeune âge, et par l'ensemble des conditions de nutrition qui cèdent à l'engraissement, le tronc attire à lui, pour ainsi dire, l'activité formatrice; la région thoracique prend plus d'ampleur; les membres se subordonnent; les traits et les aptitudes des races de boucherie les plus parfaites et les plus précoces se prononcent; puis le choix des reproducteurs fixe et perpétue les caractères et les qualités acquises.

Si ces mêmes tendances ne sont qu'incomplétement favorisées, l'ampleur de la poitrine est réduite en raison de la première impulsion donnée tout d'abord au développement de l'animal; par suite, les dimensions du corps, leurs rapports, la longueur des membres, la hauteur de la taille, le volume des poumons, l'activité vitale, sont proportionnellement modifiés, conformément aux indications précédentes.

3° On peut donc, en la rattachant à sa cause, considérer l'ampleur de la région thoracique comme le caractère dominateur de l'organisme.

4° Outre que cette ampleur est en rapport avec la valeur de l'animal comme bête de boucherie, elle fournit aussi, eu égard aux causes qui la déterminent et proportionnellement à leur degré d'action, des renseignements certains sur la manière dont l'animal a été traité dès le début de son élevage.

5° Toute la question de la formation et de l'amélioration des races, par conséquent tout le problème physiologique et économique de la zootechnie, se résume en une question de nutrition dans le jeune âge des animaux.

Bien que ces conséquences découlent de faits observés uniquement sur les races bovines, elles sont d'un ordre tel, qu'on peut les considérer comme applicables aux races de nos autres espèces agricoles. (Commission précédemment nommée : MM. Boussingault, Rayer, Bernard.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 6 juillet, M. Drion, docteur ès sciences physiques, est nommé professeur titulaire de la chaire de physique à la Faculté des sciences de Besançon.

— Un nouveau journal bi-mensuel va paraître à Florence sous la direction de M. le docteur Galligo; il aura pour titre l'*Imparziale*, et prend pour programme la défense des intérêts scientifiques, pratiques, moraux et professionnels du corps médical de l'Italie. Comme travail original, le premier numéro donne une étude thérapeutique sur l'apiol appliqué au traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée, par M. Galligo.

— Un concours pour l'emploi vacant de prosecteur d'anatomie à l'École de médecine d'Alger s'ouvrira le 11 novembre prochain.

Sont admis à concourir : MM. les étudiants en médecine *régulièrement inscrits* près des facultés ou des écoles préparatoires.

D'après une délibération du conseil de l'École, MM. les chirurgiens internes de l'hôpital civil pourront prendre part au concours, mais sous la condition préalablement souscrite par eux de se faire remplacer dans les fonctions de l'internat, du 1er décembre au 1er avril de chaque année scolaire, pendant toute la durée du prosectorat (trois ans).

Les émoluments annuels attachés à l'emploi de prosecteurs sont de 600 fr. Ceux de l'internat à l'hôpital civil d'Alger sont de 900 fr.

— M. Lallemant, interne en pharmacie à l'hôpital civil de Mustapha, vient de faire don au musée de l'École de médecine d'Alger d'une collection de 200 espèces de mollusques marins, fluviatiles, terrestres, et de quelques fossiles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparreborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouvelles recherches sur la phonation; mémoire présenté et lu à l'Académie des sciences le 15 avril 1861 (commissaires, MM. Flourens, Milne-Edwards, Cl. Bernard, Longet; par Ch. Battaille, ex-interne des hôpitaux, professeur de chant au Conservatoire impérial de musique et de déclamation, etc. Un volume in-8° avec sept planches représentant vingt figures. Prix : 4 fr. Paris, 1861, Victor Masson et fils, place de l'École de Médecine.

Physiologie et pathologie fonctionnelle de la vision binoculaire, suivies d'un aperçu sur l'appropriation de tous les instruments d'optique à la vision avec les deux yeux, l'ophthalmoscopie et la stéréoscopie; par M. F. Giraud-Teulon, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien élève de l'École polytechnique. Un vol. in-8°, avec 114 figures intercalées dans le texte. — Paris, 1861, chez J. B. Baillière et fils.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 84. — JEUDI 18 JUILLET 1861. (34e ANNÉE.) N° 84. — JEUDI 18 JUILLET 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des Beaux-Arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, 17 juillet 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance a été occupée tout entière par la discussion sur la morve. M. Renault, dans un discours très clair, très-net et très-méthodique, prenant pour texte les questions formulées par M. Guérin, a parcouru tout le champ de la question, exposant, chemin faisant, l'état de la science sur les points litigieux et apportant à l'appui de sa thèse le riche contingent de son savoir et de sa vaste expérience.

Nous constaterons d'abord sur le premier point, la communauté d'origine et l'identité de nature des diverses variétés de la morve, l'accord qui existe entre M. Renault et M. J. Guérin.

M. Renault, partageant en cela l'opinion de MM. Bouley et Tardieu, réserve seulement les dénominations consacrées de morve aiguë et de morve chronique, de farcin et de morve farcineuse, comme utiles pour exprimer les manifestations différentes du même principe morbide.

Qu'on nous permette à ce sujet une seule remarque qui nous est inspirée par les dissidences plus apparentes que réelles qu'a soulevées ce point de vue de la discussion. Il y a dans le langage scolastique, que l'on a trop souvent le tort de dédaigner, des expressions consacrées pour rendre les nuances qui font l'objet de ces dissidences. On confond généralement comme synonymes, employant indistinctement l'une pour l'autre, les expressions *maladie* et *affection*, qui, dans le langage des anciens, avaient pourtant une acception différente : l'une n'exprimant seulement que l'ensemble des symptômes et des phénomènes sensibles par lesquels se révèle tout état morbide, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature, l'autre qui exprime le *mode* pathologique d'ou procèdent ces phénomènes et ces symptômes. Rien ne nous semble plus propre à faire ressortir le sens de ces dénominations et leur utilité que le sujet même de cette discussion, auquel elles s'appliquent parfaitement. Peut-être se serait-on mieux entendu en effet, et eût-on évité des méprises et des confusions, si l'on avait bien établi dans le principe la distinction que nous venons de rappeler.

M. Renault a beaucoup insisté sur l'étiologie de l'*affection* morveuse (c'est le mot dont nous nous servirons désormais pour exprimer le groupe de phénomènes qui, de l'accord unanime des vétérinaires, procèdent du même principe morbifique); sur ce point la dissidence est complète entre lui et M. Guérin.

M. Guérin avait dit que, pour lui, « la vraie cause d'une maladie, la cause essentielle, c'est en quelque sorte sa semence, sa force virtuelle, sa raison d'être, c'est la maladie elle-même en germe et en idée, et que ce que l'on appelle improprement causes, ne sont que des circonstances et conditions capables de modifier, d'accélérer ou de retarder l'action de la vraie cause, ou, si l'on veut, des causes occasionnelles ou accessoires ». A cela M. Renault répond que ce que M. Guérin regarde comme la cause unique, essentielle de la maladie, n'est qu'un effet, c'est la maladie elle-même et non sa cause. La cause, c'est le concours des circonstances extérieures, telles que la fatigue par un travail excessif, l'insuffisance d'alimentation et d'aération, etc., qui ont graduellement amené l'animal à cet état de dépérissement qui se traduit, à un moment donné, par les symptômes de la morve.

Mais intervient à son tour M. Bouillaud, à qui le temps n'a pas permis de terminer son argumentation, et qui ne comprend pas comment des causes aussi communes et aussi générales que celles qu'a énumérées M. Renault, donneraient naissance à une maladie virulente et comparable par sa spécificité à la variole ou à la syphilis.

Il y a, dans la manière différente dont MM. J. Guérin et Bouillaud, d'une part, MM. Renault et Bouley, d'autre part, entendent l'étiologie de la morve, une cause évidente de malentendus qui tient aux idées confuses que l'on se fait généralement des divers ordres et des divers éléments de la causalité morbide.

Ce n'est pas le moment d'entreprendre ici une dissertation sur ce point élevé de pathologie générale. Nous l'essayerons cependant, si la question revient de nouveau sur ce sujet, d'autant plus que l'histoire de la morve, en particulier, nous paraît présenter sous ce rapport un très-grand intérêt. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. Alph. Guérin.

Du chancre induré — Dualité du virus chancreux (1).

(Leçons recueillies par M. Picard, interne du service.)

Avant de chercher à distinguer le chancre non infectant de celui dont la présence est l'indice d'une affection constitutionnelle, nous devons résoudre une question préjudicielle :

Y a-t-il deux virus, ou bien n'y en a-t-il qu'un, qui, suivant certaines conditions, donne au chancre une forme et des qualités empruntées à l'idiosyncrasie du malade ou à toute autre cause indépendante de la nature du virus?

En d'autres termes : l'infection syphilitique peut-elle avoir pour point de départ deux sortes d'ulcérations, l'une à base molle, l'autre ayant une base et des bords indurés? Ou bien, au contraire, y a-t-il deux affections, l'une constitutionnelle débutant toujours par un chancre le plus souvent induré, s'accompagnant d'adénopathie ganglionnaire, se manifestant après une incubation plus ou moins longue et présentant comme caractère spécial de n'être pas inoculable sur le sujet lui-même; l'autre restant locale, sans retentissement ultérieur sur l'organisme, apparaissant sans incubation caractérisée par des ulcérations à base molle, par des adénites mono-ganglionnaires, sans induration, souvent douloureuses, ayant de la tendance à suppurer, et se distinguant de la première par la propriété que son virus possède de pouvoir reproduire indéfiniment sur le malade lui-même un chancre toujours semblable à lui-même?

Cette question de la dualité ou de l'unicité du virus a la plus haute importance. Toute la thérapeutique des chancres, à leur période initiale, est liée à la solution qu'on lui donne. Pendant vingt-cinq ans M. Ricord a professé qu'il n'y a qu'un chancre, dont la forme et l'aspect, indépendants de sa nature, ne sont subordonnés qu'au *terrain* sur lequel l'ulcère syphilitique se développe, et à l'aptitude du malade. Pour lui, l'induration n'était pas l'indice d'une ulcération ayant une origine spéciale. Il croyait, par exemple, qu'un chancre mou, lorsqu'on l'inoculait sur un point quelconque du tégument céphalique, s'indurait fatalement et revêtait ainsi un caractère spécial de malignité.

On disait alors que le chancre *céphalique* était toujours et nécessairement induré. Le public médical adopta cette manière de voir, heureux que l'on eût trouvé pour lui une explication d'après laquelle on pourrait faire naître un chou de Milan quand on sème un chou de Bruxelles, pourvu que la graine fût tombée dans un terrain convenable.

Cette théorie eut bientôt le sort qui est souvent réservé à des hypothèses plus ingénieuses. La thèse de M. Nadau (des Islets) était de nature à faire réfléchir les plus convaincus; des faits nombreux d'inoculation artificielle ne tardèrent pas à démontrer la possibilité d'inoculer le chancre mou à la face et au crâne, avec tous les caractères que nous lui connaissons. Voilà pour la première explication. D'après la seconde, celle qui reposait sur l'aptitude du sujet, deux hommes ayant eu, l'un après l'autre, des relations avec la même femme, pouvaient contracter l'un un chancre mou, l'autre un chancre induré, suivant son tempérament et sa prédestination.

Les esprits les plus subtils tombent forcément dans les inconséquences les plus étranges quand une fois ils se sont égarés. Admettant l'aptitude du sujet comme explication de l'induration, et donnant à ce signe une grande valeur au point de vue du pronostic, il était bien difficile de concilier cette manière de voir avec un article de loi que l'on formulait en paraphrasant la Charte de 1830 : *Tous les hommes sont égaux devant la vérole !*

A l'époque où l'école du Midi brillait de tout son éclat, on se sentait comme entraîné par un génie qui ne permettait pas que l'on se retournât pour voir combien d'erreurs et de contradictions on laissait derrière soi. Aujourd'hui on ne croit plus guère aux explications de terrain et d'aptitude, et l'on pense généralement qu'une femme (la plus belle du monde comme la plus laide) ne peut donner que ce qu'elle a.

Quelque pénible qu'il soit d'abandonner les idées auxquelles on doit une partie de sa renommée, M. Ricord n'a pas hésité à reconnaître que le fait qu'il avait voulu expliquer reposait sur une observation insuffisante.

Dans les *Leçons* qu'il a publiées sur le chancre, il consacre près de trois cents pages à soutenir la dualité du virus; pour l'auteur de ce livre, il y a deux chancres parfaitement distincts l'un de l'autre; il n'est plus question de graine et d'idiosyncrasie; la doctrine de l'hôpital du Midi est morte et enterrée, sauf la théorie du chancre sans incubation. Voilà la conclusion que vous tirerez des *Leçons* de M. Ricord, si vous vous arrêtez à la 320e page. Mais si vous lisez la dernière page du livre, la 321e, vous verrez que pour le professeur, « *la dualité du virus chancreux n'est encore qu'une hypothèse que l'avenir jugera; tandis que l'unicité du virus syphilitique est une vérité jugée par l'expérience et par le temps.* »

Je n'entends rien à ces restrictions habiles à l'aide desquelles l'amour-propre se sauvegarde. Il faut pour moi qu'une porte soit ouverte ou fermée. Mon ami M. Cullerier paraît avoir des principes moins arrêtés : convaincu qu'il n'y a qu'un virus, il se déclare franchement le partisan de l'unicité, sans poser le moindre jalon qui lui permette un jour de laisser dire qu'il avait pressenti autre chose que ce qu'il professe. Admettant qu'un chancre, quelle que soit la consistance de sa base et de ses bords, peut être suivi d'accidents constitutionnels, il reconnaît que le pronostic varie pourtant suivant l'existence ou l'absence d'induration. Voici comment il formule son opinion : Chancre induré : infection générale certaine. — Chancre non induré, avec induration des ganglions : infection générale probable. — Chancre non induré, ganglions non indurés : infection générale possible.

Si je me suis bien fait comprendre, vous savez déjà que, contrairement à l'opinion de M. Cullerier, j'admets deux chancres : l'un qui est purement local, en ce sens que son retentissement ne va pas au delà des ganglions qui reçoivent directement les vaisseaux lymphatiques du point ulcéré; l'autre qui est un témoin irrécusable de l'existence d'une infection constitutionnelle. Chacun d'eux se transmet dans son espèce sans que le chancre local, chancre mou ou chancroïde, comme vous voudrez l'appeler, puisse jamais donner naissance à un chancre infectant, quelles que soient les conditions de sa transplantation.

Mais si le chancre non infectant est incapable de se transformer, en est-il de même du chancre induré? Cette question touche à un point difficile de la doctrine de la dualité du virus. J'ai besoin de toute votre attention pour me faire comprendre.

Je dois commencer par répondre non. Non, d'une manière générale, le chancre infectant ne peut revêtir, avec l'aspect du chancre mou, la bénignité propre à cet ulcère. Mais n'est-il pas une circonstance exceptionnelle dans laquelle le chancre induré peut donner naissance à un chancre ayant les caractères objectifs de l'ulcération locale? MM. Ricord et Fournier, comme nous l'avons déjà dit, ont soutenu cette manière de voir, d'après laquelle un individu ayant la diathèse syphilitique ne serait plus apte à contracter un nouveau chancre induré.

Depuis longtemps M. Ricord s'était efforcé de prouver qu'on ne peut avoir la vérole qu'une fois. Vous vous rappelez sans doute que j'ai reconnu la vérité de cette proposition, en faisant mes réserves. De même que l'individu qui a été vacciné depuis peu d'années n'est pas apte à produire de nouvelles pustules vaccinales, de même un sujet syphilitique est impropre à contracter de nouveau la vérole. Mais quand l'état diathésique a disparu, ou peut-être seulement s'est considérablement amoindri, la lésion locale, qui manifeste que l'économie est imprégnée, peut de nouveau se produire. C'est ainsi qu'au bout d'une dizaine d'années beaucoup de personnes vaccinées ont perdu le bénéfice de leur première vaccination, et sont aptes à donner naissance à une nouvelle pustule vaccinale, en tout semblable à celles qui se développent chez un individu que l'on vaccine pour la première fois. L'analogie nous permet facilement de comprendre les faits de chancres indurés se produisant chez des syphilitiques; ils ont été trop bien observés pour qu'il puisse venir à la pensée de les révoquer en doute. On ne peut plus dire rigoureusement qu'on n'a jamais la vérole qu'une fois; mais on peut toujours soutenir que la répétition de cette maladie est aussi rare que les cas de double variole. Si l'on conteste la loi générale pour la syphilis, les maladies nécessairement mortelles seront les seules que l'on ne pourra avoir qu'une fois. Cette réserve faite, pouvons-nous dire sous quelle forme se manifestera la contagion syphilitique chez un sujet ayant été une première fois contaminé?

(1) Suite. — Voir les numéros des 2 et 11 juillet.

M. le docteur Clerc soutient que c'est constamment un chancre mou qui naît dans ces circonstances, et le chancre transformé se reproduit sous sa nouvelle forme, sans que jamais il puisse donner naissance à un chancre infectant.

MM. Ricord et Fournier admettent aussi que la syphilis ne peut se manifester que par un chancre mou chez un individu déjà syphilitique; mais si ce nouveau chancre est transmis à un sujet jusque-là vierge de vérole, il reprend sur le terrain favorable à son évolution son caractère originel, avec la propriété d'infecter la constitution.

Où est la vérité?

Disons tout de suite que M. Clerc a fort à faire pour donner à sa théorie une base un peu solide. De ce que la variole transmise à un individu vacciné deviendrait une varioloïde, qui ne serait plus susceptible de se transmettre que dans cette nouvelle espèce, il conclut par analogie que la syphilis doit être sujette à la même loi. Le chancre induré devient ainsi *chancroïde;* d'accident indice d'une affection générale, il se convertit en un ulcère purement local, Mais pour que l'analogie fût complète et saisissante, après avoir prouvé que la varioloïde n'est pas susceptible de donner naissance à la variole (ce qui n'est pas encore admis par tout le monde), il faudrait démontrer que cette émanation de la petite vérole est condamnée à *n'être jamais qu'un accident local*, proposition dont l'absurdité n'a pas besoin d'être démontrée.

M. Clerc invoque bien en faveur de sa théorie un fait dans lequel un chancre induré existant sur le scrotum se serait inoculé sur la peau du pénis du même individu, et aurait ainsi donné naissance à un chancre mou, mais je doute qu'il ait eu souvent l'occasion de répéter cette observation.

M. Ricord appuie son opinion sur quatre faits observés par MM. Caby et Fournier.

Dans ces observations nous voyons des femmes affectées de la vérole quitter la prison de Saint-Lazare et contracter un chancre mou. Elles ont ensuite des relations avec un homme à qui elles donnent un chancre induré.

Lorsque ces faits ont été recueillis, tout le monde ne croyait pas à la contagion des plaques muqueuses; mais aujourd'hui que la transmissibilité de la syphilis par le pus des accidents constitutionnels est généralement admise, n'est-il pas permis de se demander si les observations de MM. Caby et Fournier ne sont pas des exemples de cette transmission?

Pour admettre l'opinion en vertu de laquelle un individu syphilitique ne pourrait plus contracter qu'un chancre à base molle, on oublie que des faits bien observés ne permettent plus de douter de la possibilité qu'un chancre induré se produise de nouveau chez un individu antérieurement syphilitique.

Vous voyez que c'est là une question hérissée de difficultés et qui à première vue semble de nature à compromettre la doctrine de la dualité du virus chancreux. Avec un peu d'attention, vous reconnaîtrez qu'il n'en est rien. D'abord est-on bien sûr que les faits cités ont la valeur qu'on leur prête? On paraît croire que rien n'est plus facile que de produire un chancre chez un syphilitique; mais si la chose était aussi facile, j'aurais assisté cent fois à la naissance de cet ulcère dans les conditions dont il s'agit. Eh bien, malgré mes tentatives renouvelées toutes les fois que j'en ai eu l'occasion, jamais je ne suis parvenu à produire une ulcération quelconque chez un malade que j'inoculais avec le pus de son propre chancre induré.

Mais admettons comme prouvé, ce qui ne l'est pas encore suffisamment, que le chancre induré peut donner naissance à un chancre à base molle, lorsqu'il est transmis à un individu ayant déjà la diathèse syphilitique.

Ne vous ai-je pas déjà dit que je me préoccupe beaucoup moins de la consistance d'un chancre que de son inoculabilité sur le malade lui-même? Or, dans aucun des faits de MM. Caby et Fournier on n'a inoculé sur le malade le chancre à base molle provenant de l'inoculation du virus infectant sur un sujet syphilitique.

C'est pourtant là le point important de la question des deux chancres, car ce qui les distingue le plus, c'est bien moins la consistance de leurs bords et de la base sur laquelle ils reposent, que la propriété inhérente au chancre non infectant d'être inoculable sur le malade, tandis que le chancre infectant réclame des conditions particulières pour son développement.

Nous l'avons déjà dit, l'inoculabilité est le meilleur guide auquel on puisse avoir recours.

Tandis que pour Hunter et pour M. Ricord il y avait probabilité d'infection générale, lorsque l'on pouvait inoculer le pus d'un chancre sur le malade affecté de cet ulcère, nous disons aujourd'hui que cette inoculabilité est l'indice certain de l'existence d'un chancre non infectant.

Ce n'est pas là le seul caractère distinctif des deux chancres; nous en trouvons un autre non moins tranché dans le temps qui s'écoule entre le moment où la contagion s'exerce et l'époque initiale des ulcérations pour le chancre non infectant: l'évolution commence à partir du moment où le virus est déposé sur les tissus, c'est-à-dire *sans incubation ;* pour l'autre (le chancre infectant), l'incubation a une durée variable, mais qui ne paraît jamais être de moins de dix jours.

Swediaur avait déjà dit, au commencement de ce siècle, que l'intervalle après lequel le virus syphilitique manifeste sa présence n'est ni constant ni toujours le même. D'après lui, la première manifestation pouvait se produire peu de minutes après un coït impur, ou seulement au bout de plusieurs jours.

Hunter admettait l'incubation pour la blennorrhagie aussi bien que pour le chancre.

M. Ricord la rejette pour le chancre et pour la blennorrhagie. Critiquant l'opinion de Hunter, il reproche au médecin anglais d'avoir cru que des chancres peuvent apparaître six semaines et deux mois après le coït infectant. Convaincu que l'évolution du chancre commence immédiatement après le coït, il professe encore que l'on peut s'opposer aux accidents constitutionnels, *tuer la vérole sur place*, en détruisant la pustule initiale à l'aide du caustique.

« De tous les chancres, dit-il, que j'ai vu cautériser ou que j'ai cautérisés moi-même du *premier au quatrième jour de la contagion*, aucun n'a été suivi des symptômes propres à l'infection constitutionnelle. »

Il dit ailleurs, à propos de la cautérisation abortive : « J'attends encore une objection vraiment sérieuse, *expérimentale* ou *clinique*. »

Depuis l'époque où ces lignes ont été écrites, des faits irréfutables se sont produits pour prouver *expérimentalement* et *cliniquement* que le chancre infectant n'apparaît qu'après une incubation de plusieurs jours.

Déjà Waller et Rinecker avaient démontré que cette incubation est toujours longue, et que les lésions locales consécutives à l'inoculation des accidents secondaires n'apparaissent jamais avant la fin de la deuxième semaine, lorsque MM. Gibert et Rollet firent des expériences dont le résultat n'a guère été contesté.

M. Rollet ayant inoculé un chancre infectant, l'évolution de la syphilis s'opéra comme dans les inoculations d'accidents secondaires : il y eut une incubation de dix-huit jours. Les expériences faites par M. Gibert, à l'hôpital Saint-Louis, démontrèrent que l'apparition de la pustule chancreuse peut être précédée par une incubation de trois semaines. Je pourrais citer d'autres observations non moins concluantes.

On objectera peut-être que la contagion physiologique diffère de la transmission artificielle; mais l'analogie nous permettrait de soutenir que, dans le premier cas, l'incubation doit être plus longue que dans le second. D'après Swediaur, en effet, la variole apparaît de quinze à vingt-quatre jours après la contagion par l'air, et au bout de huit ou dix jours si elle résulte de l'inoculation. D'après cela, l'incubation serait moins longue quand le virus pénètre avec la lancette, mais elle serait encore d'une dizaine de jours.

Puisque plusieurs semaines doivent s'écouler entre l'inoculation et l'apparition de la pustule, nous sommes autorisé à dire qu'un laps de temps au moins aussi long doit exister entre le coït et le premier indice de la contagion.

Avant que des expériences eussent été faites sur l'inoculation du chancre infectant, l'analogie avait suffi pour démontrer la nécessité de l'incubation. Pourquoi l'infection syphilitique se produirait-elle autrement que la variole, la scarlatine et la rougeole? On eût pu contester à l'incubation la longueur du temps qu'elle réclame pour la syphilis; mais si l'incubation avait manqué, c'eût été une infraction à des lois de pathologie générale que la nature seule a dictées.

Aux personnes qui soutenaient que le chancre ne se développe pas à dater de l'heure du coït, M. Ricord répondait en montrant les résultats des nombreuses inoculations qu'il pratiquait chaque jour à l'hôpital. Là, en effet, comme vous pouvez le constater dans son *Traité des maladies vénériennes*, si par hasard vous vous procurez un des rares exemplaires de ce livre, dès le lendemain de l'inoculation, on voyait invariablement poindre le rudiment d'une pustule qui, au bout de quelques jours, était dite caractéristique.

M. Cazenave, partisan de l'incubation, ne pouvant nier les faits que M. Ricord lui objectait, cherchait à prouver que l'inoculation sur le malade ne pouvait être comparée à la contagion s'exerçant sur un individu sain. Si, disait-il, vous voyez, dans vos expériences, naître si promptement la pustule chancreuse, c'est que l'économie, ayant été préparée une première fois par l'incubation qui a précédé l'apparition du premier chancre, est apte maintenant à engendrer, sans nouvel effort, sans nouveau travail préliminaire, tous les chancres que vous lui demanderez, votre lancette à la main; et citant les expériences de Bryce sur le vaccin, il y trouvait l'explication des faits de l'hôpital du Midi.

Voici en quoi consistent ces expériences : Lorsque vous vaccinez, quatre ou cinq jours s'écoulent entre le moment de l'inoculation et l'apparition de la pustule vaccinale. Ces quatre ou cinq jours constituent le temps de l'incubation. Si le cinquième jour vous revaccinez la même personne, dès le sixième vous verrez poindre une nouvelle pustule, qui apparaîtra donc cette fois sans incubation. J'ai répété cette expérience de Bryce, et j'ai obtenu le même résultat; mais si au lieu de revacciner le cinquième jour, vous attendez la fin du premier septenaire, une nouvelle inoculation n'est plus possible.

Si nous raisonnons par analogie, nous serons amenés à dire que le pus du chancre infectant doit, lui aussi, être inoculable sur la personne sur laquelle le premier s'est développé, et cela sans incubation. Mais cette époque d'inoculabilité du chancre infectant échappe jusqu'ici à tout le monde. Si elle existe, ce ne peut être que pendant un temps trop court pour qu'il soit donné aux expérimentateurs de la saisir et d'en profiter.

Admettant que cette nouvelle inoculation peut avoir lieu sans incubation (cette possibilité ne repose jusqu'ici que sur une induction, et n'est qu'une vue de l'esprit), on n'aurait pas prouvé qu'un chancre peut naître sur un individu sain, immédiatement et sans incubation.

Si on veut examiner cette question avec calme et sans passion, on reconnaîtra que M. Ricord n'a jamais inoculé que des chancres non infectants, quand il croyait emprunter du pus à des chancres voués à l'induration, mais encore à la période de progrès. C'est pour cela que l'on réussissait si bien et si sûrement à prévenir par la cautérisation des accidents qui ne devaient jamais se montrer.

Comment se refuser à l'évidence des faits? M. Fournier, élève de M. Ricord, a tenté d'inoculer 198 chancres indurés sur les malades qui en étaient affectés, et *un seul* a donné un résultat positif, et si vous interrogez l'auteur de la statistique, il vous répondra qu'il peut y avoir eu dans ce cas une erreur de diagnostic.

Si le chancre induré ne s'inocule pas sur un syphilitique, comment admettre que c'était du pus de cette espèce d'ulcère qui était autrefois inoculé par M. Ricord?

J'ai cru, moi aussi, avoir réussi trois fois à inoculer du pus de chancre induré sur des sujets syphilitiques; mais ces trois observations ont été recueillies par mon interne à une époque où je n'avais pas une expérience suffisante. Je n'étais chirurgien de Loureine que depuis un an environ; je cherchais à vérifier les opinions qui avaient cours dans la science; je ne savais pas encore de combien de difficultés sont hérissés certains faits, qui ont pourtant une grande importance au point de vue des doctrines.

Pourrais-je dire que les femmes qui font le sujet de ces trois observations n'avaient jamais eu la vérole? Oserais-je assurer qu'elles ne nous trompaient pas volontairement ou à leur insu? Les pustules d'inoculation se développèrent comme celles qui apparaissent quand on inocule le pus d'un chancre non infectant, et pourtant nous assistâmes plus tard à l'évolution successive des accidents généraux.

Depuis cette époque, je n'ai plus rencontré de faits semblables, et j'avoue en toute humilité que j'ai dû me tromper, bien que l'existence des chancres mixtes permette de donner une explication suffisante de ce que j'ai bien ou mal observé.

Déjà Hunter avait dit que le pus du chancre est aussi bien inoculable sur une surface *ulcérée* que sur des tissus sains. M. Rollet a démontré que, si l'on applique du pus de chancre non infectant sur un chancre induré, celui-ci, sans perdre ses qualités, acquiert la propriété de sécréter du pus inoculable; il devient ainsi *chancre mixte*. Cette espèce d'ulcères vous donnera l'explication des faits qui pourraient tout d'abord vous paraître en contradiction avec la dualité du virus chancreux.

Le chancre non infectant peut donc s'enter sur le chancre induré. Ces deux ulcères peuvent aussi exister l'un auprès de l'autre chez le même malade, et en imposer à ceux qui sans expérience suffisante se hâtent trop de juger.

Vous le voyez, cette question de doctrine est hérissée de bien des difficultés. Mais tout concourt à prouver qu'il y a deux virus essentiellement distincts l'un de l'autre. Je n'ai reculé devant aucune des objections que cette discussion peut soulever, sachant que pour convaincre il faut aller chercher ses adversaires derrière les obstacles où ils pourraient se retrancher.

Ce n'est point là une vaine discussion de théorie. Sur elle repose toute la thérapeutique des accidents vénériens que l'on a appelés primitifs.

Gardez-vous de penser qu'il est permis d'attendre l'apparition d'une roséole ou d'une autre manifestation avancée de la syphilis pour prendre un parti. Un médecin instruit attendra-t-il qu'un malade soit dans l'adynamie et qu'il ait des taches lenticulaires sur la peau pour diagnostiquer une fièvre typhoïde? Nous avons envers les malades des devoirs qui nous défendent cette indifférence coupable que j'ai le regret de rencontrer chez des hommes probes et instruits. Cette distinction des deux chancres, il faut l'admettre ou la repousser pour pouvoir annoncer au malade ce qui l'attend dans l'avenir.

Permettez-moi de résumer brièvement les caractères de ces deux espèces d'ulcères :

1° L'un est inoculable sur le malade lui-même, l'autre ne l'est pas;

2° Le premier se développe à partir du moment du coït, le second n'apparaît qu'après une longue incubation;

3° Le premier est local; sa sphère d'influence ne dépasse pas les ganglions qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques du point sur lequel il s'est développé; quand le second apparaît, l'économie tout entière est déjà imprégnée du virus syphilitique;

4° Ils se reproduisent toujours, chacun dans son espèce, malgré certaines apparences qui seraient de nature à induire en erreur;

5° Ils sont complétement dissemblables d'aspect;

6° Le chancre non infectant s'accompagne d'adénite aiguë tendant à la suppuration.

7° Avec le chancre infectant, les ganglions s'indurent et annoncent que le poison a atteint le système lymphatique tout entier.

Si ces différences ne suffisent pas pour vous convaincre tous de la dualité du virus chancreux, qu'il me soit permis d'espérer du moins qu'elles seront admises par ceux qui trouvaient dans l'inoculabilité un signe suffisant pour faire de la blennorrhagie un accident local, et du chancre un signe d'infection constitutionnelle.

TRAITEMENT DE LA CHUTE DU RECTUM CHEZ LES ENFANTS,

par les injections sous-cutanées de sulfate de strychnine,

Par M. le docteur FOUCHER, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

La chute du rectum chez les enfants ne constitue pas en général une maladie grave et quand il n'existe aucune complication, on peut espérer en obtenir la guérison radicale sans avoir recours à une opération. Ainsi on a employé en pareil cas, et assez souvent avec succès, les lotions astringentes de quinquina, de ratanhia, la solution d'alun, de sulfate de fer, etc. La compression de la région anale au moyen d'un appareil approprié, ou bien encore les suppositoires avec le savon, auquel on ajoute quelque substance astringente.

Il faut dire toutefois que même chez les enfants ces moyens n'ont qu'une action fort lente et sont assez souvent inefficaces. C'est alors qu'on a eu recours aux moyens chirurgicaux, tels que l'excision de la muqueuse, celle des plis rayonnés, comme la pratiquait Dupuytren, etc. On a aussi songé à des moyens basés sur la notion de la cause principale de la maladie, que l'on a attribuée en partie au défaut de tonicité et de contractilité du muscle sphincter anal. Ainsi, c'est dans le but de rendre au sphincter sa tonicité que M. P. Guersant pratique la cautérisation qui avait été autrefois employée pour détruire en totalité ou en partie la muqueuse saillante.

Ce chirurgien applique quatre boutons de feu disposés en croix autour de l'anus. Ces cautérisations, faites avec un cautère olivaire, doivent être assez profondes pour amener la guérison. M. Duchenne (de Boulogne) a soumis à l'excitation électrique le sphincter anal d'un malade placé dans le service de M. Boyer.

Après dix séances, le sphincter serrait fortement le doigt introduit dans le rectum; mais il est probable que le malade était médiocrement satisfait de ce traitement, puisqu'il a quitté l'hôpital tout à coup.

Schwartz a préconisé la noix vomique à l'intérieur et a obtenu des succès en donnant, de quatre en quatre heures, 2 à 15 gouttes d'une solution de 10 centigrammes de noix vomique dans 8 grammes d'eau distillée.

Enfin, M. Duchaussoy a appliqué la strychnine par la méthode endermique. Il met dans un dé à coudre une petite boulette de coton imbibée d'ammoniaque, et établit deux petits vésicatoires, l'un à la partie inférieure du sillon interfessier, l'autre à la partie interne de la fesse et à la racine des bourses; il saupoudre le derme dénudé avec 1 centigramme d'abord, puis avec 2 centigrammes de strychnine.

Ayant eu, il y a deux ans, à traiter un enfant atteint d'une chute du rectum ancienne, je pensais à l'emploi des excitants de la contractilité anale, lorsque je me rappelai les beaux succès que M. Béhier venait d'obtenir au moyen des injections sous-cutanées selon la méthode de Wood. Je songeai alors à tirer parti de ce mode d'application du médicament et à porter directement la strychnine sur les fibres du sphincter anal. Voici les détails de ce fait intéressant, tels qu'ils ont été recueillis par M. Michon, interne du service.

OBS. I.— Dans les premiers jours de juillet, on présente à M. Foucher, à l'hospice des Enfants-Trouvés, une petite fille de quatre ans, entrée la veille au dépôt, et atteinte depuis plusieurs mois d'une chute de la muqueuse rectale. Cette enfant, très-lymphatique, a chaque jour trois ou quatre selles demi-liquides, et à chaque garde-robe la muqueuse rectale fait en dehors de l'anus un bourrelet très-saillant. Si l'on réduit immédiatement, on n'éprouve aucune difficulté; mais si l'on attend seulement un quart d'heure, la muqueuse, serrée par le sphincter, se boursoufle, devient rouge cramoisi et ne peut être repoussée sans un effort assez violent et sans produire une douleur vive.

M. Foucher, avant de combattre cette affection par l'un des procédés chirurgicaux ordinairement mis en usage, se décida à tenter une injection sous-cutanée d'une dissolution de sulfate de strychnine dans le but de donner au sphincter plus de tonicité. A cet effet, il enfonce la canule d'une seringue de Pravaz dans la direction du sphincter, à 1 centimètre environ en dehors de l'anus; il injecte 10 gouttes d'une solution contenant 20 centigrammes de sulfate de strychnine pour 20 grammes d'eau distillée.

Dans le courant de la journée, l'enfant n'éprouve rien d'insolite; elle mange et joue comme de coutume, et sur trois garde-robes la muqueuse ne tombe qu'une fois.

Le lendemain, pas de prolapsus; le surlendemain, une seule chute de la muqueuse; vingt-quatre heures après, M. Foucher injecte de nouveau 14 gouttes de la solution de sulfate de strychnine, et depuis cette époque, pendant les six semaines que l'enfant reste dans le service, la muqueuse ne fait pas une seule fois prolapsus.

Lorsque je fis connaître cette première observation, je me gardai bien d'exagérer l'importance d'une guérison obtenue dans une maladie qui guérit quelquefois facilement. Toutefois cette application nouvelle de la méthode hypodermique me parut si simple, si peu douloureuse, si exempte d'inconvénients, que je dus désirer que son efficacité fût mise hors de doute par de nouvelles expériences. Depuis lors, j'ai de nouveau employé le même traitement et avec le même succès dans la circonstance suivante :

OBS. II. — Au 5 décembre dernier, Mme G..., demeurant rue des Vieux-Augustins, n° 16, m'amena son jeune garçon, âgé de trois ans, et qui est affecté depuis plus de deux mois d'une chute du rectum, qui se produit à chaque garde-robe. La muqueuse rectale fait alors un bourrelet saillant, rouge, violacé, en dehors de l'anus. La réduction, qui en était extrêmement facile au début, est devenu plus pénible depuis une quinzaine de jours. Cet accident a été combattu en vain par les lavements froids et astringents, par la pommade au ratanhia. Je n'hésite pas à proposer l'injection de sulfate de strychnine, parce que déjà ce traitement m'avait réussi dans un cas parfaitement semblable.

Le lendemain 6 décembre, le rectum relaxé étant réduit préalablement, j'enfonçai la canule d'une seringue de Pravaz à un centimètre environ en dehors de l'anus, et j'injectai 12 gouttes d'une solution contenant 20 centigr. de sulfate de strychnine pour 20 grammes d'eau distillée; je malaxai la région pendant une minute, afin de faire mieux pénétrer le liquide injecté. L'enfant s'aperçut à peine de cette petite opération, et ne cessa pas de manger le gâteau qu'il avait à la main. Dans la journée, il n'eut aucun malaise, et deux garde-robes ne furent pas suivies de prolapsus. Depuis cette époque la muqueuse ne s'est pas renversée.

Mon collègue et ami M. Dolbeau a de son côté, en suivant exactement les indications que j'avais données, obtenu deux guérisons par le même moyen.

Chez sa première malade, qui fut opérée en ma présence, l'infirmité datait de deux ans; la muqueuse faisait à chaque garde-robe une saillie de 3 centimètres, mais que la plus simple pression suffisait à réduire.

Deux injections de 10 gouttes de la solution de sulfate de strychnine faites à trois jours d'intervalle ont procuré une guérison radicale.

Le second malade de M. Dolbeau était un garçon de cinq ans, chez lequel le rectum faisait à chaque garde-robe une saillie de 3 centimètres et demi. On avait essayé les bains froids, les lavements froids et astringents et l'électricité; une injection de 11 gouttes de la solution de sulfate de strychnine a suffi pour procurer une guérison complète et persistante.

Voilà donc quatre faits et quatre succès; je crois que désormais, quand même on viendrait à enregistrer quelques insuccès, l'efficacité du procédé que j'ai proposé et employé pour guérir la chute du rectum ne saurait être contestée.

Ce moyen est, je le répète, si simple, si peu douloureux, si exempt de danger, et a été jusqu'à présent si constant dans ses résultats, qu'il mérite incontestablement la première place dans la thérapeutique des chutes du rectum.

NOUVELLE MÉTHODE

pour le traitement de l'ongle incarné.

Par M. le docteur WAHU,
médecin principal en chef de l'hôpital militaire de Nice.

La nécessité de remédier à un ongle entré dans les chairs d'un de mes orteils m'a conduit, dit M. Wahu, à trouver un moyen de guérison plus simple encore et plus expéditif que celui du docteur Legrand (voir *Gazette des Hôpitaux* du 25 juin).

Permettez-moi de reproduire ici ce que j'ai inséré à ce sujet dans le volume de 1861 de l'*Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques* (1) que j'ai publié de concert avec M. le docteur Jamain :

Dans les derniers mois de 1858, me servant de chaussures un peu trop longues, il arriva que plusieurs fois, en quelques jours, l'extrémité du gros orteil de mon pied gauche alla frapper contre le bout de ma chaussure. J'éprouvai chaque fois, sur le moment, une douleur assez vive; mais je n'en tins nul compte, et je continuai à marcher. Dix jours ne s'étaient pas écoulés que la douleur augmenta; elle devint permanente, et je m'aperçus qu'il s'était formé le long du bord externe de l'ongle un bourrelet assez épais, au-dessous duquel, et en regard du bord de l'ongle, existait une érosion longue d'environ un centimètre, laquelle donnait une certaine quantité de suppuration et me faisait beaucoup souffrir, surtout lorsque je posais le pied à terre et lorsque le bord de l'ongle s'appuyait contre cette petite plaie.

L'ongle était, au surplus, parfaitement sain; il y avait donc *ongle incarné* et non *onyxis*, puisque *ni l'ongle, ni sa matrice n'étaient malades.*

Pendant une quinzaine de jours, il y eut une inflammation des tissus, et je fus obligé de garder le lit. Je me rappelai alors que la plupart des chirurgiens ne connaissent d'autre remède à ce mal que l'avulsion de l'ongle, avulsion qui varie par les procédés divers employés, mais dont l'idée n'en horripile pas moins en rappelant les affreux supplices faisant partie de la *question*.

M. Jobert emploie deux modes de traitement : le redressement et l'avulsion partielle. Ces deux moyens sont *très douloureux*, et de l'avis unanime de tous les opérateurs, il y a de fréquentes récidives, ce qui en bon français signifie que des douleurs atroces ont été supportées inutilement.

Je n'ai jamais compris qu'un homme ne pût trouver en lui-même la somme de courage et d'énergie qu'il peut avoir à dépenser à un moment donné, et c'est peut-être parce que dans ma vie j'ai supporté de violentes douleurs physiques que je raisonne ainsi; mais aussi je n'ai jamais pu me résoudre à admettre la nécessité de dépenser du courage inutilement.

Or, dans l'espèce, je me dis qu'arracher un ongle parce que le bord de cet ongle a incisé par pression les téguments, c'était employer un moyen douloureux et cruel pour remédier à une bien petite lésion. Mais c'était cette lésion à laquelle il fallait remédier, et, quelque minime qu'elle fût, il n'en restait pas moins vrai pour moi que tant que la cicatrisation complète de la peau, déchirée dans toute son épaisseur, ainsi que celle des parties molles sous-jacentes, également déchirées par le bord tranchant de l'ongle, ne se ferait pas, la guérison n'aurait pas lieu.

Sur ces entrefaites, un congé de convalescence dont je jouissais étant terminé, je dus retourner en Algérie, et cette circonstance, malgré toutes les précautions que je pris pendant le voyage, ne fit qu'aggraver le mal. Arrivé à destination, je gardai la chambre et je me donnai pour but à atteindre : la suppression du bourrelet charnu qui, recouvrant le bord de l'ongle, me semblait être un continuel obstacle à la cicatrisation de la petite plaie, et, par suite, à la guérison définitive. A cet effet, je cautérisai plusieurs fois de suite ledit bourrelet au moyen de la pâte de Vienne, puis de la potasse caustique.

Un certain nombre de ces cautérisations (dix à douze au moins) furent faites sans aucun résultat; le bourrelet diminuait d'épaisseur, il est vrai, par suite de la déperdition de substance occasionnée par les caustiques; mais les tissus étant doués chez moi d'une puissante vitalité, ils se reformaient rapidement, la perte de substance était insignifiante, et je n'atteignis pas mon but.

Je ne mentionnerai ici que pour mémoire l'emploi de l'alun calciné; c'est par ce caustique que je commençai; mais après deux essais sans résultats, je passai à la pâte de Vienne.

Enfin, un jour que, révolté d'être dominé par un bobo qui, quelle que fût ma force de volonté, m'empêchait de marcher, j'analysais pour la vingtième fois la lésion de mon orteil, je fus frappé de l'idée que si je pouvais parvenir à dessécher, et même à *tanner* les parties malades, de telle sorte que le point érodé fût converti en une surface solide, capable de résister à l'action du tranchant du bord de l'ongle, je parviendrais à obtenir une cicatrisation complète, et par conséquent la guérison.

Je passai immédiatement en revue les substances les plus énergiquement tannantes, et bientôt je m'arrêtai à l'idée d'employer le perchlorure de fer; je m'en procurai à l'*état pulvérulent*, et j'en recouvris le bourrelet en en insinuant le plus profondément possible entre le bord libre de l'ongle et l'érosion. Je ressentis presque aussitôt une douleur astrictive très-supportable, accompagnée d'une chaleur assez vive. Un quart-d'heure après, j'essayai de marcher, et, à ma grande satisfaction, je pus appuyer le pied dans toute sa longueur, sans éprouver la moindre souffrance, chose que je n'avais pu faire depuis plusieurs mois.

Le lendemain, j'examinai attentivement les parties malades, et je les trouvai *momifiées* et dures comme du bois; je mis une nouvelle quantité de perchlorure de fer, que je laissai agir pendant environ un quart d'heure; mais j'ai tout lieu de penser que cette nouvelle application était inutile, car la momification était complète dès la première. Je continuai à marcher sans prendre souci de mon ongle incarné, et environ trois semaines après, je pus détacher à la suite d'un pédiluve les couches endurcies de la peau. Sous ces couches je trouvai un tissu de nouvelle formation, qui résista parfaitement à la pression du bord de l'ongle. Peu de temps après tout était revenu à l'état normal, et depuis lors plus de deux ans se sont écoulés sans récidive.

Le moyen est simple, il est facile, et surtout il épargne des douleurs; il dispense aussi d'avoir recours au chloroforme, dont l'emploi présente toujours des chances mauvaises, ce qui, au surplus, est surabondamment prouvé par le cas de mort assez récemment observé à Paris, précisément à la suite de l'emploi du chloroforme à propos d'une opération d'ongle incarné sur un jeune homme de vingt-quatre ans. Je ne saurais donc assez engager mes honorables confrères à essayer à l'occasion le moyen qui m'a si bien réussi.

(1) Un vol. in-18. Prix, 1 fr. Chez Germer-Baillière.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 juillet 1861. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport de M. le docteur Bordes-Pagès, sur le service médical des eaux minérales d'Aulus (Ariége), pendant l'année 1859 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Leyral, de Boutézac, mentionnant trois cas de morve chez le cheval, dont deux guéris ;

2° Une lettre de M. le docteur Herber-Barker, de Betfort (Angleterre), qui sollicite le titre de membre correspondant étranger;

3° Une observation de dystocie avec terminaison heureuse à l'aide du forceps à traction soutenue de M. Chassagny, par M. le docteur Berne, chirurgien en chef de la Charité, à Lyon (commissaire, M. Dubois);

4° Un mémoire sur la composition et les propriétés thérapeutiques des eaux et des extraits des foies de morue, par MM. Destinoy et Garreau (commissaires, MM. Devergie, Bouillaud et Poggiale);

5° M. Charrière présente à l'Académie un nouveau modèle de canule à trachéotomie.

Cet instrument offre la même courbure que l'ancien modèle; c'est-à-dire qu'il est courbe en haut et presque droit en bas Mais pour que la canule interne puisse entrer et sortir librement, celle-ci présente une articulation. Cette modification rend le nettoyage très-facile, et l'instrument n'est plus susceptible de s'obstruer comme dans le cas où l'introduction de la canule interne était rendue possible à l'aide d'une échancrure.

— M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture d'une lettre par laquelle M. le maire de Sens invite les membres de l'Académie à honorer de leur présence la cérémonie de l'inauguration de la statue de Thénard, qui aura lieu samedi prochain 20 juillet.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la morve. La parole est à M. Renault.

Suite de la discussion sur la morve.

M. RENAULT. M. J. Guérin a fait un grand procès à la médecine vétérinaire. Il nous a reproché d'avoir laissé dans le chaos notre science, à propos de la morve. Pour nous justifier et pour répondre en même temps aux questions qu'il nous a posées, il faut passer en revue quelques points fondamentaux de l'histoire de la morve.

M. Guérin nous a accordé que nous étions d'accord sur ce fait, que la morve était *une*, malgré ses manifestations diverses. Non, il n'y a pas deux affections morveuses; elle se manifeste aux fosses nasales et s'appelle plus spécialement morve, et à la peau s'appelle farcin. Elle est dans ces deux formes ou aiguë ou chronique, mais elle reste la même maladie. On peut inoculer, en effet, le virus de la morve chronique, celui de la morve aiguë, celui du farcin aigu ou chronique, et donner naissance à des accidents qui revêtiront l'une des formes quelle qu'elle soit de l'affection morveuse.

C'est le terrain sur lequel tombera la graine, ce sont les conditions de l'inoculation qui détermineront les formes. Mille expériences ont démontré le fait capital. Dans les grands établissements où règne la maladie, on voit tous les jours des chevaux, soumis aux mêmes in-

fluences, présenter indifféremment, suivant leurs conditions individuelles, telle ou telle forme de la morve. Tous ces faits impliquent une identité incontestable du principe morbide. Cette identité est reconnue depuis bien longtemps. Les hippiâtres grecs eux-mêmes ont admis une morve nasale, pulmonaire, articulaire, sous-cutanée, etc. Ce que les anciens ont dit, les modernes l'ont répété. Enfin, l'accord est unanime sur ce point parmi tous les vétérinaires.

M. Guérin nous dit: Puisque vous reconnaissez que la morve est *une*, pourquoi tant de dénominations différentes? C'est que ces dénominations s'appliquent à des états qui, bien qu'ayant tous une origine commune, doivent être cliniquement distingués les uns des autres. Qui pourrait contester, par exemple, la nécessité de distinguer la morve aiguë de la morve chronique? Pour mettre en évidence cette nécessité, l'orateur décrit ici les symptômes de la morve aiguë, et les met en opposition avec ceux de la morve chronique. L'un des caractères différentiels qu'il invoque est fondé sur la contagion, incontestée pour la morve aiguë, contestée pour la morve chronique.

Quant au mot farcin, ajoute M. Renault, il n'implique nullement dans notre pensée une maladie différente de la nôtre; mais c'est un mot nécessaire, puisqu'il s'applique à un ordre de manifestations très-distinctes de celles qui caractérisent la morve proprement dite.

Pour M. Guérin, la morve localisée d'abord s'est généralisée ensuite. Sur ce point, nous ne sommes pas d'accord avec lui, car nous dirons tout à l'heure qu'il y a un état général particulier, une diathèse morveuse qui précède les manifestations locales. Cette diathèse, M. Guérin a paru l'oublier absolument; il a bien parlé d'une cachexie morveuse, mais celle-ci je ne la comprends pas.

Sur la question étiologique, l'accord entre mon collègue et moi n'est pas plus parfait.

M. Guérin n'admet qu'une cause de la morve. Cette cause essentielle, c'est le virus. Les causes de la morve sur lesquelles M. Bouley a déjà insisté, toutes ces causes vraiment déterminantes de la maladie, M. Guérin ne les mentionne pas; on dirait que pour lui elles n'existent pas; mais sa cause, à lui, n'est qu'un effet; c'est l'effet d'un travail excessif, d'une nourriture insuffisante, du défaut d'aération, etc.

L'orateur insiste ici sur les conditions physiologiques fâcheuses dans lesquelles se trouve un cheval qui court et qui tire à la fois. Pendant que la course doit accélérer la respiration, l'effort que nécessite le tirage, en immobilisant les côtes, force la respiration à se ralentir. De ce monstrueux antagonisme résulte pour l'hématose les conditions les plus détestables, et la composition du sang subit nécessairement une altération encore inconnue dans sa nature, mais d'une efficacité incontestable pour la production de la morve.

La morve ne résulte pas seulement d'un travail excessif. Dans l'armée, les chevaux ne travaillent pas trop, mais ils ne sont pas en général assez fortement nourris pour leur taille, et ils sont soumis à une cause de morve toute spéciale qui tient à l'habitude qu'on a de les panser en plein air. Quelque froide que soit la température, on les fait sortir chaque matin des écuries pour les laver et les étriller. La transpiration se trouve ainsi arrêtée tout à coup, et les refroidissements souvent répétés sont si funestes que Barthélemy a placé cette cause de morve avant la contagion.

Le besoin d'aération est tel que, pendant les campagnes les plus rudes, les chevaux sont moins morveux parce qu'ils campent en plein air. Depuis le rapport si remarquable que M. Bouley père a fait sur l'aération des écuries des casernes, on a constaté qu'en les aérant davantage, on avait diminué de plus de moitié le chiffre des chevaux morveux.

A Alfort, du temps que les écuries étaient étroites et peu élevées, rien n'était fréquent comme de voir la morve compliquer la plupart des affections des chevaux qu'on traitait dans ces écuries; cette complication est devenue bien plus rare depuis qu'on a fait les agrandissements convenables.

Il est encore un fait qui plaide d'une façon très-convaincante en faveur de l'aération, c'est celui-ci: les quatre régiments où il y a le moins de chevaux morveux sont ceux où, par ordre des colonels, on laisse grand ouvertes les portes et les fenêtres des écuries.

Il ne faut pas omettre non plus parmi les causes de la morve les suppurations abondantes. La morve n'apparaît pas immédiatement. Les chevaux commencent par maigrir, leur poil se ternit, ils mangent moins; ils sont moins ardents au travail; ils suent à la moindre atigue. Ceux qui présentent ces symptômes généraux ont beau être placés dans des conditions tout autres et meilleures que celles qu'ils quittent, ils n'en sont pas moins condamnés à devenir morveux. Qu'ont-ils donc? Ils ont la diathèse morveuse. Ceci est si vrai, que l'expérimentation même le démontre. Si on inocule le virus de la morve aiguë, on n'observe aucun symptôme pendant trois ou quatre jours; mais si au bout de dix-huit ou vingt jours, on tire du sang et qu'on l'inocule, le cheval inoculé devient morveux. La diathèse correspond donc à un empoisonnement réel du sang, et cet empoisonnement peut se faire lentement sous l'influence des causes générales énumérées plus haut, ou plus rapidement par le fait d'une inoculation.

Les manifestations de la morve et du farcin sont une véritable crise. La nature se débarrasse du principe qui la gêne, et choisit pour cette élimination des organes qui ne sont pas indispensables à la vie, la peau, par exemple, ou les muqueuses. On voit l'analogie frappante qui existe entre la morve et les fièvres éruptives; la morve elle-même est précédée de sa fièvre d'éruption. Les localisations internes constituent seules la différence.

Quant au rapport existant entre la gravité des manifestations et la gravité de la maladie, il ne saurait être établi sûrement. Le jetage ou le glandage même, quand ils sont seuls, ne permettent pas de croire à une morve légère.

Le jetage et le glandage, s'ils n'étaient accompagnés d'aucun autre symptôme, ne suffiraient même pas pour caractériser la morve. Le critérium, c'est la pesticule nasale pour la morve, c'est l'ulcération pour le farcin.

J'arrive aux propriétés infectueuses que M. Guérin attribue à l'air qui a passé sur les ulcérations nasales. J'ai fait à cet égard des expériences qui me paraissent concluantes: j'ai forcé des chevaux à ne pas respirer autre chose pendant plusieurs heures, que l'haleine de chevaux morveux, atteints d'ulcérations nasales. Pour cela, j'avais fixé autour du museau d'un cheval morveux l'ouverture d'un long sac ouvert aux deux bouts, et dont l'autre extrémité était fixée autour du museau d'un cheval sain. Le cheval sain n'a pas contracté la morve.

Relativement à la curabilité de la morve, je dois convenir tout d'abord que nous n'essayons pas souvent de guérir cette affection, même quand elle paraît légère. Cela tient à ce qu'on exige de nous que nous guérissions promptement et sans beaucoup de frais, et à ce que nous ne pouvons entreprendre un traitement long et coûteux. Toutefois, dans un but scientifique, nous avons plus d'une fois tenté d'obtenir des guérisons, et nos insuccès nous autorisent à nous prononcer pour l'incurabilité dans l'immense majorité des cas. Tout a été essayé; des injections tout à fait analogues à celles qui ont si merveilleusement réussi entre les mains de M. Guérin ont été faites, et toujours sans succès. Les seules variétés de morve qu'on puisse essayer de guérir, ce sont les morves incertaines et le farcin bien localisé. Cette dernière variété paraîtrait avoir guéri assez souvent (83 fois sur 400) entre les mains des vétérinaires de l'armée; mais il est à craindre qu'ils n'aient pris souvent des lymphangites simples pour du farcin localisé.

Dans tous les cas, si l'on veut essayer de guérir la morve, il faut se hâter, car la morve va vite. Il résulte d'expériences très-nombreuses que, si on inocule sous l'épiderme une gouttelette de pus de morve aiguë, on a beau, un quart d'heure après, cautériser, enlever même la peau au niveau de la piqûre, la morve n'en marche pas moins.

L'orateur termine par l'examen critique de la classification des affections morveuses proposée par M. Guérin.

La distinction entre la morve aiguë et la morve chronique, je ne puis, dit-il, que l'approuver, et je félicite M. Guérin de l'avoir admise dans ses conclusions, après l'avoir rejetée dans la discussion. M. Guérin admet une cachexie morveuse qui ne se traduirait par aucun symptôme, par aucune lésion. Mais à quoi reconnaît-il alors cet être abstrait? Il conviendrait aussi, si l'on acceptait la classification anatomique, de reconnaître non-seulement des morves cutanée et muqueuse, mais des morves pulmonaire, parenchymateuse, viscérale, etc.

M. **Bouillaud** commence par établir que la morve est une maladie virulente spécifique comme la variole et comme la syphilis, et il en conclut qu'elle ne peut avoir pour cause les *causes ordinaires* des maladies. Ces causes, énumérées par MM. Bouley et Renault, ne peuvent être qu'accessoires, secondaires. Elles sont incapables de produire une maladie spécifique aussi bien caractérisée que la morve. A une maladie spécifique, il faut une cause spécifique, une origine unique.

La suite de l'argumentation de M. Bouillaud est remise à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 6 juillet, M. Hirtz, docteur en médecine, agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, a été nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie et de clinique médicales vacante à ladite Faculté, par suite du décès de M. Forget.

— Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 4 juillet, M. Michel Dubuc a été nommé interne à l'Asile impérial de Vincennes.

— La Société centrale de médecine du département du Nord a conféré le titre de membre titulaire résidant, à M. le docteur Rey (de Lille), et celui de membre correspondant à M. le docteur Remond (de Paris).

— M. le docteur Cazenave, médecin consultant aux Eaux-Bonnes, vient d'être nommé membre correspondant de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

— M. Fourst, chirurgien principal de la marine et médecin en chef de la station navale des côtes occidentales d'Afrique, vient d'être enlevé en quelques heures par un accès de fièvre pernicieuse, à bord de la frégate *Danaé* mouillée en rade du Gabon; c'est le second chef du service médical que cette station perd depuis un an.

— Le corps médical de Paris vient de perdre M. Gérardin, ancien médecin du bureau de bienfaisance de l'ex-onzième arrondissement.

— Nous avons encore le regret d'enregistrer la mort d'un externe très-distingué des hôpitaux de Paris, M. Ernest Grateau. Il a succombé à un érysipèle de la face, contracté dans le service de M. Voillemier.

Une véritable épidémie de cette cruelle maladie étend ses ravages autour de nous, car il y a quelques jours à peine nous disions la mort du jeune Gaston Régnier, frappé, comme Grateau, au début de ses études; et aujourd'hui nous venons de rendre les derniers devoirs à Mme Régnier elle-même, qu'un érysipèle de la face, contracté au lit de son fils, enlève à son tour à notre trop infortuné confrère.

— Le Parlement anglais vient de voter une loi pour rendre la vaccine obligatoire et imposer une pénalité aux parents qui, en négligeant de remplir ce devoir, compromettraient la santé publique.

— Dans sa dernière assemblée générale, l'Association des médecins de Toulouse a décidé deux questions importantes:

Elle a fait consacrer judiciairement la doctrine qui assimile le privilége des médecins, en cas de faillite, au privilége admis par l'article 2101 du Code civil en cas de mort. Cette question avait été soulevée par un des membres de l'Association, auquel un syndic refuse actuellement cette application, tandis qu'un autre syndic la lui accorde.

La seconde décision a pour but de poursuivre l'exercice illégal de la médecine par tous les moyens en son pouvoir, et à signaler à l'autorité les charlatans des deux sexes qui infestent la ville.

(*Journ. de méd. de Toulouse*).

— Un curieux phénomène s'est montré dernièrement à la Maternité de Toulouse, dans le service de M. le docteur Laforgue. Une jeune femme a mis au monde deux filles réunies par le ventre. Ces enfants adhérents sont parfaitement conformés. L'une a vécu deux heures; l'autre n'a pas donné signe de vie.

Exercices et récréations anatomiques, par le docteur L. Giraudet fils, professeur d'anatomie à Tours. Un volume in-18 jésus de 300 pages. Prix: 2 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 85 — SAMEDI 20 JUILLET 1861

(34e ANNÉE.)

N° 85. — SAMEDI 20 JUILLET 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De quelques altérations de la rétine appréciables à l'ophthalmoscope ; hyperémie et apoplexie rétiniennes ; décollement de la rétine. — Polype naso-pharyngien ; ablation par la méthode ostéoplastique. — Morve aiguë chez l'homme suivie de mort. — Du choix des champignons comestibles. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 10 juillet. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De quelques altérations de la rétine appréciables à l'ophthalmoscope. — Hyperémie et apoplexie rétiniennes. — Décollement de la rétine.

Nous avons passé en revue, dans le numéro du 6 juillet dernier, quelques-unes des lésions de la rétine, dont l'usage de l'ophthalmoscope permet d'établir le diagnostic avec une précision qui approche de la certitude, si elle n'est la certitude même. Nous nous sommes réservé de revenir sur un groupe de lésions qui par leur fréquence et leur gravité ont une importance pratique considérable ; nous voulons parler de la rétinite congestive ou hyperémie de la rétine et de la papille du nerf optique, et de l'apoplexie rétinienne.

Il sera intéressant, en effet, d'ajouter de nouveaux faits à ceux que nous avons fait connaître récemment dans un compte rendu de la Clinique de M. Desmarres. Nous n'insisterons pas sur les signes ophthalmoscopiques de l'hyperémie et de l'apoplexie de la rétine, suffisamment exposés dans ce compte rendu, ainsi que dans les leçons de M. Follin publiées l'année dernière. C'est sur l'étiologie de ces accidents principalement que nous nous proposons de nous arrêter un instant.

Sous le point de vue étiologique, M. Métaxas a recueilli plusieurs observations intéressantes : il a constaté d'une part l'influence déjà signalée du travail de l'accouchement, d'autre part celle de la masturbation. Chez deux femmes primipares, l'ophthalmoscope lui a fait voir cette hyperémie accompagnée d'un trouble considérable de la vision, au moment où la tête du fœtus franchissait l'orifice vulvaire. Ce trouble dura dix minutes chez l'une et une demi-heure chez l'autre.

Dans le dispensaire de M. Chassaignac, il a observé un enfant de douze ans qui depuis l'âge de huit ans se livrait à la masturbation. Cet enfant était maigre, pâle, faible ; les muscles de la face étaient agités par des mouvements choréiques. Il se plaignait d'avoir la vue troublée et de ne pouvoir lire pendant cinq minutes sans se reposer. L'ophthalmoscope fit voir une hyperémie de la rétine et de la papille.

M. Métaxas s'est assuré plusieurs fois à l'infirmerie de Bicêtre que la congestion cérébrale est presque toujours accompagnée de rétinite congestive. Dans les hallucinations, sous l'influence du haschisch, il a constaté cette congestion de la rétine, qui cessa en même temps que l'état d'hallucination. Il n'a point rencontré le même phénomène chez les hallucinés par autre cause.

Les convulsions épileptiques lui ont paru également être accompagnées de cette congestion. On sait que pendant la période de prostration qui suit l'accès convulsif épileptique, les pupilles restent largement dilatées. M. Métaxas a profité de cette circonstance pour soumettre un certain nombre d'épileptiques à l'examen ophthalmoscopique ; il a constamment trouvé le fond de l'œil rouge, les vaisseaux choroïdiens fortement engorgés, la papille d'un rouge vif, et les vaisseaux centraux considérablement distendus ; la rétine elle-même paraissait injectée. Une heure après l'attaque, la membrane sensitive avait repris son état normal.

M. Desmarres professe que lorsque l'apoplexie est reconnue dans la tache jaune de l'un des yeux, on est certain de la rencontrer aussi dans l'autre. M. Métaxas a effectivement eu l'occasion de constater une apoplexie double dans le dispensaire de ce savant ophthalmologiste ; mais l'existence de cette lésion dans un œil n'entraîne pas nécessairement pour lui sa production dans l'autre. Il cite une observation qui montre une apoplexie siégeant dans un seul œil, et permettant encore au malade, bien qu'elle occupe la tache jaune, de se conduire facilement.

L'étiologie de l'apoplexie rétinienne n'a été encore que très-imparfaitement éclairée jusqu'à présent par l'examen ophthalmoscopique. M. Métaxas rapporte un exemple très-curieux d'apoplexies multiples et successives de la rétine, produites sous l'influence de la colère. Il cite un autre cas dans lequel l'apoplexie de la rétine a été causée par des tumeurs de l'encéphale. On sait que cette lésion a été constatée chez les albuminuriques. Nous reviendrons sur ce dernier ordre de faits à l'occasion d'un nouveau travail publié tout récemment par M. le docteur Lécorché.

Nous terminerons cette *Revue* des altérations de la rétine appréciables à l'ophthalmoscope par une lésion peu connue jusque dans ces derniers temps, ou qui n'avait pu du moins être diagnostiquée qu'à un degré très-avancé, et alors qu'elle ne laissait plus d'espoir de guérison ; nous voulons parler du décollement de la rétine décrit dans les traités de pathologie sous les différents noms de *retina tremulans*, hydropisie choroïdienne, sous-rétinienne, etc. Aujourd'hui l'ophthalmoscope permet d'apprécier le siége et l'étendue de cette lésion, et quelquefois la nature du liquide épanché, à un moment où un traitement convenable peut y remédier.

« On voit alors, dit M. Métaxas, une tumeur plus ou moins volumineuse, sous laquelle la papille est cachée en totalité ou en partie ; la grosseur dépend de l'étendue du décollement. La coloration varie suivant la qualité du liquide épanché. Si c'est de la sérosité, le décollement est dit *séreux*, et se présente sous une couleur d'un blanc bleuâtre ; si c'est du sang, le décollement est appelé *sanguin*, et est d'un brun foncé ; si le liquide est parfaitement clair, la rétine peut avoir conservé sa transparence et permettre de bien distinguer les vaisseaux choroïdiens. Quelle que soit, du reste, la nature du liquide, la tumeur présente, dans les différents mouvements de l'œil, des ondulations semblables à celles d'un voile qui vacille, et l'on aperçoit des stries rouges ou d'un rouge foncé, quelquefois noires, qui suivent ces ondulations de la membrane décollée. Ces stries sont les vaisseaux centraux de la rétine ; quand l'œil s'agite, on peut les suivre jusqu'à leur origine ; leur coloration est due à celle du liquide contenu dans le sac et non à leur oblitération. Si le décollement est général, il se présente sous la forme d'un entonnoir mobile, dont la base est tournée en avant et dont le sommet répond à la pupille. Si l'œil est en repos, la membrane décollée est plissée sur elle-même et ne permet pas de distinguer la papille ; si l'on fait remuer l'œil elle se déplisse, et à son centre on rencontre la papille. » M. Métaxas a constaté deux fois cette disposition à Bicêtre, et tout récemment chez une malade de la Salpêtrière.

Le décollement de la rétine est le plus souvent traumatique ; il peut être produit secondairement à la suite d'inflammations de l'iris, de la cornée, de la choroïde ; il a été observé dans l'albuminurie chronique. Les érysipèles de la face sont quelquefois suivis de cet accident. M. Métaxas a constaté cette cause chez trois malades de l'hôpital Necker, dans le service de M. Follin.

Ce ne sont pas seulement les différents produits inflammatoires qui peuvent décoller la rétine de la choroïde ; des tumeurs de diverse nature s'interposent quelquefois entre ces deux membranes, et en amènent le décollement. Dans quelques circonstances, le décollement de la rétine, au lieu de se faire d'arrière en avant, comme dans les cas dont il vient d'être question, s'opère par un mécanisme tout différent, c'est-à-dire que la rétine, au lieu d'être poussée par un liquide ou par une tumeur placée derrière, est attirée en avant par des adhérences.

Il nous faudrait, si nous voulions compléter le tableau des altérations rétiniennes reconnues ou constatées pour la première fois à l'aide de l'ophthalmoscope, parler de la rétinite pigmentaire, des exsudats rétiniens, des tumeurs fibreuses de cette membrane, de son ossification, de sa dégénérescence encéphaloïde, des cysticerques, des altérations de la papille du nerf optique, etc. Mais cela nous entraînerait beaucoup trop loin. Nous renverrons les lecteurs désireux de se renseigner sur tous ces divers points à l'excellent travail de M. Métaxas.

Polype naso-pharyngien ; ablation par la méthode ostéo-plastique.

Nous avons mentionné il y a peu de temps la présentation que M. Huguier a faite à l'Académie de médecine d'un malade qu'il a débarrassé d'un polype naso-pharyngien à l'aide d'un procédé opératoire nouveau qu'il désigne sous le nom de méthode *ostéo-plastique*.

Les temps principaux de ce procédé consistent, après avoir divisé transversalement l'un des côtés de la base du voile du palais, puis la joue et la région naso-faciale, de manière à obtenir un large lambeau triangulaire, à sectionner transversalement le maxillaire supérieur, l'os palatin et l'apophyse ptérygoïde, à luxer ces os en bas et en dedans en se servant de la suture médio-palatine comme de charnière, et à les réduire ensuite après l'ablation du polype, et les fixer en définitive à l'aide de l'ingénieux appareil de gutta-percha imaginé par M. Morel-Lavallée. Le résultat vraiment remarquable que M. Huguier a obtenu dans ce cas par cette heureuse combinaison nous engage à mettre la relation de ce fait sous les yeux de nos lecteurs.

L'opéré est un jeune homme âgé de vingt ans, d'une constitution débile, qui est entré à l'hôpital Beaujon, le 30 juin de l'année dernière, pour un polype naso-pharyngien dont l'origine remontait à six ans environ, et qui avait déjà été l'objet de nombreux traitements et de plusieurs tentatives opératoires infructueuses.

Voici l'état qu'il présentait alors :

L'œil gauche était manifestement plus saillant que le droit et porté en haut. L'aile du nez du côté gauche était aussi de beaucoup plus saillante que la droite.

En palpant avec le doigt la racine du nez, on sentait d'une manière évidente que l'os nasal gauche, ainsi que l'apophyse montante du même côté, avaient été refoulés en dehors. Le nez tout entier était élargi, épaté, mais cet élargissement ne portait que sur son côté gauche.

En exposant l'ouverture des narines à une lumière vive, on apercevait au fond de la fosse nasale gauche une tumeur rosée qui la bouchait complétement.

Si le jeune homme fermait avec le doigt la narine droite, et qu'il fît des efforts pour inspirer ou expirer par celle de gauche, on constatait que de ce côté le passage de l'air était complétement obstrué ; il se faisait encore à droite, mais difficilement.

La bouche étant largement ouverte, on était tout d'abord frappé de l'aspect tout spécial du voile du palais ; il était élargi, rapproché des arcades dentaires, augmenté dans son diamètre transversal, et bombé en avant, plus sensiblement surtout du côté gauche.

Le bord inférieur du voile du palais était presque en contact avec la base de la langue ; il était plus distant que d'habitude du fond du pharynx.

La saillie, formée en avant par le voile du palais, était dure, comme ligneuse, sans élasticité.

La luette était très-longue et déviée légèrement à droite.

Le doigt, porté au fond de la bouche jusque dans le pharynx, et recourbé en crochet de bas en haut, arrivait sans grande difficulté à sentir une tumeur dure, résistante, remplissant la partie supérieure gauche du pharynx, et dépassant à droite la ligne médiane. Cette tumeur était assez régulièrement arrondie, et le doigt pouvait parcourir tout son bord inférieur.

En explorant les fosses nasales avec une sonde de femme, on pénétrait facilement par la narine droite dans le pharynx. Là, si l'on tournait à gauche le bec de la sonde, on se sentait arrêté par la tumeur, et l'on éprouvait quelque difficulté à la faire pénétrer entre le polype et la face postérieure du voile du palais.

En enfonçant la sonde dans la narine gauche, on était bientôt arrêté par le polype, mais avec quelques pressions on franchissait l'obstacle et on arrivait ainsi comme à droite derrière le voile du palais. On pouvait alors imprimer à la sonde un mouvement de rotation et lui faire parcourir ainsi toute cette face postérieure.

Ce trajet, facile à droite, était plus difficile à gauche, où l'on sentait que la sonde était pressée entre la tumeur en arrière et le voile du palais en avant.

Les inconvénients causés par la présence de cette tumeur dans le pharynx étaient très-grands.

La voix avait un timbre nasonné très-prononcé ; la respiration était très-difficile, et ne s'exécutait qu'avec beaucoup de peine pendant le sommeil. Dans cet état, le malade était obligé de rester assis sur son lit, la bouche ouverte et soutenu par de nombreux oreillers. Il faisait entendre alors un ronflement sonore ; l'inspiration surtout s'accompagnait d'un bruit très-fort ; l'expiration était plus facile et se faisait presque sans bruit.

Depuis l'entrée du malade à l'hôpital jusqu'au 11 août, il ne se passa rien de remarquable, si ce n'est toutefois qu'il fut pris le 12 juillet d'un érysipèle de la face qui s'accompagna de symptômes cérébraux. Mais cette complication cessa assez rapidement, et le malade reprit son état de santé habituel. Son état général était assez satisfaisant pour engager M. Huguier à pratiquer l'opération, qui fut faite le 11 août de la manière suivante :

1° La bouche étant largement ouverte, une boutonnière transversale est pratiquée à la base du voile du palais ; puis, à l'aide de la sonde de Belloc, on fait passer par la fosse nasale gauche et par cette boutonnière un fil au bout duquel est fixée une bandelette de fil, destinée, dans la suite de l'opération, à opérer des tractions sur le maxillaire supérieur gauche, pour le renverser en bas et à droite.

2° Une incision est faite, comprenant toute l'épaisseur de la joue, de la commissure labiale gauche au bord antérieur du

masséter. Une seconde incision partant du sillon naso-géuien, entre l'aile du nez et la commissure des paupières du côté gauche, contourne l'aile du nez qu'elle détache, puis aboutit au milieu de la lèvre supérieure. Ces deux incisions ont nécessité deux ligatures sur l'artère faciale. Ce lambeau triangulaire est ensuite détaché avec soin et relevé en dehors.

3° Un trait de scie horizontal sépare en deux parties le maxillaire supérieur de l'os palatin; commençant immédiatement au-dessus de la tubérosité maxillaire, il aboutit au-dessus du plancher des fosses nasales.

4° La première dent incisive droite est luxée avec un davier, puis un trait de scie peu profond est donné d'avant en arrière sur la voûte palatine à gauche de la cloison.

5° La base de l'apophyse ptérygoïde est coupée avec un fort sécateur, et la partie inférieure du maxillaire supérieur se trouve ainsi détachée du reste des os de la face, auxquels elle ne tient plus que par les deux feuillets muqueux de la voûte palatine et du bord alvéolaire supérieur. Alors, en se servant comme levier d'un ciseau, pendant que des tractions sont faites de haut en bas et de dehors en dedans, à l'aide du ruban de fil passé dans le premier temps de l'opération par la fosse nasale gauche et la boutonnière du voile du palais, on obtient la luxation du maxillaire supérieur, qui est renversé en bas et à droite en dedans de la bouche. Toute cette partie de l'opération ayant pour but de mettre à découvert le polype, se fait sans autre accident qu'une perte de sang insignifiante.

Par cette large porte ouverte jusqu'au pharynx, on peut apercevoir facilement le polype, adhérent par une large base à l'apophyse basilaire, à la face postérieure du pharynx et à la base de l'apophyse ptérygoïde gauche. Alors M. Huguier, se servant d'une cuiller tranchante et ensuite de forts ciseaux courbes, coupe ce large pédicule et extrait le polype en quatre morceaux. Cette partie de l'opération s'accompagne d'une hémorrhagie effrayante; le sang coule à flots et remplit à chaque instant la gorge, où il faut continuellement l'étancher avec une éponge. Le malade suffoque et s'affaiblit; le pouls devient presque imperceptible; la syncope est imminente. A cet instant M. Huguier, après avoir enlevé la totalité du polype, cautérise fortement au fer rouge toutes les surfaces d'où le sang s'écoule. Le malade ne tarde pas à revenir à lui, et on réapplique le maxillaire, mais il est très-difficile à maintenir en place, car la dent luxée est tombée pendant l'opération. Le lambeau est recollé à l'aide d'épingles à sutures. On place entre les dents molaires de chaque côté deux bouchons taillés en gouttière, qui servent de point d'appui au maxillaire. On fait un pansement simple, et on applique une fronde qui maintient les deux mâchoires rapprochées.

Le 12, le malade a dormi un peu; il n'y a pas de gonflement. Le pouls marque 140 pulsations. On donne un lavement de bouillon et un lavement de vin sucré.

Le 13, il y a un gonflement très-prononcé; l'œil est fermé par l'œdème des paupières. Ce gonflement diminue le jour suivant.

Le 16, M. Huguier enlève les épingles. L'opéré va aussi bien que possible.

Le 18, on constate que l'œil gauche, qui était refoulé en avant et en dehors par le polype, a repris complétement sa place. Les sutures sont enlevées; la bouche est légèrement déviée à droite. Le maxillaire supérieur ne peut être facilement maintenu en place; il a toujours de la tendance à se porter en bas et en dedans sous la pression des parties molles de la joue.

Le 25, M. Huguier prie M. Morel-Lavallée de venir appliquer sur le bord alvéolaire supérieur un moule de gutta-percha qui, emboîtant complétement les dents, doit maintenir en place le maxillaire mobile. On réunit d'abord par un fil les dents d'un côté à celles du côté opposé, et on place une sorte de coin de gutta-percha dans le vide triangulaire qu'a laissé en tombant la dent incisive luxée.

Le moule tient assez bien pendant les premiers jours, et le malade peut plus facilement avaler des bouillons et quelques potages; mais par la diminution du gonflement des parties, le moule s'ébranle et on l'enlève le 30 août; en même temps le maxillaire redevient mobile et tend continuellement à se renverser en bas et en dedans.

Le 2 septembre, M. Huguier place un second moule. Celui-ci, plus solidement appliqué que le premier, paraît devoir mieux maintenir l'os. On reconnait, du reste, que la partie supérieure et antérieure de cet os, dans un point très-circonscrit, rend, quand on la frappe avec un corps métallique, un son sec. Il se forme un petit séquestre.

Le 10 septembre, ce séquestre tombe; il a 2 centimètres et demi de longueur et 1 centimètre et demi de largeur.

Depuis cette époque, rien de nouveau ne s'est présenté; le malade a été aussi bien que possible.

Le moule en gutta-percha a très-bien maintenu l'os en place; le malade a pu se nourrir de potages; son visage a repris sa forme normale; les cicatrices laissées par les incisions n'offrent rien de désagréable à l'œil; la fente palatine est bien cicatrisée.

Au milieu de décembre, on enlève le moule de gutta-percha en s'y prenant à plusieurs fois. Chaque jour on en coupe une petite partie. Le moule enlevé, on constate que le maxillaire n'est plus mobile.

Maintenant ce jeune homme est complétement rétabli, et son extérieur annonce un état de santé parfaite.

La sensibilité tactile est complétement revenue dans la portion antérieure et interne du lambeau. Il en est de même pour le voile du palais, dont la plaie en boutonnière, faite au premier temps de l'opération, est parfaitement cicatrisée. La mastication, la déglutition, la phonation, s'accomplissent sans aucune gêne pour le malade, qui prétend, à cette heure, entendre beaucoup plus distinctement de l'oreille gauche qu'il ne le pouvait avant l'opération.

Morve aiguë chez l'homme suivie de mort.

La discussion qui se poursuit à l'Académie sur la morve, donne un intérêt particulier à l'observation suivante de morve aiguë qui nous a été adressée par M. le docteur Routy (de Châlons-sur-Saône). La gravité si grande de cette affection, l'intérêt qu'a le praticien à la reconnaître de bonne heure, depuis surtout que l'observation de M. Bourdon a fait naître l'espoir qu'on pourrait quelquefois en enrayer la marche fatale en la traitant de bonne heure; tout concourt, en effet, à faire ressortir l'importance des faits de ce genre, et l'utilité qu'il y aurait à publier tous ceux qui peuvent se présenter à l'observation des praticiens, afin de vulgariser assez la connaissance des symptômes et de la marche des diverses formes de l'affection morveuse, pour prévenir les erreurs et les méprises fréquentes dont elle est trop souvent l'objet. La louable franchise avec laquelle notre confrère avoue l'embarras dans lequel il s'est trouvé en présence de ce fait, jusqu'à la révélation des circonstances qui lui en ont fait connaître la cause probable, renferme un enseignement qu'il importe de ne pas laisser perdre.

« Je fus mandé le 4 octobre 1859, nous écrit M. Routy, auprès du sieur B..., tenant un magasin d'épicerie et mercerie au faubourg d'Echavannes. Il avait une fièvre assez vive, la peau brûlante, le pouls de 100 à 110, une céphalalgie très-intense; de plus, il accusait une courbature prononcée dans les membres, et un point très-douloureux siégeant précisément à l'articulation péronéale supérieure de la jambe gauche. Sur cette partie il y avait du gonflement, de la rougeur et un peu d'empâtement.

» Avais-je affaire à une fièvre typhoïde commençante, ou bien à un rhumatisme articulaire? Les phénomènes généraux me faisaient croire à la première supposition; d'autant plus que la constipation, l'état saburral de la langue, la fièvre trop forte pour être en rapport avec une seule articulation prise, tous ces signes m'entraînaient vers cette pensée. Cependant je ne me prononçai pas encore. Le malade gardait le lit depuis quatre ou cinq jours déjà quand je le vis pour la première fois. Pendant les six ou sept jours qui suivirent ma première visite, il ne se présenta rien d'extraordinaire. La fièvre continua à peu près de même, la douleur de tête persista aussi vive. La constipation et l'état saburral furent combattus par un laxatif (une bouteille d'eau de Sedlitz); je conseillai les boissons émollientes; des cataplasmes furent appliqués sur l'articulation douloureuse; le malade fut mis au bouillon de veau.

» Le lundi 10 octobre, au soir, il survint un saignement de nez.

» Le 11 au matin, on nous dit que l'hémorrhagie avait duré une partie de la nuit, et que le malade avait eu du délire. Le pouls était fréquent, mais avait beaucoup perdu de sa force; la peau était moins chaude qu'elle n'avait été jusqu'alors. On nous présenta un vase dans lequel on avait recueilli une assez grande quantité de sang perdue par le malade. Je tamponnai alors le nez avec une solution peu concentrée de perchlorure de fer. L'hémorrhagie s'arrêta facilement.

» Le soir, je revis le malade. La respiration, qui jusqu'alors avait été très-libre, commençait à devenir un peu haletante. Cependant l'auscultation ne démontrait rien de particulier : à peine un peu de râle sibilant, comme dans les affections typhoïdes. Rien à marquer sur les muqueuses de la bouche, sinon l'état saburral persistant de la langue. J'enlève les tampons; mais l'hémorrhagie se renouvelant, j'en replace d'autres, toujours imbibés de solution de perchlorure de fer. Dès ce soir-là aussi je remarque un peu de gonflement sur le nez, sur les paupières, au bas du front. Ce gonflement est accompagné de rougeur érysipélateuse et de quelques phlyctènes. Je crois qu'un érysipèle va venir compliquer l'affection que nous observons.

» Le lendemain 11 (mardi), je suis frappé de l'aspect du malade : ce qui ressemblait la veille à un érysipèle ne présente plus du tout cet aspect. Les phlyctènes ont pris l'aspect violacé du charbon. Il y a plus de délire, le pouls est petit. Je remarque sur le visage quelques pustules purulentes. Je découvre le malade, et je retrouve quelques pustules sur les cuisses et les jambes. La respiration est plus embarrassée; le malade refuse d'ouvrir la bouche, ce qui ne permet pas de l'examiner; j'enlève les tampons, il s'écoule des fosses nasales des mucosités séro-purulentes. Je me demande alors quelles peuvent être les complications qui surgissent. Je prescris la décoction de quina, les boissons acidulées, un peu de vin et d'eau sucrés. Reconduit par le gendre du sieur B..., je lui dis que l'état de son beau-père me paraît fort inquiétant, que l'aspect charbonneux de ce que j'avais appelé la veille un érysipèle, joint aux autres symptômes, me ferait croire soit à un anthrax, soit à toute autre affection contractée au contact d'un animal domestique.

» Ce fut pour ce jeune homme un trait de lumière : aussitôt il me dit que son beau-père possédait un cheval aveugle, qu'il conduisait ordinairement à la main; que ce cheval avait été abattu huit ou dix jours avant l'époque où j'avais vu le malade, et après que les hommes de l'art avaient constaté chez cet animal tous les caractères de la morve. Notre malade avait seul pansé et soigné son cheval jusqu'au jour où on l'abattit.

» Le mercredi 12, au matin, le malade est pâle, les phlyctènes sont affaissées, violettes, il y a de l'œdème sans rougeur, tout autour des phlyctènes, c'est-à-dire aux paupières, au front, sur les joues. Les narines sont béantes; il s'en écoule des matières séro-purulentes, comme la veille, mais en petite quantité. La respiration est encore plus gênée, le pouls plus petit. L'aspect des pustules n'a pas changé, le délire a augmenté, le malade ne répond plus aux questions qu'on lui adresse. On administre une potion avec un gramme de sulfate de quinine. Dans la nuit, le délire devient de plus en plus fort, la respiration s'embarrasse de plus en plus, et la mort arrive le matin du lendemain 13 octobre, sur les huit heures. L'autopsie n'a pu être faite. »

Malgré l'absence regrettable des caractères nécropsiques et de l'épreuve par l'inoculation sur le cheval, qui est tout à fait décisive en pareil cas, mais qu'on n'est pas toujours à même de mettre en œuvre, nous ne croyons pas qu'on puisse méconnaître dans ce fait les caractères de la morve aiguë contractée par infection ou peut-être même par une inoculation dont le point d'insertion sera resté ignoré du malade lui-même et de l'observateur.

DU CHOIX DES CHAMPIGNONS COMESTIBLES,

Par M. le Dr Jules de Soyre.

Les champignons vénéneux croissent dans tous les pays, et si dans certaines contrées les empoisonnements sont rares, cela est dû à ce que l'on y connait très-exactement les espèces comestibles, ou que, ne les connaissant pas, l'on a recours au lavage par l'eau vinaigrée. C'est ainsi qu'à Varsovie, après ce lavage acidulé, j'ai bien souvent mangé en famille tous les champignons que moi, alors enfant, je m'amusais à ramasser dans les bois de Biélani. Jamais nous n'en avons ressenti la moindre indisposition. Les espèces toxiques croissent pourtant en Pologne comme partout ailleurs, mais l'emploi de l'eau vinaigrée y est très-usité.

Cet ancien procédé a reçu une nouvelle sanction, grâce au courage et à la persévérance de M. Frédéric Gérard, qui n'a voulu expérimenter qu'avec les espèces vénéneuses. Mais de tout temps il y a eu des empoisonnements par les champignons, et il y en aura toujours, parce que ces végétaux flattent le goût et croissent spontanément. Les accidents toxiques ne deviendront rares qu'à mesure que la connaissance des bons champignons comestibles sera plus répandue et que le choix en sera restreint.

La dessiccation fait perdre à la morille et au bolet comestible (cep) beaucoup de leurs savoureuses qualités. On conserve aussi des champignons dans l'huile ou dans le vinaigre. M. le docteur Dax (de Biayc) indique également un procédé appelé à rendre d'utiles services. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 21 mai 1861.) On doit préparer par ce procédé tous les bolets comestibles et vénéneux, ceps et faux ceps; car les vrais ceps, bolet comestible et bolet bronzé, n'ont jamais occasionné d'effets toxiques, et c'est à la présence des faux ceps, bolets poivrés, pernicieux, azurés, chrysantères, etc., qu'il faut attribuer la mort du chat cité par le docteur Dax, qui, « ayant bu de l'eau dépurative de » la première opération, mourut empoisonné par ce liquide » saturé du principe toxique des champignons. »

Le bolet comestible à l'état frais ne peut voyager qu'à la condition d'avoir de l'air et de l'espace; car si on l'entasse, il s'échauffe et s'altère promptement.

J'ai reçu il y a quelques années, de Forges-les-Bains, près Limours (Seine-et-Oise), trois grands paniers de bolets bronzés et de bolets comestibles cueillis le matin même, et qui, malgré ce court voyage, s'étaient échauffés tant ils étaient pressés dans les paniers. Après en avoir jeté quelques-uns, il m'est resté une provision capable de combler de joie bien des Méridionaux.

Les bons champignons comestibles sont infiniment préférables à l'état frais. Paris ne connaitra jamais le champignon que Néron appelait l'aliment des dieux, l'oronge (*amanita aurantiaca*). Ce n'est que très-rarement qu'on en trouve un échantillon aux environs de Paris, tandis qu'il est commun dans le midi de la France.

L'oronge blanche (*agaricus ovoideus*), que j'ai souvent mangée à Gênes, est inconnue aussi à Paris. Mais l'hydne sinué, caractérisé par ses pointes qui garnissent inférieurement le chapeau et le font ressembler à une brosse, croît à Ville-d'Avray, en compagnie de la chanterelle comestible, de la clavaire, du bolet comestible et du bolet bronzé.

A Paris, on autorise la vente de quatre espèces de champignons comestibles à l'état frais : la truffe, le champignon de couche (*agaricus campestris*), qui s'y vend toute l'année; la morille, que l'on y trouve en avril, et la chanterelle comestible, qui fait son apparition à la halle depuis juin jusqu'à l'automne, et nous est apportée de Fontainebleau par les marchandes dites paysannes. Ce joli petit champignon, à nervures sous le chapeau, est complétement d'un jaune d'or. On vend aussi à Paris, mais à l'état sec, le bolet comestible, appelé vulgairement *cep*. Ce champignon croît dans toute l'Europe, dans les bois et les forêts où le chêne pousse sur des terrains sablonneux et caillouteux. Ces terrains sont recouverts de feuilles mortes, la végétation y est rare; cependant, on y voit quelques mousses. La pression des pas y occasionne souvent des craquements dus aux déplacements des silex, craquements qui sont l'indice d'un bon terrain à explorer.

Le bolet comestible se trouvait facilement autrefois au bois de Boulogne : on le trouve à Meudon, à Ville-d'Avray, dans la plupart

des bois des environs de Paris, dans la forêt de Saint-Germain, et il doit exister dans les forêts peu éloignées de Paris. Paulet, qui habitait Fontainebleau, l'appelait cep de Fontainebleau ou de Bordeaux, preuve qu'il doit être commun à Fontainebleau. Roques le rencontrait dans les bois de Marly, de Vaucresson, de Sainte-Geneviève, de Chevreuse, de Rambouillet. On l'a trouvé aussi dans les bois de Montfermeil. Dans la Lorraine, on le mange sous le nom de *champignon polonais*, parce que ce sont les Polonais de la suite de Stanislas Leckzinski qui montrèrent qu'on pouvait en faire usage sans danger. J'ai rencontré ce champignon à Spa, à Baden-Baden. Il se vend aux marchés de Bruxelles, aux marchés de Bordeaux, de Bayonne, de Toulouse, et dans tout le midi de la France. J'en ai souvent mangé à Gênes, où à l'automne il encombre les marchés.

Cet excellent et majestueux champignon ne s'est jamais vendu frais à Paris. Pourtant ses caractères botaniques sont des plus faciles à saisir, et je vais les indiquer en quelques mots. Dans le genre bolet, les deux seules espèces dignes d'être réputées bons comestibles sont le bolet comestible et le bolet bronzé, les bolets rude et orangé leur étant très-inférieurs. Le bolet comestible et le bolet bronzé ont une odeur et une saveur agréables. Leur hauteur varie de 10 à 30 centimètres, et quelquefois davantage. Si l'on promène l'ongle sur les tubes du chapeau, il ne s'opère aucun changement de nuance. Si l'on divise ces champignons, ils resteront constamment blancs. Après ces caractères, qui sont communs au bolet comestible et au bolet bronzé, voici les particularités de chacun d'eux.

Bolet comestible, cep (*boletus edulis*). Chapeau d'un fauve plus ou moins foncé; tubes inférieurs du chapeau jaune paille d'abord, puis jaune verdâtre; pédicule épais, blanc, parcouru extérieurement par un réseau faisant légèrement saillie. Une planche du *Dictionnaire d'histoire naturelle* de Dorbigny représente ce champignon avec une admirable exactitude.

Bolet bronzé, cep noir (*boletus æreus*). Cette espèce est préférée à la précédente. Ce champignon se trouve dans les bois de chênes, et très-souvent dans ceux de chênes et de châtaigniers. Le chapeau du bolet bronzé est petit relativement au pédicule. Ce chapeau est d'un brun presque noir, qui a une grande ressemblance avec une brioche fortement brûlée au four. Les tubes du chapeau sont blancs d'abord, puis jaune paille. Le pédicule, très-épais, est parcouru extérieurement par un réseau brun très-abondant.

Souvent les limaces rongent les chapeaux de ces deux espèces, et quelquefois elles s'y creusent une loge dans le pédicule. A l'intérieur, ces champignons sont promptement ravagés par de petits vers cylindriques, blancs, à peau lisse et annelée; leur tête est noire, et leur longueur totale est de 1 à 2 millimètres. Dans le genre bolet, les tubes sont peu adhérents au chapeau. Il faut repousser les bolets à tubes rouges ou rosés, à pédicule strié de rouge, ceux qui deviennent bleus quand on les entame, et ceux dont la saveur est âcre, caustique, poivrée.

Le bolet comestible et le bolet bronzé se recommandent d'eux-mêmes par leurs bonnes qualités, et je ne perds pas l'espoir qu'un jour ils ne fassent leur apparition à l'état frais sur nos marchés de Paris. Si nos tables alors s'enrichissent d'un excellent aliment qui se prête à tous les caprices de l'art culinaire, ces nombreux bolets qui croissent spontanément chaque année en pure perte pourront offrir à de pauvres gens non-seulement une bonne nourriture, mais encore les moyens de gagner leur pain et celui de leur famille.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 juillet 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MOREL-LAVALLÉE. — Bidactylie ou les deux mains et le pied droit en pinces d'écrevisse; absence du second orteil au pied gauche. — Je ne saurais mieux exprimer les vices de conformation que présente ce sujet. Si ce n'est pas un cas unique, c'est au moins un cas assez rare et assez curieux pour mériter votre attention.

Hippolyte C..., saltimbanque, né à Lemeu, près Compiègne, en 1825, présentement à Vaugirard, dans sa voiture, rue Dulan, amenait son père à la consultation de l'hôpital Necker, le 1er juillet 1861, pour une ankylose consécutive à une lésion traumatique de la main. Mais bientôt on s'occupa plus du fils que du père, car Hippolyte présentait des mains et des pieds d'une forme toute particulière : en excitant la curiosité du peuple, il trouve dans sa difformité un moyen d'existence.

Il commence par annoncer que sa mère, pendant sa grossesse, vers le premier mois, a été frappée à la vue d'une écrevisse que son mari lui tendait en plaisantant, comme s'il eût voulu la faire mordre. Selon lui, c'est ce *regard d'écrevisse* qui l'a rendu difforme dans le sein de sa mère.

Quoi qu'il en soit, il porte les lésions congénitales suivantes :

Mains. — Les deux mains ne sont représentées chacune que par deux doigts, qui simulent parfaitement les pinces d'une écrevisse; la division comprend tout le métacarpe jusqu'au carpe exclusivement.

Main droite. Les deux doigts de la main droite représentent assez bien par leur volume et par leur configuration, l'un le pouce, l'autre le petit doigt. Le squelette des deux métacarpiens est normal; il est garni des parties molles des éminences thénar et hypothénar. Les deux branches de la pince s'écartent à volonté jusqu'à la ligne horizontale; leur rapprochement forme un losange régulier, dont le diamètre longitudinal a 5 centimètres environ et le diamètre transversal 3 centimètres 1/2. Les branches de la pince, quoique articulées par les articulations carpo-métacarpiennes, métacarpo-phalangiennes, ne peuvent se replier de façon à offrir un poing.

Main gauche. On trouve une disposition analogue pour les doigts de la main gauche, mais, par leurs proportions et leur configuration, ils représentent l'un le pouce, l'autre l'annulaire; ils peuvent se replier pour former le poing, ce qui leur donne une puissance musculaire beaucoup plus considérable que celle de la main droite; il peut, en effet, soulever du côté gauche un poids de cinquante kilos.

La région carpienne et anti-brachiale de l'un et de l'autre côté sont régulièrement conformées; on trouve le pouls à sa place normale; seulement, du côté droit, la tabatière anatomique et un tendon qui se rend à l'auriculaire, sont moins marqués que du côté gauche.

Il exécute avec ces pinces les mouvements les plus variés avec une rapidité et une facilité surprenantes; il peut même, avec la pince droite, tenir une plume et écrire, mais les mouvements d'écriture ne se passent pas, selon les règles, dans les articulations métacarpo-phalangiennes; ils s'accomplissent par des déplacements en totalité du carpe et de l'avant-bras.

Pieds. — Aux pieds, les lésions sont moins profondes.

Pied droit. Le pied droit est fendu jusqu'aux os du tarse, de façon à représenter aussi une pince d'écrevisse. Pour la branche interne, on trouve un squelette composé de deux os soudés par leurs faces latérales et présentant une gouttière médiane sur les faces supérieures et inférieures de la suture. Les parties molles qui le recouvrent offrent une dépression à l'endroit de la gouttière; l'ongle est unique, aplati et développé dans le sens transversal. La longueur de cette branche est de 7 centimètres environ. La branche externe, moins large que la précédente, plus courte de 2 centimètres, paraît rudimentaire; elle est formée de deux doigts soudés par les métatarsiens et les phalanges; les ongles sont distincts. Les articulations de ces branches sont très-mobiles; elles se rapprochent par leurs extrémités, de sorte que ce pied exécute des mouvements plus variés qu'un pied normal.

Le pied gauche possède le premier, le troisième, le quatrième et le cinquième orteil. Le premier orteil est luxé en dedans, pour combler l'espace qu'occuperait un second orteil. Lorsqu'on le redresse, il dépasse de beaucoup la longueur du troisième orteil.

Quoique le pied gauche ait une conformation moins anormale que le pied droit, il supporte moins facilement la position hanchée et la marche, ce qui tient probablement à deux causes : la luxation du premier orteil qui a produit un oignon à l'extrémité interne, et l'inégalité de base de sustentation, la base du pied droit étant très-étendue, parce que sa pince peut s'écarter de 4 centimètres.

Cet homme ne présente pas d'autres vices de conformation; s'il est d'une constitution peu robuste, mais il est au moins très-bien portant.

Nous savons bien que l'influence de l'imagination de la mère sur le développement du vice de conformation a été contestée; mais ne l'a-t-elle pas été surtout parce qu'on ne voit pas le lien qui rattache la cause à l'effet? En tous cas, il ne faut sur aucune question repousser systématiquement les faits, l'explication viendra quand elle pourra.

Pour ce qui concerne l'influence sur l'imagination de la mère, il y a deux ordres de faits : dans les uns, l'impression a été légère et fugitive; on ne la retrouve qu'en cherchant bien, comme la pression d'une baleine dans un cancer du sein; ces faits-là sont insignifiants; mais dans les autres l'impression a été vive, soutenue. Tantôt c'est une femme frappée de l'aspect d'une tête de lièvre écorché, et qui assure jusqu'au dernier moment à son accoucheur que son enfant naîtra avec un bec-de-lièvre, et sa crainte se réalise.

Le docteur Martin (de Lyon) en a publié un exemple en 1822; M. le professeur Roux en possédait un autre. J'ai vu une tache sur le front annoncée de la même façon et avec le même résultat. Enfin, notre savant confrère M. Guyon a observé à la Martinique un cas qui est comme le pendant du nôtre : une femme enceinte est frappée de la vue d'un enfant qui avait six orteils à chaque pied; et, suivant ses appréhensions, son enfant vint au monde avec un orteil surnuméraire; les autres enfants étaient nés tous bien conformés.

Je suis loin de prétendre que ces faits tranchent la question; mais il me semble qu'ils donnent à réfléchir. Ce n'est pas, d'ailleurs, en écartant les éléments d'un problème qu'on en prépare une solution sérieuse.

Au reste, l'intérêt de cette présentation est beaucoup plus dans l'étrange conformation des mains et des pieds que dans l'interprétation étiologique du vice congénital.

M. HOUEL fait observer que M. Cruveilhier, dans son grand ouvrage, a décrit cette difformité sous le nom de difformité par fusion ou par adhérence. M. Ménière, il y a au moins vingt-cinq ans, a déposé une pièce semblable au musée Dupuytren. Dans des cas semblables à celui qui est présenté à la Société, il manque quelquefois des os, soit du carpe, soit du métacarpe.

M. CHASSAIGNAC s'élève contre l'étiologie de cette difformité que semble admettre M. Morel-Lavallée. Rien n'est moins prouvé ni moins admissible que ces histoires où se mêle le merveilleux, et presque toujours bâties après coup. Il est surpris de la facilité avec laquelle notre collègue semble ajouter foi à toutes ces fables. Cette question a du reste déjà occupé la Société, et M. Chassaignac ne veut pas insister davantage.

M. GIRALDÈS. C'est là un fait curieux au point de vue tératologique. J'ai vu deux cas semblables : l'un chez un enfant, l'autre chez un adulte. Le cadavre de ce dernier fut apporté à Clamart pendant mon prosectorat, et la pièce est déposée au musée de cet établissement. J'ai eu quelques détails sur ce dernier, et le père ou la mère avait présenté la même difformité. Ammon en a rapporté quelques cas dans son *Atlas d'anatomie des difformités congénitales*.

M. MOREL-LAVALLÉE dit que la question est loin d'être résolue, et qu'il y a des faits sérieux qui méritent toute considération.

— **M. VERNEUIL** présente deux malades :

1° — Désarticulation tibio-tarsienne. — Cette jeune fille a été opérée il y a quatre ans, pendant que je remplaçais M. Marjolin à l'hôpital Sainte-Eugénie; elle a été à cette époque présentée à la Société de chirurgie. Les os du tarse étaient cariés; mais l'astragale m'avait paru pouvoir être conservé. J'avais donc fait une amputation sous-astragalienne; mais au moment de faire le pansement, j'explorai cet os et je m'aperçus que son tissu était ramolli. Je pressai avec une pince, cette pince s'enfonça dans le tissu spongieux, et il sortit une notable quantité de pus. Je procédai immédiatement à la désarticulation tibio-astragalienne, en laissant les malléoles.

Depuis quatre ans, la guérison est parfaite; j'avais conservé la peau du talon, et c'est sur elle que porte le poids du corps. On sent très-distinctement la malléole interne, et la malléole externe descend au moins à 2 centimètres plus bas que l'interne. — Le soulier consiste en une espèce de cornet en cuir, sans aucune pièce spéciale. Il y a à peine une légère claudication dans la marche.

M. DESORMEAUX. J'ai pratiqué, il y a quelques mois, une amputation semblable pour un cas de carie scrofuleuse des os du tarse. Je me méfie toujours, dans les cas où la lésion osseuse n'est pas de cause externe, des os même assez éloignés du foyer du mal. L'astragale paraissait sain, et pourtant, lorsque j'examinai la pièce, je m'applaudis d'avoir eu recours de suite à l'amputation tibio-tarsienne, car je trouvai l'astragale déjà assez profondément altéré.

Dans ce fait, j'ai enlevé les deux malléoles, et peut-être cette résection des extrémités du tibia et du péroné n'a-t-elle pas été sans influence sur les accidents ultérieurs.

Le malade est à Vincennes, mais il a eu plusieurs abcès, et il reste encore aujourd'hui des trajets fistuleux. Le stylet ne pénètre pas jusqu'aux os, mais je les crois malades, et c'est à eux que je rapporte les abcès qui se sont produits.

2° — Anévrysme; ligature de l'artère au niveau de l'anneau du troisième adducteur.

On se rappelle, dit **M. VERNEUIL**, ce malade, facteur de la poste aux lettres, que j'ai présenté au commencement de cette année. J'avais pratiqué, pour guérir un anévrysme poplité, la ligature au niveau de l'anneau du troisième adducteur. On sentait encore le sac et des battements, de façon que l'on pouvait se demander s'il s'agissait d'une récidive. Vous vous rappelez que ces battements étaient très-nettement perçus, mais que nous rejetâmes l'idée d'une récidive. Aujourd'hui nos prévisions se sont réalisées : on ne sent plus de pulsations; on ne sent même plus le sac. On trouve des battements il est vrai vers le côté externe, dans le creux poplité, mais ils sont placés en dehors du siége de l'anévrysme, et me paraissent dus à une collatérale bien développée.

De plus, ce malade marchait avec beaucoup de difficulté; aujourd'hui, au contraire, il marche bien, ne se fatigue plus, ne boite pas, et veut reprendre son service de facteur.

M. RICHET a vu à Saint-Louis le malade de M. Verneuil. Il l'a fait coucher pour l'examiner à son aise. Il confirme ce que vient de dire M. Verneuil, et pense comme lui que les battements que l'on sent sur le bord externe du losange poplité sont dus à la présence d'une grosse collatérale.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Mort subite; insuffisance des valvules aortiques. — M. LABORIE présente à la Société le cœur d'un malade mort subitement dans son service à l'Asile impérial de Vincennes.

Ce malade, dit M. Laborie, était entré seulement depuis quelques jours; sur sa pancarte d'admission on avait inscrit : anévrysme de la crosse de l'aorte. Lorsque j'ai examiné la poitrine, j'ai reconnu une énorme hypertrophie du cœur, avec bruit de souffle très-énergique à gauche de l'organe. Le cœur avait une impulsion si violente, qu'il semblait transmettre à l'oreille un choc semblable à un coup de marteau.

Du reste, la santé générale était bonne; pas d'œdème, à peine de dypsnée, si ce n'est dans les mouvements trop vifs.

Le lundi 8 juillet, à dix heures du matin, le malade étant dans sa chambre fut pris d'un sentiment de suffocation; on alla immédiatement chercher l'interne de garde. Quand il arriva, la mort avait eu lieu sans secousses, sans vomissements.

Le mardi matin, je procédai à l'autopsie.

Le corps conservait un reste de chaleur, surtout dans l'intérieur de la poitrine.

Après avoir largement ouvert la poitrine, on trouve que les poumons sont parfaitement sains, très-crépitants dans toute leur étendue. Le poumon gauche présente seulement quelques adhérences anciennes à la plèvre pariétale.

Le péricarde apparaît énorme entre les deux poumons, recouvert cependant en partie par ces organes, mais sans y adhérer. Il contenait environ 30 grammes de liquide citrin transparent.

Le cœur a au moins trois fois le volume normal. Après l'avoir enlevé avec la crosse de l'aorte, je l'incise transversalement sur la ligne moyenne, ce qui permet de bien juger de la disposition des cavités. Le ventricule gauche est énormément dilaté, tout en conservant une grande épaisseur de ses parois. La valvule mitrale, retenue par des faisceaux charnus hypertrophiés, contient dans son épaisseur une énorme production osseuse longue de 4 centimètres, large de 3 centimètres à sa base, et se joignant de ce côté à des productions semblables qui ont envahi les valvules aortiques.

Celles-ci sont immobilisées par ces concrétions, et il ne reste pour le passage du sang qu'une ouverture irrégulière ayant à peine 1 centimètre de diamètre. L'extrémité du doigt introduit dans cette ouverture ne peut la dilater. La crosse de l'aorte est énormément et uniformément dilatée, sans altération de ses parois.

Quant au cœur droit, il est relativement normal, ne présente aucune trace d'altération et est très-médiocrement dilaté.

Rien dans les oreillettes.

Rien dans le crâne ni dans les viscères abdominaux.

En communiquant ce fait à la Société, quoiqu'il soit étranger à ses travaux habituels, j'ai pensé qu'elle en prendrait connaissance avec quelque intérêt. Il s'agit, en effet, d'un de ces cas de mort subite qu'on ne saurait attribuer qu'à l'insuffisance des valvules aortiques. Cette cause de mort, quelle que soit du reste l'explication que l'on donne du mécanisme qui l'a produite, n'a pas échappé aux médecins et aux physiologistes. Morgagni l'avait signalée, et M. Gendrin, dans ses *Leçons sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux*, a spécialement insisté sur cette affection. Je citerai en outre avec plaisir une très-bonne thèse de M. Charles Mauriac. Dans ce travail, l'auteur réunit quinze observations de ce genre, et étudie avec sagacité ce sujet encore si peu connu.

Fracture ancienne de l'olécrâne non consolidée. — Conservation presque complète des mouvements de l'articulation. — M. LABORIE présente cette seconde pièce, et donne les détails suivants :

Le nommé L..., jardinier à l'Asile impérial de Vincennes, est mort il y a un mois, dans mon service, à la suite d'une affection du cœur. Dans les derniers jours de sa vie, ce malade m'avait dit qu'il y avait environ dix-huit ans son coude droit avait été fracassé dans une chute.

L'état déplorable de la santé de ce pauvre homme, qui était presque mourant, ne me permit pas de le fatiguer par un examen et par des questions qui auraient pu m'éclairer sur la nature de l'accident qu'il signalait.

Je remarquai seulement une certaine déformation du coude qui offrait un volume plus considérable que dans l'état normal. Quant aux mouvements, ils étaient presque tous conservés, en exceptant toutefois l'extension, qui ne pouvait être obtenue complétement.

Du reste, le membre avait conservé dans toute sa longueur son volume normal et sa force. L..., très-travailleur, se livrait avec ardeur à ses travaux de jardinage, bêchant la terre, portant de lourds fardeaux, sans jamais éprouver ni douleurs ni faiblesse dans la jointure malade.

L'affection du cœur avait déterminé une hydropisie générale, et la mort survenait deux jours après que j'avais reconnu la lésion du coude.

L'autopsie n'ayant pu être faite comme je le désirais, j'enlevai seulement le coude droit, et j'ai l'honneur de vous présenter la pièce pathologique, qui me paraît mériter de fixer votre attention.

Description. — Les lésions qu'on remarque peuvent être divisées comme il suit :

Les unes sont le résultat de la violence exercée sur le coude, et les autres sont consécutives à cette lésion.

1° *Lésions déterminées par la chute.* — Nous remarquons une fracture de l'olécrane et un arrachement de l'épitrochlée.

La fracture occupe la partie moyenne de l'olécrane ; elle est transversale, un peu oblongue de dedans en dehors. C'est un exemple bien manifeste de la troisième variété, signalée par Boyer et acceptée par M. Malgaigne. On sait que Boyer, en outre de la fracture du sommet et de la fracture de la base, admettait la fracture de la partie moyenne.

Non-seulement il n'existe aucune adhérence au niveau de la fracture, mais encore les deux surfaces en contact sont incrustées de cartilage ; le fragment olécrânien est retenu en place par une capsule fibreuse résistante seulement à la face postérieure.

L'épitrochlée, arrachée, est restée libre ; la surface du fragment en rapport avec l'humérus est également lisse et polie. Il n'y a aucune apparence de cal.

Ajoutons que la surface articulaire cubitale paraît avoir subi à sa face interne une perte de substance, et que dans l'épaisseur de la capsule articulaire se retrouve un fragment osseux qui paraît être formé par une partie de cette articulation. Ce fragment est également libre, et on remarque quelques productions cartilagineuses sur la face restée en rapport de contact avec le cubitus.

2° *Lésions consécutives.* — Toutes les surfaces osseuses de l'articulation du cubitus et de l'humérus ont subi la transformation signalée dans les arthrites sèches. Ainsi, les cartilages détruits sont remplacés par une surface éburnée.

Quant à l'articulation huméro-radiale, elle semble avoir pris un accroissement en rapport avec le rôle important qu'elle était appelée à jouer par suite de la lésion de l'articulation huméro-cubitale ; ainsi elle représente en volume plus de la moitié de l'articulation du coude ; la petite tête humérale a presque le développement de la tête de l'humérus, et la cupule radiale a subi un accroissement analogue. La cavité humérale, dans laquelle se loge l'extrémité de l'olécrâne, étant devenue inutile, s'est comblée ; elle est remplie par une espèce de dépôt calcaire qui peut assez facilement être extrait avec la pointe d'un bistouri.

M. RICHET fait remarquer que sur cette pièce de fracture de l'olécrâne il n'y a point d'écartement des fragments, et pourtant on ne trouve entre eux ni cal osseux ni même du cal fibreux.

M. GIRALDÈS insiste sur les déformations du coude, et trouve là des traces de lésions anciennes de l'articulation ; les surfaces articulaires sont éburnées, et ces altérations ont bien pu contribuer à empêcher la consolidation.

M. BÉRAUD a disséqué une fracture de la partie moyenne de l'olécrâne. Cette fracture était ancienne, non consolidée ; les surfaces étaient en contact et obliquement dirigées de haut en bas et d'arrière en avant. De plus, elles étaient revêtues d'une sorte de cartilage, et elles étaient maintenues en contact par des liens fibreux qui existent à la face postérieure de l'olécrâne. M. Béraud a étudié le résultat des mouvements de flexion et d'extension, et il a vu que la flexion de l'avant-bras sur le bras, loin d'écarter les fragments, les rapprochait, et que l'extension les écartait. Or, ce résultat est contraire à tout ce que la physiologie permettait de prévoir. Il attribue ce résultat à l'obliquité des fragments.

M. CHASSAIGNAC trouve que la pièce offre le plus grand intérêt. Avec toutes ces lésions, il n'y a pas eu d'ankylose. C'est là un fait curieux qui doit encourager à tenter de rendre les mouvements aux articulations, ainsi que notre collègue l'a avancé dans une des séances précédentes. On constate que la trochlée est atrophiée, que le condyle, au contraire, est hypertrophié, de même que l'extrémité supérieure du radius, de façon que la surface articulaire, au lieu d'être oblique en bas et en dedans, est oblique en sens contraire. Les os sont éburnés. On trouve de plus, en bas et en dedans, une pièce osseuse qui paraît être, pour M. Chassaignac, une portion de la trochlée qui aurait été brisée antérieurement.

M. BROCA. Il y a ici deux choses : une fracture de l'olécrâne et une arthrite sèche. La fracture s'est produite probablement à la faveur de l'arthrite sèche. On voit une éburnation très-belle. Les surfaces articulaires sont polies et dures comme de la porcelaine. Quant à cette masse osseuse sur laquelle M. Chassaignac vient d'appeler l'attention, ce n'est pas un fragment de la trochlée, mais bien un corps étranger de formation nouvelle, développé dans le ligament latéral interne ; il y a même une articulation entre le corps osseux et le cubitus lui-même. Voilà deux caractères de l'arthrite sèche. J'ajouterai même comme troisième caractère la simplicité de la fracture de l'olécrâne. C'est ainsi, en effet, que les choses se passent dans des cas semblables.

MM. MOREL-LAVALLÉE et BAUCHET partagent l'opinion de M. Broca. Depuis que cette question de l'arthrite sèche a été mise à l'étude et élucidée à la Société anatomique, il ne s'est pas présenté une pièce où les caractères anatomiques bien tranchés de cette lésion fussent plus concluants.

M. CHASSAIGNAC reconnaît sans nul doute qu'il y a là les caractères de l'arthrite sèche ; mais il persiste à croire, malgré la démonstration de M. Broca, qu'il peut y avoir là fracture de la trochlée non consolidée, et que le fragment serait précisément cette masse osseuse que M. Broca regarde comme une lésion propre à l'arthrite sèche.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, BAUCHET.

M. le docteur Caffe, rédacteur en chef du *Journal des connaissances médicales*, a reproduit le 30 juin dernier un article publié par la *Gazette des Hôpitaux* le 17 janvier 1861, intitulé : *De l'insalubrité de l'atmosphère des cafés, et de son influence sur le développement des maladies cérébrales.* Nos lecteurs se souviennent sans doute que cet article était dû à la plume d'un de nos collaborateurs, M. le docteur Legrand du Saulle. Notre excellent collègue, M. Caffe, a fait suivre par erreur le nom de M. Legrand du Saulle des titres suivants : *D.-M.-P., maire et médecin-inspecteur des eaux de Contrexéville.* Or, notre collaborateur ne possède et n'a jamais pris que les deux premières de ces qualités.

Une plainte a été portée officiellement contre lui à M. le préfet des Vosges par M. l'inspecteur des eaux à Contrexéville.

Si nos renseignements sont exacts, M. le sous-préfet de Mirecourt, chargé de l'instruction de cette affaire, aurait pris des renseignements près de M. Caffe, lequel se serait empressé de déclarer que M. Legrand du Saulle n'avait point été consulté sur la reproduction de l'article en question ; qu'il était resté complétement étranger à la rédaction des titres dont on avait fait suivre sa signature, et que c'était au *Journal des connaissances médicales* seul que devait incomber la responsabilité de cette erreur.

En présence d'une dénonciation pareille à celle qui a été dirigée contre un praticien aussi estimé que l'est M. Legrand du Saulle, on se prend à regretter que la confraternité soit si souvent un vain mot!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 8 juillet, M. Armieux, médecin-major au 4e régiment de voltigeurs de la garde impériale, et M. Lelorrain, médecin-major au 45e régiment de ligne, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— La Société impériale de médecine de Lyon a nommé, dans la séance du 1er juillet, membres titulaires, M. le docteur Pomiès, et M. Ferrand, pharmacien.

Ont été nommés membres correspondants MM. les docteurs de Macedo, à Coimbre ; Allard, à Royat ; Mendez Alvaro, à Madrid ; Davat, à Aix ; et Devilliers, à Paris.

— Nous avons à enregistrer un nouveau cas de mort d'un membre du corps médical de Paris, déterminée par la redoutable épidémie d'érysipèle qui règne en ce moment, et dont nous avons signalé déjà plusieurs victimes.

M. le docteur Charles Le Couppey, qui avait ressenti samedi dernier dans la soirée les premières atteintes de cette affection, a succombé mercredi soir, 17 juillet, après quatre jours de maladie, à l'âge de soixante-cinq ans, à un érysipèle de la face qui s'était compliqué dès le début des phénomènes d'adynamie et de prostration les plus graves.

— Le conseil municipal d'Amiens, voulant rendre un hommage public à la mémoire de Duméril, l'éminent professeur du Muséum d'histoire naturelle, vient de décider qu'une inscription serait placée sur la maison de la rue Saint-Remy, où il est né le 1er janvier 1774, et qu'une rue, qui doit être prochainement ouverte au centre de la ville, porterait son nom.

— La Société mutuelle médico-chirurgicale du Piémont possède, au bout de vingt et un ans d'existence, un capital inaliénable de 82,779 fr. — Elle a, l'année dernière, distribué en secours, soit à ses membres, soit à des médecins étrangers, la somme de 4,330 fr.

— La Société médicale d'Amiens décernera, dans sa séance publique annuelle de 1862, une médaille d'or de la valeur de 200 francs, à l'auteur du meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur la question suivante : *De l'hygiène des ouvriers occupés dans les filatures.*

Le lauréat sera nommé membre correspondant de la Société médicale. — Une ou plusieurs mentions honorables pourront être accordées. — Les mémoires devront être remis au secrétaire de la Société avant le 30 juin 1862.

— Une erreur s'est glissée dans le compte rendu de la dernière leçon de M. A. Guérin sur le chancre induré. 3e colonne de la première page, 3e alinéa. *Au lieu de ces mots :* mon ami M. le docteur Cullerier paraît avoir des principes moins arrêtés, *il faut lire :* non moins arrêtés.

Précis iconographique des maladies vénériennes, par M. A. CULLERIER, chirurgien de l'hôpital du Midi. — Dessins d'après nature par M. Léveille, gravures au burin, sur acier, coloriées avec le plus grand soin.

Ce précis formera un volume grand in-18 d'environ 700 pages de texte et 80 planches : il sera publié en dix livraisons de huit planches chacune avec un texte correspondant, qui paraîtront de trois mois en trois mois, et à des intervalles plus rapprochés s'il est possible.

Prix de la livraison coloriée : 5 fr. ; la première est en vente. A Paris, chez Méquignon-Marvis, éditeur, boulevard Saint-Germain, en face du jardin de Cluny.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 86. — MARDI 23 JUILLET 1861 (34e ANNÉE.) N° 86. — MARDI 23 JUILLET 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3.000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7.000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 22 JUILLET 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

La colonisation appliquée au traitement des aliénés, tel est le sujet d'un mémoire que M. Brierre de Boismont a lu dans la dernière séance de l'Académie des sciences, sujet plein d'intérêt et qui emprunte aux projets actuellement à l'étude pour les asiles d'aliénés un caractère d'actualité qui relève encore cet intérêt. L'établissement de Ghéel, dont notre collaborateur M. Legrand du Saulle a entretenu nos lecteurs dans le numéro du 16 mars dernier, et la colonie de Fitz-James, succursale de l'Asile de Clermont, ont fourni à M. Brierre de Boismont les éléments d'une appréciation tout en faveur du système de la colonisation, qui, indépendamment de son influence heureuse sur les malades, aurait l'avantage de constituer une sorte d'école d'agriculture pratique. On lira avec plaisir, dans le compte rendu de la séance, le résumé que nous publions de cet intéressant travail.

M. Marey, dont on connaît les intelligentes et laborieuses études sur la circulation, a présenté dans cette séance un nouveau mémoire dont l'objet est de formuler la loi de fréquence des battements du cœur et de développer les conséquences physiologiques qui en découlent. Les causes morales, suivant M. Marey, n'agiraient pas autrement sur les mouvements du cœur, que les causes physiques et que l'influence nerveuse, c'est-à-dire en exerçant une action directe sur la circulation périphérique. Nous renverrons nos lecteurs au compte rendu de la séance pour la démonstration et les développements de cette thèse.

M. Chevreul a présenté l'analyse d'un mémoire de M. Leclaire, relatif à l'influence que peut avoir l'essence de térébenthine sur la santé des ouvriers peintres en bâtiments et des personnes qui habitent un appartement nouvellement peint.

Le résultat des recherches de M. Leclaire serait que les émanations d'huile de térébenthine qui s'exhalent de la peinture dans des appartements où il existe des courants d'air, ne sont dangereuses ni pour les ouvriers peintres ni pour les personnes qui y habitent; et que la peinture, dès qu'elle est sèche, ne présente plus aucun danger, lors même qu'il n'existe pas de courant d'air.

Enfin M. Velpeau a présenté à l'Académie, au nom de M. le docteur Fournié (de l'Aude), un appareil destiné à pulvériser les liquides médicamenteux qu'on veut porter dans l'arrière-gorge ou le larynx. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Leçons sur les maladies de la peau (1).

(Rédigées et publiées par M. PIHAN-DUFEILLAY, interne du service.)

Le *diagnostic* des affections dartreuses est chose aisée; le plus souvent il suffit d'invoquer les caractères que nous avons déjà signalés, et dont l'ensemble différencie les diverses manifestations de la dartre de toutes les autres maladies de l'enveloppe cutanée. Nous signalerons seulement pour l'instant ceux dont l'importance est telle, que leur seule présence permet de distinguer les dartres des affections parasitaires, des scrofulides et des syphilides, avec lesquelles on pourrait surtout les confondre.

Parmi les caractères objectifs, la couleur et la disposition de l'éruption tiennent la première place. Ainsi que nous venons de vous le dire, les manifestations herpétiques sont diffuses, mal localisées, sans limites bien précises, et cette irrégularité dans leurs contours, leur étendue et leur mode d'extension, est un signe plus que suffisant pour trancher le diagnostic entre les maladies dartreuses et quelques affections parasitaires. Qu'on se souvienne des limites arrondies et parfaitement régulières des plaques d'herpès circinné, de leur aspect nummulaire, de leur progression centrifuge, et ce seul caractère suffira pour spécifier leur nature. Qu'il reste encore quelque doute, et le médecin mis sur la voie par le simple examen de la lésion ne manquera point de rechercher dans l'étude microscopique la confirmation de son diagnostic. De même le groupement circulaire, en fer à cheval, en croissant, des divers éléments pustuleux ou papuleux qui composent une éruption, fera substituer à l'idée de la dartre celle de la syphilis. Joignez-y une couleur spéciale, d'un rouge sombre, ainsi que l'absence de démangeaison, et vous aurez les principaux signes qui différencient les herpétides des syphilides.

Le prurit avec ses diverses modifications est, en effet, parmi les signes subjectifs des maladies dartreuses, celui dont l'absence éclaire du plus grand jour les éruptions qui par leur aspect douteux laissent le médecin osciller entre la dartre et la syphilis. Son importance est telle, que, mis en présence d'un malade chez lequel vous reconnaissez tous les caractères d'une affection syphilitique, vous devez, s'il existe des démangeaisons fatigantes, rechercher sans hésiter les complications qui peuvent leur donner naissance, et vous trouverez habituellement l'explication de ces phénomènes nerveux dans la présence de quelque lésion coïncidante indépendante de l'éruption syphilitique et de sa diathèse génératrice. C'est ainsi qu'il nous est arrivé en mainte occasion de saisir la cause d'un prurit pénible chez des syphilitiques dans l'existence concomitante de la gale, d'un urticaire nocturne, etc.

Le prurit inhérent aux affections dartreuses ne se borne point à mettre hors de cause les syphilides; il éloigne tout aussi sûrement l'idée des éruptions symptomatiques de la scrofule. Mais en outre de ce caractère négatif, en outre de leur coloration violacée particulière, les manifestations cutanées de la scrofule se différencient des dartres par une altération qui leur est propre et qu'on ne rencontre jamais dans les maladies herpétiques : je veux parler des cicatrices blanches, réticulées, enfoncées ou en saillie, comme kéloïdiennes, rappelant les cicatrices de brûlures, stigmates indélébiles qui succèdent aux affections scrofuleuses, alors même qu'il n'a point existé d'ulcération, caractère important qui ne permet en aucun cas de confondre entre elles les éruptions qu'engendrent la scrofule et la diathèse dartreuse.

Tels sont les caractères les plus saillants qui nous permettent de distinguer à première vue les lésions de la peau qui doivent rentrer dans le groupe naturel des dartres. Nous ne voulons point d'ailleurs insister davantage sur un diagnostic que nous ne faisons qu'ébaucher ici, et dont nous compléterons les traits à mesure que nous étudierons les différentes éruptions qui concourent à former cette grande famille.

Le *pronostic* des éruptions dartreuses, en tant qu'éruptions, est ordinairement sans gravité; après un traitement de quelques semaines ou de quelques mois, la maladie disparaît le plus souvent sans laisser de trace, et le malade se croit à jamais délivré d'une lésion qui était pour lui une gêne plutôt qu'un danger. Malheureusement le médecin ne peut partager cette fausse sécurité; il doit savoir que la guérison ne s'obtient dans la plupart des cas que sous condition de récidives, que ces récidives se rapprocheront, et que la durée des éruptions se prolongera à mesure qu'elles se répéteront et que le malade vieillira. En un mot, il faut se rappeler que dans la dartre, de même que dans les autres maladies constitutionnelles, on ne guérit que la manifestation morbide sans atteindre la diathèse, qu'on ne modifie que la lésion locale sans pouvoir atteindre la cause constitutionnelle qui la domine. Or, après une série de récidives, la maladie peut devenir permanente, et cette nouvelle source de déperditions et d'affaiblissement, établie chez un individu cachectique ou chez un vieillard, deviendra l'origine d'accidents graves dont la dartre sera, comme on le voit, la cause certaine quoique indirecte.

Mais la dartre ne borne point ses effets aux altérations du tégument cutané; les muqueuses offrent un terrain également favorable au développement de ses manifestations. Abstraction faite de la grave question de la répercussion, sur laquelle nous vous avons déjà expliqué notre pensée, nous savons que la diathèse herpétique engendre des affections des différents appareils, et nous vous rappellerons entre autres l'angine glanduleuse, les catarrhes chroniques, l'asthme, etc. Cette propriété de l'herpétisme doit concourir à aggraver le pronostic des éruptions, puisqu'elles nous révèlent l'existence d'une diathèse qui maintient les malades sous l'imminence de tels accidents. Nous vous rappellerons en second lieu le rapport trop réel que nous vous avons signalé entre les dartres et le cancer. Tout en reconnaissant que bon nombre de dartreux sont exempts de cette terrible affection, il n'en est pas moins vrai que le cancer est une manifestation assez fréquente de cette diathèse, et qu'on ne saurait s'empêcher de s'alarmer sur l'avenir de certains sujets affectés d'herpétides, alors surtout que ces malades (ainsi que nous l'ont prouvé de nombreux exemples dans notre pratique personnelle) ont vu succomber au cancer quelqu'un de leurs ascendants ou de leurs plus proches collatéraux.

En tête de l'*étiologie* de la dartre, nous placerons l'hérédité, et en elle se résume la seule cause première que nous puissions saisir de cette affection, de ce principe inconnu, qui modifie l'organisme du sujet et qui constitue la diathèse dartreuse. Autour de cette cause, qu'on ne peut guère apprécier que dans la clientèle civile, viennent se grouper plusieurs circonstances étrangères qui exercent une puissante action sur les manifestations de cette diathèse. Ce sont :

1° Les professions qui exposent le corps à une chaleur élevée et continue; tels sont les forgerons, les fondeurs, les boulangers. Celles qui mettent différentes parties en contact avec des poussières ou des substances liquides ou solides, âcres et irritantes : comme exemple, je citerai les teinturiers, les raffineurs, les garçons de café, les épiciers. Celles qui soumettent à des veilles prolongées et habituelles; aussi rencontre-t-on un nombre proportionnel très-considérable de maladies dartreuses parmi les personnes que la nature de leur emploi ou de leur travail oblige à passer fréquemment des nuits. Chez cette classe de malades on a vu plusieurs fois le simple changement de profession et le sommeil nocturne régulier suffire pour faire disparaître la manifestation cutanée.

2° Le mode d'alimentation joue dans l'histoire des manifestations herpétiques un rôle presque aussi important que les professions. L'usage de certains coquillages, de quelques poissons, notamment les poissons salés, des crustacés, tels que le homard, l'écrevisse, facilite l'apparition des éruptions dartreuses, et c'est sans doute la cause qui les rend si fréquentes parmi les populations qui habitent les bords de la mer. Il est également certains fruits qui jouissent des mêmes propriétés, et en première ligne nous vous citerons les fraises, que vous ne sauriez trop scrupuleusement défendre aux malades chez lesquels vous soupçonnez l'existence de la diathèse dartreuse. Enfin une nourriture trop azotée, trop animalisée, agit dans ce même sens, et nous en trouvons une preuve journalière dans cette sorte d'eczéma vulgairement désigné sous le nom de *gale du chien*, qui ne tarde point à atteindre les chiens qu'on nourrit exclusivement avec de la viande.

3° Les excès en tout genre, et surtout ceux de veille, de boisson et de table.

4° Les excitations extérieures portées en un point quelconque du corps. Vous avez déjà eu plusieurs occasions d'observer des cas de la sorte dans mon service. Chez un dartreux, une irritation locale fait apparaître la manifestation herpétique; l'emploi d'une pommade excitante intempestivement appliquée suffit pour généraliser l'affection et pour lui imprimer un développement inattendu; une simple friction un peu énergique avec un liniment térébenthiné ou ammoniacal sur le trajet de douleurs névralgiques ou rhumatismales sera l'origine d'une abondante éruption qui, en dépit de la coïncidence du rhumatisme, n'aura pour nous rien d'arthritique. Elle sera, nous le répétons à dessein, une manifestation de la diathèse dartreuse réveillée par une excitation extérieure accidentelle, diathèse qui n'a avec le rhumatisme que de simples rapports de coïncidence.

Mais en terminant l'énumération des causes occasionnelles, ajoutons qu'elles ne développent la maladie qu'en sollicitant la manifestation d'une disposition particulière préexistante. Cette disposition dont nous parlons se révèle d'une manière bien évidente en effet dans l'examen de ce qui arrive relativement aux professions; Voici, par exemple, plusieurs ouvriers, confiseurs ou teinturiers, etc., tous soumis aux mêmes influences, et cependant, parmi ces ouvriers, qui tous manient la même substance, il n'en est qu'un petit nombre qui ressentent l'influence pernicieuse de leur profession et qui voient se développer une affection cutanée; ils se soumettent à un traitement, la maladie disparaît, et s'ils s'exposent aux mêmes contacts, tôt ou tard la peau se trouve affectée de nouveau, tandis qu'ils voient autour d'eux leurs camarades qui n'ont pas été atteints continuer à jouir de la même immunité.

Ce que nous disons des professions, nous le dirons de même des aliments, des irritations externes au moyen de frictions et de pommades, et n'est-il pas ainsi évident, nous le répétons, que cette propriété particulière à certains individus d'être atteints d'affections cutanées sous l'influence de certains agents innocents pour d'autres, fait supposer chez eux l'existence d'un vice constitutionnel spécial que nous avons nommé le *vice dartreux*.

Il nous reste encore, pour terminer ces généralités, à vous

(1) Suite. — Voir les numéros des 25 juin et 4 juillet.

entretenir du *traitement* des maladies dartreuses, et nous en puiserons les indications à la fois dans l'existence de la diathèse et dans la forme qu'ont affectée ses manifestations. C'est assez dire qu'il nous faut tout d'abord enrayer la marche des phénomènes inflammatoires, et pour cela recourir aux antiphlogistiques locaux, cataplasmes, bains, lotions émollientes, et aux dérivatifs, tisanes rafraîchissantes et laxatives, purgatifs. Mais à cette époque de l'éruption, défiez-vous surtout des pommades.

Il existe dans le monde un dangereux préjugé, fécond en insuccès et funeste à bien des malades, qui consiste à croire que toute lésion cutanée, toute éruption dartreuse, nécessite l'application d'une pommade.

Détrompez-vous à cet égard; à la première période de ces affections, l'usage des corps gras, et plus encore des substances médicamenteuses, est nuisible; ce n'est que plus tard et longtemps après la disparition de toute inflammation aiguë que vous en pourrez tirer quelque profit; vous pouvez alors les employer soit dans un but résolutif, soit dans un but substitutif.

Le cold-cream, l'huile d'amandes douces, la glycérine, vous serviront d'excipient; je cite encore l'axonge, quoique sa facilité à rancir doive la faire rejeter dans la grande majorité des cas. Vous vous servirez de ces agents purs, ou vous y incorporerez diverses préparations médicamenteuses. Les plus usitées sont: les sels de mercure, base de la plupart des pommades secrètes (turbith minéral, proto-iodure et bi-odure, sublimé, calomel, nitrate, etc.); le goudron, l'huile de cade, qui modifient énergiquement certaines variétés de dartres; dans quelques rares circonstances le soufre, qu'on a le tort de prodiguer là où il n'a que faire; enfin l'oxyde de zinc et l'acétate de plomb.

Tout en agissant ainsi sur l'état local, il faut songer à altérer en même temps l'état général, et à modifier, s'il est possible, la diathèse, cause première de l'éruption. Les deux modificateurs par excellence sont, en pareille occurrence, l'arsenic et le soufre.

Celui-ci, plutôt nuisible qu'utile dans ses applications externes, devient par l'usage interne un puissant agent de modification générale de l'économie, et trouve à ce titre son indication non-seulement comme succédané de l'arsenic, pour combattre la diathèse dartreuse, mais encore comme puissant auxiliaire pour modifier l'élément scrofuleux qui complique si souvent les éruptions herpétiques. Celles-ci, liées essentiellement à la maladie constitutionnelle herpétique qui peut seule les engendrer, trouvent cependant chez les sujets scrofuleux et débilités un terrain si favorable à leur développement, que le meilleur moyen de les atteindre est de commencer par changer la nature du sol où elles se sont implantées. C'est dans ce but que vous me voyez chaque jour prescrire l'huile de foie de morue, les amers, le vin de gentiane, les bains sulfureux, réservant pour plus tard, s'il est besoin, les médicaments antiherpétiques proprement dits. Remarquez aussi que l'action de ces derniers, arsenic et soufre, est d'autant plus efficace qu'on a préalablement fait cesser toute inflammation des parties malades.

Nous pourrions encore vous parler de quelques autres médicaments usités dans le traitement des maladies dartreuses, tels que la teinture de cantharides, les préparations de goudron, les sudorifiques et surtout les eaux minérales; mais nous nous réservons de vous en entretenir à propos du traitement de chaque maladie particulière.

Nous terminerons en vous rappelant qu'il est un accessoire obligé de toute cette thérapeutique médicinale, c'est l'hygiène, dont la bonne direction importe autant pour l'obtention d'une guérison que pour l'éloignement des récidives. Nous la résumerons en une seule phrase, en vous disant qu'elle consiste à éloigner toutes les causes occasionnelles que nous vous avons énumérées dans un des paragraphes de cette leçon, et qui se rapportent principalement aux habitudes, aux professions et à l'alimentation.

CLINIQUE DE REIMS. — M. Landouzy.

De la pellagre (1).

Maintenant que vous voilà renseignés sur ces quarante et un cas de toute date et de tout type, quels sont pour vous les plus intéressants?

Est-ce cette magnifique collection de Montreuil, où 23 malades sur 24 vous présentent simultanément réunis presque tous les signes les plus saillants de la pellagre?

Non évidemment, car le diagnostic est ici trop facile pour mettre en jeu les ressources de votre esprit. Toutes ces pellagres se diagnostiqueraient à dix pas, et à leur arrivée vous avez vu notre savant aliéniste (M. Brierre de Boismont) reconnaître ces malheureux rien qu'à leur manière de marcher.

Les cas les plus intéressants pour vous, ce sont les cas obscurs; ce sont ceux d'accidents isolés ou successifs, et surtout ceux de pellagre sans pellagre, c'est-à-dire sans érythème.

Que va-t-il arriver, en effet? Dans un mois à peine, tous ces érythèmes seront en partie effacés, tous les troubles fonctionnels auront disparu ou considérablement diminué, pour ne reparaître qu'au printemps prochain, et les praticiens habitués pourront seuls pendant cet intervalle reconnaître les vestiges de la maladie.

Que si dans un mois ou deux l'un de ces malheureux se présente dans un hôpital avec la diarrhée ou le flux de sang, le médecin, en l'absence de tout signe extérieur capable d'éveiller son attention sur une affection diathésique, n'hésitera pas à diagnostiquer une entérite chronique ou une dyssenterie, et les lésions anatomiques viendront plus tard confirmer son diagnostic.

Que si le malade se présente avec un accès de folie aiguë ou de manie suicide, le médecin, en l'absence d'érythème et de tout renseignement suffisant, ne verra là que de l'aliénation ordinaire, et l'enverra dans un asile d'aliénés. Le printemps arrivé, l'érythème reviendra, et le prétendu aliéné sera considéré comme affecté de cachexie pellagreuse.

Que si le malade se présente avec la titubation ou l'affaiblissement progressif, on le regardera comme atteint de paralysie progressive, et il faudra, sinon la simultanéité, au moins la succession méthodique des autres symptômes, pour qu'on arrive à la véritable détermination de ce mal, si obscur lorsque ses signes sont isolés, si clair lorsqu'ils sont réunis, ou lorsque, quoique isolés, on a pu en établir la succession périodique.

Ce sont là les cas véritablement intéressants, non pas seulement au point de vue de la science, mais au point de vue du malade, qu'on pourrait en temps opportun mettre en garde contre le retour des accidents vernaux.

Vous avez précisément sous les yeux deux exemples de ce genre d'autant plus remarquables que tous deux ont été méconnus à notre clinique même, où sont cependant mises en œuvre toutes les ressources du diagnostic.

Le premier se présente le 1er mars dernier pour une dyssenterie rebelle. C'est un teinturier qui venait de teindre des noirs et dont les mains étaient absolument de cette couleur. Ne trouvant pas, malgré ses selles glaireuses et sanguinolentes, les signes ordinaires de la simple dyssenterie chronique, nous examinâmes s'il n'y aurait aucune lésion organique, mais le toucher rectal donna des résultats négatifs, et peu de jours après le malade, guéri de sa dyssenterie, sortait en bon état de l'hôpital.

Aujourd'hui, c'est-à-dire deux mois après, cet homme nous revient dans la même salle avec l'érythème caractéristique que vous venez de voir, et avec le cortége des accidents qui constituent pour nous la diathèse pellagreuse. Avec plus d'attention, et surtout sans la teinture noire qui couvrait les mains, nous aurions reconnu la pellagre d'aujourd'hui, dont la diarrhée sanguinolente était alors l'un des symptômes.

Un mois après, entre dans le même service un autre malade atteint de diarrhée rebelle. Après un examen attentif, le professeur suppléant, l'un de vos plus savants maîtres, diagnostique une entérite chronique, et le lendemain même, l'un de vous reconnaissait ce malade pour l'un de nos pellagreux types de l'an dernier. L'érythème n'avait pas encore paru. Depuis, tous les principaux symptômes se sont produits, et il est là sous vos yeux comme type de diathèse pellagreuse.

Déjà j'avais l'an dernier, dans mes leçons et dans ma monographie, insisté sur cette diarrhée comme constituant l'un des accidents les plus fréquents et les plus importants de la pellagre; j'y insiste plus encore aujourd'hui; car, considéré jusqu'alors comme phénomène de cachexie ultime plutôt que comme symptôme spécial, elle n'a pas suffisamment frappé les observateurs.

C'est même plus souvent encore comme prodrome que comme symptôme qu'il faut envisager la diarrhée ou la dyssenterie, et l'examen clinique auquel vous vous êtes livrés avant la leçon, a hautement confirmé cet aphorisme de ma monographie: « Une » diarrhée survenant chez les paralytiques, chez les lypémanes » ou chez d'anciens pellagreux, on aura à se demander si ce » n'est pas là une diarrhée pellagreuse momentanément dépour- » vue d'érythème, ou, en d'autres termes, une pellagre sans » pellagre. »

C'est, en effet, pour la diarrhée que sont entrés les deux pellagreux dont nous avons méconnu d'abord l'affection.

C'est pour la diarrhée qu'est entrée la pellagreuse dont nous venons de faire l'autopsie devant vous.

C'est pour la diarrhée que la pellagreuse d'Amifontaine a consulté le docteur Soubrier.

C'est pour la diarrhée que la pellagreuse de Prosnes a consulté le docteur Collard.

C'est pour la diarrhée, vous a répété tout à l'heure le docteur Fauvel, que sont entrés à l'infirmerie la plupart des pellagreux de Montreuil, et c'est la diarrhée qui a même empêché plusieurs d'entre eux de venir jusqu'à Reims.

Comment donc remonter d'un symptôme aussi banal que la diarrhée à une entité aussi complexe que la pellagre? Par cette analyse séméiotique qui vous fait deviner le diabète avant d'avoir vu le sucre, l'hypertrophie avant d'avoir ausculté le cœur, la pleurésie avant d'avoir percuté la plèvre, et tant d'autres affections dans lesquelles un seul phénomène se présentant avec certains caractères, fait prévoir d'avance tous les autres.

Pour la diarrhée en particulier, si en dehors de toute épidémie elle se manifeste sans cause appréciable pendant l'hiver ou au printemps, c'est-à-dire aux époques où elle ne règne pas ordinairement; si elle coïncide avec des sillons manifestes de la langue, ou avec des accidents scorbutiques, ou avec la persistance de l'appétit et surtout avec la boulimie, c'est probablement alors un accident pellagreux, c'est une pellagre sans pellagre. Si cette diarrhée s'est déjà manifestée périodiquement à pareille époque, presque tous les doutes seront levés, et enfin, si elle s'accompagne d'un des autres accidents spéciaux, même sans érythème présent ou passé, ce sera assurément la pellagre.

Il en sera de même du flux glaireux ou sanguinolent. Survenant dans les mêmes conditions, sans les élancements spécifiques du rectum, sans le ténesme habituel de la dyssenterie, ce sera la dyssenterie pellagreuse, c'est-à-dire la véritable pellagre, momentanément isolée de ses autres symptômes caractéristiques.

Je n'ai pas besoin de vous dire qu'il n'existe aucune espèce de ressemblance entre cette diarrhée des pellagreux et l'état des gâteux qu'on voit dans les maisons d'aliénés.

Les gâteux sont, vous le savez, des paralytiques chez qui les selles sont involontaires, ou des aliénés arrivés à l'extrême épuisement de la cachexie, tandis que les pellagreux diarrhéiques ou dyssentériques sont atteints momentanément seulement et périodiquement d'un flux qui, chez les malades non encore débilités, se passe spontanément pour revenir l'année suivante.

J'ai trop insisté dans mon travail et dans ma première leçon sur les caractères de la dermatose pour y revenir aujourd'hui, malgré toutes ces variétés intéressantes d'érythème que vous avez sous les yeux, mais je veux cependant arrêter un instant votre attention sur un point.

Qu'est-ce que l'érythème pellagreux?

C'est, au début, un érysipèle ordinaire, plus ou moins intense, borné le plus souvent au dos des mains.

A son origine, il serait difficile de le distinguer d'un simple érythème solaire, car il n'a aucun caractère essentiel. Mais vienne la desquamation, et alors la différence s'établit de la manière la plus claire, car l'érythème solaire simple s'efface en quelques jours, sans laisser de traces, tandis que six mois après on reconnaît encore la pelure d'oignon, la peau parcheminée, la peau rosée, la peau bronzée, la peau terreuse, etc., de l'érythème pellagreux.

Est-il, d'ailleurs, beaucoup d'érythèmes solaires simples, et n'appelle-t-on pas ainsi beaucoup d'érythèmes pellagreux?

Voici devant vous un homme qui a eu, il y a treize ans, un premier érythème local sans aucun symptôme général. Au printemps suivant, il est repris du même érythème. Même érythème encore au troisième printemps, et ainsi de suite pendant onze années successives, sans que jamais il ait consulté un médecin. Que lui eût dit, au onzième érythème, le médecin, avec les connaissances d'alors: « *C'est un érythème solaire, c'est le soleil qui vous a brûlé!* » Que lui avez-vous dit à son entrée à l'hôpital, en apprenant que c'était le onzième érythème: « *Vous avez la pellagre!* » Eh bien, l'année suivante, au douzième printemps, un accès de folie survenait en même temps que l'érythème, et le diagnostic était parfaitement confirmé.

Quelle marche a suivi la dermatose de cette femme qui vient d'avoir aussi son douzième érythème solaire?

A chaque printemps, elle s'est sentie les mains brûlées, sans jamais songer à les montrer à un médecin, car elle en souffrait peu et conservait la plus excellente santé. Cette année même, juste au douzième printemps, la dyssenterie se déclarait, la lypémanie également, ainsi qu'un affaiblissement notable, et vous constatiez chez elle tout à l'heure la diathèse pellagreuse.

Un de vos anciens condisciples, M. Palle, vient d'observer à Saint-Louis, dans le service de M. Denonvilliers, un fait de ce genre relatif à un ancien militaire, pellagreux depuis trente ans. Pendant les dix premières années, le mal s'était borné à un érythème vernal des mains, et pendant les vingt dernières survinrent régulièrement et simultanément les accidents cutanés, digestifs et cérébro-spinaux.

Le docteur Moser, au sortir de notre leçon de l'an dernier, a également trouvé dans sa clientèle un fait analogue que j'ai observé avec lui et qu'il a publié dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Evidemment, le premier comme le douzième de ces érythèmes était un érythème solaire, en ce sens qu'il était produit par l'insolation; mais l'insolation n'en produit que chez ceux qui portent en eux le principe pellagreux, et c'est là ce dont il importe que vous soyez bien pénétrés!

En l'absence du soleil il y aurait eu probablement absence d'érythème, mais assurément il n'y aurait pas eu absence de pellagre. Méfiez-vous donc de ces érythèmes solaires simples dont on parle tant depuis nos discussions sur la pellagre, et qu'on voit si peu. Notez-les avec soin, quelque simples qu'ils vous paraissent, car l'année suivante, aussi bien que vingt ans après, surviendront peut-être les accidents complémentaires de la diathèse pellagreuse.

Vous avez peut-être remarqué qu'après avoir tant insisté l'année dernière sur la question du maïs, je ne vous en ai pas encore dit un seul mot aujourd'hui. C'est qu'effectivement cette question reste pour nous définitivement jugée.

« Pas un de nos pellagreux de l'an dernier n'avait mangé un atome de maïs!

» Pas un de nos pellagreux de cette année n'a mangé un atome de maïs! »

Est-ce à dire que dans certains pays le maïs altéré doive être complétement étranger à la production de la pellagre?

Loin de moi une assertion si téméraire; car, comme je vous l'ai déjà dit, l'alimentation, en dehors même de toute action spécifique, ne peut pas rester sans influence sur les dispositions morbides, soit pour les diminuer, soit pour les accroître.

Je me borne donc à répéter aujourd'hui ce que je répète presque en vain depuis dix ans: « Le maïs n'est pas la cause de la » pellagre sporadique; le maïs altéré ne peut être la cause es- » sentielle de la pellagre endémique. »

Outre l'immense intérêt que présente cette partie de la question au point de vue de l'hygiène publique, il était de la plus haute importance de proclamer de nouveau ce résultat; car si la pellagre passe pour très-rare, et si elle fait tant de victimes sans être reconnue, cela tient évidemment à ce que tous les

(1) Fin. — Voir le numéro du 11 juillet.

auteurs l'attribuant au maïs, tous les médecins des pays sans maïs la laissent passer en lui donnant un autre nom, le nom du symptôme prédominant.

Reviendrons-nous sur la prétendue acrodynie de M. Costallat? mais, lors même que je n'aurais pas vu par moi-même les pellagreux des Landes pour les comparer aux nôtres; lors même que vous n'auriez pas entendu M. Brierre de Boismont vous dire que les quarante pellagrenx de l'Aisne, des Ardennes et de la Marne, ici réunis, lui rappellent trait pour trait les plus classiques pellagreux de la Lombardie, je n'aurais plus pris la peine de discuter une doctrine fondée sur des hypothèses dont l'auteur ne veut même pas vérifier la valeur.

« Je ne puis pas aller voir vos pellagreux qui sont pour moi » des acrodyniques, » répond ce matin M. Costallat à la pressante invitation que je lui avais naturellement adressée de venir à Reims aujourd'hui.

Brisons donc sur ce point, et le seul auteur qui soutienne aujourd'hui l'étiologie exclusive par le maïs refusant le terrain des faits, ne perdons pas un temps précieux à combattre des spéculations imaginaires.

Une autre théorie que j'entendais émettre tout à l'heure, avec autant de réserve d'ailleurs que de talent, par M. Constantin Paul, semblerait concilier toutes les opinions, en attribuant la pellagre du centre de la France à un parasite des céréales analogue au verdet.

De cette manière, personne n'aurait tort. Le champignon du maïs donnerait la pellagre endémique, et celui des céréales donnerait la pellagre sporadique.

Or, quoiqu'il ne faille nier *a priori* que ce qui est contradictoire, et quoique rien ne nous prouve matériellement l'impossibilité d'admettre cette explication, vous avez les faits cliniques trop présents à l'esprit pour accorder une grande valeur à cette ingénieuse hypothèse.

Eh quoi! vous admettriez que pendant trois ans, que pendant six ans, que pendant quatorze ans, le mari, la femme et les enfants mangeant ensemble, ce fût toujours la femme ou toujours le mari ou toujours un enfant, qui fussent atteints de la pellagre, et jamais la famille ensemble, car nous n'en connaissons pas d'exemples dans nos observations sporadiques?

Ce cultivateur de Bourgogne, pellagreux depuis treize ans, aura donc, pendant treize ans de suite, mis fatalement la dent sur le parasite, tandis que ni sa femme, ni ses enfants, ni ses domestiques, quoique mangeant le même pain, n'auront été affectés?

Cet homme d'Amifontaine, qui accompagne ici sa femme pellagreuse pour l'aider à marcher, habite depuis trente ans avec elle; il mange avec elle; ils ont toujours eu le même pain, la même soupe, les mêmes conditions hygiéniques, le même travail. Depuis douze ans, elle est prise, à chaque printemps, de la pellagre, et, la cause gisant dans le pain, il serait néanmoins resté toujours bien portant?

Ce maçon de Bétheny, qui a toujours mangé avec sa femme et ses enfants, et qui depuis douze ans également est atteint de pellagre, tombant donc seul, toujours seul, et toujours à la même date, pendant douze ans, sur le morceau de pain avarié?

J'en dirais autant de tous ces autres pellagreux que j'ai cités à mon cours ou dans mon livre.

On comprend parfaitement les effets du hasard, les idiosyncrasies et partant les immunités. On comprend parfaitement certains individus réfractaires aux virus, aux poisons, aux épidémies! Mais comprend-on que *pendant douze ou quinze ans de suite* le même sujet de la même famille trouve au printemps, à point nommé, dans les céréales, le même champignon pour lui donner une maladie à laquelle toute la famille et tout le village auront échappé?

On pourrait admettre, il est vrai, que la pellagre une fois acquise par une première intoxication, se reproduise périodiquement chaque année sans nouveau virus. Mais alors que deviendraient les faits sur lesquels s'appuient Balardini, Roussel et Costallat, et d'après lesquels la pellagre suit pas à pas le maïs, non-seulement dans les mêmes contrées, mais sur les mêmes individus, cessant dès qu'il cesse, diminuant dès qu'il diminue, revenant dès qu'il revient?

Evidemment, vous auriez fait vous-mêmes ces graves objections à ce suprême effort de la doctrine du verdet.

Quelle est donc, puisque nous ne pouvons admettre comme cause essentielle ni l'altération des céréales, ni le soleil, ni la misère, quelle est donc la cause de cette singulière et terrible maladie? Avouons sur ce point notre ignorance, c'est le premier pas vers la recherche sérieuse de la vérité.

Connaissons-nous donc la cause intime du choléra, de la fièvre jaune, du cancer, de la fièvre typhoïde et de cent autres affections?

Les hypothèses sans fondement solide retardent trop, selon moi, la marche des sciences, pour qu'après avoir détruit à grand'peine une doctrine longtemps fatale à la connaissance du mal, nous nous hâtions d'en hasarder d'autres qui pourraient la retarder encore.

En résumé, tous les faits que vous venez de passer en revue confirment pleinement les données fournies par nos premières études sur l'étiologie, la symptomatologie et l'anatomie de la pellagre.

Quant au traitement, je n'ai rien à ajouter à ce que je vous disais à cet égard l'an dernier, si ce n'est que le seul malade qui soit resté constamment dans nos salles, et que, par conséquent, nous ayons pu nous-mêmes complétement diriger, vous a été présenté au début de cette leçon dans un état remarquable d'amélioration.

Vous avez donc vu dépassées nos prévisions sur la fréquence du mal, réalisées nos opinions sur ses causes, vérifiées nos descriptions des symptômes et justifiées quelques espérances de guérison.

Continuez à analyser avec plus de soin qu'on ne le fait généralement les faits cliniques de démence, de scorbut, d'entérite ou de paralysie qui vous paraîtront quelque peu obscurs, et dans ces états complexes vous reconnaîtrez encore un grand nombre de pellagres. Rappelez-vous surtout qu'il peut y avoir dans l'évolution de la maladie des accidents isolés, des accidents successifs, des accidents simultanés, de longues rémissions, plusieurs récidives, des rechutes même à dix ans de distance, et peu de cas échapperont alors à votre diagnostic.

L'an prochain, à pareille époque, les sujets anciens vous seront représentés, comme cette année, avec les sujets nouveaux que vous ne tarderez pas à observer, et en peu de temps vous aurez contribué chacun pour votre part à l'élucidation complète d'une des questions les plus importantes de la médecine.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 juillet 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

Mollusques et zoophytes existant à de grandes profondeurs dans la Méditerranée. — M. le Dr Alph. Milne-Edwards lit un mémoire sur l'existence de divers mollusques et zoophytes à de très-grandes profondeurs dans la mer Méditerranée.

Au fond d'une partie de la Méditerranée, où la profondeur de la mer varie entre 2000 et 2800 mètres, on trouve à l'état vivant, dit l'auteur, un nombre considérable d'animaux, dont les habitudes sont complétement sédentaires, et presque tous ces êtres appartiennent à des espèces réputées très-rares ou qui avaient échappé jusqu'ici aux recherches des zoologistes; enfin quelques-uns d'entre eux ne paraissent pas différer spécifiquement de certaines espèces fossiles dont les dépouilles sont enfouies dans les terrains tertiaires supérieurs, sur les deux rives opposées du même bassin. Ces résultats, ajoute M. Milne-Edwards, ne me paraissent dépourvus d'intérêt ni pour la géologie ni pour l'histoire naturelle des animaux invertébrés, et ils peuvent nous faire espérer qu'une exploration plus complète des profondeurs de la mer fera découvrir dans la faune actuelle d'autres espèces que l'on considère comme éteintes, parce que l'on ne les connaît encore qu'à l'état fossile. Les physiologistes penseront peut-être aussi que l'existence d'êtres d'une organisation aussi parfaite que celle des mollusques gastéropodes, sous une pression de plus de 200 atmosphères et dans un milieu où la lumière ne doit pas pénétrer en quantité notable, est un fait qui mérite d'être enregistré. (Commissaires, MM. Valenciennes, de Quatrefages, d'Archiac.)

De la colonisation appliquée au traitement des aliénés. — M. Brierre de Boismont lit sous ce titre le mémoire dont suit l'extrait;

La réforme du traitement des aliénés en France présente deux grandes époques. La première, celle de Pinel, qui fait cesser une barbarie séculaire et inaugure un progrès pour la civilisation. La seconde, qui commence avec la loi du 30 juin 1838, due en grande partie aux efforts d'Esquirol et de Ferrus, et ouvre de magnifiques asiles à des milliers de malades qui, s'ils n'y recouvrent pas toujours la raison, y trouvent au moins une existence assurée, des soins intelligents et un bien-être inconnu au plus grand nombre. Pour ceux qui ont vu les cabanons et les fers d'autrefois, l'amélioration est immense, mais bientôt elle ne satisfait plus, et la séquestration est l'objet de violentes attaques. L'éminent docteur Conolly proclame et généralise en Angleterre le système du *no-restraint* (l'abolition des entraves), et le docteur Parigot, de Bruxelles, se fait le défenseur du traitement à l'air libre.

Le système du traitement à l'air libre ou de la colonisation, mis en pratique depuis des siècles à Ghéel, et appliqué avec un complément qui manque à la colonie belge, dans un département voisin de la capitale, nous paraît digne de fixer l'attention de l'Académie. Pour donner une idée générale de ce système, nous indiquerons les principales dispositions de la colonie de Ghéel, nous ferons ensuite connaître celles qui sont particulières à l'établissement français.

Ghéel et ses dix-sept hameaux, situés dans la Campine, au milieu des bruyères, présentent un périmètre de neuf lieues, une population de 11,000 habitants, parmi lesquels 617 chefs de famille, appelés nourriciers, ont la mission de recevoir les aliénés. Le choix du nourricier dépend de son aptitude à soigner telle ou telle catégorie de malades, de son intelligence, de ses qualités morales, de la composition de sa famille, de la disposition et de l'aménagement de son habitation.

Le nombre des aliénés placés actuellement dans cette localité s'élève à 800, sur lesquels il y en a 511 d'occupés et 289 d'oisifs. Ces 800 malades sont répartis en quatre sections, d'après la classification adoptée il y a cinq ou six ans, et qui a eu des résultats très-avantageux. Le village et les hameaux limitrophes sont habités par les aliénés dociles, tranquilles, propres, ou qui réclament des soins spéciaux et continus. Dans les hameaux plus éloignés se trouvent les imbéciles, les idiots malpropres, les maniaques, les déments agités et les paralytiques. Les hameaux sans cours d'eau reçoivent les épileptiques. Enfin, les aliénés violents, turbulents, indécents, ceux soumis à des mesures disciplinaires, sont envoyés dans le hameau de Winkelom, entouré de bruyères, et composé, comme l'était primitivement Ghéel, de petites fermes isolées. Le placement se fait par les soins du médecin-inspecteur, qui observe pendant quelques jours le nouvel arrivé. Il correspond avec les médecins de chaque section, et lorsqu'il y a urgence au déplacement d'un malade, il a lieu en vertu d'une décision prise par le fonctionnaire. En 1859, la classification a exigé 132 changements.....

Les partisans de la colonisation ont évidemment dans Ghéel un précédent qu'ils peuvent invoquer et réaliser jusqu'à un certain point; c'est, en effet, ce que tente en ce moment près de New-York le docteur Parigot, le propagateur de l'idée; c'est ce que veulent faire le docteur Pujadas, envoyé par le gouvernement espagnol pour étudier les asiles d'aliénés, le docteur Mundy, médecin autrichien, et plusieurs praticiens anglais, parmi lesquels nous citerons le docteur John Webster. Il ne faut pas croire cependant que ce système puisse être généralisé sans aucune restriction. L'inspecteur actuel de Ghéel, le docteur Bulckens, reconnaît lui-même, dans son compte rendu de 1859, qu'il y a dans la colonie 68 aliénés soumis à des mesures coercitives, dont plusieurs portent une chaînette à la jambe, pour empêcher leur évasion; il signale, en outre, des aliénés insubordonnés, à penchants vicieux, des épileptiques, des agités incoercibles, des idiots lascifs, méchants; enfin il ajoute qu'il conviendrait d'établir en Belgique une distinction entre les aliénés dont la séquestration est absolument nécessaire dans un établissement fermé et ceux qui peuvent vivre libres, sous le patronage familial; il y aurait alors entre les institutions libres et les asiles fermés (dont il constate par cela même l'utilité) un échange de malades qui s'effectuerait sous la direction d'une commission spéciale.

C'est précisément ce second système qui se pratique presque aux portes de Paris depuis plusieurs années, que je vais avoir l'honneur de faire connaître à l'Académie.

En 1832, M. le docteur Labitte père fondait à Clermont (Oise) un asile privé qui, commencé avec 16 malades, en compte aujourd'hui 1227 (1). Cet asile est le siége central où les malades sont traités et soumis à un stage, avant qu'une destination leur soit assignée soit pour les champs, soit pour les ateliers, et où ils sont internés quand, par une crise quelconque, ils troublent l'ordre de la colonie.

La colonie de Fitz-James, ainsi nommée du village auquel elle touche, est située à deux kilomètres de l'asile de Clermont, distance suffisante pour en cacher la vue aux malades, mais pas assez grande pour qu'ils oublient qu'un écart peut les y ramener.

L'aspect des lieux est celui d'une grande exploitation agricole, et n'éveille aucune idée particulière. L'entrée annonce une belle maison de campagne. La première remarque qui se présente à l'esprit, dès qu'on a pénétré dans l'intérieur, c'est que la claustration n'existe pas; soit qu'on traverse les cours, soit qu'on visite les appartements, les dortoirs, les bâtiments de la ferme, on a toujours la campagne devant soi. Nulle part on ne trouve de portes gardées, de croisées de précaution, de serrures à secret, de cellules de force, de quartiers hermétiquement fermés. Les mesures prises pour la séparation des sexes sont celles usitées par chacun pour isoler sa demeure de celle du voisin. Il y a cependant une surveillance, mais elle est exercée par des personnes intelligentes, qui n'ont aucun des insignes du geôlier, et par des colons tranquilles, qu'on récompense lorsqu'ils ont empêché une évasion ou un suicide.

L'exploitation se compose de deux sections distinctes: de la partie réservée à l'administration, aux pensionnaires, aux colons, aux corps d'habitation, à la ferme, d'environ 40 hectares de superficie, et des terres labourables, qui n'en contiennent pas moins de 200. La disposition de ces deux sections permet de les embrasser d'un coup d'œil et de surveiller facilement la conduite et les travaux des malades.

306 aliénés, convalescents, curables et incurables, habitent la colonie. Sur ce nombre, il y a 49 pensionnaires qui participent peu aux occupations manuelles. Le travail se divise entre 170 hommes et 87 femmes (257). 60 des premiers se livrent à la culture, le reste vaque à tous les services d'une grande exploitation. Les femmes sont exclusivement occupées du blanchissage. Ces 306 malades sont sous la surveillance d'un personnel administratif de 45 individus.

Il n'est pas nécessaire d'énumérer les avantages de cette colonie, pour faire comprendre son influence sur les malades. Non-seulement, elle leur crée des occupations variées, mais elle est encore pour eux une sorte d'école d'agriculture pratique. Tous les instruments aratoires utiles sont mis entre les mains des colons ou fonctionnent sous leurs yeux, et ce sont eux qui prêtent leur concours aux expériences des *faucheuses*, des *moissonneuses*, aux procédés nouveaux de culture, à l'élevage des animaux, etc.; de sorte que les convalescents, en quittant la colonie, peuvent, lorsqu'ils sont intelligents, utiliser les connaissances qu'ils ont acquises pendant leur séjour et améliorer leur position. (Commissaires, MM. Serres, Andral et Longet.)

Loi de fréquence des battements du cœur. — M. Marey présente un mémoire sur la loi qui préside à la fréquence des maladies du cœur.

Il y a dix ans environ que M. Cl. Bernard découvrit un fait de la plus haute importance: l'influence de certains nerfs sur les circulations locales. Dans ses premiers travaux, l'éminent physiologiste montra que le grand sympathique tient sous sa dépendance la contractilité des fines artérioles; il fit plus tard, en expérimentant sur les glandes, la découverte de filets nerveux antagonistes des précédents, car ils semblent présider au relâchement des vaisseaux. Ces expériences, répétées par tous les physiologistes modernes, ont été étendues à d'autres nerfs encore. Aujourd'hui des faits nombreux et bien établis montrent comment la circulation de chaque partie du corps peut être ralentie ou accélérée par des influences nerveuses locales, ce que l'ancienne médecine n'avait que vaguement soupçonné.

Tant que ces variations dans la facilité du passage du sang se bornent à des points de peu d'étendue, il en résulte peu de changement dans l'état général de la circulation; mais si le relâchement ou le resserrement des vaisseaux se produit dans un grand nombre de points à la fois, il s'ensuivra de toute nécessité un changement notable dans la tension artérielle. Cette tension faiblira si les petits vaisseaux relâchés laissent le sang s'écouler facilement des artères dans les veines, elle augmentera si les artérioles resserrées font obstacle à cet écoulement. Or la tension artérielle qui presse sur les valvules sigmoïdes de l'aorte avec une force variable constitue l'*obstacle*, variable lui-même, que le cœur doit vaincre à chaque contraction.

Frappé de cette influence de la circulation périphérique sur les résistances que le cœur éprouve, nous avons cherché si cet organe ne serait pas soumis aux lois générales de la dynamique; si, pareil à tous les muscles dont l'action peut se mesurer, le cœur n'exécuterait pas des mouvements d'autant plus lents et plus rares qu'il éprouve plus de résistance à accomplir chacun d'eux. Cette prévision, que l'induction rendait très-vraisemblable, s'est vérifiée par l'expérience, de sorte que de l'observation des faits nous avons pu déduire cette loi:

---

(1) Cet accroissement considérable tient aux abonnements faits par cinq départements voisins qui, depuis la fondation, envoient leurs aliénés à Clermont, moyennant 1 franc pour les hommes et 96 centimes pour les femmes.

Plus le sang éprouve de résistance à sortir des artères (ce qui se traduit par l'élévation de la tension artérielle), plus ses contractions sont lentes et rares en un temps donné, et réciproquement.

Les faits qui servent de base à cette déduction ont été publiés avec détail (1). Il suffira de rappeler ici que si l'on fait varier la tension artérielle par des hémorrhagies ou des compressions d'artères, par certaines attitudes du corps entier ou des bras seulement, par des applications de chaleur ou de froid à la surface du corps, de manière à faire relâcher ou contracter les vaisseaux; que dans tous ces cas les changements dans la tension du sang ont amené des variations dans la fréquence des battements du cœur. Ces variations ont lieu dans le sens que la théorie fait prévoir.

Tout porte à croire, vu la solidarité des mouvements des deux cœurs, que sur le trajet de la circulation pulmonaire des influences du même ordre peuvent faire varier la fréquence des battements. Des faits cliniques assez nombreux semblent appuyer cette manière de voir.

Les influences des efforts de respiration sur la fréquence du pouls nous avaient paru d'abord inexplicables par la loi ci-dessus; mais, en les étudiant avec plus de soin, nous avons vu que ces faits lui apportent au contraire une nouvelle confirmation.

Faut-il d'une manière absolue refuser au cœur toute autonomie et le considérer comme moteur aveugle dépensant en un temps donné la force qui lui est assignée, tantôt sous forme de contractions faciles et conséquemment fréquentes et rapides, tantôt au contraire sous forme de contractions pénibles et par suite plus rares et plus prolongées? Nous n'osions jusqu'ici émettre ces idées qu'avec une grande réserve; mais aujourd'hui elles nous semblent de plus en plus soutenables, quelque opposées qu'elles puissent être à certaines opinions physiologiques et médicales.

Jusqu'ici l'on a admis une augmentation des forces circulatoires dans certains états, tels que la fièvre proprement dite et cette fièvre factice qui suit un exercice musculaire prolongé. On admet, en outre, que certaines émotions agissent directement sur le cœur, accélèrent ou ralentissent ses battements. C'est cet ordre de faits qu'il s'agit d'examiner.

Voyons d'abord le cas de fièvre. De deux choses l'une : ou bien la puissance du cœur s'est accrue primitivement, et sous cette influence le sang, poussé avec force à travers les artères et leurs branches, se fraye son chemin avec plus de vitesse; ou bien, comme nous le croyons, les vaisseaux primitivement relâchés ouvrant au sang un écoulement facile laissent le cœur exécuter plus librement et plus précipitamment ses systoles. Il y a un critérium certain pour trancher cette question : c'est la mesure de la tension artérielle. En effet, dans la première hypothèse, c'est un excès d'impulsion qui fait circuler le sang plus vite; la tension doit donc être accrue. Dans la seconde, on devra trouver la tension diminuée par la plus grande facilité de l'écoulement, et cette diminution même est la cause qui fait battre le cœur avec plus de vitesse.

L'accélération du pouls par l'exercice musculaire a donc sa cause en dehors du cœur. Cette cause est la plus grande facilité du passage du sang à travers les muscles qui agissent, fait bien établi en physiologie.

La fièvre réelle diffère-t-elle de cet état qui n'a rien de morbide? La cause qui relâche les vaisseaux est seule différente; mais, de part et d'autre, on trouve un abaissement de la tension.

Restent les émotions violentes : colère, frayeur, etc., et les influences des sensations vives qui suspendent ou précipitent les battements du cœur. Doit-on, dans ces circonstances, admettre qu'une action directe est portée sur le cœur par un de ces filets si nombreux et d'origines si diverses que reçoit cet organe? Sans doute on peut soutenir cette opinion. Mais ne serait-il pas préférable de montrer que ces faits sont de même nature que les précédents? La colère, la frayeur, la joie, toutes les émotions vives, exercent une action directe sur la circulation périphérique : la face rougit ou pâlit sous ces influences.

Il est évident que ces phénomènes ne dépendent pas d'un changement dans l'activité du cœur, puisqu'ils se bornent à certaines régions du corps. La rougeur et la pâleur de la face sont des effets du relâchement et du resserrement des vaisseaux. Tout porte à croire que des phénomènes de même ordre se passent dans les organes profonds où nous ne pouvons les constater. Tout le monde a éprouvé, sous de pareilles influences, des sensations subites du côté des viscères splanchniques; ces effets pourraient bien être de même nature que ces congestions et ces anémies passagères que nous pouvons observer du côté des téguments.

Sans rien livrer à l'hypothèse, il est bien certain que des changements dans la circulation périphérique arrivent sous l'influence d'émotions morales. Ces changements doivent entraîner des variations dans la fréquence des battements du cœur. Reste à savoir, à titre de contre-épreuve, si les congestions par cause morale s'accompagnent de fréquence plus grande des battements du cœur, et si les contractions des vaisseaux produites sous ces mêmes influences ralentissent ces battements.

Sur ce point, l'expérimentation est impossible et l'observation difficile; nous ne voulons qu'attirer de ce côté l'attention des physiologistes.

En résumé, d'après ce qui précède, il nous semblerait illogique de faire une exception pour l'action que les causes morales exercent sur les battements du cœur, et nous pensons qu'elles doivent agir comme toutes les autres influences, c'est-à-dire à la périphérie primitivement.

De sorte que la puissance qui modère ou accélère les contractions du cœur n'est autre en définitive que la contractilité des vaisseaux de tout le corps. (Commissaires, MM. Milne-Edwards, Rayer, Delaunay.)

(1) *Mém. de la Soc. de biologie*, 1859, p. 301 et suiv.

Influence de l'essence de térébenthine sur la santé. — M. CHEVREUL présente l'analyse d'un mémoire de M. Leclaire ayant pour titre : *Recherches concernant l'influence que peut avoir l'essence de térébenthine sur la santé des ouvriers peintres en bâtiments et des personnes qui habitent un appartement nouvellement peint.*

M. Leclaire, après avoir fait des expériences sur des animaux qu'il a placés dans des boîtes de sapin de 1 mètre cube, dont les parois intérieures avaient été peintes, les unes avec de la peinture au blanc de plomb, et les autres avec de la peinture au blanc de zinc, toutes les deux délayées avec l'essence de térébenthine, a constaté les faits suivants :

1° Les animaux n'ont pas souffert sensiblement lorsqu'il y avait un courant d'air dans les caisses;

2° Les animaux ont souffert dans les premières douze heures lorsque le courant d'air avait été supprimé; mais ensuite ils se sont rétablis graduellement, et aucun n'a succombé dans le cours des expériences;

3° Aucun animal n'a souffert dans les boîtes après que la peinture a été sèche.

M. Leclaire conclut que les émanations d'huile de térébenthine qui s'exhalent de la peinture dans des appartements où il existe des courants d'air, ne sont dangereuses ni pour les ouvriers peintres ni pour les personnes qui y habitent;

Que la peinture, dès qu'elle est sèche, ne présente plus aucun danger, lors même qu'il n'existe pas de courant d'air.

Mais ce qui me paraît devoir intéresser les personnes qui se livrent aux sciences et à des recherches approfondies sur l'hygiène, c'est l'idée heureuse qu'a eue M. Leclaire de voir si les vapeurs qui s'exhalent de la peinture à l'essence seraient absorbées par de l'eau distillée.

Or, il a observé que non-seulement elles le sont, mais qu'alors elles donnent naissance à de belles cristallisations que je mets sous les yeux de l'Académie. Ce résultat montre ce que l'eau du foin mouillé introduit dans un appartement récemment peint peut produire sur la vapeur d'essence.

M. Leclaire a constaté que des cristallisations analogues se produisent lorsque la peinture, au lieu d'essence de térébenthine, a été délayée avec de l'essence de lavande ou de la benzine.

Enfin, il s'est assuré que l'eau n'absorbe rien lorsque la peinture est sèche, d'où il conclut que puisque l'eau n'absorbe des vapeurs que lorsque la peinture perd son essence, lorsqu'elle est sèche elle a cessé d'être dangereuse, conformément à sa première conclusion.

Je dis que M. Leclaire a eu une très-heureuse idée d'essayer à condenser les vapeurs qui s'exhalent de la peinture dans l'eau, c'est-à-dire dans un corps qui existe dans l'atmosphère.

Il a indiqué aux chimistes le point de départ de recherches qui ne peuvent manquer d'avoir un grand intérêt quand elles seront multipliées à tous les cas où il peut y avoir une réaction entre des vapeurs et des corps existant dans l'atmosphère, et que les chimistes qui se livreront à ces études, après avoir recueilli les produits de ces réactions, examineront s'ils ont des propriétés capables d'exercer quelque action sur l'économie organique. C'est à ce point de vue surtout que les expériences de M. Leclaire m'ont paru devoir intéresser l'Académie. Si M. Leclaire n'a pas la prétention d'être un savant, je crois qu'on ne peut lui refuser l'*esprit scientifique*.

Je puis affirmer que, conformément aux observations précédentes, lorsqu'on met dans une cloche posée sur un obturateur deux capsules, renfermant l'une de l'eau et l'autre de l'essence de térébenthine, il se produit des cristaux parfaitement limpides qui bien probablement sont analogues, s'ils ne sont pas identiques, avec quelques-uns des hydrates d'essence de térébenthine que M. H. Deville a décrits.

Enfin, j'ajouterai une dernière expérience de M. Leclaire, c'est que pendant la dessiccation d'une peinture faite avec la céruse ou le blanc de zinc et l'huile d'œillette, plus de l'huile de lin pure mêlée d'un peu d'huile manganésée, il se dégage des vapeurs qui, en se condensant dans l'eau, ont laissé après l'évaporation un liquide épais et coloré, au sein duquel il se produit quelquefois des cristaux. (Commissaires, MM. Chevreul, Boussingault, Bernard.)

Appareil destiné à pulvériser les liquides médicamenteux qu'on veut porter dans l'arrière-gorge ou le larynx. — M. FOURNIÉ (de l'Aude) soumet à l'examen de l'Académie un appareil dont le titre ci-dessus indique l'objet.

Cet appareil se compose d'une pompe foulante terminée par un réservoir à air muni d'un robinet. Sur ce robinet, on adapte, au moyen d'une vis, un cylindre creux en verre terminé par un tube capillaire en platine; le disque sur lequel l'eau doit se briser est situé à 4 centimètres de l'orifice de ce tube, et la tige qui le supporte vient se visser autour du cylindre en verre. Le plus grand diamètre de cet instrument n'a pas 20 millimètres, et sa longueur est de 24 centimètres quand toutes les parties qui le composent sont agencées. Pour le faire fonctionner, on introduit le liquide médicamenteux dans le cylindre en verre, on visse ce dernier sur le robinet du réservoir, et on fait jouer la pompe pendant quelques secondes pour obtenir une pression suffisante. Puis on ouvre le robinet, et le liquide passe avec violence à travers le tube capillaire, vient se briser sur le disque, et se répand dans l'atmosphère en une poussière si fine qu'elle peut pénétrer avec l'air dans les premières parties du tube aérien.

Pour obtenir ce dernier résultat, le disque doit être introduit dans la bouche. Si l'on se sert d'un liquide caustique, du nitrate d'argent, par exemple, et que l'on veuille cautériser l'arrière-gorge ou le larynx seulement, il faut introduire dans la bouche du malade un cylindre creux en gutta-percha, qui, laissant passer la poussière liquide, protége néanmoins la cavité buccale.

Cet appareil, dont je me sers déjà depuis plusieurs mois, trouve une application salutaire dans les affections variées du larynx, dans les angines, dans l'hypertrophie des amygdales, etc. Dans mes observations, j'ai remarqué que l'action des médicaments était singulièrement favorisée par le choc de l'eau pulvérisée sur les parties malades.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 14 juillet 1861, ont été promus au grade de chirurgien principal de la marine MM. les chirurgiens de 1re classe Lecoq, Gautier, Mongrand, Japhet et Leclerc.

— Par décrets du 15 out été nommés :

M. Morière, docteur ès sciences naturelles, professeur titulaire de la chaire de botanique, minéralogie et géologie à la Faculté des sciences de Caen;

M. Schlagdenhauffen, docteur ès sciences physiques, professeur adjoint de toxicologie et de physique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg;

M. Jacquemin, docteur ès sciences physiques, professeur adjoint de chimie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg.

— La première série des épreuves du concours pour trois places de médecins au Bureau central vient d'être terminée. Sont admis à subir les épreuves de la deuxième série : MM. Archambault, Barnier, Blachez, Chauffard, Labat, Laboulbène, Maingault, Peter, Second-Féréol et Vidal.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 87. — JEUDI 25 JUILLET 1861. (34e ANNÉE.) N° 87. — JEUDI 25 JUILLET 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, 24 juillet 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur la morve continue. L'Académie a entendu MM. Bouillaud et Ch. Robin ; M. Bouillaud sur l'ensemble et le fond de la question, M. Robin incidemment sur un point de pathologie générale relatif aux virus et à la nécessité de ne pas les confondre, sous le rapport pathogénique, avec les poisons et les venins.

Le discours de M. Bouillaud touche à des questions de principe trop complexes, pour qu'il nous soit possible d'en résumer en ce moment l'esprit général.

Son argumentation se rapproche d'ailleurs à tant d'égards de celle de M. J. Guérin, particulièrement sous le point de vue de la doctrine étiologique, qu'il y aura avantage et économie à les résumer ensemble, et à apprécier à la lumière des principes qui les ont inspirées, les opinions professées par les vétérinaires. C'est ce que nous ferons dans l'un des prochains numéros.

Avant la reprise de la discussion, l'Académie a entendu avec intérêt la lecture d'un rapport du vénérable M. Bally sur le travail de M. Dumont (de Monteux), intitulé *Testament médical*, travail qui, d'après le jugement de M. le rapporteur, réunit plusieurs genres de mérite, et qui est également important sous le triple rapport de la science, de la littérature et de l'art médical.

La séance prochaine sera en partie consacrée à la discussion en comité secret des titres des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie ; ce qui veut dire que l'élection aura lieu de mardi en huit. — Dr Brochin.

HOSPICE DE LA MATERNITÉ.

MM. Danyau et Béraud.

Anencéphalie avec tumeur sur la région fronto-pariétale. Bride membraneuse partant de cette tumeur et allant s'enrouler autour de la jambe gauche.

Section incomplète de ce membre. Insertion de cette bride sur la face fœtale du placenta. Autopsie.

La nommée G..., fille, primipare, réglée à l'âge de treize ans pour la première fois, a vu ses règles se supprimer le 1er août 1860. Ordinairement elle a ses règles pendant trois jours. Elle n'a pas eu de maladies héréditaires, et est régulièrement conformée. Elle vint à la Maternité le 19 avril 1861, à deux heures du soir. On l'examina, et on trouva le col court, ouvert, et en même temps on sentit que la tête se présentait mal conformée. Comme le travail n'était pas encore établi, cette femme fut envoyée à la salle Sainte-Claire. Mais le travail ne tarda pas à se manifester, et elle descendit à la salle d'accouchement à neuf heures du soir, ayant un début de travail. Comme les contractions étaient fortes et irrégulières, on procéda à la rupture des membranes. On recueillit 400 grammes de liquide amniotique, qui était un peu lactescent. Après cette rupture, le travail marcha régulièrement et la dilatation fut complète le 19 avril à minuit et demi l'enfant, du sexe féminin, naquit quelque temps après, vivant et à huit mois de terme.

La délivrance fut naturelle ; il n'y eut pas d'hémorrhagie. Les suites de couches n'ont pas été naturelles ; il y a eu une métrite suivie de guérison, et la femme est sortie le 2 mai 1861.

L'enfant présenta en naissant un vice de conformation ainsi caractérisé.

Au point de vue anatomique, nous avons à examiner la tête, la bride et la jambe.

La tête présente, au niveau de la fontanelle antérieure, cinq ou six petites tumeurs agglomérées et ayant une base commune, se continuant dans la cavité crânienne en forme de pédicule. L'ensemble de ces petites tumeurs constitue une masse du volume d'une petite pomme à surface bosselée. Cette masse est fixe, dure, rénitente, rougeâtre, lisse. Ses bosselures ont un volume inégal, depuis une petite cerise jusqu'à une grosse noisette. Elles sont aussi plus ou moins pédiculées. Ainsi, l'une d'elles s'implante sur la masse totale par un prolongement très-petit et qui la fait jouir d'une grande mobilité. D'autres forment seulement un léger relief et se dessinent à peine à la surface. On ne constate point de fluctuation ni de transparence. Il est impossible d'en opérer la réduction. Quelques poils recouvrent la base de cette tumeur, ou plutôt de ces bosselures. Leur sommet est lisse, luisant, rougeâtre. Nous verrons bientôt quelle est leur structure. Ce qui frappe le plus en examinant la tête, ce n'est pas seulement la présence de cette tumeur bosselée, mais la petitesse et la malformation du crâne. En effet, celui-ci n'offre pas son développement régulier. A proprement parler le crâne n'existe pas, ou plutôt il n'est qu'à l'état rudimentaire. Ainsi, la région pariétale de chaque côté est affaissée ; il en est de même de la région occipitale et de la région frontale. La région temporale est peu développée. On dirait que les os de la voûte crânienne ont été écrasés de manière à réduire la cavité crânienne à des dimensions excessivement petites. On ne sent aucune suture. A la partie postérieure, l'occipital forme un relief, sorte de bourrelet transversal au niveau de la ligne courbe demi-circulaire supérieure. Les cheveux sont assez développés à la surface de cette voûte crânienne rudimentaire.



La bride se détache de la partie la plus élevée de la tumeur crânienne, avec laquelle elle se confond d'une manière intime, et elle se porte en bas pour s'enrouler deux fois autour de la jambe gauche à sa partie inférieure. Cette bride est plus longue que le corps de l'enfant, et elle s'insérait enfin sur la face fœtale du placenta, d'après l'observation de l'élève qui a présidé à l'accouchement. Les registres mentionnent que le placenta avait la forme en raquette et que les membranes ont été rompues au centre.

La jambe gauche, à son extrémité inférieure, à 2 centimètres environ au-dessus des malléoles, offre une section circulaire très-nette au fond de laquelle on voit la bride s'enrouler.

Au-dessous de cette section, qui du reste est incomplète, les parties sont tuméfiées, œdémateuses, et cela est surtout manifeste sur la face dorsale du pied.

Au point de vue physiologique, voici ce que j'ai constaté huit à dix heures après la naissance :

L'enfant respire bien, les battements du cœur sont réguliers et normaux. Tous les actes de la digestion paraissent s'exécuter comme il convient.

En introduisant mon doigt dans la bouche de l'enfant, je sens qu'il y a des mouvements de succion énergique. Du reste, l'enfant a teté, et il est allé à la selle, rendant son méconium. Il a uriné aussi sans difficulté.

L'exploration de la sensibilité et de la motilité me donne les résultats suivants : avec une épingle, je pique légèrement la plante du pied, et immédiatement l'enfant retire la jambe et exécute des mouvements irréguliers en criant, voulant évidemment se soustraire à la cause d'irritation et de douleur. L'exploration prudente de toutes les parties principales du corps m'a démontré que la sensibilité des téguments était aussi intacte que possible. Il en a été de même pour les mouvements.

Du reste, depuis sa naissance cet enfant a eu de temps en temps quelques mouvements convulsifs dans tous les membres, et même dans le tronc et la face. Ces convulsions ont été en augmentant d'intensité et de fréquence jusqu'au lendemain matin cinq heures où arriva la mort.

Autopsie. — Nous devons dire tout de suite que nous n'avons pu examiner le placenta, qui, d'après les affirmations des élèves, n'offrait rien de particulier. Nous regrettons cependant beaucoup de n'avoir pu vérifier quelle était la conformation de cet organe et des membranes. Cet examen aurait pu nous fournir quelques éclaircissements sur le mode de production de la bride.

Examen de la tête. — Déjà nous avons vu que le cuir chevelu présentait des poils assez nombreux et assez développés dans toute son étendue et même au pourtour de la base de la tumeur, que le sommet seul de la tumeur en était dépourvu. Il faut remarquer que le cuir chevelu est comme plissé, on le dirait trop large pour couvrir les rudiments du crâne. L'incision de ce tégument nous fait voir qu'il est très-épais et très-dur dans toute son étendue, excepté au niveau des tumeurs que nous allons bientôt examiner d'une manière spéciale. Le tissu cellulo-fibreux qui double le cuir chevelu et se confond avec lui, est pourvu d'une quantité plus considérable de graisse que dans l'état normal. Un peu d'infiltration séreuse existe au-dessous, entre ce tissu et l'aponévrose épicrânienne ; celle-ci est épaisse en arrière, mais elle s'amincit beaucoup en avant dans la région frontale et au voisinage de la tumeur crânienne.

Le périoste offre une épaisseur remarquable ; il est congestionné et peu adhérent aux os sous-jacents.

Tous les os de la voûte du crâne existent, mais altérés et réduits à des proportions exiguës. Ainsi les deux pariétaux offrent leur forme quadrilatérale, mais sont très-petits ; en outre, leur bord externe est très-épais, tandis que leur bord interne est assez mince et la suture bi-pariétale assez serrée. La fontanelle postérieure n'existe pas, par suite du rapprochement plus intime des deux pariétaux et de l'angle de l'occipital. Ce dernier os offre une épaisseur très-grande jusqu'au niveau de la crête demi-circulaire supérieure, tandis que l'écaille est rudimentaire et peu épaisse. La suture lambdoïde est serrée comme la bi-pariétale.

La portion verticale du frontal n'existe point, à proprement parler. Toute cette partie de l'os est occupée par la tumeur, dont le pédicule existe évidemment au niveau de la fontanelle antérieure largement ouverte.

Avant de pénétrer dans la cavité crânienne, examinons la structure de la tumeur. Celle-ci est formée, ainsi que nous l'avons vu, par cinq ou six bosselures irrégulières. Si on fend l'une de ces bosselures, on trouve de dehors en dedans et des parties les plus superficielles aux plus profondes :

1° Un tissu non recouvert de poils, rougeâtre, assez épais, lisse à sa surface libre et fortement adhérent aux tissus sous-jacents.

2° Au-dessous un tissu fibro-aréolaire, épais de 3 à 4 millimètres, semblable à du tissu spongieux, se continuant avec la dure-mère.

3° Au-dessous de lui et au centre de chaque petite bosselure, une cavité contenant un liquide épais, rougeâtre et conduisant dans la cavité crânienne jusque dans les ventricules, ou plutôt jusque vers les organes encéphaliques qui sont à la base de ces ventricules. Même configuration, même structure pour chaque petite tumeur.

Si actuellement nous examinons la cavité crânienne, nous trouvons qu'elle est tapissée par la dure-mère, mais par une dure-mère adhérant par sa face profonde aux organes cérébraux. Pas de possibilité de reconnaître une distinction entre la dure-mère, la pie-mère et l'arachnoïde. Ces trois membranes se confondent d'une manière intime.

Le cerveau est lui-même très-altéré. Toute sa partie supérieure est détruite ; on ne trouve plus que les organes qui sont à la base. Ainsi la protubérance annulaire, les pédoncules cérébraux, se voient encore, mais pas de corps calleux. Le corps strié, la couche optique, ont disparu. Le cervelet existe dans sa cage, mais petit ; le bulbe rachidien et la moelle ne présentent pas d'altérations.

Les nerfs qui naissent de la base de l'encéphale existent. Ainsi nous avons pu disséquer le nerf optique ; il était petit, atrophié, surtout dans sa portion crânienne. Nous avons pu le suivre dans l'orbite jusqu'au globe oculaire, régulièrement conformé du reste. Nous avons vu le nerf auditif et le nerf facial régulièrement constitués. Il en est de même des autres nerfs crâniens. Nous n'avons pas trouvé de vestiges du nerf olfactif.

Pour nous résumer, nous dirons que les organes de la base du cerveau sont à peu près intacts, tandis que tout ce qui de cet organe est au-dessus des ventricules a disparu. Ajoutons que tout le squelette de la base du crâne est normal.

Il résulte donc pour nous de cet examen, que l'évolution pathologique s'est ainsi faite : hydropisie des ventricules cérébraux, hernie à travers la fontanelle antérieure de la partie supérieure du cerveau. Puis formation d'une tumeur à la partie antérieure du crâne. Guérison spontanée de cette tumeur, ou du moins retrait graduel, ayant laissé ces diverses bosselures dans la région frontale. Cela explique parfaitement la communication de ces bosselures avec l'intérieur du crâne jusqu'à la base.

Ce n'est donc pas là une anencéphalie, mais c'est plutôt une hydro-encéphalocèle à une certaine période de son évolution.

Quant à la bride, voici ce que l'anatomie nous a appris. Enroulée sous forme de cordon, elle se continue avec le sommet de la tumeur sans ligne de démarcation, et elle se porte vers la jambe gauche sous forme d'un cordon assez irrégulier, non arrondi, plus épais vers son centre que vers ses deux extrémités assez effilées.

On peut la déplisser et l'étaler sous forme de membrane, qui offre alors tous les caractères de l'amnios : même transparence, même

couleur. Il serait difficile de dire s'il y a plusieurs couches dans cette membrane, c'est-à-dire s'il y a du chorion et de l'amnios. Quoi qu'il en soit, il est bien certain qu'il n'y a pas la plus petite trace de vaisseaux.

Quant à la jambe, nous avons constaté que la section, en apparence profonde, ne l'était pas beaucoup en réalité. Ainsi la peau et le fascia sous-cutanés seuls étaient divisés. La section s'arrêtait à l'aponévrose superficielle et au tendon d'Achille parfaitement intact. Une incision pratiquée sur la face dorsale du pied montre que le gonflement de cette région est dû uniquement à l'infiltration causée par la gêne de la circulation.

Nous avons constaté que le cordon ombilical était coupé à 7 ou 8 centimètres de l'ombilic, et qu'il était régulièrement conformé. L'examen des principaux viscères abdominaux et thoraciques ne nous a montré aucune altération pathologique ou morphologique.

Réflexions. — Comment a pu se produire cette bride? Voilà une question importante à résoudre. Deux explications se sont naturellement présentées à notre esprit. Ou bien ce sont les membranes encéphaliques herniées qui, ayant contracté adhérence, se sont successivement allongées; ou bien il faut admettre que la tumeur crânienne a contracté des adhérences avec les membranes de l'œuf, et que par des mouvements il s'est formé à peu une sorte de mésentère. Nous avons accepté cette dernière explication. Si en effet nous avions un prolongement des parois de la tumeur crânienne, nous aurions eu des vestiges de vaisseaux, et l'on sait que la bride n'en présente pas les plus petites apparences. Au contraire, la bride a tous les caractères de l'amnios.

Il est donc plus probable que c'est là une membrane amniotique qui s'est successivement allongée par les mouvements du fœtus. Comment expliquer maintenant l'enroulement de cette bride autour de la jambe du fœtus? Il est plus que probable qu'à un moment donné les mouvements du fœtus ont fait passer une fois, puis une seconde fois le pied et la jambe autour de la bride, et que successivement les tours sont devenus plus serrés et ont descendu jusqu'à la partie la plus étroite du cône représenté par la jambe, et que la section s'est produite peu à peu. Du reste, le peu de profondeur de la section indique que la constriction ne remonte pas à une époque très-éloignée.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Beau.

De la phthisie pulmonaire.

(Leçons recueillies et publiées par M. Capelle, interne du service.)

Diagnostic. — C'est une question excessivement vaste que celle du diagnostic de la phthisie. La tuberculisation pulmonaire retentissant sur tout l'organisme, l'état morbide qui en dépend affectant tantôt la forme aiguë, tantôt la forme chronique, il en résulterait que pour être complet il faudrait passer en revue, outre les lésions du poumon, les diverses maladies aiguës et chroniques; tel n'est pas mon dessein. Je me bornerai à quelques considérations.

Les anciens, qui, n'ayant pas les ressources de la percussion et de l'auscultation, devaient diagnostiquer la phthisie d'après les seuls symptômes rationnels, avaient accordé une grande valeur à l'étude des crachats. Ils voulaient savoir si les matières expectorées étaient purulentes ou muqueuses, et dans ce but ils les versaient dans l'eau. Si le crachat surnageait, c'était du mucus; s'il allait au fond, c'était du pus. Mais outre ce que ce moyen peut offrir de défectueux, nous savons que tous les crachats purulents ne proviennent pas de la phthisie; beaucoup doivent être rapportés à la bronchite chronique, surtout à la bronchite des vieillards. En un mot, le pus peut être fourni aussi bien par la muqueuse que par les cavernes, et il ne faut point accorder une importance exagérée à la purulence, ni aux formes particulières des crachats, telles que crachats nummulaires, crachats en purée, etc.

Borsieri, discutant la question de savoir comment on pouvait reconnaître la phthisie, avait dit que la phthisie se distinguait du catarrhe par la perte d'appétit.

Chez les phthisiques, en effet, les fonctions digestives sont toujours altérées; il y a d'abord une dyspepsie initiale dont nous connaissons le rôle important au point de vue de la production du tubercule; puis quand le tubercule s'est développé, survient une augmentation de la dyspepsie, en quelque sorte une seconde dyspepsie symptomatique qui s'ajoute à la première.

Les phthisiques mangent peu. Quant à cette opinion répandue dans le peuple, à savoir, *qu'ils dévorent*, il ne faut point la prendre trop à la lettre, mais y voir seulement l'expression de l'étonnement que le peuple éprouve de voir encore manger des malades consumés par la fièvre et arrivés au dernier terme du marasme.

Vous savez déjà que la toux sèche a été signalée comme symptomatique du tubercule à l'état de crudité; mais je vous ai déjà aussi prémunis contre une erreur; et je vous ai montré que dans certains dérangements des voies digestives, il y avait des quintes de toux sèche, sonore, ressemblant à celle du début de la phthisie.

J'ajouterai que la méprise est d'autant plus facile entre cette toux, dite gastrique ou nerveuse, et celle dont nous parlons, que la dyspepsie s'accompagne ordinairement d'amaigrissement, de faiblesse, de sueur, absolument comme cela arrive au commencement de la tuberculisation.

Quand la toux est devenue grasse et l'expectoration purulente, c'est du catarrhe chronique qu'il faut différencier la phthisie pulmonaire. En général, dans le catarrhe purulent, le malade n'a pas les envies de vomir qui suivent les quintes des phthisiques. La matière provenant des cavernes semble exercer sur le pharynx une action spéciale, qui détermine l'effort du vomissement, et c'est là un caractère sur lequel Fouquier insistait beaucoup et auquel il attribuait une grande valeur dans ce diagnostic. Chez les vieillards qui ont un catarrhe purulent, il n'y a jamais d'hémoptysie; il est bien rare chez eux, au contraire, que les crachats provenant de tubercules ne soient pas ou n'aient pas été striés d'un peu de sang.

Enfin, les résultats fournis par la percussion et l'auscultation permettent de trancher la question d'une façon positive. Dans le catarrhe purulent, il n'y a pas de changements dans la sonorité de la poitrine; il n'en est pas de même dans la phthisie. A l'auscultation, dans l'un et l'autre cas, il y a bien des râles bullaires; mais dans un cas ils sont au sommet, tandis que dans l'autre ils siégent spécialement, sinon exclusivement, à la base.

Vous vous rappelez que lorsque nous avons passé en revue les différentes formes de phthisie admises par Bayle, nous avons mis à part celle qu'il appelle *granuleuse*, et que nous avons fait de la granulation pulmonaire une maladie voisine de la tuberculisation. Outre que la granulation diffère du tubercule par ses caractères anatomiques, le siége qu'elle occupe, etc., elle s'en sépare aussi par ses caractères symptomatiques.

Dans la granulation pulmonaire, où il n'y a ni caverne ni suppuration, vous ne trouvez pas ces signes physiques qui donnent tant de certitude au diagnostic de la phthisie. La seule chose que vous pourrez constater le plus souvent du côté du poumon, ce sera une diminution générale du murmure vésiculaire, et comme ce signe par lui-même est insuffisant, vous ne pourrez que soupçonner cette lésion d'après l'existence de deux grands symptômes qui font rarement défaut : l'émaciation profonde avec fièvre, qui survient en peu de jours, et la rapidité excessive de la maladie.

Quelquefois cependant la granulation prend le masque de la bronchite, et ce n'est qu'à l'autopsie que, là où vous ne soupçonniez qu'une bronchite, vous trouvez les poumons farcis du sommet à la base de granulations miliaires.

Dans beaucoup de cas enfin, la maladie granuleuse, tout en marchant à grands pas, se présente avec une apparence fébrile des plus accusées, une fièvre intense avec redoublement le soir, et un cortége de symptômes généraux qui, s'il n'y avait absence de gargouillement dans la fosse iliaque, absence de taches lenticulaires, pourraient vous faire croire à une dothinentérie.

Pronostic. — La phthisie peut guérir, cela n'est pas douteux; mais au point de vue de la gravité du pronostic, n'oubliez pas la distinction que nous avons établie entre le tubercule et la consomption tuberculeuse. Sur les 150 individus dont j'ai fait l'autopsie à la Salpêtrière, et qui presque tous avaient des traces de tuberculisation au sommet des poumons, beaucoup, très-probablement, n'avaient eu ni signes physiques ni signes rationnels bien prononcés. J'ai remarqué que beaucoup de personnes, qui avaient présenté dans leur jeunesse des symptômes de tuberculisation pulmonaires, étaient tombées, après leur guérison, dans un état d'obésité plus ou moins prématurée.

Mais quand les signes physiques et rationnels existent à un haut degré de développement, quand surtout la consomption est bien établie, la guérison est beaucoup plus rare. Ce que l'on peut voir le plus souvent, c'est un amendement dans la maladie, amendement qui persiste un certain temps, jusqu'à ce qu'une cause légère, un écart de régime, ou bien plutôt un refroidissement, amène une rechute, une nouvelle poussée de la phthisie. Il semble que plus il y a eu de tubercules, plus l'organisme est devenu apte à en engendrer : l'impression du froid, qui chez un individu non tuberculeux détermine une laryngite ou une bronchite, amène presque fatalement une nouvelle explosion tuberculeuse chez un phthisique.

La phthisie peut tuer de diverses manières. Le plus souvent, la suppuration pulmonaire augmente, l'émaciation s'accroît, l'affaiblissement fait des progrès, les matières sécrétées par les cavernes s'accumulent dans les bronches impuissantes à les rejeter, et le malade meurt suffoqué. D'autres fois la mort arrive par hémoptysie foudroyante, perforation pulmonaire, diarrhée incoercible, méningite, péritonite tuberculeuse, ou encore phthisie laryngée amenant à sa suite la suffocation.

Enfin, vous voyez souvent mourir d'un jour à l'autre, d'une façon imprévue, des phthisiques dont l'état n'avait pas semblé s'aggraver depuis quelque temps. Chez ceux-là sont survenus brusquement une oppression considérable, la cyanose des extrémités, la petitesse du pouls, un enrayement croissant de la circulation; c'est un caillot qui s'est formé dans les cavités du cœur et qui enlève le malade en quelques heures, quelquefois presque subitement.

On a observé parfois dans la phthisie des crises heureuses, et on a vu la guérison survenir d'une manière inattendue. Je me rappelle pour ma part un cas de cette nature qui m'a vivement frappé. Une infirmière de la Salpêtrière, jeune encore, avait une phthisie bien confirmée, douleur sus-thoracique, bulles au sommet du poumon gauche, etc.; la maladie ne pouvait être douteuse pour personne. Il survint spontanément sous la clavicule gauche un abcès volumineux qui s'ouvrit et guérit sans accidents. Quand il fut cicatrisé, on fut étonné de ne plus trouver au sommet du poumon gauche les signes physiques aussi accusés qu'auparavant. L'amélioration continua, et au bout de peu de temps, signes physiques et rationnels avaient complétement disparu.

L'art a voulu souvent imiter ce que la nature seule avait fait en cette circonstance, et c'est ce qui explique les bons résultats que l'on a parfois obtenus de l'application des cautères.

LÉSION DE CONTINUITÉ DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS, chez les enfants d'un an à trois ans.

Par M. le docteur Fougeu, chirurgien de l'hôpital d'Étampes (1).

Les fractures sont des lésions que l'on rencontre rarement dans les premières années de la vie.

D'abord les jeunes enfants, vu leur manière de vivre, sont peu exposés à l'action des causes qui produisent ces accidents. Puis, l'élasticité du tissu osseux, la facilité avec laquelle les os peuvent plier sans se rompre, nous expliquent l'extrême rareté des fractures dans le bas âge.

Cependant il est une lésion que l'on observe assez fréquemment pendant la deuxième et la troisième année, lésion que l'on peut considérer comme une solution de continuité de l'extrémité inférieure du radius.

On voit habituellement cet accident arriver chez les enfants qui viennent à perdre l'équilibre, au moment où on essaye à les faire marcher, en les tenant par une main. Ordinairement, la paume de la main embrasse la partie antérieure de l'épiphyse radiale et du poignet de l'enfant. En raison de la projection du corps en avant pendant la marche, l'enfant tomberait entraîné devant lui, mais comme il se trouve retenu, le corps pivote sur le bras, décrit un demi-tour, et l'enfant est ramené vivement à faire face à la personne qui le soutient. Le premier mouvement de celle-ci est de serrer le petit bras aussi fortement que possible. Le second mouvement consiste à soulever le corps pour empêcher la chute. Ces deux actes, tout à fait instinctifs, s'exécutent avec une vivacité telle, que l'on peut dire qu'ils ont lieu presque simultanément.

L'extrémité inférieure du radius, tenue comme dans un étau, ne peut suivre le reste de l'os, qui tend à accomplir très-brusquement un mouvement de rotation dans lequel, si elle était libre, l'épiphyse radiale décrirait le plus grand arc de cercle. Il en résulte alors une torsion évidente dans le point que vient affleurer le bord cubital de la main, point qui correspond au lieu de réunion de l'épiphyse avec la diaphyse.

Puis je ferai remarquer les efforts de flexion et de traction que produit le soulèvement de la totalité du corps de l'enfant, efforts dont toute la puissance se concentre dans le point où vient agir déjà toute la force de torsion.

On reconnaîtra alors une action complexe, dont la puissance se trouve accrue par la brusque vivacité avec laquelle s'accomplissent ces différents mouvements, action que je crois bien suffisante pour produire une solution de continuité.

Le même accident peut encore avoir lieu quand tenant l'avant-bras comme je viens de le dire, on enlève l'enfant pour sauter un ruisseau ou pour monter un escalier.

Symptômes. — L'enfant dans la station verticale tient son bras allongé et pendant le long du corps; mais pour obtenir une immobilité complète du membre, il demande à être assis. L'avant-bras, placé dans la pronation et dans la demi-flexion, repose sur les genoux. La pression détermine de la douleur dans le point de réunion de l'épiphyse radiale inférieure avec la diaphyse. J'ai vu plusieurs fois cette partie être le siége d'un gonflement appréciable; mais je n'ai jamais pu constater de déformation sensible. Le moindre mouvement exécuté pour ramener l'avant-bras à la supination est très-douloureux; il produit souvent une crépitation manifeste. Cette manœuvre amène facilement la réduction, en donnant lieu à un petit bruit, qui a quelque analogie avec celui qu'on perçoit quand deux surfaces luxées sont ramenées tout à coup à leurs rapports. Alors l'enfant recouvre l'usage du membre, et peut porter la main à la bouche, ce qu'il ne pouvait faire auparavant. Les mouvements de pronation et de supination s'exécutent librement et sans douleur; seulement le membre paraît avoir perdu notablement de sa force. Un craquement est souvent ressenti au moment de l'accident par la personne qui tient l'enfant.

Deux fois seulement sur trente-cinq cas, j'ai vu la réduction s'opérer avec facilité, puis les symptômes se reproduire immédiatement. Dans ces deux cas, il existait une crépitation des plus franches. L'application d'un bandage roulé, fixant des attelles en carton et enveloppant seulement les trois quarts inférieurs de l'avant-bras, a suffi pour maintenir les parties dans leurs rapports. Le lendemain, le bras avait recouvré non pas sa force, mais sa solidité et l'usage de tous ses mouvements.

L'analogie des symptômes décrits ici, et de ceux donnés par M. Goyrand (d'Aix), comme appartenant à la luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius, est saillante; pourtant, depuis longtemps mon attention fixée sur cette similitude ne m'a jamais permis, dans les cas que j'examine ici, de constater de lésion dans l'articulation huméro-cubitale.

La crépitation que l'on perçoit souvent ici appartient-elle à une fracture? Je le crois. Comment expliquer la facilité et le maintien de la réduction, laquelle est suivie de la restitution immédiate des mouvements et de la cessation de la douleur? Ces signes, joints au bruit qui se produit dans le mouvement de réduction, semblent appartenir à une luxation. Mais la flexion du poignet et du coude s'exécute non pas facilement, car, si on essaye d'imprimer à l'avant-bras le moindre mouvement, on détermine de la douleur, des cris, de l'agitation; il n'est plus possible d'arriver à un examen complet, satisfaisant. Il faut charger la main de ce soin, et on verra que les mouvements dévolus à ces articulations sont tous possibles

(1) Notre regrettable confrère nous avait confié ce manuscrit peu de jours avant sa mort.

D'ailleurs, le lieu précis de la douleur, dans le point correspondant à l'union de l'extrémité carpienne du radius avec le corps de l'os, nous indique le siége exact du mal (1).

Existe-t-il ici un décollement de l'épiphyse? M. J. Cloquet et Rognetta ont admis la divulsion épiphysaire de l'extrémité carpienne du radius sans solution de continuité du tissu osseux. Mais on démontre expérimentalement que la séparation nette et franche, suivant le plan de conjugaison, ne peut s'effectuer par une simple action dynamique. La macération ou l'ébullition amène facilement la désunion des deux parties osseuses; mais à l'état frais, normal, on ne peut dans l'extrémité carpienne du radius, à son point de réunion avec la diaphyse, reconnaître de tissu cartilagineux distinct, appréciable. Intime est l'adhérence du cartilage et du périoste, intime est l'union du cartilage avec le tissu osseux; en un mot, la fusion est tellement complète que l'œil croit qu'il y a là continuité, que ces diverses parties n'en font qu'une. Alors le décollement simple et net de l'épiphyse n'est donc pas possible. En effet, les expériences de M. Guérin, et celles de MM. Cruveilhier et Bonamy, nous démontrent que dans la séparation au point de conjugaison l'épiphyse entraîne constamment avec elle une lamelle plus ou moins considérable de tissu osseux. Cette disposition rend assez bien compte de tous les phénomènes observés.

La lésion qui existe ici ne peut être qu'une fracture dans laquelle le déplacement a lieu suivant la circonférence de l'os; les fragments unis encore par quelques fibres périostiques se correspondent par des surfaces larges, planes, et conservent en grande partie leurs rapports. Alors il n'y a pas de chevauchement, pas de raccourcissement, pas de déformation. L'état grenu des surfaces nous explique la crépitation, et nous montre comment la réduction se maintient par l'engrenage des aspérités osseuses. Dans les deux cas où, après la réduction, j'ai été obligé de contenir les parties dans leurs rapports au moyen d'un bandage, il est probable qu'une certaine obliquité des surfaces permettait un glissement facile d'un fragment sur l'autre. Enfin le bruit perçu quelquefois au moment de la réduction ne peut-il pas se produire quand les deux surfaces, tenues écartées par de petites saillies osseuses, sont vivement poussées l'une vers l'autre par l'action musculaire au moment où elles recouvrent leurs rapports?

Chez deux des trente-trois enfants qui ont été atteints de cette fracture, l'accident s'est reproduit quelques mois après; chez deux autres, à un âge plus avancé : l'un avait sept ans, l'autre en avait cinq. J'ai vu, à la suite d'une chute sur la paume de la main, une fracture de l'extrémité inférieure du radius, présentant tous les signes ordinaires propres à cette lésion observée dans l'âge adulte. Ce n'est que par l'application prolongée d'un bandage que je suis arrivé, dans ces deux cas, à maintenir la réduction. Enfin, comme confirmation des faits que j'ai observés, je citerai l'opinion de Rognetta, qui s'est beaucoup occupé de l'étude des divulsions épiphysaires; il est arrivé à cette conclusion : « Dans les tractions que les membres d'un enfant d'un à trois ans auront pu éprouver par une cause quelconque, on peut être certain que la lésion porte plutôt sur l'épiphyse que sur l'articulation elle-même. » En effet, des trente-trois enfants chez lesquels j'ai observé cette lésion, pas un n'avait moins d'un an, pas un n'avait plus de trois ans.

Quel avantage pratique y aura-t-il à retirer de cette petite note? La lésion qui existe ici s'efface par la plus simple manœuvre, exécutée sur le bras même enveloppé de ses vêtements, cela est vrai, et je l'ai constaté trente-trois fois sur trente-cinq. Mais dans le premier des deux cas, où la réduction fut suivie de la reproduction des symptômes, je me suis vu dans l'obligation de déclarer qu'il existait une fracture, et je le crois encore. Quand le lendemain l'enfant indocile et pourtant bien avisé, eut débarrassé l'avant-bras de ses entraves et que le petit membre fonctionnait parfaitement, j'avais commis une erreur monstrueuse, impardonnable.

Mettant à profit cette leçon, j'ai dans le second cas appliqué un petit appareil, en disant que peut-être il n'y avait qu'un décollement, et que la consolidation pourrait s'effectuer promptement. L'événement justifia mes prévisions, le lendemain l'enfant faisait très-bien agir son bras.

(1) La pression m'a souvent montré l'absence de douleur en serrant le cubitus dans le point correspondant à la lésion radiale.

DES CATARACTES

adhérentes à toute la face postérieure de l'iris.

Quand un malade n'a qu'un œil, si cet œil est cataracté, à quel procédé opératoire doit-on avoir recours?

Par M. le docteur Coursserant.

Sans prétendre rappeler ici toute l'importance qu'ont acquise depuis quelques années les excisions de l'iris, je ne veux signaler dans cette note que l'innocuité presque absolue de ces opérations, ainsi que la facilité avec laquelle s'obtient la sortie du cristallin, à l'aide de larges curettes que l'École allemande a la première introduites dans la pratique. C'est ainsi que par l'association de ces deux temps de l'opération, séance tenante : 1° excision de l'iris; 2° extraction du cristallin, j'ai pu rendre la vue à des malades réputés entièrement incurables. A l'appui de cette assertion, je citerai le fait suivant :

Madame X..., âgée de vingt-huit ans, demeurant provisoirement rue d'Albouy, n° 9, avait perdu la vue depuis six ans. Dernièrement, après un séjour de quatre jours dans un hôpital où la foule se presse aux leçons d'un chirurgien en grande renommée, elle quitta cet établissement. Le diagnostic et le pronostic du maître avaient été les suivants : « *irido choroïdite incurable*. » En effet, les deux yeux offraient les particularités suivantes, dénotant les lésions les plus profondes de la texture de l'iris et de la vitalité rétinienne : à gauche et à droite, des fausses membranes obstruent les pupilles et permettent néanmoins, à travers leurs interstices, de constater l'existence de deux cataractes lenticulaires; l'iris décoloré, inégal, bosselé à sa surface, surtout dans son petit cercle, est fortement projeté en avant, au point de toucher presque la face postérieure de la cornée.

L'œil droit distingue encore, quoique péniblement, le passage de l'ombre de la main. A gauche, la sensation de la lumière est pour ainsi dire abolie; bien plus, le globe oculaire offre déjà une mollesse et un sillon dans la direction du muscle droit inférieur, caractéristiques d'une atrophie commençante. La pâleur de la malade accuse une prostration considérable des forces, un dépérissement général de la constitution.

Opérée successivement des deux yeux, à un intervalle de quinze jours, en présence de plusieurs confrères, conformément aux indications opératoires mentionnées ci-dessus, Mme X... a présenté pour tout accident traumatique consécutif une inflammation légère survenue le troisième jour de la deuxième opération, et de laquelle une application de dix sangsues a fait promptement justice.

Douze jours environ après cette dernière opération, la malade est partie pour la province où elle réside avec sa famille, distinguant et comptant assez facilement les doigts de la main. Depuis ce moment la vue s'est améliorée au point de permettre à Mme X... de confectionner elle-même des vêtements pour ses enfants; bien plus, sa santé s'est notablement améliorée.

En présence de faits semblables qui doivent se multiplier dans la pratique de ceux qui ayant foi dans les excisions de l'iris, sauront se les rendre faciles et familières, et vu surtout l'absence presque absolue de toute réaction traumatique dans les excisions pratiquées sur des iris sains, il est facile de déduire les règles qui devront guider le chirurgien toutes les fois qu'il aura affaire à un malade cataracté, lequel n'aura plus qu'un œil (la vision de l'autre œil ayant été perdue n'importe pour quelle cause). Pour moi, dans ces cas, je n'hésite pas à proposer comme méthode générale l'*extraction* dite linéaire modifiée, c'est-à-dire l'excision de l'*iris* (dans le cas de cataracte dure et l'extraction du cristallin à l'aide de la large curette.

On objectera peut-être contre cette manière de faire :

1° La difformité de la pupille;

2° L'état de la vision moins parfaite en cette circonstance que lorsque l'opération par les procédés ordinaires d'extraction ou d'abaissement a été couronnée de succès.

Mais ce que désire avant tout un cataracté, c'est de voir diminuer le nombre des chances défavorables qu'il a à courir dans une opération aussi grave et aussi importante que celle de la cataracte. Or le mode que je propose dans cette note répond précisément à ce désir.

POMMADE CONTRE LA SURDITÉ NERVEUSE.

Les essais nombreux de traitement des surdités nerveuses tentés en ces derniers temps nous engagent à signaler la pommade suivante, qui est recommandée par un vénérable praticien de New-York, le docteur Boyd. Voici sa formule :

Vératrine	1	gramme.
Pommade rosat	30	—

Mêlez, gros comme une noisette en friction, matin et soir, derrière l'oreille malade.

OBSERVATION DE GLOSSITE,

Par M. le Dr Giraud.

Dans le courant du mois de juillet dernier, M. Giraud fut consulté par un mécanicien de chemin de fer, pour une légère excoriation qui siégeait au bord droit de la langue. Ce petit accident, rapporté par le malade à une simple morsure, remontait à trois ou quatre jours seulement.

L'ulcération était douloureuse, au contact surtout des matières salées et des liquides alcooliques. Son aspect était rouge foncé, son pourtour gonflé; elle présentait une étendue totale, irrégulière, comparable à celle d'une pièce de cinquante centimes.

En présence d'une affection d'apparence aussi bénigne, il prescrivit de simples gargarismes adoucissants, de l'eau d'orge miellée pour boisson, des lavements émollients, et pour nourriture des potages au lait peu salés.

Le 21 juillet 1860, de très-grand matin, ce praticien fut mandé pour se rendre en toute hâte voir son malade, qui, depuis la veille au soir, pris de douleurs intolérables, était en proie à l'agitation la plus pénible. Il le trouve dans l'état suivant : pouls exagéré, plein, battant de 130 à 140 pulsations par minute; peau chaude sudorale, tête douloureuse; les yeux sont injectés et le facies est fortement coloré; la langue se montre entre les deux arcades dentaires qu'elle soulève un peu; la respiration est difficile et la déglutition à peine possible.

Traitement. — Saignée au bras de 800 grammes à peu près, suivie de l'application de 15 sangsues de chaque côté du larynx, au-dessous du maxillaire inférieur; pédiluves sinapisés; lavements légèrement laxatifs; eau sucrée froide pour boisson, si le malade peut avaler.

Vers les deux heures de l'après-midi, il fut appelé de nouveau.

Malgré les émissions sanguines, aucun des symptômes alarmants susénoncés ne s'était amendé; la langue sortait de la bouche, elle débordait de 2 ou 3 centimètres toute l'ouverture des lèvres, dont elle repoussait les commissures vers les oreilles; son aspect était luisant, bleuâtre; toutes les dents imprimaient sur sa surface des sillons assez profonds.

La respiration ne s'effectuait que très-peu et par les ouvertures nasales; la déglutition était complètement empêchée. L'aspect de la face du malade ne pouvait être mieux comparé qu'à celui qu'offre la figure des cadavres qui, après avoir été immergés dans l'eau, viennent à flotter à la surface.

Un pareil état l'effraya; il allait infailliblement, en peu de temps, entraîner le malade au tombeau.

Il prit un bistouri droit à lame pointue et très-étroite, et l'introduisit à plat, jusqu'à une profondeur de 3 ou 4 centimètres, dans le parenchyme de la langue et dans le sens de sa longueur, et cela des deux côtés de la ligne médiane. Il s'en écoula, sans exagération, au moins une bonne demi-verrée de sang noir, auquel succéda un écoulement purulent bien marqué, qui fournit une quantité égale à la moitié du sang écoulé.

Vers les quatre heures, le malade recouvra un peu la parole, put respirer et avaler un peu.

Des gargarismes émollients, de l'eau gommée pour boisson, et la diète, furent prescrits.

Le lendemain, le mieux était confirmé, et quatre jours après le malade était assez bien pour faire à pied un trajet assez long.

(*Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 juillet 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre d'État transmet ampliation d'un arrêté en date du 16 juillet courant, par lequel, sur la proposition de l'Académie de médecine, M. Jules Bouys est nommé chef des travaux chimiques, en remplacement de M. O. Henry fils, démissionnaire.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les rapports sur le service médical des eaux minérales de Forges (Seine-Inférieure), par M. le docteur Cisseville; de Sylvanès (Aveyron), par M. le docteur Calvet; du Vernet (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur Piglowski. (Commission des eaux minérales.)

— M. Lecanu, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé à la cérémonie qui a eu lieu à Sens pour l'érection de la statue de Thénard.

RAPPORT.

M. Bally lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Dumont (de Monleux), intitulé *Testament médical*. Ce travail, dit M. le rapporteur, est un mélange d'observations médicales, de littérature et de citations souvent étrangères à la médecine. Le titre *Confessions* serait plus convenable, car il semble calqué sur les modèles de l'évêque d'Hippone et de J. J. Rousseau, différant néanmoins du premier en ce qu'il ne s'élève point dans les sublimités ascétiques, et du dernier, en ce qu'il n'a point à se reprocher la flétrissure des êtres qui l'ont aimé et comblé de bienfaits.

Un des traits les plus remarquables du manuscrit de M. Dumont est la relation complète de sa maladie : « affection nerveuse spéciale qui, durant près de trente ans, fit de sa vie une torture sans fin, soit avec son moi, soit avec le monde extérieur. Il avoue même quelque part qu'il s'est fait une existence chauffée au rouge ». MM. Rostan et Baillarger, Moreau (de Tours) et Cerise, ont caractérisé cette longue maladie par la phrase suivante : Une excessive faiblesse du système nerveux s'exprimant par une extrême sensibilité morale et physique.

« L'œuvre de M. Dumont, dit en terminant M. le rapporteur, est sous bien des rapports (science, littérature et art médical) une œuvre fort importante; elle est remarquable sous le point de vue de la séméiologie, parce qu'il est, dans les maladies nerveuses surtout, des phénomènes obscurs, des sensations vagues, qu'un médecin seul, lorsqu'il les éprouve, peut parfaitement interpréter.

» J'ai l'honneur de proposer à l'Académie de répondre à M. le docteur Dumont que son travail lui paraît aussi important qu'utile dans tout ce qui a quelque rapport avec les sciences médicales, et qu'elle le remercie de son intéressante communication. » (Adopté).

PRÉSENTATION.

M. Rufz présente à l'Académie la *reine des fourmis*. C'est une femme qui fait profession d'amasser des œufs de fourmis pour les animaux qui s'en nourrissent, tels que les faisans, les perdreaux. Cette femme, dit M. Rufz, est atteinte d'une maladie de la peau qui paraît avoir quelque analogie avec la pellagre; une éruption particulière, due peut-être à l'action de l'acide formique, existe aux mains et aux avant-bras; le membre inférieur droit offre un commencement de paralysie.

Suite de la discussion sur la morve.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la morve.

La parole est à M. Bouillaud.

M. Bouillaud, après avoir rappelé en quelques mots les propositions relatives à l'*unicité*, à la spécificité et à la nature virulente de la morve, qu'il a émises à la fin de la précédente séance, reprend la discussion au point où il l'avait laissée sur l'étiologie.

Je ne me dissimule pas, dit-il, tout ce qu'il y a de téméraire de ma part, en matière de morve hippique, à m'attaquer à des adversaires tels que MM. Renault et Bouley; mais cette témérité paraîtra moins grande si l'on veut bien réfléchir que je ne viens pas à cette tribune pour traiter d'égal à égal avec ces imposantes autorités, mais plutôt pour demander de nouveaux éclaircissements.

En ce qui concerne l'étiologie de la morve humaine, nul dissentiment ne s'est élevé entre les divers médecins. Quand ils rencontrent un cas de cette maladie, ils vont à la recherche d'un individu atteint de morve avec lequel le nouveau malade aurait eu des rapports, convaincus que la contagion a été la cause essentielle du mal. Certes, ils n'ignorent pas que le contagium, le virus morveux lui-même, doit être produit par une cause quelconque, car il n'y a pas d'effet sans cause, de produit sans agent producteur. Mais cette cause génératrice du poison ou virus morveux, c'est particulièrement aux vétérinaires qu'il incombe de la rechercher et de la découvrir chez les animaux auxquels la morve appartient en propre.

Je n'ai pas perdu un seul mot des discours de MM. les vétérinaires; j'ai redoublé d'attention lorsque, après M. Bouley, M. Renault est venu nous faire connaître tout ce que la médecine vétérinaire a découvert non pas sur *la cause*, mais sur *les causes* de la morve chevaline, et, je dois l'avouer, je n'ai pas été convaincu. Pour notre savant collègue, ce n'est pas le virus, le poison morveux, qui constitue la cause réelle de la morve : il va plus loin et considère comme un effet ce que M. Guérin a considéré comme la cause unique. Selon M. Renault, en cela fidèle interprète des vétérinaires les plus auto-

risés, plusieurs causes peuvent produire cette maladie : des travaux excessifs, une mauvaise nourriture, un air vicié, des suppurations ordinaires, etc.

A l'appui de cette doctrine, il signale ce grand fait, que sous l'influence de ces conditions on ne manque jamais de voir se multiplier les cas de morve chevaline. Si cet argument suffisait pour démontrer la doctrine de ces messieurs, il ne me resterait plus qu'à m'incliner devant eux. Mais c'est peu qu'un pareil argument pour démontrer que des travaux excessifs, qu'une mauvaise nourriture, qu'un air vicié, peuvent produire la morve, c'est-à-dire ce virus, ce poison *sui generis* sans lequel il ne saurait y avoir de morve, qu'on lui reconnaissé ou non le titre de cause.

J'ai dû révoquer en doute un système étiologique aussi hasardeux, et refuser jusqu'à plus ample informé mon adhésion à cette genèse de la morve. Un système étiologique fondé sur ce principe, que des causes nombreuses, d'espèces différentes, produisent un effet toujours le même et de la même espèce, est en formelle contradiction avec la logique. Pour nous, la cause unique et spécifique de la morve, c'est donc le virus, le poison morveux, et la contagion est la voie par laquelle il exerce sa fatale activité. Mais nous avouons humblement que le mécanisme par lequel il se produit ne nous est pas plus connu que celui par lequel s'engendrent les virus variolique, syphilitique, rabique, etc. C'est là un mystère, un τὸ θεῖον devant lequel nous nous prosternons, laissant bien volontiers à nos confrères de la section de médecine vétérinaire l'insigne honneur de nous le révéler. Peut-être MM. Renault et Bouley nous répondront-ils que la pathogénie ou le mode de génération de la morve n'est plus un secret depuis qu'ils nous ont l'un et l'autre exposé leurs ingénieuses théories sur le mécanisme des causes déterminantes qu'ils ont assignées à cette maladie.

S'il en est ainsi, je prierai tous les savants collègues qui m'entourent de vouloir bien déclarer si, grâce à ces théories, ils savent aujourd'hui de la manière la plus claire, la plus évidente, en quoi consiste le virus morveux, quelle en est la source précise, comment il se fait que la morve se développe tant de fois en l'absence de toutes les causes déterminantes indiquées, etc. Si leur déclaration est affirmative, je me soumettrai. Mais j'aurai bien de la peine à reconnaître que la morve, maladie virulente et contagieuse de l'aveu de tout le monde, spécifique au même titre que la variole, la syphilis, la rage, etc., n'est pas comme ces dernières le produit, l'effet d'une cause toujours la même et non moins spécifique que son produit ou son effet.

Que dirait-on de nous si nous admettions que la variole, la syphilis, la rage, ne sont point chacune produites par une cause particulière, spécifique, mais bien par des causes ordinaires et différentes les unes des autres?

Or, de quel droit, en vertu de quelle loi, de quel principe, en agirions-nous à l'égard de la morve autrement qu'à l'égard de la variole, de la syphilis, de la rage, à la famille desquelles elle appartient?

Pour expliquer le fâcheux dissentiment qui existe entre nous et nos collègues, peut-être faut-il s'en prendre uniquement à ce que nous ne nous comprenons pas bien les uns les autres en matière d'étiologie et de pathogénie. Tout le monde sait de combien d'espèces de causes il est question dans les divers auteurs qui ont étudié à fond l'étiologie : causes prochaines, causes éloignées, causes premières, causes secondes, causes prédisposantes, déterminantes, directes, indirectes, immédiates, médiates, efficientes, essentielles, occasionnelles ou contingentes, accidentelles, etc.

De quelle espèce de cause s'agit-il donc, quand nous disons que la morve ne reconnaît qu'une seule et même cause? Évidemment de sa cause prochaine, essentielle, et non d'aucune autre. Or, nous le demandons à nos savants collègues, y a-t-il pour la morve humaine, objet plus particulier de nos études, une cause prochaine, essentielle, génératrice, autre que le virus morveux? Non, évidemment. Mais si la morve humaine n'est autre que la morve hippique communiquée à l'homme par voie de contagion, ces deux morves sont évidemment une seule et même maladie sous deux formes différentes. Donc nous pouvons dire de la morve hippique comme de la morve humaine, que sa cause prochaine, essentielle, est une et toujours la même. Nous objectera-t-on que la morve, chez les chevaux, peut apparaître parfaitement caractérisée, sans qu'ils aient été en contact avec d'autres chevaux morveux, c'est-à-dire sans l'intervention de notre cause génératrice, essentielle? Il ne saurait pourtant y avoir de morve réelle sans virus morveux : ce serait un effet sans cause, c'est-à-dire plus qu'un contre-sens étiologique.

Si vous admettez pour les chevaux une morve spontanée, non communiquée, ce que nous ne saurions d'ailleurs admettre, du moins jusqu'à nouvel ordre, pour la morve humaine, cherchez ailleurs que dans l'action des causes communes énumérées par vous le secret de la morve de cette catégorie. Je ne considère pas comme un argument victorieux ce qu'ils nous ont dit de l'augmentation du nombre des cas de morve parmi les chevaux soumis à l'influence de ces causes, car il se pourrait bien qu'au lieu de jouer le rôle de causes génératrices, de causes mères de la morve, elles ne fussent autre chose que de simples causes prédisposantes. Une lettre que j'ai reçue depuis la dernière séance d'un ancien vétérinaire de l'armée est bien propre à m'encourager dans cette manière de voir. Nous sommes donc trois qui combattons pour le principe de l'unicité de la cause génératrice de la morve.

Je terminerai, pour cette partie de la discussion, par le dilemme suivant :

Ou vous avez raison d'admettre avec nous que la morve constitue bien une des espèces morbides comprises dans la classe des maladies virulentes contagieuses, et alors vous avez tort de ne pas admettre avec nous l'unicité et la spécificité de sa cause, puisque ces deux idées sont séparées l'une de l'autre par le signe de la contradiction;

Ou bien vous avez raison contre nous d'admettre que plusieurs causes d'espèce différente peuvent, sans la participation du virus spécifique générateur de la morve, produire cette maladie, et dans ce cas vous avez tort d'admettre avec nous que la morve appartient, comme espèce, à la classe des maladies virulentes contagieuses, puisque ces deux idées sont également séparées l'une de l'autre par le signe de la contradiction.

Entre ces deux doctrines contradictoires, je laisse à nos savants collègues la liberté du choix. Mais à moins que la logique la plus sévère ne soit un mot vide de sens, ils n'auront qu'à choisir entre deux erreurs : l'erreur qui consisterait à nier la virulence spécifique de la morve et sa contagion, ou l'erreur de considérer des causes ordinaires non virulentes, non spécifiques, comme capables d'engendrer par elles-mêmes la morve, maladie essentiellement virulente et spécifique.

M. Bouillaud présente ensuite quelques réflexions sur la question du diagnostic de la morve.

Mon unique intention, dit-il à l'occasion du débat soulevé sur ce sujet entre M. Bouley et M. J. Guérin, est de signaler les difficultés de diagnostic qui se sont présentées assez souvent à l'époque où, grâce aux travaux de M. Elliotson en Angleterre et de M. Rayer en France, la morve avait enfin été placée dans le cadre des maladies de l'espèce humaine. Et pour ne parler que de la morve aiguë, je dois rappeler ici qu'elle a été plusieurs fois méconnue et prise pour une de ces fièvres continues dans lesquelles se rencontre cet ensemble de phénomènes qui constitue l'état typhoïde. M. Rayer déclare que cette méprise eut lieu pendant un certain temps chez le premier sujet, qu'il reconnut plus tard pour être atteint de morve aiguë. Je fais la même déclaration pour les deux malades que j'ai observés, l'un en 1835, peu de mois après que M. Rayer avait annoncé en France que l'homme était susceptible de contracter la morve du cheval; le second en 1841, et que je communiquai à l'Académie. Au reste, dans la discussion actuelle, il s'agit bien plus du diagnostic de la morve chez les chevaux que de la morve chez l'homme; je laisse à MM. Bouley, Renault et à leurs confrères de la section de médecine vétérinaire, la tâche de nous éclairer plus complètement sur ce diagnostic.

Il me resterait, dit M. Bouillaud en terminant, à parler de la question du traitement; mais je n'ai malheureusement rien de satisfaisant à dire sur cette question. Il nous reste à découvrir, s'il existe, le préservatif, le vaccin de la morve, ou l'antidote du poison morveux une fois introduit dans l'économie; car, assurément, M. J. Guérin lui-même ne pense pas avoir trouvé ce précieux contre-poison dans les moyens qu'il a proposés.

M. ROBIN. Il est arrivé à M. Bouillaud comme à d'autres orateurs d'employer indifféremment, pour exprimer la cause de la morve, les mots de virus ou de poison morveux. Il serait à désirer que cette confusion, qui n'existe pas assurément dans leur pensée, ne se montrât pas non plus dans leur langage; car c'est une grave erreur pour le physiologiste que de confondre les poisons, les virus et les venins.

M. BOUILLAUD. Je n'ai pas besoin de dire que la distinction que réclame M. Robin me paraît aussi nécessaire qu'à lui-même. J'ai consacré un chapitre spécial dans ma *Nosologie*, à établir la différence qu'il y a entre les venins, les virus et les poisons. Si j'emploie parfois l'un de ces mots pour l'autre, c'est une erreur de langage qui ne doit pas faire croire à une grossière erreur d'idées.

M. ROBIN. Aussi, si j'insiste sur cette distinction, est-ce beaucoup moins pour relever une erreur qui n'est qu'apparente, que pour dire ici, à propos des virus, quelques mots qui ne seront peut-être pas inutiles dans la discussion. Le virus est une altération d'un élément anatomique, soit liquide, soit solide; c'est une altération des substances organiques, et spécialement des substances coagulables. Il est inséparable de la substance qui le porte. Le sang, la salive, le mucus, la substance musculaire peuvent devenir virulents, c'est-à-dire subir certaines modifications, certaines altérations moléculaires de l'ordre de celles que les chimistes ont appelées catalytiques. Ces altérations peuvent se produire sous l'influence de causes très-variées, *causes hygiéniques*, causes pathologiques, etc.; voilà ce qui caractérise essentiellement les virus et les distingue des venins et des poisons.

— M. LE PRÉSIDENT, avant de clore la séance, annonce que mardi prochain l'Académie se formera en comité secret immédiatement après le dépouillement de la correspondance, pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de pharmacie. La séance publique sera reprise après le comité secret.

— La séance est levée à trois heures un quart.

L'inauguration de la statue du baron Thénard a eu lieu samedi dernier à Sens, en présence des députations des corps savants venues de Paris pour assister à cette cérémonie, et des autorités de la ville et du département. Cette solennité était présidée par M. Dumas, chargé de représenter le ministre de l'instruction publique. On remarquait parmi les membres de la députation parisienne, MM. Serret, Bertrand et Péligot, représentant l'Académie des sciences; MM. Cl. Bernard, Stanislas Julien et Balard, représentant le Collége de France; MM. Lefébure de Fourcy et Hébert, représentant la Faculté des sciences de Paris; MM. Pasteur, directeur des études scientifiques; Delesse et Lissajoux, représentant l'École normale; MM. Lecanu et Boudet, représentant l'École de pharmacie. Des discours ont été prononcés par M. Dumas, par M. Arsène Houssaye, au nom du ministre d'État, et par MM. Javal, Balard, Stanislas Julien, Hébert, Pasteur, Lecanu et Boudet.

De l'assimilation du Lactate de fer et des avantages que présente ce sel sur les autres préparations ferrugineuses, au point de vue de la digestion. Paris, 1859, chez Labé, éditeur, place de l'École-de-Médecioe, 23. — M. le docteur Cordier a publié récemment, sous ce titre, un travail remarquable, dans lequel il fait ressortir les nombreux avantages que présente l'emploi des *Dragées de lactate de fer de Gélis et Conté;* on peut opposer cet article aux éloges plus ou moins mérités que l'on a donnes dans ces deroiers temps à de nouvelles préparations de fer. Après avoir rappelé que dès 1840 le médicament de MM. Gélis et Conté avait été placé au premier rang parmi les ferrugineux, dans un rapport approuvé par l'Académie imperiale de médecine et émanant de trois de ses membres les plus illustres, MM. les professeurs Bouillaud, Fouquier et Bally, ce praticien ajoute que, depnis cette époque, son succès a grandi de jour en jour, et a été justifié par les résultats cliniques constatés par chaque nouvel observateur. Il s'appuie ensuite sur les nombreux travaux des physiologistes modernes, entre autres sur ceux de M. Claude Bernard (de l'Institut), pour démontrer que le *lactate de fer* est la seule préparation de fer qui se forme dans l'estomac humain, et que les *Dragées de Gélis et Conté*, qui doivent à ce sel leur efficacité thérapeutique, si bien et si souvent constatée, agisseot toujours, quelle que soit l'acidité de cet organe, et que, par suite, elles présentent, au point de vue de la digestion, nne supériorité marquée sur les autres ferrugineux. Il rappelle que cette dernière proposition vient en quelque sorte d'être mise hors de toute cootestation dans un rapport récent, lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 13 juillet 1858. — A la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19, Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Maladies régnantes ; érysipèles. — De l'utilité des boissons alcooliques au début des accès de fièvre intermittente. — Nouveaux faits de morve chevaline et de morve humaine, suivis de guérison. — HÔPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE (M. Baizeau). Ulcération de la carotide interne à son passage dans le canal carotidien, déterminée par une nécrose du rocher; hémorrhagies répétées ; ligature de la carotide primitive ; mort. — Ascite compliquant la grossesse ; nouveau procédé de paracentèse. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 17 juillet. — Nouvelles. — FEUILLETON. Electricité médicale.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Érysipèles.

L'épidémie d'érysipèles qui règne depuis si longtemps dans les hôpitaux de Paris, et dont nous avons récemment fait connaître l'aggravation, a fait de nouvelles victimes depuis notre précédente revue.

Nous avons avons annoncé dans les numéros des 18 et 20 juillet la mort d'un élève en médecine et celle d'un honorable praticien de Paris, M. le docteur Le Couppey. Nous avons appris depuis que dans le seul service de M. Voillemier, à l'hôpital Lariboisière, deux élèves en médecine, tous deux externes, M. Racleau et M. Brouillard, et une sœur du service, âgée de vingt-huit ans, sont morts d'érysipèle après quelques jours de maladie. L'un des internes du service a été également atteint de la même maladie, mais il en a heureusement guéri.

La gravité exceptionnelle de cette épidémie, à laquelle le corps médical a déjà payé un douloureux tribut, nous impose le devoir d'en étudier sérieusement la marche et les caractères, et de tenir surtout nos lecteurs au courant des moyens de traitement mis en usage.

Le commencement d'enquête auquel nous nous sommes livré jusqu'ici, n'a eu que des résultats assez insignifiants. Les chirurgiens qui étaient dans l'usage de recourir à des agents topiques, vésicants, caustiques ou substitutifs, ceux qui ont essayé l'emploi plus récemment proposé de l'alcool, du chloroforme, etc., voyant l'inefficacité de ces divers moyens locaux, n'ont pas tardé à y renoncer, pour en revenir, en définitive, à l'ancienne médication vomitive indiquée par les symptômes généraux et par l'état saburral, qui marchent toujours de pair avec la manifestation locale de la maladie. Mais les effets, nous devons le dire, n'ont pas été toujours beaucoup plus satisfaisants.

Voici, en attendant d'autres renseignements, une méthode de traitement qui paraîtrait avoir donné de meilleurs résultats entre les mains du praticien qui a bien voulu nous la faire connaître, M. le docteur Bonnière (de Paris). Elle consiste principalement à administrer les pilules suivantes :

Sulfate de quinine.	0,30 centigr.	
Poudre de cantharides.	0,15	—
Extrait de belladone.	0,10	—

M. F. S. A. pilules nº 10.

A prendre de deux en deux heures.

M. Bonnière prescrit en outre, trois fois par jour, le matin, à midi et le soir, des onctions avec le liniment suivant :

Perchlorure de fer à 30º.	10 grammes.	
Glycérine officinale.	30	—

Notre confrère nous fait remarquer qu'aussi longtemps que les accidents locaux persistent, l'action des cantharides ne se fait pas sentir sur la vessie ; dès que l'érysipèle disparaît, la dysurie arrive. Il la combat par les térébenthinés. Quant au sulfate de quinine, dit-il, au lieu d'augmenter les troubles cérébraux, il les arrête ordinairement avec une assez grande facilité.

Sur plus de trente cas d'érysipèles graves qu'il a traités par cette méthode, il assure n'avoir perdu aucun malade.

Nous reviendrons sur ces faits, ainsi que sur quelques autres manifestations morbides très-communes également dans ce moment, telles que les angines tonsillaires et pharyngiennes, diphthériques ou simplement pultacées; les métro-péritonites et les diarrhées cholériformes ; manifestations morbides qui, quoique très-diverses par leur nature en apparence, paraissent se rattacher toutes plus ou moins à une constitution médicale très-complexe.

De l'utilité des boissons alcooliques au début des accès de fièvre intermittente.

Dans une de ses dernières leçons M. Hérard a appelé l'attention des élèves qui suivent la clinique sur les résultats remarquables obtenus chez deux malades atteints de fièvre intermittente, par l'emploi du rhum administré à la dose d'un à deux petits verres au début de l'accès, suivant les préceptes récemment formulés par M. le docteur Jules Guyot (*Union médicale*, 1860).

Dans l'un des cas, il s'agissait d'une femme âgée de vingt-huit ans, ayant longtemps habité une localité dans la Creuse, où la fièvre était endémique, et ayant été atteinte pendant une année entière d'accès franchement intermittents, accès qui ne s'étaient jamais reproduits depuis son séjour à Paris.

Dans les derniers jours du mois de mai, cette femme fut prise, sans cause bien appréciable, vers neuf heures du matin, d'un frisson violent suivi de chaleur et de sueur. Le lendemain, elle retourna à son travail, ne se plaignant que d'un peu de fatigue et de courbature générale. Le surlendemain, à la même heure, nouveau frisson, également suivi de chaleur et de sueur.

Elle nota ainsi quatre ou cinq accès avant son entrée à l'hôpital, et ne fit chez elle aucun traitement.

L'examen de la malade, au moment de son admission, permit de reconnaître une teinte cachectique palustre des plus caractérisées, une hypertrophie notable de la rate, qui dépassait de trois ou quatre travers de doigt le rebord des fausses côtes, un embarras gastrique très-marqué, une grande faiblesse accompagnée de courbature générale et de céphalalgie.

Le lendemain de l'entrée, on constate, au moment de la visite, un accès de fièvre très-caractérisé, et survenu comme les jours précédents à neuf heures du matin. M. Hérard commence par administrer un éméto-cathartique, qui enlève rapidement l'état saburral, mais n'influence en aucune façon les accès, qui continuent à reparaître tous les deux jours le matin. Après avoir ainsi noté trois accès, aussi intenses que ceux des premiers jours, on fait prendre à la malade un petit verre de rhum, au moment où le froid commence à se manifester avec intensité. La malade n'est pas prévenue de l'espèce particulière de médicament qui lui est administré. Quoique n'ayant pas l'habitude des boissons alcooliques, elle prend avec une grande aisance le rhum qui lui est présenté, et qu'elle trouve excellent. L'accès n'est pas coupé, mais il est considérablement diminué ; le frisson cesse presque aussitôt, et est remplacé par de la chaleur et un peu de sueur.

Le lendemain, la malade prétend être beaucoup moins fatiguée que d'habitude.

Le surlendemain, l'accès ne reparaît pas, et depuis lors la fièvre ne s'est plus manifestée. La malade a été conservée dans le service pendant plusieurs semaines. Le teint est devenu de jour en jour moins cachectique, et, chose remarquable, la rate a diminué au point de ne plus déborder les fausses côtes. Il est vrai que dans les deux dernières semaines on a administré les ferrugineux et un peu de vin de quinquina, mais déjà la rate avait commencé à revenir à ses dimensions normales.

— Le deuxième malade, reçu à la même époque dans le service, était un homme âgé de vingt-cinq ans. Engagé dans l'infanterie de marine à dix-huit ans, il avait été envoyé au Sénégal, où il arrivait dans le courant du mois d'août. Il y contracta une fièvre intermittente, d'abord quotidienne, plus tard tierce, fièvre intermittente qui persista, malgré l'administration du sulfate de quinine, pendant quatorze mois, et fut accompagnée d'œdème des extrémités inférieures et d'une profonde cachexie. Ce fut seulement à son retour et au voisinage des côtes de France que les accès disparurent.

Au mois de juin 1860, réapparition de la fièvre, qui dura environ deux mois avec le type tierce.

Le 6 juin 1861, nouvelle invasion des accès fébriles. Le malade se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu. Comme chez la femme dont il a été question plus haut, on note : teinte cachectique, plutôt jaunâtre que terreuse ; chloro-anémie très-manifeste ; accès intermittents, avec type tierce vers sept heures du soir, ne durant en tout que deux ou trois heures, mais d'une inten-

---

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE.

Le courant intermittent par induction et le courant voltaïque continu. M. Duchenne (de Boulogne) et M. Hiffelsheim.

Quand la nature muette dérobe à nos investigations la cause secrète des phénomènes qu'elle déroule sous nos yeux, la science crée une hypothèse, qui, ainsi qu'un autre fil d'Ariane, guide nos pas dans ce labyrinthe de faits. Cette hypothèse sert de point de départ aux raisonnements, permet de grouper et de coordonner tout ce qui paraît sans lien ou de pur hasard.

Par cet artifice, tout en respectant les faits, on leur assigne une valeur, on leur donne un corps, on leur prête vie. La chaleur, la lumière, les sons, la constitution physique des corps, ne forment de notions scientifiques dans notre esprit que grâce à des hypothèses.

De même que le doute cartésien, l'hypothèse représente un procédé intellectuel pour arriver à la vérité, à la démonstration des faits, à des rapprochements qui conduisent à la généralisation des grands et multiples détails qui nous inondent. L'erreur serait de prendre l'hypothèse pour la vérité elle-même, de confondre le moyen avec le but. C'est parce que l'hypothèse sert de base d'interprétation à beaucoup de phénomènes, que la plupart des théories sont provisoires, au moins dans leur forme primitive. L'analyse découvre chaque jour des faits nouveaux, ou les montre sous d'autres aspects; la théorie régnante ne suffit plus à leur interprétation : on la transforme.

Le système nerveux est pour le physiologiste ce vaste réseau dont les fils, distribués dans le corps entier, l'enveloppent dans ses parties les plus ténues, y portent l'animation, et les rattachent solidairement au merveilleux ensemble. Tour à tour *foyers* d'incitation et grands *collecteurs* de toutes les impressions du dehors, les centres de ce système sont manifestement le centre de la vie elle-même. De là elle rayonne pour animer chaque point du centre vers la périphérie; là aussi elle s'entretient par l'action centripète des milieux appropriés et essentiels au maintien de la vie. Avec une prodigieuse rapidité le muscle d'une partie extrême du corps obéit à une excitation de la volonté qui siége au centre; et avec une promptitude non moindre, l'impression extérieure est transmise au centre de perception. Il semble que cette transmission instantanée, cette communication de deux points extrêmes, s'accomplisse à l'aide d'un agent subtil, immatériel, défiant les obstacles à son passage ; on l'a nommé *fluide nerveux*, par une analogie hypothétique avec les autres impondérables, qu'il faut se garder de considérer comme un fait démontré par l'expérience.

Quand on se fut aperçu de l'instantanéité des commotions électriques, de ce subit ébranlement communiqué au corps entier, quand enfin le hardi expérimentateur qui lançait un cerf-volant dans un nuage électrisé, eut été foudroyé par l'intermédiaire du fil conducteur qu'il tenait en ses mains, on présuma aussi l'existence d'un *fluide*, et ce fluide électrique, si voisin dans ses manifestations de celui qui émane de certains poissons, sembla l'analogue du fluide nerveux, qui partage avec lui l'incalculable célérité de mouvement, ainsi qu'une série de propriétés bien autrement importantes, en tête desquelles il faut placer la contraction des muscles.

Cette analogie d'action des deux fluides supposés, l'influence du fluide électrique sur l'agent naturel, donnèrent à penser que, dans certains cas de maladie l'art pourrait suppléer la nature : de là l'électricité médicale.

Discutable dans ses éléments, c'est à tout bien compter l'une des interventions de la science dans la médecine les plus rationnelles, car elle semble découler de source irrécusable. Quelles que soient les théories, les choses se passent souvent de manière à justifier cette interprétation.

Les expériences sur le fluide galvanique, mises au jour plus tard ; la formation d'une pile avec les tissus vivants, par Galvani, ne firent que confirmer les idées courantes de ce temps mémorable. Volta, le légitime père de toutes nos œuvres d'à présent, en créant la pile métallique, reconnut qu'elle engendrait un fluide, qui parcourt l'arc conducteur unissant les deux pôles. Et aujourd'hui que ces *courants* ont été tant et si bien étudiés, on leur compare souvent les courants nerveux.

La première propriété que l'on expérimenta, pour ainsi dire malgré soi, ce fut l'action énergiquement contractile du courant alternativement ouvert et fermé par les mains.

Ainsi la pratique médicale fut dès le début engagée dans la poursuite des meilleurs procédés pour contracter les muscles.

Il y eut bien aussi des personnes qui, forçant la théorie des deux fluides et de leur analogie, prétendirent soustraire chez l'homme l'excédant ou suppléer l'insuffisance de fluide nerveux par neutralisation dans un cas, par saturation dans l'autre. Mais on comprend que la science ne les ait point suivis sur ce terrain chimérique. C'est une question mal posée et conséquemment insoluble.

Le besoin de perfectionner les appareils propres à la contraction musculaire était universellement répandu, quand fut découverte l'induction, qui simplifiait de beaucoup la difficulté.

Parmi les premières personnes qui appliquèrent cette découverte à la médecine, il faut placer M. Duchenne (de Boulogne). Ainsi qu'il advient toujours, ses appareils sont de beaucoup dépassés en simplicité par des boîtes d'induction d'un mérite égal. Ce médecin, cependant, a donné la principale impulsion, et la 2ᵉ édition (1) de son livre témoigne que la physiologie des muscles, le traitement de certaines de leurs maladies, a fait, grâce à lui, des progrès notables. Dans ses travaux, la pensée dominante, c'est la localisation de l'action des courants sur un muscle isolé, de façon à ne pas agir sur ses voisins ou sur le corps en général.

(1) J. B. Baillière et fils.

sité extrême. Courbature, céphalalgie sus-orbitaire dans les jours d'apyrexie, pas d'embarras gastrique, pas d'augmentation de la rate. On tient le malade en observation pendant trois accès consécutifs, et on ne remarque aucune tendance à la décroissance. On administre alors au début du frisson un petit verre de rhum, et dix minutes après un second petit verre. Le malade se sent réchauffé immédiatement. Les deux autres stades sont à peine marqués. L'accès peut être considéré comme avorté. Le lendemain sensation de bien-être général et inaccoutumé. Le surlendemain, à la même heure, apparition d'un léger frisson; les deux verres de rhum sont donnés comme précédemment; l'accès s'arrête. Depuis lors il n'a plus reparu.

— M. Hérard a pris occasion de ces deux cas, si nets et si concluants, pour développer devant son auditoire les idées de M. J. Guyot, montrant comment notre savant et ingénieux confrère avait été amené à employer dans la fièvre intermittente une médication qui lui avait si bien réussi dans le choléra. Le choléra ne peut-il pas être, en effet, considéré comme une fièvre intermittente pernicieuse dont la période algide est suivie de la période torride, lorsque la période algide n'a pas tué le malade, auquel cas il est facile de comprendre que l'homme asphyxié dans un frisson ou période algide qui dépasse toutes les limites des forces vitales, n'entre pas dans la période de réaction chaude, comme celui qui n'éprouve que le refroidissement nerveux d'une fièvre intermittente. Or, si l'alcool potable administré au début du choléra avait pu, dans des cas nombreux et constatés par tous les observateurs, faire disparaître ce premier acte du choléra, quelquefois supprimer l'accès tout entier, il était présumable qu'il aurait une action plus puissante encore sur le frisson moins intense des fièvres intermittentes et sur les autres stades de l'accès.

C'est ce que M. J. Guyot put constater dès 1855 sur un certain nombre de malades, ainsi qu'il le raconte lui-même dans son intéressant mémoire. Les deux faits rapportés plus haut sont une éclatante confirmation des idées de notre honorable confrère. Ils concordent avec d'autres analogues rappelés par M. Hérard, et qui ont été observés dans nos possessions d'Afrique et dans certaines localités de l'Amérique du Sud, à la Nouvelle-Grenade, par exemple, où les habitants atteints de la fièvre ont l'habitude, dès que le frisson se manifeste, de monter à cheval et de boire un verre de rhum, et parviennent ainsi à faire avorter l'accès.

En terminant, M. Hérard a rappelé également les travaux de M. le docteur Burdel, qui avait remarqué aussi que le vin est un excellent préservatif et agent curatif de la fièvre intermittente, et que lors des grands travaux du chemin de fer du Centre, les ouvriers étaient souvent préservés de l'intoxication palustre à la suite des libations un peu copieuses auxquelles ils se livraient le jour et le lendemain de la paye, alors cependant qu'ils commettaient toutes sortes d'imprudences bien capables de provoquer le développement d'accès fébriles intermittents. D'où la pensée, énoncée par nos deux savants confrères, que les pays où la fièvre est endémique, la Sologne en particulier, ne pourront être définitivement délivrés du fléau de l'infection palustre, que, lorsqu'en même temps qu'on s'occupera des grands travaux d'assainissement du sol, on encouragera par tous les moyens possibles la culture de la vigne, de manière à donner aux habitants de ces contrées déshéritées, au lieu d'eau saumâtre et malsaine, du vin, ce puissant tonique, ce reconstituant par excellence des organisations affaiblies.

Nouveaux faits de morve chevaline et de morve humaine, suivis de guérison.

Nous avons reçu depuis notre dernière *Revue* de nouvelles communications sur la morve chevaline et sur la morve humaine. M. le docteur Lesur (de Renwez), dont nous avons accueilli le premier récit avec quelque réserve à cause de son laconisme, nous transmet aujourd'hui de nouveaux faits dont il nous garantit l'exactitude, aussi bien que du premier.

« Il y a quelques années, nous écrit-il, le maître de poste de Lonny (canton de Renwez), eut tous ses chevaux atteints de la morve. Dix-sept avaient été abattus, et on allait sacrifier un magnifique cheval, honneur de ses écuries. Cependant on diffère, et le cheval, traité empiriquement, guérit. Cinq ou six autres chevaux guérissent de même, malgré la sentence des vétérinaires. Aujourd'hui ces chevaux, parfaitement sains, ne présentent pas le moindre cas rédhibitoire.

— » Un palefrenier jeune et fort, employé au pansage de ces mêmes chevaux morveux, est pris à la même époque d'une rhinite avec écoulement purulent, un véritable jetage. Le docteur Maquart constate une affection des cavités nasales d'une nature spéciale, ne se rapportant à aucun claspe des maladies idiopathiques de la pituitaire. Dans ce cas particulier, la confrontation était chose facile de l'homme au cheval, et le docteur Maquart a pu apprécier, *de visu*, l'identité pathologique de la rhinite de son malade avec celle des solipèdes. Le palefrenier, condamné par son médecin comme les chevaux l'avaient été par les vétérinaires, fut assez heureux pour échapper à une mort réputée fatale. » . . . . . .

Notre confrère exprime le regret que nous exprimions nous-même il y a huit jours au sujet d'un cas analogue, c'est que M. Maquart n'ait point fait, à propos du palefrenier dont il vient d'être question, l'épreuve diagnostique décisive de l'inoculation, à laquelle M. Lesur a eu recours lui-même avec le docteur Landouzy, en 1843, pour un vigneron de Verzenay qui succomba à une morve aiguë.

« Du reste, ajoute-t-il, que les médecins se persuadent bien que la morve est très-fréquente chez l'homme. Il suffit de bien observer, et l'on se convaincra que sa curabilité, si bien prouvée pour le cheval par l'exemple cité plus haut, sera également bientôt démontrée pour l'homme. »

— La seconde communication que nous avons reçue sur le même sujet est une lettre de M. le docteur Ysabeau (de Bourges), qui contient la relation d'un fait de morve aiguë chez l'homme tout à fait analogue à celui que nous avons rapporté samedi dernier, d'après M. le docteur Routy. Nous publierons plus tard cette observation.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Baizeau.

Ulcération de la carotide interne à son passage dans le canal carotidien, déterminée par une nécrose du rocher. — Hémorrhagies répétées. — Ligature de la carotide primitive. — Mort.

C... (Joseph), soldat au 13e régiment d'artillerie, âgé de vingt-trois ans, a été traité en 1859 à l'hôpital militaire de Douai, pour une pleurésie. Entré au même hôpital une seconde fois en 1860, pour des abcès froids multiples qui ont nécessité sa réforme, il est évacué sur le Val-de-Grâce le 31 janvier 1861.

Avant son arrivée sous les drapeaux, sa santé a toujours été assez bonne, et malgré les fatigues auxquelles les fonctions de cocher et de domestique l'exposaient, il n'a jamais été atteint d'affections sérieuses. Cependant, dans son enfance, il a eu des adénites suppurées dont on voit les cicatrices au-dessous de la mâchoire inférieure.

Le jour de son entrée dans mon service, sa constitution est profondément altérée; il est pâle, amaigri, et on constate la présence de tubercules dans différents organes. Du côté de la poitrine on trouve tous les signes d'une phthisie pulmonaire au deuxième degré; toux fréquente, quinteuse; expectoration muco-purulente, crachats nummulaires, submatité dans les régions sous-claviculaires, respiration rude, expiration prolongée, quelques craquements au sommet des deux poumons, plus prononcés à gauche. Le ventre est distendu, douloureux, surtout au-dessus de l'ombilic. A ce niveau, on sent un empâtement profond qui fait croire à une tuberculisation du grand épiploon; légère suffusion séreuse dans le péritoine; digestion difficile, diarrhée habituelle.

Des abcès froids multiples développés il y a plusieurs mois autour du genou droit et du coude gauche, ont laissé dans le voisinage de ces articulations des trajets fistuleux nombreux qui aboutissent, les uns à la face externe et inférieure du fémur dénudée dans une petite étendue; les autres, à l'extrémité cubitale de l'humérus, également privée de son périoste. Au-dessous de l'apophyse zygomatique, à 2 centimètres au-devant de l'oreille gauche, est une autre fistule consécutive à des tubercules enkystés et ramollis de la branche montante du maxillaire inférieur.

Enfin, depuis dix mois il existe du même côté un léger écoulement purulent du conduit auditif, entretenu par une nécrose de l'oreille moyenne. La membrane du tympan est perforée et l'ouïe est notablement affaiblie.

Ce malade est soumis à un régime fortifiant auquel j'associe alternativement l'huile de foie de morue, le vin de quinquina et les pilules d'iodure de fer. Des injections légèrement astringentes avec l'alun sont faites dans l'oreille, et des injections iodées dans les trajets fistuleux.

Le 10 mai, à la suite d'une quinte de toux, un écoulement de sang peu abondant a lieu par l'oreille gauche. Il se renouvelle successivement pendant trois jours, mais chaque fois il s'arrête spontanément après une perte de sang très-faible. Je prescris des injections dans la caisse du tympan avec du persulfate de fer; de la charpie imbibée du même liquide est introduite dans le fond du conduit auditif externe, et j'ajoute au traitement interne une potion avec 1 gram. de persulfate de fer, et plus tard l'eau de Rabel.

Dès les premières apparitions de l'écoulement sanguin, j'annonçai aux médecins stagiaires qui suivaient ma visite, que très probablement la carotide interne était ulcérée à son passage dans le rocher par le fait de la lésion de cet os, et que l'hémorrhagie se répéterait et tuerait inévitablement ce malade.

Mon diagnostic fut bientôt vérifié par la marche des accidents. En effet, l'hémorrhagie, suspendue pendant huit jours, revient le 22 avec plus d'intensité que les premières fois; le sang sort en même temps par le conduit auditif, par les narines et par la bouche; il est rouge vermeil, et il n'y a aucun doute à avoir sur sa nature artérielle. Toutefois, le tamponnement du conduit auditif l'arrête facilement.

Le 24 et le 26, nouvelles hémorrhagies qui cessent d'elles-mêmes au bout d'une minute de durée. Le malade, très-affaibli, est incapable de supporter d'autres pertes de sang un peu copieuses. Le 27, je me décide donc, après avoir pris l'avis de MM. Laveran, Legouest et Trudeau, à pratiquer la ligature de la carotide primitive gauche. Quelques instants avant l'opération, une hémorrhagie se déclare, mais on y met fin aussitôt par la compression de la carotide. La ligature faite, le sang ne coule plus; mais le malade se plaint d'une vive douleur dans l'hypochondre gauche, de constriction à la base de la poitrine, de bourdonnements et de tintements d'oreilles. Le pouls est plein, précipité. La déglutition est pénible, et quelques cuillerées de bouillon et un peu de vin sucré sont avalés avec difficulté. Le lendemain, la prostration est grande, il y a tendance à la somnolence; la déglutition est encore plus pénible que la veille, mais la respiration est moins gênée et la douleur de l'hypochondre a diminué.

Le 28, à neuf heures un quart, c'est-à-dire vingt-quatre heures après la ligature, l'hémorrhagie reparaît et cesse presque immédiatement.

Le 29, à trois heures du matin, un écoulement de sang plus considérable que le précédent se fait par les fosses nasales; céphalalgie; sensation de chaleur générale assez vive; peau sudorale; pouls accéléré; déglutition plus facile. La faiblesse excessive du malade ne permet pas de pratiquer la ligature de l'autre carotide, opération qui me semble du reste inutile. Je me borne à renouveler le tamponnement de l'oreille moyenne et à faire des injections avec le persulfate de fer; de nouvelles pertes de sang ont lieu dans la journée du 29, à dix heures du matin et à trois heures et demie du soir, et le 30, à cinq heures du matin. Le malade succombe le même jour, à onze heures du soir.

M. Hiffelsheim a combattu cette manière de voir dans un grand nombre de travaux, et s'est fondé sur ce fait incontestable que les nerfs étant l'agent intermédiaire entre l'électricité et le muscle, forcément les centres nerveux participaient à cette influence en bien ou en mal, selon l'opportunité et la manière d'employer l'électricité.

La localisation, d'après cette nouvelle doctrine, ne devrait être envisagée qu'au point de vue de l'application matérielle des conducteurs sur des points limités. Cette discussion a eu pour objet d'ailleurs une foule de détails pratiques qui offriraient un intérêt secondaire au lecteur.

La voie, largement ouverte par les nombreux travaux de M. Duchenne, est devenue européenne. Il a donc bien mérité de la science, à laquelle il a fourni des matériaux abondants, et ce n'est que parce qu'il a tant fait qu'il a donné tant de prix aux discussions.

Plusieurs livres ont paru depuis, et notamment le *Manuel* de M. Tripier, qui renferme surtout l'exposé des diverses manières d'employer l'électricité.

Quoique l'idée de donner des secousses aux muscles paralysés soit de beaucoup celle qui domina de tout temps, on conçut néanmoins l'idée d'essayer l'action incitatrice dans d'autres affections, mais toujours avec la pensée d'exciter quelque organe frappé d'atonie, privé de vitalité, où, selon l'expression pittoresque, le fluide nerveux ne circule pas.

Cette opinion, qui envisage l'électricité comme un excitant, du réel a passé au figuré, et tout le monde sait ce que veut dire au moral être électrisé ou galvanisé.

Conséquence de la manière dont l'électricité s'est révélée à ses premiers observateurs, la commotion, cette conception, a été entretenue par ce fait incontestable, que les nombreux appareils d'induction construits depuis ce temps sont essentiellement propres à donner des secousses.

Cependant la secousse, la contraction musculaire, représentent-elles le dernier mot des propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'électricité? Tel que le mot était entendu, oui; tel qu'il faut l'entendre, non.

Une fois pour toutes, dit M. Hiffelsheim, distinguons le courant tel que la pile l'engendre, par exemple pour le fonctionnement de nos télégraphes, et le courant qui prend sa source dans les appareils d'induction.

Le premier est le courant *continu*, dont M. Remack s'est également occupé à un autre point de vue. Le second est le courant induit d'origine *intermittente*. Or M. Hiffelsheim depuis six ans s'efforce de démontrer que le courant continu est un *sédatif* des grandes surexcitations nerveuses, et un *régulateur* du système entier perturbé. De même le courant interrompu est un excitant, un stimulant contre-indiqué, alors que l'autre est si opportun.

Ceci est capital. Du moment où le courant continu n'est pas un excitant à des doses modérées et appropriées à chaque cas, il est possible de faire pénétrer ce courant d'une manière suivie dans l'organisme, et d'obtenir par cette permanence des modifications profondes, radicales, dans l'état général du système nerveux. Ce milieu nouveau doit modifier comme tous les changements de milieu, c'est-à-dire d'une manière définitive. Telle est l'idée qui a donné naissance à cette méthode, consacrée par le livre de M. Hiffelsheim sous le nom de *courant voltaïque continu permanent* (1).

Appliquée il y a quelques années sur une vaste échelle à l'hôpital de la Charité, dans les névralgies surtout, la méthode a pris chaque année une nouvelle extension, et se trouve aujourd'hui à l'essai à la Salpêtrière dans plusieurs divisions d'aliénés.

Le travail régulier, continu, imperceptible de la pile, reposé, en partie du moins, sur des réactions chimiques. Il est prouvé que la pile est susceptible d'un travail chimique utilisable, équivalant à peu près à son propre travail générateur du courant. C'est la base de la *galvanoplastie*.

(1) J. B. Baillière et fils, 1861.

Si, au lieu d'utiliser ce courant pour des transformations chimiques, on en veut tirer les propriétés caloriques et lumineuses, on transforme ce courant en caustique, d'où la *galvano-caustique* et enfin la *lumière électrique*.

La pile doit recevoir des dispositions différentes dans chaque mode d'emploi. La *télégraphie* ne peut elle-même les utiliser qu'alors qu'elles remplissent des conditions spéciales. Une *sonnerie* électrique marchera avec quelques éléments, alors qu'il en faut un nombre bien plus considérable pour franchir un grand espace. Ces particularités sont aussi importantes quand il s'agit de l'emploi médical de la pile.

Dans les appareils d'induction, un ou deux éléments peuvent suffire à développer dans les fils *multiplicateurs* un courant intermittent très-énergique. Le but étant la pénétration du courant dans l'organisme, il fallut, comme pour la télégraphie, se rendre maître des résistances qu'opposent les tissus au passage de ce courant. Or, la résistance générale est si considérable, d'après les expériences de M. Hiffelsheim, qu'il faut essentiellement se préoccuper de la génération d'un courant doué de la *tension* capable de surmonter cette résistance. Ce que les fils multiplicateurs font si aisément dans les appareils à courant intermittent, le nombre des éléments peut seul le donner dans le courant continu direct de la pile. De là une première donnée fondamentale d'employer un grand nombre d'éléments de pile.

Les piles à effet chimique intense ne pouvaient convenir; et tandis que la chirurgie, pour pratiquer la galvano-caustique, recherche surtout cette pile, l'emploi médical exige précisément le contraire.

Il est démontré également que les éléments à grande surface sont plus caustiques que les éléments à petite surface. Il ressort de là l'obligation d'employer des piles à courant chimique ou *quantitatif* très-faible et à surface active très-petite. M. Hiffelsheim déclare, à cet égard, que toutes les piles qui existent laissent encore à désirer, et que c'est au prix de beaucoup de soins qu'il réalise ses applications conformément au but à atteindre dans chaque cas particulier.

La pile étant donnée, on l'installe dans un coin d'une pièce, et, à

Autopsie. — Pour ne pas prolonger inutilement cette observation, je laisse de côté les détails relatifs aux altérations de la poitrine et de l'abdomen ; il suffit de savoir que les poumons et le péritoine sont infiltrés de tubercules, comme cela avait été reconnu pendant la vie. Le cerveau est pâle ; les ventricules sont remplis de sérosité. Le lobe moyen gauche présente à sa face inférieure une petite tache brune lenticulaire qui pénètre à 5 millimètres de profondeur ; dans son centre est une gouttelette de pus épais, mêlé à la substance cérébrale ramollie. Au point correspondant, l'arachnoïde et la pie-mère sont saines ; il n'y a ni fausses membranes ni adhérences. La dure-mère a une teinte foncée ; mais cette coloration paraît être produite par le contact du sang mélangé à du persulfate de fer qui s'est échappé par des fissures qui font communiquer la face antérieure et supérieure du rocher avec le canal carotidien.

La surface extérieure du rocher, soit du côté de la cavité encéphalique, soit du côté de la base du crâne, n'offre rien de particulier.

Ayant réséqué avec un sécateur la face inférieure du conduit auditif, la caisse du tympan est mise à nu ; elle est recouverte d'une couche épaisse de sang coagulé, qui est enlevée par un filet d'eau. La muqueuse qui la tapisse et la membrane du tympan sont détruites ; une large communication est établie entre cette cavité et le canal carotidien aux dépens de la portion osseuse située derrière le promontoire, et qui sépare le conduit artériel de celui de la trompe d'Eustache. Cette partie commune aux deux canaux, frappée de nécrose, a été isolée du corps du rocher, et est venue former deux petits séquestres fort irréguliers, l'un du volume d'un grain de riz, l'autre un peu plus gros qu'un pois, qui, couchés sur la face inférieure de la carotide interne, au niveau de sa première courbure, l'ont ulcéré, et ont déterminé deux perforations circulaires de deux tiers de millimètre de diamètre, très-rapprochées l'une de l'autre.

On trouve dans les recueils de médecine des exemples assez nombreux d'ulcérations d'artères produites par des corps étrangers cachés dans les tissus, par des esquilles ou les extrémités d'os fracturés ; mais les observations de perforations artérielles consécutives à une carie sont très-rares.

Cependant M. Chassaignac a cité dans son *Traité de la suppuration* (tome Ier, page 529) un exemple semblable à celui que je viens de relater. Son malade, comme le mien, avait une carie du rocher, et l'artère carotide interne, ulcérée par un séquestre, devint la source d'hémorrhagies qui entraînèrent rapidement la mort.

J'ai été appelé, il y a quelques mois, à observer un fait analogue qui a été communiqué à la Société de chirurgie par M. Legouest. Dans ce cas, l'ulcération siégeait sur l'artère vertébrale, et avait été déterminée par une carie des vertèbres cervicales. Deux hémorrhagies qui s'étaient manifestées après l'ouverture de l'abcès symptomatique de l'altération osseuse, avaient été arrêtées par le tamponnement ; une troisième qui se fit pendant ma visite amena une syncope mortelle, bien que la perte de sang n'ait pas été au delà de 125 à 150 grammes.

Dans ces trois observations, l'ulcération a été produite par le même mécanisme, par la pression et le frottement des séquestres ou des os cariés sur l'artère. On remarquera que les artères vertébrales et carotides internes présentent une disposition anatomique exceptionnelle qui les expose plus que les autres vaisseaux à ce mode d'ulcération, et augmente la gravité de ces lésions. La mort en est la conséquence inévitable ; et on ne peut tout au plus, à l'aide du tamponnement et de la ligature, que suspendre momentanément l'hémorrhagie et prolonger la vie du malade de quelques jours ; car d'une part il est impossible d'espérer la formation d'un caillot et l'oblitération d'une artère placée au milieu d'os cariés ou nécrosés, et dont la perforation reste béante et baignée par le pus, et, de l'autre, la facilité du rétablissement de la circulation dans la partie supérieure du vaisseau lésé, ne permet pas de penser que la ligature puisse avoir d'heureux résultats.

Néanmoins, chez mon malade, j'ai cru devoir lier la carotide, bien que je ne me fisse pas illusion sur les suites de cette ligature, afin de retarder la mort de quelques jours. Je n'ai pas même eu cette légère satisfaction ; on a vu que l'hémorrhagie s'est reproduite le lendemain. La ligature de l'autre carotide aurait-elle eu plus de chances de succès ? Evidemment non ; la circulation se serait promptement rétablie au moyen des artères vertébrales, et cette nouvelle opération, fort grave par elle-même, n'aurait certainement fait que hâter la mort. Il m'a donc paru préférable de m'abstenir.

ASCITE COMPLIQUANT LA GROSSESSE.

Nouveau procédé de paracentèse.

Lorsqu'on évacue par la ponction avec le trocart ordinaire, en un seul temps, tout le liquide ascitique, dans le cas de grossesse, l'utérus ne tarde pas, en général, à entrer en contractions. Cette ponction peut donc avoir pour conséquence l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Pour prévenir cet accident, M. Pigeolet conseille de perforer simplement avec une épingle ou un trocart capillaire la saillie ombilicale qui existe presque toujours dans ces cas. Le liquide s'écoule alors goutte à goutte, et la grossesse ne se trouve pas menacée. M. Pigeolet a employé ce procédé, dans un cas, avec un plein succès. (*Journ. de méd. de Bruxelles.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 juillet 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le docteur Legendre se porte candidat à la place de membre titulaire qui vient d'être déclaré vacante.

— M. le docteur Lizé (du Mans), déjà candidat au titre de membre correspondant, fait parvenir à la Société, par l'intermédiaire de M. Gosselin, deux pièces d'anatomie pathologique et plusieurs observations de chirurgie. (Commissaires, MM. Desormeaux, Béraud et Guersant.

— M. HUGUIER, à propos de la correspondance, communique à la Société un exemple fort intéressant d'accidents survenus à la suite de la vaccination et observés par M. le docteur Allaire (d'Héricy-sur-Seine).

Il s'agit d'un enfant de deux ans, vacciné en juin 1860. Un seul bouton apparut au bras droit, qui fut l'origine des accidents. D'abord c'est un érysipèle, puis des accidents cérébraux simulant ceux de la méningite, puis un abcès du creux axillaire. Alors l'érysipèle gagne le cou et le tronc, et l'on voit se développer une adénite cervicale qui donne lieu à un abcès, et un phlegmon, à forme diffuse, avec sphacèle du tissu cellulaire, sur le tronc. Bientôt deux autres abcès se développent sous la clavicule. Alors se produit une éruption de boutons sur toute la moitié droite du tronc ; puis un sixième abcès, puis un septième. Enfin, et malgré ces accidents formidables, l'enfant est guéri.

Notre confrère se demande si le vaccin ne proviendrait pas d'une source impure. C'est une pure hypothèse, car le vaccin provenait d'une source peu suspecte ; mais il était recueilli depuis longtemps. Il ajoute qu'il n'existait pas d'épidémie d'érysipèle ou de maladie septique dans le pays au moment où ce fait était soumis à son observation.

M. ROBERT et M. CHASSAIGNAC pensent que l'on ne fait peut-être pas assez attention au danger qui peut résulter de la multiplicité ou du rapprochement des piqûres. Il survient souvent de l'érythème, et à cette irritation superficielle peut succéder une inflammation plus profonde, des adénites axillaires et même des abcès.

M. Robert, sans soutenir d'une manière absolue le danger de prendre du vaccin chez des enfants dans de mauvaises conditions, ne voudrait pas se servir de vaccin recueilli sur des enfants chétifs, débilités, présentant des boutons ou des croutes sur le corps.

M. Chassaignac insiste sur les dangers qui pourraient résulter non pas de l'inoculation du virus-vaccin pris isolément, mais du sang, qui trop souvent est mélangé au virus recueilli sur des enfants syphilitiques.

M. Chassaignac rappelle les accidents qui se sont présentés chez des militaires soumis à la revaccination.

M. BOINET cite à ce propos le mémoire qui vient d'être publié dans la *Gazette médicale de Lyon*, et qui a pour but de prouver que le sang peut, dans des inoculations, transmettre la vérole.

M. GUERSANT pense que l'on néglige peut-être trop cette petite opération, et que l'on ne prend pas assez garde de ne pas trop rapprocher les piqûres. Il a vu survenir des accidents chez deux enfants vaccinés de bras à bras. Dans ces cas, il a cru devoir rapporter les accidents non au vaccin lui-même, mais à la mauvaise constitution des enfants et aux fâcheuses conditions dans lesquelles ils se trouvaient.

M. GIRALDÈS. Ces accidents ne sont pas rares chez les nouveau-nés placés dans certaines conditions, à l'hospice des Enfants assistés, par exemple. J'ai vu des érysipèles, des phlegmons, des gangrènes partielles intéressant la peau et quelquefois aussi les muscles, etc. Je n'ai jamais vu que ces accidents pussent être rattachés à la multiplicité des piqûres.

M. DANYAU n'est pas convaincu du danger que présente l'auréole inflammatoire qui accompagne l'évolution des pustules vaccinales, même quand les piqûres sont rapprochées. Il a fait un grand nombre de vaccinations, en se plaçant toujours, comme on doit le faire en toute circonstance, dans les conditions les plus favorables, et il n'a pas vu que l'état particulier, idiosyncrasique des enfants, prédisposât aux accidents consécutifs à la vaccination. Il a quelquefois observé des accidents, mais sans pouvoir expliquer pourquoi ils s'étaient produits, sans que rien dans l'enfant ou dans les soins dont on l'avait entouré, pût expliquer le développement de ces complications.

M. DESORMEAUX. Il faut traiter la vaccination comme une opération, et, comme telle, la pratiquer en suivant les préceptes recommandés par les auteurs. Il pourra sans doute, même en s'entourant de toutes sortes de précautions, en ne négligeant aucun détail de cette petite opération, survenir quelquefois des érysipèles, des phlegmons, etc. ; et il sera de la vaccination, dans beaucoup de cas, comme des autres opérations dans lesquelles on ne trouve rien pour expliquer l'évolution de ces complications.

M. LEGOUEST revient sur une des assertions émises par M. Chassaignac. Il y a dix-huit mois ou deux ans, le ministre de la guerre prescrivit la revaccination dans l'armée. — Dans une ville du Midi, il survint chez plusieurs militaires (sept ou huit) des accidents qu'on rapportait d'abord à la syphilis. L'autorité s'en émut, et M. Larrey fut envoyé pour examiner les faits. Or, de l'examen auquel s'est livré notre collègue, il est résulté que ces accidents n'étaient dus qu'à des érysipèles phlegmoneux, développés sous l'influence d'un manque de soins de propreté, du grattage des boutons, et de la reprise trop prompte du service. Un grand nombre d'autres militaires avaient été, du reste, revaccinés dans les mêmes conditions, le même jour, avec le même vaccin, et n'avaient pas eu d'accidents. Chez aucun de ces militaires, il n'y eut d'accidents syphilitiques, ni généraux, ni même locaux.

Sur la proposition de M. VERNEUIL, la Société décide qu'un extrait de la lettre qu'il a communiquée pour M. Huguier, précédera la discussion qui vient d'avoir lieu.

COMMUNICATION.

M. LEGOUEST communique le résultat qu'il a obtenu sur un malade déjà présenté à la Société et atteint de **torticolis intermittent.**

M. Legouest rappelle à la Société qu'il a eu l'honneur de lui présenter, il y a deux mois environ, un sous-officier atteint d'une affection singulière, qualifiée par lui de torticolis intermittent.

Étant au repos et dans la position du soldat sans armes, le malade avait la tête dans une rectitude parfaite, les deux yeux sur la même ligne, les traits du visage réguliers. Les reliefs musculaires du cou étaient les mêmes des deux côtés. Cette attitude régulière se maintenait tant que le tronc était immobile ; tous les mouvements de la colonne cervicale s'exécutaient alors sans gêne, sans douleur et dans toute leur amplitude.

Dès que le sujet venait à marcher, la face se déviait peu à peu à droite, la tête se renversait à gauche et en arrière, de telle sorte qu'après une marche un peu longue, la nuque se trouvait près de l'épaule gauche et le visage regardait obliquement à droite et en haut. On constatait alors à la vue une saillie prononcée des muscles sterno-mastoïdien et trapèze gauche, et, par la palpation, une contracture de ces mêmes muscles et une dureté considérable.

Quand le malade cessait de marcher, la contraction musculaire cessait aussitôt, la tête revenait à sa position normale, et un léger craquement avec ressaut, dont le siége paraissait profondément situé au

---

l'aide de deux fils bien isolés, on amène l'électricité des deux pôles où l'on veut. Le malade reçoit *au moins* deux fils sur deux points du corps, par l'intermédiaire de conducteurs humides. Ces deux points sont choisis d'après un arc idéal dans lequel on veut faire cheminer le courant.

Il est présentement assez difficile de démontrer *mathématiquement* la ligne que suit le courant dans un corps aussi hétérogène que le nôtre. Mais il est quelques données physiques qui servent de guide en ce point délicat. La conductibilité des tissus est le premier élément à considérer. Si vous présentez à un courant deux voies, l'une résistante par un obstacle mauvais conducteur, l'autre conductrice par le développement d'une surface métallique, par exemple, l'électricité suivra surtout, sinon exclusivement, cette seconde voie.

Si l'obstacle, dans une voie unique, est trop grand pour la tension dont est douée la pile, rien ne sort de celle-ci, il n'y a pas de courant sensible ; ce qui arrive d'ordinaire avec plusieurs éléments.

Le chemin suivi par le courant qui *passe*, ne saurait être en ces cas une ligne unique. Il existe des courants partiels nombreux, sans aucun doute, dont une partie peut être détournée du but immédiat. Mais il y a pour tout le courant une même surface de pénétration et une semblable surface de sortie. La peau étant un fort mauvais conducteur par elle-même, l'électricité a une double raison, qu'on nous passe le mot, pour suivre toujours la *corde*, marquée par deux points opposés, plutôt que l'*arc* qu'elle sous-tend.

Une des circonstances les plus séduisantes dans l'électricité d'induction, résulte de son action si palpable, si aisée à constater sur le système musculaire. On peut, sur le sujet sain, démontrer l'action isolée, spéciale de chaque muscle, en touchant simultanément, avec les deux conducteurs, les points moteurs des nerfs superficiels. Mais ceci ne démontre rien quant à son action thérapeutique, d'autant que, dans la plupart des paralysies ce sont les centres qui sont lésés, et que l'incitation électrique demeurerait parfaitement stérile le plus souvent, si on agissait indirectement sur eux.

Cette constatation de l'action du courant intermittent, à la portée d'un enfant même, n'a lieu pour le courant fermé définitivement par l'intermédiaire du corps, qu'en cas de brûlure ou de chaleur aux points d'application des pôles.

Or, M. Hiffelsheim a établi que l'on doit éviter cette brûlure comme inutile, nuisible et contraire à la méthode.

Cette remarque détruit toutes les assimilations que l'on a faites entre la méthode et la substitution.

Il dut rechercher un autre moyen de reconnaître le passage du courant au travers du corps ; il fallait également mesurer l'énergie, le degré de force du courant ; et comme la méthode repose sur une action permanente, pendant des journées (avec quelques heures d'intervalle), des semaines, des mois, il devenait opportun de savoir si effectivement le malade reçoit par vingt-quatre heures la *dose* qui lui est destinée. Toutes les trois conditions sont parfaitement réalisées par un voltamètre gradué, solidairement intercalé dans le circuit voltaïque dont le corps humain représente une section.

Le voltamètre repose sur la propriété qu'a le courant de la pile de décomposer l'eau en ses deux gaz : l'hydrogène et l'oxygène. C'est l'origine de la découverte de toutes les décompositions électro-chimiques. La décomposition de l'eau simple est difficile ; celle de l'eau pure ou distillée l'est encore davantage. Mais de nombreuses considérations font rejeter l'eau rendue meilleure conductrice par l'addition de substances étrangères, et toutes les raisons possibles font désirer à M. Hiffelsheim l'emploi de l'eau distillée. C'est la seule manière, en effet, d'avoir un *étalon* qui permette de comparer entre elles toutes les applications de la méthode.

Pour des raisons très-importantes également, au lieu de mesurer le gaz dégagé, il ne mesure que l'eau non décomposée dans le tube gradué qui est la base de son voltamètre.

La boussole qui marque et la direction et le passage du courant, est un instrument mesureur d'une signification très-relative. Elle est très-sensible, si l'on emploie dans sa construction beaucoup de fil multiplicateur ; si l'on en emploie peu, elle est peu sensible. D'ailleurs elle n'indique pas encore la dose reçue par un malade dans un temps donné. L'élément le plus sérieux du contrôle manque alors absolument. L'aiguille peut dans une journée, par l'ouverture du circuit, revenir vingt fois à zéro, et par la fermeture retourner vingt fois au degré voulu, si le malade abandonne un aussi grand nombre de fois son traitement, ou plutôt son médicament. Il n'en est point de même du voltamètre.

Supposons que cet instrument renferme 10 centimètres cubes d'eau. En admettant que le courant de la pile, avec l'énorme résistance du corps et du voltamètre lui-même, placés solidairement dans le circuit, décompose 1 centimètre cube par quatre heures, il manquera donc en vingt-quatre heures 6 centimètres cubes d'eau. En tenant compte des ouvertures de circuit, correspondant aux promenades du malade, on peut, en lisant les degrés, se rendre parfaitement compte, à la visite de tous les matins, de la dose qu'a reçue le malade. Il y a là un moyen de contrôle de la durée journalière et totale de l'administration du médicament, dosé lui-même à tout instant, qui dépasse de beaucoup en précision ce que l'on a jamais fait en thérapeutique.

Ici le médicament est facultativement dirigé sur les parties malades ; il y est dirigé à la dose voulue pendant un temps déterminé, quelles que soient les conditions du malade. C'est une conquête des principes immuables de la physique remportée sur les conditions si variables des organismes vivants. Il fallait, pour y réussir, allier la connaissance de la physique et de la physiologie. M. Hiffelsheim a fait ses preuves dès 1854 dans la série de travaux sur les mouvements du cœur.

La valeur thérapeutique de toute méthode, quelle que soit sa portée rationnelle, ne peut se juger qu'au lit du malade. Une commission suit les applications au traitement de certaines formes de la folie. C'est après elle seulement que nous jugerons la méthode dans son vaste ensemble.

Ch. ROBIN.

niveau du sommet de l'apophyse mastoïde, était perçu par le sujet seul.

Cette affection, remontant au 15 août 1859, était survenue à la suite d'un refroidissement; elle avait débuté comme une névralgie rhumatismale; légère tout d'abord, elle était arrivée au point d'empêcher le malade de faire son service, non par la douleur insignifiante qu'elle déterminait, mais par la gêne considérable qu'elle apportait dans la marche, l'équitation, etc. Rien n'avait pu en avoir raison. Frictions de toutes natures, vésicatoires, séton, douches, bains de vapeur avaient également échoué.

C'est alors que le malade entra dans le service de M. Legouest, et que notre collègue nous le fit voir comme un sujet intéressant au double point de vue de la pathologie et de la thérapeutique. MM. Debout et Bouvier seuls avaient rencontré une ou deux affections analogues, et pensèrent qu'il s'agissait dans ce cas d'un spasme fonctionnel du muscle sterno-cléido-mastoïdien, analogue au spasme connu sous le nom de crampe des écrivains.

Le malade fut soumis par M. Legouest à la gymnastique. Pendant quinze jours il porta toute la journée une bande de caoutchouc disposée comme la bande dont se servait Dupuytren dans le cas de fracture de l'apophyse mastoïde, et destinée à lutter contre la contraction du muscle malade. Aucun effet ne s'étant produit, la bande de caoutchouc fut placée pendant quinze jours du côté opposé, obligeant ainsi le muscle sain à se contracter plus énergiquement. Pendant que l'appareil était appliqué, quel que soit le côté, la rectitude de la tête était maintenue dans sa marche; dès que l'application cessait, la déviation se reproduisait.

Ce moyen, reconnu sans résultat, fut abandonné et remplacé par des injections hypodermiques d'une solution au millième de sulfate d'atropine. Douze injections dont le nombre de gouttes fut progressivement augmenté jusqu'à atteindre le contenu complet d'une seringue de Pravaz, furent faites successivement, sans produire d'autres phénomènes que les troubles physiologiques dus à l'atropine; des vomissements même étant survenus, M. Legouest crut devoir renoncer à cette médication et recourir à l'emploi de l'électricité C'est aux courants qu'on eut recours. Une pile de Daniell, composée d'un seul élément (grand diamètre), fut placée sur la tête du lit du malade; deux plaques de cuivre terminant les réophores furent disposées l'une à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et maintenue en place au moyen d'un ruban de soie formant collier. L'appareil resta en place toute la nuit, c'est-à-dire pendant douze heures; le lendemain matin, le malade n'en accusa aucune espèce d'effet. Une nouvelle application eut lieu la nuit suivante et dura, comme la précédente, pendant douze heures. Le malade remarqua qu'un peu d'humidité s'était formée sous les plaques; il avait ressenti quelques fourmillements.

Une troisième application de même durée eut lieu : le lendemain, le malade accusa un mieux sensible; sa tête tournait moins et se redressait plus facilement.

Encouragé par cette amélioration, M. Legouest continua pendant vingt-quatre nuits l'application de l'électricité, c'est-à-dire pendant deux cent quatre-vingt-huit heures; mais déjà vers le douzième jour il avait constaté et fait constater à sa clinique la guérison du malade.

L'importance de ce fait engage M. Legouest à le communiquer à la Société; l'intérêt qu'il présente est encore augmenté par l'abandon presque général en thérapeutique des courants constants, malgré les succès dus à ce mode d'emploi de l'électricité, consignés dans un mémoire de Rémack, présenté en 1855 à l'Académie des sciences.

M. BOUVIER trouve le fait communiqué par M. Legouest fort intéressant. Il fait cependant quelques réserves sur l'efficacité du traitement mis en usage. Le malade de M. Legouest est guéri; mais doit-on rapporter cette guérison à l'influence de l'électrisation ? La pile employée paraît bien faible.

M. Bouvier a vu plusieurs malades présentant la même affection, et sur lesquels on a mis en usage toutes sortes de traitement : faradisation, gymnastique, etc.

Quelques-uns ont guéri; l'un, entre autres, à la suite des exercices de gymnastique locale. J'ai vu une autre jeune malade qui a guéri d'une façon assez singulière. Elle était recherchée en mariage par un officier. Son torticolis intermittent disparut sous le coup d'une émotion agréable à la suite des exercices d'un bal.

M. Bouvier pense donc qu'il ne faut pas trop se hâter de conclure à l'efficacité du traitement; qu'il pourrait bien n'y avoir dans ce fait qu'une simple coïncidence entre la guérison et le traitement mis en usage.

M. BROCA partage les doutes exprimés par M. Bouvier sur l'efficacité du traitement mis en usage par M. Legouest.

Il ne pense pas qu'un seul couple de Daniell, quelque grand qu'il soit, puisse produire sur les muscles, sans le concours d'un appareil d'induction, un effet appréciable. Les tissus du corps sont mauvais conducteurs de l'électricité, et pour vaincre leur résistance, il faut plusieurs éléments disposés de manière à produire ce que les physiciens appellent de la tension. Sans tension, l'électricité ne traverse pas les tissus en quantité suffisante pour agir sur les muscles.

M. LEGOUEST résume cette discussion en faisant remarquer que rien jusque-là n'avait modifié le torticolis; que rien ne peut faire présumer qu'il ait cessé spontanément. Or quoi de plus saisissant qu'un fait, surtout quand le fait est, comme celui-ci, de toute évidence? Ce malade est aujourd'hui complétement guéri. Enfin, ajoute M. Legouest, peut-être faut-il attribuer ce bon résultat à la manière dont l'électricité a été employée.

M. BERAUD communique au nom de M. DANTAU et au sien l'observation complète d'une monstruosité remarquable, dont il a déjà été fait mention dans une des séances précédentes. (Voir le numéro précédent.)

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. BEYRAN, membre correspondant, présente un malade atteint d'une **ostéite chronique des os du tarse** du pied gauche, et communique les détails suivants :

Le nommé M..., âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution assez robuste, a joui jusqu'à l'âge de dix-neuf ans d'une bonne santé habituelle.

A cette époque, c'est-à-dire il y a six ans, il a contracté un chancre induré au méat urinaire. Cet ulcère a été accompagné de retentissement ganglionnaire (adénopathie bi-inguinale multiple, indolente), qui s'est terminé au bout de deux mois sans suppuration et sans traitement spécifique.

Cinq mois après cet accident primitif, manifestations secondaires (roséole, pustules, etc.).

Dix-huit mois plus tard, douleurs vagues, générales, rhumatoïdes, s'exaspérant la nuit.

Deux ans après, enfin, localisation de ces douleurs à l'articulation tibio-tarsienne (du pied gauche).

Bientôt les accidents se dessinent davantage, et il se développe une ostéite qui au bout de trois mois détermine de la suppuration et une nécrose des os, notamment de l'astragale et du calcanéum.

Depuis cette époque, l'affection n'a pas fait de progrès : elle est restée localisée aux points primitivement affectés. L'empâtement est peu considérable, les trajets fistuleux peu développés. La marche est facile, et, à part les points malades, le reste du pied et l'articulation tibio-tarsienne elle-même sont en bon état.

Il y a trois mois que le malade s'est adressé à moi; je l'ai soumis immédiatement à l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur et des bains sulfureux à l'extérieur. Le résultat du traitement a été une amélioration assez sensible consistant dans la diminution de l'intensité des douleurs et de la tuméfaction de la partie malade.

Un chirurgien de Paris, que j'ai appelé en consultation, a conseillé de continuer le traitement que j'avais mis en usage. Mais dans une autre consultation, réclamée par le malade, un autre chirurgien proposa l'amputation. Pour ma part, je m'y suis formellement opposé, et je voudrais connaître l'avis de la Société.

M. BAUCHET pense qu'après avoir seulement jeté un coup d'œil sur le pied de ce jeune homme, il n'est pas possible de discuter sérieusement l'idée d'une amputation. Il n'y a aucune indication de songer à une opération. M. Beyran ne peut mieux faire que de continuer le traitement qu'il a institué.

M. BROCA est du même avis.

M. CHASSAIGNAC a obtenu de bons résultats d'un traitement spécifique, quand la cause de la lésion osseuse est elle-même spécifique. Il engage donc M. Beyran à persister et peut-être à élever les doses du médicament. Quant à la question d'amputation, M. Chassaignac se borne à dire qu'il ne fait jamais d'amputation dans des cas semblables. Enfin M. Chassaignac ajoute qu'il a souvent obtenu les plus heureux résultats par l'emploi de tubes à drainage.

M. GUERSANT conseille aussi l'usage de moyens généraux, et rejette l'idée d'une amputation.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

M. LEGOUEST présente, au nom de *M. Baizeau*, professeur agrégé au Val-de-Grâce, un exemple de **perforation de la carotide interne.** Voici du reste l'observation remise par M. Baizeau. (Voir plus haut.)

M. CHASSAIGNAC. Ce fait m'intéresse d'autant plus que j'en ai observé un semblable à celui que M. Baizeau a rappelé. Il ressort de ces deux faits une indication pratique : quand il existe un écoulement purulent par l'oreille, qu'on a toute raison de croire à une altération profonde de la caisse du tympan, il faut se garder de tout cathétérisme de la trompe, de peur de déterminer le développement d'une complication semblable.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le directeur de l'Assistance publique vient de nommer une commission dans le but important d'étudier les *causes de la mortalité des nouveau-nés* déposés à l'hospice des Enfants assistés, et les moyens de la prévenir. Cette commission devra aussi chercher les moyens propres à prévenir ou à empêcher le développement des affections syphilitiques, qui se manifestent si fréquemment, soit chez les enfants assistés, soit chez les enfants présentés à la Direction municipale des nourrices. Cette commission se compose de :

MM. Cullerier, chirurgien de l'hôpital du Midi, *président;* Vée, chef de division, *vice-président;* Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux; Danyau, professeur à l'Ecole d'accouchement; Bouchut, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie; Depaul, chirurgien de l'hospice des Enfants assistés; Hervieux, médecin du Bureau central; Giraldès, chirurgien de l'hôpital des Enfants; Matice, médecin de la Direction des nourrices; le directeur de l'hospice des Enfants assistés; le directeur de la Maison d'accouchements; le chef du bureau des Enfants assistés, *secrétaire.*

— La Société anatomique vient de nommer son bureau pour l'année 1861; il se compose de MM. Millard et Genouville, vice-présidents; Besnier, secrétaire; Ed. Simon, vice-secrétaire; Poumet, archiviste; Parmentier, trésorier.

— Le docteur Marco Bey Picipio, médecin en chef de S. M. le sultan Abd-ul-Aziz, promu il y a quelques jours au grade de liva, vient d'être nommé inspecteur général des hôpitaux militaires de Constantinople. (*Gaz. méd. d'Orient*).

— M. Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera son cours sur les maladies de la peau, le mardi 6 août, et continuera les mardis suivants, à huit heures et demie, le résumé clinique de la pathologie cutanée spéciale et de la syphilis. Visite des salles Saint-Charles et Saint-Jean à huit heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis; par M. GIBERT, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 3e édition; 2 vol. in-8°. Paris, chez H. Plon, imprimeur-éditeur, rue Garancière, 8.

De l'opération césarienne après la mort; par M. le docteur LETENNEUR, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes. In-8°. Prix, 1 fr. 50 c. *franco*. — Paris, 1861, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 89. — MARDI 30 JUILLET (34e ANNÉE.) N° 89. — MARDI 30 JUILLET 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 29 JUILLET 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Demeaux, dans un mémoire que M. Velpeau a présenté en son nom à l'Académie, fait savoir que depuis plusieurs années il a traité le diabète sucré par l'extrait de ratanhia et l'alun calciné mélangés dans des proportions égales. Deux cas de guérison complète sont rapportés dans ce mémoire à l'appui de l'efficacité de celle médication. Nous prenons acte de ces faits et de l'engagement que prend l'auteur de traiter plus tard la question avec tous les détails que son importance comporte.

M. Demeaux ne perd pas de vue la question de la désinfection, qu'il a soulevée il y a deux ans environ avec un certain éclat. Dans une seconde communication faite dans la même séance, il appelle l'attention de l'Académie sur les résultats de quelques expériences nouvelles relatives à l'influence du coaltar sur la décomposition des matières organiques. Nous attendrons pour apprécier ces résultats, ainsi que les faits énoncés plus haut, que l'auteur en ait fait connaître les détails.

M. Bobœuf signale à l'Académie les propriétés hémostatiques des phénates alcalins solubles (de soude et de potasse). C'est un sujet d'expérimentation facile, et sur lequel on pourrait être promptement fixé par le concours des chirurgiens.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre correspondant dans la section d'anatomie et zoologie en remplacement de M. Rathke, décédé. La section avait présenté la liste de candidature suivante :

En première ligne, M. Purkinje, à Breslau.

En deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Danas, à New-Haven; Dalle Chiaje, à Naples; Siébold, à Munich; Van Beneden, à Louvain.

Le scrutin a donné 40 voix à M. Purkinje, et 1 à M. Van Beneden.

En conséquence, M. Purkinje a été proclamé élu.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GUÉNEAU DE MUSSY.

Emphysème. Asthme. — Suppression de dartres. Cachexie saturnine.

(Leçon recueillie par M. le docteur A. Wieland.)

Vous avez vu ce matin, au n° 34 de la salle Sainte-Marthe, un malade sur lequel je veux un instant appeler votre attention. Il présente un état assez complexe. Vous avez constaté chez lui plusieurs affections dont nous essayerons de saisir la filiation; permettez-moi d'abord de vous tracer succinctement son histoire pathologique.

Ce malade est âgé de soixante et un ans, il est peintre en bâtiments; c'est un homme de petite taille, très-chétif. Vous avez été comme moi frappés de l'aspect cachectique qu'il présente ; le tissu adipeux sous-cutané a presque disparu, les masses musculaires sont très-grêles, la peau est flasque, décolorée, ou pour mieux dire elle offre une coloration spéciale plus facile à reconnaître quand on l'a observée, qu'à faire comprendre par une description. Chaque cachexie imprime à la peau une coloration particulière.

Ici, en effet, vous avez une teinte jaunâtre, terne, qui n'est pas la teinte sub-ictérique de la pyogénie, ni la pâleur transparente de l'anémie, ni la coloration jaune paille de la cachexie cancéreuse; c'est, je le répète, une teinte spéciale qu'on rencontre dans la cachexie saturnine, et qu'avec un peu d'habitude vous vous habituerez à reconnaître. Notre malade a eu, avant d'arriver à cet état, plusieurs manifestations de l'intoxication par le plomb. Quatre fois il a eu des coliques, il a éprouvé dans les avant-bras surtout des tremblements convulsifs; enfin il présente, au pourtour des dents qui lui restent, un liséré caractéristique.

Avant ces affections accidentelles, il était déjà d'une mauvaise santé; il a eu à plusieurs reprises, dans sa jeunesse, des engorgements ganglionnaires, des éruptions dartreuses sur la peau : à vingt-huit ans, il a contracté une blennorrhagie qui a duré trois semaines, et quoiqu'il nous dise qu'il a eu la vérole, nous pouvons, je crois, mettre cette assertion en doute, puisque depuis trente ans il n'a eu aucune manifestation secondaire de la syphilis.

Enfin, pour terminer l'histoire des antécédents morbides de cet homme, disons que son père est mort à cinquante ans d'une affection chronique de la poitrine dont nous ne pouvons guère préciser la nature ; deux frères et deux sœurs de notre malade sont morts très-jeunes de la poitrine, très-probablement de tubercules pulmonaires, d'après le récit qu'il nous fait des accidents dont il a été témoin.

Il y a deux ans, un eczéma chronique qui occupait les régions auriculaires, et dont il reste encore aujourd'hui des traces, avait presque complétement disparu depuis quatre ou cinq mois, lorsque subitement, un jour, en traversant le Champ de Mars, notre malade fut pris d'un accès d'asthme très-intense. La dyspnée était telle qu'il fut plus de deux heures à regagner son domicile. Après des quintes de toux violentes, il fut soulagé par l'expectoration d'une grande quantité de matières visqueuses et filantes (n'oublions pas de noter que jusque-là il n'avait jamais toussé d'une manière suivie). Depuis lors, les accès d'asthme se sont répétés fréquemment, surtout l'hiver, et plus fréquemment la nuit que le jour; en même temps il éprouva quelques palpitations, et il vit de temps à autre survenir un peu d'œdème aux membres inférieurs.

Ainsi, pour nous résumer, nous avons affaire à un homme lymphatique, chétif, ayant de mauvais antécédents héréditaires, dartreux depuis son enfance. En outre, il est débilité profondément, surtout sous l'influence de l'intoxication saturnine, dont il porte les stigmates. Il se plaint surtout d'accès d'asthme qui reviennent très-fréquemment, et pour lesquels il vient demander nos soins.

Voici maintenant ce que nous a permis de constater l'examen de la cavité thoracique.

La percussion donne un son aigu, plutôt mat qu'exagéré; l'exagération du son n'est pas un signe nécessaire de l'emphysème pulmonaire, surtout quand l'emphysème est considérable; il existe alors une tension des parois, qui s'oppose aux vibrations; seulement vous trouverez dans ce cas une tonalité plus élevée.

A l'auscultation, vous avez entendu le bruit respiratoire rude et faible, interrompu brusquement comme par une soupape, accompagné d'un petit clapotement semblable au bruit d'une étoffe qu'on agite ; l'expiration est longue, pénible, sibilante; à la base, des deux côtés, on entend des râles humides.

Le cœur est refoulé en bas et à droite par l'expansion du poumon; l'impulsion cardiaque est perçue au niveau de l'épigastre. Stokes, qui a insisté avec raison sur ce signe, l'explique par le refoulement du cœur en bas; mais à cette cause il faut encore ajouter l'accroissement de volume que prend cet organe quand l'emphysème dure depuis longtemps.

Dans les emphysèmes très-développés on rencontre un signe que je n'ai pas constaté chez notre malade, je veux parler de la dépression épigastrique dans l'inspiration. Vous savez qu'à l'état normal, à chaque inspiration l'épigastre se soulève; mais dans l'emphysème, quand les poumons ont acquis un volume considérable, le diaphragme s'abaisse, refoule les viscères abdominaux, et la région épigastrique fait pour ainsi dire partie de la cavité thoracique. Ici les parois costales ont cédé, se sont développées, le diaphragme a conservé sa position.

Les bruits du cœur sont très-sourds, mais cela est probablement dû en partie à la présence d'une lame pulmonaire au-devant de cet organe; cependant, malgré l'éloignement, on trouve le premier bruit lourd et prolongé; le second est également prolongé, mais il n'y a pas de bruit morbide. Vous ne serez pas étonné de rencontrer ce timbre anormal des bruits cardiaques, si vous examinez l'état des parois artérielles; là où vous pouvez les sentir avec le doigt, elles sont dures, bosselées, sinueuses. Ces sinuosités, ces bosselures des artères, accompagnent presque toujours les affections du cœur. L'attention de la plupart des médecins qui ont étudié la pathologie cardiaque, s'est arrêtée exclusivement sur les lésions du centre circulatoire. Tout le système artériel forme un même organe dans la maladie comme dans la santé : le cœur et les artères sont solidaires. La gêne apportée à la respiration depuis si longtemps a dû retentir sur le cœur et contribuer à en modifier la texture.

Malgré ce que je viens de vous dire des altérations de l'appareil vasculaire, je crois qu'il ne faut pas attribuer à l'état du cœur et des vaisseaux l'œdème qui existe aux membres inférieurs; il n'est pas assez considérable pour qu'il soit nécessaire d'en chercher la cause dans un trouble de la circulation centrale, et vous savez combien dans les cachexies il est fréquent de rencontrer de l'anasarque à un degré plus ou moins prononcé.

D'après tout ce qui précède, il est constant que notre malade est emphysémateux, qu'il présente des troubles circulatoires qui, il est vrai, ne constituent chez lui que des phénomènes secondaires. De plus, il est évidemment asthmatique. Il est curieux d'étudier toutes les circonstances étiologiques qui paraissent avoir présidé au développement de l'asthme, et nous aurons à discuter le rôle que l'emphysème a joué dans sa production.

En première ligne nous devons signaler l'hérédité. Le père de cet homme est mort asthmatique ou tuberculeux. Le doute que je viens d'émettre sur la nature de la maladie à laquelle a succombé le père, me conduit à vous rappeler ce que je vous disais il y a trois ans, alors que je remplaçais M. le professeur Rostan à l'Hôtel-Dieu, de l'influence de l'asthme et de l'emphysème sur la tuberculisation pulmonaire. Ces deux affections peuvent coïncider chez le même malade ; on les observe simultanément dans la même famille. Le malade dont je vous fais l'histoire en est un exemple; il est asthmatique; plusieurs de ses frères et sœurs sont morts phthisiques ; ainsi donc il n'existe pas au point de vue pathogénique d'antagonisme absolu entre l'asthme et le tubercule ; cependant la première de ces affections, comme je l'ai observé plus d'une fois, modifie la marche de la seconde, en change l'expression symptomatique, peut en masquer les signes et en arrêter les progrès.

Le premier accès d'asthme a succédé chez notre malade, comme il l'a remarqué lui-même, à la disparition d'accidents herpétiques. Je vous ai maintes fois signalé ces métastases de l'herpétisme sur les organes pulmonaires, et vous savez dans quel sens j'entends la métastase. Je n'admets pas qu'il y ait, comme le voulaient certaines doctrines surannées, transport de la matière morbide d'un organe sur un autre ; on a jugé convenable dans ces dernières années d'établir la discussion sur ce terrain, et après une réfutation trop facile d'une théorie aussi inadmissible, on a cru avoir fait justice de la doctrine des métastases, on n'a fait en réalité que combattre une interprétation que personne ne défend aujourd'hui. Le fait subsiste ; seulement s'il n'y a pas transport de matière morbide, il y a transport de l'action morbide d'un point sur un autre, et, prise dans ce sens, la doctrine des métastases est inattaquable ; elle repose sur de nombreuses observations.

Dans le fait que je viens de vous relater, l'emphysème paraît avoir été consécutif à des accès d'asthme répétés ; jamais notre malade n'avait toussé avant l'apparition de ses accès de suffocation, qui paraissent ici avoir bien nettement succédé à la disparition des dartres qui le tourmentaient depuis son enfance.

Longtemps on a confondu sous le nom d'asthme des dyspnées d'origines bien diverses : ainsi la dyspnée souvent intermittente des affections cardiaques, de certaines lésions pulmonaires. M. Louis, dans un remarquable article sur l'emphysème, regarde cette maladie comme la cause de l'asthme, tout en reconnaissant cependant que ces deux affections peuvent exister indépendamment l'une de l'autre. L'emphysème dans l'asthme est consécutif aux efforts violents que provoquent les accès. La même lésion se produit après certaines affections pulmonaires où la violence de la toux, comme dans la coqueluche, le catarrhe suffocant, etc., a déterminé la distension et la déchirure des vésicules pulmonaires.

D'un autre côté, revenant à des théories mécaniques, on a rattaché la production de l'asthme à l'oblitération passagère des bronches, et M. Beau, reprenant la théorie de Laënnec pour expliquer le développement de l'emphysème, ne voit dans l'accès d'asthme que la dyspnée produite par une bronchite pendant laquelle les sécrétions de la muqueuse respiratoire, retenues dans les petites bronches, empêcheraient l'air de sortir librement. Cet air, arrêté dans ces cavités et refoulé par les efforts considérables déployés pendant l'accès, dilaterait les vésicules et donnerait lieu à l'emphysème. En définitive, l'asthme serait une bronchite intermittente, passagère, jusqu'au moment où des lésions irréparables de la texture pulmonaire établissent la continuité de la dyspnée. Malgré la grande et sincère estime que je professe pour l'auteur de cette théorie, je ne puis partager son opinion.

Je ne discuterai pas cette manière de comprendre la formation de l'emphysème, en ajoutant toutefois à cette explication mécanique la part qu'il faut faire aux altérations vitales des

tissus enflammés, part qui a été ingénieusement exposée par le docteur Stokes dans ses belles recherches sur l'emphysème. Je crois que celui-ci, une fois développé, entretient une dyspnée permanente qui peut réagir sur l'asthme et favoriser le retour des accès, que la gêne constante de la circulation pulmonaire entraîne des lésions cardiaques. Dans tout ce cercle d'évolutions morbides, je suis d'accord avec M. Beau et avec tous ceux d'ailleurs qui ont étudié cette question; mais je ne puis admettre son point de départ. Je ne comprends pas bien cette bronchite se développant si soudainement, d'une durée souvent si courte qu'elle peut accomplir ses périodes, comme M. Beau le dit lui-même, dans l'espace de quelques minutes; et puis dans la plupart des cas, où chercher la cause de cette bronchite? Ceci me remet en mémoire le système des philosophes indiens, qui, cherchant à expliquer comment la terre était soutenue dans l'espace, s'imaginèrent qu'elle devait être supportée par un animal, et, comme de tous les animaux l'éléphant était le plus grand et le plus fort, ils la placèrent sans hésiter sur le dos d'un éléphant gigantesque. Pendant plusieurs siècles cette idée ne trouva pas de contradicteurs, lorsque survint un sceptique qui, ne comprenant pas que l'éléphant restât sans point d'appui avec son immense fardeau, se demanda ce qui supportait l'éléphant; il ne trouva pas d'animal plus approprié et qui offrit une surface plus large, et il jucha l'éléphant sur une vaste tortue. Mais sur quelle base placer la tortue?

De même, si l'emphysème est la cause de l'asthme, si la bronchite est la cause de l'emphysème, je me demanderai, à mon tour, ce qui produit cette bronchite rapide, soudaine, naissant et disparaissant en quelques heures. Je ne croirai jamais, pour ma part, qu'il faille la regarder comme un phénomène initial; derrière cette bronchite il y a un autre élément morbide très-important qui rend compte de l'invasion brusque, de la marche rapide de l'accès: je veux parler de la névrose de l'arbre bronchique. Sans doute il y a congestion de la muqueuse bronchique; mais cette congestion est secondaire, elle n'est pas protopathique. Ne voyez-vous pas tous les jours, à la suite d'émotions vives, des congestions se produire soit sur les téguments de la face, soit sur les glandes lacrymales? N'avez-vous pas maintes fois assisté à ces congestions qui accompagnent des névralgies, celles de la face, par exemple? et n'arrive-t-il pas souvent que les glandes sécrètent en plus grande abondance? Pourquoi alors admettre ici une inflammation primitive qui débuterait, arriverait à son apogée et se résoudrait en quelques heures? La soudaineté, la brusque terminaison, la périodicité des accès, l'influence de causes occasionnelles telles qu'une émotion morale, une odeur qui variera suivant les individus, un peu de fumée, ne sont-elles pas autant de raisons à l'appui de l'opinion que je défends, et ne sont-ce pas là autant de caractères communs à beaucoup de névroses?

Mais les névroses elles-mêmes sont souvent secondaires; il est important alors de remonter à leur condition pathogénique, et vous verrez le plus fréquemment deux diathèses en dominer l'étiologie, l'*herpétisme* et l'*arthritis*.

Je vous l'ai déjà dit, l'emphysème n'est souvent qu'une complication de l'asthme, de même qu'il complique souvent des maladies aiguës accompagnées de quintes de toux violentes; mais dans ce cas il est passager, il disparaît avec le catarrhe, il ne devient permanent que lorsque la toux se répète et dure assez longtemps pour amener à la longue des lésions irréparables. C'est ce qu'on observe dans certaines maladies chroniques, comme dans la tuberculisation pulmonaire, où vous les rencontrerez plus souvent qu'on ne l'a dit.

Chez notre malade, nous sommes porté à rattacher à l'herpétisme cet asthme dont il est atteint, et qui semble avoir remplacé les manifestations cutanées de cette diathèse.

Après ces courtes réflexions, nous devons rechercher quelles sont les indications thérapeutiques qui ressortent de l'analyse médicale de ce fait.

J'ai tout d'abord éliminé la syphilis; et, du reste, je ne verrais dans l'existence d'accidents syphilitiques qu'une indication secondaire. Nous devons, passez-moi l'expression, courir au plus pressé. Notre malade étouffe, la dyspnée est plus intense que de coutume, et cela parce qu'aux lésions et aux troubles ordinaires est venu se joindre un autre élément morbide. Cet homme paye son tribut à la constitution médicale régnante; il est sous l'influence de l'épidémie catarrhale qui sévit dans cette saison; il faut tout d'abord combattre la congestion bronchique, le catarrhe qui complique sa situation. L'état de cachexie profonde que je vous ai signalée nous défend les émissions sanguines; c'est donc à la dérivation que nous aurons recours, d'autant mieux que chez lui il y a eu suppression d'une éruption dartreuse. Une large friction d'huile de croton sur la poitrine, en agissant comme dérivatif, lui créera en même temps une sorte de dartre artificielle. Les ventouses sèches pourront aussi nous rendre service. Quand l'expectoration est difficile, j'emploie souvent avec succès des pilules formulées comme il suit :

Extrait de jusquiame.	0,025
Extrait alcoolique d'aconit.	0,02
Poudre d'ipécacuanha.	0,01

Quatre par jour, deux le matin et deux le soir.

La jusquiame jouit de propriétés béchiques incontestables. Associée à l'aconit, elle m'a paru modérer le stimulus morbide. Enfin, l'ipécacuanha facilite l'expectoration.

Cette première indication remplie, il s'en présente d'autres. Je n'ai pas ici la prétention de déraciner l'asthme, mais il est possible d'en éloigner et d'en diminuer les accès. Je me propose d'appliquer à ce malade un cautère à demeure pour entretenir à la peau une excitation permanente qui puisse faire diversion à la fluxion bronchique, subordonnée elle-même très-probablement à la diathèse herpétique.

Je me rappelle avoir vu un malade dartreux chez lequel un catarrhe qui persista dix-huit mois succéda à la guérison d'une affection herpétique. Un cautère placé à la partie inférieure de la cuisse fit cesser la toux. Plus d'un an après sa guérison cet homme crut pouvoir supprimer son cautère; le catarrhe reparut et ne céda qu'à l'application d'un nouveau fonticule.

Sans espérer un aussi heureux résultat dans une affection invétérée dans laquelle la texture du poumon a subi de graves altérations, il me semble indiqué de tenter cette médication pour chercher à atténuer le mal, à détourner ou diminuer, s'il est possible, ce mouvement fluxionnaire qui en a été le point de départ et qui s'aggrave en se répétant.

Quand la maladie aura été dégagée de cette complication du catarrhe aigu, quand elle aura été ramenée à son type habituel, j'aurai à remplir les indications tirées de l'état général; je lui ferai alors administrer quelques toniques, du quinquina, du café, etc. Enfin, dès que la dyspnée aura diminué, nous en viendrons aux reconstituants, et les éléments de cette médication seront surtout puisés dans l'hygiène, la nourriture, etc. En même temps nous devrons nous occuper de traiter la cachexie saturnine; les bains sulfureux et savonneux entraîneront les particules de plomb éliminées par la peau, et nous y joindrons l'emploi d'un médicament dont je me suis bien trouvé dans des circonstances analogues, je veux parler de l'hypophosphite de soude, qui m'a paru agir surtout en activant le retour des fonctions nutritives; mais, je dois vous le dire, mon opinion n'est pas encore définitivement fixée sur la valeur de cet agent thérapeutique; d'autres observations sont nécessaires pour juger de sa valeur.

HOPITAL DE LA MARINE DE TOULON.

M. J. Roux.

Polypes naso-pharyngiens. Opération préliminaire. Procédé par écartement des os maxillaires supérieurs.

Les polypes pharyngiens fibro-vasculaires à large implantation, à embranchements multiples, constituent une lésion qui menace la vie des malades, et qu'il est essentiel de combattre par tous les moyens que la chirurgie possède.

Dans les cas les plus simples, quand le polype est petit, pédiculé, mou, plus vasculaire que fibreux, on peut l'attaquer et l'extraire par la bouche ou le nez à l'aide du broiement, de l'arrachement, de la ligature, de l'excision. Dans les conditions opposées, malheureusement les plus nombreuses, les voies naturelles sont insuffisantes; il faut créer des voies artificielles par une opération préalable, et nous pensons comme M. le docteur Verneuil qu'ici les voies larges, *procédés prodigues*, sont préférables aux voies étroites, *procédés parcimonieux*.

En s'inspirant du rapport fait sur cette grave matière à la Société de chirurgie par ce chirurgien distingué, et en le complétant par l'indication de travaux récents, on peut ranger sous quatre méthodes les procédés de ces opérations préliminaires, car on pénètre dans le pharynx par la *bouche*, le *nez*, l'*orbite*, la *joue*.

Méthode buccale. — Incision du voile du palais, Manne; incision du voile et perforation de la voûte palatine, M. Nélaton; modification, M. Botrel; perforation de la voûte palatine, M. A. Richard.

Méthode nasale. — Incision et renversement du nez, Garengeot; incision, renversement du nez, enlèvement des os propres, de la cloison, des cornets des fosses nasales, M. Chassaignac.

Méthode orbitaire. — Perforation de l'os lacrymal, M. Rampolla.

Méthode jugale. — Ablation du maxillaire supérieur en totalité, Syme, Flaubert; ablation partielle du même os, M. Maisonneuve; écartement *d'une partie* du maxillaire, Langenbeck, M. Huguier; écartement du maxillaire supérieur *en totalité*, M. J. Roux.

Je vais rapporter très-succinctement le fait clinique qui m'a conduit au procédé par écartement des os maxillaires, et décrire la manière de le pratiquer.

L..., matelot de la frégate la *Zénobie*, entra à l'hôpital de la Marine le 27 février 1861, atteint d'un polype naso-pharyngien.

Le malade, âgé de vingt et un ans, né à Billie, département des Côtes-du-Nord, d'un tempérament lymphatique, d'un embonpoint médiocre et d'une constitution assez faible, fait remonter à plus d'un an la gêne toujours croissante qu'il éprouve dans les fosses nasales.

Il est couché au n° 17 de la salle 5, et se trouve dans l'état suivant : bouche toujours ouverte; respiration gênée se faisant exclusivement par la cavité buccale; sentiment d'embarras dans le pharynx; narines imperméables à l'air; polype apparent dans la partie moyenne de la fosse nasale droite; écoulement par le nez d'un liquide séreux, fétide; déglutition gênée; voix nasonnée; légère exophthalmie à droite; la conjonctive de ce côté est injectée, la pupille un peu dilatée et la vision sensiblement troublée; céphalalgie; éblouissement; marche vacillante faisant craindre un certain degré de pénétration du polype vers les centres nerveux.

L'arrière-gorge, examinée avec soin, ne présente qu'une faible convexité du voile du palais; mais le doigt recourbé en crochet reconnaît un corps volumineux, résistant, non pédiculé, implanté sur le côté gauche de la voûte du pharynx, et probablement sur l'apophyse basilaire, le trou déchiré antérieur et les parties voisines du vomer et de l'apophyse ptérygoïde. Le polype, dont la direction paraît oblique de haut en bas et de gauche à droite, s'étale ainsi sur le côté du pharynx opposé à son implantation. Ces explorations répétées, toujours suivies d'un écoulement de sang assez abondant, amenèrent une inflammation et un abcès sur le bord adhérent du voile du palais.

Décidé à débarrasser L... du terrible parasite qui ne tarderait pas à mettre ses jours en péril, je n'hésitai pas à préparer le malade à une opération radicale.

Afin d'atteindre aisément le polype sur les divers points de son implantation, je crus devoir renoncer à l'attaquer par les voies naturelles, car une première tentative par la fosse nasale droite avait échoué et n'avait servi qu'à extraire l'embranchement gélatiniforme qu'on voyait dans cette cavité et à révéler par une hémorrhagie assez abondante la nature fibro-vasculaire de la tumeur.

Le procédé par écartement des os maxillaires supérieurs, que j'ai fréquemment étudié sur le cadavre, a pour but fondamental de pratiquer à la face une ouverture suffisante pour permettre d'agir librement dans le pharynx. On l'accomplit en incisant les parties molles sans tailler de lambeau, en brisant les attaches des os, en les écartant avec les chairs qui les recouvrent, de manière à ne rien retrancher, à remettre tous les tissus en place après l'opération, et à ne laisser que d'insignifiantes cicatrices.

Dans cette pensée, il faut :

1° Considérer l'os malaire et l'os maxillaire supérieur qui le supporte, comme ne formant qu'un seul et même os;

2° Inciser les parties molles dans les points seulement qui recouvrent les attaches de ces os avec le crâne et la face;

3° Briser ces attaches elles-mêmes;

4° Ecarter les os détachés;

5° Enfin, après l'ablation complète du polype, rapprocher et maintenir en contact les parties dures et molles, momentanément écartées pour permettre cette ablation.

Procédé opératoire. — Le procédé par écartement des os maxillaires comprend cinq temps, dont les trois premiers au moins peuvent s'accomplir dans le sommeil chloroformique (1).

Premier temps. — Division de l'attache fronto-jugale. — Incision transversale de 1 centimètre intéressant les parties molles qui recouvrent l'apophyse orbitaire externe; section de l'articulation fronto-jugale à l'aide du ciseau froid et du marteau ou de la scie à chaîne.

Deuxième temps. — Division de l'attache temporo-jugale. — Incision verticale de 1 centimètre sur l'apophyse zygomatique; section de l'articulation temporo-jugale avec la scie à chaîne ou le ciseau.

Troisième temps. — Division de l'attache orbito-nasale inférieure. — Incision sinueuse des parties molles commençant à l'angle interne et inférieur de l'orbite, au-dessous du sac lacrymal, contournant l'aile du nez, la narine correspondante, et s'arrêtant au-dessous de la cloison sur la ligne médiane, où la lèvre supérieure est ensuite fendue en totalité. Après cette incision qui a détaché le côté correspondant du nez, section de la base de l'apophyse montante et de la cloison interne de l'orbite, au niveau de l'angle inférieur de cette cavité, à l'aide de la scie à chaîne et du ciseau, ou de ce dernier instrument seulement.

Quatrième temps. — Division de l'attache ptérygo-maxillaire. — Section de l'articulation ptérygo-maxillaire (parties molles et dures) à l'aide d'un ciseau long de 20 centimètres, large de 25 millimètres à son tranchant, directement appliqué de champ derrière la dernière dent molaire supérieure, dans l'angle rentrant formé par la rencontre du sphénoïde du maxillaire supérieur et de l'os palatin.

Cinquième temps. — Division de l'attache inter-maxillaire. — Incision transversale détachant à son insertion palatine la moitié du voile du palais correspondant à l'os maxillaire qu'on veut écarter; avulsion de la première dent incisive supérieure du même os; section de la voûte palatine sur le côté du raphé médian à l'aide de la scie à chaîne, introduite ici, comme partout ailleurs, avec l'aiguille de M. le docteur Roux (de Brignolles).

Les attaches osseuses ainsi divisées, on introduit dans le trait de scie inter-maxillaire les mors fermés d'une pince plate et forte; on l'ouvre avec lenteur, et l'on écarte avec facilité les deux maxillaires. Le maxillaire détaché, mais toujours adhérent aux parties molles qui le recouvrent, est porté obliquement en haut et en dehors vers la fosse temporale, de manière à n'exercer sur l'œil aucune compression fâcheuse. On porte ainsi jusqu'à 10 centimètres environ l'intervalle qui sépare les dents incisives des deux maxillaires supérieurs. Cet écartement est la base d'un cône dont le sommet tronqué est mesuré par l'espace compris entre l'apophyse ptérygoïde et le vomer. Enfin, si ce dernier espace par lequel les instruments vont manœuvrer dans le pharynx pouvait paraître trop étroit, on pourrait l'agrandir en enlevant avec des cisailles le vomer et en coupant l'apophyse ptérygoïde à sa base.

Après l'enlèvement du polype par l'un des procédés connus, l'arrachement à l'aide des écraseurs, la rugination des surfaces d'implantation du parasite, leur cautérisation, etc., il est facile de rapprocher et de maintenir en place les tissus écartés à l'aide de la suture des parties dures et des parties molles.

Dans le cas où, pour empêcher la récidive malheureusement trop fréquente des polypes naso-pharyngiens, on jugerait nécessaire de répéter les cautérisations sur le lieu de l'implantation, il serait facile avant le rapprochement de pratiquer une ouverture permanente sur l'apophyse palatine de l'os écarté, d'après les idées de MM. Nélaton et Richard.

(1) Afin de se prémunir contre l'hémorrhagie, toujours assez grande au moment où l'on attaque le polype, il est essentiel pendant l'opération préliminaire de ne passer d'un temps à l'autre qu'après avoir tari toutes les sources qui donnent du sang.

Par l'exercice on arrive à pratiquer en six minutes sur le cadavre le procédé d'écartement des maxillaires supérieurs ; je l'ai accompli de cette manière il y a peu de jours, en présence de M. le docteur Huguier, qui a bien voulu pratiquer devant nous à l'amphithéâtre de l'École de médecine navale de Toulon le procédé d'ostéoplastie partielle qu'il a inventé dans le même but, et que nous ne connaissions pas encore (1). J'ai eu aussi l'avantage de mettre sous les yeux de ce chirurgien éminent le dessin achevé, montrant tous les détails de mon procédé.

Les études sur le cadavre étaient complètes pour les aides et pour l'opérateur, l'appareil instrumental préparé ; tout était disposé, lorsqu'au dernier moment le malade se refusa obstinément à toute opération, et sollicita de retourner dans son village.

Le procédé par écartement du maxillaire supérieur en totalité est donc resté dans sa phase de théorie pure. Si je le fais connaître, ce n'est pas par amour de la chirurgie spéculative, mais bien parce que je pense que d'autres chirurgiens trouveront peut-être avant moi l'occasion de lui donner la sanction de la pratique, s'ils le considèrent comme propre à ouvrir la plus large voie vers le polype, en ménageant le jeu de toutes les parties, et en ne laissant sur la face que des cicatrices peu apparentes.

Dans les cas les plus graves de polypes naso-pharyngiens, alors que le terrible parasite a projeté partout à la base du crâne et dans les cavités de la face ses rameaux envahissants, il ne serait peut-être pas impossible de pratiquer sur les deux côtés de la face l'opération que je viens de décrire.

CONSIDÉRATIONS NOUVELLES

sur l'origine de l'hypertrophie et de la dilatation du cœur.

Par M. le docteur Campana, ancien interne des hôpitaux.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies du cœur considèrent l'hypertrophie et la dilatation du cœur comme les résultats d'un obstacle mécanique siégeant soit aux valvules du cœur, soit dans tout autre point de l'arbre circulatoire. Pour eux, l'hypertrophie du cœur est un heureux effort de la nature, effort qui a pour but de donner aux contractions du cœur une puissance capable de leur faire surmonter un obstacle accidentel ; il en résulte qu'on doit considérer cette hypertrophie comme un bienfait ; aussi certains auteurs n'ont-ils pas hésité à l'appeler providentielle.

La thèse de M. Campana renferme la réfutation complète des idées précédemment énoncées. Il s'efforce de démontrer que l'on ne saurait trouver dans un obstacle mécanique la raison des divers états pathologiques (hypertrophie, dilatation) dont le cœur est affecté. Il prend pour épigraphe un principe formulé par M. le docteur Pidoux, et il en déduit une explication toute nouvelle de la pathologie cardiaque.

Voici quel est ce principe :

« Dans la physiologie du cœur, dit M. Pidoux, il faut substituer l'idée d'évolution à celle de succession mécanique, et dans la pathologie l'idée de maladie ou d'altération d'évolution, à celle de désordre dans un système hydraulique. »

Dans la première partie de sa thèse, M. Campana cherche à établir d'une façon précise ce qu'on entend par hypertrophie et par dilatation du cœur. La chose en vaut la peine, comme on va le voir, et cette signification est loin d'être aussi nette qu'on pourrait croire. On considère généralement le mot d'hypertrophie comme synonyme d'hypersarcosie, ou d'augmentation de la fibre musculaire. Mais cette hypersarcosie est-elle bien prouvée ?

L'auteur met en doute l'existence de l'hypertrophie musculaire ; il pense que tout muscle a une limite d'accroissement assez restreinte et qui ne saurait être comparée au volume que prend, dans certaines circonstances, le cœur dit hypertrophié. On a vu des cœurs peser deux livres et demie, environ six fois le poids normal. Si les muscles des membres étaient susceptibles d'un pareil accroissement, on les verrait parfois, dit l'auteur, constituer d'horribles masses qui comprimeraient les nerfs et les vaisseaux, et crèveraient leurs enveloppes pour venir pendre le long des membres.

Aux auteurs qui admettent que l'hypertrophie du cœur dépend d'une augmentation d'activité de ses muscles, M. Campana objecte avec raison ces cas de palpitations idiopathiques durant de longues années, et dans lesquels on n'a pas observé à l'autopsie l'ombre d'une hypertrophie. Inversement, on trouve quelquefois, à l'autopsie, une hypertrophie du cœur chez un malade dont le cœur se contractait si tranquillement ou si faiblement pendant la vie, que ni la vue ni le toucher ne pouvaient percevoir le moindre battement à la région précordiale. M. Beau cite un fait de ce genre.

Après avoir ainsi démontré qu'aucun fait n'autorise à admettre l'hypertrophie musculaire, en général, l'auteur examine ce que l'on a appelé le mécanisme de l'hypertrophie compensatrice du cœur. « Comme point de départ physiologique, dit-il, la théorie de ce mécanisme admet que le cœur est l'unique moteur de la circulation aortique, au moins le reste est-il fort hypothétique à ce point de vue... Le cœur est donc la force active, la *puissance* de la circulation ; la force passive ou la *résistance* est la masse sanguine à mouvoir avec une certaine vitesse à travers les voies circulatoires.... Supposons que la résistance augmente par le fait d'un obstacle quelconque, situé n'importe où, visible ou invisible, qu'arrivera-t-il d'après l'opinion la plus accréditée ? » Le cœur se comportera comme s'il avait conscience de l'obstacle, et il se livrera à des efforts qui ont pour but de le surmonter.

Il semble qu'il y ait là une impasse dont il soit difficile de sortir. En effet, si, comme le dit M. Beau, tout obstacle à la circulation élève la résistance au-dessus de la puissance, c'est que cette puissance a été directement affaiblie parce que la faculté contractile du cœur a été directement attaquée par la cause pathologique et a *perdu de son énergie*. Comment donc ce cœur, devenu plus faible, peut-il se livrer à des efforts plus considérables, et surtout comment peut-il s'hypertrophier d'une façon presque illimitée ?

« D'après M. Beau, quoique l'hypertrophie devienne très-considérable et que la force du cœur croisse en proportion, il arrive toujours au bout d'un temps plus ou moins long qu'il cesse de pouvoir contre-balancer la résistance au cours du sang, d'où l'asystolie et l'enrayement de la circulation. D'abord faible et passager, le désordre circulatoire deviendra intense et durable, et alors le cœur se dilatera ; ses cavités, incapables de se vider, resteront engouées ; son tissu s'engorgera, la résistance aura triomphé à ce moment, elle aura forcé le cœur, et la circulation restera peut-être définitivement enrayée.

» Parmi les lésions d'orifice qui peuvent se rencontrer dans les maladies du cœur, il en est une qui fait exception à la règle générale, en ce qu'elle peut déterminer la production d'une hypertrophie compensatrice : c'est l'insuffisance des valvules aortiques, ou ce qu'on appelle maladie de Corrigan. C'est M. Beau lui-même qui consacre cette exception, et qui reconnaît qu'en ce cas il n'existe aucun des symptômes rationnels des maladies du cœur, tels que suffusions séreuses, cyanose, gonflement des jugulaires, suffocation... L'habitus est tel, que parfois on ne songe nullement à la possibilité d'une maladie cardiaque, et que la mort peut survenir subite et imprévue avant que le diagnostic ait été porté.

» M. Forget déclare au contraire expressément, qu'insuffisance et rétrécissement constituent à titre égal un obstacle au cours du sang... On ne peut admettre qu'il n'en coûte aucun effort au ventricule gauche pour lancer dans l'aorte ce surplus de sang qui reflue dans sa cavité à chaque diastole ; j'aurais même pensé *à priori*, et d'après la théorie, que l'asystolie est encore plus assurée dans l'insuffisance que dans le rétrécissement.»

L'hypertrophie est donc fréquente dans l'insuffisance. Mais par quoi a-t-elle pu être produite, sinon par un obstacle à vaincre ? D'un autre côté, si l'on admet que l'hypertrophie compense parfaitement l'obstacle, comment expliquer que les malheureux qui sont atteints d'insuffisance en souffrent et en meurent, bien qu'ils n'aient pas le faciès cardiaque de Corvisart ?

Ces contradictions n'ont pas échappé à M. le professeur Monneret. « L'édifice de l'insuffisance et du rétrécissement, dit-il, élevé avec tant de peine et à si grands frais, est resté jusqu'à ce jour à l'abri de la critique ; je l'ai tenu moi-même pendant longtemps en grande vénération. Mais enfin, j'ai vu tant de fois et de si près ses défauts, que je me vois contraint de l'ébranler. »

Après avoir ainsi attaqué la cause présumée mécanique de l'hypertrophie, M. Campana nie que la même cause puisse donner une explication plausible de la dilatation du cœur. Il entre à ce sujet dans des détails fort intéressants sur la différence qu'il y a entre la distension et la dilatation d'un corps ; il montre en quoi ce que l'on a appelé dilatation des muscles diffère de la dilatation physique ; enfin, il admet avec M. Claude Bernard la dilatation active. Il ajoute : « Il ne faut point se laisser abuser par les mots usuels de relâchement et de contraction appliqués aux divers états du muscle ; ces mots ne sont exacts que si on les entend de la forme de l'organe, laquelle varie à chaque instant, de manière à être tantôt plus effilée, tantôt plus ramassée ; mais, encore une fois, la substance musculaire même n'est susceptible ni de condensation ni d'expansion pendant son fonctionnement le plus exagéré, et ses molécules sont toujours à la même distance les unes des autres. Il est donc assez difficile que les molécules puissent prendre de nouvelles distances relatives sans perdre leurs propriétés, puisque lorsque notre bras, par exemple, soulève les poids les plus lourds, ses muscles ne sont nullement distendus ou tendus, au sens physique du mot. »

Quelle est donc la cause de l'hypertrophie du cœur ? Hope, Laënnec, Testa et Lancisi avaient déjà pensé que le cœur peut être atteint de maladies dépendant d'aberrations primitives de structure du cœur. M. Campana est porté à penser que puisque la mécanique est impuissante à donner la raison des hypertrophies et des dilatations, c'est dans le vice organique congénital qu'il faut en chercher la cause. « La dilatation ainsi comprise n'est plus l'effet d'une cause placée en dehors du cœur et agissant sur lui soit immédiatement, soit médiatement et par l'intermédiaire d'une série d'organes préalablement ébranlés.»

Dans tout ce qui précède, M. Campana détruit rationnellement toutes les hypothèses par lesquelles on a voulu expliquer mécaniquement l'hypertrophie et la dilatation du cœur.

Dans la dernière partie de sa thèse, il fait voir que l'anatomie pathologique, si peu avancée qu'elle soit à cet égard, n'en est pas moins défavorable au mécanisme. Un certain nombre d'auteurs, Testa, Morgagni, M. Bizot, ont élevé des doutes sur la cause de l'hypertrophie du cœur. Kreysig est encore plus explicite que les auteurs précédents : « Nous avons établi, dit-il, comme principe fondamental, que les lésions organiques ne peuvent se produire que moyennant un processus vital, et que les influences mécaniques peuvent être regardées comme des causes occasionnelles, mais jamais comme leurs causes efficientes. »

Le docteur Stokes (de Dublin) partage de tous points l'opinion de Kreysig : « Nous ne pouvons dire pourquoi les parois du cœur s'hypertrophient et se dilatent dans certains cas, tandis que dans les autres elles paraissent manquer d'aptitude à subir de semblables altérations : évidemment elles requièrent, pour se produire, quelque chose de plus qu'une simple obstruction mécanique. Il est nécessaire, dit l'éminent praticien, qu'il survienne dans le tissu musculaire quelque lésion vitale organique dont la présence favorise la dilatation ou l'hypertrophie, et dont l'absence détermine la conservation des cavités du cœur dans leur état d'intégrité. Aussi ne doit-on pas considérer la rétro-dilatation comme le simple résultat mécanique du rétrécissement, et la rétro-hypertrophie comme une condition nécessaire pour triompher de cet obstacle. Tous ceux qui ont cultivé l'anatomie pathologique savent parfaitement combien il est fréquent de rencontrer des rétrécissements considérables de l'orifice aortique sans hypertrophie ni dilatation du ventricule. »

On voit par ce qui précède combien nous sommes loin des lois de Forget. — Je finirai par une dernière citation :

« Jamais, dit M. Campana, les parois d'une cavité viciée ne sont hypertrophiées *uniformément*, comme cela se conclut de la théorie. Constamment, quoiqu'à un degré variable, les parois font revêtir à la cavité, à mesure qu'elles s'altèrent, une forme de moins en moins *semblable* à sa forme normale ; de plus, elles présentent, disséminés en divers points, l'épaississement, l'amincissement, l'expansion, la contraction, et une foule de dégénérescences particulières, comme des transformations fibreuses partielles, des ramollissements circonscrits, d'aspect très-variable, des plaques jaunâtres piquetées ou uniformes, des amas de petites varicosités, des apoplexies capillaires ou des suffusions sanguines plus étendues, etc., etc. »

En résumé, la thèse de M. le docteur Campana nous paraît appelée à jeter un nouveau jour sur la pathologie cardiaque. En dirigeant les recherches dans une voie inexplorée, elle amènera la découverte de faits inaperçus jusqu'à présent ou obscurcis par de faux systèmes ; nous espérons du reste que l'auteur lui-même complétera par d'autres travaux l'étude complexe des maladies du cœur qu'il a si brillamment commencée.

C. Mauvezin,
Interne des hôpitaux.

POTION VINAIGRÉE ANTIHECTIQUE.

Vinaigre distillé.	60	grammes.
Eau distillée de laurier-cerise	8	—
Sirop simple	24	—
Eau distillée	150	—

Dose de 30 à 60 grammes toutes les trois ou quatre heures. Excellent moyen contre les sueurs profuses des fièvres hectiques, dans la phthisie pulmonaire, par exemple.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 juillet 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

Traitement du diabète sucré par l'emploi simultané de l'alun calciné et de l'extrait de ratanhia. — M. Deméaux communique sous ce titre un mémoire dont suit un extrait.

Depuis plusieurs années j'ai traité le diabète sucré par l'extrait de ratanhia et l'alun calciné mélangés dans des proportions égales ; j'ai obtenu des résultats qui d'abord m'ont encouragé, que j'avais communiqués déjà en 1856 à mon illustre ami M. Bernard. J'avais eu l'occasion d'observer des malades à diverses périodes de l'affection, et aussi des malades chez lesquels l'affection présentait divers degrés d'intensité. Chez presque tous j'avais remarqué que l'emploi du médicament que je viens de signaler modifiait d'une manière notable les symptômes principaux ; ainsi, sous l'influence de ce traitement, j'avais vu successivement des malades parvenus à une période très-avancée, chez lesquels, après quelques jours de traitement, l'appétit était moins vorace, la soif moins intense, les urines moins abondantes et la quantité de sucre notablement diminuée. Chez quelques autres où la maladie n'était pas encore suffisamment caractérisée pour permettre de porter un diagnostic formel et précis, j'ai vu dans quelques semaines les malades recouvrer leur santé primitive.

Dans un travail plus étendu que celui-ci, je me propose de traiter cette question avec tous les détails que son importance semble commander ; dans la présente communication, je me borne à relater deux faits dans lesquels le diagnostic ne pouvait être douteux, et où le traitement indiqué plus haut a produit une entière guérison. (Commissaires, MM. Chevreul, Rayer, Bernard.)

— M. Deméaux soumet également au jugement de l'Académie un mémoire intitulé : *De l'influence du coaltar sur la décomposition des matières organiques.*

Déjà depuis longtemps, dit l'auteur, on admet que le coaltar est un puissant désinfectant ; on s'est demandé si cette substance agissait uniquement par substitution d'odeur, ou bien s'il se produisait une véritable combinaison d'après laquelle l'odeur primitive était détruite. Cette question n'est pas encore résolue pour tout le monde ; en attendant que je puisse, dans un travail plus étendu, en examiner les diverses phases avec plus de détail, je tiens aujourd'hui à prendre date pour quelques expériences, dont le résultat me paraît présenter un grand intérêt, soit au point de vue de la pratique médicale, soit au point de vue de l'hygiène publique.

Dans un autre travail que j'ai publié il y a quelques mois, j'ai fait remarquer que l'alcool était un véhicule précieux pour le coaltar ; que, grâce à ce produit, le coaltar, naguère si rebelle à tout mélange, à toute combinaison, devenait, après avoir été dissous préalablement, susceptible de se mélanger, de se combiner avec un grand nombre de produits végétaux ou organiques.

(1) C'est ce procédé dont nous avons publié une si belle application dans le numéro du 20 juillet dernier. (Note de la Rédaction.)

Les expériences que je fais connaître dans la présente note sont de deux sortes ; les unes sont relatives à l'action du soluté alcoolique de coaltar sur les produits organiques liquides ; les autres à l'action de l'air coaltaré sur les produits organiques solides ou liquides. (Renvoi à l'examen des mêmes commissaires : MM. Chevreul, Rayer, Bernard.)

Action thérapeutique des sels alcalins produite par l'acide phénique ou ses homologues. — M. BOBOEUF communique un mémoire dont il résume le contenu dans les termes suivants :

1° Les phénates alcalins solubles (de soude ou de potasse) appliqués à 5 ou 10° au moyen de compresses qui en soient imbibées sur des blessures vives produites par des instruments tranchants, agissent avec la plus grande énergie comme agents hémostatiques, et arrêtent instantanément les hémorrhagies.

2° Les dissolutions étendues des phénates alcalins solubles, ainsi que toutes les dissolutions aqueuses de l'acide phénique et celles des huiles saponifiables, des huiles essentielles végétales et minérales, guérissent la gale et toutes les affections analogues.

3° Les phénates métalliques, notamment le phénate de mercure, devront rendre à la thérapeutique d'immenses services.

4° Les charbons phénatés seront souvent pour la médecine un puissant auxiliaire.

5° Les huiles essentielles obtenues des ligneux (charpie, chiffons, papier, etc., etc.), en les extrayant sous forme de vapeur au moyen de la *pipe*, et en les agitant ensuite avec l'eau pour obtenir des dissolutions aqueuses d'huiles essentielles, seront d'une grande utilité aux soldats en campagne pour prévenir soit l'inflammation de leurs blessures, soit la gangrène. (Commissaires : MM. Flourens, Velpeau, Jobert.)

— M. LABALBARY soumet au jugement de l'Académie une *Note sur les végétations dites syphilitiques.*

M. Andral est invité à prendre connaissance de cette note et à faire savoir à l'Académie s'il y a lieu de la renvoyer à l'examen d'une commission.

— M. L. HAMON adresse au concours pour les prix de médecine et de chirurgie quatre opuscules et trois articles de journaux dans lesquels il a exposé les résultats de ses recherches sur l'albuminurie. (Commission des prix Montyon de 1862.)

— M. MATHIEU présente le modèle et la description d'un nouveau porte-scie pouvant s'adapter à toute scie à chaîne. (Commissaires : MM. Velpeau, Jobert.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 2 mai 1861. — Présidence de M. MAGNE, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le docteur Métaxas envoie un travail intitulé : *De l'exploration de la rétine et des altérations de cette membrane visibles à l'ophthalmoscope;* il demande le titre de membre titulaire. (MM. Magne et Milon.)

Double fistule lacrymale : la droite guérie après dix ans de traitement ; la gauche guérie après quelques semaines, par l'oblitération. — M. MAGNE. Dans une de nos dernières séances, j'ai promis à la Société de la tenir au courant d'une opération de fistule lacrymale opérée par moi dans des conditions exceptionnelles. Je viens tenir ma promesse.

M. M..., fabricant à Turcoing (Nord), âgé de trente et quelques années, a été opéré sept fois, dans l'espace de dix ans, dans le but de remédier à deux fistules lacrymales. Les différents chirurgiens consultés ont employé tantôt le cautère actuel, tantôt l'électricité, puis la potasse caustique, etc.

Après dix années de traitement, la fistule du côté droit a enfin disparu ; malheureusement, il existe à l'angle interne de l'œil une cicatrice blanche et tiraillée qui résulte de nombreuses cautérisations, lesquelles n'ont pas respecté les téguments.

L'œil gauche présente aussi des traces de cicatrices dues à d'anciennes cautérisations ; mais ces lignes cicatricielles sont traversées par un pertuis fistuleux qui continue de donner issue au pus provenant du sac lacrymal.

Le 24 février 1860, assisté de M. le docteur Mouzard, j'élargis le trajet fistuleux ; le *spéculum du sac* protégeant la peau, écarte les lèvres de la plaie et permet au caustique de pénétrer dans la profondeur du sac.

L'opération fut des plus simples, l'incision seule offrit des difficultés, eu égard à la dureté du tissu cicatriciel. Je prolongeai la durée de la cautérisation, tenant compte de l'ancienneté et de la ténacité de la maladie.

Le 15 mars, M. M... retournait à Turcoing. Quelques cautérisations partielles furent nécessaires pour niveler les bourgeons charnus résultant d'une cautérisation vigoureuse, mais la guérison ne se fit pas attendre.

J'ai revu M. M... huit mois après l'opération, dont il n'a eu qu'à se louer, et la cicatrice du côté gauche, malgré les anciennes cautérisations, est beaucoup moins visible que de l'autre côté.

Je suis en droit de conclure de cette observation que si l'oblitération avait été pratiquée d'après les règles que j'ai établies, M. M... aurait évité dix années de souffrances, et que les traces laissées par les opérations auraient été presque nulles.

Je ne saurais donc trop répéter que pour que l'oblitération du sac réussisse toujours, elle doit être pratiquée avec les précautions que j'ai indiquées.

J'ai pratiqué dernièrement, avec l'assistance de M. le docteur Milon, une oblitération du sac chez un malade qui présentait quatre trajets fistuleux. L'heureux résultat de cette opération et la rapidité de la guérison méritent que cette observation soit publiée avec quelques détails. Notre honorable collègue M. Milon en entretiendra la Société dans une prochaine séance.

Je suis heureux de terminer cette communication en disant à la Société que je suis autorisé par mon savant maître et ami M. Jobert (de Lamballe), à déclarer que toutes les fois qu'il a pratiqué l'oblitération du sac cette opération a été suivie de succès.

Traitement de la chute du rectum chez les enfants par les injections sous-cutanées de sulfate de strychnine. — M. FOUCHER, chirurgien des hôpitaux, a adressé le travail suivant à l'appui de sa candidature. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 18 juillet.)

M. MALLEZ lit un rapport sur cette communication. Les conclusions étant favorables, M. Foucher est nommé au scrutin membre titulaire de la Société.

Procédé pour la guérison de l'ongle incarné. — M. DUPERTUIS, revenant sur la note lue par M. Legrand dans la séance précédente, présente quelques réflexions. Il considère la partie de l'ongle décollée comme agissant à la manière d'un corps étranger. Pour lui, il emploie depuis longtemps le procédé suivant : il divise avec le bistouri l'ongle dans toute son épaisseur, à la limite de la partie décollée ; avec une pince, il renverse cette portion d'ongle et l'enlève presque sans douleur.

M. GAUCHER. Le moyen le plus sûr et le plus expéditif est d'obtenir d'abord l'anesthésie locale au moyen d'un mélange réfrigérant de glace et de sel, et d'enlever l'ongle dans son entier.

M. GUERSANT. L'extirpation de l'ongle est une opération souvent fort douloureuse, et dans tous les cas pouvant amener des phlegmons et des érysipèles. Je fais très-rarement l'extirpation ; le plus ordinairement je cautérise avec le nitrate d'argent, et j'ordonne des bains émollients. Cette cautérisation est encore fort douloureuse ; aussi emploierai-je l'alun comme notre confrère M. Legrand.

M. MASSON fait observer que le procédé préconisé par M. Legrand est très-ancien. Pour lui, il se contente de cautériser légèrement, après quoi il introduit sous l'ongle un peu de diachylon gommé.

Emphysème du cou et de la mâchoire. — M. DUHAMEL. J'ai communiqué à la Société, il y a quelques années, un cas singulier d'emphysème chez un enfant. Ces jours-ci, j'ai été appelé auprès d'un homme de cinquante ans environ qui a été atteint brusquement d'une tumeur emphysémateuse limitée en haut par la mâchoire inférieure, en bas par la clavicule ; il n'y avait rien dans la poitrine. Ce malade mourut treize heures après l'apparition de la tumeur. Il est probable que dans ce cas l'emphysème se sera produit dans les plèvres, et que le malade est mort asphyxié.

Des cataractes adhérentes à toute la face postérieure de l'iris. Quand un malade n'a qu'un œil, si cet œil est cataracté, à quel procédé faut-il avoir recours ? — M. COURSSERANT lit la note suivante. (Voir *Gazette des Hôpitaux* du 25 juillet.)

M. GUERSANT pense que, pour légitimer des lois aussi absolues que celles que l'on vient de poser, il serait bon de leur donner pour base un nombre assez considérable de faits.

M. DOUMIC est loin de partager les idées émises par M. Coursserant relativement à l'innocuité des excisions de l'iris, et relativement surtout à leur efficacité dans certaines affections des membranes internes. Il s'élève contre la tendance trop chirurgicale que l'ophthalmologie semble prendre entre les mains de quelques praticiens.

M. COURSSERANT, sans vouloir entrer dans l'appréciation de la valeur des excisions de l'iris, sur lesquelles un de ses élèves, le docteur Billière, a publié une assez longue thèse, qu'il a offerte à la Société de médecine pratique, maintient dans toute leur intégrité les propositions qu'il vient de formuler.

M. MAGNE résume la discussion. Il s'associe volontiers aux sages paroles prononcées par M. Doumic. M. Magne considère l'iridectomie pratiquée dans le but de s'opposer au glaucome comme une conquête utile ; il craint seulement qu'on ne se laisse aller à trop d'engouement pour cette méthode. Dans les yeux glaucomateux, alors qu'il existe de violentes douleurs, la paracentèse de l'œil pratiquée largement semble à M. Magne aussi utile et moins grave dans ses suites que l'iridectomie. La coque fibreuse de l'œil, gorgée de toute part, offre une dureté analogue à celle que présente un œil d'émail. En pareil cas, la paracentèse de l'œil amène un soulagement comparable à celui du débridement dans le panaris.

Le secrétaire annuel, Dr ELLEAUME.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MM. Cruveilhier et Perrier viennent d'être nommés aides d'anatomie, à la suite du concours ouvert à la Faculté de médecine de Paris.

— M. le docteur Lambron, médecin-inspecteur de Luchon, a fait don à l'Association générale des médecins de France d'une somme de 500 francs, et d'une somme de 200 francs à la Société locale du département de l'Indre.

— La Société médicale du Haut-Rhin a nommé, dans sa dernière séance, *membres ordinaires* : MM. les docteurs Benckard, à Kaysersberg ; Courvoisier, à Grandvillars ; Camille Gros, à Mulhouse ; *membre correspondant :* M. le docteur François, à Strasbourg.

— Nous voyons avec plaisir l'unanimité qui règne chez les membres de notre Faculté en faveur de l'institution du concours. On nous dit qu'à l'occasion de la dernière nomination, MM. Tourdes et Stœber, dans leurs rapports sur les titres des candidats, ont manifesté leur opinion sur ce sujet. M. Schützenberger en a fait de même dans son éloge de Forget. Ces honorables professeurs croient que sans concours il n'y a point d'émulation parmi les agrégés, ceux-ci étant à peu près sûrs d'arriver successivement, presque à l'ancienneté. La Faculté de médecine de Strasbourg a toujours montré une grande impartialité dans ses choix ; elle s'est souvent recrutée au dehors, et c'est le concours qui lui en a fourni les moyens ; sans concours elle n'aurait jamais possédé ni Fodéré, ni Forget, ni Bouisson, ni Sédillot, ni Rigaud. Nous ne sommes donc pas étonné qu'elle tienne à ce mode de nomination et qu'elle en désire ardemment le rétablissement. (*Gaz. méd. de Strasbourg*).

— A la suite du concours ouvert à Strasbourg pour six places d'internes et pour six places d'externes à l'hôpital civil, ont été nommés *internes* : MM. Pellegrin, Pingaud, Munch, Schneider, Camille Beltz et Phelippeaux ; et *externes :* MM. Chauvel, Protin, Bourlez, Beauchamp, Beylot et Mir.

— Suivant la décision du dernier congrès tenu à Kœnigsberg, le trente-sixième congrès annuel des naturalistes et médecins allemands aura lieu cette année à Spire, le 17 septembre. Il sera clos le 24 du même mois.

Les directeurs de ce congrès, MM. Jos. Heine, conseiller médical, et le docteur Keller, professeur au lycée de Spire, prient ceux qui voudraient prendre part à la réunion de leur annoncer au moins quinze jours d'avance, pour être certains d'avoir un logement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Chemins de fer et santé publique, Hygiène des voyageurs et des employes, par M. le docteur Prosper DE PIETRA-SANTA. Un vol. in-12. Paris, 1861, chez Hachette, rue Pierre-Sarrazin, 14.

L'Art de vivre longtemps et en bonne santé, traduit de l'italien de L. CORNARO sur l'édition de 1646 ; par M. le docteur PATÉZON, médecin inspecteur des eaux de Vittel. In-8°. Prix, 1 fr. *franco.* — Paris, 1861, chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 90. — JEUDI 1er AOUT 1861.

(34e ANNEE.)

N° 90. — JEUDI 1er AOUT 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. — Sur la séance de l'Académie de médecine. — Sur un nouveau moyen de corriger l'influence fâcheuse que la lumière exerce sur les yeux soumis à l'examen avec l'ophthalmoscope. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Velpeau). De la réunion par première intention dans les amputations. — HÔPITAL SAINT-ANTOINE (M. Jarjavay). Morsure de vipère. — Cas de névralgie lombo-sacrée, etc. ; guérison. —Coup de feu ayant pénétré de part en part la partie supérieure de la poitrine ; guérison. — Dyssenterie. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 30 juillet. — Nouvelles.

PARIS, 31 JUILLET 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après la lecture de quelques rapports officiels, l'Académie s'est formée en comité secret pour discuter les titres des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie. La section, par l'organe de son rapporteur M. Poggiale, a présenté la liste de candidature suivante : En 1re ligne, M. Gobley ; en 2e ligne, M. Mialhe ; en 3e ligne, M. Buignet ; et en 4e ligne, M. J. Lefort. L'élection aura lieu mardi prochain. — Dr Brochin.

SUR UN NOUVEAU MOYEN DE CORRIGER L'INFLUENCE FACHEUSE QUE LA LUMIÈRE EXERCE SUR LES YEUX SOUMIS A L'EXAMEN AVEC L'OPHTHALMOSCOPE.

Par FRANCISCO DE ARGILAGOS (de Cuba).

Tout le monde connaît aujourd'hui l'instrument de M. Helmholtz et ses précieux avantages, tout le monde connaît les lois des miroirs concaves et de la lentille bi-convexe ; mais on a négligé, dans l'étude de ces instruments, leurs propriétés ardentes et les effets fâcheux qui en peuvent résulter quelquefois pour l'organe de la vision. L'objet du travail de M. de Argilagos, dont nous présentons ici une analyse, est de chercher à combattre ces effets fâcheux d'un instrument si précieux d'ailleurs pour la pratique.

La lumière en général, on le sait, possède trois différentes radiations qui ont une action particulière et différente ; ce sont :

1° La radiation lumineuse ;
2° La radiation calorifique ;
3° La radiation chimique.

Les lumières diffèrent entre elles, suivant qu'elles contiennent un plus ou moins grand nombre de chacune des radiations énoncées.

Ainsi la lumière électrique est plus dangereuse à l'œil parce qu'elle contient plus de radiations chimiques, tandis que la lumière solaire n'en contient que fort peu comparativement. C'est pourquoi M. Regnault, dans un mémoire lu récemment à l'Académie de médecine, a fait de louables efforts pour prouver combien sont nuisibles les essais que font les industriels pour remplacer aujourd'hui sur les voies publiques ou dans les ateliers la lumière du gaz par la lumière électrique.

M. Foucault avait déjà admis une relation entre les désordres de l'œil et les radiations chimiques ; mais il restait, suivant M. Regnault, à démontrer que les rayons très-réfrangibles, agissant sur les milieux de l'œil, produisent une de ces modifications matérielles qui mettent leur rôle spécial hors de toute contestation. « C'est ainsi, dit-il, qu'il a été amené à rechercher si les tissus de l'œil deviennent *fluorescents* (1) lorsqu'ils sont impressionnés par les rayons violets et ultra-violets ; on comprend sans peine que l'état vibratoire nécessaire au développement de la fluorescence dans les molécules organisées doit, en se prolongeant, modifier leur structure et porter atteinte à leurs fonctions. »

M. Regnault, au moyen de ses belles expériences, a constaté que la nature a donné à nos yeux la propriété fluorescente, mais dans une faible proportion, de sorte qu'une *lumière concentrée* surpassant le pouvoir fluorescent des milieux de l'œil, peut exercer son action chimique si fâcheuse pour cet organe.

Si l'on part de ces considérations pour en faire l'application à l'ophthalmoscope, que voit-on se passer ? Qu'on réfléchisse, et on trouvera que par cela même que l'objet de l'ophthalmoscope est de *concentrer la lumière* et de l'envoyer le plus intense possible dans le fond de l'œil, il devient une source d'altération et de destruction de cet organe.

Or, cette action, d'après M. de Argilagos, doit être attribuée plus particulièrement aux rayons violets et *ultra*-violets. De plus, la lumière artificielle est plus pernicieuse que la lumière du jour ; car non-seulement la première contient plus de rayons chimiques, mais elle nous arrive plus directement et d'une manière plus intense sur la rétine.

(1) La fluorescence consiste dans la propriété qu'ont certaines substances et certains corps d'arrêter ou d'absorber les rayons chimiques ; c'est dans ce but que M. Foucault avait conseillé à ceux qui travaillent avec une vive lumière d'arrêter ces rayons chimiques au moyen de binocles d'une substance fluorescente, telle que le verre d'urane.

Le miroir concave, on le sait, fait partie de l'instrument de Helmholtz. Il forme la partie catoptrique de l'ophthalmoscope.

Le réflecteur de Helmholtz, tout petit qu'il est, n'en est pas moins une représentation du miroir ardent. Les effets seront les mêmes que ceux des grands miroirs concaves, et des phénomènes à peu près semblables se passeront au fond de l'œil, surtout lorsqu'il est favorisé par les dispositions ordinaires dans lesquelles on se met pour l'examen de l'intérieur du globe oculaire, et par l'action fâcheuse des radiations irritantes et chimiques de la lumière sur une membrane nerveuse facilement impressionnable et la plus délicate de l'organisme.

M. de Argilagos a fait à ce sujet l'expérience suivante : il a soumis un chat, pendant une heure tous les jours, à l'influence de la lumière concentrée au moyen du réflecteur, tantôt seul, d'autres fois avec le secours de la lentille, et au bout d'un mois il a remarqué chez cet animal une cécité très-apparente, qui se manifestait par sa manière de marcher en tâtonnant même en plein jour. Il n'a pu continuer cette expérience plus longtemps, car il fut aussi atteint lui-même d'une diminution de la vue avec des mouches volantes en proportions alarmantes, diminution qui allait jusqu'au point de ne pouvoir distinguer une personne à vingt pas. Il alla à la campagne, et en évitant toutes les causes congestionnantes, il fut délivré au bout d'un mois et demi de cet état qui commençait à l'inquiéter. La vue n'est pourtant pas revenue ce qu'elle était avant cette expérience.

Ceux qui ont fait usage de l'ophthalmoscope pendant quinze ou vingt minutes, ont pu éprouver au bout de quelque temps non-seulement une diminution de la vue, mais des céphalalgies assez incommodes.

Ces symptômes ne tiennent pas exclusivement à une fatigue de l'appareil accommodateur ni à une congestion, ils sont dus en grande partie à l'action de la lumière reçue à travers le miroir.

Les médecins qui ont fait beaucoup d'examens avec l'ophthalmoscope ont dû trouver une variante dans la sensibilité éveillée par la lumière chez différents individus. Ceux atteints de rétinite ou de choroïdite un peu plus avancée, ne peuvent supporter la lumière que pendant un temps très-court. Si on a obligé le malade à se laisser examiner plus longtemps, on aura pu remarquer une aggravation de l'affection le lendemain de l'examen, aggravation qui se manifeste soit par la tolérance moindre du malade pour la lumière concentrée, soit par la marche de la maladie ou la complication des symptômes.

Si on a eu, au contraire, à examiner un malade ayant une atrophie du nerf optique, cas dans lequel la rétine est difficilement impressionnable à la lumière, on aura pu observer qu'au bout d'un temps plus ou moins long et d'examens plus ou moins multipliés, ce malade décrivait ce qu'il n'avait éprouvé depuis fort longtemps, c'est-à-dire une sensation de lumière et de chaleur qui le réjouit, parce qu'il croit qu'il va recouvrer l'intégrité de la vision : mais on ne doit voir en réalité dans cette sensation flatteuse pour le malade, qu'un effet très-fâcheux surajouté encore à son état pathologique.

La lentille biconvexe, la seconde partie ou la portion dioptrique de l'instrument, a une action identique à celle du foyer des verres concaves, et peut par conséquent donner lieu aux mêmes effets. Nous n'y insisterons pas ici.

M. de Argilagos a songé à tirer parti des propriétés fluorescentes de certains corps, dans le but d'arrêter en totalité les rayons chimiques de la lumière. Il a songé en même temps à modifier la coloration rouge ou jaune des lumières dont on se sert journellement. Profitant des expériences précédemment citées et du conseil de M. Foucault, il a fait construire une lentille biconvexe en verre d'urane. Cette lentille a une teinte verte, très-claire, homogène et transparente. La lentille en verre d'urane remplace la lentille ordinaire. Voici les avantages que notre jeune confrère lui reconnaît :

1° On peut examiner les malades tout aussi longtemps qu'il convient, sans leur procurer ni éblouissements ni douleurs, comme lorsqu'on se sert de la lentille ordinaire.

2° On peut employer une lumière plus forte que d'habitude sans blesser l'œil observé ; car la lentille en verre d'urane est un véritable écran contre le rayon chimique si préjudiciable à la rétine. Il y a pourtant une limite à donner à l'intensité lumineuse ; cette lentille retient en outre une grande quantité de rayons irritants ou calorifiques de la lumière : sa coloration verdâtre transforme la couleur rouge ou jaune de la lampe presque complétement en lumière blanche qui serait, suivant quelques auteurs, la plus supportable par la rétine. L'avantage sur ce point est considérable, car par son secours on n'a pas besoin de lumière colorée, et on s'évite la peine des dépenses inutiles et la difficulté d'obtenir la lumière de la couleur voulue.

3° Les parties observées ne sont point colorées par la teinte de la lentille. On vient de voir que la lumière arrive blanche au fond de l'œil, et ne sert que mieux pour bien distinguer les altérations du fond avec leurs couleurs véritables.

4° On peut examiner le début des rétinites et des choroïdites ; ce qu'on ne peut faire avec les parties ordinaires de l'ophthalmoscope, suivant l'opinion de certains auteurs, et en particulier celle de M. Desmarres.

5° Enfin, on peut remplacer jusqu'à un certain point les préparations mydriatiques. En effet, comme l'action irritante et chimique est enlevée ou annulée par la lentille fluorescente, la sensibilité de la rétine n'est pas le moins du monde touchée. En d'autres termes, la membrane sensitive ne prend conscience que de l'action lumineuse pure et seule, qu'elle reçoit volontiers ; d'où il s'ensuit que la pupille non-seulement n'est pas contractée comme quand on se sert de la lentille ordinaire et sans aucune modification du foyer éclairant, mais elle est au contraire un peu plus dilatée.

Ce serait là, sans contredit, l'un des avantages les plus considérables de la lentille fluorescente, car personne n'ignore les inconvénients inhérents à l'emploi des agents mydriatiques.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

De la réunion par première intention dans les amputations.

(Leçon recueillie par M. A. DESPRÉS, interne du service.)

La réunion par première intention appliquée aux plaies des amputations, érigée en méthode pour la première fois par Alanson en 1779 et B. Bell en 1781 (*A system of Surgery*), fut adoptée aussitôt par l'école chirurgicale anglaise, qui la donna comme excellente avec un amour-propre tout national, et dont Samuel Cooper se fit l'interprète.

Desault en France, Græfe en Allemagne, acceptèrent la méthode et la mirent en usage. Percy l'employa dans la pratique des camps à côté de Larrey, qui la combattait. Mais c'est à Roux surtout que l'on doit de bien connaître à Paris la méthode anglaise pour le pansement des amputations.

Séduit d'abord par les succès qu'il avait constatés pendant son voyage à Londres, ce chirurgien écrivit un parallèle entre la chirurgie française et la chirurgie anglaise, où il vulgarisa la méthode et établit la supériorité du pansement anglais. Quelque temps après pourtant (*Mém. sur la réunion des plaies par première intention*, 1814), Roux se montra moins convaincu ; il traita la méthode de préjugé, et s'éleva contre l'emploi systématique de la réunion immédiate, qu'il ne jugeait plus convenable que pour les amputations de cuisse. A la même époque, et depuis quelque temps, Dubois, Delpech et Richerand réunissaient par première intention, et ce dernier chirurgien rapporte qu'il a vu ses tentatives couronnées de succès au moins sur les trois quarts de ses amputés.

Cependant les faits observés même en Angleterre ne furent point toujours confirmatifs. La théorie n'était point justifiée par l'expérience. Guthrie, instruit par plusieurs cas malheureux, crut devoir apporter une restriction à la réunion par première intention admise en principe. Les amputations faites dans des tissus malades réclamaient, suivant cet auteur, la réunion immédiate secondaire. A ce moment, il est vrai, A. Cooper préconisait la réunion immédiate, et l'étendait jusqu'aux plaies d'armes à feu.

Beaucoup d'objections se sont élevées en France contre la méthode. Pelletan, qui ne sauva qu'un opéré sur six soumis à la réunion immédiate, reproche à la méthode de placer le chirurgien dans le cas de clore une cavité où il peut s'épancher du sang et se former du pus. Il redoute d'exposer le malade à des abcès, des phlébites, et enfin à l'infection purulente. Il voit, en outre, comme Dupuytren et Gouraud, un inconvénient à réunir immédiatement la plaie des individus auxquels on ampute un membre qui est le siége d'une suppuration ancienne.

Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, ne se montre pas davantage partisan de la méthode anglaise. Il fait observer que la réunion médiate est perfectionnée, et que les raisons qui feraient préférer la réunion immédiate ne sont pas péremptoires. Après une critique judicieuse des faits, il s'exprime ainsi : « La plupart des avantages de la réunion immédiate viennent moins du mode de pansement que de la manière dont l'opération est faite. » Et plus loin : « Il est impossible de réunir le fond de la plaie aussi exactement que l'extérieur. »

Quant à Dupuytren, dans ses *Leçons orales*, il admet la réunion immédiate seulement dans les amputations primitives.

Les défenseurs de la nouvelle méthode ne manquaient pas d'arguments. Les publications périodiques du temps contiennent des énumérations brillantes de succès obtenus en Angleterre et en Allemagne. Samuel Cooper déclare avoir presque toujours réussi dans sa pratique avec le procédé anglais, au moyen duquel il compte éviter les dangers que courent les moignons surchargés des nombreuses pièces et emplâtres de l'appareil ancien, et l'épuisement que doit produire chez les malades une suppuration de trente à cinquante jours.

Depuis, les chirurgiens modernes, sans adopter ni rejeter la méthode, emploient alternativement, et suivant les indications, la réunion médiate ou immédiate à la suite des amputations. M. Velpeau (*Médecine opératoire*, 1839), après avoir énuméré les inconvénients auxquels expose la réunion immédiate, ajoute qu'elle ne doit pas être absolument rejetée ni appliquée partout. M. Nélaton (*Pathologie chirurgicale*, 1844) conseille de tenter la

réunion immédiate, mais ne voit pas d'inconvénient à ce qu'elle ne s'effectue point; un pansement simple suffit alors, et l'on obtient aisément une bonne réunion par seconde intention. La pratique des hôpitaux apprend que nos chirurgiens usent avec prudence de la réunion par première intention.

Cependant quelques partisans de la méthode anglaise ont essayé de la faire prévaloir malgré les défauts qui lui ont été reprochés, malgré les critiques qui en ont été faites. Voici ce que M. Velpeau pense à cet égard.

Les chirurgiens ont cru à la réunion par première intention des plaies des amputés, avec une bonne foi qui fait honneur à la crédulité des hommes et au souci que prennent les médecins de la prompte guérison de leurs malades. Rien n'est aussi séduisant, il faut le dire, que la perspective de rendre à un amputé la facilité de sortir de son lit huit jours après une opération. Mais toutes les belles illusions que l'on peut concevoir d'une méthode chaudement défendue se terminent le plus souvent par des mécomptes, et telle réunion qui semblait immédiate à la levée du premier appareil, ne permet pas aux malades, malgré les soins les plus attentifs, de sortir de l'hôpital avant un mois et plus. La guérison de leur plaie a demandé le même temps que réclament pour se fermer les plaies sur lesquelles on a tenté et obtenu une réunion par seconde intention bien dirigée.

Vous avez eu sous les yeux un exemple de réunion que l'on appelle immédiate: chez un malade auquel nous avons amputé le bras pour une tumeur blanche ulcérée du coude, les serres-fines avaient été employées avec le pansement à l'eau froide. Quatre jours après l'amputation, la peau était réunie, et pendant vingt-cinq jours encore, au niveau du point par où sortaient les ligatures, il s'écoula du pus même après la chute des fils, et la plaie ne fut fermée complètement que trente jours après l'opération.

J'ai vu les choses se passer de la sorte dans beaucoup de réunions immédiates, et j'ai acquis la conviction que la réunion par première intention à la suite des amputations tient beaucoup d'une vue de l'esprit. Les observations de réunion de ce genre sont des plus propres à démontrer leur invraisemblance. En effet, vous lisez des narrations ainsi conçues: Huit jours après, la plaie est presque complètement cicatrisée; vers le seizième jour les fils tombent, et il ne s'écoule plus rien, si ce n'est quelques gouttes de pus séreux, qui sort par l'ouverture destinée au passage des fils.

Que signifient ces paroles? Que la peau était réunie par première intention, mais qu'il restait encore des parties non réunies profondément, constituant une cavité en suppuration, c'est-à-dire des surfaces recouvertes de bourgeons charnus et qui se réunissent par seconde intention. On peut voir encore dans ces observations que la suppuration dans les réunions médiates n'est pas plus longue que dans les réunions dites immédiates.

Est-il possible qu'il en soit autrement et qu'il y ait une différence entre les deux modes de réunion? Dans l'amputation circulaire ou à lambeau, le rapprochement des bords de la plaie met en contact des tissus de composition différente, et conçoit-on la réunion d'un paquet adipeux avec un muscle? D'un autre côté la scie, en agissant sur l'os, le contusionne et le place dans des conditions défavorables pour une réunion immédiate. Cette appréciation est justifiée par l'expérience comme par le raisonnement; beaucoup d'amputés perdent une portion de l'os scié par l'exfoliation ou la nécrose. Ce travail éliminatoire doit se faire, et les muscles rabattus sur la surface de section de l'os ne sauraient adhérer immédiatement à un tissu qui doit suppurer, et peut être envahi par l'ostéomyélite, comme l'ont observé MM. Chassaignac, Reynaud et Roux (de Toulon). Souvent, en effet, on voit l'inflammation se propager dans le tissu très-vasculaire de la moelle de l'os restant sous des lambeaux qu'on croyait réunis par première intention, et une nécrose étendue entretenir une fistule sur un des points de la cicatrice. Souvent on voit une nécrose limitée de l'os déterminer la formation d'un abcès.

Cependant, dira-t-on, comment appeler ces réunions presque complètes des lambeaux, qui seraient susceptibles d'être complètes si l'on n'était obligé de ménager une ouverture pour les ligatures, et qui s'accomplissent au plus en quatre ou cinq jours?

Il faut observer les faits dans leur entier, c'est là toute la réponse à l'objection. Il se réunit par première intention ce qui peut se réunir, les parties cutanées des lèvres de la plaie, une surface musculaire à une autre surface musculaire. La lymphe plastique épanchée entre ces tissus a été favorable à leur union, parce qu'elle provenait de vaisseaux capillaires d'un même ordre. Mais il reste des cavités anfractueuses incapables de se réunir immédiatement entre l'os et les muscles, et sur le trajet des fils à ligatures qui agissent comme des corps étrangers.

On a dit cependant que les réunions par première intention mettaient les tissus dans les conditions d'une plaie sous-cutanée; rien n'est moins exact; car dans ces dernières plaies les parties divisées restent en rapport au point où a porté la section. Quant à l'action de l'air, on peut voir le rôle qu'il joue dans un autre ordre de lésions.

Lorsqu'on a ouvert et vidé complètement des abcès, les parties qui tendent à se cicatriser par première intention sont justement, comme sur les moignons d'amputés, celles qui restent au contact de l'air. On voit ainsi que la réunion immédiate des plaies d'amputation exige d'autres conditions que la privation du contact de l'air.

Il faut un affrontement régulier de couches semblables: la peau avec la peau, le tissu cellulo-graisseux avec du tissu graisseux, des muscles avec des muscles. Et ce but nécessaire, absolu, déjà si difficile à atteindre dans les amputations du sein, et que l'on ne poursuit pas toujours sans péril, demeure inaccessible dans les amputations des membres, où la cautérisation des os se fait souvent longtemps attendre.

Il ne résulte pas de ces réflexions que je condamne ce qu'on a appelé la réunion par première intention; mais je crois que si elle a des avantages, si elle donne aux malades une espèce de sécurité, elle exige un redoublement de surveillance pour le chirurgien. Je ne partage point pourtant une opinion exclusive qui attribue à la réunion immédiate l'imminence des fusées purulentes, des phlébites; mais je pense que ces inflammations peuvent survenir, quel que soit le mode de pansement. Seulement, il est de toute évidence que l'exfoliation insensible, l'élimination d'un séquestre, sont d'autant plus difficiles que la réunion immédiate superficielle est plus complète. Il faut moins se préoccuper, en général, de la réunion par première intention que d'affronter le plus possible les surfaces coupées, afin que le bourgeonnement cicatriciel ait moins de vides à remplir, et le pus moins de place pour s'accumuler. Si la peau se réunit par première intention, c'est déjà cela de fait; elle assure une régularité plus grande à la cicatrice; mais il importe que les liquides puissent s'écouler au dehors. Dans les cas où la cicatrisation suit la marche régulière qui appartient aux surfaces bourgeonnantes, le pus, peu abondant, trouve une issue suffisante dans le trajet parcouru par les ligatures. Lorsque l'inflammation s'est emparée du moignon, la peau, recouverte d'un cataplasme, se désunit d'elle-même, en partie au moins, et le pus peut s'échapper.

La peau quelquefois ne se réunit pas malgré le pansement; des influences particulières ont déjoué les efforts du chirurgien; on se trouve alors en face d'une réunion immédiate secondaire à tenter. Le cas s'est présenté assez souvent, la guérison a été obtenue facilement et en un temps assez court pour que l'on ne regrettât point d'avoir manqué la réunion immédiate de la peau. Je sais bien que la cicatrice est plus grande, qu'il peut y avoir une gêne pour les malades; mais on ne saurait, pour un si petit inconvénient, laisser courir aux opérés des dangers réels, au nombre desquels l'érysipèle existe en première ligne avec le phlegmon. Vous l'avez vu cette année pour les amputations du sein; la majorité des réunions par première intention ont été suivies d'érysipèle, les autres ont échoué, et nous n'avons eu que des réunions secondaires qui aient pu être menées à bonne fin. Bien plus, pour des plaies beaucoup moins étendues que celles des amputations, de petites plaies de tête, ces réunions par première intention ont été, dans le service, le point de départ d'accidents redoutables qui devinrent funestes deux fois. Les érysipèles qui affligent en ce moment les hôpitaux ont frappé, chez nous, les individus sur lesquels des sutures imprudentes avaient été placées, et il existe en ce moment, au n° 24 de la salle Sainte-Vierge, un malade auquel pareil traitement fut appliqué en ville, et qui est entré chez nous avec un abcès au-dessous de la cicatrice et un érysipèle du cuir chevelu.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Jarjavay.

Morsure de vipère.

(Observation recueillie par M. de Gaulejac, élève externe du service.)

Il n'est pas commun de voir dans les hôpitaux de Paris des blessés atteints de morsure de vipère. C'est pourquoi nous avons pensé qu'on ne lirait pas sans intérêt l'observation suivante, recueillie à l'hôpital Saint-Antoine. C'est un fait qui donne un tableau complet des accidents locaux qu'occasionnent ces sortes de plaies, et qui est remarquable par le peu de réaction générale qui s'est manifesté chez le blessé. De plus, il est encore un exemple évident de l'innocuité générale des morsures de vipère, innocuité dont la connaissance n'est peut-être pas assez répandue, et qu'il est, en conséquence, utile de signaler.

L... (Michel), âgé de quarante et un ans, scieur de pierres, d'une forte et robuste constitution, jamais malade, entre le 3 juin à l'hôpital Saint-Antoine pour une morsure de serpent. Voici les renseignements qu'il nous donne:

Le 2 juin, vers midi, après avoir bu et mangé un peu plus que de coutume, il était occupé au port de Charenton à décharger un bateau chargé de bois. Tout à coup, il voit un serpent sortir d'un fagot qu'il jetait sur le quai. Il saisit imprudemment l'animal de sa main gauche; celui-ci se redresse, et le mord au côté interne du médius de cette main. Notre homme tue le serpent et continue son travail. La morsure, très-peu douloureuse, n'était qu'une simple piqûre dont il sortit à peine une gouttelette de sang.

Il travaille encore une demi-heure. Mais ce temps écoulé, il éprouve un engourdissement dans la main et tout le membre supérieur. Il s'aperçoit que sa main et son avant-bras sont gonflés. Il éprouve quelques nausées, et il vomit un peu de matières alimentaires. Il se couche à terre et dort environ une heure et demie.

A son réveil, le gonflement s'est étendu jusqu'à l'épaule; l'engourdissement du membre a augmenté. Il va trouver un pharmacien, qui applique sur sa blessure et sur le reste de la main une solution d'ammoniaque, dont il prend aussi quelques gouttes dans un julep.

Peu soulagé par cette médication, il regagne à pied, mais avec beaucoup de peine, son domicile, situé à la barrière de Montreuil. Il se couche dans son lit, harassé de fatigue, dit-il, et passe une assez bonne nuit.

Le lundi 3 juin, il arrive à la consultation. Un gonflement considérable s'étend à tout le membre supérieur, gagne l'épaule et la partie latérale gauche du thorax. La rougeur s'est étendue du doigt blessé à l'avant-bras.

Le 4, à la visite, le gonflement s'est étendu sur le tronc. Le membre supérieur est d'un rouge livide, taché en plusieurs points de larges ecchymoses noirâtres et d'un rouge vineux foncé. La rougeur livide s'étend à l'épaule et sur la partie latérale gauche du tronc, où l'a précédée le gonflement. Elle ne dépasse pas le mamelon gauche en avant et l'épine dorsale en arrière.

Le membre supérieur est énorme; le bras surtout, dont les dimensions approchent de celles de la cuisse. La peau tendue, non luisante, n'est pas douloureuse à la pression. La rougeur livide disparaît en partie aux points comprimés par le doigt; mais sur les taches ecchymotiques la couleur reste aussi foncée. Les ganglions de l'aisselle sont douloureux, mais on ne peut sentir s'ils ont beaucoup augmenté de volume, à cause de l'œdème considérable qui les entoure. On ne constate pas sur les bras ni sur l'avant-bras les traînées d'angioleucite signalées par quelques auteurs.

La bourse rétro-olécrânienne est remplie de liquide. On voit à l'endroit de la morsure une grosse phlyctène renfermant de la sérosité rosée. Cette phlyctène ne permet pas de constater le siége exact de la morsure; toutefois, sur l'épiderme soulevé, on peut voir un point très-petit, qui semble avoir été le siége d'une piqûre. Sur le dos de la main existent quelques phlyctènes peu développées.

Le malade n'a eu ni nausées ni vomissements depuis ceux qu'il a éprouvés une demi-heure après l'accident. Il a bien dormi cette nuit; point de céphalalgie; pas d'accélération du pouls; état général parfait; langue un peu blanche; pas d'appétit. — Une bouteille d'eau de Sedlitz; dix gouttes d'ammoniaque dans un julep; compresses trempées d'eau blanche sur les parties gonflées; une portion.

Le malade, interrogé sur l'aspect de l'animal qui l'a mordu, nous dit qu'il était d'un gris noirâtre, long de cinquante centimètres environ, sa tête de la grosseur du pouce et allongée. Ces quelques caractères, mis à côté des symptômes notés plus haut, autorisent le chirurgien à dire que le serpent en question est la vipère commune (*Vipera aspis*).

Le 5, le malade se trouve mieux qu'hier; moins de douleur dans la région axillaire; la rougeur et l'œdème ont gagné en étendue sur le tronc; langue bonne; appétit. — Une bouteille d'eau de Sedlitz; deux portions.

Le 6, diminution du volume de la main, de l'avant-bras et du bras. Le moignon de l'épaule, toujours volumineux, s'est recouvert de marbrures noirâtres analogues à celles que nous avons notées sur le bras. Toute la région scapulaire gauche, une partie de la droite, sont d'un rouge livide et présentent aussi des ecchymoses marbrées. Cette rougeur et ces marbrures se continuent sous l'aisselle gauche et sur toute la partie du thorax que l'œdème avait déjà envahie.

Le mamelon droit est œdémateux et dur. Il présente une large ecchymose marbrée, qui s'étend dans l'aisselle correspondante. On dirait qu'un coup violent a été porté en ce point et qu'il y a déterminé cette ecchymose, isolée de toutes parts des autres ecchymoses. Le mamelon gauche ne présente rien de semblable, seulement il est un peu œdémateux. L'état général est toujours parfait. — Trois portions.

Le 7, le malade continue d'aller très-bien; le bras a diminué; l'ecchymose marbrée descend jusque dans la région lombaire. Le mamelon droit est douloureux à la pression.

Le 8, la rougeur livide est devenue plus pâle, la couleur des ecchymoses a aussi diminué d'intensité.

Le 9, la peau du membre supérieur gauche et de la partie du tronc où nous avons constaté l'œdème est d'une couleur jaunâtre analogue à la teinte nankin qui se manifeste dans les ecchymoses en voie de guérison. Les sclérotiques sont un peu jaunâtres; le dessous de la langue et les autres points du corps où nous n'avons vu ni œdème ni ecchymoses ont leur couleur normale.

Le 10, ecchymose marbrée, pâle, à la région épigastrique et sur la paroi interne de l'aisselle droite. Le bras est encore œdémateux, un peu rouge par places, la rougeur disparaissant par la pression. L'ecchymose et l'infiltration ont gagné les fesses.

Le 11, la tuméfaction a diminué; l'ecchymose partout où elle existe est comme granitée. Les grandes taches ecchymotiques se sont segmentées en taches plus petites et plus pâles, par suite de la disparition de la couleur rougeâtre en un grand nombre de points.

Le 12, l'ecchymose disparaît, l'œdème du membre supérieur et de l'épaule persiste encore; il est d'une dureté remarquable.

Le 13, l'œdème et les ecchymoses ont à peu près disparu sur le tronc. Le bras et l'avant-bras conservent encore l'œdème dur déjà signalé. La main est bien dégonflée. Le malade mange quatre portions.

Le 14, la peau du bras a une teinte un peu jaune. Les ecchymoses rougeâtres ont disparu. Les sclérotiques sont encore un peu jaunes; mais les urines, parfaitement claires et transparentes, ne présentent nullement les caractères des urines chez les ictériques. A la partie supérieure des fesses existe encore une traînée ecchymotique marbrée, mais très-pâle.

Le 15, l'œdème du membre supérieur persiste encore, ainsi que la teinte jaunâtre. Le bras n'est presque plus engourdi, et le malade sortirait de l'hôpital si on ne l'y retenait encore.

Le 16, l'œdème a diminué; la partie postérieure du membre thoracique est moins dure.

Le 17, on sent encore la dureté de l'œdème dans une partie du bras et à l'avant-bras. Toutes les ecchymoses ont disparu; il n'en reste que quelques traces dans l'aisselle droite. La teinte jaunâtre de la peau du bras et de l'avant-bras persiste encore; mais les urines sont toujours parfaitement claires et transparentes; la conjonctive est toujours un peu jaune.

D'ailleurs, l'état général est parfait, les mouvements du membre blessé sont parfaitement libres; le malade demande sa sortie. *Exeat.*

Ce qui nous frappe dans cette observation, a fait remarquer M. Jarjavay, c'est l'absence à peu près complète des phénomènes généraux. Hormis les nausées, les vomissements et le malaise qui ont eu lieu au début, nous n'avons constaté que des phénomènes purement locaux, et encore doit-on faire remarquer que si le malade a eu quelques vomissements, il venait de terminer une heure avant sa blessure un déjeuner copieux, où il avait largement usé de vin. Nous ne doutons pas, contrairement à quelques auteurs qui admettent que l'état de réplétion de l'estomac augmente la gravité de la blessure, que

cette circonstance même ait été favorable en diminuant la rapidité de l'absorption du virus. Joignez à cela la constitution robuste du sujet, son insouciance qui était portée à un haut degré, et vous comprendrez comment il est resté à peu près indifférent sous le coup de cet accident.

Au siècle dernier, Fontana s'élevait déjà contre la fausse idée qu'on se faisait des dangers de la morsure de vipère. Après avoir observé ou réuni cinquante-deux cas de ce genre, dont un seulement avait été mortel, grâce aux larges scarifications qu'on avait faites sur le bras du blessé, il concluait :

Je suis dans l'opinion que de cent hommes mordus chacun par une seule vipère et une seule fois, aux pieds ou aux mains, parties qui sont ordinairement exposées à être mordues par cet animal, il n'en mourra probablement aucun, quoiqu'il ne soit fait aucun remède. (Fontana, II, 47. *Histoire du venin de la vipère.*)

Il faut noter que cette innocuité des blessures faites par des vipères cesse d'être certaine chez les enfants ou les individus d'une faible constitution, surtout si l'animal était robuste, très-irrité, et s'il a fait plusieurs morsures.

M. Jarjavay fait remarquer que les taches livides n'ont nullement l'apparence gangréneuse ; aussi blâme-t-il la qualification de gangréneuse qu'on trouve indiquée par quelques auteurs. Ce sont des plaques qui représentent fidèlement l'ecchymose irrégulière, marbrée que produisent des corps à surface inégale en frappant la peau ; c'est-à-dire que la tache est ici noirâtre, là violacée, ailleurs d'un rouge pâle, avec des îlots de peau moins contuse, et conservant à peu de chose près les caractères de l'état normal. Ces ecchymoses paraissent à M. Jarjavay dues à l'action du virus sur le sang. Il fait remarquer que ces ecchymoses ont apparu au bout de quelques jours sur la région mammaire droite, sur la région fessière gauche, et sans aucune relation de continuité avec celles du bras gauche et de la partie latérale gauche de la poitrine, d'où il conclut qu'elles ne se forment pas, comme dans les contusions, par suite de l'infiltration du sang de proche en proche dans le tissu cellulaire. Quant à la teinte jaune qui s'est manifestée sur la peau, elle n'est point un symptôme d'ictère, car elle n'a pas sur toute l'étendue de la surface du corps la même intensité, car les urines ne présentent aucun caractère des urines ictériques. La teinte de la peau n'est tout simplement que la teinte jaune clair qui apparaît dans les ecchymoses en voie de guérison.

Une autre particularité des symptômes locaux, c'est l'*absence de ce courant de douleur*, analogue à une brûlure qui parcourt le membre blessé et se propage quelquefois jusqu'au cœur. Notre homme n'a ressenti, au moment où l'animal l'a mordu, qu'une piqûre sur le doigt atteint.

Nous ne dirons que très-peu de chose du traitement qui a été suivi ; il a été tout physiologique. Le chirurgien de Saint-Antoine a cherché à obtenir l'élimination du poison par les purgatifs et par les sueurs. Il ne pense pas que l'ammoniaque qui a été versé sur la blessure par un pharmacien quelques heures après l'accident, ait pu avoir quelque résultat efficace.

CAS DE NÉVRALGIE LOMBO-SACRÉE

accompagnant une affection utérine et se compliquant d'abcès des régions ovariques. Influence de l'atmosphère. Guérison.

Par M. le docteur A. Léotaud (de la Trinitad).

Les docteurs Neucourt (*Archives générales de médecine*, juillet et août 1858) et Marotte (même recueil, avril et mai 1860) ont appelé l'attention d'une manière toute particulière sur la névralgie des plexus lombaires et sacrés. Si j'ai bien saisi la pensée de ces auteurs, je crois que l'observation que je transcris ici ne sera pas dépourvue d'intérêt.

Mme C..., âgée de vingt-six ans, est mère de deux enfants. Ses dernières couches datent de quatorze mois. Sa constitution est forte et saine, aussi sa santé a-t-elle été toujours très-belle.

En novembre 1859, elle fait une excursion dans une de nos vallées largement ombragées et arrosées. Arrivée au terme de sa course, en face d'une cascade, elle se repose sur une espèce de sofa taillé dans le roc. Ce roc était frais et humide. Le lendemain de cette promenade, Mme C... éprouve du malaise, principalement quelques légères douleurs aux lombes et à la région iliaque droite. Jusqu'au 22 février 1860 elle supporte tout sans chercher à y remédier. Le temps jusque-là avait été pluvieux et l'atmosphère chargée d'humidité.

Le 22 février elle fait une chute dans les escaliers. Une contusion à la symphyse sacro-iliaque gauche détermine dans cette région quelques douleurs assez vives, qui cependant tendaient à disparaître complétement, quand le 27 d'autres douleurs se déclarent dans toute la région hypogastrique droite et sont assez fortes pour forcer la malade à garder le lit. Le temps était devenu beau et l'atmosphère tout à fait sèche.

Le 1er mars je suis appelé.

Toute la région hypogastrique droite est si sensible que la malade redoute l'examen que je veux faire. J'applique la main à plat sur l'abdomen ; je détermine une sensation pénible, mais elle se calme immédiatement. Je déprime fortement chaque point que je palpe sans réveiller de douleur ; vers la région ovarique droite, je rencontre un point très-sensible, mais exempt de tension et de tuméfaction ; je soupçonne néanmoins une inflammation de l'ovaire ou du ligament large. Je pratique le toucher : l'utérus ne me présente rien d'anormal et je ne découvre aucune tumeur dans le cul-de-sac vaginal. Mais le col me paraît volumineux ; sa lèvre postérieure est molle et sensible, tandis que l'antérieure est insensible et d'une dureté remarquable ; l'orifice externe est entr'ouvert. Joignant à ces particularités morbides une leucorrhée, quelques douleurs au ventre et aux cuisses, des palpitations, etc., qui affectaient déjà la malade depuis plusieurs mois, je m'arrête à l'idée que le col est malade et malade depuis quelque temps, sans cependant rattacher à cette affection la douleur fixée à la région ovarique.

Étudiant alors les symptômes généraux, je trouve le pouls très-fréquent (120 à 140) ; mais la peau cependant n'est pas très-chaude. De temps en temps il y a des nausées, même des vomissements bilieux. La constipation est forte et s'accompagne plus tard de tympanite. Les urines sont rares et d'une couleur foncée. Je crains une péritonite localisée à la région ovarique (sangsues, révulsifs, purgatifs, bains). Ces moyens, plusieurs fois répétés jusqu'au 6, n'amènent du soulagement que pour des instants fort courts.

Le 6, les règles paraissent, et la malade éprouve un peu de répit. L'écoulement menstruel se fait normalement ; il cesse pour céder la place à toutes les douleurs, qui reparaissent plus fortes que jamais ; c'est alors qu'étonné du peu de succès du traitement employé, intrigué de l'apparence de quelques symptômes présentés par la malade, surtout frappé de voir que les bains tièdes n'avaient fait qu'augmenter les douleurs, je cherche une autre cause à cet état morbide, qui ne pouvait expliquer ni l'état du col ni l'ovarite supposée. Je m'aperçois que les souffrances de la malade sont intermittentes et avec cette particularité que, pendant les vingt-quatre heures, elles se renouvellent deux fois pour constituer deux accès qui durent chacun de cinq à six heures.

Pendant les accès, la douleur, partant toujours de la région ovarique droite, se répand sur l'os iliaque pour arriver jusqu'à la région du foie et envahir la taille. En bas, elle parcourt l'aine droite, et descend sur la cuisse et sur la jambe. Le moindre attouchement fait crier la malade. Dans l'intervalle des attaques, la région ovarique reste sensible, même douloureuse ; mais la malade éprouve beaucoup de soulagement ; elle ne souffre guère plus que de l'idée que ses douleurs vont revenir. Je diagnostique : névralgie lombo-sacrée. — Sulfate de quinine seul ou associé aux narcotiques. Insuccès. — Valérianate de quinine et vésicatoires. Insuccès. — Vératrine. Insuccès. Je cherche alors à agir sur le col.

A l'examen, je le trouve tuméfié, rouge, entr'ouvert, et laissant écouler un liquide blanchâtre. Je cautérise avec le nitrate d'argent. Il résulte de cette opération du soulagement pendant trois ou quatre jours. Les douleurs reparaissent ; nouvelle cautérisation, qui a été la dernière. Elle échoue complétement. Au contraire les douleurs tourmentent davantage la malade ; elles sont plutôt continues qu'intermittentes pendant cinq ou six jours.

Tout d'un coup le calme paraît, et la malade m'annonce à la visite qu'il s'écoule du vagin un peu de matière, qu'accompagne une petite quantité de sang. Elle ajoute que cette matière n'est plus celle qu'elle rendait auparavant ; la première était plus claire, tandis que celle-ci est comme du véritable pus. Je soupçonne un abcès, siégeant dans l'ovaire, a laissé écouler son contenu par l'utérus, en traversant la trompe. Cependant j'ai chaque jour examiné la fosse iliaque droite, et je n'y ai jamais trouvé de tension ni de tuméfaction. La réserve imposée au médecin dans la pratique civile m'a empêché de pratiquer le toucher aussi souvent que j'aurais voulu.

Le 2 avril, je considère ma malade comme en pleine convalescence, quand la névralgie reparaît encore après un répit de six jours seulement. Je vois que l'approche des règles détermine ce retour des douleurs, et j'attends. Mais les règles paraissent le 8, et le soulagement n'a pas lieu. Je ne doute plus que la névralgie n'ait le caractère rhumatismal, et qu'ayant éclaté au moment où notre atmosphère se dépouille de toute humidité, elle ne cédera à un traitement convenable que quand l'atmosphère redeviendra humide.

Cependant ma conviction est un peu ébranlée vers le milieu d'avril, quand la malade se plaint d'un peu de douleur à la région ovarique gauche. Au palper, je constate un peu de tension, et je détermine de la douleur. — Sangsues, vésicatoire, purgatifs.

Quelques jours après, la présence d'une tumeur devient tout à fait manifeste. Cette tumeur semble un peu mobile ; elle est éloignée de la crête iliaque et est très-sensible. Les mouvements de la cuisse gauche sont entièrement libres et ne réveillent aucune douleur. Un abcès s'est formé dans la région ovarique gauche. La névralgie continue toujours à tourmenter la malade. Les accès s'accompagnent souvent de vomissements bilieux et d'une vive anxiété. Il ne s'écoule plus de pus par le vagin ; l'écoulement a repris ses anciens caractères, et la malade, sans être questionnée en conséquence, me dit qu'elle rend des *vents par devant.*

Vers les derniers jours d'avril, la tumeur présente le volume d'une grosse orange. A cette époque, de la diarrhée se déclare pendant la nuit ; les évacuations sont fréquentes, copieuses et d'une odeur infecte. Vers le jour, elles s'arrêtent (de la manne). Dans la journée, une évacuation semi-liquide, tout à fait noire, probablement formée de sang décomposé. Dans l'après-midi, nouvelle évacuation ; il est facile de constater dans les matières rendues la présence d'un pus de bonne nature. La tumeur a diminué de volume. L'abcès s'est ouvert dans l'intestin, mais cette circonstance n'a point fait disparaître la névralgie. De ce moment jusqu'au 2 juin, la malade a toujours souffert ; les sels de quinine, les opiacés, les narcotiques, les révulsifs, etc., sont encore restés sans effet. Le pus cesse quelquefois d'être rendu, et la malade éprouve un malaise général des plus pénibles, qui disparaît quand le pus se montre de nouveau dans les selles.

Enfin, le 2 juin, la pluie tombe et l'atmosphère s'humidifie, la malade est soulagée ; trois jours après, quoique l'atmosphère reste humide, la névralgie reparaît, mais les sels de quinine recouvrent leur efficacité, et depuis le 10 la malade est tout à fait quitte de sa névralgie. Cependant la source purulente n'est point tarie ; de temps en temps la malade ressent du malaise dont elle connaît la cause ; elle prend un lavement, et elle rend du pus, et souvent du pus sans matières fécales. La malade, quoique soulagée, ne peut néanmoins quitter le lit ; certains mouvements, et surtout la station, déterminent une forte douleur à la symphyse sacro-iliaque droite. Il existe dans cette partie un peu d'empâtement et une légère sensibilité au toucher.

Hier 22 juin, la marche est possible, et la malade se promène dans ses appartements.

Ce cas offre deux genres de complications : complication de causes, complication d'effets. Comme *effets*, l'affection de l'utérus ne peut laisser aucun doute, pas plus que l'abcès de la région ovarique gauche ; la névralgie est bien caractérisée ; il ne peut exister de doutes que pour l'abcès du côté droit. Comme *causes*, il y a encore l'affection du col et les abcès, la chute, le refroidissement et l'état de l'atmosphère.

L'affection du col a-t-elle pu, par action réflexe, amener la névralgie? Mais la névralgie n'existe plus, et je n'ai point encore cherché à ramener le col à son état normal. Ce pourrait être tout au plus une cause prédisposante. La cautérisation, en aggravant l'état du col, a-t-elle pu déterminer l'*abcès* de la région ovarique droite? Mais cette cause ne peut point être alléguée pour expliquer l'abcès de la région ovarique gauche, puisque cette cause n'a point existé.

Le choc reçu par le bassin lors de la chute, a probablement produit par ébranlement l'inflammation des parties qui, plus tard, se sont abcédées. L'abcès a-t-il pu produire la névralgie? Mais la névralgie persistait quand l'abcès du côté droit pouvait être considéré comme guéri ; elle n'a point changé de siége quand l'abcès s'est formé à gauche ; elle n'existait plus quand cet abcès attendait encore sa guérison.

Maintenant, quelle a été l'influence du *refroidissement éprouvé* et de l'état hygrométrique de l'atmosphère? Après une excursion assez longue que suit un repos prolongé sur un roc frais et humide, la malade ressent du malaise, et principalement quelques légères douleurs aux lombes et à la région iliaque droite. Une chute a lieu et détermine une assez forte contusion à la symphyse sacro-iliaque gauche, mais la névralgie ne se déclare pas et le temps était toujours humide. Du moment que toute humidité atmosphérique disparaît, la névralgie éclate. Tout ce qui se passe du côté des régions ovariques n'influe en rien sur cette névralgie ; tout traitement reste inefficace ; mais l'atmosphère s'humidifie et la névralgie se calme ; elle reparaît, il est vrai, mais elle cède facilement aux sels de quinine. Pour confirmer ma pensée relativement à cette influence de l'atmosphère, je dirai : « Je suis rhumatisant ; mes attaques, qui sont assez rares, n'ont lieu que quand le temps est sec et frais ; mes souffrances, qui sont alors atroces, restent rebelles à tout traitement ; elles durent autant que dure la saison sèche (trois, quatre, cinq mois) ; à la première goutte de pluie, et c'est à la lettre, je suis soulagé. »

Tous ces phénomènes morbides m'ont paru marcher sous l'influence l'un de l'autre. Aussi puis-je dire que la complication présentée par ces phénomènes morbides comme par leurs causes productrices n'est qu'une simple coïncidence. S'il y a doute à cet égard, il ne peut certainement en être de même de l'influence de l'atmosphère, et c'est là, pour moi, le point saillant de cette observation. Cette influence rendait inutile tout traitement contre la névralgie, et pour permettre à la malade de résister aux effets débilitants de cette affection et surtout de la suppuration, il importait de ne point la fatiguer par des traitements qui ne pouvaient devenir efficaces que quand l'atmosphère serait devenue humide.

COUP DE FEU

ayant pénétré de part en part la partie supérieure de la poitrine. Guérison.

Par M. le docteur Fenin, médecin principal de 1re classe, ex-chirurgien en chef des hôpitaux et ambulances de l'Algérie.

C..., cavalier au 4e régiment de chasseurs d'Afrique, se trouvait assis près d'un camarade qui enlevait de la fonte le pistolet de son officier, quand la charge partit inopinément. La balle pénétra dans la poitrine de C..., entre la cinquième et la sixième côtes, au-dessous du teton droit, suivant une direction horizontale d'avant en arrière, et vint dans le dos faire saillie derrière l'omoplate. Il suffit d'inciser la peau pour extraire le projectile : on ne reconnut aucune fracture. Le blessé appuyé sur deux chasseurs fut immédiatement apporté à l'hôpital de Blidah où je me trouvais en ce moment, le 30 juin, à deux heures de l'après-midi.

État actuel. — Constitution médiocre, cheveux châtains, poitrine étroite, stature moyenne, tempérament lymphatico-sanguin, facies altéré, empreint de stupeur, inondé d'une sueur froide, C... éprouve beaucoup de dyspnée, parle avec peine, a une toux saccadée, expectore du sang spumeux et se dit perdu. On le couche dans un lit. Je le rassure, et prescris trois saignées de 60 grammes à faire à deux heures de distance, quatre litres d'eau gommée édulcorée, une potion opiacée pour la nuit. Le soir, à huit heures, le pouls est développé, à 110, la respiration moins anxieuse. La toux et l'inspiration déterminent une douleur aiguë, fixe, à la partie supérieure du côté droit du thorax ; la peau est devenue chaude et sèche ; la langue humide, la soif vive ; l'expectoration tend cependant à diminuer. — Large cataplasme embrassant tout le côté droit du thorax.

Le 1er juillet, il y a eu peu de sommeil la nuit ; facies plus calme, légère diaphorèse à la peau ; pouls, de 100 à 105, assez souple : la douleur existe toujours dans le côté droit et augmente chaque fois que le malade boit, tousse ou inspire fortement. Langue blanche et humide. Respiration nulle dans la partie supérieure du poumon, crépitante à la partie inférieure : crachats muqueux et sanguinolents. — Six ventouses scarifiées autour des plaies, deux saignées de 60 grammes, pansements simples ; la saignée offre une couenne d'une ligne et demie.

Le 2, le malade dit avoir assez bien dormi, quoique s'étant fréquemment réveillé pour tousser ; plus de céphalalgie ; la douleur du thorax persiste, le décubitus a lieu sur le dos ; le pouls est à 100, assez souple ; crachats moins abondants, plus visqueux ; stries sanguines, un peu rouillées ; face d'un blanc mat, excepté aux pommettes, qui sont rosées ; la température de la peau est modérée, halitueuse. Faim. — Quatre cuillerées de bouillon.

Le 3, l'expectoration continue avec une grande accélération du pouls, une chaleur plus vive de la peau et une gêne notable dans la respiration ; on entend à la partie supérieure du poumon lésé un râle crépitant faible ; les crachats ressemblent à une solution épaisse

de gomme faiblement rosée; la face est abattue, les pommettes sont toujours colorées; le malade ne peut se pencher sur le côté affecté; il dit avoir éprouvé de légers frissons et avoir sué la nuit plus que de coutume; la langue est toujours humide, la soif très-vive. — Potion opiacée, 4 ventouses sèches sur la partie latérale externe du thorax, 8 sangsues autour de chaque plaie, cataplasmes après la chute des sangsues; lavement émollient.

Le 4, le malade a reposé la nuit, il respire plus facilement; le pouls est souple, la peau presque à l'état normal, la langue humide; les crachats sont visqueux, d'une nature puriforme, jaune-verdâtre; on reconnaît même, en les examinant attentivement, quelques portions de pus; râle crépitant moindre sous la clavicule droite, haleine et crachats fétides. Les bords des plaies sont vifs et laissent suinter un liquide séro-purulent, abondant; tout indique un commencement de suppuration du poumon. — Demi-bouillon le matin.

Le 5, C... a passé une bonne nuit; expectoration abondante, crachats plus purulents que la veille, la peau est moite, de chaleur modérée. Visage bon, pouls à 95, souple, mou; respiration plus facile, haleine fétide; la suppuration de la plaie antérieure est extrêmement abondante, celle de la plaie postérieure, faible et séreuse. L'appétit se prononce. — Bouillon, pruneaux, 2 potions gommeuses, 1 potion opiacée, 2 pansements par jour, lavement émollient.

Le 6, les symptômes graves continuent à s'amender; la respiration quoique courte est plus libre : haleine toujours très-fétide; il y a peu de dyspnée; les mouvements d'inspiration donnent une légère douleur au côté droit du cou. L'air sort par la plaie; on entend au-dessous et au-dessus un son particulier se rapprochant de l'égophonie; la respiration paraît parfois vésiculaire, sous la clavicule. Légère chaleur de la peau sans moiteur; le pouls est moins fort, étroit, mais souple, de 90 à 95; la suppuration reste très-abondante à la plaie antérieure; le malade peut se remuer et expectorer avec plus de force. — Semoule le matin, bouillon le soir.

Le 7, la nuit a été bonne, le facies est calme, le regard exprime le bien-être; le pouls, de 85 à 90, est moins serré, la peau moite, la chaleur presque normale; suppuration toujours abondante en avant, notablement diminuée au dos, dont la plaie est obstruée par les bourgeons charnus; respiration plus libre, quoique toujours vésiculaire sous la clavicule. L'appétit se fait sentir; semoule tout le jour.

Le 8, le mieux continue; crachats toujours puriformes et mêlés de stries; le côté lésé n'est guère plus volumineux que le côté gauche; haleine nauséabonde. La peau du thorax se ride et se sèche; cependant la peau des autres parties du corps est normale et moite: pouls descendu de 80 à 75. La suppuration de la plaie antérieure est d'une abondance extraordinaire et d'une fétidité remarquable; voix vibrante. Le malade se rassure, il compte sur la guérison, et me tourmente pour avoir à manger. Deux semoules le matin et une semoule le soir.

Le 11, état général satisfaisant : la plaie postérieure est fermée, la suppuration de la plaie antérieure m'épouvante par son abondance; les crachats sont encore muco-purulents; cependant il faut les fixer attentivement pour reconnaître quelques filets puriformes. La matité existe toujours dans les deux tiers du poumon droit; du souffle bronchique s'entend à la base; l'air ne sort plus par la plaie, dont les bourgeons charnus ferment l'entrée.

Le 12, même état. Il s'est formé entre les pectoraux droits, un peu au-dessous de l'ouverture d'entrée, une petite collection purulente que j'ouvre par une incision, et qui donne issue à une grande quantité de matière séro-purulente.

A dater de cette époque, la maladie a marché rapidement vers la guérison; les crachats sont devenus tout à fait muqueux, la suppuration de la plaie antérieure s'est tarie graduellement.

Le 1er août, le malade mange la demie au régime maigre et boit le quart de vin; œnolé de kina avec ratanhia. La plaie antérieure, qui ne donne plus qu'un suintement, est recouverte d'un morceau de diachylon. Le malade se lève et fait le tour de la salle, respirant beaucoup plus librement et sans douleur. Il dort bien toute la nuit. Le matin le pouls est large; C... peut se coucher sur le côté lésé; le facies, quoique pâle, exprime le contentement.

Le 26 août, C... sort de l'hôpital entièrement guéri. Les crachats, peu abondants, sont tout à fait muqueux; aucune des plaies ne suinte plus; la respiration est toujours courte; au-dessous et au-dessus de la partie lésée, on entend un peu de râle crépitant fin; matité persistante autour des plaies; le facies, quoique en apparence calme, reste fatigué.

C... se rend au dépôt de son corps à Alger, et ne tarde pas à être retraité. Les forces reviennent difficilement.

Cette observation prouve que les plaies de poitrine par armes à feu, très-graves en apparence, le sont moins pourtant qu'on le suppose. Au commencement de ma pratique aux ambulances, j'étais effrayé quand j'avais affaire à une plaie de cette nature. J'en ai tant vu se terminer favorablement, que je me suis habitué à ne pas les regarder comme généralement mortelles. D'après mes relevés statistiques, comme guérison, la proportion dépasserait un peu les trois cinquièmes. Dans le cas que nous venons de voir, j'attribue le peu d'intensité des symptômes à ce que la balle, tirée de près, a fait à l'intérieur de la poitrine ce que j'appelle une *plaie brûlée*, déterminant une eschare dans presque toute l'étendue du trajet, ce qui a diminué l'abondance de l'hémorrhagie et aidé, selon moi, par le temps que cette eschare a mis à se détacher, à l'obturation des vaisseaux rétractés. (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

DYSSENTERIE.

Potion de M. le docteur PAILLON.

Acide chlorhydrique. . . / Perchlorure de fer. . . .	ãã 1 gramme.
Eau de fleurs d'oranger. . / Sirop simple.	ãã 60 grammes.
Sirop thébaïque. . . .	30 —

(*Union médicale.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 juillet 1861. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet :

1° Une série de rapports sur diverses épidémies, par MM. les docteurs Contesse (de Cernon), Grosgurin (de Saint-Claude), Madin (de Blercourt), Malichecy (de Mont-de-Marsan) et Secourgeon, médecin militaire à Perpignan;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements de l'Ardèche et de Seine-et-Marne (commission des épidémies);

3° Les rapports sur les eaux minérales d'Audinac (Ariége), par M. Dehoey; de Chaudesaigues (Cantal), par M. Chevalier; de Vals (Ardèche), par M. Chabanne (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur Bruguier, sur l'utilité de la revaccination (commission de vaccine);

2° Une lettre de M. le docteur Lavau (de Birac), sur l'emploi du sulfure de chaux en frictions comme agent régénérateur des os.

RAPPORT.

Remèdes secrets. — M. BOUDET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées après quelques explications échangées sur l'un d'eux entre M. Gibert et le rapporteur.

COMITÉ SECRET.

A trois heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Poggiale sur les candidats à la place vacante dans la section de pharmacie, et pour discuter leurs titres.

PRÉSENTATION.

A la reprise de la séance publique, M. RUFZ présente à l'Académie le cadavre d'une poule atteinte d'une lésion des vésicules aériennes thoraciques et abdominales, caractérisée par la présence de fausses membranes croupales sur la muqueuse des voies respiratoires post-pulmonaires.

M. REYNAL dit, à cette occasion, que cette affection est très-fréquente depuis une dizaine d'années, surtout chez les volailles importées d'Angleterre ou de Normandie. Il rappelle qu'il a présenté lui-même à l'Académie un cas de ce genre, et qu'il a fait la description de la diphthérie chez les gallinacés.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous avons déjà annoncé que l'Empereur, par décret du 5 juin dernier, a autorisé l'érection d'une statue au baron Larrey, chirurgien en chef des armées du premier empire, dans la ville de Tarbes, chef-lieu du département où il est né.

Un comité vient d'être constitué pour prendre les mesures nécessaires à l'exécution de ce projet. Il est composé de :

MM. Garnier, préfet des Hautes-Pyrénées; de Caussade, général commandant la subdivision; Laurence, évêque du diocèse de Tarbes; Sales, président du tribunal; vicomte de la Garde, maire de Tarbes; de Lafforest, inspecteur d'Académie; Adnet, procureur impérial; Colomès de Juillan, ingénieur en chef, ancien député; Duplan, Dimbare, Vignes, Dastas, docteurs en médecine; Dazet, président; Septavaux, secrétaire général; Dupouey, secrétaire ordinaire; Tiffon, questeur; Adam, membre de la Société académique des Hautes-Pyrénées.

— Le concours pour la place de prosecteur de l'Ecole anatomique des hôpitaux de Paris, vient de se terminer par la nomination de M. le Dr J. Péan.

— M. le docteur Dujardin, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, vient de succomber à une douloureuse maladie.

— M. le docteur Testaud-Marchain, ancien lauréat de l'Ecole pratique de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir à Châteauroux (Indre). Pendant cinquante ans, de 1811 à 1861, il a exercé dans cette ville, de la manière la plus honorable et la plus distinguée. Il a succombé à l'âge de soixante-dix-neuf ans, après avoir été pendant trente ans médecin-chirurgien de l'hospice, maire dans les circonstances les plus difficiles, vice-président de la Société d'agriculture, membre du conseil de l'hospice, des prisons, etc.

— L'épidémie d'érysipèles continue de faire des victimes parmi les élèves des hôpitaux. M. Groult en a été atteint de la manière la plus grave dans le service de M. Morel-Lavallée, à Necker; sa vie a été longtemps en danger. Nous avons la satisfaction d'apprendre que cet excellent élève est en voie de convalescence.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'emploi des lunettes pour la conservation de la vue, par N. P. LEREBOURS, ancien opticien de l'Empereur, membre adjoint du bureau des longitudes, etc. — Guide précieux et indispensable pour toutes les personnes qui ont les yeux fatigués ou malades. — Prix : 3 fr. *franco*. H. Plon, imprimeur-éditeur, rue Garancière, 8.

Mémoire sur l'extraction des calculs ou des fragments arrêtés dans l'urèthre, lu à l'Académie de médecine, par M. le docteur Aug. MERCIER. Brochure in-8° avec fig. Prix : 75 c. Chez Asselin, place de l'Ecole de Médecine.

Précis d'électro-thérapie médico-chirurgicale, par M. le docteur GUITARD, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Toulouse. Un volume in-12. Paris, 1861. Prix : 3 fr. 50 c. Victor Masson et fils.

Exercices et récréations anatomiques, par le docteur L. GIRAUDET fils, professeur d'anatomie à Tours. Un volume in-18 jésus de 300 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 91. — SAMEDI 3 AOUT 1861. (34e ANNÉE.) N° 91. — SAMEDI 3 AOUT 186

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 1 EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Erysipèles. — Epidémie de l'hôpital Beaujon.

L'épidémie d'érysipèles dont nous avons fait connaître dans les précédentes *Revues* quelques faits épisodiques, et qui, ainsi que nous l'avons dit, remonte déjà loin, a présenté dans son cours des oscillations et des vicissitudes assez singulières dont il pourra être intéressant plus tard d'esquisser l'histoire. Ainsi, tandis que nous la présentions d'après les faits recueillis dans quelques services comme en état de recrudescence, elle est considérée, au contraire, comme terminée dans d'autres services. Pour ne citer que l'hôpital Beaujon, par exemple, après avoir sévi avec une extrême intensité pendant une grande partie de l'année dernière, elle a paru cesser quelque temps pour reprendre son cours avec une nouvelle activité cette année et cesser de nouveau, tandis que sur d'autres points, à la Charité, à Necker et à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jamain, remplaçant M. Robert, elle semble acquérir en ce moment son summum.

Voici, d'après une note que nous a trausmise M. le professeur Gosselin, le relevé des érysipèles observés à Beaujon, dans son service, depuis le 1er janvier jusqu'au commencement de juillet, avec la mortalité en regard :

	Janvier.	Février.	Mars.	Avril.	Mai.	Juin.	Juillet.
Invasions. . .	4	3	4	7	7	6	2
Morts.	2	1	1	2	2	2	0

Depuis lors jusqu'à ce jour, il ne s'en est pas produit de nouveau cas.

Nous reviendrons sur ces fluctuations de l'épidémie. En attendant nous ne voulons pas laisser passer l'occasion de présenter un tableau résumé des principaux caractères de l'épidémie qui a sévi dans cet hôpital, et presque exclusivement dans les salles de M. Gosselin (ce qui n'est pas une des circonstances les moins curieuses de son histoire), d'après l'exposé très-complet et très-bien fait qu'en vient de présenter dans sa thèse inaugurale M. le docteur Fenestre, ancien interne de ce service.

Depuis le 23 février de l'année dernière, époque de l'apparition de l'épidémie à l'hôpital Beaujon, jusqu'au 20 juillet, date de sa première disparition, M. Fenestre a recueilli 55 observations qui font le sujet de son travail. Nous négligerons quelques détails de statistique et d'anatomie pathologique, qui pourront retrouver ailleurs toute leur valeur, pour ne nous arrêter ici que sur les symptômes généraux qui constituent plus particulièrement le caractère exceptionnel de gravité de cette épidémie.

Toutes les fois que l'érysipèle s'est développé en l'absence de toute plaie, de toute influence extérieure bien appréciable, on a observé des prodromes (frissons, anorexie, malaise général, agitation, fréquence du pouls, chaleur vive à la peau, soif, céphalalgie intense, etc.) dont l'intensité a été en rapport avec la gravité de la maladie. Dans les cas d'érysipèle traumatique, ces prodromes, un peu moins accusés, n'ont cependant jamais fait défaut.

Le développement des phénomènes locaux a été, en général, accompagné d'une augmentation considérable dans l'intensité de la plupart de ces symptômes prodromiques.

Un d'entre eux a été constamment très-pénible, à cause de son intensité et de sa persistance, la céphalalgie. Elle persistait pendant cinq, six jours et plus, accompagnée d'une soif des plus vives.

Deux, trois ou cinq jours après l'apparition de la rougeur, rarement plus, il se manifestait, dans les cas graves, de la stupeur, avec perte de l'intelligence, du délire, souvent bruyant, quelquefois calme. La peau des membres, puis de tout le corps, devenait froide, aride, quelquefois poisseuse; le pouls petit, fréquent, souvent irrégulier, intermittent. Au bout de très-peu de jours, et presque dans tous les cas d'une certaine gravité, la langue devenait brune, sèche, rugueuse, noire, tremblante, lorsqu'on l'examinait ; le tremblement s'est quelquefois étendu aux membres supérieurs d'une manière remarquable. Les dents étaient recouvertes d'un enduit noirâtre, comme cela se voit si communément dans la fièvre typhoïde. Enfin le malade tombait dans la prostration, l'adynamie, le coma. Dans la moitié des cas, le pouls reprit un peu de force, devint moins fréquent ; la rougeur s'arrêta, puis pâlit ; les malades sortirent peu à peu de l'état de torpeur, de prostration, dans lequel ils étaient plongés ; la langue se nettoya, devint moins sèche ; puis peu à peu, et sous l'influence de la médication tonique, l'appétit revint promptement ; et dans les cas où il n'y eut pas de complication, la guérison complète ne se fit pas trop longtemps attendre. Mais dans l'autre moitié des cas, cet état typhoïde grave eut pour terminaison la mort.

Comme complications, M. Fenestre a constaté une pleuropneumonie, cinq bronchites et une pleurésie, dont le développement coïncida avec la disparition subite de l'exanthème. L'une des complications les plus fréquentes dans les cas d'érysipèle de la face, a été le phlegmon des paupières. Il s'est montré 11 fois, plus souvent aux paupières supérieures qu'aux inférieures, 1 fois aux quatre paupières ; sur ces 11 cas, 2 seulement ont été suivis de guérison.

Dans six cas, l'inflammation de la peau s'est étendue au tissu cellulaire et a produit le phlegmon érysipélateux.

Dans un cas, la bourse séreuse olécrânienne s'est enflammée et abcédée ; la bourse séreuse prérotulienne a fourni un second exemple d'inflammation consécutive.

Deux fois la surface du derme, mise à nu par l'ouverture des phlyctènes, s'est recouverte d'une pulpe grisâtre qui a paru le résultat d'une gangrène superficielle.

Le développement rapide de quelques abcès très-circonscrits qui se sont développés à la jambe, à la région lombo-sacrée, au bras, au cou, a coïncidé toujours avec une grande amélioration de l'état général. Le point le plus curieux de l'histoire de ces abcès, c'est que quarante-huit heures après les premiers indices de leur développement, le pus était parfaitement collecté.

Enfin, parmi les complications signalées, figure l'apparition d'un œdème très-remarquable aux membres inférieurs pendant la convalescence, sans aucun signe certain de phlébite, genre de complication sur lequel Borsieri a beaucoup insisté.

Ces érysipèles ont présenté, sous le rapport des rechutes et des récidives, des particularités très-intéressantes. Des rechutes ont été observées chez six malades ; voici dans quelles circonstances : la rougeur avait entièrement disparu ; la céphalalgie, la fièvre, la soif, n'existaient plus depuis plusieurs jours ; le pouls était bon, l'appétit commençait à revenir, lorsque tout à coup réapparurent les frissons, la céphalalgie, la soif, en un mot tous les phénomènes généraux notés au début de cette affection. En moins de cinq ou six heures, une rougeur très-vive recouvrait d'emblée toutes les parties envahies primitivement. Ces érysipèles de retour se sont reproduits jusqu'à deux et même trois fois sur le même individu. Dans ces cas, les symptômes concomitants locaux et généraux diminuèrent notablement dans leur intensité et leur durée, à chaque nouvelle invasion de la maladie.

Sous le point de vue du pronostic, l'érysipèle s'est montré toujours grave, lorsque très-près du début les symptômes typhoïdes ont dominé l'ensemble des manifestations pathologiques. Le délire a été généralement un signe fâcheux dans la forme adynamique. Dans les autres formes, il n'a pas eu la même signification, quoique intense et bruyant.

L'influence épidémique a toujours fixé l'attention de M. Gosselin quand il s'agissait d'établir le pronostic. Un érysipèle développé autour d'une plaie insignifiante par elle-même en tout autre temps, chez un individu d'ailleurs fort, vigoureux, bien portant, commandait néanmoins beaucoup de réserve.

L'érysipèle a paru plus à craindre dans certaines régions que dans d'autres ; c'est ainsi que sur 19 cas d'érysipèle de la face il y a eu 11 décès, c'est-à-dire plus de la moitié.

Aux membres, il a été plus grave qu'il ne l'est d'ordinaire, à cause de la forme ambulante observée chez la plupart des malades.

Cette épidémie n'a fait que confirmer une fois de plus cette conclusion, à laquelle sont fatalement arrivés tous les thérapeutistes cliniciens, savoir, qu'aucun remède ne guérit l'érysipèle. — Faudrait-il faire une exception en faveur de la médication dont nous avons fait connaître les résultats sommaires dans la dernière *Revue*, et de celle dont nous allons dire un mot tout à l'heure ? — Nous ne demanderions pas mieux ; mais il manque encore à l'une et à l'autre le contrôle d'une expérimentation publique et suffisamment multipliée. — Quoi qu'il en soit, voici en quels termes M. Fenestre rend compte des résultats des diverses tentatives de traitement qui ont été faites à Beaujon pendant la durée de cette première phase de l'épidémie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De la Raison, du Génie et de la Folie, par M. FLOURENS, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, membre de l'Académie française (1).

M. Flourens n'a jamais fait d'ouvrage de longue haleine. Qu'une idée, qu'une doctrine nouvelle surgissent dans le monde scientifique, qu'un livre soit publié renfermant quelque vue originale ; et surtout si par quelque point cette idée, cette doctrine, ce livre, se rattachent à la physiologie encore un peu nébuleuse du système nerveux, M. Flourens prend la plume et fait dans une revue, dans un de ces recueils à demi littéraires, à demi scientifiques, un petit article d'analyse ou de critique. Lorsqu'au bout de quelques années il en a produit un nombre suffisant, sur des sujets offrant quelques points de contact, il les réunit sans même se donner toujours la peine de dissimuler les soudures ; il en fait un petit livre auquel il donne un titre plus ou moins en rapport avec le sujet principal de l'œuvre, mais qui est ordinairement assez bien choisi pour piquer la curiosité des gens du monde, assez friands, on le sait, de tout ce qui semble devoir leur donner, sans étude, des notions sur les mystères les plus ardus de la science ; l'ouvrage est d'ailleurs correctement, élégamment écrit ; s'il est un peu superficiel quant au fond, la forme en est attrayante ; ce n'est pas pour rien que M. Flourens est membre de l'Académie française ; somme toute, le livre a du succès ; en peu d'années on le voit parvenir à sa troisième, à sa quatrième édition ; et la collection des œuvres complètes compte un volume de plus.

Nous ne voudrions pas que l'on prît en mauvaise part cette appréciation du genre de talent de M. Flourens. Il est un des premiers parmi ces hommes qui parlent science dans les salons, qui causent avec charme, qui se font écouter avec plaisir du *profanum vulgus*, auquel ils finissent toujours par apprendre quelque chose qu'il ignorait. Mais un reproche que nous lui adressons, c'est de vouloir toujours et tout juger sans appel, sans s'être donné la peine, on le croirait du moins, d'étudier sérieusement les questions ; c'est de prétendre, du haut de sa toute-puissance, faire rentrer dans le néant, rayer d'un trait de plume des œuvres parmi lesquelles figurent certainement des travaux qui resteront l'honneur et la gloire du génie humain. Qu'on en juge.

« Voyant, en 1842, dit-il dans la préface de son nouveau livre, le » succès de la phrénologie, j'écrivis contre la phrénologie.

» La phrénologie n'était que ridicule. »

Voilà tout ce que M. Flourens trouve à dire de Gall ; de Gall qui a fait faire un pas immense à l'étude de l'anatomie et de la physiologie du cerveau ; du réformateur de la philosophie moderne ; d'une des plus belles intelligences dont puisse s'enorgueillir le monde savant du dix-neuvième siècle. On sera forcé d'avouer avec nous que le jugement peut paraître un peu léger.

S'il s'exprime avec autant de sans façon lorsqu'il s'agit d'un homme de la valeur de Gall, on ne sera pas étonné que M. Flourens malmène un peu rudement un de nos médecins aliénistes actuels les plus distingués, M. Moreau (de Tours), à l'occasion du livre *la Psychologie morbide*, dont nous avons rendu compte l'an dernier dans ce journal. Nous allons droit au fait, parce qu'il est parfaitement évident, pour quiconque jette un coup d'œil sur le nouvel opuscule de M. Flourens, que la partie capitale de l'œuvre est le chapitre intitulé *Du génie*.

La première et la dernière partie, la *raison* et la *folie*, ne sont que des prétextes pour encadrer la réfutation de la thèse de M. Moreau. Et encore ces morceaux ne sont-ils pas absolument neufs dans leur entier. Nous retrouverions facilement, croyons-nous, et sans chercher bien loin, certains passages qui nous ont paru avoir un air de connaissance.

Quant à la critique du livre de M. Moreau, qui doit, du reste, être fier d'avoir attiré sur lui une réfutation si longue et si sévère, il n'y a pas excessivement longtemps, si notre mémoire nous sert bien, qu'elle tombait, non pas écrite encore, du haut de la chaire professorale de M. Flourens ; et après avoir entendu l'une, comme après avoir lu l'autre, nous ne nous sommes pas senti ébranlé dans notre manière de voir, assez conforme à celle du savant et ingénieux médecin de la Salpêtrière, sinon tout à fait aussi absolue.

A voir le petit nombre d'hommes de génie qu'enfante chaque siècle, il est bien permis d'admettre que le génie n'est pas chose tout à fait normale ; et si M. Moreau démontre par des faits que dans un très-grand nombre de circonstances les hommes chez lesquels on a constaté l'existence de facultés exceptionnelles appartenaient à des familles dont plusieurs membres avaient subi des dérangements intellectuels de quelque nature qu'ils fussent ; que quelques-uns même d'entre eux ont tristement fini de la même manière, on sera peut-être tenté de penser avec lui que la locution vulgaire : *Les extrêmes se touchent*, peut trouver ici son application.

Le livre de M. Flourens se termine, selon la coutume de l'auteur, par quatre petits mémoires séparés : l'un sur les mots *idée et perception*, petite discussion logomachique sur une phrase de Locke ; un autre sur l'*unité du moi dans la folie* ; un troisième sur l'*unité phy-*

(1) Un vol. in-18. Chez Garnier frères.

Quelques topiques, dit-il, ont peut-être calmé ou modifié un peu dans certains cas l'inflammation érysipélateuse; mais toujours, excepté dans les cas où l'érysipèle touchait à sa fin, il s'en produisait une nouvelle plaque sur les parties voisines.

Plusieurs fois les évacuants ont paru prévenir ou atténuer certaines complications, mais ils n'ont jamais éteint l'érysipèle. Dans presque tous les cas où ont été employés les éméto-cathartiques, l'érysipèle n'a pas moins continué sa marche envahissante, et s'est répandu sur les diverses parties du corps. Ils n'ont paru avoir été de quelque utilité que dans trois cas d'érysipèle de la tête accompagnés de vomissements bilieux, d'embarras des premières voies et de gêne de la respiration.

Dans un cas où l'érysipèle parti d'une plaie au bras gauche avait gagné l'épaule et la région pectorale du même côté, on traça sur la peau avec la pierre infernale une ligne pour circonscrire la rougeur. Le lendemain, la rougeur, qui jusque-là s'était très-rapidement étendue, était arrêtée net à la ligne tracée par le crayon caustique; mais une gêne considérable de la respiration, accompagnée d'une réaction générale, avait suivi la rétrocession de l'érysipèle. L'auscultation fit reconnaître une bronchite très-intense qui heureusement se termina par la guérison. Soit effet d'une rétrocession, soit simple coïncidence, la méthode ectrotique fut complétement mise de côté après ce premier essai.

M. Gosselin a eu recours une fois à la méthode divisante, au début d'un érysipèle phlegmoneux autour d'une plaie du bras; les accidents locaux et généraux étaient formidables. M. Gosselin pratiqua quatre incisions longues et assez profondes; le malade parut soulagé; l'érysipèle n'en persista pas moins à s'étendre, mais la guérison suivit cette médication active. Dans plusieurs érysipèles phlegmoneux, les incisions, quoique faites à une époque plus avancée, ont permis de sauver des membres compromis.

En résumé, de l'aveu de M. Fenestre, aucun traitement n'a enrayé la marche de l'érysipèle plus que l'expectation; il n'a cessé dans tous les cas que lorsque sa cause a été épuisée. Cependant M. Gosselin n'en a pas conclu qu'il n'y eût rien à faire. Voici quelle a été sa règle de conduite :

D'abord, pour obéir à une indication importante et exclusivement prophylactique, il s'est abstenu pendant l'épidémie de toute opération qui ne fût pas absolument indispensable. Il a apporté le plus grand soin et la plus active surveillance dans le pansement des plaies. La tendance à la forme typhoïde, remarquée dès le début de l'épidémie, l'a détourné de l'emploi des antiphlogistiques; il s'en est abstenu lors même que le caractère inflammatoire était assez fortement accusé, la prostration, l'adynamie et la stupeur ne tardant pas à apparaître, même dans ces cas, surtout dans les érysipèles de la face. Les toniques, au contraire, administrés dès le début, permettaient aux malades de lutter victorieusement contre cet épuisement profond.

Dans les cas où l'état saburral acquérait une grande intensité, il avait recours aux éméto-cathartiques, quelquefois seulement à des purgatifs légers, et toujours avec une certaine réserve, car il arrivait souvent qu'il s'établissait une diarrhée capable à son tour d'épuiser les malades. Dans les cas les plus ordinaires, il se bornait à prescrire la diète, les boissons délayantes, acidules, les topiques humides lorsque la peau était sèche et brûlante, les topiques secs lorsqu'elle n'offrait pas une chaleur aussi vive et présentait de petites phlyctènes. Après la cessation des signes inflammatoires et des troubles gastriques, les toniques, de légers excitants, l'eau vineuse, le vin et l'extrait de quinquina, ont été d'un grand secours pour combattre l'état typhoïde.

Traitement de l'érysipèle par la teinture alcoolique d'aconit.

M. le docteur J. Le Cœur, professeur de thérapeutique à l'École préparatoire de médecine de Caen, nous communique, à l'occasion de l'épidémie actuelle d'érysipèle, les résultats qu'il a obtenus il y a quelques années, dans une circonstance semblable, de l'emploi de la teinture alcoolique de racine d'aconit napel, préparée d'après la formule suivante :

Alcool à 32°.
Racine fraîche d'aconit napel. } parties égales en poids.

Laissez digérer indéfiniment dans une bouteille ou flacon bouché. Au bout de huit jours la teinture est faite; mais il n'y a nul inconvénient à prolonger indéfiniment la macération et à ne filtrer qu'au moment de livrer le médicament.

« Au premier érysipèle qui me tomba sous la main, dit-il, je l'employai. Il était de nature traumatique, survenu à la suite d'une ablation totale du sein. Le succès fut tel que depuis cette époque j'y ai recours dans toutes les affections de ce genre, quelle que soit leur cause et dès leur début. Je l'emploie *à l'exclusion de tout autre moyen*, pour être mieux à même d'en constater les effets. Je l'ai expérimenté douze ou quinze fois. Jusqu'ici j'ai donné cette teinture simple de racine d'aconit à la dose de 15 à 20 grammes dans les vingt-quatre heures; mais elle pourrait probablement être portée plus haut chez beaucoup de sujets. Je l'administre par cuillerées à café toutes les heures d'abord (même un peu moins pour les deux ou trois premières cuillerées), toutes les deux heures ensuite, à même dose, dans un quart de verre d'eau fraîche, cessant à production de nausées ou de vomiturations, ou éloignant simplement les doses. Dans les intervalles, un peu d'eau fraîche si le malade a soif ou le désire.

» J'ai vu constamment, au bout de peu d'heures, le pouls tomber, quelquefois des selles survenir, et, soit coïncidence, soit effet du médicament, peu de temps après l'érysipèle arrêter ses progrès, ou tout au moins être modifié dans son intensité. Une fois, dans un cas d'érysipèle spontané, où la malade présentait des phénomènes adynamiques (c'était une femme âgée et débilitée, atteinte d'érysipèle ambulant ayant débuté à la cuisse et s'étant propagé jusqu'au visage), j'y joignis la décoction de quinquina avec le vin et le sirop de quinquina.

» Quant au traitement local, je me borne à l'application continue de compresses d'eau froide simple ou légèrement vinaigrée ou saturnée sur les parties malades. »

Relations pathologiques de la mère et de l'enfant nouveau né. Nouveau fait à l'appui.

Dans la *Revue* du 8 juin dernier, nous avons exposé quelques idées de M. Bouchut sur les relations physiologiques et pathologiques de la mère et de l'enfant nouveau-né. M. le docteur J. Fleury (de Langon) nous communique à cette occasion le fait suivant, qu'il a jugé avec raison digne d'intérêt, comme confirmant les idées originales et les rapprochements ingénieux du médecin de Sainte-Eugénie.

Mme F..., âgée de trente-six ans, déjà mère de six enfants, est accouchée le 25 mai dernier de son septième, qu'elle a voulu allaiter malgré plusieurs essais malheureux d'allaitement; elle a présenté le sein à sa petite fille dès le même jour. La fièvre de lait a été peu intense chez elle, et l'on n'a pas observé de fièvre chez l'enfant. Mais dès le premier jour de sa naissance on remarqua chez lui une certaine tuméfaction au sein gauche. Le 28, Mme F... fut atteinte au mamelon gauche de gerçures qui l'obligèrent de suspendre l'allaitement, et peu à peu il se forma dans le sein du même côté un abcès situé près du mamelon et un peu au-dessous.

Le 10 juin, M. Fleury fut appelé pour ouvrir cet abcès, qui contenait environ 15 grammes de pus de bonne nature, au milieu duquel il ne put distinguer aucun grumeau de caséum.

Mme F... le pria alors d'examiner son enfant, qui avait aussi un abcès au sein gauche, auprès et un peu au-dessus du mamelon. En effet, la tuméfaction qu'on y avait remarquée n'était autre qu'un phlegmon qui s'était abcédé et ouvert spontanément la veille. Les linges de cette enfant étaient largement tachés de suppuration, et la pression sur le sein déterminait encore l'écoulement d'une petite quantité de pus mélangé de sang.

M. Fleury fit appliquer des cataplasmes émollients sur le sein de l'enfant, et le 13 l'abcès était complétement vidé et ne laissait à sa place qu'une petite induration qui a disparu aujourd'hui.

Mme F... s'est décidée à nourrir sa petite fille au biberon, et est guérie elle-même de son abcès, qui avait été largement ouvert.

« Selon M. Bouchut, ajoute notre confrère, le fait de l'engorgement mammaire avec sécrétion laiteuse chez les enfants nouveau-nés est constant à l'état physiologique; et quant au fait pathologique de la terminaison par suppuration de cet engorgement, il est porté à l'attribuer à un vice humoral. Cette hypothèse n'a rien qui répugne à la raison.

» En effet, naguère encore ces deux êtres faisaient partie d'un même organisme, et il est rationnel de voir dans les phénomènes qu'ils présentent après leur séparation la conséquence et le résultat de l'état organique qui leur était commun. Toutes les affections éprouvées par l'un retentissaient sur l'autre, qui en était pareillement affecté, et bien qu'ils soient désormais indépendants, ils peuvent sans doute présenter des phénomènes qui ne sont que l'expression de leur communauté d'existence. Un abcès que je crois de nature strumeuse, se développant chez la mère, il n'y a rien d'étonnant qu'il s'en développe un de même nature et à peu près en même temps chez un enfant qui a le même sang et qui aura le même tempérament que sa mère. Il convient cependant d'observer que cette relation n'est pas constante et n'a rien d'absolu.

» Mais M. Bouchut, en poursuivant ces rapprochements, va jusqu'à « penser que les femmes atteintes de péritonite puerpérale ont le péritoine rempli de pus blanchâtre avec flocons abondants, crémeux, caséiformes, remplis de caséum; que leur sang renferme également beaucoup de caséum; qu'il en est de même des épanchements de la plèvre, etc. »

» J'avoue que ces idées sont nouvelles pour moi; si elles ne sont de la part de M. Bouchut qu'une hypothèse ingénieuse, je n'insisterai pas; mais s'il les expose comme étant l'expression des faits, je crois que l'on verrait avec plaisir qu'il voulût bien les appuyer sur des preuves positives et sur des recherches anatomiques exactes. »

Outre leur intérêt purement physiologique, qui n'est point à dédaigner, ces faits ont dans la pratique une importance réelle. Il importe, par exemple, d'être prévenu, quand on observe un abcès du sein chez une femme nouvellement accouchée, que son enfant peut être atteint en même temps d'un abcès semblable; on en recherchera donc l'existence qui pourrait être méconnue surtout dans les campagnes, et l'on évitera ces décollements considérables des téguments de la poitrine dont l'issue est le plus souvent funeste.

— La curieuse observation qui précède viendra s'ajouter avec profit pour la science à celles qui s'y trouvent déjà, et qui prouvent l'existence de la mammite suppurée chez l'enfant nouveau-né.

A ce titre, la relation de M. Fleury a une grande importance. Mais à côté d'un fait il y a la raison qui l'éclaire, et par la dissociation de ses éléments on arrive à le classer d'une façon plus scientifique et plus rigoureuse.

Les abcès de la mamelle se présentent accidentellement chez les nouveau-nés; mais ils sont la conséquence d'un engorgement laiteux de cette glande. Voilà le fait signalé par quelques observateurs. Quelle en est la cause? La science ne peut se borner à la constatation des phénomènes; il faut qu'elle cherche à en pénétrer la nature, ou, si l'on aime mieux, à en découvrir la loi.

Ici on voit d'une façon constante l'engorgement plus ou moins considérable, tantôt peu apparent, ailleurs très-volumineux de la glande mammaire, se produire en occasionnant de

---

siologique, dans les conclusions duquel on trouve ce raisonnement : « Dès qu'une perception est perdue, toutes le sont; dès qu'une faculté disparaît, toutes disparaissent. Il n'y a *donc* point de sièges » divers ni pour les diverses facultés ni pour les diverses perceptions. »

Enfin, un petit recueil d'*ana* où Gall et Spurzheim sont agréablement tournés en ridicule.

Nous espérons que M. Flourens prendra prochainement sa revanche de cette publication.

Dr A. FOUCART.

La Goutte et l'Huile de marrons d'Inde, par M. GENEVOIX (1).

Sous ce titre, un pharmacien de Paris, M. Genevoix, vient de publier un petit volume auquel nous prédisons un succès rapide, et en raison de l'originalité du sujet qu'il traite, et aussi à cause de son utilité réelle. Guérir la goutte, cette cruelle et pénible affection qui fait le désespoir des malades et des médecins, et la guérir à l'aide d'un médicament fourni par un arbre qui jusqu'alors n'avait servi que d'ornement à nos parcs et à nos promenades, n'est-ce pas là une chose du plus haut intérêt et de nature en même temps à piquer au plus haut point la curiosité?

Jusqu'à ces dernières années, le marronnier d'Inde (*æsculus hippocastanum*), sauf quelques usages industriels très-limités auxquels était employé son bois, n'avait pu être utilisé d'aucune manière. L'amertume insupportable de son fruit, amertume qui résistait à tous les procédés mis en usage par l'agriculture, le rendait impropre à l'alimentation des animaux même les moins délicats. Aujourd'hui, par des moyens de la plus extrême simplicité, en s'aidant d'un réactif sans valeur, le carbonate de potasse, on parvient à extraire du fruit de cet arbre une fécule d'une finesse et d'une blancheur semblables à celles de la plus belle fécule de blé ou de pommes de terre, sans aucune saveur désagréable, et susceptible de servir à l'alimentation de l'homme lui-même.

Mais ce n'est pas à ce point de vue qu'il nous convient d'étudier ici le marron d'Inde. Sous un autre rapport, il mérite de fixer l'attention du médecin et de la nombreuse classe de malades auxquels nous avons fait allusion en commençant cet article.

Le marron d'Inde contient en assez forte proportion une huile essentielle d'une fluidité remarquable. Guéri d'un accès de goutte, vers 1840, par un médecin allemand qui lui avait couvert le pied d'un cataplasme de pulpes de marrons d'Inde, un malade observateur, M. Marnier, eut l'idée que l'on pourrait peut-être isoler le principe actif et thérapeutique de ce fruit; partant, obtenir d'une manière bien plus rapide et plus complète le résultat heureux du nouveau topique. Les essais qu'il tenta dans cette direction furent couronnés de succès, et bientôt on ne compta plus le nombre de guérisons déterminées par l'huile de marrons d'Inde, longtemps connue sous le nom de *remède Marnier*.

C'est ce remède, dont il s'est empressé de révéler au public médical la véritable nature dès qu'il est devenu possesseur du secret de M. Marnier, que M. Genevoix s'est surtout proposé d'étudier et de faire connaître dans le livre que nous avons sous les yeux.

Le premier, il tenta de l'extraire en grand, et arriva enfin, après de nombreux et coûteux tâtonnements, à imaginer des appareils susceptibles de fournir des quantités d'huile assez considérables pour qu'il fût possible de l'expérimenter sur une très-grande échelle. Notre honorable et très-goutteux confrère M. le docteur Ch. Masson fut un de ceux qui eurent l'occasion de l'employer sur lui-même, et de la manière la plus heureuse, et dès lors le nouveau remède n'eut pas de prôneur plus zélé, de propagateur plus infatigable que lui.

Cet historique est le préambule obligé de l'*Étude sur la goutte*, dont M. Genevoix a voulu tracer un léger aperçu, et sur lequel nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de beaucoup insister. Qu'est-ce que la goutte? Tous les médecins savent la reconnaître, personne n'a pu encore en donner une définition exacte et précise. Tous cherchent à la traiter, à soulager le malade qui se confie à leurs soins éclairés; jusqu'à présent on n'a pu encore instituer un traitement logique et rationnel, toujours et infailliblement efficace.

Qu'importe alors une définition plus ou moins concise et serrée? On reconnaît la maladie; le diagnostic est posé. On possède le remède, dont le mode d'action échappe à l'analyse, qui est peut-être empirique, mais dont les effets ne sont ni contestables ni contestés par personne; de plus, et chose immense à nos yeux, ce remède est une substance connue de tous, que chacun peut, s'il le veut, préparer lui-même, dont l'origine n'est pas enveloppée de ténèbres; en un mot, ce n'est pas un *remède secret*. Les grands noms de la pharmacie, les Boudet, les Bouchardat, l'ont vu fabriquer sous leurs yeux sans mystère. Que nous faut-il de plus pour conseiller la lecture du livre aux médecins, l'emploi de l'huile aux goutteux, sous la direction exclusive et continuelle de leur docteur, ainsi que le recommande M. Genevoix, et pour témoigner à celui-ci, au nom des infortunés dont il soulage les douleurs, toute la gratitude que mérite le service qu'il a rendu à l'humanité?

Dr Jules BERNARDOT.

(1) Un vol. in-18, chez Lacroix, quai Malaquais, 15.

la douleur chez les nouveau-nés. Le fait coïncide avec un phénomène semblable chez la mère.

De part et d'autre cet engorgement a pour effet la sécrétion du lait, et chez la mère comme chez l'enfant, au même instant commence une sécrétion lactée qui cesse chez l'un tandis qu'elle continuera chez l'autre.

Douze fois, dans une famille, la mère a signalé sur ses douze enfants un engorgement mammaire douloureux, fébrile, suivi de sécrétion lactée, et deux fois cet engorgement a été suivi d'abcès (1).

Quand il s'agit d'une nouvelle accouchée, ces phénomènes ont reçu le nom de *fièvre de lait*. Seraient-ils de nature différente parce qu'ils s'observent chez un enfant? Tout engorgement des glandes mammaires accompagné de chaleur, de douleur et de fièvre, suivi de sécrétion lactée, peut donc être considéré comme la manifestation d'une fièvre de lait. C'est le nom consacré par l'usage. On peut bien ne pas y tenir; mais si on le rejette, il en faut trouver un autre pour l'indication du phénomène.

Ce rapport physiologique de l'enfant à sa mère est confirmé par des rapports pathologiques non moins évidents. En effet, la fièvre puerpérale chez l'une entraîne souvent chez l'autre des accidents morbides variés de péritonite, d'érysipèle, d'abcès multiples, etc., dont on a pu longtemps méconnaître la nature et le lieu, mais que dans sa pénétration, un de nos savants confrères a précisés par le mot de *fièvre puerpérale du nouveau-né*.

Ainsi, à côté de l'*état puerpéral de la mère*, il faut admettre un *état puerpéral de l'enfant*, et accidentellement fièvre puerpérale de l'un et fièvre puerpérale de l'autre. Est-ce sympathie nerveuse, identité de composition du sang, ou bien coïncidence d'une disposition humorale commune?

Entre ces deux hypothèses, M. Bouchut paraît pencher pour la seconde, qui lui semble préférable, d'autant plus qu'on peut trouver dans le sang et dans les humeurs un élément commun, plus abondant dans l'état puerpéral que partout ailleurs. Cet élément, c'est le caséum.

En effet, dans l'état puerpéral plus qu'ailleurs, le sérum du sang et le sérum du pus renferment un principe que notre confrère considère comme du caséum. Filtré et chauffé pour en séparer l'albumine, le résidu, traité par l'acide acétique et par la présure, donne un précipité blanc qui n'est autre que du fromage, ainsi que l'a démontré le premier M. le professeur N. Guillot.

Il y a encore beaucoup à faire dans cette direction, ne voulût-on que se borner à établir les proportions de caséum existant dans le sang de la fièvre puerpérale, pour les comparer à la proportion normale; mais cela exige de nouvelles analyses. Celui qui se chargera de les entreprendre rendra un véritable service à la science.

DE LA RÉSINE DE SCAMMONÉE D'ALEP.

Nouveau mode d'administration.

Par M. le Dr L. Parisot.

Tous les thérapeutistes semblent s'être donné le mot pour rechercher un purgatif sûr, agréable à prendre, d'un effet invariable, et d'une innocuité parfaite. Ont-ils réussi? Nous n'osons pas l'avouer, car une répugnance très-grande s'attache encore à la plupart des produits pharmaceutiques que les praticiens ordonnent tous les jours. Ici ce sont des pilules qui émeuvent brutalement l'intestin et provoquent consécutivement de la constipation; là, des eaux sulfatées et des limonades magnésiennes, dont la saveur laisse énormément à désirer, et qui demandent d'autre part à être prises en quantité trop grande; plus loin, enfin, le calomel avec toute l'irrégularité de son action et le sérieux désagrément d'appartenir à la classe des mercuriaux.

Au milieu de tous les éléments divers qui encombrent l'arsenal thérapeutique, se présente la résine de scammonée d'Alep purifiée et privée de son âcreté. Cet excellent purgatif détermine d'abondantes et de faciles évacuations alvines séreuses, et est principalement indiqué dans les cas de constipation opiniâtre, d'anasarque et d'hydropisies passives. Son action se porte de préférence sur l'intestin grêle, et la presque insipidité de ce produit le rend très-précieux dans les maladies des jeunes enfants.

M. Caroz, pharmacien distingué à Belleville, est arrivé, après beaucoup de tentatives infructueuses, à mitiger et à corriger l'âcreté du principe actif de la scammonée et à le combiner avec une substance neutre dont les propriétés sont des plus bienfaisantes. Le *biscuit purgatif Caroz* est rapidement entré dans la pratique usuelle; aussi n'avons-nous aujourd'hui qu'à constater des résultats acquis. Voici, pour notre part, quels ont été les faits cliniques qui se sont passés sous nos yeux :

1° Mme B..., âgée de trente-deux ans, après avoir subi de longues médications antisyphilitiques, a été prise tout à coup d'une constipation extrêmement opiniâtre, s'accompagnant de céphalalgie, d'anorexie, de nausées, de tristesse et même d'idées de suicide. En vain les secours les plus habituels de la science furent-ils mis en œuvre, les exonérations intestinales restèrent d'une rareté presque surprenante. Sur ces entrefaites, je conseillai à Mme B... l'usage des eaux de Contrexéville, et je la vis partir pleine d'un espoir que je n'osais partager entièrement. Son attente fut déçue; elle alla beaucoup mieux tant qu'elle resta soumise à l'action de ces eaux magnésiennes; mais à son retour elle recommença à prendre en pure perte un grand nombre de purgatifs. Je lui prescrivis alors un biscuit à la résine de scammonée d'Alep. Le succès me fit recourir au même moyen plusieurs fois de suite, à une semaine d'intervalle, et Mme B... rentrait au bout de deux mois, et à ma très-grande stupéfaction, dans toutes les conditions ordinaires de la vie.

2° M. l'abbé V..., âgé de soixante-cinq ans, dyspeptique depuis plus de vingt années, me consulta pour une constipation qui allait chaque jour en s'aggravant, et contre laquelle il avait essayé l'emploi de tous les produits pharmaceutiques préconisés à la quatrième page des journaux. Je lui fis prendre une fois par semaine, et le matin à jeun, un biscuit purgatif Caroz, et immédiatement après, soit une tasse de thé léger, soit un verre de vin de Bordeaux, du café au lait, du chocolat, du lait, ou simplement de l'eau sucrée. Sous l'influence de cette médication, les selles se régularisèrent, la dyspepsie elle-même s'amenda, et M. l'abbé V... avait récupéré trois mois après la parfaite intégrité de sa santé. Dans la crainte d'une récidive, je lui ai cependant donné le conseil de reprendre un biscuit de loin en loin.

3° Deux enfants, les frères A..., âgés de quatre et de trois ans, étaient affectés de vers intestinaux, et les préparations anthelminthiques avaient été successivement mises en œuvre sans trop de succès. J'eus la pensée de leur faire prendre pendant trois jours de suite un quart de biscuit à la résine de scammonée d'Alep, et non-seulement des vers furent expulsés, mais aucun malaise abdominal ne reparut plus. Ce fait m'a singulièrement frappé, et je n'emploie plus autre chose maintenant dans ma pratique toutes les fois qu'il s'agit d'un cas semblable.

Hippocrate a dit : « Les purgatifs agissent en aidant et en incitant la nature dans ses opérations quotidiennes, » et il a ajouté : « Plus vous nourrirez les corps qui ne sont pas bien purgés des humeurs impures, plus vous leur causerez de dommages. » Cette opinion, pour avoir plus de deux mille ans, n'en est pas moins aujourd'hui encore d'une grande justesse. Lorsqu'on songe en vérité à toutes les difficultés que les médecins rencontrent dans leur pratique pour obtenir du côté de l'intestin des effets dérivatifs d'une certaine énergie, et que l'on constate d'autre part les résultats si sûrs produits par le biscuit purgatif à la résine de scammonée d'Alep, purifiée et privée de son âcreté, on ne peut que rendre hommage à l'inventeur, et inviter ses confrères à expérimenter le moyen. C'est ce que je crois de mon devoir de faire en publiant cette note.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 juillet 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Dolbeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, qui se porte candidat à la place de membre titulaire qui vient d'être déclarée vacante, a lu un travail sur une **forme de l'arthrite sèche**, qui a été renvoyé à une commission composée de MM. Houel, Richet et Guersant.

La commission qui doit examiner les titres des candidats à la place vacante se compose de MM. Gosselin, Giraldès et Depaul.

COMMUNICATION.

Fistules vésico-vaginales. — M. Verneuil donne à la Société les détails suivants :

Je désire appeler l'attention de mes collègues sur des faits nouveaux d'opération de fistule vésico-vaginale par le **procédé américain**. Ce procédé a sur tous les autres des avantages immenses, résultant de la manière dont se pratique l'avivement, dont s'appliquent les points de suture, etc. Je ne veux pas insister sur ces avantages, mais je tiens tout d'abord à faire cette remarque : quand l'opération échoue, la fistule est au moins diminuée et l'insuccès n'est jamais complet.

J'ai fait à l'Académie une lecture à propos de deux opérations pratiquées par moi. L'une de ces deux observations se rapportait à un cas simple, et la guérison fut obtenue d'emblée. Pour la seconde, c'était un cas bien défavorable, et qui du reste nous a fourni, au point de vue du résultat, les particularités les plus curieuses. La fistule était située à l'union du vagin avec le col. Je fis une première tentative à l'hôpital Necker, et la malade put alors garder ses urines deux ou trois heures. Elle quitta l'hôpital malgré mes observations. Il restait un pertuis très-petit, et que l'on ne pouvait découvrir que quand on faisait des injections de lait dans la vessie.

Quelque temps après, cette malade revint me voir. Elle avait une vaginite très-intense et la fistule avait repris non ses premières dimensions, mais une étendue assez notable. Ce n'était plus un simple pertuis, mais une véritable fistule facilement appréciable au toucher et à la vue.

L'opération était difficile; j'avais eu beaucoup de peine à la pratiquer une première fois; je rencontrai les mêmes difficultés. Je passai dix points de suture, et je n'obtins aucun résultat. Mais il ne faut pas désespérer, et, instruit par ce que j'avais observé, par ce que j'avais lu des opérations pratiquées en Amérique et en Angleterre, je fis une troisième opération à l'hôpital Saint-Louis, au mois de septembre. Cette fois le succès fut complet. Je passai sept ou huit points de suture, et un mois après environ, le 4 novembre, la malade partit pour son pays ne perdant plus une goutte d'urine. Mais nous n'avons pas encore la fin de cette observation.

Je revis la malade en janvier et en mars. Elle avait des flueurs blanches, mais ne perdait pas d'urine. Peu de temps après, elle m'annonça que les urines passaient par le vagin. Je l'examinai, et ne trouvai rien, aucun pertuis dans la cloison. Je l'ai revue au commencement de ce mois, et j'ai pu constater qu'il existait une nouvelle communication entre la vessie et le vagin. Voici ce qui s'est passé.

Cette femme n'avait plus ses règles depuis qu'elle était atteinte de fistule; elles ont reparu une fois vers la fin de décembre, et depuis cette époque elles n'ont plus reparu. Mais la malade est enceinte de six mois et demi environ; de façon que nous avons eu en janvier et mars une de ces vaginites que l'on observe quelquefois pendant la grossesse; phénomène analogue à celui qui a produit une première fois la désunion de la cicatrice. Peut-être la grossesse, la vaginite, ont-elles été la cause de la dissolution du tissu cicatriciel. C'est là un fait curieux que je me borne à indiquer sans le résoudre, et qui mérite toute votre attention. Il y a eu pour moi récidive de la maladie, arrivée dans des conditions spéciales.

Aujourd'hui la malade prétend qu'elle est bien moins mouillée qu'auparavant, qu'elle garde au moins autant d'urine qu'elle en perd, qu'elle peut rester quelquefois plusieurs heures sans être mouillée, mais enfin la récidive est certaine : j'observerai la malade, je la suivrai après son accouchement, et je tiendrai la Société au courant de ce qui pourra se présenter.

A côté de ce fait, dont l'histoire m'a paru si curieuse, je citerai trois autres observations.

La première opération a été pratiquée dans les plus fâcheuses conditions. On trouvait à l'examen deux fistules distinctes, et l'urèthre détruit dans une assez grande étendue. L'avivement porta sur presque toute la paroi antérieure du vagin, et l'opération dura deux heures. Dix points de suture furent placés : ceux de la partie moyenne de l'avivement avec assez de facilité, les autres très-difficilement. Pendant les six ou sept premiers jours, tout alla pour le mieux. J'enlevai les points de suture vers le dixième jour. L'urèthre était reconstitué, et il ne restait plus qu'une fistule assez petite, qui se serait peut-être fermée d'elle-même, ou qui du moins n'aurait exigé qu'une opération de peu d'importance.

Mais si l'état local était satisfaisant, il n'en était pas de même de l'état général. Il survint un érysipèle qui commença par la région inguinale et parcourut successivement tout le corps. La malade succomba six semaines après l'opération. Il ne faut pas évidemment rapporter cette mort au procédé qui a été suivi : toute autre méthode aurait pu produire les mêmes accidents, et la malade a certainement succombé aux suites de son érysipèle.

J'ai opéré une seconde malade dans le service de M. Huguier. La fistule était longitudinale, située en arrière de l'orifice profond de l'urèthre, et pouvait admettre le doigt. L'opération fut facile, dura une heure vingt-cinq minutes, et je pus appliquer dix points de suture. Dès le cinquième jour la sonde tomba, et pendant une heure et demie la malade ne perdit pas une goutte d'urine. Au neuvième jour j'enlevai les points de suture, la guérison était complète.

Enfin, voici un dernier fait : J'ai opéré, à Calais, la femme d'un matelot, deux mois et quelques jours après l'accouchement. La fistule siégeait à un travers de doigt environ du col de l'utérus; mais le col était presque détruit, et je dus même faire passer un fil à travers un des tubercules formant la lèvre postérieure du col. Les fils furent enlevés le septième jour : la réunion était complète. Quelques jours après l'enlèvement des fils, le médecin constata une ulcération assez étendue, qui l'effraya un peu; mais elle n'était due qu'à l'érosion de la muqueuse, dépouillée de son épiderme. Je l'ai touchée avec la teinture d'iode, et depuis lors rien de particulier ne s'est présenté. La guérison s'est maintenue.

En terminant, je rappellerai que le résultat des opérations par le procédé américain donne du premier coup au moins 20 guérisons sur 30 opérations. C'est ce qui ressort de la lecture des faits publiés jusqu'à ce jour.

M. Chassaignac. M. Verneuil nous a rapporté un fait qui m'a beaucoup frappé. C'est l'histoire de la première fistule dans laquelle la cicatrice a cédé. D'après ce que vient de nous dire notre collègue, on pourrait rapporter cet accident à la grossesse. Or une grossesse commençante ayant amené la rupture, la dissolution de la cicatrice, ce serait là un fait tellement exceptionnel que je ne sache pas que rien de semblable ait jamais été signalé.

M. Follin. Des deux malades opérées par moi et guéries, et dont j'ai publié les observations, l'une est aussi devenue enceinte. Je l'ai vue à son sixième mois de grossesse, et la cicatrice était restée intacte. Je ne l'ai pas revue depuis. Je puis croire que si de nouveaux accidents s'étaient produits lors de l'accouchement, la malade serait venue de nouveau me consulter; il est donc à présumer qu'il n'y a pas eu de récidive.

M. Verneuil. Dans le fait sur lequel vient d'insister M. Chassaignac, j'ai fait une hypothèse pure, mais sans y attacher grande importance. J'ai rapproché les faits et les circonstances qui se sont produites, peut-être n'y a-t-il eu que simple coïncidence. Parmi les causes de récidive, il en est une qui a été signalée par les auteurs : c'est le coït, quand l'opération est récente encore et la cicatrice trop molle pour résister. Dans la fameuse observation de Lallemand, il y a eu récidive, et l'on a accusé, pour l'expliquer, les rapprochements trop prompts.

M. Foucher. A l'occasion de la communication qui vient d'être faite par M. Verneuil, je demande à la Société la permission de lui communiquer succinctement les observations de deux malades que j'ai opérées avec succès de fistule vésico-vaginale par la méthode américaine.

Obs. I. — La nommée Marie F..., âgée de trente-quatre ans, habitant Montauban, est entrée à l'hôpital Necker le 2 juillet 1860. Cette femme est atteinte de fistule vésico-vaginale depuis quatre ans et demi.

Une opération a été pratiquée sans succès à Toulouse il y a trois ans; depuis lors la malade a vécu avec son infirmité. Elle a eu récemment une nouvelle grossesse, et est accouchée à terme, trois semaines seulement avant son entrée à l'hôpital, d'un enfant qui a succombé au bout de huit jours.

Cette malade, dont la santé générale est bonne, n'éprouve jamais le besoin d'uriner, et l'urine s'écoule continuellement par le vagin. Il est facile, à l'aide du spéculum Bozeman, de découvrir à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs du vagin, une fistule dont le grand diamètre longitudinal n'a pas moins d'un centimètre et demi de longueur, tandis que sa largeur n'est que de 5 ou 6 millimètres. Les bords de la fistule sont mous, rosés, sans induration; la muqueuse urinaire forme un léger bourrelet rougeâtre autour de l'orifice. Le col de l'utérus est entr'ouvert; les lèvres du museau de tanche sont tuméfiées, irrégulières, et au-devant de la lèvre antérieure on voit quelques saillies indurées faisant un relief assez notable, et du fond des anfractuosités qu'elles forment, on voit sourdre à chaque inspiration une certaine quantité d'urine. En écartant avec une

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 8 juin 1861.

longue pince les deux saillies principales, on découvre une deuxième fistule dont le diamètre longitudinal n'avait pas moins de 2 centimètres, et qui était limitée en arrière par la lèvre antérieure du col utérin.

L'opération fut faite le 26 juillet. L'avivement fut pratiqué suivant les principes de la méthode américaine, sur la fistule antérieure d'abord; le temps de l'opération fut assez facile, sauf les précautions que nécessita la minceur de la paroi uréthro-vaginale.

La fistule postérieure fut avivée plus péniblement, tant à cause de sa profondeur qu'à cause de la dureté des bords.

Dix fils métalliques furent passés à travers les bords de la fistule profonde, et sept dans ceux de la fistule antérieure. Ces fils ayant été réunis deux à deux, furent fixés sur la plaque de plomb au moyen des tubes de Galli. Je plaçai une plaque pour chaque fistule. La sonde à double courbure fut placée dans la vessie, et la malade reportée à son lit.

Il ne survint aucun accident pendant les jours qui suivirent l'opération, et le onzième jour je pus retirer les fils.

Je fus surpris de trouver la plaque de plomb inférieure libre dans le vagin; *les fils métalliques avaient donc coupé les lèvres de la plaie*. Celle-ci semble réunie, excepté cependant en un point, où les bords sont irréguliers.

La plaque supérieure, au contraire, tient solidement; les fils sont coupés, et la plaque étant enlevée, la cicatrisation nous paraît complète et régulière.

La malade fut laissée dans son lit pendant quelques jours encore, et lorsque la sonde fut enlevée, elle conserva ses urines tant qu'elle resta couchée; mais lorsqu'elle se leva, elle s'aperçut que les urines coulaient encore par le vagin. Un examen ultérieur nous montra que si la fistule postérieure était complétement fermée, il existait encore un petit pertuis au niveau de la fistule antérieure.

Quelques semaines plus tard, je réopérai cette malade en avivant de nouveau les bords de l'orifice fistuleux et en faisant une suture métallique. Cette fois encore, les fils coupèrent les lèvres de la plaie, mais malgré cela la réunion fut complète.

Depuis cette époque, cette malade a conservé parfaitement ses urines, et sa guérison est restée complète.

Ontre la présence de deux fistules chez la même malade, je remarquerai ici le fait insolite de la section des lèvres de la plaie au dixième jour par les fils métalliques; mais il faut ajouter que cette section n'a pas paru gêner la marche de la cicatrisation, puisque la réunion a eu lieu.

OBS. II. — La seconde malade que j'ai opérée était couchée dans la salle de M. Gosselin, à l'hôpital Beaujon. Elle était âgée de quarante ans, et la fistule qu'elle portait datait de son dernier accouchement, qui avait eu lieu le 7 mars 1861.

Voici ce qu'un examen complet permettait de constater : le doigt, introduit dans le vagin, rencontrait à 4 ou 5 centimètres de l'orifice de ce conduit une bride volumineuse, saillante, transversale, et en arrière de cette bride un orifice à bords durs, cicatriciels, dans lequel le bout du doigt s'engageait sans peine; un bourrelet saillant au milieu de l'orifice semblait le diviser en deux, et au premier abord on pouvait croire à l'existence de deux fistules. Le col utérin était sain et situé à 3 ou 4 centimètres en arrière; la fistule semblait correspondre, en partie du moins, au col de la vessie. Avec le spéculum Bozeman, on découvrait derrière la bride cicatricielle une ouverture de la largeur d'une pièce de 2 francs. Les urines s'écoulaient continuellement par le vagin et dans toutes les positions.

Après avoir habitué la vessie de cette femme au séjour de la sonde, M. Gosselin me pria de l'opérer par la méthode américaine.

L'opération fut pratiquée le 2 juin. L'avivement fut très-long et très-pénible, à cause de la présence de la bride antérieure et de l'induration de ses bords. Neuf fils métalliques furent passés d'avant en arrière, et fixés sur une plaque de plomb au moyen des tubes de Galli.

Les suites furent très-simples, et il ne survint aucun accident. Lorsque le douzième jour nous enlevâmes la plaque et les fils, la réunion nous parut complète; cependant nous ne cherchâmes à nous en assurer que quelques jours plus tard. Une injection de lait fut faite dans la vessie, et aucune goutte du liquide ne s'écoula dans le vagin. Les jours suivants, la malade fut tenue au lit; mais lorsque la sonde fut enlevée, elle s'aperçut qu'elle était encore mouillée par l'urine. Cet accident eut lieu de nous surprendre, mais nous pûmes nous assurer par un examen direct que l'urine s'écoulait par l'urèthre. Cette malade avait donc une incontinence uréthrale, que nous attribuâmes au séjour prolongé de la sonde. Cette complication, si elle eût persisté, eût enlevé à la malade tout le bénéfice d'une opération qui d'ailleurs avait parfaitement réussi.

M. Gosselin fit, pour la combattre, une cautérisation intra-uréthrale avec le crayon de nitrate d'argent. Cette cautérisation a été répétée à différents intervalles; et lorsque la malade a quitté l'hôpital, le 20 juillet, elle conservait bien ses urines.

M. GOSSELIN ajoute quelques mots à la communication de M. Foucher. Il a fait plusieurs cautérisations intra-uréthrales avec le crayon d'azotate d'argent pour arrêter cette incontinence d'urine, ce que l'on aurait pu rapporter au séjour prolongé de la sonde. Après une première cautérisation, il n'y eut aucun résultat. La malade ne perdait pas ses urines quand elle était au lit, mais seulement quand elle était debout. Après une deuxième cautérisation, elle commença à remarquer une amélioration. A la troisième fois, elle fut prise de rétention d'urine, et on dut la sonder. Le même phénomène se reproduisit après une quatrième cautérisation. A partir de la première de ces deux dernières tentatives, la malade retenait ses urines. Elle a voulu quitter l'hôpital trois jours après la dernière cautérisation, et M. Gosselin a fourni au médecin qui doit voir la malade toutes les indications nécessaires.

Gangrène du pied consécutive à une oblitération de l'aorte abdominale par embolie, chez un paralytique. — Ramollissement de la moelle. — Réflexions sur la gangrène par oblitération artérielle. — M. BROCA communique une note sur ce sujet, que nous publierons dans notre prochain numéro.

M. HOUEL revient sur une observation recueillie par M. Pierre, interne alors à la Pitié, et dans laquelle on a trouvé des caillots dans les artères des membres inférieurs et non dans l'aorte. M. Barth, dans un cas semblable à celui de M. Broca, avait admis que les caillots s'étaient formés de bas en haut. Dans ces deux cas, il est douteux qu'il y ait eu embolie.

Cette affection a été, du reste, parfaitement décrite par M. Cruveilhier. Rien ne manque à sa description que le mot embolie.

M. BROCA. Chez mon malade, il ne me paraît pas douteux qu'il y ait eu embolie. Cette oblitération de l'aorte a-t-elle été pour quelque chose dans la paralysie? Je sais bien que chez les animaux la ligature de l'aorte détermine des symptômes de paralysie. En est-il de même chez l'homme? C'est possible; mais chez ce malade, on trouvait une lésion de la moelle qui rendait parfaitement compte des phénomènes de paralysie. Toujours est-il, du reste, que chez cet homme la circulation s'est rétablie. Cette oblitération était ancienne. Une artère, oblitérée tout à coup, conserve son calibre; mais à la longue le caillot s'affaisse, et le calibre de l'artère subit aussi un mouvement de retrait.

M. GUERSANT a vu un cas d'oblitération de l'aorte chez un enfant de sept ans. Cette lésion a été suivie promptement de la gangrène des deux membres inférieurs.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

L'École impériale d'application de médecine militaire vient de faire, ainsi que nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, une perte, aussi regrettable pour l'armée que pour la science, dans la personne du professeur agrégé Albert Dujardin, fils de l'illustre naturaliste de ce nom.

Deux discours ont été prononcés, l'un par M. le directeur de cette école, l'autre par M. Ludger-Lallemand, le plus ancien des professeurs agrégés.

Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de reproduire intégralement le discours de M. Michel Lévy, auquel nous empruntons cependant quelques détails biographiques et quelques touchantes impressions, qui suffiront pour donner à ceux qui n'ont pas connu M. Albert Dujardin, une idée de la perte que vient de faire en lui la médecine militaire.

« Albert-Félix Dujardin est né à Tours, le 12 octobre 1824; son père, professeur et ancien doyen de la Faculté des sciences de Rennes, correspondant de l'Institut, où sa place était marquée parmi les titulaires, a présidé à son éducation et dirigé ses études jusqu'au jour où il confia ce fils unique à la médecine militaire. Cette origine, cette sorte d'incubation prolongée sous l'aile d'un homme supérieur et d'une instruction profonde, explique la précocité scientifique du jeune Dujardin. A l'âge de vingt-trois ans, je l'ai connu, et, laissez-moi vous le dire sans hyperbole, je l'ai admiré. Avec une élocution aussi facile qu'élégante, avec une saine abondance d'idées et d'observations, il était peu enclin à la discussion, où il savait pourtant se rendre redoutable aux adversaires; avec un talent de rédaction qui se prêtait à tous les genres, il n'éprouvait point le besoin d'écrire.

» Les observations qu'il m'a remises, et que je conserve, sont des modèles de précision et de clarté; ses lettres intimes ont un parfum littéraire en même temps qu'elles portent l'empreinte d'une exquise délicatesse de sentiment. Singulier exemple de maturation rapide et simultanée de l'intelligence et du caractère! Le médecin, le savant, l'homme de famille, le citoyen, étaient tout d'une pièce et comme coulés dans un moule qui avait ses reliefs; il avait la vraie modestie, qui est la réserve, non l'hypocrite ignorance de soi-même. Il n'était médiocre ni dans ses aspirations ni dans ses répulsions; il n'était faible de principes ni de conduite; il avait dans les lignes de son individualité morale l'harmonie qui appartient à la Touraine où il est né, et la rigidité de la race bretonne au milieu de laquelle il a passé les années de son adolescence. De là un mélange de mansuétude et de fermeté dans le caractère, de tolérance et de foi dans l'esprit; plein de scepticisme et contrôleur inexorable en matière de faits scientifiques, soumis et croyant de parti pris quand il s'agissait de religion, impassible dans le tourbillon des événements politiques....

» La campagne d'Orient terminée en 1858, un concours est annoncé pour un emploi d'agrégé du Val-de-Grâce : vacance improvisée par la mort la plus inattendue (celle de Félix Jacquot).

» Dans sa déférence accoutumée, Dujardin m'écrivit pour me consulter sur son projet de candidature; mon silence ne put l'en détourner. Son ardeur pour l'enseignement l'emporta sur le soin d'une santé qui ne pouvait que perdre sous le climat de Paris et dans les labeurs d'une école. Ses juges l'ont écouté avec admiration, mais avec tristesse, et sa nomination, faite à l'unanimité, eut la solennité d'un pronostic.

» Vous savez combien il lui devint difficile, dès les débuts de son agrégation, de soutenir la fatigue d'un service considérable de malades et celle des conférences d'épidémiologie. Vous savez aussi tous les ménagements qui lui furent prodigués, et, malgré cette affectueuse condescendance, les intermittences fréquentes de sa collaboration! Assis à côté de cette belle chaire d'épidémiologie, dont je me féliciterai toujours d'avoir provoqué la création, quand ses forces lui permettaient d'en répéter l'enseignement, il savait le maintenir à la hauteur où l'a porté un éminent professeur. C'est par cet éloge que je termine cette imparfaite notice; je ne vous ai pas montré l'homme, le fils, l'époux, le père!...

» Le courage me manque d'envisager par tous ses côtés la perte qui vient de frapper sa famille, l'Ecole du Val-de-Grâce, le corps médical de l'armée. Plus il m'a été donné d'apprécier cette belle âme, cette grande intelligence, ce vaste savoir si modestement contenu, ce caractère droit et ferme, cette piété douce et tolérante, cette tendresse réfléchie qui concentre le bonheur domestique et l'épure par la reconnaissance envers Dieu, moins je me sens en état de détailler ici les motifs de ma douleur ou d'offrir un tempérament à celle de sa famille et de ses camarades. Je n'ajouterai qu'un mot, qui est une action de grâces envers le Dispensateur suprême de la vie et de la mort : j'étais éloigné de Paris pendant le dernier épisode de sa maladie, Dujardin aspirait à me revoir, à serrer la main du maître qui ne lui a jamais fait défaut. Je l'ai revu, Messieurs, le jour même de sa mort, j'ai pu lui adresser encore quelques paroles du cœur, il a pu serrer ma main avec une admirable énergie, et, une heure après, il a rendu sa belle âme à Dieu, avec douceur et sérénité. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un décret du 20 juillet dernier décide que le ministre de l'instruction publique et des cultes peut, lorsqu'il le juge convenable, déléguer les inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur, chacun dans l'ordre d'étude auquel il appartient, pour présider les jurys d'examen des facultés des lettres, des sciences, de médecine et de droit, des écoles supérieures de pharmacie, des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie et des écoles préparatoires à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres.

Lorsqu'il s'agira des sessions d'examens pour le baccalauréat ès lettres et le baccalauréat ès sciences, la délégation de l'inspecteur général sera notifiée à la Faculté vingt jours au moins avant l'ouverture de la session.

— M. Neudorfer a tenté cinq fois la transfusion chez des sujets affaiblis par de longues suppurations, suites de coup de feu. Mais le bienfait n'a été que temporaire; tous sont morts au bout de trois ou quatre semaines. Chez un sixième, la mort, que l'auteur attribue à la nature goutteuse du sang injecté, a eu lieu très-peu de temps après l'opération, ce qui a détourné M. Neudorfer de continuer ses essais.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 92. — MARDI 6 AOUT 1861. (34e ANNÉE.) N° 92. — MARDI 6 AOUT 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des Beaux-Arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Hôpital de la Charité (M. Beau). De la phthisie pulmonaire. — Hôpital de Bicêtre (M. Broca). Gangrène du pied, consécutive à une oblitération de l'aorte abdominale par embolie, chez un paralytique.— De la méthode abortive dans le traitement de la blennorrhagie, et de ses conséquences. — Nouvelle preuve de la stabilité de l'eau sulfureuse de Labassère. — Anesthésie locale produite au moyen de la ligature et du chloroforme camphré. — Du traitement de la teigne faveuse. — De l'opium employé comme antidote dans les empoisonnements par le stramonium. — Nouvelles.

Paris, 5 aout 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été consacrée à des travaux étrangers à la médecine : élection d'un correspondant pour la section de géographie et formation d'un comité secret pour des présentations de candidats à des postes scientifiques divers. Il n'y a point eu de lecture entre ces deux opérations, dont l'intervalle a été uniquement rempli par le dépouillement de la correspondance.

Nous n'avons à signaler dans cette correspondance qu'un opuscule écrit en espagnol par M. le docteur J. Alerany, sur les sulfides d'arsenic, dont l'Académie a renvoyé l'examen à M. Boussingault; une lettre de M. Lefebvre, qui, à l'occasion d'une communication récente de M. Leclaire, concernant l'action que peut exercer sur la santé l'essence de térébenthine mêlée à la peinture, annonce l'envoi d'un rapport fait à la Société d'encouragement sur un procédé de peinture sans essence, imaginé par M. Dorange; l'envoi d'un mémoire de M. Laborde, ayant pour titre : « Découverte du rôle de l'électricité dans la nature pendant les orages, et application de cet agent à la destruction des parasites qui produisent les épidémies »; et enfin une lettre de MM. Heyne et Keller, commissaires de la ville de Spire pour la quarante-septième réunion des médecins et naturalistes allemands, qui, ainsi que nous l'avons déjà annoncé, informent que cette réunion doit se tenir dans cette ville du 1er au 17 septembre prochain, et invitent les savants disposés à s'y rendre, à faire savoir en temps opportun leur intention, « afin, disent les commissaires, que la ville, qui n'aura peut-être pas de logements disponibles pour tous ses hôtes, puisse en préparer d'autres dans des lieux voisins et assez rapprochés pour permettre d'assister aux séances. »

Nous pourrions ajouter encore à cette énumération quelques communications relatives au choix et aux procédés de conservation des eaux destinées à la consommation des villes, qui se reproduisent à peu près hebdomadairement depuis quelque temps. Mais nous comptons revenir plus tard sur l'ensemble des travaux qui se rapportent à cette importante question d'hygiène publique. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Beau.

De la phthisie pulmonaire. Traitement.

(Leçons recueillies et publiées par M. Capelle, interne du service.)

On a guéri la phthisie par une foule de moyens.

C'est qu'en effet la tuberculisation dépendant de l'action réciproque de la diathèse et de l'anémie globulaire, et cette anémie elle-même venant à la suite de causes multiples, telles que chagrins, privations, mauvaise élaboration alimentaire, etc., tout moyen capable de soustraire le malade à ces conditions d'anémie était non-seulement favorable pour empêcher toute nouvelle poussée de la maladie, mais favorable encore pour amener la guérison des lésions déjà existantes.

Mon intention n'est pas de vous énumérer tous ces moyens tour à tour employés et préconisés contre la phthisie pulmonaire; vous les trouverez tout au long dans le Traité de Baumes, de Montpellier. (*Traité de la phthisie pulmonaire*, 1805.) Je me bornerai à vous en signaler quelques-uns.

D'abord les voyages sur mer. Un médecin anglais du dernier siècle, Gilchrist, et beaucoup d'autres déjà avant lui, avait admis l'utilité des voyages sur mer pour les phthisiques. Depuis lors une réaction s'est opérée, à la suite de laquelle toute action avantageuse fut contestée aux excursions maritimes. Cette opinion me paraît trop exclusive : on a voulu trouver absolu, infaillible, un moyen qui ne réussit que dans quelques circonstances, et de ce que la plupart des phthisiques qui voyageaient sur mer n'étaient pas guéris, on n'a tenu aucun compte de quelques cas de guérison qui avaient été bien certainement obtenus. Dans une maladie comme la phthisie pulmonaire, un mode de traitement ne doit pas être jugé bon seulement quand il guérit dans la majorité des cas, mais même quand il ne fait qu'être utile à la minorité des malades.

Les voyages sur mer ont été utiles à quelques-uns, nuisibles à beaucoup d'autres, sans résultat pour le plus grand nombre; mais il en est de même de tous les autres moyens.

Sydenham avait vanté l'exercice du cheval; il dit avoir guéri des malades par cet exercice; Stoll en parle aussi et lui accorde également une certaine valeur, à condition toutefois que la phthisie ne soit pas trop avancée.

L'habitation dans le Midi a été recommandée. On l'a surtout proposée dans le but d'éviter les refroidissements, plus faciles dans les pays septentrionaux; mais il est encore certaines particularités relatives à l'alimentation qu'il n'est pas sans intérêt de connaître. Généralement l'appétit est meilleur, l'alimentation plus substantielle pendant l'hiver que pendant l'été; mais il est cependant des personnes qui mangent plus par les temps chauds que par les temps froids; et parfois des phthisiques, qui avaient perdu l'appétit dans des pays à température peu élevée, ne le recouvrent qu'à leur arrivée dans le Midi : ainsi se trouve éloignée une des causes de l'anémie, le défaut d'alimentation.

Les vomitifs ont été fort employés, et on a tour à tour accordé la préférence à l'ipécacuanha ou au tartre stibié, suivant les idées que l'on se faisait de leur valeur relative; pour moi, je les mets sur le même rang. Le vomitif est, en effet, un moyen dont on peut obtenir de bons résultats dans beaucoup de circonstances, et, chez la plupart des phthisiques qui entrent dans mon service, vous me voyez commencer le traitement par un vomitif, dans le but de combattre l'embarras gastrique qui complique généralement la tuberculisation des poumons. Souvent, chez des malades qui ne mangent plus, maigrissent, toussent, vont s'affaiblissant de jour en jour, ont le soir un petit mouvement fébrile, qui sont, en un mot, la diathèse aidant, sous l'imminence du développement de la phthisie, vous voyez un vomitif donné à propos faire renaître l'appétit, puis la toux disparaître et les forces se rétablir dans leur intégrité première. D'autres fois le vomitif a une salutaire influence, même quand il est donné en pleine marche de la maladie et que celle-ci se révèle par des signes physiques incontestables. Je me rappelle avoir traité à l'hôpital Necker un enfant qui avait une fièvre ardente, des gargouillements énormes sous la clavicule gauche, une phthisie à forme grave qui menaçait de marcher très-rapidement. Je donnai un vomitif contre l'embarras gastrique coexistant; la fièvre diminua, puis tomba; les bulles devinrent plus rares, puis disparurent complétement; les forces se rétablirent, et l'enfant put sortir au bout de trois semaines, conservant du souffle sous la clavicule gauche, mais plus une seule bulle. Je ne dirai pas que le malade était guéri, mais au moins la maladie était enrayée dans sa marche.

Vous savez aussi toute l'importance que l'on a accordée au chlorure de sodium depuis que M. Amédée Latour l'a préconisé. Ce moyen, du reste, avait déjà été vanté par un médecin du Milanais, Salvadori (Salvadori, *Del morbo tisico*, Torino, 1789), qui, phthisique lui-même et ne se trouvant pas bien du traitement par le lait, l'avait remplacé par les viandes salées, le jambon de Cologne, auquel il associait, il est vrai, les vins généreux, l'exercice fréquent et les frictions répétées.

Viennent ensuite le lait, surtout les laits spéciaux, tels que celui d'ânesse; le lichen d'Islande, remède populaire, à la fois mucilagineux et amer, et qui paraît agir uniquement en raison de son amertume, comme reconstituant des fonctions digestives; le chou rouge; le sucre de roses et la conserve de roses, dont Avenzoar et Avicenne disent avoir parfois obtenu de bons résultats.

Le quinquina, dont on a voulu faire un spécifique, et qui n'agit réellement que comme amer; les bourgeons de sapin; le cresson de fontaine; le soufre en nature; les eaux sulfureuses, qui peuvent être bonnes par elles-mêmes et par les conditions climatériques qui entourent le malade aux stations thermales; l'huile de foie de morue, qui n'agit qu'autant qu'elle est supportée par l'estomac et qu'elle rend les digestions meilleures; l'iode et ses composés, tels que l'iodure de potassium; le bouillon de tortue; le bouillon d'escargots; il n'est pas jusqu'aux huîtres et aux fraises prises en quantité considérable qui n'aient été employées avec succès dans quelques circonstances, ainsi que nous l'attestent Tulpius et Frédéric Hoffmann; l'hydrothérapie, dont on a signalé plusieurs applications heureuses; l'hypophosphite de soude; le fer, qui, inutile et même nuisible chez les phthisiques qui n'ont pas été chlorotiques, trouve au contraire son application et donne de bons résultats quand la phymie est venue se greffer sur une chlorose ancienne; le sirop d'iodure de fer dont on a vanté les bons effets, etc.

Voilà donc une bien longue série de moyens de traitement, que l'on a employés contre la phthisie pulmonaire. A cette énumération il me serait facile d'ajouter bien d'autres noms encore, mais je vous renvoie au livre de Baumes, si vous êtes désireux d'en connaître davantage sur cette matière.

Tous ces moyens ont réussi dans certaines conditions; tous ont eu des succès; mais le tort que l'on a eu a été de leur demander plus qu'ils ne pouvaient donner; les croire infaillibles, exagérer leur importance, c'était perdre les cas heureux au milieu de nombreux insuccès, et en arriver à méconnaître les résultats favorables bien réellement obtenus, mais en très-petit nombre. Tous ces moyens peuvent donc agir dans une certaine mesure, tantôt l'un, tantôt l'autre, et cela en raison des dispositions individuelles et des appétences des malades. Mais quel que soit celui qui dans une circonstance donnée agisse avec le plus d'utilité, tous concourent au même but : rétablir dans son intégrité l'acte digestif, faire disparaître l'anémie, isoler ainsi l'autre facteur de la tuberculisation, la diathèse, et la rendre impuissante.

C'est donc l'anémie qu'il faut toujours combattre et chercher à faire disparaître; il faut l'attaquer dans toutes ses causes, et comme souvent cette cause se trouve dans la souffrance de certains organes, il en résulte que traiter ces organes eux-mêmes est le moyen le plus simple et le plus sûr de remédier à l'anémie et à ses conséquences. Je vous ai déjà rapporté dans une autre circonstance l'histoire d'une phthisie pulmonaire développée à la suite d'une affection utérine ancienne, et enrayée par le seul traitement de cette affection utérine.

Il est un dernier sujet à propos duquel je veux entrer avec vous dans quelques développements, c'est l'application du plomb au traitement de la phthisie.

L'emploi du plomb dans la phthisie pulmonaire n'est pas chose nouvelle; ce qu'il y a de nouveau, c'est la méthode suivant laquelle je l'administre, et la manière dont je comprends son action.

Je dois vous dire d'abord par quelles circonstances je fus amené à l'essayer.

Partant de cette idée, partagée par beaucoup de monde, que l'anémie favorise le développement du tubercule, j'avais été frappé de ce fait, que les ouvriers qui manient le plomb (et vous savez combien sont nombreuses les professions dans lesquelles on l'emploie), alors même qu'ils sont anémiques au dernier degré, véritablement cachectiques, ne présentent que bien rarement les signes de la tuberculisation pulmonaire. A l'hôpital Cochin, pendant le cours de six ou sept années, je ne vis pas un seul phthisique parmi les nombreux malades entrés dans mon service pour une manifestation de l'intoxication saturnine. Une seule fois je constatai des tubercules dans les poumons d'un individu peintre en bâtiments; mais cet homme n'avait jamais eu d'accidents saturnins. Je poursuivis mes recherches. Vous savez que chaque corporation connaît très-bien ses maladies professionnelles; j'interrogeai les ouvriers en plomb; ils me dirent que chez eux la toux n'était point chose habituelle.

Dès ce moment je m'étais dit que si le plomb prévenait, peut-être pourrait-il atténuer et même guérir, mais je n'osai l'essayer. Un incident vint lever tous mes doutes et dissiper mes craintes.

Dans les premiers moments de mon séjour à l'hôpital de la Charité, un homme entra dans mon service pour se faire soigner d'une colique de plomb. En l'examinant, je trouvai dans la poitrine des signes évidents de tuberculisation. J'appris alors par les renseignements que cet homme était poitrinaire depuis longtemps. Se trouvant sans ouvrage, il était entré passagèrement à la fabrique de Clichy, et il y avait pris en peu de temps une colique saturnine. Le malade me disait que depuis que la colique était survenue il toussait et crachait moins; aussi n'avait-il pas songé à appeler de lui-même l'attention sur l'état de sa poitrine.

Le hasard m'avait bien servi; il m'avait mis sous les yeux un résultat que j'avais soupçonné, mais que je n'avais pas encore osé demander à une médication.

Le malade sortit de l'hôpital avec une amélioration notable dans les symptômes thoraciques, et je ne le revis plus.

Peu de temps après, un autre homme entra, qui avait pris une colique de plomb dans les mêmes conditions que le pré-

mier. Celui-ci se plaignait aussi principalement de douleurs dans le ventre; mais il disait que depuis son séjour à Clichy sa poitrine allait mieux. Quand, au bout de quelques jours, la colique fut guérie, la toux et l'expectoration augmentèrent, il survint une nouvelle poussée de tubercules; alors je me décidai à donner moi-même les préparations saturnines, et je vis bientôt les symptômes de pneumophymie s'amender. J'agissais encore timidement. Je crus pouvoir, au bout de peu de temps, supprimer les pilules de plomb; la phthisie reprit le dessus, et le malade lui-même redemanda le traitement, qui détermina une nouvelle amélioration. J'ai appris que cet homme était mort l'année suivante du progrès de la phthisie, mais il n'en est pas moins vrai que la maladie avait été enrayée à plusieurs reprises par des imprégnations saturnines successives.

Tels sont les faits qui m'ont amené à traiter les phthisiques par le plomb. Depuis ce moment, j'ai continué à employer les préparations saturnines, et les résultats que j'obtiens ne sont pas de nature à me faire abandonner cette méthode.

J'ai déjà, il y a deux ans, fait une publication sur ce sujet; je ne prétendais pas obtenir de guérison, je disais seulement que j'obtenais des modifications évidentes, des amendements fréquents et parfois des améliorations telles qu'elles pouvaient avoir l'apparence de la guérison. C'est beaucoup déjà quand il s'agit de la phthisie.

Pour ne point exagérer la valeur réelle du plomb et ne point lui attribuer des résultats heureux que l'on aurait pu obtenir sans lui, vous me voyez suivre une ligne de conduite invariable. Comme le repos, le changement des conditions hygiéniques suffisent parfois pour modifier avantageusement la phthisie pulmonaire, j'attends quelques jours avant de donner les préparations saturnines. Le plus souvent aussi, je fais prendre un vomitif dans le but de combattre l'embarras gastrique qui, presque toujours, accompagne la tuberculisation, quand il ne la précède et ne la produit pas; et ce n'est qu'après avoir bien constaté que le repos est insuffisant, que le vomitif n'a eu qu'une action toute passagère; qu'au bout de huit à dix jours; je commence la médication.

J'ai d'abord donné l'acétate de plomb; je l'ai remplacé par le carbonate, qui m'a paru mieux toléré par l'estomac et plus actif dans ses effets. Je le donne par pilules de dix centigrammes, d'abord une pilule, puis deux, puis trois, etc., et il m'est arrivé de monter jusqu'à huit pilules; mais je m'en tiens habituellement à six, ce qui fait, par vingt-quatre heures, soixante centigrammes de carbonate de plomb. Je fais prendre les pilules moitié le matin, moitié le soir, toujours avant le repas, pour éviter le vomissement, et je continue jusqu'à ce que l'imprégnation me paraisse suffisante, que l'amendement des symptômes soit notable, ou bien qu'un accident trop pénible ou l'intolérance des malades me force à les suspendre.

En même temps que le plomb, je donne à mes phthisiques une alimentation aussi bonne et aussi copieuse que possible.

L'imprégnation saturnine produit deux ordres d'effets : effets physiologiques, effets thérapeutiques; et habituellement ces deux ordres d'effets marchent de pair, c'est-à-dire que l'action thérapeutique est d'autant plus prononcée, que l'action physiologique est elle-même plus sensible; absolument comme cela se passe pour le sulfate de quinine à haute dose.

Ceux d'entre vous qui ont suivi le service depuis quelque temps ont pu voir chez un de nos malades le rapport qui existe entre ces deux ordres de phénomènes. Cet homme était entré en pleine évolution de tubercules pulmonaires; la toux était presque incessante, l'expectoration très-abondante; il y avait des bulles nombreuses sous la clavicule gauche : nous donnâmes les pilules de plomb. L'imprégnation fut rapide; au bout de trois jours le malade se plaignait de courbature générale, de douleurs dans les cuisses, mais déjà aussi la toux et l'expectoration avaient diminué; le sommeil, qu'empêchaient les quintes continuelles de la nuit, était redevenu paisible. Cet homme, intolérant et irritable, demanda au bout de quelque temps la suppression des pilules; les douleurs disparurent, mais la suppuration pulmonaire redevint immédiatement plus abondante. Vous savez que chez lui nous avons repris la médication saturnine; cette fois, comme l'autre, l'action du plomb a été très-rapide et portée très-loin, et en même temps les signes de la tuberculisation ont de nouveau et notablement diminué d'intensité.

Sans nier complétement l'influence heureuse du plomb, peut-être sera-t-on tenté, atténuant sa valeur, d'en augmenter la longue liste des médicaments dont nous avons déjà parlé et dont nous avons vu l'emploi suivi parfois de résultats favorables; mais rappelez-vous que ces moyens tant vantés dont je vous ai entretenus ne réussissent que très-rarement, tandis que le plomb agit dans la majorité des cas, et on obtient par lui une somme d'amélioration plus considérable que par tous les autres moyens réunis.

Ce qui effraye dans les préparations de plomb, ce sont les accidents qui suivent leur administration, et beaucoup de médecins craindraient de déterminer chez leurs malades une intoxication plombique; mais à ce compte combien n'y a-t-il pas de substances dans les médicaments actifs qui sont tout aussi toxiques et dont l'emploi ne serait pas plus autorisé? La colique de plomb est certainement une chose sérieuse, et on ne la ferait pas naître à plaisir chez un individu sain; mais quand il s'agit de la phthisie pulmonaire, est-ce trop payer un enrayement de la maladie que de l'acheter au prix de quelques douleurs? Pour ma part, je ne redoute donc point les manifestations saturnines; au contraire, je les désire, et je suis satisfait quand elles surviennent, car pour moi leur venue est le sûr garant d'une action thérapeutique salutaire. Quand je donne le plomb, je ne crains qu'une chose, c'est qu'il n'agisse pas physiologiquement, et de tous les effets qu'il produit, celui qui me paraît le plus désirable c'est la colique, car c'est dans le cas de colique que l'amélioration pulmonaire est le plus rapide et le plus prononcée. Seulement, une précaution qu'il ne faut jamais négliger, c'est d'avertir le malade et sa famille pour qu'on n'ait point lieu de s'étonner et de s'effrayer de la persistance et de l'intensité des douleurs abdominales.

Nous étudierons avec quelques détails, dans une dernière leçon, les effets physiologiques et thérapeutiques du plomb.

HOPITAL DE BICÊTRE. — M. BROCA.

Gangrène du pied, consécutive à une oblitération de l'aorte abdominale par embolie, chez un paralytique. — Ramollissement de la moelle. — Réflexions sur la gangrène par oblitération artérielle.

(Observation communiquée à la Société de chirurgie le 24 juillet 1861, et rédigée d'après les notes recueillies par M. PIEDVACHE, interne du service.)

Le nommé Louis C..., âgé de soixante et un ans, fut porté à l'infirmerie de Bicêtre le 20 juin 1861, pour y être traité d'une gangrène sèche du cinquième orteil gauche.

Il existait chez cet homme une paralysie complète du mouvement des quatre membres, survenue en 1829 d'une manière presque subite. Deux ans plus tard, les mouvements revinrent en partie; pendant plusieurs années le malade put se traîner péniblement avec des béquilles; mais depuis dix ans la paralysie du mouvement est redevenue complète.

La sensibilité a toujours été intacte; il n'y a jamais eu aucun trouble dans la motilité de la tête; mais les muscles du cou, qui pendant les premières années de la maladie avaient conservé toute leur force, sont maintenant très-affaiblis. La respiration est presque exclusivement diaphragmatique. L'intelligence est parfaitement nette. Cet homme n'a jamais été gâteux.

L'attitude du malade est singulière, et rappelle celle d'une grenouille couchée sur le dos; les cuisses sont en abduction, les jambes fléchies; les genoux sont très-écartés, et les talons sont au contraire rapprochés presque jusqu'au contact.

La gangrène sèche, pour laquelle le malade a été conduit à l'infirmerie, est limitée au cinquième orteil gauche, qui est noir, dur, et momifié dans toute sa longueur. Il n'y a dans les tissus adjacents ni gonflement, ni rougeur, ni douleur.

Les artères des membres, explorées avec le plus grand soin depuis la fosse iliaque jusqu'au pied, ne présentent aucun battement. On sait que souvent en pareil cas les grosses artères sont oblitérées par des caillots solides, dont la présence peut être reconnue au toucher; mais ici il n'existe aucun caillot dans l'artère fémorale, car on ne trouve aucun cordon dur ni dans le pli de l'aine ni le long de la cuisse.

A droite, du côté opposé à la gangrène, les artères paraissent exactement dans le même état, c'est-à-dire qu'elles sont sans battement et sans caillots.

Malgré cet état de la circulation, la température des deux membres abdominaux, explorée à la main, ne paraît pas au-dessous de l'état normal.

Au pied et dans la moitié supérieure de la cuisse, cette température paraît la même des deux côtés; mais il est aisé de constater qu'au niveau du genou le *membre gauche* (du côté de la gangrène) *est notablement plus chaud que le droit*. Une étude plus précise, faite avec le thermomètre de Walferdin, a donné les résultats suivants :

Sous les jarrets, à gauche, 36°,5.
— à droite, 33°,0. — Différence : + 3°,5.
Derrière les malléoles internes, à gauche, 28°,3.
— — à droite, 28°,6. — Différence : — 0°3.

Ainsi, au niveau du genou, le membre gauche est beaucoup plus chaud que le droit; au niveau du cou-de-pied, au contraire, il est un peu plus froid.

Nous donnerons plus loin l'explication de ces curieuses différences, qui furent constatées plusieurs jours de suite.

Depuis le 20 juin jusqu'au 12 juillet la gangrène ne fit que des progrès assez lents; elle s'étendit seulement un peu sur le bord externe du pied, le long du cinquième métatarsien. Mais une eschare au sacrum, qui existait déjà, toute petite, le jour de l'entrée du malade à l'infirmerie, s'agrandit rapidement, malgré tout ce qu'on put faire, et devint en trois semaines large comme les deux mains. Le dévoiement survint, et le malade s'affaiblit considérablement.

Le 12 juillet, à l'heure de la visite, tout le dos du pied gauche est froid, violacé et insensible. La veille encore la gangrène ne dépassait pas le niveau de la tête du cinquième métatarsien. En une seule nuit elle avait rapidement envahi la plus grande partie du pied, sous forme de gangrène humide.

Le 13, le sphacèle occupe tout le pied et le quart inférieur de la jambe. Ce jour-là le genou gauche ne présente plus à la main cette élévation de température qui était si frappante au début de la gangrène. Le thermomètre, appliqué successivement sous les jarrets et sur la face interne des jambes, au-dessous du niveau du sphacèle, donne les résultats suivants :

Sous les jarrets, à gauche, 34°,6.
— à droite, 34°,8. — Différence : — 0°,2.
A la face interne des jambes, à gauche, 31°,8.
— à droite, 33°,6. — Différence : — 1°,8.

Ainsi le membre gangrené présente maintenant, au lieu d'un excès de chaleur, un léger refroidissement au niveau des genoux, et un refroidissement beaucoup plus prononcé au niveau des jambes.

La gangrène ne fit pas de progrès le lendemain; le malade mourut le 15 juillet.

AUTOPSIE. — 1° *Lésions relatives à la paralysie.* — Le tissu cellulaire sous-cutané est chargé d'une grande quantité de graisse. Tous les muscles des membres, à l'exception de deux, sont *entièrement* graisseux; ils ont d'ailleurs conservé leur forme et leur volume. Le deltoïde et le couturier laissent seuls apercevoir quelques fibres musculaires, au milieu d'une grande quantité de graisse. Les muscles du cou sont fort pâles; beaucoup de leurs fibres sont tout à fait graisseuses; les autres, examinées au microscope par M. Piedvache, sont infiltrées d'une grande quantité de granulations graisseuses. Le diaphragme est pâle, mais il présente à peine quelques stries graisseuses.

Les os des membres sont tellement ramollis qu'on peut transpercer les condyles du fémur avec un mauvais scalpel.

L'encéphale est tout à fait sain, comme on s'y attendait. La moelle est saine aussi jusqu'au niveau de la quatrième vertèbre cervicale; mais à partir de ce point, les cordons antérieurs sont ramollis et diffluents jusqu'au bas de la région dorsale; leur couleur est d'un blanc de lait. On n'y trouve aucune trace d'épanchement sanguin, soit récent, soit ancien. Les cordons postérieurs sont beaucoup moins altérés; ils sont cependant un peu ramollis, surtout à leur surface.

2° *Lésions relatives à la gangrène.* — Les parois du système artériel sont à peu près saines dans toute leur étendue. On trouve à peine, çà et là, dans l'artère crurale gauche, quelques granulations crétacées, et la membrane interne des artères n'est ulcérée nulle part.

L'aorte abdominale est oblitérée dans une étendue d'environ 3 centimètres, au niveau et au-dessus de sa bifurcation, par un caillot formé de deux parties bien distinctes. Les deux tiers inférieurs du caillot consistent en une masse grise, friable et grumeleuse, peu adhérente à la paroi, qui se prolonge en bas dans les deux artères iliaques primitives, et qui supérieurement se termine en une surface irrégulière, anfractueuse et comme brisée. Au-dessus de ce caillot décoloré, évidemment ancien, se trouve un second caillot plus adhérent qui le coiffe pour ainsi dire, sans lui adhérer, et qui s'en distingue bien manifestement par sa couleur rougeâtre et par sa consistance plus ferme. Ce caillot supérieur, qui paraît plus récent que l'autre, obture tout le calibre de l'aorte jusqu'à la naissance de la dernière paire des artères lombaires, et au-dessus de ce point se termine en une pointe conique libre et longue de 2 ou 3 centimètres.

Dans le ventricule gauche du cœur, vers la pointe, au milieu des colonnes charnues, existe un caillot fibrineux, décoloré, grisâtre, opaque, friable, gros comme une petite noix, appliqué par une de ses faces sur la paroi ventriculaire, à laquelle il adhère assez faiblement, et présentant sur sa face opposée, qui baigne dans le sang du ventricule, une coupe irrégulière et comme déchiquetée qui paraît être le résultat d'une sorte de fracture. Ce caillot cardiaque, bien différent des caillots fibrineux demi-transparents et quelque peu élastiques qui se forment pendant l'agonie, est tout à fait semblable au caillot inférieur de l'aorte, à cela près cependant qu'il est un peu moins friable et un peu moins grumeleux. Tout permet donc de croire que l'aorte a été oblitérée dans l'origine par un caillot détaché du caillot cardiaque; que ce fragment, trop volumineux pour être admis dans les artères iliaques, s'est arrêté dans l'aorte au-dessus de sa bifurcation, et qu'ultérieurement, au-dessus de cet obstacle, il s'est formé sur place un second caillot comparable à celui qui se dépose au-dessus d'une ligature jusqu'à l'origine de la première collatérale.

Parlons maintenant des artères situées au-dessous de l'oblitération de l'aorte.

Les deux iliaques primitives et les deux iliaques externes sont oblitérées jusqu'à la naissance des épigastriques, qui sont très-dilatées, ainsi que les circonflexes iliaques. A droite, le caillot se prolonge dans l'hypogastrique, dont le tronc est oblitéré seulement dans une étendue de 1 centimètre et demi, jusqu'à la naissance de l'iléo-lombaire, qui est la première collatérale. A gauche, l'oblitération de l'hypogastrique est beaucoup plus étendue, et se prolonge jusque dans les premières branches de ce vaisseau. L'artère iléo-lombaire, la sacrée latérale, la fessière, se trouvent ainsi complétement obstruées à leur origine. L'oblitération de quelques-unes des artères du bassin n'a peut-être pas été sans influence sur la formation des eschares de la région sacrée.

A droite, à partir de l'origine de l'épigastrique, toutes les artères du membre abdominal sont parfaitement perméables, quoique peu volumineuses.

A gauche, l'artère fémorale est perméable, ainsi que toutes ses branches, jusqu'au voisinage de l'anneau du troisième adducteur; elle est peu volumineuse, mais elle ne l'est pas moins que la fémorale droite. A quelques centimètres au-dessus de cet anneau naît une branche collatérale assez volumineuse, qui paraît être la grande anastomotique. Au-dessous de ce point, l'artère fémorale est oblitérée, ainsi que la poplitée et la partie supérieure des trois artères de la jambe, par un long caillot fibrineux assez ferme, rosé, rougeâtre même en certains points, évidemment assez récent, mais contenant dans son épaisseur un certain nombre de grumeaux irréguliers, gris, opaques et friables, qui paraissent plus anciens que le reste de sa substance, et qui, détachés probablement des caillots des artères pelviennes, semblent avoir été le point de départ de l'oblitération de la poplitée.

Réflexions. — Je n'hésite pas à considérer l'oblitération de l'aorte abdominale comme le résultat d'une *embolie*, mot nouveau qui désigne aujourd'hui une chose connue longtemps avant les travaux de M. Virchow. Il me paraît évident que le caillot cardiaque a été le point de départ des accidents; qu'un fragment détaché de ce caillot a été entraîné dans le système artériel, et s'est arrêté au niveau de la bifurcation de l'aorte. Tous les détails de l'autopsie confirment cette interprétation, et il n'est pas inutile de rappeler que l'intégrité des parois de l'aorte ne permettait guère d'expliquer autrement la formation du caillot qui obture l'extrémité inférieure de ce vaisseau.

Je serai moins affirmatif sur l'origine de l'oblitération de l'artère poplitée gauche, oblitération évidemment bien plus récente que celle de l'aorte. Celle-ci était déjà assez ancienne, puisque la chaleur était à peu près normale dans les deux membres abdominaux, à l'époque où la gangrène a débuté sur l'un des orteils du pied gauche, et qu'elle est restée normale jusqu'à la fin dans tout le membre abdominal droit. Les expériences thermométriques ne laissent à cet égard aucun doute. D'ailleurs l'état du principal caillot aortique et des caillots des artères iliaques permet d'affirmer que ces caillots sont formés depuis longtemps.

La circulation s'était donc rétablie d'une manière suffisante dans les deux membres abdominaux, après l'oblitération de l'aorte. Il est fâcheux que l'autopsie ait dû être faite trop rapidement, et qu'on

n'ait pu disséquer attentivement toutes les artères abdominales et pelviennes pour étudier les voies collatérales qui avaient ramené le sang dans les artères fémorales. On sait que dans les cas de ce genre les anastomoses des hypogastriques avec la mésentérique inférieure et avec les artères lombaires, par l'intermédiaire des hémorrhoïdales, des sacrées latérales et des iléo-lombaires, prennent une part importante au rétablissement de la circulation, et si l'on songe que du côté gauche les premières branches de l'hypogastrique, savoir, la sacrée-latérale, l'iléo-lombaire et la fessière, étaient oblitérées au moins à leur origine, on comprendra que le cours du sang ait dû s'effectuer avec moins de facilité à gauche qu'à droite. Cela seul a-t-il pu suffire pour amener l'oblitération consécutive de la poplitée gauche? Ce n'est assurément pas impossible; on peut supposer toutefois, d'après la composition du caillot poplité, que de petits fragments se sont détachés soit du caillot de l'iliaque externe au niveau de l'embouchure de l'épigastrique, soit des caillots des branches de l'hypogastrique au niveau des premières collatérales perméables, et que ces fragments, entraînés dans le tronc fémoro-poplité, ont servi pour ainsi dire de noyau au caillot, qui, en produisant au niveau du genou une seconde oblitération, a été la cause déterminante de la gangrène.

Quoi qu'il en soit, ce dernier caillot est bien plus récent que celui de l'aorte, et je pense qu'il venait seulement de se former lorsque la gangrène a débuté; cette circonstance va nous fournir l'explication des phénomènes thermométriques, en apparence si contradictoires, qui ont été constatés sur mon malade.

Dans une communication précédente, j'ai entretenu la Société de l'élévation de température qui se manifeste au bout de quelques heures dans les membres dont l'artère principale a été liée. Ce phénomène dure ordinairement pendant plusieurs jours, après quoi la température redevient normale, ou descend même au-dessous de l'état normal. Le sang ne pouvant plus traverser l'artère principale du membre, s'engage dans les voies collatérales, qui se dilatent graduellement; mais pendant le temps qui s'écoule depuis la ligature jusqu'au moment où les collatérales sont bien dilatées, le sang, ne trouvant pas dans ces vaisseaux un passage suffisant, se porte dans les artérioles les plus petites et dans le réseau capillaire, dont toutes les parties, comme on sait, communiquent ensemble de proche en proche. Ces communications capillaires prennent part à la circulation collatérale, jusqu'à ce que la dilatation des artères collatérales soit suffisante, et c'est pendant cette période que la température du membre, ou plutôt la température de la peau du membre, s'élève au-dessus de l'état normal.

Or, pour que ces phénomènes se produisent, il n'est pas nécessaire que l'oblitération de l'artère soit l'effet d'une ligature. J'ai déjà communiqué à la Société une observation qui prouve que des résultats analogues se manifestent pendant la durée de la compression des artères; et le fait actuel montre qu'un effet absolument semblable a été la conséquence de l'oblitération spontanée de l'artère poplitée.

On a vu, en effet, qu'au niveau du genou la température du membre gauche est restée pendant plusieurs jours supérieure de 3 degrés et demi à celle du membre droit, tandis qu'à la même époque la température des cuisses à leur partie supérieure était sensiblement la même des deux côtés, et qu'au niveau des malléoles le membre gauche était un peu moins chaud que le droit. Cet état s'est prolongé pendant plus de deux semaines; mais finalement, le membre s'est gangrené dans une étendue considérable, parce que les artères articulaires qui font les frais de la circulation collatérale dans les cas ordinaires étaient oblitérées, et que les communications capillaires n'ont pu suffire définitivement au rétablissement de la circulation.

Rien n'est rare comme la gangrène consécutive à l'oblitération pure et simple d'une artère, à moins que le caillot n'occupe une étendue assez considérable pour obturer successivement plusieurs collatérales importantes, comme on le voit assez souvent dans les cas où les caillots se forment spontanément dans les artères malades.

On sait que la gangrène sèche, dite sénile, dépend fréquemment de cette dernière cause. On a vu plus d'une fois l'oblitération spontanée de l'anévrysme poplité donner lieu de la même manière à la gangrène partielle ou totale du pied et de la jambe, et on a trouvé à l'autopsie que, dans ces cas malheureux, le caillot anévrysmal se prolongeait dans toute l'étendue de l'artère poplitée et dans la partie supérieure des artères de la jambe, de manière à obturer toutes les artères articulaires, au lieu de s'arrêter, haut et bas, au niveau de la naissance des premières collatérales, comme c'est la règle ordinaire. Enfin, quelques observations ont montré que la gangrène pouvait survenir de la même manière à la suite de l'oblitération des anévrysmes poplités traités par la compression indirecte. Mais lorsqu'une artère n'est oblitérée que dans une petite étendue, comme cela a presque toujours lieu après la ligature, la production de la gangrène est extrêmement rare. On voit, par exemple, sur le tableau de M. Norris, qui comprend 204 cas de ligature de la fémorale, que sur 17 cas où ce vaisseau a été lié pour des affections autres que l'anévrysme, il n'y a pas eu un seul cas de gangrène.

De même, 20 ligatures pratiquées pour des anévrysmes fémoraux, et 6 ligatures pratiquées pour des anévrysmes des artères tibiales, n'ont pas fourni un seul cas de gangrène.

Voilà donc 41 ligatures de la fémorale sans gangrène; cela peut donner une idée de la rareté de la gangrène en tant que résultat pur et simple de la ligature de ce vaisseau.

C'est pourtant une notion vulgaire, et malheureusement exacte, que la ligature de l'artère fémorale est fréquemment suivie de gangrène; et il n'y a pas moins de 28 cas de ce genre sur le relevé de M. Norris, mais tous ces cas sont relatifs à des ligatures de la fémorale pratiquées pour des *anévrysmes poplités*, et ils constituent la proportion effrayante de 13 pour cent du nombre total des anévrysmes poplités qui ont été traités par le procédé de Hunter ou par celui de Scarpa. Comment se fait-il donc qu'une ligature ordinairement si inoffensive sous le rapport de la gangrène, porte une atteinte si redoutable à la nutrition du membre dans le cas particulier de l'anévrysme poplité? C'est parce qu'alors la ligature est placée à une distance notable de la tumeur, parce que le tronc artériel, oblitéré d'abord au niveau du fil constricteur, ne tarde pas à s'oblitérer en outre au niveau de l'anévrysme; et parce que le sang, ramené dans le bout supérieur de la poplitée par un premier cercle anastomotique, n'est plus doué d'une impulsion suffisante pour triompher de l'obstacle que lui oppose la seconde oblitération. Plus grande est la distance qui sépare la ligature de l'anévrysme, plus il y a de chance pour que la gangrène se produise, et le procédé de Scarpa, qui consiste à lier la fémorale au sommet du triangle inguinal dans le traitement de l'anévrysme poplité, est bien plus défectueux sous ce rapport que celui de John Hunter (anneau du troisième adducteur). La plus grande fréquence de la gangrène à la suite du procédé de Scarpa ne dépend nullement de ce que la ligature est placée sur un vaisseau plus volumineux et plus rapproché du cœur. Ce qui le prouve bien, c'est que la ligature, appliquée même plus haut encore dans le traitement des anévrysmes fémoraux, ne donne presque aucune chance de gangrène (zéro cas sur vingt, d'après le relevé); mais alors le fil est toujours peu éloigné de l'anévrysme; les deux oblitérations par conséquent se confondent en une seule, et le sang, n'ayant qu'un seul obstacle à vaincre, en triomphe presque certainement.

Ces réflexions me paraissent pleinement confirmées par l'analyse de l'observation que je viens de présenter à la Société. L'oblitération de l'aorte et des artères iliaques n'a pas suffi pour produire la gangrène; le sang est revenu dans les deux fémorales, la vie et la chaleur se sont maintenues dans les deux membres abdominaux. Mais il est survenu beaucoup plus tard une seconde oblitération dans l'artère poplitée gauche; le sang, ralenti par son passage à travers le premier cercle anastomotique, n'était plus poussé avec assez de force pour surmonter ce nouvel obstacle, et la gangrène du pied en a été la conséquence.

Les pièces que je présente à la Société offrent plus d'une analogie avec celles qui furent présentées en 1849 à la Société anatomique par M. Pierre, alors interne à l'hôpital de la Pitié. Il s'agissait d'un homme qui avait succombé à une gangrène spontanée de la jambe droite. L'extrémité inférieure de l'aorte était oblitérée par un caillot qui se prolongeait, d'une part, dans l'iliaque primitive et l'iliaque externe gauches jusqu'à la naissance de l'épigastrique, et qui du côté droit se prolongeait sans interruption depuis l'iliaque primitive jusqu'aux branches de la poplitée. Il y avait, en outre, dans le ventricule gauche du cœur une longue aiguille implantée sur la paroi et entourée d'un caillot assez volumineux qui paraissait avoir été brisé. En examinant ce caillot et en le comparant à celui qui obstruait l'aorte abdominale, je fus conduit à penser que celui-ci n'était qu'un fragment du caillot cardiaque détaché et entraîné par le sang. Une discussion s'ensuivit, et cette interprétation fut acceptée par plusieurs membres de la Société. On ne put pas se servir du mot *embolie* qui n'existait pas encore, mais la chose était plus importante que le mot.

DE LA MÉTHODE ABORTIVE

dans le traitement de la blennorrhagie et de ses conséquences.

Par M. le docteur Mallez.

C'est à Carmichaël d'abord, à MM. Debeney et Ricord ensuite, que cette méthode a dû sa faveur, et l'on peut même dire qu'elle n'est entrée dans la pratique générale que par ces derniers.

Mais après avoir été d'un usage très-fréquent pendant quelques années, elle semble de moins en moins employée, et si l'on recherche la raison de cet abandon, on trouve des faits pour l'expliquer et des autorités pour la justifier.

En prenant soin de questionner les malades atteints de blennorrhée, sur le traitement qui a été suivi contre la blennorrhagie qui l'a précédée, on ne tarde pas à rassembler les éléments d'un jugement sur chacun des nombreux moyens tour à tour préconisés contre cette dernière affection.

La méthode abortive par les injections caustiques à haute dose a particulièrement attiré mon attention depuis quelque temps, et j'ai relevé à sa charge un certain nombre de faits malheureux.

Le premier est celui de M. E. F..., vingt-cinq ans, élève militaire, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, qui contracta une blennorrhagie aiguë dans les premiers mois de 1860; une injection avec 4 grammes de nitrate d'argent pour 45 grammes d'eau distillée, lui fut ordonnée par un médecin américain.

Avec des douleurs affreuses suivies de convulsions, le malade eut aussitôt de l'hématurie, de la dysurie, véritable rétrécissement inflammatoire, et un abcès périnéal survint. Il fut ouvert avec de la pâte de Vienne par notre confrère M. Beyran, et il se referma heureusement sans fistule. Depuis, l'écoulement n'en persiste pas moins, malgré tous les moyens auxquels on a eu recours; balsamiques, spécifiques sous toutes les formes, injections astringentes, toniques, etc., sont demeurés sans effet contre la blennorrhée, et aujourd'hui on peut constater, au niveau du bulbe, un rétrécissement pour lequel le malade est en traitement.

Un second cas présente avec celui-ci la plus grande analogie, et n'en diffère qu'en ce que le malade a échappé aux abcès périnéaux.

Dans six autres exemples, dont deux sont encore soumis à mon observation, les malades ont éprouvé les mêmes douleurs de l'injection à 1 gramme de nitrate pour 30 grammes d'eau. L'écoulement blennorrhéique persiste, rebelle à tout traitement, et trois d'entre eux ont des rétrécissements uréthraux déjà manifestes.

La dose de nitrate employée dans la première de ces observations est évidemment pour tout le monde exagérée. Mais dans les sept autres cas, c'est l'injection conseillée par M. Ricord, par M. Debeney, et souvent préconisée par d'autres, dont on a fait usage.

Dans deux cas l'injection a été pratiquée par le chirurgien, et le *modus faciendi*, auquel on attache beaucoup d'importance, a dû être conforme aux règles.

L'idée mère de la méthode, la substitution, est d'une application difficile, et on semble l'oublier en formulant une injection invariable de 1 gramme sur 30. En cela M. Debeney se montre plus praticien: il veut que la dose varie, et qu'après avoir bien nettoyé la muqueuse par des injections tièdes, on proportionne la quantité du caustique au degré de l'inflammation, que la pratique seule apprend à préciser. L'injection cesse dans les doses faibles d'être abortive, et elle devient simplement modificatrice de l'état de la muqueuse uréthrale.

On comprend qu'avec la pensée de l'école du Midi, qui considère la blennorrhagie comme une inflammation non spécifique, on doive tenter de la déplacer violemment par une substitution thérapeutique; c'est du reste, il faut l'avouer, un moyen qui séduit le chirurgien autant que le malade. Si l'on semble y renoncer, c'est que pour des succès très-réels cette méthode offre de nombreux inconvénients et des revers tout aussi bien constatés.

La douleur excessive, portée, comme chez le malade de tout à l'heure, jusqu'aux convulsions, l'hématurie, une dysurie qui peut aller jusqu'à la rétention, des abcès périnéaux, des fistules urinaires, comme dans un cas que nous citait le docteur Beyran, cas qui lui est commun avec M. le docteur Cullerier, tous accidents malheureusement trop fréquents, et que l'on pourrait s'étonner de voir mettre en doute (M. Clerc, *in Journal de médecine et de chirurgie pratiques*) par des praticiens de talent. Mais ce qui doit surtout être signalé à l'attention des chirurgiens, ce sont moins encore ces accidents que le mode d'action de l'injection caustique. L'inflammation de la muqueuse uréthrale, que l'on ne parvient pas à déplacer, semble se réfugier dans la couche sous-muqueuse, et lorsqu'on parcourt l'étendue d'un canal dans lequel on a pratiqué une injection nitratée, on perçoit la sensation d'un cordon dur, résistant, et l'on y cherche en vain la souplesse, l'élasticité normales. Les parois ont augmenté d'épaisseur, les tissus du voisinage que l'inflammation a envahis font corps avec l'urèthre, et c'est sur un point de leur étendue que le travail pathologique localisé va marquer la place d'un rétrécissement.

Cette opinion est celle de tous ceux qui sont appelés dans leur pratique à voir la fin des écoulements uréthraux. Elle est celle du docteur Philips, qui attribue à la méthode abortive une très-grande part dans la production des rétrécissements. C'est aussi celle de MM. Cullerier, Beyran, et elle est devenue la mienne, sans toutefois m'empêcher de reconnaître que le nitrate d'argent convenablement employé est un excellent modificateur de certains états de la muqueuse uréthrale.

NOUVELLE PREUVE DE LA STABILITÉ DE L'EAU SULFUREUSE

de Labassère,

Par le Dr Védère, médecin en chef de l'hospice civil de Bagnères.

La première des qualités d'une eau minérale destinée à l'exportation, consiste bien évidemment dans la *stabilité*, c'est-à-dire dans cette condition de sa minéralisation qui lui permet de supporter de longs voyages et un séjour prolongé dans les bouteilles, sans altération ni perte de ses principes. Qu'importe, en effet, lorsqu'il s'agit d'une eau qu'on veut exporter, qu'elle soit richement dotée à son point d'émergence, et que son usage à la source produise d'excellents effets sur la santé, si cette eau, dès qu'on l'a puisée, renfermée dans des vases et transportée plus ou moins loin, perd une grande partie ou la totalité de ses principes, et conséquemment toutes ou presque toutes ses vertus curatives?

Or, il est des eaux justement renommées, qui sont dans ce cas; des eaux chez lesquelles une longue expérience a constaté une efficacité incontestable lorsqu'elles sont prises en bains ou en boisson *à la source*, mais qui, transportées, perdent toutes leurs propriétés et ne conservent que *leur nom*: enseigne trompeuse à l'aide de laquelle elles parviennent néanmoins à se propager et à se faire prescrire par des praticiens consciencieux, mais qui ne recherchent pas si le remède qu'ils administrent est bien celui qu'ils ont ordonné, et si, par exemple, les *Eaux-Bonnes*, les eaux de *Labassère*, de *Cauterets* ou de *Luchon*, prises à Paris ou ailleurs, sont bien les mêmes que celles que l'on prend aux Pyrénées.

Cet examen indispensable les eût conduits à découvrir quelles sont celles de ces sources qui peuvent être employées avec avantage loin de leur lieu d'origine, et celles qui, au contraire, doivent, sous peine de ne produire que du mal, n'être prises qu'à leur source.

Parmi les premières, la source sulfureuse sodique de *Labassère*, dont la minéralisation si puissante, puisqu'elle occupe le premier rang parmi toutes celles connues jusqu'ici, n'est sujette à aucune décomposition ni par l'embouteillage ni par le transport.

Ce fait scientifique est aujourd'hui à l'abri de toute controverse. Les travaux de MM. Filhol, Ossian Henry, Cazalas, Gintrac et cent autres, ont attesté sa parfaite stabilité.

« De toutes les eaux sulfureuses que j'ai examinées, dit M. Filhol, » il n'en est aucune qui se soit montrée *moins altérable*, soit par l'ex- » position à l'air, soit par le transport... L'eau de *Labassère* se place » donc en tête des eaux propres à l'exportation... Cette stabilité dé- » pend sans doute *en partie* de sa basse température; mais elle dé- » pend beaucoup plus, selon moi, de son *alcalinité*, qui est plus pro- » noncée que celle des autres sources, et de sa pauvreté en acide » silicique. »

Voilà donc bien et authentiquement établie la condition particulière et dominante qui fait de cette eau sulfureuse, plus que de toute autre, *une eau d'exportation*. Telle est la vérité.

ANESTHÉSIE LOCALE

produite au moyen de la ligature et du chloroforme camphré.

Les cas si nombreux déjà d'accidents mortels survenus à la suite d'inhalations d'agents anesthésiques pratiquées dans le but de déterminer l'insensibilité à la douleur dans les opérations, devaient conduire et ont conduit à restreindre l'emploi de ces inhalations, et à essayer de produire l'anesthésie locale, c'est-à-dire d'en borner les effets, toutes les fois que la chose est pos-

sible, à la partie sur laquelle doit porter l'action chirurgicale. On y est arrivé, comme on sait, par divers moyens, que nous ne rappellerons pas ici, laissant ce soin à la mémoire et à l'expérience de nos lecteurs. Nous nous bornerons, dans l'intérêt de la pratique, à faire connaître le procédé employé dans ce même but, avec un succès complet, par M. le docteur Martenot de Cordonx, médecin-major de 1re classe à l'hôpital Saint-Jacques de Besançon, dans deux cas où il avait à pratiquer l'opération de l'ongle incarné. Voici comment notre confrère de l'armée expose lui-même son procédé :

« Je fais, dit-il, à la base de l'orteil, une assez forte compression à l'aide d'une ligature, puis j'applique pendant quinze à vingt minutes une couche assez épaisse de charpie imbibée de chloroforme camphré, et recouverte d'un linge épais, ou mieux encore d'une toile cirée, pour empêcher l'évaporation trop rapide. Le camphre se dissout avec une extrême facilité dans le chloroforme; il ne faut pas en mettre jusqu'à saturation; on peut l'employer presque à parties égales : je me contente de mettre 20 grammes de camphre pour 30 de chloroforme. Du reste, il n'y a pas de règle absolue, ni pour la quantité de camphre à employer, ni pour la durée de l'application de ce mélange. Le chirurgien s'assure, en piquant l'orteil avec une épingle, que la sensibilité a disparu, et choisit le moment de l'opération. Le chloroforme camphré, joint à la ligature, amène l'anesthésie locale d'une manière parfaite, et permet d'achever cette opération si douloureuse sans que le malade s'en aperçoive. »

Ce qui constitue surtout l'originalité de ce procédé, c'est l'emploi de la ligature dans le but de rendre plus sûre et plus rapide l'action de la solution anesthésique. Quant à celle-ci, c'est-à-dire quant à l'association du camphre, agent anesthésique lui-même, avec un liquide ayant des propriétés semblables, l'idée en est venue également à un autre de nos confrères, M. Claisse (de Saint-Valérien). Quand ce médecin a à faire de petites opérations, telles que l'ouverture d'un abcès, l'incision d'un panaris, l'extraction d'une dent, etc., il prend un petit flacon dans lequel il introduit le tiers de sa capacité de camphre pulvérisé, puis il achève de le remplir avec de l'éther sulfurique. La solution faite, il s'en sert pour frictionner légèrement, à l'aide d'une petite éponge fixée à une tige de baleine, pendant une minute environ, le point sur lequel l'instrument doit agir; puis il opère. Cette manière de faire lui a procuré, assure-t-il, des résultats très-satisfaisants.

(*Bull. de la Soc. de méd. de Besançon* et *Bull. de thérap.*)

DU TRAITEMENT DE LA TEIGNE FAVEUSE,

Par M. BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

On doit commencer par nettoyer la tête, par la débarrasser des croûtes et des poux, s'il y en a.

Pour cela, il faut couper les cheveux à 2 ou 3 centimètres et détruire les poux avec l'onguent napolitain ou le bain sulfureux; les croûtes sont détachées par des lotions d'eau tiède ou des cataplasmes émollients. Les croûtes tombées, on détruit tous les parasites de la surface avec une solution de sublimé; la rougeur congestive, les dépressions, n'empêchent pas cette application.

La deuxième indication, c'est d'épiler.

Il faut épiler toutes les parties malades et leurs environs, et, si le favus est disséminé, il faut épiler tout le cuir chevelu.

On facilite beaucoup l'opération, si on a le soin de badigeonner préalablement tout le cuir chevelu avec l'huile de cade pure.

L'épilation se fait au moyen de pinces de trousse, terminées par deux petites surfaces rayées comme celles d'une lime. Les précautions à prendre, quand on la pratique, sont :

1° De tirer les cheveux dans le sens de leur longueur;

2° De ne saisir que ceux qui sont implantés dans le même follicule, quand le cuir chevelu est très-sensible.

3° Extraire tous les poils follets.

L'épilation primitive faite, on lotionne avec du savon et l'on imbibe, à l'aide d'une brosse molle, ces follicules libres, d'une solution de sublimé.

On lotionne pendant quatre jours, matin et soir, avec la solution suivant la formule ci-après :

Sublimé corrosif.	2 grammes.
Eau distillée.	500 —
Alcool.	q. s. pour dissoudre.

On remplace ensuite par des onctions avec une pommade dont l'application dure plus que la solution de sublimé, et dont la formule est :

Turbith minéral.	0,50 à 1 gramme.
Axonge.	30 centigrammes.

On pratique l'épilation secondaire dès que les cheveux peuvent être saisis avec la pince, et l'on reprend les parasiticides liquides.

On recommence encore l'épilation tant qu'on aperçoit le moindre godet favique, ou lorsqu'on aperçoit de petites rougeurs nouvelles, de petits cercles érythémateux.

Si le favus siége sur le corps, on essaie de le tuer avec les bains de sublimé; mais, s'il se reproduit, il faut épiler les petites places sur lesquelles il reparaît.

Ce traitement, convenablement exécuté, réussit toujours.

DE L'OPIUM EMPLOYÉ COMME ANTIDOTE

dans les empoisonnements par le stramonium.

Les empoisonnements par le datura stramonium et le haschisch, préparation dont le chanvre indien constitue la base, sont extrêmement fréquents aux Indes orientales; très-souvent des mains criminelles y ont recours pour dévaliser ensuite plus aisément les malheureux qu'elles ont enivrés à l'aide de ces plantes vireuses.

Le docteur Anderson, qui a servi en qualité de chirurgien dans un régiment de cipayes, a eu occasion d'observer un cas d'empoisonnement par le stramonium, dans lequel d'énormes doses de morphine ont amené la guérison. Il s'agit d'un soldat qui, après l'ingestion d'une quantité notable d'une confiture dans laquelle entrait le fruit de cette plante vénéneuse, fut trouvé, sur la grande route, sans connaissance, en proie à un délire violent, et présentant, en outre, les symptômes suivants : face rouge, yeux injectés, brillants et hagards, pupilles énormément dilatées, insensibles à l'action de la lumière; pouls petit et très-accéléré; agitation convulsive dans les extrémités, principalement dans les mains. La déglutition cependant était possible. Le docteur Anderson prescrivit, à l'exemple de Benjamin Bell, le chlorhydrate de morphine en solution à la dose d'un grain toutes les heures.

Après la huitième prise du médicament, la stupeur avait en partie disparu; le patient recouvra la conscience de son être, le délire et les mouvements convulsifs des mains avaient un peu diminué; toutefois l'état d'agitation du malade et la dilatation des pupilles persistèrent. L'auteur prescrivit encore six grains de sel de morphine; après quoi le délire avait entièrement cessé, les pupilles étaient à peu près normalement dilatées, et le malade, devenu plus tranquille, se mit à parler. Pendant trois heures encore, la même dose du médicament fut continuée : un sommeil de plusieurs heures en fut la conséquence, et au réveil tout symptôme d'intoxication avait disparu. Cette énorme quantité de morphine (quinze grains en dix-huit heures) ne produisit aucun effet toxique, bien que le patient ne fût nullement habitué à l'action des narcotiques.

(*Revue de thérap. médico-chirurg.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour trois places de médecin au Bureau central des hôpitaux de Paris, vient de se terminer par la nomination de MM. Vidal, Laboulbène et Chauffard.

— Par arrêté du 31 juillet, M. Farge, professeur de pharmacie et de toxicologie à l'Ecole préparatoire d'Angers, est nommé professeur de clinique interne à ladite école, en remplacement de M. Bigot, admis à faire valoir ses droits à la retraite;

M. le docteur Drouet, professeur suppléant, est chargé provisoirement du cours de pharmacie et de toxicologie, en remplacement de M. Farge;

M. le docteur Meleux, chef des travaux anatomiques, est nommé professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie;

M. le docteur Douet est nommé professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements;

M. le docteur Dézanneaux est nommé professeur suppléant pour les chaires de médecine;

M. le docteur Feilhé est nommé professeur suppléant pour les chaires de pharmacie et de toxicologie, matière médicale et thérapeutique; il est chargé provisoirement du cours de matière médicale et thérapeutique, en remplacement de M. Castonnet, dont la démission est acceptée;

M. le docteur Firmin Fleurot, chargé provisoirement du cours d'histoire naturelle et de thérapeutique à l'Ecole préparatoire de Dijon, est nommé professeur titulaire de ladite chaire;

M. le docteur Malapert est nommé professeur suppléant pour la chaire de pharmacie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers (emploi nouveau);

M. le docteur Robert est nommé professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et accouchement à la même École, en remplacement de M. Lepetit, appelé à d'autres fonctions.

— Un concours pour deux places de médecin adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux s'ouvrira le 25 novembre prochain. Pendant la durée de ses fonctions, le médecin adjoint remplace, en cas d'absence, le médecin titulaire auquel il est attaché, et fait, aux époques qui lui sont assignées, le service mensuel des admissions et des consultations à l'hôpital Saint-André. Ses fonctions sont gratuites, sauf le cas de remplacement du titulaire. Les docteurs qui voudraient prendre part à ce concours pourront avoir communication des conditions à l'administration des hospices de Bordeaux.

— M. le docteur Dupureux, médecin de régiment en Belgique, vient d'obtenir la croix de chevalier de l'ordre de Léopold, et M. le docteur Van Holsbeek la croix de chevalier de l'ordre du Lion de Zæhringen, du grand-duc de Bade.

— Une médaille d'or de la valeur de 400 fr. vient d'être décernée à M. Anthoine (de Beaucaire), docteur de la Faculté de Montpellier, par l'Académie royale de Belgique, qui avait mis au concours la question suivante : « Discuter les méthodes thérapeutiques relatives au » traitement du choléra. »

Cours complet de laryngoscopie, suivi des applications du laryngoscope à l'étude des phénomènes de la phonation et de la déglutition (avec figures explicatives), par M. le docteur MOURA-BOUROUILLON. Brochure de 100 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 7 AOUT 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie n'a eu qu'une demi-séance à consacrer à la discussion sur la morve. M. J. Guérin a rempli cette seconde partie de la séance par une argumentation d'une haute portée philosophique.

On se rappelle que, dans sa première argumentation, M. Guérin avait jeté à la traverse du rapport si remarquables d'ailleurs de M. Bouley, deux idées principales, celle de l'identité d'origine et de nature des diverses formes de l'affection morveuse désignées sous des dénominations différentes ; et celle de l'échelle de graduation probable dans les phénomènes qui sont l'expression de cette cause morbide unique.

De ces deux idées, l'une a été acceptée comme vraie par *ses* contradicteurs, mais aussi, ajoutaient-ils, était-elle admise dans la science ; l'autre a été traitée d'erreur. Montrer que la première idée était admise, il est vrai, mais non sans contestations toutefois, et qu'aux yeux même de ceux qui la professent, l'identité d'origine des diverses formes de la morve était restée jusque-là lettre morte, qu'on n'en avait point tiré, au point de vue nosologique, les conséquences qu'elle renferme ; relever, pour la seconde, le reproche d'erreur, en invoquant d'une part l'analogie avec ce qui se passe journellement sous nos yeux dans toutes les maladies épidémiques et en opposant aux vétérinaires les textes mêmes de plusieurs de leurs auteurs : tel a été l'objet de cette nouvelle argumentation, dans laquelle M. Guérin a apporté cette haute sagacité d'analyse qui est le caractère et qui fait le mérite principal de ses travaux.

Nous avons dit dans un des précédents numéros, à l'occasion de l'une des dernières argumentations, que nous émettrions à notre tour quelques idées sur la question étiologique, envisagée d'une manière si différente par M. Bouillaud et par M. Renault.

Après les idées aussi justes qu'élevées que M. Guérin a développées hier sur ce sujet, faisant remarquer avec raison, ainsi que nous nous proposions de le faire, l'insuffisance des points de vue où s'était placé chacun de ces orateurs, et la nécessité de tenir compte de l'ensemble de tous les éléments étiologiques, causes éloignées et cause prochaine, nous avouerons sans regret qu'il nous resterait peu de chose à dire en ce moment sur ce point de la question.

Que sur les faits techniques qu'il a été obligé de toucher en passant, que sur les citations empruntées aux auteurs, que sur l'interprétation de quelques points de détail, M. Guérin ait pu s'attirer encore quelques admonestations nouvelles de la part de ses collègues de la section de médecine vétérinaire, et qu'il y ait quelque chose à redresser à cet égard dans son argumentation, nous n'en serions pas absolument surpris ; et à en juger par les interruptions et les interpellations nombreuses qui ont été échangées, nous serions même assez disposé à croire qu'il n'en a pas fini à son tour avec les critiques. Mais ce que nous n'hésitons pas à affirmer dès à présent, c'est que, quelle que soit d'ailleurs l'issue définitive de cette discussion, M. Guérin aura jeté dans le débat des idées justes et fécondes qui ne pourront que contribuer à éclairer d'un nouveau jour l'étude des points encore obscurs de l'histoire de la morve.

— L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre dans la section de pharmacie. On connaît l'ordre dans lequel ont été présentés les candidats. L'Académie a sanctionné par son vote le classement de la section en donnant la majorité des suffrages à M. Gobley.

Nous saluons avec satisfaction le nouvel élu, à qui ses titres scientifiques et son caractère ont acquis depuis longtemps l'estime générale. Mais nous ne pouvons nous empêcher, en honorant le vainqueur, d'accorder au vaincu l'expression d'un sympathique regret et de partager avec ses amis l'espérance qu'il se relèvera prochainement de cet échec.

— Avant l'élection, M. Guéneau de Mussy a été admis à faire une lecture sur un sujet clinique intéressant, dont nous entretiendrons incessamment nos lecteurs. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

De la phthisie pulmonaire. Traitement (1).

(Leçons recueillies et publiées par M. CAPELLE, interne du service.)

Effets thérapeutiques. — Sous l'influence des préparations saturnines, les premiers effets favorables que l'on obtient dans un temps plus ou moins court sont l'amendement de la toux et de l'expectoration. Quelquefois au bout de deux jours, d'autres fois après huit ou dix jours, suivant les individus, la toux, qui d'abord était incessante, quinteuse, surtout nocturne, devient beaucoup moins fréquente, et le malade peut dormir sans être réveillé par des quintes continuelles. L'expectoration, qui était plus ou moins abondante, parfois capable de remplir plusieurs crachoirs d'une matière purulente, diminue aussi d'abondance, en même temps que les crachats eux-mêmes deviennent plus muqueux. Il y a donc non-seulement diminution dans la quantité, mais encore modification dans la qualité du produit, et ce qui le prouve, indépendamment des signes physiques que l'on peut constater *de visu*, c'est l'absence de certains troubles fonctionnels qui chez les phthisiques accompagnent le rejet des crachats. Vous vous rappelez, en effet, ce fait reconnu par Fouquier, que le crachat tuberculeux, en vertu de sa nature particulière, exerce sur l'arrière-gorge une action spéciale, d'où résulte, à la suite de son passage, un effort de vomissement. Or, quand la médication saturnine a duré un certain temps, que son action a commencé, vous voyez disparaître cette excitation particulière déterminée par la matière expectorée ; les nausées cessent, et ne reviennent que lorsque, après quelque temps d'interruption forcée du traitement, les crachats ont repris leurs caractères primitifs.

Les signes physiques fournis par l'auscultation, qui révèlent le plus ou moins d'activité de la suppuration pulmonaire, cessent aussi au bout d'un temps variable d'être perçus avec la même abondance ou la même intensité. L'expectoration a déjà beaucoup diminué que vous constatez encore des bruits de craquement, des bulles ou des gargouillements ou sous les clavicules ou dans les fosses sus et sous-épineuses ; mais la sécrétion est beaucoup moins active, les bulles sont en moins grand nombre qu'auparavant, et souvent il arrive qu'on ne trouve plus un seul de ces bruits liés au ramollissement du tubercule et à l'accumulation de matière purulente dans les cavités tuberculeuses ; les cavernes sont complétement desséchées.

Les douleurs sous-claviculaires de la névrite intercostale, qui quelquefois étaient spontanées, sont éveillées beaucoup moins vivement par la pression du doigt. Il semble que tout le travail phlegmasique qui s'accomplissait au sommet du poumon tend à s'éteindre. Il n'est pas jusqu'à la fièvre elle-même qui ne soit amendée dans son acuité. Je vous ai dit les différentes formes que la fièvre pouvait affecter chez les phthisiques ; vous savez aussi toute la gravité pronostique d'une fièvre continue développée dans ces conditions. Cette fièvre continue, il vous sera rarement donné de l'enrayer par les préparations saturnines : ce que vous pourrez espérer et que vous obtiendrez quelquefois, ce sera de faire tomber son intensité. Quant à cette forme de fièvre dans laquelle les accès reviennent tous les soirs, caractérisés tantôt seulement par de la chaleur, tantôt par frisson, chaleur et sueur, vous parviendrez le plus souvent à la faire disparaître.

Effets physiologiques. — Le premier effet de l'administration du plomb, c'est la perte de l'appétit ; mais ce qu'il y a de particulier dans ce fait lui-même, c'est que l'amaigrissement et l'affaiblissement arrivent bien moins rapidement après cette anorexie saturnine qu'après celle qui résulte de beaucoup d'autres causes et en particulier de l'anorexie par cause tuberculeuse. Vous vous rappelez que les nombreux moyens de traitement que nous avons examinés ne guérissent qu'à la condition de rétablir les fonctions digestives ; et vous vous étonnerez sans doute de voir le plomb, dont l'action paraît si favorable, avoir pour premier effet de porter atteinte à ces fonctions digestives elles-mêmes. Cette observation est vraie ; l'action du plomb ne peut pas s'expliquer comme celle des autres moyens ; c'est un médicament à propriétés spéciales agissant spécialement, électivement sur le poumon dont il éteint la lésion.

Il est cependant quelques cas dans lesquels on voit les pilules saturnines exciter l'appétit au lieu de le diminuer, et ce sont là, hâtons-nous de le dire, les conditions de réussite les plus favorables, puisque, à l'action spéciale du médicament, se joignent les avantages d'une nutrition active et d'une réparation toujours suffisante. L'amélioration est alors très-rapide ; vous en avez eu dernièrement un exemple sur un petit malade de notre salle Saint-Félix. Ce qu'il faut encore noter, c'est que ces malades, dont l'acte digestif n'est nullement entravé, sont aussi indemnes de tout autre symptôme de l'intoxication saturnine ; le plomb paraît n'agir chez eux que d'une manière thérapeutique. Mais ce sont là les cas les plus rares, ce sont des cas spéciaux sur lesquels on ne peut point compter.

A l'anorexie se joint bientôt une gastralgie plus ou moins intense et plus ou moins persistante. Certains estomacs ont pour le plomb une intolérance complète ; les pilules sont rejetées aussitôt qu'ingérées. Quelques phthisiques éprouvent aussi une dyspnée plus accusée qu'avant le commencement du traitement ; ils sont également agités par une toux sèche, différente de la toux grasse des tubercules. Dans ces cas, toux et dyspnée ne se lient pas à l'état des voies respiratoires ; ce sont des annexes de la dyspepsie saturnine.

Quant à l'influence que le plomb exerce sur l'intestin, elle est loin d'être la même dans l'intoxication thérapeutique et dans l'intoxication professionnelle. Chez les ouvriers qui travaillent le plomb, vous voyez survenir, comme symptôme le plus constant et le plus rapide, une colique avec constipation opiniâtre ; chez les sujets, au contraire, que l'on soumet à l'action saturnine dans un but curatif, la diarrhée est la règle, diarrhée parfois tellement abondante qu'elle oblige à suspendre la médication. La colique avec constipation existe rarement, une fois sur quinze ou vingt ; mais quand elle existe, elle peut être très-tenace ; vous en avez vu une dernièrement qui a nécessité deux applications successives du traitement de la Charité.

Le liséré gengival se montre aussi dans la majorité des cas ; il n'a, du reste, aucune importance ; il arrive du dixième au quinzième jour. Il est des malades qui n'en présentent nulle trace, même quand ils ont d'autres signes d'imprégnation saturnine. Cela se voit quand les gencives sont parfaitement saines, car, pour moi, le liséré ne se produit que quand il y a érosion superficielle sur le rebord gengival de la muqueuse.

Le phénomène prédominant de l'intoxication thérapeutique, le symptôme dont les malades se plaignent tout d'abord, celui qui, souvent le premier, est toujours le plus constant de tous, c'est la douleur qui se manifeste dans certaines parties du corps. Ces douleurs surviennent quelquefois après le deuxième, rarement plus tard que le dixième jour du traitement ; elles occupent quelquefois le tronc, mais le plus souvent les bras et les jambes : elles sont vives, tenaces, très-pénibles, parfois comparées par les malades à des élancements, à des étincelles qui traverseraient un membre d'un côté à l'autre, ou le parcourraient dans toute sa longueur ; donnant, d'autres fois, la sensation d'un poids énorme, d'un anneau qui comprimerait fortement bras ou jambes.

Il ne faudrait cependant pas croire que toutes ces douleurs, quand elles se développent chez un phthisique, sont de nature saturnine.

Vous vous rappelez ce que je vous ai dit de la douleur comme symptôme propre de la phthisie. Vous savez qu'il est bien peu de malades arrivés à une période avancée de la consomption phymique où l'on ne rencontre ce que j'ai appelé la mélalgie ; mais vous savez aussi que ces douleurs des phthisiques, quelquefois généralisées, sont le plus souvent limitées en un point fixe au-dessus des genoux, et, sans croire toutefois que l'erreur soit impossible, vous devez rapporter à l'action du plomb des douleurs spontanément et brusquement développées dans les bras quelque temps après le commencement de la médication.

Vous verrez aussi beaucoup de malades qui prendront cette teinte des téguments pâle, grisâtre, qui a été donnée comme propre à la cachexie saturnine. Vous en verrez enfin dont la sensibilité tactile sera plus ou moins émoussée, quelques-uns même qui seront complétement analgésiques.

Tels sont les principaux accidents qui surviennent après l'emploi thérapeutique du plomb. Il en est d'autres dont je veux vous entretenir à part, parce que leur existence me paraît incertaine, sinon complétement controuvée.

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

Dans l'espace de deux ans à deux ans et demi, j'ai vu deux ou trois malades mourir dans le délire, mais ce délire était-il nécessairement saturnin? Avant que le plomb fût employé dans le traitement de la phthisie, on a vu quelquefois des phthisiques qui avaient la fièvre présenter, quelques jours avant leur mort, le délire carphologique : est-il donc juste d'attribuer exclusivement aux préparations saturnines des accidents qu'on observait également en dehors de leur emploi? Mais ce délire fût-il bien évidemment sous la dépendance du traitement, qu'on n'aurait point le droit de trop incriminer le plomb et de le rejeter; il n'est pas de médicament actif qui n'ait ses inconvénients, et il est bien des substances qu'il faudrait rayer de la matière médicale, si on ne faisait attention qu'aux accidents rares qu'elles ont produits, sans tenir compte des nombreux avantages qu'elles ont procurés.

Il y a encore des symptômes graves de l'intoxication saturnine que je n'ai pas rencontrés dans l'imprégnation des phthisiques. Dans le grand nombre de cas que j'ai déjà observés, je n'ai pas vu une seule fois cette céphalie atroce des individus qui travaillent au plomb, céphalie qu'on a attribuée à l'hypertrophie du cerveau, et dans laquelle il semble que ce viscère soit comme étranglé dans la boîte crânienne.

Je n'ai jamais observé non plus, même après un traitement longtemps prolongé, cette épilepsie saturnine qui tue en deux ou trois attaques; de même je n'ai jamais vu la paralysie des extenseurs, qui rend si souvent impotents les ouvriers plombiers.

Les accidents saturnins, que nous avons sûrement provoqués, n'arrivent pas au même degré chez tous les malades. Suivant la prédisposition individuelle, tantôt c'est l'un, tantôt c'est l'autre, qui survient le premier, ou qui acquiert le plus d'intensité; mais, je vous le répète, celui qui généralement prime les autres, et comme intensité et comme précocité d'apparition, c'est la douleur saturnine.

Le plomb ne produit pas chez tous les malades le même degré d'amélioration : on peut, en quelque sorte, en admettre trois degrés, suivant que l'expectoration, la toux et la sécrétion de l'ulcère pulmonaire, ont subi une diminution légère ou considérable, ou que ces symptômes ont subi un amendement tel qu'on pourrait croire à une complète guérison. Quant aux proportions dans lesquelles surviennent ces résultats divers, l'on peut dire que sur douze malades, il en est deux sur lesquels on n'obtient presque rien, quatre dont l'amélioration est légère, quatre autres dont l'amélioration est notable, deux enfin chez lesquels la modification est telle qu'ils paraissent complétement guéris. Mais, même dans les cas les plus heureux, il ne faudrait pas croire la guérison définitive. Rappelez-vous ce que je vous ai dit de la facilité avec laquelle, sous l'influence de la moindre cause, de nouvelles poussées de tubercules se font dans les poumons des phthisiques, et vous verrez que si le plomb agit dans l'état présent, il y a toujours la tendance à la tuberculisation contre laquelle il est impuissant.

Il y a donc des rechutes fréquentes après l'emploi du plomb; mais est-ce une raison d'incriminer le médicament? Les rechutes sont comme une règle générale dans la phthisie; elles arrivent aussi bien quand l'amélioration a été amenée par un des nombreux moyens que nous avons indiqués, que quand elle est due aux préparations saturnines; et Gilchrist, qui s'était déclaré partisan des voyages sur mer, nous apprend dans ses observations que les malades dont les voyages sur mer avaient momentanément amélioré l'état, sont morts phthisiques deux ou trois ans après leur retour en Angleterre.

Tous les cas ne sont pas également favorables à l'administration du plomb : l'action est plus complète et plus rapide quand la phthisie, quoique bien établie sur des signes rationnels et physiques, n'en est pas cependant arrivée à produire la consomption, quand les malades ne sont pas minés par la fièvre. Je ne pense pas toutefois que la médication soit inutile dans la forme fébrile de la maladie.

L'année dernière, je reçus presque en même temps dans mon service deux jeunes filles de seize ans présentant toutes deux une phthisie avancée, éminemment fébrile; je leur donnai les pilules saturnines; j'allai jusqu'à 0,80 de carbonate de plomb et n'obtins aucun effet physiologique. Il n'y eut aucun malaise, mais aussi aucune amélioration thérapeutique; les symptômes ne présentèrent pas une moindre intensité, la fièvre ne disparut pas; les deux petites malades quittèrent l'hôpital à peu près dans l'état où elles y étaient entrées. Je crus le plomb impuissant dans ces formes de la maladie, et, ne voulant pas compromettre par une application intempestive la méthode que j'employais avec succès dans d'autres conditions, je cessai pendant quelque temps de traiter par le plomb les phthisies fébriles. Je fus alors frappé de la rapidité avec laquelle certains phthisiques étaient enlevés. Je vis des malades, dont l'état pouvait être comparé à celui des deux jeunes filles dont je viens de parler, mourir dans l'espace de quelques jours, ou tout au plus de quelques semaines, tandis que ces jeunes filles avaient pu encore sortir de l'hôpital après deux mois de séjour; et c'est en considération de ces faits et de plusieurs autres qu'il m'a été permis d'observer depuis lors, que je suis arrivé à cette conclusion : que si dans la forme fébrile de la phthisie on n'obtient pas, comme dans la forme non fébrile, des amendements tellement notables qu'ils peuvent simuler la complète guérison, le plomb n'en a pas moins pour résultat de ralentir la marche ascendante de la maladie, de retarder de quelque temps la mort des malades.

Plusieurs médecins qui ont essayé le plomb ont prétendu n'en retirer que de faibles avantages et ont refusé à cet agent une action supérieure à celle des autres moyens. Mais pour juger des résultats, il faut bien s'entendre sur ce que l'on doit appeler l'amélioration. Dans une maladie comme la phthisie pulmonaire, il ne faut pas s'attendre à voir les symptômes s'amender et disparaître en huit ou dix jours comme cela se voit dans les pneumonies; ce n'est qu'au bout d'un certain temps, souvent d'un temps assez long, que l'on peut apprécier les modifications heureuses de la maladie, et c'est pour avoir précipité leur jugement que beaucoup de personnes ont dénié au plomb la valeur qu'il a incontestablement.

Souvent aussi, dans l'appréciation des résultats on n'a tenu compte que de la lésion anatomique du poumon; on n'a pris en considération qu'un symptôme, les bulles ou gargouillement; et lorsque ces bruits étaient encore perçus dans quelques points, on disait que le mal ne s'était pas amélioré. Mais faire disparaître les troubles fonctionnels, faire tomber la fièvre, restaurer les forces, diminuer la toux, l'expectoration et la sécrétion pulmonaire, c'est certainement améliorer l'état du malade, et l'améliorer beaucoup. Quant à la caverne elle-même, dans les conditions les plus favorables, alors même qu'elle est complétement desséchée, il lui faut encore un temps très-long, quelquefois des années entières, pour arriver à complète cicatrisation.

Historique. — Dans cette question des documents historiques, nous devons nous occuper du plomb et comme prophylactique, et comme curatif de la phthisie.

Au point de vue de la prophylaxie, la préservation de la phthisie par l'infection saturnine a été notée par des médecins allemands. Ainsi, Sander, médecin attaché aux mines de plomb argentifères du Hartz, déclare que « chez les ouvriers qui exploitent le plomb argentifère, il n'a jamais rencontré de phthisiques, même dans les cas où les prédispositions héréditaires offrent un fâcheux caractère. Ce fait lui paraît d'autant plus remarquable, que les mineurs sont habituellement plus sujets que les autres ouvriers aux affections thoraciques. En effet, les brusques changements de température et les efforts respiratoires que leur situation rend nécessaires, les exposent plus particulièrement à de semblables accidents. » (*Gaz. hebd.* de Casper, 1836, sect. 17.)

Dans un autre ouvrage fort estimé en Allemagne (*Maladies métalliques de l'Oberhartz*), Brockmann, également attaché aux mines comme médecin, affirme qu'il n'a jamais rencontré de phthisiques parmi les ouvriers qui travaillent dans les mines de plomb argentifère, même dans les cas où ils avaient la poitrine étroite et présentaient les apparences extérieures de la tuberculisation.

Cette immunité évidente a été regardée par les deux médecins que nous venons de nommer comme tenant uniquement aux mines de plomb argentifère du Hartz; elle n'a pas été généralisée comme résultat de toute infection plombique, quelle qu'en fût la cause.

Nous trouvons ce fait d'immunité générale énoncé aussi par M. Tanquerel-Desplanches : « C'est ici, dit-il, le lieu de nous élever contre l'opinion accréditée dans ces derniers temps sur la fréquence de la phthisie chez les individus qui travaillent le plomb, et en particulier chez les peintres (Broussais, Benoiston de Châteauneuf, Lombard). Nous pouvons assurer de la manière la plus positive que ces ouvriers forment une des professions où l'on rencontre le moins de phthisiques; car sur 1,217 individus affectés de colique saturnine, nous n'avons rencontré que 55 tuberculeux, dont 15 peintres, sur 388; il semblerait même que d'après ce résultat numérique, la profession de plombier préserverait un peu de la phthisie pulmonaire, etc. »

M. Tanquerel n'insiste pas assez sur cette immunité; il ne se sert des faits que nous venons de citer que pour opposer des dénégations à l'opinion des auteurs qu'il veut combattre, et il ne va pas plus loin. C'est une question de prophylaxie qu'il a laissée tomber sans en tirer toutes les conséquences que nous en avons tirées nous-mêmes.

Depuis que j'étudie à fond la question, on m'a cité des observations d'individus qui étaient devenus phthisiques après une infection saturnine. Je crois que ces faits sont très-exceptionnels; et de même qu'on voit des individus vaccinés contracter la variole, on peut voir des individus infectés par le plomb devenir, en certains cas, tuberculeux. Mais je crois que dans ces circonstances, la tuberculisation doit être moins active que chez ceux qui ne sont point infectés, de la même manière que chez les individus vaccinés la maladie varioleuse atteint rarement le degré de la variole et reste à l'état de varioloïde.

Quant à la question curative, on sait que l'acétate de plomb a déjà été employé dans la phthisie. Au commencement du siècle, Fouquier l'avait recommandé comme modérateur des sueurs dans la phthisie pulmonaire. Cet agent plombique n'a pas été seulement considéré comme palliatif, mais encore comme curatif de la phthisie elle-même, et c'est à ce titre qu'il a été employé par Poterius, Vogel, et surtout par Ettmüller, qui dit :

Sacchorum Saturni est egregium in hectica remedium, in specie si ex ulcere interno oriatur.

On trouve dans le *Journal d'Hufeland*, 1815, t. VIII, un mémoire important sur le sujet qui nous occupe, mémoire qui a pour auteur le professeur Hildenbrand. Suivant lui, le plomb agit en diminuant l'excitation. C'est un moyen antiphlogistique sans être un débilitant; il apaise l'inflammation et la chaleur, ainsi que la diarrhée et les sueurs.

Hildenbrand a retiré des avantages du sucre de Saturne, même en le donnant à très-petites doses, dans le but de ne pas produire des symptômes que l'on a toujours extrêmement redoutés dans cette médication.

C'est en cela que le traitement que je propose diffère de celui des auteurs que je viens de citer. Ce traitement a pour but très-avoué de produire des accidents saturnins, dont l'existence coïncide toujours avec une amélioration très-considérable de la tuberculisation.

On se demandera pourquoi ce traitement, dont Hildenbrand a obtenu de bons effets, n'a pas été adopté; c'est qu'il a été mis en pratique dans un moment où l'on n'avait pas encore de moyens sûrs de diagnostiquer le tubercule pulmonaire. L'auscultation n'était pas encore née, la percussion était à peine connue, de sorte que l'on pouvait penser que les cas heureux dont parlait Hildenbrand n'étaient pas sûrement des cas de phthisie, mais des cas de bronchite simulant la phthisie.

Cette objection ne peut pas être faite aux observations sur lesquelles nous avons édifié notre traitement.

CHARING-CROSS HOSPITAL. — M. Willshire.

Fistule vésico-intestinale. — Passage des fèces dans l'urine.

Les communications de la vessie avec l'intestin dans un point autre que le rectum sont assez rares dans la science. A peine nos auteurs français leur ont-ils consacré de courtes considérations, ou même, comme M. Fano dans sa nouvelle édition de Vidal (de Cassis), n'en ont-ils fait aucune mention. Il ne sera donc pas sans intérêt d'emprunter les observations qu'on va lire au journal *the Lancet*, n^os du 13 et du 20 avril 1861.

« On observe, dit M. Coulson dans son *Traité des maladies de la vessie* (*Diseases of the bladder*, p. 135), des cas dans lesquels l'ulcération a si profondément attaqué la structure de la vessie, que ses parois sont perforées et que l'urine est extravasée dans l'abdomen. Un semblable accident est bientôt suivi d'une péritonite mortelle.

Mais si l'ulcération a gagné peu à peu les diverses tuniques de la vessie, il arrive que la lymphe produite par l'inflammation adhésive des parties extérieures à l'ulcération crée bientôt à la vessie des adhérences avec les parties voisines, et l'urine se trouve ainsi retenue. C'est alors que parfois une communication s'établit entre le bas-fond de la vessie et l'iléon, ou l'S iliaque du côlon, ou encore entre la surface vésicale et le rectum. Dans le premier cas, les fèces mêlées à l'urine sortent par l'urèthre, tandis que dans le second l'urine passe par le rectum avec les matières fécales. »

Obs. I. — Un homme âgé de trente-trois ans entre dans le service du docteur Willshire. Il a pris froid, dit-il, et a eu une inflammation de l'intestin. Trois semaines auparavant ce malade ressentit quelques difficultés en urinant. Soumis au cathétérisme, son médecin vit sortir du pus le long de la sonde. Depuis ce moment jusqu'à son entrée à l'hôpital, l'urine a toujours été mélangée de matières fécales.

Au premier examen du malade, on constate des évacuations dyssentériques dont l'existence remonterait déjà à quelque temps. Le malade croit avoir une fistule à l'anus; il n'en est rien. Sa langue est grisâtre, fendillée; son urine contient des matières fécales.

Quelle était la portion intestinale lésée? M. Willshire inclinait à penser que c'était le côlon. La forme et la couleur de la matière urinée accusent son origine dans le petit intestin; cependant les fèces ont leur odeur très-prononcée. Quand le malade s'accroupit, l'urine s'écoule normale; si, au contraire, il se tient debout pendant la miction, il rend de l'urine mélangée de fèces et de gaz.

Pendant son séjour à l'hôpital, on le vit arriver à un degré d'émaciation tel qu'on le voit en général chez les phthisiques arrivés au dernier degré et présentant les complications intestinales. Il avait des sueurs profuses, une fièvre hectique; toutefois les poumons n'offraient rien d'anormal dans leur fonction.

Ne voyant aucun espoir de guérison pour son mari, la jeune femme de ce malade ne voulut pas le laisser dans nos salles, disant « qu'il mourrait aussi bien chez lui. »

On ne peut donc éclairer le point de départ de cette affection.

Dans le livre que nous citons plus haut, M. Coulson rapporte un fait semblable à celui-ci.

On trouva chez ce dernier malade une communication entre le bas-fond de la vessie et le côlon, juste au-dessus d'un rétrécissement de l'S iliaque. Il s'était plaint pendant douze mois de douleurs abdominales, et l'on ne pouvait douter que la fistule vésicale ne fût consécutive à la lésion intestinale. Ce malade rendait aussi dans son urine des matières fécales et des gaz.

Obs. II. — *Fistule vésico-intestinale à la suite d'un abcès péritonéal. Guérison.*

L'histoire du malade de M. Willshire, toute incomplète qu'elle est — et c'est malheureusement le trop juste reproche que l'on peut adresser à toutes les observations anglaises, — aura cependant pour nous le mérite d'avoir provoqué la publication d'un autre fait du même genre.

Au mois de novembre 1852, M. le docteur Gibb, exerçant alors au Canada, fut appelé auprès d'une jeune femme originaire du pays, primipare, et souffrant d'une diarrhée chronique. D'une constitution délicate, d'un tempérament nerveux, elle était très-hystérique.

La diarrhée avait un peu cédé au traitement institué, lorsque tout à coup elle fut frappée d'une péritonite aiguë bien accusée, et accompagnée de vomissements incoercibles. La constipation s'établit. La fièvre était forte; la douleur abdominale, généralisée, très-vive, réclama l'administration de larges doses d'opium. Cependant les symptômes les plus sérieux existaient toujours, quand la malade se plaignit d'une grande irritabilité de la vessie qui la forçait à uriner à chaque instant.

Ces accidents avaient lieu à la troisième semaine de la maladie. La douleur devint plus vive, se localisa dans l'hypogastre : des fomenta-

tions opiacées, et plus tard un vésicatoire, donnèrent un peu de soulagement. On vit alors un abcès s'ouvrir dans l'intestin et le pus sortir en grande quantité par les garde-robes.

L'affection vésicale semblait être une inflammation chronique de la membrane muqueuse, et la malade se trouva fort bien de l'emploi de l'infusion de buchu (1), de la décoction d'*uva ursi* et de jusquiame, cette dernière à hautes doses. Les organes génitaux étaient irrités, rouges et œdématiés; la diarrhée était très-vive. Des lavements avec amidon et jusquiame donnèrent un bon résultat.

Trois ou quatre jours après l'ouverture de l'abcès, l'urine offrit une odeur fécale bien caractérisée; sa couleur était celle des matières du petit intestin : les fèces étaient toujours mélangées à l'urine, jamais à l'état solide, et ne contenaient jamais de gaz.

Ces accidents formidables cédèrent peu à peu, et il ne resta plus que des attaques passagères de douleurs hypogastriques affectant la forme de tranchées.

M. Gibb eut alors de nombreuses consultations avec MM. Culloch, professeur d'accouchements à M'Gill College, Montrof, et ces deux praticiens crurent devoir s'arrêter à l'emploi de légers purgatifs et de doux apéritifs. Sous l'influence de ce traitement, la quantité des fèces diminua peu à peu dans l'urine, et finit par disparaître. L'état général se releva; la malade devint fraîche et forte, et put reprendre ses occupations ordinaires.

M. Gibb ne perdit pas de vue sa malade. Pendant plusieurs mois il put constater que l'urine était rendue très-claire, et tout le portait à croire que la guérison était définitive lorsqu'il rentra en Angleterre.

E. L.-D.

DE LA COMPASSION EN PHYSIOLOGIE ET EN PATHOLOGIE.

Par M. le docteur Marmisse (de Bordeaux).

Le mémoire que vient de présenter à l'Académie M. Bouchut, sous le titre : *De la contagion nerveuse et de l'imitation*, me rappelle certaines recherches que j'ai faites dans ce sens pendant mon séjour à Paris. J'avais mis à contribution les *Ephémérides des Curieux de la nature*, quelques faits de l'histoire ecclésiastique et certains phénomènes physiologiques que nous éprouvons plus ou moins vivement à la vue des souffrances d'autrui.

Voici le fond de ce travail, auquel je devais donner pour titre : *De la compassion en physiologie et en pathologie.*

Une servante assiste à une saignée de sa jeune maîtresse, et au moment de la piqûre, elle en est tellement impressionnée qu'elle éprouve la même douleur au même endroit, et qu'il s'y développe ensuite une inflammation.

Un individu rêve qu'il est victime d'un violent traumatisme à un pied. Son émotion est telle qu'à l'endroit frappé par la terreur imaginaire, il se développe un mal réel.

Dans l'histoire ecclésiastique, des personnages adonnés à la vie contemplative se sont tellement identifiés à la Victime du Calvaire, qu'ils ont réellement senti les douleurs du crucifiement. L'un d'eux surtout, d'une célébrité religieuse particulière, éprouva plus que les simples souffrances, et vit survenir à ses pieds et à ses mains des plaies merveilleuses connues depuis sous le nom de *stigmates*, avec un écoulement sanguin chaque vendredi. De nos jours d'autres personnes, en général des femmes nerveuses, délicates et maladives, ont renouvelé les mêmes phénomènes de la Passion partagée. L'existence de cette *compassion* ne peut pas être mise en doute, après le récit qu'en a fait le docteur Gerise dans une de ses publications.

Des personnes, à la vue d'un traumatisme violent chez autrui, en sont émues au point d'éprouver elles-mêmes une espèce de frémissement douloureux dans la région correspondante à celle qui a été affectée. Moi-même, si je vois tomber quelqu'un, par exemple, sur ses jambes, j'éprouve dans les miennes une secousse pénible qui va jusqu'à la souffrance... Bien plus, la simple idée d'une pareille chute produit chez moi la même sensation douloureuse.

Il serait facile de trouver d'autres arguments pour prouver la force pathologique de nos sens et de notre moral. Mais il est probable que M. Bouchut les a cités.

L'ensemble de tous ces faits démontre qu'il existe une véritable *compassion pathologique*, c'est-à-dire une force plus ou moins impérieuse suivant les individus, qui propage certains états pathologiques, surtout les névroses.

Nous avons d'ailleurs un principe de physiologie en vertu duquel nous rions ou nous pleurons avec ceux qui rient ou ceux qui pleurent. On pourrait donc admettre chez l'homme une espèce de *conductibilité* pour les sensations physiologiques ou pathologiques, analogue à la conductibilité pour les fluides impondérables. Un foyer de souffrances enverrait ses rayons, comme un foyer de lumière, de chaleur, d'électricité envoie les siens. Les corps inégalement pourvus d'un de ces fluides tendent à s'équilibrer; on pourrait dire que dans certaines conditions il y aurait aussi tendance à l'équilibre entre individus pour certaines sensations. Il y aurait dans cette idée une véritable théorie pour la *compassion* en physiologie et en pathologie.

Pour conclure, je dis que la compassion, comme on semble le croire généralement, ne produit pas un simple effet moral. Dans certains cas on souffre réellement et physiquement avec ceux qui souffrent, et il ne paraît pas impossible que cette compassion ne reproduise chez le compatissant certaines lésions d'une identité qui, je l'avoue, touche au merveilleux.

(1) Les habitants du cap de Bonne-Espérance donnent le nom de buchu au *Diosma crenata*. Les feuilles de cette plante sont diurétiques et anodines, et ont été préconisées dans la cystite et la néphrite chroniques. Le mode d'administration est une infusion d'une once de feuilles pour une pinte d'eau. Le malade doit en prendre la moitié, par petites doses, dans l'espace de vingt-quatre heures.

ÉTUDE SUR L'EAU MINÉRALE NATURELLE GAZEUSE de Grandrif (Puy-de-Dôme).

Par M. le docteur A. Dupuy.

Les eaux minérales naturelles tiennent aujourd'hui une si grande place dans la thérapeutique, qu'il n'est pas étonnant que les médecins cherchent à expliquer en vertu de quels éléments elles agissent sur l'économie. Malheureusement les données de la science à cet égard sont incertaines ou insuffisantes. Est-ce à l'ensemble de leurs éléments minéralisateurs qu'il faut attribuer leur action, ou bien dans chacune d'entre elles en est-il un seul qui puisse revendiquer tout le mérite de son efficacité? Les deux propositions contiennent quelque chose de vrai.

La première, démontrée depuis longtemps, explique le discrédit dans lequel sont tombées les eaux artificielles, qui ne reproduisent qu'imparfaitement la composition des eaux naturelles; la seconde serait peut-être juste quand il s'agit d'une eau fortement minéralisée, et où prédomine un sel en telle quantité qu'il soit impossible de ne pas lui attribuer les effets obtenus. Si l'on se trouve en présence d'une eau à peine minéralisée, comme celle de Grandrif, l'explication devient des plus difficiles. L'étude que nous faisons du travail de M. le docteur Maisonneuve, inspecteur de la source, apportera peut-être quelque lumière sur ce sujet.

Avant 1836, l'eau de Grandrif était l'apanage de quelques fiévreux et aussi de quelques estomacs paresseux. Depuis une dizaine d'années, son usage est devenu général dans le Centre et le Midi de la France comme eau digestive et comme eau d'agrément. Sa saveur fraîche et piquante, franchement acidule, en raison de l'énorme quantité de gaz qu'elle contient, sa légèreté, expliquent la faveur dont elle jouit. Mais ajoutons qu'au point de vue médical elle mérite de fixer l'attention des praticiens. Si elle est faiblement minéralisée, elle contient des éléments d'une action non douteuse sur l'économie.

Le professeur Lecoq (de Clermont), M. Baudin, ingénieur des mines, et M. Ossian Henry y ont constaté de l'iode, du fer et des traces d'arsenic. Or, depuis quelques années, l'attention des chimistes s'est portée sur ce fait capital de la présence de l'arsenic dans un grand nombre d'eaux minérales, et la plupart pensent que c'est à cet agent qu'il faut attribuer l'action de celles qui sont du reste à peine minéralisées; citons entre autres les eaux du mont Dore, de Plombières, de Bussang, qui contiennent quatre milligrammes d'arsenic par litre; celle même de Vichy, dans laquelle on trouve, comme à Grandrif, des traces d'arsenic.

Suivant M. Trousseau, c'est peut-être à l'arsenic que revient en partie l'honneur de la guérison de certaines affections des voies digestives, jusqu'ici attribuée au bicarbonate de soude. Des faits nombreux ont démontré que l'arsenic a été de tout temps employé comme stomachique.

M. Tessier (de Lyon) a reconnu à ce métal la propriété de ranimer l'appétit et de faciliter les digestions, tout en calmant la sensibilité exagérée de l'estomac, dans certaines névroses des organes respiratoires...

Mais, tout en faisant la part de l'action énergique de l'arsenic contenu en quantité inappréciable dans les eaux de Grandrif, n'oublions pas qu'elle renferme aussi de l'iode et du fer; l'iode, ce profond modificateur de l'économie, cet élément nécessaire à la vie, que puise l'organisme dans tous les matériaux qui l'environnent et dont l'absence détermine la production du goître et du crétinisme; le fer, ce tonique reconstituant par excellence, dont les propriétés sont depuis trop longtemps incontestées pour qu'il soit besoin de s'y arrêter.

En présence d'une aussi heureuse composition, comment s'étonner des merveilleux résultats que la médecine obtient de l'emploi de l'eau de Grandrif? Si l'on réfléchit en même temps qu'elle constitue une des plus agréables et des plus rafraîchissantes boissons, on ne s'étonnera plus qu'elle soit sortie des rangs des eaux purement médicamenteuses, pour prendre place parmi les eaux de table les plus justement appréciées. Et dès que son usage, qui s'étend tous les jours, sera plus répandu encore, qui sait, l'analogie permet de le supposer, si elle ne sera pas employée avec succès contre les affections rebelles de la peau, dans la convalescence des fièvres intermittentes? L'expérience et l'observation nous le diront bientôt.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 août 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet :

1° Deux rapports : l'un de M. le docteur Lacaze (de Montauban), sur les épidémies qui ont régné dans cet arrondissement pendant l'année 1860; le deuxième, de M. le docteur Crié (de Laval), sur une épidémie de croup (commission des épidémies);

2° Un rapport de M. le docteur Jaubert sur le service médical des eaux minérales de Greoulx (Basses-Alpes).

— M. Gibert dépose sur le bureau une lettre de M. Leroy de Méricourt qui informe l'Académie qu'un cas de chromidrose vient d'être constaté à Brest par M. Larrey. Il n'est pas besoin de dire, ajoute M. Gibert, que toutes les précautions ont été prises pour s'assurer contre toute possibilité de simulation.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

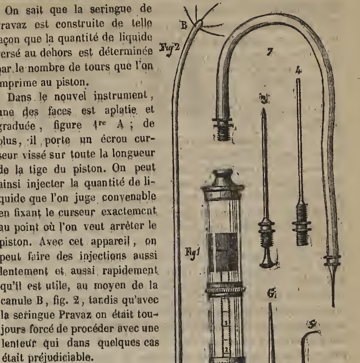
1° Une note sur la préparation du fer réduit par l'hydrogène, et sur la manière de le préserver de l'oxydation, par M. S. de Luca. (Commissaires : MM. Bouillaud et Poggiale.)

2° Un mémoire sur la cataracte capsulaire, par M. le docteur Mirault, d'Angers. (M. Gosselin, rapporteur.)

3° Une note sur un appareil pour la respiration artificielle, par M. Gréhant. (Commissaire, M. Gavarret.)

4° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Guérineau, de Poitiers. (Le dépôt est accepté.)

5° M. J. Charrière présente une seringue destinée à pratiquer les injections de perchlorure de fer, de sulfate d'atropine, et à injection des points lacrymaux.



On sait que la seringue de Pravaz est construite de telle façon que la quantité de liquide versé au dehors est déterminée par le nombre de tours que l'on imprime au piston.

Dans le nouvel instrument, une des faces est aplatie et graduée, figure 1re A; de plus, il porte un écrou curseur vissé sur toute la longueur de la tige du piston. On peut ainsi injecter la quantité de liquide que l'on juge convenable en fixant le curseur exactement au point où l'on veut arrêter le piston. Avec cet appareil, on peut faire des injections aussi lentement et aussi rapidement qu'il est utile, au moyen de la canule B, fig. 2, tandis qu'avec la seringue Pravaz on était toujours forcé de procéder avec une lenteur qui dans quelques cas était préjudiciable.

Fig. 3. Canule et trocart de Pravaz.

Fig. 4. Canule interne que l'on monte sur la seringue chargée à l'avance afin d'éviter l'introduction de l'air.

Fig. 5. Canule à injection des points lacrymaux.

Fig. 6. Canule ordinaire à vis externe, modèle Charrière.

Fig. 7. Tuyaux intermédiaires pour pratiquer des injections avec plus de facilité et sans qu'il soit à craindre de déranger la canule.

Ces canules peuvent se monter sur un irrigateur Eguisier, et l'on évite ainsi l'emploi d'un appareil spécial.

LECTURE.

Bains arsenicaux. — M. Guéneau de Mussy lit une note sur l'emploi des bains arsenicaux dans le rhumatisme noueux, ou rhumatisme chronique des petites articulations.

Nous reviendrons prochainement sur l'objet de cette lecture. (Commissaires, MM. Trousseau, Gibert et Beau.)

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

Au premier tour de scrutin, nombre de votants, 71.

M. Gobley obtient.	41 voix.
M. Mialhe.	27
M. Buignet.	1
M. Lefort.	1
Bulletin blanc.	1
	71 voix.

En conséquence, M. Gobley, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la morve. La parole est à M. J. Guérin.

Suite de la discussion sur la morve.

M. J. Guérin. L'histoire de la science nous montre ce fait à peu près constant que toute idée nouvelle qui vient à se produire, rencontre toujours des obstacles; accueillie d'abord avec incrédulité, elle a à lutter ensuite contre la contradiction. L'histoire de la morve ne pouvait échapper à cette loi; elle a déjà présenté et elle présente encore en ce moment un exemple de ce que j'avance.

L'Académie n'a pas oublié, sans doute, la fameuse discussion sur la contagion de la morve, qui a offert un exemple remarquable de ces deux phases inévitables de toute idée nouvelle; et ceux de nos collègues que je rencontre aujourd'hui parmi mes contradicteurs sont ceux-là mêmes qui ont le plus contribué à cette époque à faire admettre dans la science le fait si vivement contesté alors de la contagion de la morve. J'espère que les idées que je propose aujourd'hui auront le même sort, et que je retrouverai un jour aussi mes collègues de la section de médecine vétérinaire parmi les partisans du nouveau progrès que je m'efforce en ce moment d'introduire dans la science. Tout ce que j'ai entendu jusqu'ici de la part de mes contradicteurs n'a fait que me confirmer de plus en plus dans mes opinions à l'égard des deux idées que j'ai émises. Je me crois plus que jamais dans le vrai à cet égard; et si je mets tant d'insistance pour faire admettre ces idées, dans l'espoir qu'elles tourneront au profit de la science d'abord, et de la pratique plus tard, c'est beaucoup moins pour obéir à un sentiment de vanité, que dans le but d'accomplir un devoir.

Est-il vrai que la science ait été suffisamment convaincue jusqu'à présent que la morve et le farcin, à l'état aigu et à l'état chronique, ne sont qu'une seule et même maladie? Est-il vrai que cette identité d'origine et de nature de ces expressions morbides diverses ait été suffisamment établie, et qu'on en ait tiré toutes les conséquences logiques qui en découlent? Je réponds formellement non, et je n'hésite pas à ajouter que sans cette discussion, on aurait continué, tout en admettant la communauté d'origine des divers états morbides désignés sous les noms de morve aiguë, morve chronique, de farcin aigu et chronique, de morve farcineuse, etc., à méconnaître en pratique les conséquences de ce principe, et à considérer et traiter comme autant de maladies différentes toutes ces expressions diverses d'une même cause morbide.

Je désire, en ce moment, préciser la question que je viens de formuler, et montrer toutes les conséquences qui découlent du point de vue où je me suis placé.

Et d'abord, il m'importe de montrer que l'idée d'identité des maladies morveuses n'est pas aussi généralement admise qu'on a bien voulu le dire, et qu'il y a quelques efforts à faire encore pour l'éta-

blir définitivement dans la science. Ainsi, Darboval soutient que cette identité n'est pas encore tout à fait démontrée. Je lis dans un recueil de médecine vétérinaire publié à Lyon, un travail qui a précisément pour objet de combattre cette opinion, qui, comme on le voit, ne suscite pas seulement des doutes dans quelques esprits, mais qui rencontre encore dans quelques-uns de l'opposition.

J'ai dit dans ma précédente argumentation que le point de départ de l'identité des maladies morveuses avait été parfaitement fixé par M. Tardieu. Notre collègue, avec sa justesse d'esprit habituelle, a formulé très-nettement l'état de la science sur ce point. Eh bien, à l'époque, peu éloignée encore, où il a traité ce point important de pathologie, il a trouvé que cette question était tellement nouvelle qu'il s'est borné à en exposer les éléments, ajoutant qu'il ne voulait pas se donner la tâche de la démontrer. Pour lui, d'ailleurs, la contagion des diverses formes de la morve n'était qu'un caractère commun à chacune d'elles, et plutôt que d'y voir la preuve de leur identité de nature, il n'en persiste pas moins à les considérer et à les décrire comme autant d'espèces morbides distinctes. On ne considérait donc, à l'époque où M. Tardieu a exposé l'état de la science sur ce sujet, l'élément étiologique que comme un caractère commun, admettant d'ailleurs comme des espèces morbides différentes les expressions symptomatiques diverses de la même cause. Voilà où est la différence entre la manière de voir de M. Tardieu et la mienne; que là où avec une cause commune il admet des effets assez différents pour en faire des espèces distinctes et dont il recherche avec soin les caractères différentiels, je conclus au contraire de l'identité de la cause à l'identité des effets.

Ce n'est pas là, qu'on le remarque bien, une pure dispute de mots. La manière de voir de M. Tardieu a eu une grande influence, car elle a été adoptée par tous ceux qui ont écrit depuis sur cette question. C'est ainsi que dans un travail publié depuis par M. Leblanc, il y a une longue discussion sur les caractères différentiels, les diverses espèces de morve.

On voit que la distinction ne porte pas seulement ici sur les caractères propres à faire reconnaître symptomatiquement à ses signes propres chacune de ces espèces, mais qu'elle s'attache à rechercher des caractères différentiels qui les séparent comme autant d'espèces morbides essentiellement différentes. On doit comprendre maintenant la grande différence de nos manières de voir par celle de nos points de départ. Ainsi, au lieu de rechercher les différences, je pense au contraire, en me plaçant au point de vue de l'identité de cause, qu'il faut s'attacher à l'étude des ressemblances, et, quant aux différences réelles, qu'on doit rechercher les causes qui peuvent les produire. C'est là, on le voit, un point de vue qui répond à l'un des deux grands principes qui ont constamment divisé la science, et qui ont été si admirablement personnifiés de notre temps par les deux plus grands naturalistes modernes, Geoffroy Saint-Hilaire et Cuvier, l'un voué exclusivement à l'étude des rapports des êtres et de leurs analogies, l'autre, au contraire, attaché toute sa vie à l'étude des espèces et de leurs caractères différentiels. Pour moi, je professe que l'idée qui a pour objet la recherche des rapports et des analogies est celle qui répond le mieux au progrès scientifique; c'est celle que j'adopte et que je m'efforce d'appliquer en ce moment à la solution de la question qui nous occupe.

Je pense avoir justifié suffisamment par ce qui précède la prétention que j'ai d'avoir ajouté quelque chose à la notion scientifique de la morve. J'ajouterai que M. Renault m'a prêté à cet égard, pour me combattre, une proposition qui n'a été nullement dans ma pensée et que je n'ai certainement pas émise. Je n'ai pas dit, comme M. Renault me le fait dire dans son argumentation, qu'il ne fallût pas des dénominations différentes pour chacune des différentes formes de la maladie morveuse; j'ai dit, au contraire, qu'il fallait conserver ces dénominations comme exprimant des différences symptomatiques, comme on le fait communément pour exprimer les différents degrés ou les différentes phases d'une même maladie en tant que phénomènes d'observation, sans que ces expressions impliquent l'idée de différences essentielles et fondamentales entre ces phénomènes.

J'arrive au second point de mon argumentation, à la deuxième idée que j'ai cherché à introduire, celle de la causalité, de l'étiologie de la morve. Ici je me trouve en présence de MM. Renault et Bouillaud, qui ont émis des idées en complète opposition sur ce sujet. M. Renault a dit, en parlant de la cause unique, essentielle de la morve, que ce n'était pas là la cause à proprement parler, mais la diathèse, la maladie en germe ou en puissance, en un mot le premier effet même de la cause qu'il faut chercher en dehors du sujet malade, dans les agents extérieurs qui l'entourent. M. Bouillaud s'est élevé contre cette manière de voir, objectant à M. Renault qu'il prenait pour la cause de la morve des causes communes qui n'ont pas par elles-mêmes plus de puissance pour produire la morve que pour produire une foule d'autres maladies qu'on leur attribue tout aussi gratuitement. Je ne suis de l'avis ni de l'un ni de l'autre. Dans tout fait pathologique, il y a deux ordres de faits ou d'éléments étiologiques différents à considérer, les uns antérieurs à la manifestation de la maladie, les autres contemporains. M. Renault a insisté sur les causes antérieures, les causes communes, et il a eu parfaitement raison. M. Bouillaud a eu tort de n'en pas vouloir tenir compte; mais M. Renault a eu tort, à son tour, de n'avoir voulu tenir aucun compte non plus de la cause essentielle. Il faut considérer dans toute maladie les causes éloignées et les causes prochaines. Nous les retrouvons en effet dans la morve comme dans toutes les autres maladies. Il y a la morve spontanée et la morve communiquée. Dans la morve spontanée, il y a à rechercher les causes éloignées, les causes extérieures communes, qui préparent et fabriquent en quelque sorte le principe essentiel de la morve, lequel devient cause à son tour, mais cause prochaine, cause immédiate, susceptible, lorsqu'il est transmis par voie de contagion ou d'inoculation, d'être transmis de toutes pièces. On voit là un exemple frappant de l'application de ce principe d'étiologie. Toutes les manifestations morbides de l'organisme se prêtent à cette analyse des causes; et toujours cette analyse conduit à la notion d'une cause prochaine, qui est ce que Newton appelait la vraie cause, *veræ causæ*. C'est en ce sens que je considère la cause de la morve comme l'élément principal de la question.

Quand j'ai fait l'histoire du pied-bot, j'ai dégagé de l'analyse des éléments nombreux qui entrent dans la constitution de cette difformité, la rétraction musculaire qui en est la cause prochaine, essentielle, et je l'ai distinguée des causes éloignées plus ou moins variables qui ont pu déterminer cette rétraction, telles que les diverses maladies nerveuses, convulsives ou autres dont l'enfant a pu subir l'influence dans le sein maternel ou même pendant les premières périodes de la vie extra-utérine.

La morve ainsi considérée, on a, je le répète, à envisager la morve spontanée, dans laquelle des causes extérieures, communes, telles que celles énumérées par M. Renault, prédisposent l'économie, préparent et finissent par fabriquer la morve; et la morve communiquée dans laquelle la cause prochaine est transmise de toute pièce d'un organisme dans un autre.

La morve communiquée est, si l'on veut me passer cette expression, la morve spontanée moins les causes communes qui l'ont préparée. Cette différence dans le mode de développement de la maladie peut jusqu'à un certain point expliquer la différence d'intensité et de gravité qu'elle peut offrir. La variole nous présente sous ce rapport un exemple frappant de cette différence. On sait combien la variole inoculée est en général moins grave que la variole spontanée.

C'est sur ce fait qu'était fondée la pratique de l'inoculation préventive, la variole inoculée se présentant dans les conditions de manifestation les plus simples, et en l'absence de tout l'ensemble de causes inconnues qui ont préparé l'explosion de la maladie spontanée.

C'est de ce genre de rapprochement que j'ai déduit l'idée que la morve, comme la variole, pouvait dans certaines circonstances se présenter avec un caractère d'innocuité relative qui en rendrait la curabilité possible, et se trouver réduite à des accidents purement locaux, double circonstance qui n'a été contestée. Les efforts naturels spontanés expliqueraient comment dans ces cas où le principe morbide est réduit à sa plus simple expression et en quelque sorte dégagé du concours des causes extérieures, l'organisme peut ne manifester les effets morbides que dans leur forme et dans leurs éléments les plus simples.

En résumé, je suis fondé à croire qu'avant cette discussion il existait bien dans la science cette opinion que la morve et le farcin sont deux maladies de même nature et pouvant procéder des mêmes causes, mais que cette vérité était restée comme une lettre morte, et qu'on n'en continuait pas moins, tout comme si cette identité n'était pas démontrée, à étudier ces manifestations diverses d'une même maladie comme des espèces morbides différentes. La révolution que je propose consiste donc non-seulement à substituer à cette notion symptomatique de la morve celle de sa cause essentielle, mais encore à rechercher dans les causes secondaires ou accessoires, dans les circonstances accidentelles qui ont pu concourir à la manifestation de la maladie, la raison des différences symptomatiques que présentent les formes diverses de la maladie.

J'en viens maintenant à la partie clinique de la question.

Mes contradicteurs se sont grandement mépris sur mes intentions, s'ils ont cru que je voulais leur donner des leçons. J'ai dit seulement que dans une épizootie qu'il m'avait été donné d'observer, des cas de morve très-caractérisés avaient été entourés d'un grand nombre de cas présentant partiellement quelques-uns des symptômes de la maladie; et j'ai demandé à mes collègues s'ils ne pensaient pas qu'il y eût pour la morve, comme il y a pour un grand nombre d'autres maladies, une échelle de graduation depuis zéro jusqu'au maximum d'intensité. Je m'attendais à une réponse affirmative, et j'ai été très-étonné quand on m'a dit pour toute réponse : Vous ne connaissez pas la morve. J'ai dit, et ceci n'est pas une vue de l'esprit, mais un fait que tout le monde a pu constater, j'ai dit que dans toute épidémie on voyait se produire à côté des cas types les plus accusés, des phénomènes isolés et de peu d'intensité, qui sont comme l'expression réduite de la maladie; et j'ai pensé, par analogie, qu'il devait en être ainsi pour la morve.

On me répond qu'il n'en est pas ainsi. Eh bien, je ne me tiens pas pour convaincu par cette réponse négative, et j'espère montrer par des textes que telle n'a pas toujours été l'opinion des vétérinaires. (Ici M. Guérin cite un grand nombre de textes empruntés à des auteurs de médecine vétérinaire anciens et à quelques auteurs contemporains, desquels il résulte que la gourme des chevaux aurait été considérée comme une sorte de diminutif de la morve.)

Il résulte, en définitive, de tout ce qui précède, dit ensuite M. Guérin, qu'il peut exister un certain nombre de cas de morve ébauchée, et que cela est conforme à l'observation non-seulement des auteurs anciens, mais encore de quelques-uns des auteurs contemporains et même de nos collègues.

M. Guérin, après avoir repoussé ensuite le reproche d'avoir prétendu guérir la morve, tandis qu'il a dit seulement qu'il avait vu des cas de morve guérir spontanément, termine en ces termes :

Voici comment il se fait que mes collègues et moi nous voyons les choses différemment. Il existe dans les écoles des préjugés, il y a une sorte de tradition qui perpétue dans les esprits certaines manières de voir et certaines erreurs qui s'imposent aux meilleurs esprits. C'est ainsi, et sous l'influence de ces idées traditionnelles, que nos collègues ont appris la morve; ils la savent par cœur. Mais ce n'est plus la morve de la nature qu'ils ont sous les yeux, c'est une morve de convention, telle qu'elle est dans leur esprit. C'est ainsi qu'ils ont été conduits à dire que toute maladie qui guérit n'est pas la morve, comme ils disaient autrefois, quand ils croyaient que la morve n'était pas contagieuse, que toute maladie contagieuse n'est pas la morve.

Un troisième préjugé, aujourd'hui, consiste à n'admettre comme morve que celle pour laquelle on abat. Tout cela est dans l'esprit humain. C'est contre ces préjugés que j'ai voulu m'élever.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Escoffier, président de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Loire, l'un des médecins les plus justement estimés de Saint-Étienne, est mort dans cette ville le 4 de ce mois.

— M. Romain, interne des hôpitaux de Montpellier et lauréat de la Faculté de cette ville, vient d'être emporté par une brusque maladie, au moment de recueillir le fruit de travaux qui lui présageaient le plus brillant avenir. Cette mort a produit parmi ses maîtres et ses condisciples la plus pénible impression, car il était aimé de tous.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebora, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

La vie dans l'homme; ses manifestations diverses, leurs rapports, leurs conditions organiques; par J. Tissot, professeur de philosophie, doyen de la Faculté des lettres de Dijon. Un volume in-8° de x-614 pages. Prix : 7 fr. 50 c. Paris, 1861, chez Victor Masson et fils, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La chromidrose devant les médecins des hôpitaux de Paris.

Nous avons assez souvent entretenu nos lecteurs des faits de chromidrose pour que nous ne devions leur laisser ignorer aucun des faits importants qui se rattachent à ce phénomène pathologique obscur, et contesté non-seulement dans son interprétation, mais même dans sa réalité.

Voici ce qui s'est passé récemment à ce sujet à la Société médicale des hôpitaux :

Sur une proposition faite par M. le docteur Leroy de Méricourt (de Brest), à qui l'on doit les plus nombreuses et les plus intéressantes communications sur ce sujet, la Société médicale des hôpitaux a désigné une commission chargée de suivre et d'étudier les diverses phases du phénomène sur une jeune femme de Brest atteinte de cette anomalie, et qui consentait à venir à Paris pour se soumettre à son examen. Cette commission, composée de MM. Guérard, Legroux, H. Roger, Gubler et Béhier, à laquelle avaient été adjoints M. Dechambre, membre associé, et M. Ch. Robin, a fait, par l'organe de M. Béhier, un rapport qui se termine par une déclaration négative en ce qui concerne ce cas particulier.

Voici en deux mots les faits dont la commission a eu à connaître.

Mme X..., âgée de vingt-trois ans, présentant tous les caractères du tempérament nerveux, vit, dit-elle, à l'âge de vingt ans, étant enceinte de son second enfant et au début de sa grossesse, se développer pour la première fois sur les paupières une coloration noire, qui se répandit de là sur les joues jusque vers la commissure des lèvres. Cette couleur étrange dura pendant toute la grossesse avec des degrés d'intensité différents, et se continua quelques jours après son accouchement.

A vingt et un ans, troisième grossesse, dans laquelle la coloration noire s'est étendue sur les paupières inférieures et sur les joues, et a duré douze jours après l'accouchement.

Deux mois plus tard, Mme X..., prise de douleurs névralgiques, aurait vu renaître la coloration noire des paupières. Une quatrième grossesse fut accompagnée des mêmes phénomènes.

Après six mois d'intervalle environ, la coloration des paupières était revenue. Rien ne serait d'ailleurs plus inégal, au dire de Mme X..., que l'intervalle qui sépare ces retours et que les circonstances qui tendraient à les déterminer. Tels étaient en quelques mots les antécédents accusés par Mme X....

Au moment du premier examen de la commission, le 29 juin, les deux paupières inférieures étaient le siége d'une coloration noire très-intense, d'apparence légèrement granuleuse sur quelques points, et dont la surface, terne, non luisante, ne donnait pas l'idée d'une couche liquide ou huileuse. Dans les rides des paupières, la coloration était plus pâle ; elle était plus foncée, au contraire, en se rapprochant des cils inférieurs, ainsi que dans le sillon qui sépare inférieurement la paupière de la joue. Il y avait là, dit le rapport de la commission, une régularité de disposition tout à fait singulière et s'accordant mal avec l'idée d'une sécrétion. Sur l'angle externe de la paupière inférieure, comme sur les cils de la paupière supérieure et vers l'angle interne, on rencontrait de petits grumeaux de matière colorante un peu plus volumineux, et qui paraissaient résulter d'une réunion de grains plus petits, groupés et agglutinés les uns avec les autres, spontanément ou par le fait des mouvements d'occlusion des paupières, mouvements très-fréquemment répétés et très-énergiques.

En examinant ces surfaces à la loupe, on constatait qu'elles étaient recouvertes d'une couche noire dont les grains n'étaient pas enchâssés dans l'épaisseur de la peau, comme s'ils sortaient d'orifices glanduleux, mais bien placés et comme déposés à sa surface, à laquelle ils paraissaient adhérer assez fortement, plus nombreux, mais plus petits sur les stries saillantes de la peau que dans les sillons épidermiques. La surface ainsi colorée était terne, non luisante, et on pouvait remarquer aussi que le duvet qui recouvre la peau n'était nullement coloré par la matière noire, laquelle n'était pas accumulée à la base des poils qui constituent ce duvet. Elle était au contraire très-abondante à la base des cils des deux paupières.

En frottant légèrement la surface avec un linge fin, une partie de la substance noire est restée adhérente au linge, sans que la nuance de la paupière fût grandement modifiée. Les commissaires ont ensuite cherché à enlever la totalité de la matière noire de l'une des paupières, tant pour examiner cette matière que pour constater, *de visu*, si en réalité la coloration noire se reproduisait spontanément.

La surface nettoyée, examinée à la loupe, présentait encore en grand nombre, surtout aux cils, des grains noirs très-fins, dont plusieurs garnissaient aussi les petits plis épidermiques de la paupière.

La matière noire portée sous le microscope a présenté une apparence amorphe, granuleuse, fragmentée, opaque, et une teinte noire sans aucuns reflets bleus appréciables. On n'y a pu saisir aucune trace d'organisation, et on y a trouvé mêlés tous les éléments que présente habituellement la poussière de l'atmosphère. M. Gubler ayant soumis cette substance à un examen plus complet, en a tiré cette conclusion, que la couleur noire en question différait considérablement des matières bleues végétales ou animales, et même de la plupart des pigments noirs de l'économie humaine, tandis qu'elle était constituée par du carbone à peu près pur, et qu'elle offrait des caractères microscopiques identiques avec ceux du noir de fumée.

Quant à la reproduction spontanée de la coloration, voici en résumé ce qu'a constaté la commission. Le premier jour, après l'enlèvement de la coloration très-intense des deux paupières inférieures, l'une d'elles, nettoyée, avait dans un certain moment paru plus noire. Lors de la seconde réunion, on avait un instant cru à une augmentation de nuance qui ne s'était point confirmée ; et pendant la dernière séance il n'y avait pas eu la moindre reproduction de la teinte noire.

Rapprochant cette circonstance de la diminution graduelle du phénomène à mesure que l'examen se prolongeait, des résultats de l'examen chimique et microscopique de la matière noire enlevée des paupières, de la parfaite analogie de cette matière avec des cosmétiques connus, et du résultat des expériences que quelques commissaires ont faites sur eux-mêmes avec ces cosmétiques, la commission a déclaré, par l'organe de son rapporteur, que le résultat de son enquête était négatif en ce qui concernait Mme X..., ajoutant que si tous les exemples de chromidrose répondaient à celui-là, on pouvait dire que la réalité de l'existence de cette maladie n'était pas encore établie.

Nous ne pouvons que souscrire à ces conclusions, trop bien motivées dans le corps du rapport, dont nous n'avons extrait seulement que quelques-uns des détails principaux, pour qu'il soit possible de les récuser, d'autant que, ne s'appliquant qu'à un fait en particulier, elles réservent ceux qui pourraient se produire ultérieurement.

Allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col utérin, avec complication de tumeur fibreuse.

Nous signalons à l'attention des lecteurs de cette *Revue* l'observation suivante, dont nous devons la communication à M. Launay, interne de la Maison municipale de santé, comme un exemple remarquable de cette lésion encore à peu près inconnue il y a quelques années, et sur laquelle M. Hugnier a jeté un jour tout nouveau ; nous voulons parler de l'allongement hypertrophique du col de l'utérus.

Il n'est pas, à beaucoup près, indifférent de confondre, comme on l'a fait si longtemps, l'allongement hypertrophique avec la chute de l'utérus, le traitement applicable à celle-ci étant loin de donner dans l'autre cas des résultats satisfaisants. Si dans le prolapsus utérin l'emploi du pessaire est d'une utilité incontestable, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'une hypertrophie du col. Ici cette pratique ne tarderait pas à donner lieu aux accidents graves que M. Huguier a signalés dans son mémoire. C'est ce qui a eu lieu dans le fait que nous allons rapporter, et qui présente des particularités intéressantes sous plusieurs autres points de vue.

Mme X..., âgée de cinquante ans, fait remonter à l'époque de son premier accouchement ce qu'elle appelle sa descente de matrice.

En montant un escalier, dit-elle, elle fit un faux pas et éprouva la sensation d'un déplacement ou de la chute d'un corps dans les parties ; en arrivant chez elle, elle constata avec

---

BIBLIOGRAPHIE.

Éléments de botanique médicale; contenant la description des végétaux utiles à la médecine et des espèces nuisibles à l'homme, vénéneuses ou parasites; précédée de considérations sur l'organisation et la classification des végétaux ; par M. A. MOQUIN-TANDON, membre de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris (1).

Après avoir doté la science d'un livre sur la *zoologie médicale*, dont le succès se justifie par un mérite de premier ordre, M. Moquin-Tandon n'a pas voulu laisser son œuvre incomplète, et il vient de publier un volume de *botanique médicale*. Ce nouvel ouvrage s'inspire de la même idée pratique. Il a, comme le précédent, l'avantage de fournir aux médecins les caractères et les propriétés des substances qu'ils emploient journellement. Dans le premier, ce sont les caractères des produits empruntés au règne animal, et dans celui-ci on trouvera la description des plantes médicinales et leurs propriétés curatives.

Après une introduction sur l'organisation des végétaux, sur leur classification et sur leurs propriétés médicinales, M. Moquin-Tandon commence ses études botaniques.

La botanique médicale proprement dite est divisée en quatre livres.

(1) Un vol. in-8° avec 128 figures intercalées dans le texte. Chez J. B. Baillière et fils.

Le *premier* est consacré aux végétaux, à leurs organes, et à ceux de leurs produits qui sont employés en médecine.

Le *second* contient l'étude des végétaux vénéneux ou *toxicophytes*.

Le *troisième* est consacré à la description des végétaux parasites extérieurs ou *épiphytes*.

Dans le *quatrième*, enfin, se trouve l'histoire des végétaux parasites intérieurs ou *eutophytes*.

Ces deux derniers constituent une innovation heureuse dans la manière habituelle de faire, et pour la première fois on verra une botanique *médicale* renfermer l'étude des végétations microscopiques dont la présence constitue la teigne, le muguet, la mentagre, etc.

Le livre premier contient uniquement la description des végétaux employés en médecine, et cela d'après un ordre tout nouveau, qui ne sera pas accepté sans quelque contradiction.

On y trouve, dans autant de chapitres particuliers : 1° Les végétaux employés en entier, tels la mousse de Corse, l'ergot de seigle, le lichen d'Islande, la mercuriale, etc. ; 2° les racines en usage : l'ipécacuanha, la rhubarbe, la valériane, l'aconit, le ratanhia, le grenadier, la guimauve, etc. ; 3° les tubercules ; 4° les bulbes ; 5° les rhizomes, tels que la réglisse, les fougères, l'asperge, etc. ; 6° les tiges ; 7° les sommités d'absinthe, de menthe, de chanvre, de sabine, etc. ; 8° les écorces : quinquina, garou, cannelle, augustine, etc. ; 9° les bois ; 10° les bourgeons ; 11° les feuilles, telles que le thé, le tabac, la belladone, la jusquiame, la pomme épineuse, la digitale, la mauve, la mélisse, l'oranger, le cochléaria, la ciguë, le laurier-cerise, etc. ; 12° les boutons : girofle, câpres ; 13° les fleurs ou parties de fleurs ; 14° les fruits ; 15° les graines enfin, où se trouvent le café, le chocolat, la moutarde, la courge, les amandes, la noix vomique, le colchique, le paullinia, etc.

Qu'il s'agisse de plantes employées en entier ou seulement d'une de leurs parties : bulbe, tige, écorce, fleurs, graines, etc., dans chaque chapitre se trouve d'abord la famille, la description de la plante et presque toujours une belle figure explicative ; des détails sur la partie employée : racine, écorce ou autre ; sur les principes actifs de la plante, enfin sur les propriétés ou usages nécessaires à la pratique médicale.

Ainsi, prenant au hasard dans les écorces ce qui est relatif au garou, on lit :

1° PLANTE. — *L'écorce de garou* est fournie par le *daphné garou*, sous-arbrisseau de la famille des rhymélées, qui croît dans les lieux arides et montueux de nos provinces méridionales.

Description. — (Une figure montre ici la plante). Tige haute de 6 à 10 décimètres, divisée dès la base en plusieurs branches plus ou moins droites. Feuilles nombreuses, très-rapprochées, presque imbriquées au sommet des rameaux, sessiles, lancéolées-linéaires, aiguës, très-glabres. Inflorescence en panicules terminales médiocres, peu étalées. Fleurs petites, pédonculées, blanchâtres ou rougeâtres, odorantes, hermaphrodites. Calice en entonnoir, à limbe quadrifide, couvert d'un duvet presque cotonneux, marcescent, puis caduc. Étamines 8, incluses. Style terminal, court, filiforme ; stigmate capité. Fruit (*baie*) globuleux, à mésocarpe charnu-pulpeux, un peu sec, noirâtre, monosperme, indéhiscent ; endocarpe crustacé, fragile.

2° ÉCORCE. — *L'écorce de garou* est brune et légèrement grisâtre. Elle se ride un peu par la dessiccation. Celle des pharmacies est en lanières minces, tenaces, couvertes d'un duvet soyeux, grisâtres et tachetées extérieurement, jaunes intérieurement.

Dans le commerce, ces lanières sont réunies en petits paquets.

Cette écorce contient de la *daphnine*, de la cire, une résine âcre, une matière colorante jaune, du sucre extractif, de la gomme. (Baer et Gosselin).

le doigt l'existence d'une tumeur faisant fortement saillie dans le vagin et qui arrivait presque jusqu'à la vulve. Elle consulta une sage-femme, qui lui appliqua à plusieurs reprises des pessaires qui ne purent pas être maintenus en place. Du reste, elle souffrait peu; elle n'éprouvait qu'une simple gêne, une pesanteur incommode qui augmentait quand elle faisait une marche un peu longue ou qu'elle restait longtemps debout.

Deux mois après l'apparition de cette tumeur elle devint enceinte pour la seconde fois et fit une fausse couche à six semaines. Il lui est resté depuis cette époque un mal de reins presque continuel, un poids sur le bassin qui rend la marche difficile. Elle fut obligée dès ce moment de se garnir d'une serviette pour soutenir sa tumeur, qui, lorsqu'elle restait debout quelque temps, apparaissait à la vulve. Elle eut deux ans et trois ans après une troisième et une quatrième grossesses, qui n'aggravèrent point son état.

Il y a deux ans, sans cause aucune, survinrent des pertes qui prirent bientôt un caractère sérieux. Ce fut d'abord une simple exagération des menstrues, puis l'écoulement sanguin apparut à des époques irrégulières et de plus en plus rapprochées; en même temps les douleurs s'exaspérèrent dans les lombes et dans les cuisses; la marche devint de plus en plus difficile.

Dans le mois de février dernier, un médecin essaya de faire rentrer sa prétendue descente à l'aide d'un gros pessaire ovalaire percé d'un trou au centre. Il parvint, en refoulant de bas en haut la tumeur, à faire remonter dans le vagin la portion qui proéminait au dehors.

A partir de ce jour les pertes diminuèrent et bientôt elles s'arrêtèrent tout à fait. Mais dès le surlendemain de l'application du pessaire, qui déjà pendant la première journée avait beaucoup gêné la malade, apparurent des douleurs vives dans les deux côtés de l'hypogastre.

Les jours suivants ces souffrances augmentèrent d'intensité, au point de devenir intolérables.

En même temps les digestions se faisaient mal; une dyspepsie flatulente tourmentait continuellement la malade, dont la constitution s'épuisait visiblement. Elle garda le pessaire pendant sept semaines, et enfin, voyant que ses douleurs au lieu de diminuer allaient en s'aggravant de jour en jour, elle finit par retirer cet instrument, et se décida alors à entrer à la Maison de santé, où l'on constata l'état suivant :

La malade est très-affaiblie; les souffrances et les pertes de sang qu'elle a subies pendant longtemps l'ont débilitée à un point extrême. Chaque matin, à dix heures, elle est prise de douleurs abdominales extrêmement vives, qui ne cessent que vers cinq heures de l'après-midi. Pendant tout ce temps elle fait entendre des plaintes et des cris continuels. La nuit est tranquille; elle dort assez bien. L'appétit est presque nul, les digestions très-capricieuses. La marche est impossible, tant à cause de ses souffrances, qui s'exagèrent quand elle se tient debout, que par suite de la gêne que lui fait éprouver alors la tumeur.

Située dans la cavité vaginale qu'elle remplit, cette tumeur est allongée, de forme conoïde à base supérieure. Si avec le doigt on fait le tour de cette base, on sent qu'elle se continue sans ligne de démarcation avec les parois vaginales, qui semblent se replier sur elle, en formant un cul-de-sac circulaire. L'extrémité inférieure ou sommet de ce cône est bifide. Une fente transversale, irrégulière, comme dentelée, la divise en deux lèvres; l'une antérieure, plus petite; l'autre postérieure, plus grosse, et qui de plus descend plus bas. Ces deux lèvres sont globuleuses, d'un rouge vif, non ulcérées. Quand la malade est dans la station verticale, cette portion bifide de la tumeur fait hors de la vulve une saillie de 2 centimètres. L'ouverture transversale qu'on y remarque n'est autre chose que l'orifice du col. En y introduisant le doigt, on peut, grâce à la facilité avec laquelle le col se laisse dilater, pénétrer jusqu'à l'orifice cervico-utérin, qui est placé très-haut, et qu'on peut franchir sans trop de peine; on sent alors facilement une tumeur arrondie en avant, paraissant du volume d'une petite orange, et faisant corps avec la paroi postérieure de l'utérus. Cette tumeur est dure, de consistance fibreuse.

Le cathétérisme utérin indique une profondeur de 13 centimètres, à partir de l'orifice inférieur du col. La portion de cet organe qui fait saillie dans le vagin a 7 centimètres pour la paroi antérieure, et 9 centimètres pour la paroi postérieure.

M. Demarquay diagnostique un allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col avec complication d'une tumeur fibreuse située dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus. Aucune opération ne pouvant être tentée pour remédier à cette infirmité, à raison de l'extrême débilité de la malade, qui demande cependant avec instance qu'on la débarrasse de ses douleurs, M. Demarquay pratique immédiatement, sur le sommet du col, une cautérisation au fer rouge, de manière à produire une eschare d'un centimètre et demi environ d'étendue dans tous les sens.

Les jours suivants, on applique chaque jour dans le cul-de-sac postérieur du vagin un tampon de coton fortement imbibé de laudanum. A dater de ce moment, les douleurs vont s'affaiblissant.

Mais le 27 mai, elle est prise tout à coup d'accidents abdominaux graves, précédés d'un frisson violent et accompagnés de vomissements bilieux, avec fièvre vive. On fait une application de quinze sangsues sur l'hypogastre; frictions mercurielles le soir, répétées le lendemain matin.

Le 29, la fièvre a diminué, la malade va mieux; mais on constate une stomatite mercurielle très-intense.

Les jours suivants, malgré l'usage du chlorate de potasse, la stomatite s'aggrave; des ulcérations grisâtres, à bords irréguliers et violacés, apparaissent sur la langue et à la face interne des joues.

Le 8 juin, la malade est prise d'une inflammation des ganglions parotidiens, avec tuméfaction diffuse autour de la parotide et œdème du visage. L'état général s'aggrave, la fièvre augmente.

Le 18, elle est ramenée chez elle, où elle succombe quelques jours après.

— On voit par ce fait à quels accidents graves peut exposer l'emploi intempestif d'un pessaire dans une hypertrophie du col, et combien il importe que les médecins se mettent désormais en garde contre une méprise aussi fâcheuse, en établissant un diagnostic différentiel précis, qui ne permette plus de confondre deux lésions aussi différentes au point de vue du traitement.

Ce n'est pas sous ce point de vue seulement que le fait qui nous occupe mérite d'attirer l'attention de nos lecteurs; il offre en outre cela de curieux que l'hypertrophie du col était compliquée d'une tumeur fibreuse développée dans la paroi postérieure de l'utérus, ce qui donnait à la maladie un caractère de gravité beaucoup plus grand que s'il se fût agi d'un simple allongement.

Enfin, on a vu survenir, sous l'influence de deux frictions avec l'onguent mercuriel, une stomatite grave que les moyens habituellement usités n'ont pu modérer, et qui montre une fois de plus avec quelle facilité les constitutions épuisées par de longues souffrances subissent l'influence des agents toxiques, et quelle réserve il faut apporter en pareil cas dans l'emploi de ces agents.

Traitement du rhumatisme noueux par les bains arsenicaux.

On sait combien cette espèce de rhumatisme chronique, à laquelle on a donné les noms de rhumatisme noueux, de rhumatisme goutteux ou de rhumatisme des petites articulations, est rebelle en général aux ressources les plus actives de la thérapeutique. Sauf peut-être la médication iodique à hautes doses dont nous avons fait connaître il y a plusieurs années quelques bons résultats, nous ne connaissons guère en effet de traitement qui jouisse de quelque efficacité contre cette douloureuse affection. M. le docteur Guéneau de Mussy s'est livré depuis deux ans à l'étude d'une médication dont les résultats lui ont paru assez satisfaisants pour le déterminer à les faire connaître à ses confrères; elle consiste dans l'usage des bains arsenicaux. M. Guéneau de Mussy y a été conduit par cette considération, que la plupart des eaux salines vantées dans le traitement du rhumatisme renferment de l'arsenic.

Avant de faire connaître la formule qu'il a adoptée pour cette médication, disons d'abord quelles sont les distinctions et les catégories qu'il admet dans cette espèce de rhumatisme, distinctions sur lesquelles sont fondées des indications secondaires et des modifications dans le mode de traitement.

M. Guéneau de Mussy range les malades atteints de rhumatisme noueux en deux catégories :

1° Chez les uns, le travail morbide est franchement chronique, non-seulement par sa durée, mais encore par sa marche, par son expression symptomatique.

2° Chez d'autres, la maladie est plus récente, les phénomènes réactionnels sont moins effacés, l'excitabilité nerveuse est très-développée, ou bien la maladie, quoique très-ancienne, appartient à cette espèce d'affections chroniques qui semblent constituées par une longue série de crises plus ou moins aiguës, chroniques par la persistance opiniâtre du travail morbide, aiguës ou subaiguës, par la forme qu'elles revêtent.

Dans le premier cas, quand la chronicité est nettement établie, notre confrère emploie le mélange suivant, pour un bain entier :

Sous-carbonate de soude. . . .	100 grammes.
Arséniate de soude.	1 —

Il porte rapidement à 2 grammes la dose de l'arséniate; rarement il a été au delà.

Dans le second cas, s'il craint des effets d'excitation qui se sont quelquefois produits, il emploie l'arséniate de soude seul à la dose de 1 à 3 grammes, dans un bain simple ou dans un bain gélatineux.

Voici les effets immédiats qu'ont présentés les malades soumis à ce mode de traitement: Plusieurs ont accusé, pendant la durée des premiers bains, des douleurs dans les articulations malades. Presque tous ont éprouvé, pendant l'immersion dans l'eau minéralisée, et surtout en en sortant, une sensation de détente, de souplesse, d'aptitude locomotrice qu'ils n'avaient pas auparavant. Chez un très-petit nombre, les premiers bains ont été suivis de selles diarrhéiques, ou même de nausées. Chez un seul malade la diarrhée, très-modérée d'ailleurs, a succédé à chaque bain pendant presque toute la durée du traitement, et n'a pas empêché la guérison. Quelques-uns ont manifesté passagèrement des phénomènes d'excitation, de l'agitation, de l'insomnie. Chez quelques-uns enfin, on a observé des éruptions érythémateuses, une sorte de poussée qui a paru à M. Guéneau de Mussy pouvoir être imputée au traitement thermal. Quand les bains mélangés de sous-carbonate de soude ont été administrés à des malades chez lesquels la maladie était récente encore, disposés à la réaction et doués d'une grande excitabilité nerveuse, il a vu ces accidents d'excitation se montrer plus accentués, et l'affection articulaire prendre pendant quelques jours une marche plus aiguë. Ces accidents ont été évités en employant exclusivement l'arséniate de soude.

M. Guéneau de Mussy a recherché dans les urines si on n'y trouverait pas quelques traces du principe minéralisateur qui doit être absorbé; les expériences faites par M. Gobley et par M. Avisard, élève des hôpitaux, n'ont donné que des résultats négatifs.

Au début du traitement, M. Guéneau de Mussy prescrit un bain tous les deux jours; puis, quand ils sont bien supportés, il en fait prendre plusieurs de suite, laissant de temps en temps un jour de repos.

La *daphnine* (Vauquelin) est en cristaux incolores; elle est peu soluble dans l'eau froide, mais très-soluble dans l'eau bouillante, l'alcool et l'éther.

3° PROPRIÉTÉS ET USAGES. — Odeur faible; saveur âcre, corrosive, très-persistante. Lorsqu'on la mâche, elle excite une violente irritation dans la bouche et dans l'œsophage. La *daphnine* offre une saveur astringente.

Le *garou* est stimulant et diaphorétique. On l'a conseillé dans les scrofules, la syphilis constitutionnelle, le rhumatisme chronique, les dartres et les maladies du système osseux.

On l'administre en poudre, en tisane, en extrait, en sirop, en pommade. On en retire une huile verte (Lartigues). Il entre dans la préparation des *pois suppuratifs de Wilsin*. Il sert à la composition du papier et du taffetas vésicant (Béral).

SUCCÉDANÉS. — La plupart des *daphnés* peuvent être regardés comme des succédanés du *garou*, principalement le *bois gentil*, la *lauréole odorante*, et la *lauréole commune*. Les gens de la campagne emploient cette dernière comme épispastique.

Ce qu'a fait M. le professeur Moquin-Tandon pour une écorce en particulier, il le fait pour toutes en général, et pour chacune des parties de plante qui constituent les classes que je viens d'énumérer. Partout il commence par indiquer la famille de la plante qu'on emploie en totalité ou en partie; puis viennent la description du végétal, ses usages et son mode d'emploi.

Dans la seconde partie, la manière de procéder est à peu de chose près la même. Ici il ne s'agit plus que des *produits végétaux employés en médecine*. 1° Le *ligneux* (coton, amadou, le moxa); 2° les *fécules* (amidon, fécule, manioc, sagou, arrow-root); 3° les *mannes*; 4° les *sucres*; 5° les *gommes*; 6° les *gommes résines*; 7° les *résines*; 8° les *térébenthines*; 9° les *baumes*; 10° les *essences*; 11° les *huiles*; 12° le *beurre végétal*; 13° la *cire*; 14° le *caoutchouc*; 15° les *cachous*; 16° la *réglisse*; 17° l'*opium*; 18° le *lactucarium*; 19° l'*aloès*; 20° les *vins*; 21° l'*alcool*; 22° les *vinaigres*. Chacun de ces produits est rapporté au végétal d'où il sort, et à la description botanique succède l'indication du mode d'extraction, des propriétés médicinales ou des usages ordinaires.

La partie suivante renferme l'histoire des produits végétaux nuisibles à l'homme, et dont la médecine ne tire aucun parti. Là se trouve tout ce qui est relatif aux *champignons*, à l'*œnanthe safranée*, au *sumac vénéneux*, au *mancenillier*, et comme produits végétaux, à l'*upas antiar*, à l'*upas tienté*, au *curare*.

La description des champignons vénéneux est des plus intéressantes sous le rapport de l'incertitude du choix de ces champignons, proclamée par M. Moquin-Tandon. « Les caractères généraux qui distinguent les *champignons* vénéneux des *champignons* comestibles sont malheureusement peu certains. » Suit la description des principales espèces vénéneuses, avec des figures représentant leur configuration extérieure, puis celle des poisons végétaux exotiques, tels que l'*upas*, le *curare*, substances si utiles aux physiologistes, et dont on parle beaucoup sans savoir exactement quelle est leur provenance.

La dernière partie du livre est consacrée aux parasites végétaux qui se développent à la surface ou dans les profondeurs du corps de l'homme. L'*oïdium*, l'*achorion*, les *microspores*, le *tricophyton*, les *leptomites*, les *leptotrix*, les *mérismopédies*, du muguet, du favus, de l'herpès tonsurant, de la sarcine, etc., etc., sont décrits avec un soin tout particulier et à l'aide de planches bien réussies qui font comprendre ce qu'on ne peut voir sur nature qu'avec le secours du microscope.

C'est là un livre conçu dans un ordre d'idées tout nouveau et rédigé avec un rare talent d'exposition. Dédaignant la forme graphique de la botanique médicale ordinaire qui analyse les familles végétales et prend parmi elles pour l'étude celles qui renferment des végétaux employés, ou qui fournissent des produits à la pratique médicale, il suit une marche différente. Par suite d'une pensée très-originale, et en intervertissant l'ordre habituel des recherches, M. Mocquin-Tandon suppose la botanique connue, ainsi que la détermination de la plante. Se plaçant au point de vue de notre art, pour lequel la botanique n'est qu'une science accessoire, il prend pour point de départ le végétal, une de ses parties ou son produit, en un mot ce qui est employé. De la racine, de l'écorce, de la fleur, de la tige, des feuilles, ou d'un extrait, il remonte à l'origine, la *famille végétale*, aux caractères, ce qui oblige à la *description* botanique, et enfin aux usages et propriétés en médecine.

M. Moquin-Tandon a réussi dans ce livre comme dans son brillant enseignement. On y trouve les mêmes qualités d'ordre, de méthode, de concision et de clarté, jointes à ces grandes idées générales qui font le naturaliste éminent et le véritable médecin. E. B.

Blessure produite par une pastenaque, par M. AUBERT, médecin-major. In-8° de 8 pages avec figures. Prix, 60 c. Chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

Essai sur l'hygiène du laboureur, par M. le docteur NAUDET. (Thèse inaugurale.) Paris, 1861. Rignoux, imprimeur.

Traité clinique et pratique des maladies des enfants, par MM. E. BARTHEZ et F. RILLIET. Deuxième édition (2e tirage). Trois forts volumes in-8°. Paris, 1861. Germer-Baillière, libraire-éditeur.

La durée du traitement a été subordonnée aux effets produits. Un de ses malades a pris une soixantaine de bains. Il est vrai qu'il l'a maintenu sous l'action du modificateur, longtemps après qu'il avait obtenu le degré de guérison qu'il pouvait espérer.

En même temps qu'il donnait ces bains, il faisait prendre aux malades de la décoction de gayac et une mixture qu'il emploie avec succès depuis une quinzaine d'années dans le rhumatisme subaigu, renfermant de 60 centigrammes à 1 gramme d'extrait de quinquina, et de 30 centigrammes à 1 gramme d'iodure de potassium.

L'iodure de potassium, que M. Guéneau de Mussy a tenté isolément dans le rhumatisme noueux sans aucun succès, n'est employé ici que comme auxiliaire, et peut remplir l'indication tirée de l'état cachectique et de l'alanguissement général des fonctions nutritives, qui accompagne un grand nombre d'affections chroniques, et qui souvent même les précédant, paraît être une des conditions principales de la chronicité.

Voici la relation abrégée de l'un des faits recueillis dans le service de ce médecin :

Une femme de quarante-sept ans entre à l'hôpital de la Pitié le 27 mars 1861. Depuis trois ans les articulations sont devenues le siége de douleurs augmentant par intervalles, principalement pendant l'été, mais ne cessant jamais complétement; en même temps les extrémités sont déformées; elles sont devenues noueuses, roides; les phalanges, déviées de leur direction naturelle, sont immobilisées dans un état de demi-flexion qui résiste aux efforts que l'on fait pour les étendre. Les mouvements et la pression provoquent de vives souffrances. Depuis longtemps la malade est dans l'impossibilité de marcher. La nutrition est profondément altérée, et la constitution présente l'empreinte d'un état cachectique très-accentué. — Bains avec le carbonate de soude, 100 gr., et arséniate de soude, 1 gr. 50.

Dès le cinquième bain les douleurs spontanées ont cessé, mais on peut en faire naître par la pression. La malade commence à se lever et à faire quelques pas.

Au bout d'un mois la sensibilité morbide est complétement éteinte; les phalanges, quoique encore noueuses, ont recouvré toute leur souplesse; la malade marche bien, la santé générale est devenue très-satisfaisante, et le 15 mai, six semaines après son entrée, cette femme quittait l'hôpital ayant pris une trentaine de bains.

DE L'ÉLECTRICITÉ CONTINUE,

Par M. le Dr F. Maréchal.

Si l'on se met à analyser la tendance actuelle de l'esprit scientifique en France, on ne tarde pas à remarquer que depuis quelque temps des études sérieuses et persévérantes ont été faites sur l'air, les eaux, la vapeur et l'électricité. Les observateurs ont tour à tour cherché le parti que l'hygiène et la thérapeutique pouvaient retirer de l'emploi de ces divers agents. Les limites du domaine de la science se trouvent ainsi reculées, et l'humanité ne peut qu'applaudir à des tentatives qui promettent d'être aussi fécondes en résultats.

Cette nouvelle tendance ne se présente plus aujourd'hui avec ce caractère de violence et d'exclusivisme qu'affichaient naguère encore la plupart des innovations. Les médecins, et même les hommes du monde, ont tourné d'eux-mêmes leurs regards vers cette étude des moyens naturels; le mouvement s'est généralisé spontanément, et les malades se sont soumis avec confiance aux applications de la science.

De tout temps, l'air, les eaux ou l'électricité ont agi sur nous et malgré nous. Or, les travaux qui s'élaborent actuellement n'ont d'autre but que d'utiliser, de régulariser et de répartir d'une manière infiniment plus rationnelle une certaine somme d'influences de l'ordre physique qui nous enveloppent de toutes parts et qui nous dominent.

La *Gazette des Hôpitaux* a récemment publié une longue et savante appréciation de M. le docteur Charles Robin sur l'électricité *de tension* et sur l'électricité *continue*. Les idées les plus justes et les notions les plus nouvelles ont été exposées, groupées et résumées avec un grand soin par cet auteur recommandable. Nous n'y aurions rien à ajouter, si ce n'est que l'esprit d'application et de vulgarisation expérimentale qui distingue notre époque et lui assignera une place importante dans l'histoire des progrès humains, cherche à introduire l'électricité dans nos conditions d'existence comme une espèce de moitié de nous-même.

Sans doute, nous ne pensons pas que la pile de Volta doive un jour détruire les maladies avec une instantanéité égale à celle qu'elle met à fondre les métaux, mais il est bien probable qu'elle résoudra à sa manière et d'une façon originale plus d'un des problèmes encore si controversés de la médecine. Qui sait alors si les frictions et les applications électriques, faites au moyen de l'électricité continue, ne seront pas devenues des pratiques usuelles, des ressources hygiéniques d'une certaine valeur? L'hydrothérapie et l'usage des douches ascendantes, cependant si difficiles à administrer, ne sont-ils pas arrivés parmi nous à l'état d'habitudes familières?

« Les minuties thérapeutiques ne sont point à dédaigner », comme le disait un jour M. le professeur Trousseau, et nous comprenons très-bien que quand l'entretien de la vie est en jeu, et que lorsque la santé en dépend, il n'est pas de moyen qui doive être négligé. C'est en partant de ce principe que nous avons accordé une sérieuse attention à la *brosse volta-électrique*, dont l'invention est due à l'un de nos confrères distingués, M. le docteur Hoffmann (de Berlin). Personne n'a songé à contester la présence dans cet appareil du courant d'électricité continue, et d'ailleurs, lorsqu'il s'agit d'une constatation scientifique, il suffit d'observer les résultats de la méthode mise en œuvre. Or, parmi toutes les recherches expérimentales qui ont été faites jusqu'à présent, nous n'en connaissons point qui aient fourni des résultats aussi précieux que ceux dépendant de l'emploi de ce nouveau procédé. Dans les diverses affections que l'électricité modifie, soulage ou guérit, rien n'est donc plus facile aujourd'hui que de se servir de la *brosse volta-électrique*, appareil ingénieux, commode, d'un maniement extrêmement simple, et qui nous a déjà rendu, pour notre part, d'éminents services dans notre pratique médicale.

La découverte dont nous venons de parler n'est qu'une preuve confirmative de plus de la tendance si manifeste que nous signalions il n'y a qu'un instant, et la double question de l'électricité de tension et de l'électricité continue dispose désormais d'un élément de plus pour arriver à une solution positive et des plus satisfaisantes.

SUR DES LARVES D'OESTRE

développées dans la peau d'un enfant.

Par M. le docteur Spring.

Le 3 mars 1860 fut transférée à la salle des enfants de l'hôpital de Bavière la nommée Marie F....., âgée de trois ans. Le transfert était motivé par une scarlatine qui avait éclaté pendant que la petite malade recevait des soins à la clinique chirurgicale de M. le professeur N. Ansiaux. La fièvre et l'éruption étaient légères, ainsi que l'angine qui les accompagnait. Aussi au bout de quatre jours cette affection bénigne était-elle guérie.

Mais ce qui avait davantage attiré mon attention, c'était une bosse furonculaire qui existait au côté gauche de la tête. Elle présentait un aspect particulier que je signalai aux élèves de la clinique dès ma première visite. Elle était pâle, empâtée, flasque, à bords diffus, et présentait une ouverture presque imperceptible dans son milieu. Une semblable tuméfaction, mais plus faible et dépourvue d'une ouverture centrale visible, existait au sommet de la tête.

Je fis appliquer des cataplasmes émollients sur l'une et l'autre de ces bosses.

Le 5 mars, nous remarquâmes qu'une troisième bosse tendait à se développer à la région temporale droite.

Grande fut notre surprise lorsque le 6 mars, en soulevant le cataplasme, nous vîmes sortir de la bosse furonculaire gauche une larve d'œstre assez grande et bien caractérisée comme telle. L'infirmière nous montra ensuite le cataplasme refroidi enlevé quelques heures auparavant du sommet de la tête; une seconde larve d'œstre se trouvait sur ce cataplasme.

Le lendemain, on vit se former au sommet de la troisième bosse une ouverture à travers laquelle il se présenta également une larve. L'infirmière, en la saisissant avec les doigts et en la tirant maladroitement, l'écrasa en partie; l'autre partie de la larve resta dans la tumeur.

Il ne s'écoula, du reste, des tuméfactions furonculaires qu'un peu de sérosité épaisse, et elles s'affaissèrent promptement après la sortie de la larve. La petite malade quitta l'hôpital le 19 mars suivant.

Voici ce que nos informations nous ont appris sur les circonstances dans lesquelles cette maladie parasitaire s'était développée.

Au mois de mai 1859, l'enfant avait été envoyée chez les parents de sa mère qui sont cultivateurs dans un village des environs de Saint-Vith, en Prusse. Elle y demeura pendant les quatre mois de l'été, et on affirme expressément qu'elle séjourna souvent à l'étable de la ferme et auprès du bétail en pâturage. On rapporte, en outre, que pendant tout son séjour à la campagne, elle souffrit de diarrhée et d'insomnies qui persistaient encore lorsqu'elle revint en ville. On remarqua enfin qu'elle se grattait constamment la peau, mais surtout celle de la tête.

Dans le courant du mois d'octobre, sa mère, cuisinière chez un restaurateur, vint à l'hôpital pour une tumeur blanche du bras droit; elle y resta six semaines, et pendant ce temps elle plaça son enfant chez une de ses connaissances en ville, où il semble qu'elle n'a reçu que des soins peu assidus.

Le 3 décembre de la même année, la mère rentra à l'hôpital, accompagnée cette fois de son enfant, chez qui l'insomnie et la diarrhée ainsi que les démangeaisons à la tête persistaient toujours. Quelques bains sulfureux firent disparaître une éruption d'*apparence galeuse*, qui s'était formée sur tout le corps.

Le 28 février 1860 il se forma sur le pariétal droit une tumeur indolente, rougeâtre; on y appliqua un cataplasme, et en l'ôtant la mère découvrit une ouverture par laquelle il s'était écoulé du sang; elle aperçut en même temps « un ver blanc qui sortait par cette ouverture »; elle voulut le prendre, mais il rentra, dit-elle, et elle ne put le saisir. Il y a donc eu en tout quatre tumeurs et quatre larves développées.

J'étais très-désireux de connaître l'espèce à laquelle appartenaient ces larves d'œstre. Mon savant ami, M. Th. Lacordaire, m'informa que leurs caractères les rapportaient, selon toute probabilité, à l'œstre du bœuf (*Œstris bovis*, L.), genre qui porte aujourd'hui le nom d'hypoderme du bœuf (*Hypoderma bovis*). M. le docteur Candèze, connu par des travaux très-estimés d'entomologie, et particulièrement versé dans la connaissance des larves des insectes, a bien voulu ensuite en faire les dessins et l'analyse des organes caractéristiques au point de vue de l'histoire naturelle. Au surplus, j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie les deux larves conservées dans l'esprit-de-vin.

Tout le monde a connaissance des œstridés qui, sous le nom de *ver macaque, ver maringouin, flugacuru* ou *berne*, constituent dans l'Amérique méridionale un fléau redouté par quelques voyageurs à l'égal des moustiques. Les naturalistes du dix-huitième siècle en avaient fait une espèce à part sous la dénomination d'œstre de l'homme (*Œstrus hominis*, Linné). Il paraît cependant qu'aucun œstridé n'est propre à l'homme. Ce qu'on avait considéré comme tel, ce sont des larves appartenant à diverses espèces de *cuterebra* (1), qui vivent naturellement sur le bœuf, le lièvre et le lapin. Ce n'est qu'accidentellement que l'insecte parfait implante ses œufs dans la peau de l'homme. En Europe, on ne connaît aucune espèce de *cuterebra*; cela rend donc le cas observé par nous distinct de ceux qu'on cite dans les ouvrages d'histoire naturelle, en même temps que cela empêche d'appliquer à nos larves le nom linnéen d'*Œstrus hominis*.

Si maintenant nous envisageons spécialement les observations faites en Europe, nous devons en écarter d'abord toutes celles qui se rapportent à des vers ou larves trouvées dans l'estomac, dans les oreilles ou les fosses nasales de l'homme vivant. C'étaient souvent des larves de mouches ordinaires qui, comme on sait, déposent leurs œufs non-seulement dans les plaies, mais aussi près des orifices naturels du corps. Dans les cas très-rares, c'étaient des œstridés, il est vrai, mais des œstridés gastricoles ou cavicoles. Les larves des cuticoles vivent seules sous la peau, où elles déterminent des bosses ou tumeurs furonculaires; manquant de crochets à leur extrémité buccale, elles ne sauraient se maintenir dans l'estomac, dans les fosses nasales ou dans le conduit auditif.

Les seuls cas d'œstridés cuticoles observés sur les hommes en Europe sont les quatre suivants, et encore ne sont-ils pas décrits de façon à présenter tous les caractères d'authenticité.

Obs. I. — Un médecin polonais, Gaspard Wendland, extraya de la paupière d'un enfant de deux ans « un ver blanc, de la grandeur d'une chenille (*sic*) et à cuticule roide ». Ce ver avait déterminé dans la paupière une tumeur rouge considérable et très-douloureuse. Il ne s'écoula ni pus ni sang de l'ouverture par laquelle il avait été extrait. — Kuechenmeister, dans son *Traité des parasites*, considère ce cas comme bien constaté. Cependant il m'est difficile de partager son avis, surtout que j'apprends en même temps que ce ver se serait nourri d'amandes douces.

Obs. II. — Un tanneur présenta à la région ombilicale une bosse furonculaire de laquelle on fit sortir une larve d'œstre. Il s'était occupé peu de temps auparavant de la préparation d'une peau de cerf, et le docteur Leonhard, à Muehlhausen, qui a publié ce fait, supposa que la larve avait passé de cette peau dans celle du tanneur. Siebold admet ce fait authentique, quoique la larve n'ait pas été décrite. Pour ma part, je demanderai aux entomologistes comment une larve toute faite et dépourvue d'armes pourrait pénétrer sous la peau de l'homme?

Obs. III. — Selon Bracy Clark, savant vétérinaire anglais qui a publié le premier travail monographique sur l'œstre du cheval, une larve extraite de la mâchoire d'une femme morte en 1786, aurait appartenu à l'œstre du bœuf. La larve s'était-elle développée dans l'épaisseur même de la mâchoire ou dans une alvéole vide? Dans l'un et dans l'autre cas, il est permis de supposer que l'espèce différait de la nôtre, et qu'elle n'était même pas un œstridé cuticole.

Obs. IV. — MM. Gervais et Van Beneden, dans leur *Zoologie médicale*, rappellent que le professeur Eschricht, à Copenhague, a observé trois fois des larves de l'œstre du bœuf fixées dans la peau du front chez la femme. Ils ne donnent du reste aucun détail, et je n'ai pas eu la chance de découvrir le passage ou la notice publiée à ce sujet par l'habile anatomiste danois.

C'est à ce maigre contingent que se borne jusqu'à présent ce qui est relatif aux œstridés cuticoles observés sur l'homme en Europe. Et pourtant le fait ne doit pas être rare. Moi-même je crois avoir rencontré itérativement sur des enfants habitant la campagne, des tumeurs furonculaires d'un aspect semblable à ceux dont le sujet de la présente notice a été atteint. Il suffira peut-être, comme pour tant d'autres espèces pathologiques, d'y appeler l'attention, pour que les faits se multiplient. (*Bulletin de l'Académie de méd. de Belgique.*)

(1) MM. Gervais et Van Beneden, dans leur excellente *Zoologie médicale*, Paris, 1859, t. I, p. 408, donnent le catalogue de ces espèces. Ils résument aussi toute l'histoire médicale des œstridés gastricoles, cavicoles et cuticoles, et consacrent un paragraphe spécial aux larves d'œstridés trouvées sur l'homme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 juillet 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. **Broca** dit qu'il a recherché l'observation de M. le docteur Pierre, citée par M. Houel. Elle est imprimée dans les *Bulletins de la Société anatomique* (année 1849, p. 331). Elle a été recueillie à l'hôpital de la Pitié. Or, l'aorte était oblitérée ainsi que les artères iliaques.

— M. le docteur E. Caussin (de Ligny-en-Barrois) adresse une observation de **luxation du cubitus en avant sans fracture de l'olécrâne et avec fracture des deux os de l'avant-bras.** Voici le résumé de cette observation :

Le 19 avril 1861, je fus appelé précipitamment au moulin de Givrauval pour un accident. Le nommé J. P..., domestique, âgé de quinze ans, voulant retirer un sac qui s'était engagé dans un engrenage, fut pris par la manche de sa blouse, et la main et l'avant-bras furent entraînés à sa suite.

Ce malheureux fut assez promptement dégagé. Je le vis trois quarts d'heure environ après l'accident. Or, voici les désordres que j'ai pu constater. La main est déchirée sur le dos, mais légèrement; l'avant-bras est fracturé dans sa partie moyenne; les deux fractures ont lieu au même niveau; l'articulation du coude est déformée; il n'y a qu'un gonflement peu prononcé, et nous pouvons constater une luxation de l'avant-bras en avant sans fracture de l'olécrâne. En effet, la région postérieure du coude est aplatie et les doigts pénètrent facilement dans la fossette olécrânienne; les bords de l'extrémité inférieure de l'humérus, surtout l'épitrochlée, font une saillie considérable; l'avant-bras est à demi fléchi, et on peut lui imprimer des mouvements d'extension et de flexion passablement prononcés, mais très-douloureux; on sent distinctement l'olécrâne, on peut en saisir la base et constater qu'elle n'est pas fracturée et qu'elle est bien en avant.

La première indication à remplir, c'était naturellement la réduction de la luxation : aidé par deux hommes intelligents et vigoureux, j'essaye vainement et à six reprises de replacer les os dans leur rapport normal, mais l'extension ne pouvait être portée au point de dégager le cubitus, parce que les mains de l'aide ne pouvaient, à cause de la fracture, se placer que fort près de l'articulation du coude, toute la puissance se portait, en s'y perdant, sur la masse charnue des muscles de l'avant-bras.

Je plaçai alors transversalement ou en croix, sur le pli du bras de mon malade, l'avant-bras d'un aide, et j'imprimai un mouvement de flexion forcée à l'avant-bras luxé : je sentis deux craquements, et la luxation fut réduite.

Je m'assurai une fois encore que l'olécrâne n'était pas fracturée, que les mouvements de l'articulation étaient faciles et complets, et qu'il n'y avait ni autre fracture ni autre luxation, puis j'enveloppai l'avant-bras et le coude dans un bandage peu serré, et j'établis, pendant trois jours, une irrigation continue d'eau légèrement dégourdie. Aucun accident ne vint entraver le traitement, et au bout de quarante jours mon malade, parfaitement guéri, put retourner à son moulin.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. GOSSELIN présente un malade auquel il a fait avec succès une **opération de palatoplastie** par le procédé en double pont de M. Baizeau, et donne sur ce fait les renseignements suivants :

Ce jeune homme avait depuis quelques mois un coryza chronique croûteux, dont la nature syphilitique n'a pas été démontrée, et que néanmoins, par précaution, M. Gosselin a cru devoir traiter par les mercuriaux et l'iodure de potassium pendant deux mois. Pendant le cours de ce coryza et avant l'entrée du malade à l'hôpital Beaujon, une perforation s'était faite à la voûte palatine, sur le côté droit de laquelle se voyait un trou de près d'un centimètre de diamètre, à contours parfaitement cicatrisés. Le malade désirait d'autant plus être débarrassé de ce vice de conformation qu'il est bijoutier et obligé de souffler au chalumeau. M. Gosselin avait essayé de faire porter un obturateur en caoutchouc vulcanisé, semblable à ceux qu'a proposés M. Diday.

Mais, d'une part, le malade ne pouvait parvenir à mettre lui-même cet appareil, et d'autre part, la sensibilité du contour de la perforation était telle, que l'application et le séjour du corps étranger occasionnaient des souffrances assez vives. Pour ces divers motifs, le malade demandait à être débarrassé par une opération.

M. Gosselin pensa que, des divers procédés autoplastiques, celui qu'a exécuté M. Baizeau, et dont nous devons la connaissance à l'excellent rapport de M. Larrey à la Société médicale d'émulation, était celui qui offrait le plus de chances de succès. On sait que ce procédé, semblable à celui de Roux, en ce qu'on se sert de deux lambeaux quadrilatères antéro-postérieurs, empruntés à la muqueuse palatine, en diffère par un point essentiel, c'est que les deux lambeaux restent adhérents par leur extrémité antérieure, aussi bien que par leur extrémité postérieure, et représentant deux ponts, conservent une double source de nutrition, ne sont pas exposés à tomber, et n'ont pas besoin d'être soutenus par un ou plusieurs fils engagés dans les fosses nasales.

Dans un premier temps, M. Gosselin aviva soigneusement tout le contour de l'ouverture, ce que n'avait pas cru devoir faire M. Baizeau. Dans un second temps, il circonscrivit au moyen de trois incisions antéro-postérieures une moyenne se confondant avec la perforation et deux latérales parallèles à la précédente, et à 1 centimètre d'elles environ, les deux portions de peau qu'il voulait amener au-dessous de la perte de substance. Dans un troisième temps, il décolla à droite et à gauche la muqueuse, en partie avec le bistouri, en partie avec la spatule, ce qui fut la portion la plus laborieuse de l'opération. Enfin il réunit les deux bords voisins, qui se rapprochèrent très-aisément au moyen de cinq points de suture métallique.

L'opération a présenté cette particularité que l'incision antéro-postérieure droite, qui s'est trouvée sur le trajet des plus grosses artères et veines palatines, a donné une notable quantité de sang. M. Gosselin était sur le point de cautériser avec le fer rouge. Mais il a suffi de placer un tampon de charpie imbibé de perchlorure de fer, et par-dessus un tampon de charpie sèche que la langue a maintenu en place, pour voir le sang s'arrêter.

Le lendemain et le surlendemain, trente-six à quarante-huit heures après l'opération, le malade a eu des hémorrhagies abondantes, qui l'ont affaibli notablement, avec syncopes, déglution du sang, puis rejet de ce liquide par les vomissements. Néanmoins la réunion s'est faite parfaitement, et la perforation a tout à fait disparu. On voit sur le malade les cicatrices des trois incisions antéro-postérieures. On peut remarquer de plus au-devant du lambeau droit, une cicatrice transversale qui ne devrait pas exister et qui a tenu à ce qu'après le passage du dernier fil la muqueuse s'est déchirée dans un mouvement inattendu du malade. Heureusement cette déchirure a été incomplète et la muqueuse est restée assez adhérente par ses couches profondes pour ne pas se détacher et pour conserver des moyens de nutrition suffisants.

A la question faite par M. Verneuil, savoir comment les fils ont été noués, M. Gosselin répond qu'ils l'ont été avec les tubes de Galli et la pince spéciale, comme on le fait habituellement dans les sutures métalliques. Les fils sont restés dix jours en place. Lorsque M. Gosselin les a enlevés, deux au moins d'entre eux, peut-être trois, avaient coupé l'un des bords, le bord gauche de la suture.

M. VERNEUIL insiste sur les avantages des sutures métalliques, avantages incontestables dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. Ici les fils sont restés dix jours en place, et l'on sait que la muqueuse palatine est bien plus facile à couper, bien moins résistante que la muqueuse de la cloison vésico-vaginale.

Pour ce qui est de l'hémorrhagie, M. Verneuil rapporte une opération de palatoplastie qu'il a faite sur un sujet auquel M. Robert avait déjà pratiqué la staphylorapbie. Or le simple décollement de la muqueuse donne lieu à une hémorrhagie abondante.

Chez ce malade, la réunion fut parfaite d'abord; la cicatrice était belle et fermait toute la solution de continuité. Mais petit à petit la désunion s'est faite, la cicatrice a cédé, et un mois après le jour où l'on constatait la guérison, les lambeaux s'étaient séparés et avaient repris leur première place. Cette observation engage M. Verneuil à prier M. Gosselin de donner dans quelques mois des nouvelles du malade. Aujourd'hui la guérison est complète et le résultat on ne peut plus satisfaisant.

M. RICHET a expérimenté comparativement, et dans une même opération, la suture avec des fils métalliques et la suture avec des fils ordinaires. C'était dans un cas d'uréthroplastie; les fils métalliques et autres furent placés exactement dans les mêmes conditions. Il y avait trois fils métalliques et trois fils cirés. Or, trente-six heures après l'opération, les fils métalliques avaient coupé les lèvres, et les fils ordinaires avaient maintenu la suture.

M. BROCA insiste pour démontrer que quand on se sert de fils métalliques, il faut multiplier les points de suture.

M. BAUCHET a employé dans deux opérations d'uréthroplastie les fils métalliques. L'une de ces opérations a été faite à l'Hôtel-Dieu, l'autre à l'hôpital du Midi. Les fils ont en moins de trois jours coupé les tissus. Les deux fistules se sont fermées par seconde intention. M. Bauchet avait, lorsque les lèvres de la plaie étaient bien bourgeonnantes, passé une épingle à travers la plaie, entrant et sortant à une grande distance de ses bords, et jeté un fil sur cette épingle, de façon à fermer la fistule.

M. VERNEUIL, dans une opération d'uréthroplastie qu'il a pratiquée à l'hôpital des Enfants, s'est servi d'une plaque pour en fixer la suture; dans ce cas comme dans un autre, il a eu un succès complet.

M. GOSSELIN annonce, sur la question générale de la suture métallique avec les fils d'argent, qu'il en a été très-satisfait dans une autre opération faite dans la bouche. C'était pour une staphylorapbie qu'il a eu l'occasion de pratiquer en 1858 à l'hôpital Cochin; il a rapproché si exactement les bords, il a eu tant de facilité à réunir ses fils au moyen des tubes en plomb dits tubes de Galli, et les bords étaient tellement intacts lorsqu'au dixième jour il a enlevé les fils d'argent, qu'il a été disposé à considérer cette suture comme supérieure aux autres. Mais il l'a employée un certain nombre de fois sur la peau, et là il a eu des sections par les fils, et des suppurations sans réunion immédiate. Sans doute ces résultats peuvent tenir aux conditions particulières de la blessure ou du sujet. Mais l'opinion actuelle de M. Gosselin est que, pour réunir les plaies à bords muqueux des cavités naturelles, la suture métallique, à cause de la sécurité avec laquelle on serre les fils et à cause de leur action lente sur les tissus, est plus avantageuse que la suture avec les fils de soie ou de lin; mais que pour les plaies cutanées la supériorité du nouveau moyen de réunion sur les anciens ne lui est pas encore démontrée par l'observation.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Dr BAUCHET.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Jacolot, né au Conquet (Finistère); *Relation médicale de la campagne de la corvette l'Artémise en Islande*, 1857.

Decencière, né à Argent (Cher); *De la pustule maligne.*

Piet-Lestrade, né à Niort (Deux-Sèvres); *De la coxalgie.*

Dupuis, né à Bressuire (Deux-Sèvres); *De l'aquo-capsulitis ou inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse.*

Evrain, né à Châlons-sur-Marne (Marne); *De l'iodure de potassium dans tous les âges de la syphilis.*

Boisdon, né à Rouillac (Charente); *Des effets produits sur l'organisme par les miasmes animaux non contagieux.*

Carnet, né à Chaumont (Haute-Marne); *Du rôle physiologique des principes alimentaires immédiats.*

Herlingeri, né à Bastia (Corse); *De l'accouchement prématuré artificiel.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par un décret en date du 25 juin dernier, M. le docteur F. Courot, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé médecin-adjoint de Saint-Lazare.

— M. le docteur Villers, médecin de 1re classe de la marine en retraite, tout récemment nommé second inspecteur-adjoint aux thermes de Luchon, vient de mourir dans cette station thermale.

— Les vœux de notre regretté confrère et ami Baudens, reproduits par M. le capitaine Parron, sont réalisés depuis un an à l'École militaire de Saint-Cyr. L'enseignement de l'hygiène y est l'objet de conférences que développe avec distinction M. le médecin principal Garreau. Le cours d'hygiène militaire, désormais obligatoire, a pris un rang important dans les études de l'École spéciale, et ne tardera pas à produire ses fruits dans l'armée. (*Moniteur de l'armée.*)

— Les ambassadeurs siamois, qui visitent la plupart des établissements importants de Paris, ont voulu visiter aussi un de nos hôpitaux, et les personnes chargées de diriger leurs visites les ont conduits à l'hôpital Lariboisière.

M. le directeur de l'Assistance publique, M. le directeur de l'hôpital ont été présentés, suivant le récit de l'*Union médicale*, à LL. EE. Siamoises, mais elles ont paru très-peu comprendre de quoi il s'agit et quelles sont les fonctions remplies par ces messieurs. Cela se conçoit à merveille de la part de ces extrêmes Orientaux, chez lesquels l'idée toute chrétienne de l'assistance hospitalière n'a pu encore se faire jour.

La visite de l'établissement a commencé, et les ambassadeurs ont été d'abord introduits dans la magnifique pharmacie de l'hôpital. Mais ici s'est passée une scène tout à fait imprévue. L'odeur de la pharmacie, ces senteurs variées dont la résultante n'est pas, en effet, tout à fait agréable, sembla impressionner très-désagréablement l'organe olfactif des Siamois. Ils ont fait la grimace, porté la main à leur nez, témoigné dégoût et répugnance; puis ils se sont arrêtés tout court, ne voulant pas aller plus loin, et enfin ils se sont enfuis à pas précipités par une porte ouverte et qui donne issue sur le jardin très-beau et très-fleuri de l'établissement. Il a été impossible de les ramener à l'intérieur.

L'odeur de la pharmacie les poursuivait encore, et ils ont montré une telle impatience de s'en aller, qu'il a fallu, bon gré, mal gré, les satisfaire.

— On a indiqué par erreur dans le numéro de mardi dernier 6 août, M. le docteur Malapert comme ayant été nommé professeur suppléant pour la chaire de pharmacie à l'École de Poitiers. C'est M. P. Malapert, pharmacien de première classe, qui a été appelé à cette fonction.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 . Un an. . . 30 .

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête du 15 août, le Journal ne paraîtra pas jeudi.

PARIS, 12 AOUT 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a reçu dans cette séance trois communications d'un certain intérêt au point de vue médical : un mémoire de M. Demarquay sur les collections séreuses du petit bassin; une note de M. Mesnet sur un cas d'apoplexie du bulbe rachidien en arrière de la protubérance annulaire, et l'analyse d'un opuscule de M. Bouchut sur les effets thérapeutiques du chloroforme à l'intérieur contre les calculs biliaires. Nous reviendrons prochainement sur ce dernier travail. Un mot seulement sur chacun des deux autres.

La maladie sur laquelle M. Demarquay a appelé l'attention dans son mémoire n'est pas rare; on la trouve indiquée dans la plupart des ouvrages qui traitent des maladies de l'utérus; les auteurs disent presque tous avoir vu des collections séreuses du petit bassin survenir à la suite d'inflammations plus ou moins vives des organes contenus dans cette cavité. Mais il restait quelque chose à faire pour déterminer leur origine et expliquer le mécanisme de leur formation. C'est ce que M. Demarquay a tenté dans ce travail.

Ayant eu récemment l'occasion d'observer une collection de ce genre, à la suite d'accidents de métro-péritonite assez vifs, et qui avaient complétement cessé au moment où il fut appelé à donner ses soins à la malade, M. Demarquay, après avoir étudié attentivement ce cas, est resté convaincu que la sérosité qui siégeait dans le cul-de-sac péritonéal était née d'un travail inflammatoire de l'utérus, lequel s'était propagé au péritoine voisin, de la même manière que naissent les pleurésies circonscrites à la suite d'une phlegmasie du parenchyme pulmonaire. La constatation de ce fait l'a conduit à la présomption de ce qui se passe dans les cas analogues, et dans les conditions plus graves de l'état puerpéral, la différence des produits tenant, dans ce dernier cas, à la différence de l'intensité des phénomènes inflammatoires et à la diathèse morbide, spéciale aux femmes récemment accouchées.

Le fait que M. Mesnet a communiqué à l'Académie est un exemple assez rare d'apoplexie du bulbe rachidien en arrière de la protubérance annulaire, dans un point que l'auteur a déterminé avec une précision mathématique. C'est un type de l'une des trois variétés d'apoplexie signalées par M. Flourens, l'apoplexie cérébrale, l'apoplexie cérébelleuse et l'apoplexie bulbaire.

Nous devons signaler aussi comme appartenant à notre domaine par l'auteur et, indirectement au moins, par le sujet, un mémoire de M. le docteur Labourdette sur une nouvelle méthode de culture de l'agaric comestible, laquelle consiste à arroser le sol avec une solution de nitrate de potasse. Le sol ainsi préparé, fût-il le plus stérile, donne un développement considérable aux champignons.

Après le dépouillement de la correspondance, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de la section d'anatomie et de zoologie sur les candidats à la place vacante de correspondant dans cette section. La liste de présentation, après discussion des titres, a été arrêtée comme il suit : 1° M. P. Gervais, à Montpellier; 2° M. Lacaze-Duthiers, à Lille; 3° M. Joly, à Toulouse; 4° M. Lereboullet, à Strasbourg. L'élection aura lieu dans la séance prochaine.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BARTHEZ.

Impétigo du cuir chevelu avec engorgement suraigu et dur du tissu cellulaire du cou, déterminant des symptômes d'obstruction des veines jugulaires et accompagné de purpura hæmorrhagica.

(Observations recueillies par M. le docteur A. GARNIER (du Mans), ancien interne des hôpitaux.)

On rencontre souvent en médecine des cas pathologiques qu'il est difficile de faire rentrer dans les cadres de la nosologie. La rareté de ces faits, leur isolement, enlèvent une partie de l'intérêt que pourrait apporter leur observation; mais parfois aussi le hasard rassemble sous les yeux des mêmes pathologistes une série de faits semblables et également rares. Ces faits livrés à la publicité et commentés, on en tire des déductions, puis des cas nouveaux ne tardent pas à être signalés, et chaque observateur, recueillant ses souvenirs, cherche à se rappeler s'il n'a pas déjà rencontré dans sa pratique des faits analogues. C'est ainsi qu'on arrive à la description d'affections nouvelles, que chaque jour de nouvelles maladies viennent prendre place à côté d'autres plus anciennement décrites, et qu'incessamment s'agrandit le cercle des connaissances médicales.

Nous ne prétendons pas décrire une nouvelle entité morbide en faisant passer sous les yeux du public médical les trois observations suivantes, que nous avons recueillies dans le service de M. Barthez, à l'hôpital Sainte-Eugénie, en 1859. Seulement la coïncidence assez singulière, qui à quelques mois d'intervalle a réuni dans les mêmes salles ces trois exemples d'une même série morbide, nous engage à les publier, et en même temps à faire appel aux pathologistes qui auraient pu rencontrer des faits semblables.

OBS. I. — *Impétigo du cuir chevelu; engorgement des ganglions parotidiens. Purpura hæmorrhagica consécutif. Mort au bout d'un mois de maladie.*

Le 25 février 1859, un jeune garçon de sept ans entrait à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Barthez.

Les parents de cet enfant nous apprenaient que depuis un mois une éruption était apparue au cuir chevelu, et avait été suivie au bout de peu de temps de gonflement derrière les oreilles. Depuis deux jours seulement la figure s'était considérablement enflée, et des taches purpurines s'étaient répandues la veille sur toute la surface du corps.

Le jour de l'entrée, nous pûmes constater un eczéma impétigineux qui couvrait toute la surface du cuir chevelu, et un énorme engorgement dur des ganglions parotidiens de chaque côté et du tissu cellulaire de tout le pourtour du cou; la face tout entière était œdématiée, sans changement de couleur à la peau; aux paupières l'infiltration était telle que les mouvements étaient abolis. Des taches de purpura de l'étendue d'une lentille étaient répandues abondamment sur le corps, et la muqueuse pituitaire conservait encore des traces d'un léger épistaxis dont elle avait été le siége.

Le pouls était lent et régulier, et la peau ne présentait pas de chaleur fébrile; on ne trouvait à l'auscultation qu'un peu d'obscurité du bruit respiratoire. L'enfant, du reste, était plongé dans une somnolence continuelle et dont on avait peine à le tirer. Les urines étaient albumineuses.

On prescrivit des lotions sur la tête avec la décoction d'écorce de chêne, de la limonade sulfurique pour boisson, une potion à l'extrait de quinquina et un lavement purgatif.

Malgré ce traitement, l'engorgement du cou et l'œdème de la face firent des progrès rapides; les taches de purpura augmentèrent; un nouvel épistaxis se produisit et fut assez abondant pour nécessiter le tamponnement des narines avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer.

La somnolence persista, le pouls resta petit et peu fréquent. Cependant, au bout de deux jours, une légère amélioration paraissait devoir s'établir, quand l'enfant pâlit tout à coup, fut pris de délire, et mourut au bout de quelques heures en se plaignant d'étouffer.

A l'autopsie, nous avons trouvé un engorgement considérable de la région sous-maxillaire et de la région parotidienne, avec infiltration plastique et ecchymoses.

Les deux poumons étaient parsemés de noyaux apoplectiques. Le cœur contenait du sang liquide dans les cavités gauches et un caillot fibrineux dans les cavités droites. Le foie était volumineux et les veines hépatiques distendues par un sang liquide.

Les reins présentaient à leur surface et dans leur intérieur un aspect tigré dû à la présence dans leur tissu d'extravasations sanguines pareilles à celles qui infiltraient le tissu cutané. Le cerveau était légèrement congestionné.

Les autres organes ne présentaient rien de particulier.

FEUILLETON.

Des races humaines. — L'alimentation en Abyssinie. — Des altérations de l'urine.

Le nombre des races humaines est encore l'objet des recherches des savants ; les derniers travaux d'anthropologie permettront peut-être d'établir enfin, d'une manière presque positive, un fait difficile à dégager des nombreuses difficultés qui l'entourent.

Dans un récent mémoire, M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire reconnaît douze races humaines. Celles-ci peuvent elles-mêmes se rattacher à quatre races principales, qui elles-mêmes pourraient être rangées sous deux titres divers : races à cheveux lisses et races à cheveux crépus.

Des quatre races principales :

La première est la race caucasique;

La deuxième est la race mongolique;

La troisième, la race éthiopique ;

La quatrième, la race hottentote.

La race caucasique est encore dite *ortognathe.* Chez elle, la caractéristique est donnée par la prédominance de la région supérieure de la tête (crâne et cerveau), sur les mâchoires et les organes des sens, ou, si l'on veut avec M. Serres, par la prédominance des parties nourries par la carotide interne sur celles qui le sont par la carotide externe.

Cette première race se subdivise : en Alléghaniens, Hyperboréens, Malais et Américains.

La deuxième principale race est la race *mongolique* ou *eurygnathe.* Elle nous présente une prédominance de la région moyenne du crâne, qui est très-élargie.

Comme sous-divisions, nous plaçons les Paraboréens et les Australiens.

La troisième grande race est dite *éthiopique* ou *prognathe.*

Ici, c'est la région inférieure qui prédomine et qui se trouve projetée en avant.

Elle ne contient que deux sous-divisions, Cafres et Mélaniens.

Les Cafres eux-mêmes sont séparés des Mélaniens, si l'on adopte la classification en cheveux lisses et crépus; car les Cafres, comme les Australiens, les Paraboréens, les Américains, les Malais, les Hyperboréens et les Alléghaniens, ont les cheveux lisses : ce qui étend à la race caucasique, mongolique et éthiopique (*ex parte*) la caractéristique des cheveux lisses.

Les autres races sont à cheveux crépus.

Ce sont : les Mélaniens, seconde sous-division des éthiopiques, et la grande race.

Hottentote. Dans cette race, nous trouvons une face élargie et projetée en avant (eurygnate et prognathe), c'est-à-dire une prédominance et de la région moyenne et de la région inférieure.

La disposition des orteils, qui décroissent graduellement de l'interne à l'externe, comme les tuyaux d'une flûte de Pan; le développement considérable des nymphes, la non-bifurcation des apophyses épineuses, etc., sont autant de caractères qui séparent cette race des autres.

— Si tous les voyageurs nous rapportaient d'aussi nombreux matériaux que M. Courbon, on finirait par abandonner un peu le champ d'hypothèses où tournent par trop les savants.

Cet honorable chirurgien de marine a visité l'Abyssinie en médecin et en observateur très-sérieux. Quand son voyage sera publié, il y aura de grandes richesses à y puiser. En attendant, nous voulons lui emprunter quelques détails sur l'alimentation de ce pays.

Les observations de M. Courbon portent sur le pain, les épices, les légumes, les viandes et les boissons.

Les Abyssiniens font deux repas par jour : le premier (déjeuner), le matin après le lever du soleil; le second (dîner), après son coucher. Les jours de jeûne ils ne font qu'un repas, à trois heures de l'après-midi. Notons, en passant, qu'il y a 212 jeûnes par an !

Mais revenons aux aliments.

Le *pain* des Abyssiniens est fait tantôt avec la farine d'orge, tantôt avec celle de teff (*poa abyssinica,* Jacq) ou de dagoussa. Celui de teff, léger et aigrelet, est le plus estimé.

Son mode de préparation est fort simple. La farine est délayée dans de l'eau; la pâte sans levain est cuite sur une plaque de fer. D'autres fois, la pâte est mise en boule ; au milieu on place un caillou fortement chauffé, et on le laisse ainsi dans de la cendre chaude.

Si le pain constitue la base de l'alimentation, les épices jouent un grand rôle chez les Abyssiniens.

Piment, poivre, zega-kebie (thym), cannelle, girofle, kemoun (basilic), gingembre, sont à chaque instant employés en excès.

Ils vont même jusqu'à composer l'épice la plus incendiaire, l'aouazé : c'est une pâte faite avec sel, piment, gingembre, girofle et zega-kebie.

Le sel a de plus un autre usage. On le taille en morceaux semblables, et sous cette forme il sert de monnaie.

Aux lentilles, petits pois, haricots, choux, citrouilles et fèves, les

Obs. II. — *Impétigo du cuir chevelu; engorgement des ganglions cervicaux. Purpura hæmorrhagica consécutif. Mort après trois semaines de maladie.*

Léon B..., âgé de sept ans, entre le 21 mars à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Depuis trois semaines, cet enfant est atteint d'un eczéma impétigineux du cuir chevelu, et depuis huit jours cette éruption s'est compliquée d'une tuméfaction considérable derrière l'oreille droite; en même temps tout le côté droit de la figure s'est œdématié. Enfin des taches de purpura ont commencé à se montrer il y a trois jours, et un épistaxis léger s'est déclaré le matin même de l'entrée à l'hôpital.

Comme le sujet de la précédente observation, Léon B... est dans une somnolence continuelle, et paraît indifférent à tout ce qui l'entoure.

Nous constatons à la base du crâne, et surtout en arrière et à droite, une tuméfaction très-douloureuse, s'étendant depuis l'oreille jusqu'à la partie inférieure du cou.

La peau présente à la surface une teinte vineuse; en certains points elle est légèrement squammeuse; et partout la pression occasionne une très-vive douleur. Cet empâtement se termine en arrière par un œdème qui ne s'arrête qu'au milieu de la région dorsale.

La face est très-infiltrée, surtout aux paupières, et des taches de purpura apparaissent sur le front et sur le menton.

Le cuir chevelu est couvert d'un eczéma impétigineux qui donne lieu à une abondante sécrétion. On aperçoit quelques croûtes sanguines dans les narines. Les membres thoraciques sont envahis par de larges taches ecchymotiques qu'on prendrait pour le résultat de violences; les membres inférieurs ne présentent qu'une éruption discrète de taches de purpura. L'auscultation révèle un peu de sibilance thoracique. Les battements du cœur ne présentent rien de particulier. — On prescrit de l'extrait de quinquina et de la limonade citrique.

Le lendemain, tous ces phénomènes se sont aggravés; la somnolence est incessante, et l'enfant répond à peine à nos questions. L'engorgement cervical a fait des progrès, et la région parotidienne commence à se gangrener du côté droit. La mort est survenue après trente-six heures de séjour à l'hôpital.

A l'autopsie, nous avons trouvé la peau de la région parotidienne gangrenée superficiellement. Tous les tissus sous-jacents étaient infiltrés de matière plastique, et les ganglions parotidiens et maxillaires considérablement tuméfiés.

Les poumons étaient infiltrés de sang; le foie et les reins congestionnés. Les cavités cardiaques renfermaient du sang liquide.

Obs. III. — *Impétigo du cuir chevelu; engorgement des ganglions parotidiens; purpura consécutif. Mort après trois semaines de maladie.*

Annette B..., âgée de six ans, entre le 9 mai à l'hôpital Sainte-Eugénie. Cette enfant, qui paraît vivre dans d'assez mauvaises conditions hygiéniques, est atteinte depuis trois semaines d'une éruption impétigineuse du cuir chevelu, et depuis la même époque d'un engorgement des ganglions cervicaux du côté gauche. Depuis ce temps l'éruption a fait des progrès continuels, et depuis deux jours des taches de purpura sont apparues sur le tronc et sur les membres.

Dès son entrée à l'hôpital, cette enfant est dans une somnolence continuelle et se tient la tête tournée vers son oreiller. Elle ne répond pas à nos questions, et refuse toute espèce d'alimentation.

La face et le cuir chevelu sont le siége d'un gonflement œdémateux, qui paraît très-douloureux à la pression. Le pavillon de l'oreille gauche est recouvert sur toute sa face externe d'une couche d'un gris verdâtre très-fétide. La région parotidienne du même côté est le siége d'un gonflement énorme, avec induration et rougeur ecchymotique de la peau.

Le pouls est petit et fréquent; la respiration ne présente rien de particulier. — On prescrit un traitement tonique, mais l'enfant ne tarde pas à succomber après vingt-quatre heures de séjour dans les salles.

A l'autopsie, nous avons trouvé les tissus où siégeait le gonflement, infiltrés de lymphe plastique et parsemés de suffusions sanguines. La peau du pavillon de l'oreille était en partie détruite, et une ulcération superficielle assez étendue s'observait pareillement à la nuque sur des tissus indurés et infiltrés.

Rien de particulier dans les autres organes que quelques ecchymoses répandues sous les plèvres, dans l'épiploon et dans la muqueuse gastrique. Sang noir et liquide dans les cavités cardiaques, surtout du côté droit.

Il est facile de voir à la lecture des observations qui précèdent les nombreux points de communauté qu'elles présentent.

Chez ces trois enfants, dont l'âge a varié entre six et sept ans, la série morbide s'est ouverte par un impétigo du cuir chevelu qui, au bout d'un temps variable, s'est accompagné d'engorgement des ganglions. Jusque-là rien d'extraordinaire. Les éruptions du cuir chevelu sont fréquentes chez les enfants, et souvent aussi elles déterminent une tuméfaction ganglionnaire. Mais un fait moins commun, c'est de voir la gangrène s'emparer des tissus engorgés. C'est de voir, par suite de cet engorgement, survenir une compression telle des vaisseaux du cou que la face s'œdématie, que l'encéphale se congestionne au point de déterminer une somnolence continuelle; enfin, un fait bien plus rare encore, c'est de voir apparaître ces éruptions de purpura qui, chez ces trois malheureux enfants, sont venues donner le signal de la mort.

De toutes les affections pathologiques, il n'en est pas une peut-être qui reconnaisse des causes aussi dissemblables que le purpura. Cette diversité dans les circonstances étiologiques contribue même encore à augmenter l'obscurité qui règne sur la nature propre de cette maladie. Décrite pour la première fois comme espèce nosologique distincte, il y a plus d'un siècle, par Werloff, la maladie maculeuse débute parfois spontanément et en l'absence de toute autre lésion morbide; d'autres fois, au contraire, elle est précédée d'une affection pathologique qui semble agir sur la composition du sang et le modifier de façon à produire cette diminution dans la plasticité et cette altération des capillaires qui paraissent nécessaires pour sa production.

Il est peu d'affections à la suite desquelles il n'ait été donné d'observer le purpura. On sait, par exemple, combien les ecchymoses sont fréquentes dans le cours des maladies graves, dans certaines fièvres éruptives, par exemple.

Cependant les recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livré, ne nous ont montré dans les auteurs aucun fait semblable à ceux que nous avons décrits.

Elliotson a vu la maladie maculeuse compliquer l'ictère, et Walson la péritonite. M. Rayer l'a rencontrée dans le cours d'un étranglement interne et mortel de l'intestin grêle, et dans plusieurs autres affections qu'il n'examine pas. Nous avons rapporté nous-même dans notre thèse inaugurale (1860) deux cas de purpura survenus dans le cours de la diphthérie, et compliqués d'un engorgement énorme des ganglions sous-maxillaires. Dans ces cas, comme dans ceux que nous venons de rapporter, le volume de ces bubons en quelque sorte pestilentiels, n'était-il pas un indice de la profonde altération du sang?

Le docteur Olivetti, de Turin, a rapporté (*Giornale della reale Academia*, mars 1852) deux cas de purpura hémorrhagique consécutifs l'un à la vaccine, l'autre à une fièvre intermittente tierce. Pour ce médecin, le purpura ne devrait jamais être décrit qu'à titre de symptôme de différents états morbides généraux, ainsi qu'on le fait pour les éruptions et les hémorrhagies qui accompagnent le typhus.

A ce point de vue, le purpura serait toujours un symptôme fâcheux, et toujours il aggraverait le pronostic de l'affection qui lui a donné naissance.

Nous ne dirons rien du traitement employé. Les sujets ont été trop peu de temps soumis à notre observation, pour qu'il nous ait été permis de faire une expérimentation sérieuse. Du reste, la malignité des accidents, la rapidité de leur marche, indiquaient clairement la terminaison, et enlevaient dès le début tout espoir de guérison.

HOPITAL DE BESANÇON. — M. Chenevier.

Cancer de la lèvre.

(Extrait d'une leçon recueillie par M. L. Carrez, interne du service.)

Le cancer de la lèvre est, après celui du sein, l'affection de cette nature pour laquelle vous nous voyez le plus souvent intervenir. En effet, dans une période de sept années, j'ai pu recueillir trente-cinq observations de cancer de la lèvre opéré par mon prédécesseur et par moi. Je ne l'ai jamais rencontré qu'à la lèvre inférieure. Quand la lèvre supérieure était envahie, ce n'était que consécutivement; la maladie avait débuté par la lèvre inférieure, puis contourné la commissure, et enfin gagné la lèvre supérieure.

Trente-quatre de ces cancers étaient épithéliaux et avaient débuté par le bord libre de la lèvre: un seul (que vous avez pu voir il y a quelque temps) était encéphaloïde, et avait eu pour point de départ une tumeur comprise dans l'épaisseur même de la lèvre, et au-dessous de son bourrelet muqueux la peau était luisante, mais non ulcérée; c'est du côté de la muqueuse qu'avait eu lieu l'envahissement. Je l'ai opéré, mais je suis convaincu qu'il récidivera prochainement.

Trente-quatre de nos malades étaient du sexe masculin et avaient dépassé l'âge de quarante ans; l'autre était une femme âgée de trente-deux ans.

Tous étaient habitants de la campagne, car je ne regarde pas comme faisant exception deux de ces malades qui avaient fixé leur résidence à Besançon depuis quelque temps seulement, et postérieurement à l'invasion de leur maladie.

On a beaucoup accusé la pipe comme cause déterminante du cancer. Eh bien, de nos trente-cinq cancéreux dix-huit (par conséquent plus de la moitié) n'étaient point fumeurs. (Dans ce calcul, je comprends la femme, car dans certaines parties de la Franche-Comté il n'est pas rare de rencontrer des femmes faisant usage du tabac à fumer.)

Les dix-sept autres sujets fumaient la pipe, et souvent la pipe à tuyau très-court. Or je ne crois pas exagérer en admettant que parmi les paysans plus de la moitié font usage de la pipe: ce ne serait donc pas là, contrairement à ce qui a été récemment avancé, qu'il faudrait chercher la cause occasionnelle du cancer de la lèvre, puisque d'une part les fumeurs sont au moins aussi indemnes que les non fumeurs, et que d'autre part ils sont bien certainement les plus nombreux.

La malpropreté aurait plus d'apparence de raison, car à la campagne les soins de propreté, surtout de la bouche, sont presque complétement, pour ne pas dire totalement négligés; cependant nous pouvons voir chaque jour des malades de la ville tout aussi peu soigneux de leur personne que ceux qui nous viennent du dehors.

Enfin accuserons-nous l'habitude que peuvent plus ou moins avoir les paysans de porter indistinctement à leur bouche toutes sortes de plantes, et ne pourrait-on pas admettre que certaines ulcérations dues à cette cause, — tout le monde sait, par exemple, que les plantes du genre *daphné* peuvent déterminer une vive irritation sur les muqueuses et même une ulcération, si le contact est prolongé, — ne pourrait-on pas admettre, dis-je, que ces ulcérations simples au début ont pu prendre un caractère de spécificité chez des sujets prédisposés? C'est à nos collègues des campagnes à nous éclairer sur ce point.

Le pronostic, comme celui de tout cancer, est grave. Toutefois, les chances de guérison sans récidive sont ici plus grandes que dans toute autre affection de cette nature; elles sont du reste subordonnées à l'étendue du mal. Sur nos 35 cas, nous avons pu constater 8 récidives sur des sujets chez lesquels le mal avait franchi la commissure au moment de l'opération.

Je crains que notre dernier opéré, qui sort aujourd'hui, ne vienne bientôt grossir le nombre des cas malheureux: chez lui, en effet, la commissure était malade; mais ce qui me fait cepen-

---

Abyssiniens ajoutent encore la graine de sésame et celle de lin. Ils sont très-friands de cette dernière, qu'ils mangent grillée ou en bouillie.

L'*uefro* est un mélange de blé, d'orge, de fèves, de haricots bouillis avec sel et poivre: il représente avec le *cheuro* les mets les plus célèbres du pays. Le cheuro est une purée de pois, fèves, pois-chiches, avec sel, oignons, ail, zega-kebié et poivre noir.

Plus il y a d'épices, et plus le mets semble honorable.

Nous pouvons vérifier cette proposition, car voici le *brondo*, le premier mets des Abyssiniens:

C'est la viande de bœuf crue, palpitante, accompagnée de l'*aouazé*.

On peut cependant la faire rôtir, mais alors on appelle à son aide tout l'arsenal des épices.

L'Abyssinien mange, du reste, viande de bœuf, de mouton, gibier et venaison; à l'exception toutefois du sanglier et du lièvre, animaux considérés comme immondes.

Il ne nous reste plus à étudier que les boissons. Or celles-ci sont des plus simples. A l'exception du riche, tous ne boivent que de l'eau. Quant à ceux-là, ils ont deux boissons fermentées: l'*hydromel* ou *taidzi*, et le *thalla*.

L'hydromel se prépare avec:

Taddo (*Rhamnus Taddo*, Rich.). . . .	1 partie.
Miel.	2 parties.
Eau.	6 parties.

Le thalla est une bière faite avec orge, teff, ou dagoussa et taddo.

Nous réservons pour une autre fois une petite excursion sur le domaine de la matière médicale; aussi bien une thèse qu'un jeune docteur, M. E. Fournier, vient de soutenir sur les ténifuges en Abyssinie, nous ramènera aux travaux de M. Courbon.

Terminons aujourd'hui par quelques considérations pratiques sur le moyen de constater les altérations de l'urine. M. Bouchardat, dont on connaît les beaux travaux sur la glycose, insiste avec raison sur l'importance de ces réactions qui doivent nous être présentes.

La chaleur, l'acide nitrique, le tannin, la chaux et la solution d'iodure de potassium iodurée, tels sont les divers réactifs que nous allons étudier.

1° La *chaleur*. — Un peu avant 100°, l'urine se trouble, l'albumine se sépare sous forme de caillots ou de flocons.

Mais il ne faut pas oublier que toute urine qui se trouble par la chaleur n'est pas nécessairement albumineuse.

Ayons donc recours à:

2° L'*acide nitrique*. — Verser avec précaution l'acide dans l'urine. S'il y a de l'albumine, des flocons se déposent. Un excès d'acide dissoudrait ces flocons.

Une urine qui par la chaleur se trouble et qui précipite en même temps par l'acide nitrique, renferme sans le moindre doute de l'albumine.

3° *Tannin*. — Dans 200 grammes d'eau, on dissout 10 grammes de tannin, et on ajoute 10 grammes d'éther pour la conserver.

Procédé dont il faut se défier, car les urines précipitent abondamment par la dissolution de tannin quand on a pris du bouillon riche en gélatine peu de temps avant l'analyse.

4° *Chaux*. — La chaux décèle admirablement le sucre de diabète.

50 grammes d'urine et 2 grammes de chaux bouillis dans un matras d'essayeur, donnent une couleur caramel d'autant plus foncée qu'il y a plus de sucre.

On éteint la chaux vive avec de l'eau, et on l'introduit dans un flacon bouchant exactement au liége.

Quand 50 grammes d'urine bouillis avec 2 grammes de chaux ne se colorent pas, on ajoute de nouveau 2 grammes de chaux. On porte à l'ébullition; si la coloration ne paraît pas, on s'assure que la chaux est bonne.

Pour cela, dans le matras, on verse une demi-cuillerée à café de sucre de fécule. On porte à l'ébullition: l'urine doit alors se colorer très-franchement, et on a la preuve que la chaux était bien calcinée, et que l'urine, avant l'addition du sucre de fécule, n'en contenait pas.

5° *Solution d'iodure de potassium iodurée*. — On la prépare en faisant dissoudre 1 partie d'iode, 1 partie d'iodure de potassium dans 50 parties d'eau.

Cette solution brunit (brun-marron) l'urine renfermant du sulfate de quinine ou autre alcaloïde administré dans un but thérapeutique.

Tels sont ces moyens très-simples qu'on est si souvent heureux de se rappeler pour dissiper un doute et consolider un diagnostic.

Dr E. Renaud.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebórda, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouveaux éléments de la science de l'homme, par M. P. J. Barthez, médecin de S. M. Napoléon Ier. 3e édition augmentée du discours sur le génie d'Hippocrate, de mémoires sur les fluxions et les coliques iliaques, sur la thérapeutique des maladies, sur l'évanouissement, l'extispice, la fascination, le faune, la femme, la force des animaux; collationnée et revue par M. E. Barthez, médecin de S. A. le Prince impérial et de l'hôpital Sainte-Eugénie, etc. Deux volumes in-8° de 1010 pages. Prix: 12 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole de Médecine, à Paris.

dant espérer un succès, c'est que la lèvre supérieure était saine, que le mal a pu être enlevé en totalité, et enfin que la cicatrisation est parfaite.

Le pronostic sera plus favorable s'il s'agit d'un simple bouton bien limité et pouvant être complétement enlevé par une incision en V. Je n'ai encore vu qu'une récidive chez un malade opéré dans ces conditions, et il est bon de noter, du reste, qu'il portait déjà un ganglion cervical induré avant l'opération.

Et notez que nous sommes favorablement placés pour suivre nos malades; tous, en effet, habitent la Franche-Comté, et ils ne manquent pas de venir réclamer leur entrée à l'hôpital lorsque leur mal a récidivé.

Quant au procédé opératoire, vous nous voyez toujours donner la préférence à l'incision en V, quand cela n'est pas tout à fait impossible. Et ce cas est rare. En effet, chez notre dernier opéré, l'une des branches du V partait de la ligne médiane. Et pour faire l'autre et enlever tout le mal, j'ai dû agrandir la commissure de 1 centimètre environ. Or, vous avez pu voir qu'en détachant de l'os les téguments à une certaine distance, j'ai pu réunir les lambeaux par première intention au moyen de la suture entortillée, et obtenir ainsi un résultat que je n'osais presque pas espérer.

DE L'EFFICACITÉ DES INJECTIONS UTÉRINES

dans le cas d'hémorrhagie puerpérale et d'inertie de la matrice;

Par M. le Dr Labalbary, de Gourdon (Lot).

(Note présentée à l'Académie de médecine, séance du 9 juillet.)

Le samedi 20 octobre, je fus appelé près de la femme C..., de Prouilhac (Lot), laquelle, parvenue sans accident au terme de sa grossesse, était en travail depuis le jeudi soir 18. Cette femme, robuste, bien constituée, d'un tempérament nervoso-sanguin, était enceinte pour la huitième fois. Il y a treize mois, elle était accouchée de deux jumeaux très-bien portants. La sage-femme qui lui donnait ses soins depuis le jeudi, frappée de la lenteur du travail chez cette multipare, qui ordinairement se débarrassait très-vite, attendait néanmoins patiemment, lorsque le vendredi 19 au soir, survint un accident toujours grave dans ces circonstances, je veux dire une hémorrhagie utérine.

L'hémorrhagie puerpérale reconnaît plusieurs causes: pour les unes, elle provient du décollement du placenta; pour les autres, elle est le résultat d'une exhalation sanguine qui s'opère sur les points de la face interne de l'utérus étrangers à l'insertion placentaire.

Sans nous engager ici dans une discussion inutile, nous nous rangerons de l'avis de M. Cazeaux, qui reconnaît que « l'hémorrhagie peut avoir lieu :

» 1° Par exhalation sanguine, surtout dans les premiers temps;

» 2° Par rupture des veines, et plus souvent des artères utéro-placentaires proprement dites;

» 3° Par rupture des veines et des artérioles. »

Toutefois, cette exhalation ou cette rupture des vaisseaux n'est elle-même qu'un épiphénomène d'une anomalie que Levret a très-bien signalée et décrite, et que Giffard, avant Levret, avait devinée, lorsqu'il écrivait ces lignes remarquables :

« Je ne peux accepter comme toujours vraie l'opinion de tous les auteurs qui disent que le placenta est toujours inséré sur le fond de l'utérus; car dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, j'ai toute raison de penser qu'il adhérait sur l'orifice interne ou tout auprès, et qu'en se dilatant celui-ci occasionne la séparation du délivre, et par suite l'hémorrhagie. »

Hunter, dans ses *Institutions chirurgicales*, dit : « Quelques modernes pensent que l'adhésion du placenta sur le col est une cause d'hémorrhagie, et qu'alors plus le col se dilate, plus la perte est abondante. »

Mais c'est surtout à Portal que revient l'honneur d'avoir découvert et signalé cette anomalie, puisque dans six observations par lui citées, il affirme que « le placenta se présentait et touchait l'orifice de la matrice de tout côté avec adhérence en toutes ses parties ». Chez la femme qui fait le sujet de mon observation, l'hémorrhagie reconnaissait pour cause une *insertion marginale incomplète*, ainsi que nous le dirons bientôt, et n'était évidemment que le résultat d'un mécanisme naturel, très-bien décrit par MM. Paul Dubois, Jacquemier, Pajot, et par tous les accoucheurs modernes.

« Jusqu'au cinquième mois, d'après M. P. Dubois, le corps seul de la matrice éprouve des changements de texture et de position; mais à dater de cette époque, le col y participe. La diminution qu'il subit dans sa longueur s'accompagne d'un élargissement plus considérable de sa base, au niveau de l'orifice interne. Le placenta, fixe et immobile au lieu de son insertion, ne peut suivre cet évasement de la partie supérieure du col; dès lors les moyens d'union qu'il a contractés avec la matrice se trouvent naturellement rompus, ainsi que les vaisseaux utéro-placentaires, et cette rupture produit nécessairement une perte plus ou moins abondante ».

Quant à M. Cazeaux, il rejette complétement la théorie précédente. « Puisque c'est par la partie inférieure du col, dit cet habile accoucheur, que commence, au moins chez les femmes qui ont eu déjà des enfants, l'évasement de sa cavité; puisque chez toutes l'orifice interne reste fermé souvent jusqu'aux dernières semaines, la partie supérieure du col ne s'évase donc pas, et, par conséquent, ce n'est pas là la cause qui produit la perte, lorsque le placenta est inséré sur le col. L'explication suivante me paraît pouvoir être admise : dans les six premiers mois de grossesse, l'utérus se développe particulièrement aux dépens des fibres de la partie supérieure du corps ou du fond de l'organe. Dans les trois derniers mois, les fibres appartenant au tiers inférieur du corps de l'utérus se développent d'une manière rapide, et la cavité de l'organe s'agrandit surtout par suite de la distension et du développement de cette partie inférieure. Ce qui le prouve, c'est que le corps de l'utérus, qui est piriforme dans les premiers mois, présente à la fin de la grossesse un ovoïde parfait.

» Je ferai remarquer de plus que le développement du placenta est beaucoup plus rapide dans les six premiers mois que dans les trois derniers. Or, cette double circonstance me paraît suffire à la production de l'hémorrhagie. Lorsque, en effet, le placenta est inséré sur le fond de l'utérus, l'accroissement du placenta s'opère en même temps que se développe la portion des parois extérieures sur laquelle il est implanté, et dès lors on conçoit qu'il n'y ait pas d'hémorrhagie. Mais lorsque le placenta est inséré sur le col ou sur un point voisin du col, le contraire doit nécessairement avoir lieu. Alors, en effet, l'accroissement du placenta est à peu près complet lorsque s'opèrent le développement et l'extension plus considérable du tiers inférieur du corps de l'organe. Le placenta ne peut donc plus participer à ce développement rapide, pour se prêter à l'ampliation de l'utérus et suivre jusqu'à son plus grand développement l'élargissement de la paroi sur laquelle il est implanté; il s'étale de son centre à sa circonférence; les sillons intercotylédonaires s'agrandissent et ses différents lobes sont ainsi fortement écartés; mais le développement de la paroi inférieure de l'utérus est si rapide dans les derniers mois, que cet élargissement mécanique du placenta, sur lequel a surtout insisté M. Jacquemier, ne suffit plus pour prévenir le tiraillement des vaisseaux utéro-placentaires, ainsi que du tissu celluleux au milieu duquel ils rampent; et ce tiraillement étant enfin porté à l'extrême, toutes ces adhérences cellulo-vasculaires finissent par céder et se rompre : de là la production de l'hémorrhagie. »

Telles sont les opinions divergentes qui ont cours dans la science, et que j'ai cru devoir reproduire ici comme preuve de l'obscurité qui enveloppe encore cette intéressante question d'obstétrique. Elles présentent toutes un fonds de vérité relative qui demande l'appui de nouvelles données cliniques; je me borne à les mentionner et reprends mon observation :

Dès la première manifestation de l'accident dont je viens de parler, la sage-femme jugea convenable d'appliquer des compresses d'eau froide vinaigrée sur la région abdominale. Mais comme la perte sanguine continuait, la famille, effrayée avec juste raison, réclama l'assistance d'un médecin et m'envoya chercher.

Il était midi lorsque j'arrivai auprès de la malade, que je trouvai dans l'état suivant : face pâle, corps exsangue, muqueuses décolorées, extrémités froides, pouls petit, misérable; pas de céphalalgie ni de bourdonnements d'oreilles au début; la vue est nette, la parole assurée, quoique la voix soit un peu affaiblie et n'ait pas son timbre normal; bouffées de chaleur alternant avec des frissons erratiques; il faut, sur la demande de la malade, ouvrir et fermer constamment la fenêtre, d'après les alternatives de chaleur et de frissons qui se font sentir. L'hémorrhagie persiste toujours; le sang écoulé a été reçu dans trois vases de nuit. Je l'évalue à cinq litres environ.

Au milieu de cet effrayant cortége d'accidents, le travail reste stationnaire; la malade n'a eu jusque-là que des douleurs préparantes.

L'état anémique du sujet me paraît une contre-indication à opérer une révulsion par la saignée générale, et les événements ont justifié ma manière de voir.

Après avoir essayé de raffermir le moral de la malade, je songe à pratiquer le toucher pour m'assurer de l'état de l'organe gestateur. Je trouve le col dur et résistant; sa dilatation atteint tout au plus la grandeur d'une pièce de cinq francs. L'index explorateur, après avoir franchi une masse volumineuse de caillots compactes, ne tarde pas à rencontrer sur le pourtour de l'orifice du col, dans sa partie inférieure et latérale gauche, un corps mollasse et spongieux plus résistant que les caillots qui obstruent l'orifice externe, et dont il est facile de constater la nature à sa friabilité et au relief des vaisseaux qui rampent à sa surface. Cette masse, ainsi que je l'ai dit, adhère à l'ouverture du col dans ses deux tiers inférieur et gauche. Je diagnostique une insertion placentaire marginale incomplète. Au delà, l'on ne peut distinguer aucune des parties du fœtus.

La perte sanguine persistant toujours, je fais continuer sur la région utérine les compresses d'eau froide vinaigrée, et je prescris une limonade froide.

A une heure de l'après-midi les douleurs se ralentissent, et l'hémorrhagie augmente au point de m'inspirer les craintes les plus sérieuses. Il était urgent d'intervenir. Introduisant une main, j'allai donc immédiatement à la rencontre du placenta, dont l'insertion empêchait évidemment l'engagement des parties fœtales. Après l'avoir ratissé quelque temps avec l'ongle de l'index, je parvins à détruire en grande partie son insertion anormale en allant du bord libre au bord adhérent, et rencontrant en arrière la poche des eaux, qui commençait à bomber, je la rompis et arrivai d'emblée sur la tête du fœtus. Pour activer l'énergie des contractions utérines, j'administrai aussitôt 2 grammes d'ergot de seigle en quatre fois, à un quart d'heure d'intervalle.

Je dois faire ici un aveu : c'est qu'en administrant le seigle ergoté, je m'éloignai des règles tracées par la plupart des accoucheurs, qui veulent « qu'aucun obstacle sérieux n'existe à l'orifice utérin, et que le col de l'utérus soit suffisamment dilaté ou au moins assez souple, assez mou, entr'ouvert, pour être suffisamment dilatable; » mais en présence des accidents formidables qui dominaient la situation, le col ayant d'ailleurs déjà perdu de sa rigidité et s'étant un peu dilaté, je crus devoir solliciter par tous les moyens possibles l'utérus à se contracter pour expulser au plus vite le produit de la conception. J'espérais d'ailleurs que si la tête du fœtus s'engageait suffisamment, l'utérus venant à se rétracter sur le tronc fœtal, quelques parties de celui-ci fortement appliquées sur les vaisseaux ouverts qui fournissent le sang, pourraient suspendre la perte par cette compression.

Mais je n'étais pas encore au bout de mes tribulations médicales. Un nouvel acte de ce drame morbide allait se dérouler à mes yeux et redoubler mes craintes; car, à mon grand étonnement, le seigle ergoté n'eut aucun effet, et en outre l'abondance de la perte sanguine amena bientôt une syncope.

Cette complication, plus fâcheuse encore que la précédente, me privait des dernières chances qui me restassent, puisqu'elle allait déterminer une inertie à peu près complète de la matrice. A la suite de la syncope, en effet, l'inertie de l'organe amena la cessation des douleurs et l'absence de toute contraction, et la pauvre femme ne reprenait ses sens par intervalles que pour accuser de nouvelles pertes sanguines qui, selon son expression, *la brûlaient en passant*.

Que faire dans cette situation désespérée ? Les syncopes se succédaient presque sans interruption; les battements du pouls n'étaient plus appréciables aux artères radiales; l'hémorrhagie était toujours là, désespérante par son opiniâtreté; le travail avait complétement cessé; la mort était imminente.

Rappeler par tous les moyens qui restaient en mon pouvoir l'énergie vitale près de s'éteindre, réveiller les contractions de l'utérus, combattre l'hémorrhagie, ou plutôt précipiter l'accouchement dans le but d'arrêter la perte sanguine, telles étaient les indications impérieuses auxquelles il fallait satisfaire.

Il était déjà cinq heures; le travail était nul; la tête du fœtus n'avait fait aucun progrès; les syncopes et l'hémorrhagie allaient toujours croissant. Je songeai, dès lors, à organiser un système de douches utéro-vaginales pour tâcher de faire sortir l'utérus de sa torpeur. J'avais à peine fait fonctionner l'appareil à injections une demi-heure que je constatai avec bonheur que les syncopes diminuaient d'intensité et de durée, que la malade reprenait quelque force et que l'utérus entrait en contractions. Me rattachant alors à cette planche de salut avec toute l'énergie qu'inspire une lueur d'espoir en faveur d'un malheureux qui va périr, je continuai pendant trois heures sans interruption ces douches salutaires, et le succès vint couronner mes efforts. Quelques bonnes douleurs en effet survinrent, la tête s'engagea dans la cavité, et, chose inespérée, l'hémorrhagie, objet de mes appréhensions, s'arrêta comme par enchantement.

Je n'essayerai pas de décrire ici les causes auxquelles doit être attribué l'arrêt des pertes sanguines. Il est à croire que ce fut par un mécanisme bien simple dont j'ai déjà suffisamment rendu compte. La tête, une fois engagée à travers l'ouverture du col, fit l'office d'un tampon ou plutôt d'un coin qui favorisa le retrait des vaisseaux utéro-placentaires ou leur application sur les parties fœtales. Quoi qu'il en soit, le reste de l'accouchement ne fut plus pour moi qu'une affaire de patience. Introduisant fréquemment la main, j'excitai, je provoquai presque à volonté les contractions utérines en titillant légèrement les lèvres du col, et j'amenai ainsi assez vite l'utérus à se débarrasser spontanément sans recourir au forceps, dont l'application n'eût d'ailleurs présenté aucune difficulté s'il eût été nécessaire de l'employer.

A huit heures, la femme C... accouchait naturellement d'un enfant mort très-probablement pendant le travail, car j'avais constaté les battements du cœur du fœtus avant l'apparition des syncopes. Il avait une tête très-volumineuse, un corps médiocrement développé; la face cyanosée, les membres supérieurs contracturés. Les membranes de l'œuf étaient sèches; le placenta était pourvu d'une très-riche vascularisation; sa substance était friable, crépitante, comme un poumon qui a respiré; les traces d'adhérences anormales étaient encore manifestes, et je les fis constater à la sage-femme et aux assistants.

Telle est, en résumé, l'histoire de cet accouchement, qui a présenté les complications les plus insolites et les plus redoutables. Pour les juger par une dernière appréciation, qui n'est pas d'une médiocre importance à mes yeux, je me bornerai à ajouter que la sage-femme qui m'assistait, Mme Bonnefont, ancienne élève de Mme Lachapelle, reçue à la Maternité de Paris, douée d'un rare savoir et recommandable par une longue expérience, m'affirma qu'elle n'avait pas vu un cas semblable pendant une carrière de cinquante années. Ce témoignage est un motif de plus ajouté à tous ceux qui ressortent d'un fait aussi intéressant, pour m'engager à porter cette observation à la connaissance de mes confrères.

HÉMORRHAGIE NASALE,

Par M. le docteur Hiard (de Mugron).

La méthode que depuis trente ans je mets en usage contre l'épistaxis, prouve que nous cherchons souvent bien loin ce que nous avons sous la main.

Sujet dans mon jeune âge aux hémorrhagies nasales, à tort ou à raison, je crus m'apercevoir que le sang, dans ces cas, s'écoulait d'un point de la cloison nasale accessible au doigt. Imbu de cette idée, avec la pulpe des deux médius, comme on peut aussi le faire avec l'indicateur et le pouce de la même main, je comprimai les ailes du nez contre la cloison, faisant un léger effort, comme si j'eusse voulu pénétrer sous la voûte osseuse de cet organe. Au bout de cinq minutes environ, retirant les doigts, l'écoulement de sang, chaque fois que j'en fis l'expérience, avait cessé. Cependant, ce que l'on observe toujours au moment où l'on suspend la compression, il s'écoule avant l'arrêt définitif de l'hémorrhagie de six à dix gouttes de sang; s'il s'en écoulait davantage, on reprendrait la compression.

Depuis, j'ai constamment et avec succès usé pour les autres du procédé qui avait si bien réussi pour moi-même. Les hémorrhagies accidentelles, celles que l'on voit dans les fièvres typhoïdes, celles provenant de lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux, etc., ont toujours été arrêtées sans que pendant l'opération il se soit écoulé une cuillerée de sang.

Je ferai remarquer que pendant la petite manœuvre l'on donne au patient la position assise : il faut aussi lui recommander de tenir la tête légèrement inclinée, comme lorsqu'on écrit, et de la laisser faiblement reposer sur la pulpe des doigts de l'opérateur. De plus, il est nécessaire que pendant comme après l'opération le patient encore ait constamment la bouche ouverte pour ne pas respirer par le nez. Si rien n'a manqué aux indications que je viens de donner, le sang ne refluera pas vers l'arrière-gorge, et y refluerait-il qu'on en serait quitte pour suspendre la compression, seulement pour donner le temps de cracher.

Comme nous l'avons déjà dit, à quelques gouttes près qui s'écoulent lors de la levée des doigts, au bout de quatre ou cinq minutes de compression, le sang ne paraît plus. Cependant chez un individu atteint d'hypertrophie du cœur, et presque exsangue quand je fus appelé, je dus exercer la compression pendant une demi-heure, vu que son sang n'était presque plus que du sérum.

Que se passe-t-il dans l'emploi de mon procédé? Un caillot allant du point comprimé à la gorge fait-il l'office de tamponnement? Je ne crois pas que les choses se passent tout à fait

ainsi... A chacun de le chercher!... Une explication insuffisante n'ôtera rien au mérite d'une petite invention qui, sans danger, réussit constamment et *illico*.

SIROP COMPOSÉ CALMANT DE PHELLANDRE AQUATIQUE.

Par M. le docteur BÉCLÈRE.

Le phellandre aquatique, trop négligé de nos jours, renferme des propriétés médicales que les anciens médecins savaient utiliser avec le plus grand succès dans les affections des voies respiratoires, et même dans les deux premiers degrés de la phthisie pulmonaire.

Les médecins allemands surtout, et en particulier Kramer et Emstringius, deux praticiens distingués, ont publié des dissertations *ex-professo* sur les diverses propriétés médicales de cette plante. Emstringius regardait même les fruits du phellandre comme un fébrifuge des plus puissants, au point qu'il le préférait au quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes de tous les types.

Toutefois, jusqu'à présent je n'ai pas employé les fruits du phellandre contre les fièvres avec accès intermittents; mais l'heureuse association que nous avons faite de l'opium et de la belladone, dans des proportions définies, au sirop déjà très-pectoral de cette ombellifère, constitue un sirop composé qui devient un calmant des plus sûrs et même très-énergique pour cette série de toux nerveuses et rebelles contre lesquelles le médecin lutte souvent très-longtemps avant de pouvoir en triompher.

Voilà bientôt quatre ans que je prescris ce sirop dans les toux anciennes, les catarrhes chroniques, les angines laryngées, l'asthme, les coqueluches, et dans toutes les affections des voies respiratoires où l'élément nerveux domine l'inflammation.

J'ai constamment remarqué dans toutes ces circonstances que mes malades non-seulement étaient promptement soulagés, mais ne tardaient même pas à être débarrassés d'une toux qui leur était si pénible et qui devenait pour eux un véritable tourment.

Voici la formule de ce sirop composé :

Sur 100 grammes de semences de phellandre, versez q. s. d'eau bouillante pour obtenir 500 grammes d'infusé. Passez et ajoutez 1,000 grammes de sucre. Plus :

Extrait thébaïque. . . .	65	centigrammes.
— de belladone. . . .	55	—

Faites fondre jusqu'à consistance sirupeuse pour obtenir 1,500 grammes de sirop.

Chaque cuillerée à bouche contient environ 12 ou 13 milligrammes de principe actif.

Dose de trois à six cuillerées à potage par jour pour les adultes, en commençant par trois. On peut augmenter la dose d'une cuillerée par jour jusqu'à six.

Pour les enfants, on se servira de cuillers à café, et le nombre sera également de trois à six par jour.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 août 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

Collections séreuses du petit bassin. — M. DEMARQUAY communique une note sur les collections séreuses du petit bassin liées à une métro-péritonite non puerpérale. Cette note a pour objet d'appeler l'attention sur une maladie non décrite, quoiqu'elle soit loin d'être rare. Voici l'observation qui a fourni à M. Demarquay les éléments de ce travail.

.... Une femme de forte constitution, souffrant depuis longtemps de l'utérus, me fut adressée à la suite d'accidents de métro-péritonite assez vifs et qui avaient complétement cessé. A la suite de ces phénomènes, une collection séreuse s'était formée dans le petit bassin ; l'utérus et la vessie avaient été fortement refoulés en avant et le rectum en arrière, d'où une gène notable dans les fonctions de ces organes. Après m'être entouré de toutes les précautions voulues, je retirai 520 grammes d'un liquide citrin en tout point analogue au sérum du sang, et surtout au liquide que nous retirons par la thoracentèse dans la pleurésie aiguë. Mon ami M. Leconte a fait l'analyse complète de ce produit.

En introduisant le doigt à plusieurs reprises dans la cavité qui renfermait ce liquide, j'ai pu me convaincre qu'il avait son siége dans le cul-de-sac rétro-péritonéal. Pour prévenir les accidents qui m'avaient enlevé une première malade, je fis chaque jour des injections de teinture d'iode étendue d'eau, et tout alla pour le mieux ; la malade a parfaitement guéri.

Le siége de cette collection considérable n'est point douteux : la symptomatologie, l'analyse du liquide, l'exploration directe, prouvent manifestement que le cul-de-sac rétro-péritonéal était bien le siége de cet épanchement. Ce qui n'était point douteux non plus, c'est que cette sérosité citrine était née d'un travail inflammatoire fixé sur l'utérus, et qui s'est propagé au péritoine voisin ; de même que les maladies pulmonaires entraînent souvent une pleurésie circonscrite ou générale, de même ici un travail inflammatoire fixé sur l'utérus s'est communiqué au péritoine, au petit bassin, de là une pelvi-péritonite séreuse. On comprend d'ailleurs que des accidents inflammatoires ayant eu lieu du côté du petit bassin ont pu amener des adhérences et ultérieurement des cavités plus ou moins circonscrites dans lesquelles se forment les collections séreuses qui nous occupent. Ce que nous voyons là, dans les conditions normales de la vie de la femme, nous le voyons souvent dans l'état puerpéral. Il n'y a pas d'année où nous ne rencontrions des collections purulentes formées dans le même lieu, à la suite de la métro-péritonite puerpérale. Si dans ces circonstances les collections qui se forment sont purulentes, cela tient aux conditions particulières de l'organisme et à la plus grande intensité des phénomènes phlogistiques. Un fait m'a frappé : toutes les fois que dans ces circonstances j'ai dû intervenir pour faire cesser les accidents graves tenant à la présence de ces collections, j'ai toujours retiré une suppuration plus ou moins ténue. On comprend donc parfaitement qu'un travail inflammatoire se produisant dans l'utérus, la trompe ou l'ovaire, en dehors de toute influence puerpérale, et se communiquant au péritoine, pourra amener une collection séreuse dont le siége variera, en raison du point de départ de la maladie, de même que dans la pleuro-pneumonie l'inflammation pleurale est en rapport avec la lésion pulmonaire. On comprend de plus que cette péritonite circonscrite, si elle n'est point arrêtée dans sa marche par des adhérences ou par un traitement convenable, se généralise et amène des accidents péritonéaux mortels ; c'est ce qui est arrivé à notre première malade, à la suite de la ponction simple que nous avions pratiquée, et chez laquelle nous n'avons point fait d'injection iodée. (Commissaires, MM. Velpeau, Jobert (de Lamballe).

Apoplexie du bulbe rachidien. — M. MESNET adresse la note suivante, relative à un cas d'apoplexie du bulbe rachidien en arrière de la protubérance annulaire.

Un homme de trente-neuf ans, d'une santé habituellement bonne, n'ayant aucun des attributs du tempérament dit apoplectique, tombe brusquement privé de connaissance. Un léger accès convulsif se manifeste avec les caractères suivants :

Rigidité générale de tout le système musculaire, mouvement de torsion en arrière et en dehors du bras droit, bouffissure, cyanose de la face, un peu d'écume à la bouche, durée de l'accès épileptiforme, deux minutes au plus.

Le malade tombe dans la résolution et présente l'apparence d'un sommeil tranquille ; point de déviation de la face, nulle trace de convulsion. L'un et l'autre bras se lèvent avec lenteur, et se portent successivement vers la partie postérieure de la tête comme pour enlever un obstacle ; ce mouvement est plus fréquent dans le bras droit que dans le bras gauche. Les membres inférieurs se meuvent spontanément dans le lit et le font sans roideur ni convulsions.

L'appareil respiratoire est frappé d'inertie, sauf le diaphragme. Aucun mouvement ne se produit dans les muscles de la poitrine, l'acte de la respiration est limité à un mouvement de soufflet de la base de la poitrine, qui se dilate et se resserre dans les limites les plus exagérées. Chaque inspiration, lente du reste, fait entendre un bruit comparable au ronflement du sommeil. Les muscles du bassin prennent part à l'effort que fait le diaphragme.

La sensibilité générale semble conservée, bien que notablement engourdie, car on ne pince point un membre sans qu'aussitôt le membre du côté opposé se porte à l'endroit que l'on pince. L'anéantissement des facultés intellectuelles est complet : il est impossible d'éveiller l'attention du malade.

Une petite quantité d'urine s'écoule par jets. La circulation ne participe nullement aux désordres de la respiration : le pouls est calme et régulier, le cœur a conservé son rhythme normal.

Cet état dura une heure : après quoi nous vîmes l'action du diaphragme se ralentir, le mouvement de la poitrine diminuer, puis s'arrêter, sans que la physionomie du malade, la coloration de la face présentassent la plus légère altération. Les yeux n'étaient point convulsés : les pupilles étaient notablement dilatées. Pendant les sept minutes qui suivirent la dernière expiration, le cœur et le pouls continuèrent à battre régulièrement, et je pus, pendant tout ce temps, percevoir de la manière la plus distincte les bruits valvulaires.

Lésions anatomiques. — Le crâne offre une résistance considérable et un épaississement notable. Les méninges sont gorgées de sang. Les hémisphères ne présentent rien à noter, non plus que le cervelet. Le cervelet étant relevé d'arrière en avant, la valvule de Vieussens divisée, on découvre le quatrième ventricule, dont les parois sont intactes ; le plancher de ce ventricule n'a subi aucune altération.

La protubérance annulaire incisée sur sa face antérieure, dans le sillon même que parcourt le tronc basilaire, présente un foyer hémorrhagique contenant un caillot demi-solide du volume d'un pois rond. Ce foyer est placé à peu près au centre de la protubérance; cependant il est plus rapproché du plancher du quatrième ventricule que de la face opposée, et bien que sur la ligne médiane, il a un peu plus de développement dans la moitié gauche que dans la moitié droite de la protubérance. L'excavation faite par l'hémorrhagie est enveloppée d'une couche de substance cérébrale, piquetée de sang, ramollie, le tout ensemble représentant le volume de la moitié de la dernière phalange du doigt auriculaire.

Pour déterminer de la manière la plus exacte le siége de la lésion par rapport au quatrième ventricule, j'ai traversé la protubérance avec une aiguille passant par le centre du foyer, et j'ai trouvé qu'il était placé à la réunion du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de ce ventricule, au-dessous des colonnes de fibres blanches qui semblent être les prolongements des faisceaux latéraux du bulbe, et concourent à former la paroi du ventricule lui-même.

— M. BOUCHUT adresse au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un mémoire imprimé « sur les effets thérapeutiques du chloroforme à l'intérieur contre les calculs biliaires et la colique hépatique ». (Réservé pour la future commission des prix Montyon, concours de 1861.)

Par arrêtés du 7 août 1861, M. le docteur Guépin est nommé chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de Bordeaux, en remplacement de M. Segay, démissionnaire.

M. le docteur Arthur Decès, professeur adjoint de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de Reims, est nommé professeur titulaire de ladite chaire, en remplacement de M. J. B. L. Decès, démissionnaire.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un au 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 16 AOUT 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur la morve a continué à occuper presque exclusivement l'attention de l'Académie dans cette séance. MM. H. Bouley et Renault ont maintenu contre la dernière argumentation de M. Guérin leurs premiers dires. Pour M. Bouley il n'y a point de morve réduite ou ébauchée ; ce n'est qu'à l'aide d'une confusion que les vétérinaires ont pu faire à une certaine époque, mais que les élèves d'Alfort ne feraient pas aujourd'hui, entre la morve et quelques affections bénignes qui ont avec elle quelques ressemblances grossières, qu'on pourrait aujourd'hui soutenir cette opinion. Il n'y a point de morve bénigne, de morve légère, point de morve curable, d'une manière générale.

Les analogies pathologiques invoquées par M. Guérin n'ont rien à faire dans l'espèce. Au nom de sa compétence clinique spéciale. M. Bouley repousse toutes les déductions inspirées par la compétence scientifique de son contradicteur, dont l'intervention n'a fait que souffler la confusion et le désordre là où depuis trente ans les vétérinaires se sont efforcés d'établir l'ordre et la méthode. L'analogie d'ailleurs serait ici trompeuse, car s'il est vrai que la nosologie fournit de nombreux exemples de maladies virulentes susceptibles de différents degrés, elle enseigne aussi qu'il y a des maladies virulentes sans degrés, ou plutôt qui n'ont jamais qu'un seul degré, celui qui tue. L'analogie aurait donc été un guide infidèle entre les mains de M. Guérin, qui, faute de connaître cliniquement la morve, en a méconnu la véritable nature.

Telle est en substance l'argumentation de M. Bouley, argumentation nette, précise, vigoureuse, présentée avec un talent et une verve qui ont séduit l'auditoire.

M. Renault a apporté à la cause soutenue par son collègue l'appui de sa parole grave et autorisée. Ils repoussent l'un et l'autre avec la même persistance et la même énergie les principes à l'aide desquels M. Guérin a cherché à éclairer l'histoire de la morve en la plaçant sous un jour nouveau.

Il paraîtra peut-être étrange que nous résistions encore en présence de deux autorités aussi imposantes en matière vétérinaire, et que nous ne nous déclarions pas convaincu par des témoignages d'une pareille valeur. Nous avouons avoir besoin encore d'un supplément de lumières avant d'oser nous prononcer sur les principaux points en litige. Plusieurs des membres de la section de médecine vétérinaire, qui n'ont pas encore pris part au débat, se proposent d'intervenir. Nous attendrons que leur opinion se soit manifestée pour asseoir les bases définitives de notre appréciation.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. DEVAY.

D'une forme de congestion épileptiforme particulière à certains vieillards.

Après vous avoir entretenu dans les précédentes leçons des caractères propres à la péri-encéphalite, à la congestion cérébrale simple ou compliquée, je vais aujourd'hui appeler votre attention sur une affection peu étudiée jusqu'ici, et qui sous le rapport de ses causes, de ses symptômes et de sa nature, semble présenter un grand intérêt : il s'agit de la congestion épileptiforme des vieillards, produite le plus souvent dans des circonstances données, et dont nous vous entretiendrons plus loin. Depuis quelque temps, l'attention est éveillée sur la pathologie cérébrale, et si des discussions récentes n'ont point amené de bien grandes lumières touchant certains problèmes pathogéniques ; si l'on peut dire que chacun a gardé sa propre opinion après de grands débats de parole, il n'en est pas moins vrai qu'une nécessité plus grande s'est révélée à la clinique, de mieux interpréter les lésions qui peuvent donner lieu à l'épilepsie larvée, de reconnaître la possibilité de vertiges épileptiformes par le fait d'une congestion cérébrale transitoire, de reconnaître également qu'une forte congestion cérébrale généralisée frappe de mort à l'égal d'une hémorrhagie cérébrale qui déchire les ventricules. Pour un très-grand nombre de médecins, les deux derniers points étaient peu contestés, et la pratique ordinaire de la médecine démontre que la congestion apoplectiforme modérée et passagère, que Willis appelait *apoplexia habitualis*, donne lieu à des accidents capables d'être confondus avec l'apoplexie proprement dite. Mais il y a loin de là à soutenir que la congestion cérébrale apoplectiforme est presque toujours une forme méconnue du petit mal épileptique.

Lorsque l'on peut accuser ce dernier au milieu du cortége d'accidents cérébraux, on doit reconnaître qu'il existe un élément névropathique chez le patient, qu'il soit constitutionnel ou déterminé par des causes nettes et distinctes. Au lieu de dire, comme M. Trousseau, que l'épilepsie est le fait d'une certaine *modalité cérébrale*, il est plus clair de lui donner le nom de *névrose*, c'est-à-dire une affection convulsive dépendant d'une lésion de l'action spéciale de la substance nerveuse dans ses rapports directs avec les mouvements volontaires ou involontaires.

Je vais vous faire l'histoire de certains malades où vous pourrez reconnaître, soit par les symptômes, soit par la marche, un côté propre à l'épilepsie, et de l'autre une apparence de congestion. Tant que la cause spéciale, dont je vous entretiendrai dans un instant, n'est point connue, on ne peut bien interpréter la valeur clinique de ces faits : on est tenté de les ranger dans le cadre des attaques ou des congestions encéphaliques communes. Mais lorsqu'on a bien saisi la nature de la cause sous l'influence de laquelle de semblables accidents éclatent, tout s'explique ; on a affaire à une forme particulière de lésion encéphalique. Et vous apprendrez une fois de plus combien l'étiologie est nécessaire soit pour éclairer la vraie nature d'une maladie, soit pour poser les plus valables indications thérapeutiques.

Un malade, âgé aujourd'hui de soixante-seize ans, d'une constitution forte, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une intelligence élevée, rempli d'une grande aptitude pour les affaires, mais d'un caractère un peu pusillanime, ayant toujours conçu des craintes pour sa santé, affecté d'une nuance d'hypochondrie dans tout le cours de sa vie, fut atteint, dans l'hiver de 1851, d'une *attaque* pour laquelle nous fûmes appelé pendant la nuit.

Nous trouvons le malade, atteint de perte de connaissance, sur le décubitus latéral droit, la figure un peu congestionnée, présentant une distorsion de tous les traits du visage, de véritables convulsions éclamptiques ; les muscles du nez et des lèvres, particulièrement contractés, donnent au visage l'aspect du satyre. Les membres ne présentent rien de contracté et de convulsé ; la respiration est haute, sans être stertoreuse, le pouls est faible à 76.

Nous vîmes là une crise épileptiforme, et le domestique qui couchait dans un cabinet à côté nous apprit qu'il avait entendu le malade, une heure auparavant, pousser un grand cri. Rien la veille ne pouvait faire prévoir un accident semblable.

Au bout de deux heures, M... reprend ses sens, regarde autour de lui d'un air hagard, ne se ressouvient de rien : il accuse une légère céphalalgie. — Tilleul éthéré, lavement émollient.

Nous reviendrons dans un instant sur le traitement qui a été employé.

Jusqu'au 20 mai 1851, le malade paraît jouir d'une santé assez bonne ; à dix heures du soir il est repris du même accès, dont nous sommes encore témoin. Mêmes symptômes, même durée.

Intervalle de sept mois. Nouvelle crise survenue le matin, et pour laquelle nous ne sommes point appelé. A dater de cette époque, les crises ont moins d'intervalle, et il en éprouve deux autres dans la semaine qui a suivi la seconde.

A partir de cette secousse, un intervalle de six mois sépare la cinquième. La santé générale commence à présenter quelques légers signes d'affaiblissement musculaire, un peu d'amnésie.

A partir de cette époque jusqu'à ce jour, pour ne point faire de répétitions fastidieuses, nous comptons dix-sept attaques. Ainsi notre malade en a éprouvé vingt-deux, qui presque toutes ont présenté les mêmes symptômes.

Sans les aveux faits par M..., homme d'une remarquable intelligence, il nous eût été difficile de pénétrer la cause de cette singulière affection. Mais lui-même nous la désigna : il nous apprit qu'il avait conservé la plénitude de ses facultés viriles, et qu'il était obligé fréquemment de céder à leurs exigences ; que les crises survenaient la nuit au moment de douloureuses et d'incommodes érections ; qu'il lui semblait qu'elles avaient plus de tendance à se répéter lorsqu'il avait plus fréquemment assouvi son besoin. A l'heure qu'il est, M..., qui est toujours dans l'attente d'un vingt-troisième accès, qui éprouve toujours les mêmes impressions organiques, est dans un état de santé relativement bon. Si sa mémoire a un peu fléchi, si les forces musculaires ont également diminué, cela peut s'expliquer mieux par les progrès de l'âge que par les crises éclamptiques qu'il a subies. C'est un fait digne de remarque que chez un vieillard leurs violences multipliées n'aient point chaque fois emporté un lambeau de l'intelligence, amené une paralysie partielle ou générale, comme cela est ordinaire dans les attaques d'apoplexie.

Quelle est à présent la nature de ces accidents? Sont-ce des congestions ordinaires? Sont-ce des accès épileptiformes sous l'empire d'une névrose? Nous dirons : il y a là un élément congestif et en même temps une névrose ; c'est un état combiné.

Chez ce malade, il est impossible de méconnaître un état névropathique constitutionnel qui pendant toute sa vie a influé sur sa santé, s'est manifesté sous la forme de l'hypochondrie. Or l'on sait combien la surexcitation nerveuse se traduit sous des formes multipliées, combien une affection de ce genre, même aux caractères les plus francs et les plus tranchés, se rattache par des liens de parenté à une autre maladie qui a un siége différent dans l'axe cérébro-spinal ou le système ganglionnaire. Quant à l'élément congestif, il serait impossible de méconnaître sa présence chez tous les malades : il se manifeste lors des accès par des signes visibles, la turgescence de la face.

M. X..., âgé de soixante-quatre ans, d'une constitution des plus robustes, d'un tempérament bilioso-sanguin, bien équilibré, s'est adonné à tous les excès sans que sa santé générale ait été compromise. Il a conservé des besoins génésiques et une puissance virile qui seraient extraordinaires même à la fleur de l'âge. Il passe sa vie au sein des sociétés licencieuses, malgré tous les efforts de sa famille et de ses amis pour l'en détourner. A cela se joignent des excès de table presque quotidiens. Ce malade, auquel nous donnons des soins depuis quinze ans pour de légères indispositions, est saisi dans un café de perte de connaissance et de symptômes convulsifs dans le courant de l'hiver 1858.

Il est ramené chez lui, où nous le trouvons le facies hébété, ne se ressouvenant de rien. Les renseignements pris dans l'établissement constatent que le malade a poussé un cri, puis est tombé, qu'il y a eu des convulsions du visage et des membres. Un lavement purgatif, ainsi qu'une potion éthérée, sont prescrits.

Nous nous efforçons de faire comprendre à ce malade que ce qu'il vient d'éprouver est un avertissement sévère pour changer sa vie.

Trois mois après, le malade n'ayant rien modifié dans ses habitudes, est frappé de ce qu'on appelle une seconde attaque, chez lui, à neuf heures du soir. Cette fois, nous l'observons et assistons à une véritable crise épileptiforme. Pouls distendu, yeux tournés en haut, écume sanguinolente aux lèvres ; décubitus sur le côté droit, avec convulsions éclamptiques des membres supérieurs et inférieurs ; rigidité générale.

Cette crise dure environ trois quarts d'heure ; mais elle laisse à sa suite une grande inertie de l'intelligence et un considérable affaiblissement musculaire. — Un séton est appliqué à la nuque ; pilules aloétiques ; lavements.

Pendant quatre mois, état stationnaire. Au bout d'un an, retour à la santé ; nouveaux excès, nouvelle crise présentant tous les caractères précédemment indiqués. Cette fois, M... se remet plus promptement, et aujourd'hui sa santé est la même que ci-devant ; mais nous lui avons prédit de prochaines crises.

— M..., âgé de soixante-neuf ans, cède à une dangereuse tentation ; il contracte un chancre à la verge, suivi plus tard de plaques de roséole. Il est vu dans cet état par un de mes collègues ici présent. Un traitement approprié met fin à ces accidents, que je ne fais que signaler ici.

Quatre mois après (en juin 1852), M..., qui avant son accident avait mené une vie régulière, éprouve le besoin de satisfaire l'instinct de la reproduction. Il est frappé au milieu de l'acte de symptômes convulsifs. Un quart d'heure après, nous constatons la perte de connaissance, la contraction des traits du visage, une légère contracture de la main gauche, une insensibilité complète des téguments. Au bout d'une demi-heure surviennent des pandiculations ; le malade ouvre les yeux, promène un regard d'hébétude autour de lui, et n'a aucun souvenir.

Le lendemain, il travaillait à son bureau. Un an après, nouvelle crise survenue dans les mêmes circonstances, ce dont nous ne sommes pas témoin. Retour à la santé. Le malade quitte Lyon un an après ; nous le perdons de vue. Nous avons appris qu'il avait succombé à une *attaque* qui cette fois-là aurait bien pu être une véritable apoplexie.

Si nous voulons, à présent, comprendre le sens clinique de ces observations, nous verrons d'abord que chez tous ces malades les accidents que nous avons rapportés étaient liés à des circonstances particulières, à l'exercice d'une fonction qu'on peut considérer comme *hors d'âge*, pour ne pas dire un *hors d'œuvre*. Quoique la nature ait, pour la femme, posé des limites plus précises à la vie de reproduction que chez l'homme ; quoique celui-ci, par certains exemples de vigueur générative se manifestant à l'âge de la caducité, semblerait échapper à une loi générale pour l'autre sexe ; qu'on pût dire à la rigueur qu'il n'y a pas véritablement pour l'homme de limites nettement tranchées, autres

que celles qui proviennent des tempéraments individuels, des maladies qui minent ou affaiblissent tous les ressorts vitaux, il faut bien convenir qu'à partir de la vieillesse l'acte conjugal a presque toujours des conséquences graves, lors même qu'il s'effectue sans le secours d'excitations funestes (1). Elle est donc bien désirable pour la santé des vieillards, cette extinction par nuances insensibles des sens et des désirs; le dépérissement d'une fonction qui, ne pouvant plus concourir à une saine génération, n'est dès lors qu'un élément de plus ajouté à la décadence. Si chez l'homme jeune et bien portant qui abuse, les conséquences de ces excès agissent de préférence sur les organes centraux de l'innervation, chez le vieillard, dont le cerveau est frappé d'une sorte de dégénérescence moléculaire sénile, d'une hyperémie mécanique déterminée autant par la stase veineuse que par les ossifications artérielles, de pareils effets doivent *à fortiori* se produire. Mais il est vrai de dire que les attaques franches d'apoplexie, que les congestions véritables doivent être plus fréquentes que la congestion épileptiforme. Et puis, chez les vieillards, il serait difficile de faire abstraction, dans une maladie cérébrale, d'une certaine nuance de congestion. Tout y prépare, tout y amène. Enfin, l'appréciation des causes, causes si puissantes et si ordinaires de congestion, d'extravasation sanguine, de la surexcitation et de la perversion des fonctions nerveuses, achèverait de dissiper tout doute, s'il en était un possible, relativement à la nature de l'affection que nous venons de vous signaler. C'est bien une affection de nature mixte, tenant beaucoup de la névrose et un peu de la congestion; c'est une affection mixte correspondant à des causes mixtes. Nous voyons là une variété bien peu connue encore de la grande famille des affections épileptiformes, où bien des points encore se trouvent à éclaircir.

Le traitement de cette affection repose sur des indications précises en rapport avec la conception que l'on s'est faite de sa nature :

1° Agir contre l'élément congestif par des révulsifs, par des émissions sanguines modérées;

2° Sur le système nerveux par les antispasmodiques appropriés;

3° Sur l'orgasme du sens vénérien.

Pour le premier chef, l'âge des malades, l'élément important du côté du système nerveux constitutif, en première ligne, de l'affection, commandent une grande sobriété dans les émissions sanguines; la saignée générale ne peut être que fort exceptionnelle. Il faut se borner à appliquer des sangsues au siége, 4, 6, 8, en ayant soin d'y revenir de temps à autre. Des sinapismes larges seront promenés sur le tronc et sur les membres. On aura recours aux préparations aloétiques, aux lavements purgatifs. Les antispasmodiques, les préparations de valériane, quelques stimulants diffusibles; l'esprit de Mendererus, les infusions aromatiques, conviennent à l'instant de la cessation des crises et dans l'intervalle. Des exutoires seront appliqués à la nuque, aux bras, ou même à la cuisse.

C'est ce traitement antiphlogistique modéré, uni aux révulsifs et à l'application de cautères à la nuque et aux bras, qui a été mis en usage chez le premier malade. Tous les deux ou trois mois, il applique 3 à 6 sangsues au fondement; il mène une vie très-sobre, très-régulière; mais un préjugé enraciné chez lui à l'égard des remèdes qui dépassent la sphère d'action des émollients, lui a fait rejeter comme dangereuses les préparations de valériane et d'autres antispasmodiques que nous lui avions conseillés.

Enfin, une indication importante consiste à abattre l'éréthisme vénérien, à modérer d'importunes et dangereuses obsessions, outre un régime alimentaire approprié, assez doux pour agir dans ce sens et assez substantiel pour réparer la décadence de l'âge, certains médicaments sont applicables. Parmi ceux-ci, nous signalerons les infusions de laitue, de pourpier, de nénuphar avec le sirop de nymphæa. Les pilules composées de parties égales de camphre, de nitre et d'extrait de jusquiame, prises le soir et lors du coucher, nous ont paru exercer une heureuse influence sur les crises nocturnes. Les grands bains avec addition de colle de Flandre et d'amidon ne doivent point être négligés.

En résumé, 1° il existe chez certains vieillards, chez ceux qui conservent la faculté virile, et particulièrement chez ceux qui en abusent, une variété d'affection cérébrale qui diffère par sa nature et ses symptômes de la congestion proprement dite et surtout de l'apoplexie.

2° Cette affection n'entraîne point, comme les précédentes, une décroissance aussi grande des facultés intellectuelles, ainsi que des fonctions locomotrices. Elle n'est point incompatible avec une certaine vigueur de la santé générale.

3° La médication doit consister dans l'application modérée des antiphlogistiques, combinés aux antispasmodiques et aux substances propres à apaiser l'orgasme vénérien. Les exutoires peuvent rendre aussi de grands services.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. Baizeau.

Perforation de la voûte palatine.

Opération de palatoplastie par déplacement latéral.

H... (Louis), cavalier de remonte, atteint en 1856 d'un chancre induré à la base du gland avec adénopathie inguinale du côté gauche, entre à l'hôpital de Fontenay-le-Comte (Vendée), où on lui fait prendre des pilules de proto-iodure de mercure pendant plusieurs mois. Peu de temps après ce traitement, des accidents secondaires apparaissent : syphilides pustuleuses du cuir chevelu, alopécie, plaques muqueuses aux lèvres et à l'anus. Soumis de nouveau aux préparations hydrargyriques, ces manifestations syphilitiques se dissipent.

A la fin de 1859, la voûte palatine devient le siége d'un gonflement subinflammatoire; un abcès se forme et s'ouvre à la fois dans la bouche et dans les fosses nasales. On constate alors une nécrose étendue des os du palais. Des séquestres volumineux sont extraits, et sous l'influence de l'iodure de potassium, les parties molles ulcérées se cicatrisent; mais il reste une perforation pour laquelle ce malade vient au Val-de-Grâce, dans le service de M. Legouest, qui a la bonté de le confier à mes soins.

Au centre de la voûte palatine, sur la ligne médiane antéro-postérieure, à un demi-centimètre des incisives, est une ouverture elliptique, large transversalement de 10 millimètres, et dont le grand diamètre, dirigé d'avant en arrière, mesure 15 millimètres. Ses bords, amincis, du reste assez réguliers, sont constitués par un tissu cicatriciel dur, blanc rosé. Le vomer, détruit au niveau de cet orifice, a complétement disparu; mais on distingue sur les côtés le bord inférieur des cornets. En pressant la voûte de bas en haut, on remarque que la portion osseuse manque à peu près complétement sur les parties latérales; et en arrière de la fistule on ne sent çà et là que quelques noyaux osseux isolés.

La phonation est extrêmement altérée; la voix est sourde, voilée, nasonnée, et les paroles sont peu distinctes. La déglutition est gênée; les liquides, et même les aliments solides, passent dans le nez et entretiennent une irritation de la muqueuse nasale. Pour boire, le malade est obligé de renverser la tête en arrière; il ne peut ni siffler ni fumer. Des mucosités nasales épaisses, filantes, s'engagent continuellement dans la fistule et s'écoulent dans la bouche.

La cicatrisation est complète depuis cinq mois, et toute trace syphilitique a disparu; cependant, par prudence, je prescris l'iodure de potassium avant de tenter l'oblitération de la perforation.

Le 24 octobre 1860, je pratique la palatoplastie suivant le procédé que j'ai déjà fait connaître, et que j'ai employé avec succès chez le nommé Petit-Jean.

Je commence par l'avivement du pourtour de la fistule, et afin de redresser les bords qui présentent une courbure trop considérable pour permettre un rapprochement facile, je prolonge mes incisions en avant et en arrière de cinq millimètres au delà de la perforation, qui se trouve ainsi allongée d'un centimètre, suivant le grand axe de la voûte. Chez mon premier opéré, j'avais porté mon avivement un peu en dehors de la fistule, afin de ne pas augmenter l'étendue de la perforation en cas de gangrène des lambeaux; mais ici je suis forcé de procéder autrement, par suite de l'absence de la charpente osseuse du palais. Je fais ensuite de chaque côté, le long de l'arcade dentaire et parallèlement aux bords latéraux de la fistule, une incision qui dépasse environ de 6 millimètres en avant et en arrière l'orifice avivé. Puis je détache avec des bistouris courbes sur le plat et une spatule également recourbée, la partie antérieure des parties molles adhérentes à la voûte osseuse. Mes lambeaux ainsi mobilisés se rapprochent d'eux-mêmes, très-minces antérieurement; ils ont plus d'épaisseur à la partie postérieure par suite de l'accolement de la muqueuse nasale à la muqueuse buccale. Quatre points de suture avec des fils d'argent maintiennent les lèvres de la plaie.

L'opération est heureusement terminée; mais croyant remarquer un peu de tension d'un des lambeaux, je prolonge de 3 ou 4 millimètres en arrière mon incision externe gauche; immédiatement une artère palatine comprise dans cette dernière incision, fournit une quantité de sang abondante. La disposition des parties s'opposant à l'application d'une ligature, je tamponne la plaie avec un bourdonnet de charpie imbibée de persulfate de fer; l'hémorrhagie persiste, mais elle cède à la compression faite avec le pouce par-dessus le tamponnement et continuée pendant vingt minutes.

Le lendemain les parties modérément tuméfiées sont recouvertes de mucosités mêlées de persulfate de fer. Le lambeau gauche, refoulé par la charpie, est renversé; son bord interne regarde en haut et l'externe en bas. J'enlève le tamponnement au bout de quarante-huit heures, afin de faciliter le redressement du lambeau et de diminuer la tension de la suture; mais les fils métalliques ont déjà coupé les tissus à gauche, et la réunion n'a pas lieu; toutefois un changement favorable est obtenu, les deux lambeaux sont en contact et la fistule se trouve transformée en une fissure longitudinale dont il est possible d'obtenir la cicatrisation en avivant les bords internes; malheureusement le malade s'y refuse. Je fais alors, par la méthode de M. J. Cloquet, plusieurs cautérisations qui n'amènent la réunion que d'une petite partie de la fistule. Enfin, après plusieurs mois de vaines tentatives, la nécessité de l'avivement étant démontrée, je l'exécute, et je place sur les lèvres de la perforation des points de suture métallique qui sont extraits le cinquième jour. L'oblitération est complète et définitive.

Lors de la première opération, les incisions latérales avaient pénétré jusque dans les fosses nasales. Pour m'opposer à la rétraction des lambeaux en dehors pendant le traitement par la cautérisation, j'avais dû maintenir ces incisions dilatées avec des bourdonnets de charpie. La fistule obstruée, je cesse cette dilatation; à gauche l'ouverture se ferme rapidement; à droite il reste un petit pertuis, capable de recevoir une petite tête d'épingle, entouré de tissu induré par le contact prolongé des bourdonnets de charpie. Une opération autoplastique ou la galvanocaustie auraient certainement amené l'occlusion de cette fistulette. Mais H..., n'éprouvant pas d'autres inconvénients que le passage dans la cavité buccale de quelques mucosités, demande à sortir de l'hôpital.

Ainsi chez ce militaire, deux opérations ont été nécessaires pour oblitérer la perforation palatine; mais l'insuccès de la première tentative ne doit pas être imputé au procédé opératoire. Le tamponnement, en produisant la torsion du lambeau et le tiraillement de la suture, qui a déchiré prématurément les tissus, avait placé l'opéré dans une condition des plus défavorables et de nature à produire la mortification des lambeaux. Néanmoins il n'y a eu aucune menace de gangrène, et les lambeaux ont conservé leur vitalité et sont restés rapprochés. Cet échec, loin d'être préjudiciable au procédé, contribue donc au contraire à faire ressortir ses avantages, et tout fait supposer que sans cette hémorrhagie, la réunion aurait été immédiate.

La suture métallique a été employée chez ce nouvel opéré. Je n'ai pas pu en apprécier les effets; mais ayant eu deux fois recours aux fils d'argent dans la staphyloraphie et ayant obtenu de bons résultats, je pense qu'ils sont préférables aux fils de soie ou de lin, qui coupent les tissus trop rapidement, et qui pour cela doivent être retirés le troisième ou quatrième jour, avant que la cicatrisation ait acquis assez de solidité pour résister à la pression de la langue, à un éternument ou à tout autre effort.

Toutefois il faut être averti que lorsqu'on veut enlever la suture métallique, on éprouve une certaine difficulté à arracher les fils qui sont fortement recourbés; on tiraille la cicatrice, et on est exposé à la rompre. Pour éviter cet inconvénient, j'ai employé chez H... une suture qui a quelque ressemblance avec la suture métallique de Dieffenbach; après avoir traversé les bords de la plaie avec des fils d'argent, un petit tube de plomb fut glissé sur chaque extrémité métallique, et servit à fixer le fil de chaque côté et à rapprocher les lèvres de la fistule. Cette suture est non-seulement plus facile à extraire que la suture ordinaire, mais en outre elle a l'avantage de ne pas étrangler les tissus par une constriction circulaire; elle peut être laissée plus longtemps en place sans déchirer ou ulcérer les parties, qu'elle maintient en contact. Enfin elle met en rapport les surfaces saignantes dans une plus grande étendue, en renversant légèrement en bas le bord interne des lambeaux. Quoique je ne sois pas encore assez édifié sur la valeur de cette suture pour la préconiser d'une manière générale, je pense qu'elle pourrait être avantageuse dans les cas où les lambeaux faciles à attirer sur la ligne médiane seraient très-minces au niveau de la perforation.

CAS DE DYSTOCIE PAR OBLITÉRATION DU VAGIN.

Par M. le docteur Fristo (de Metz).

Le feuilleton de la *Gazette des Hôpitaux* du 15 juin ayant pour titre : *Document rétrospectif pour servir à l'histoire des oblitérations du conduit vulvo-utérin*, me remet en mémoire une observation prise dans la pratique de mon père, qui a de l'analogie avec celle de M. Albert Puech.

Cette observation, que je copie textuellement, est intitulée :

Grossesse produite sans l'accomplissement entier du coït; accouchement rendu difficile par l'oblitération du vagin; mort de l'enfant.

Dans la nuit du 15 au 16 novembre 1835, je fus appelé au village de Marid pour y terminer un accouchement que la sage-femme du lieu ne pouvait amener à bonne fin.

J'arrivai à une heure du matin chez la veuve K..., où je trouvai, misérablement jetée sur la paille, dans une chambre sans feu, une jeune fille de vingt-deux ans, baignée dans une énorme quantité de sang. Depuis douze à quatorze heures elle avait eu des douleurs atroces, de fortes contractions de l'utérus, une hémorrhagie considérable, des syncopes fréquentes. Sa pâleur et sa faiblesse étaient effrayantes. A tous ces symptômes, je soupçonnai le décollement du placenta ou peut-être une position vicieuse de l'enfant; et je me décidai de suite à faire la version par les pieds, pour sauver au moins la mère, si je ne pouvais avoir l'enfant vivant, ce qui n'était plus probable. Mais quel fut mon étonnement, quand je portai la main à la vulve, de la trouver obstruée par une épaisse membrane percée à son centre d'une ouverture pouvant à peine admettre le petit doigt !

Cet obstacle bien constaté, je le fendis crucialement et j'agrandis assez l'ouverture pour y introduire deux doigts; mais à quelques lignes de là, nouvel obstacle du même genre et détruit de la même manière; et enfin, portant mon exploration plus loin, je trouvai successivement, de l'entrée du vagin à l'orifice de la matrice, quatre brides circulaires perforées au centre et offrant un obstacle insurmontable à la tête de l'enfant. Mon doigt n'ayant pu déchirer les membranes, je les détruisis l'une après l'autre avec le bistouri. J'agrandis ensuite l'ouverture et dilatai le vagin pour arriver jusqu'à l'orifice de la matrice, que je trouvai très-ouvert et presque entièrement effacé derrière la tête de l'enfant, qui était dans une bonne position. Ne voulant pas attendre les chances de l'accouchement par les seules forces de la nature, avec de la patience et quelques efforts, je dilatai suffisamment le vagin avec mes doigts, je pénétrai dans la matrice, et bientôt j'amenai par les pieds un enfant à terme, mort, bien constitué et tout à fait exsangue. J'allai chercher ensuite le placenta, qui était énorme, racorni et très-sec. Je restai encore quelque temps près de la malade. Une heure après, l'hémorrhagie avait entièrement cessé, et la patiente se trouvait dans un état aussi satisfaisant que son horrible misère le comportait. Au bout de quelques jours elle était rétablie, et sortait pour mendier.

Curieux de savoir comment survint la grossesse de cette jeune fille, j'osai la questionner, et j'appris d'elle les circonstances suivantes : elle n'est venue chez sa tante, la veuve K..., que pour cacher sa grossesse et faire ses couches. A l'époque de la puberté, elle a supporté de grands orages pour la première menstruation; les règles ensuite ont eu lieu avec difficulté, et leur écoulement ne s'est fait d'une manière à peu près normale que lorsqu'un grand chirurgien, alors à M...; *lui a coupé une peau qui fermait le passage*; suivant son expression, et qui était probablement l'hymen imperforé. Depuis lors les règles ont coulé, irrégulièrement il est vrai, et jamais le coït n'a pu avoir lieu. Quelques années après la première opération, le même chirurgien, consulté de nouveau, a dû répondre que la difformité était incurable. Dès ce moment, cette fille, tranquille sur les résultats possibles de ses penchants, n'a fait que *s'amuser*, dit-elle, bien persuadée qu'avec sa conformation vicieuse elle ne pouvait devenir mère; erreur à laquelle l'ont fait renoncer l'avis d'un accoucheur et les mouvements de l'enfant.

Cette observation, qui n'est pas sans exemple, m'a paru assez curieuse sous le rapport de la difformité du vagin et par le mode d'imprégnation de la femme, pour m'engager à la faire connaître.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 août 1861. —Présidence de M. Robinet,

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre d'État adresse une lettre d'invitation pour la solen-

(1) Frigidus in Venerem senior, frustraque laborem
Ingratum trahit....
(Virgile, *Georg.*)

nité du *Te Deum*, qui sera célébrée le 15 de ce mois à Notre-Dame, à l'occasion de la fête de S. M. l'Empereur.

— M. le ministre de l'agriculture transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Coulet sur le service médical des eaux minérales de Saint-Laurent (Ardèche) en 1859 (commission des eaux minérales);

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans le département d'Ille-et-Vilaine (commission des épidémies);

3° Une lettre *sur les vivisections et les atrocités commises en France sur les animaux*, par M. Colmach, membre de la Société protectrice des animaux de Londres. (Commissaires, MM. Cruveilhier, Cloquet, Claude Bernard, Robin, Moquin-Tandon et Leblanc.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

L'Académie reçoit :

1° Des lettres de MM. Bouchut, Boudin, Meunier et Vernois, qui se portent candidats pour la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale;

2° Une observation d'angine de poitrine, par M. le docteur Vincent Engo, de Cattagirone (commissaires, MM. Bouillaud et Desportes);

3° Un mémoire sur les maladies endémiques du Guatemala, par M. Mariano Pavilla (commissaire, M. Beau);

4° Une note sur la pellagre, par M. Leriche, élève en médecine. (Commissaires, MM. Baillarger et Devergie.)

— M. DEPAUL, au nom de M. le docteur Jourdannet, offre à l'Académie un volume intitulé *Des altitudes*.

— M. LARREY dépose sur le bureau une observation de chromhidrose qu'il a recueillie à Brest.

— M. J. GUÉRIN, à l'occasion de la lecture du procès-verbal, donne lecture d'une note renfermant quelques explications complémentaires au sujet d'opinions émises dans ses précédents discours.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. GAULTIER DE CLAUBRY lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter ou de continuer à exploiter certaines eaux minérales.

Les conclusions de ces rapports sont adoptées.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la morve. La parole est à M. Bouley.

Suite de la discussion sur la morve.

M. BOULEY. Ceux qui ont entendu dans la dernière séance le discours de M. Guérin, ont dû sortir avec la satisfaction que donne tout ce qui est bien réussi : car ce discours a été un morceau parfaitement réussi à tous égards. L'orateur est d'abord monté sur les plus hauts sommets; un moment même il a disparu dans les nuages, mais il en est descendu pour faire face à ses adversaires avec une ardeur et une habileté qu'il est vraiment bien regrettable de voir dépensées pour une aussi mauvaise cause. Si cette cause avait pu être gagnée, elle l'eût été par M. Guérin.

Si Pergama dextra
Defendi possent, etiam hac defensa fuissent.

Mais M. *Hector* Guérin est tombé ou tombera comme Troie et comme son illustre défenseur : *Fuit Ilium!*

Ce qui fait notre force, c'est la faiblesse de M. Guérin, sa faiblesse en fait de médecine vétérinaire. Mon honorable contradicteur va me reprocher d'aborder encore la question de compétence, qu'il croit avoir tranchée en reconnaissant une compétence scientifique et une compétence clinique. Mais je n'admets pas ces deux espèces de compétence en médecine. Pour bien raisonner d'une maladie quelconque, il faut de toute nécessité la connaître autrement qu'en théorie et par les livres, il faut la connaître cliniquement. Cette connaissance des maladies n'est pas de deux sortes, elle ne peut être que complète ou incomplète, ou plutôt elle ne peut qu'être ou ne pas être.

S'il prenait fantaisie à un théoricien possédant quelques notions générales sur l'ulcération, de soutenir que l'herpès du prépuce et le chancre sont deux degrés d'une seule affection, les syphiliographes ne feraient pas grand cas, je suppose, de la compétence scientifique, en vertu de laquelle on affirmerait une pareille hérésie. Eh bien, il y a quelque rapport entre ce théoricien et M. Guérin.

Fort de quelques semaines d'études, M. Guérin vient nous reprocher le chaos dans lequel nous avons laissé l'histoire de la morve. Si le chaos existe, ce n'est pas nous qui l'avons fait, et je puis dire que c'est M. Guérin qui a soufflé le désordre. C'est lui qui a voulu confondre la gourme avec la morve. Il est vrai que pour un observateur superficiel ou incompétent, rien ne ressemble à la morve comme certaines gourmes. Mais pour un clinicien, quelle différence! La gourme est une maladie essentiellement locale. Elle est constituée communément par une éruption vésiculeuse au pourtour des ailes du nez. Cette éruption est suivie d'exulcération, d'engorgement des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, lesquels suppurent même le plus souvent; mais tous ces accidents locaux n'ont qu'une durée éphémère et ils disparaissent — ceci est important à noter — sans laisser de traces. La morve, au contraire, est une maladie générale, *totius substantiæ*.

Au lieu de guérir en quelques jours, elle est presque fatalement mortelle, et quand par hasard elle guérit, ses lésions, même les pustules des fosses nasales, laissent des traces indélébiles. Les caractères différentiels de ces deux affections sont si nets, que mes élèves de clinique ne s'y trompent pas, mais un *jeune vétérinaire* comme M. Guérin peut très-bien s'y méprendre.

M. GUÉRIN. Il y a deux ans que j'étudie la morve.

M. BOULEY. Soit. M. Guérin est un étudiant de seconde année, et voilà que déjà il a fait une découverte, il a trouvé une petite morve, une *morvette*, une morve ébauchée et curable, quand nous n'avons jamais vu que des morves complètes et presque toujours incurables.

M. Guérin a cherché à s'appuyer sur des autorités; il appelle à son aide l'opinion de Gilbert. Mais Gilbert, qui était bien certainement un grand homme auquel l'agriculture doit beaucoup, puisqu'elle lui doit les prairies artificielles, Gilbert n'était pas un grand vétérinaire, et il a prouvé qu'il ne connaissait pas la morve en la confondant avec la gourme.

M. Guérin ne manque pas de dire qu'on a vu la gourme se transformer en morve, et que de vieux chevaux cohabitant avec des poulains atteints de gourme sont devenus morveux. Il y a ici une mauvaise interprétation des faits. La morve peut se développer chez un cheval qui a la gourme, surtout si ce cheval est vieux, mais il n'y a pas là de transformation d'une maladie dans une autre.

L'autorité des deux Girard a aussi été invoquée par M. Guérin. Or il a prêté une erreur à Girard père. M. Delafond le lui a déjà dit. Quant à Girard fils, il était anatomiste et physiologiste, mais il ne s'occupait pas de médecine clinique. D'ailleurs Girard fils ne se prononce pas catégoriquement dans cette question : il reste indécis.

Quant au fait de Denoc que M. Guérin a rappelé comme plaidant en faveur de la morve ébauchée et curable, ce fait ne résiste pas à l'examen de ceux qui possèdent la compétence clinique, car Denoc parle d'une éruption vésiculeuse qui n'a pas laissé de traces, et l'on sait que l'éruption pustuleuse de la morve, quand elle guérit, laisse des traces ineffaçables. Il ne s'agissait donc dans ce cas que d'une gourme herpétique.

Enfin, M. Guérin a cru sa cause gagnée parce qu'il avait fait voir que l'accord le plus parfait n'existe pas parmi les vétérinaires sur l'unicité de l'affection morveuse, et il s'est plu à rappeler que l'école de Lyon admet la dualité du virus morveux. Des dissidences ne prouvent rien contre une vérité scientifique.

Depuis que j'ai l'honneur d'assister aux débats de cette Académie, je n'ai pas vu beaucoup de vérités médicales admises sans contestation; et pourtant ces vérités existent.

Je ne veux rien dire des douze cas de guérison de morve inoculée que M. Guérin a cités pour soutenir sa doctrine de la morve bénigne. M. Delafond réduira cet argument à sa juste valeur.

Je le répète, il n'y a pas de morve ébauchée. Quand la morve existe réellement, à quelque degré que ce soit, elle est grave, très-grave, et presque infailliblement mortelle. Que la majorité des chevaux morveux guérisse, ainsi que M. Guérin a eu le bonheur de le voir une fois, voi à qui est miraculeux, et en fait de miracles, je suis de l'avis de Voltaire, je voudrais pour y croire qu'ils se fussent passés en pleine place publique, en présence des grands corps savants. Or M. Guérin seul a vu la morve ébauchée, la morve disparaissant comme par enchantement. Où sont ses observations précises, détaillées, ne laissant plus de place à l'incrédulité? Je ne vois que des affirmations, et j'ai le droit de douter.

A l'objection que me fait M. Guérin que je ne puis savoir si les chevaux morveux guérissent, puisque je les tue tous, je n'ai qu'à répondre que je ne les ai pas toujours tués et que j'en ai laissé vivre assez pour être certain de l'inanité de toutes les médications, et pour savoir que les cas dans lesquels la guérison a lieu sont assez rares et s'achètent assez cher pour qu'en pratique le sacrifice des chevaux morveux soit une nécessité.

M. Guérin a méconnu la nature de la maladie, faute de l'avoir suffisamment observée. Il s'est fait une morve de fantaisie, et lui, qui prétend avoir éclairé l'histoire de cette affection *à la lumière de la cause*, il n'a jeté sur ces questions qu'une de ces clartés douteuses qui donnent aux objets des formes fantastiques et créent des illusions. Raisonnant d'après des idées générales, il s'est dit : La morve est une maladie virulente comme la variole; la variole a des degrés, la morve doit avoir des degrés, elle en a; il doit y avoir, il y a une morve curable et une morve mortelle. Et cependant, même en procédant par voie d'analogie, si M. Guérin avait un peu plus cherché, il serait arrivé à une conclusion différente. Il aurait vu que la morve, maladie virulente, pouvait bien ne pas offrir des degrés, puisque la rage, maladie non moins virulente, n'en offre pas, puisque le sang de rate n'a pas de degrés non plus, puisque la fièvre charbonneuse n'en a pas davantage.

M. Guérin n'a pas été un théoricien plus heureux quand il a imaginé son système de surcharge de la morve par la respiration. Cette erreur est rendue évidente par un fait clinique incontestable : c'est que les lésions de la membrane pituitaire sont dans un rapport inverse avec les lésions des poumons. Quand les fosses nasales sont très-malades, les poumons le sont à peine, et réciproquement. Cette loi de balancement des lésions de ces deux parties, est en opposition complète avec une théorie qui ferait dériver les altérations pulmonaires des altérations nasales.

Enfin, il est un fait sur lequel j'ai insisté déjà, qui ébranle la théorie de la morve ébauchée, je ne ferai que le rappeler, et je répéterai que la morve la plus grave, celle qui s'accompagne des lésions viscérales les plus nombreuses et les plus profondes, peut se manifester au dehors par des symptômes de peu de gravité.

Quels que soient les efforts théoriques, ils ne prévaudront pas contre l'observation clinique, et l'observation clinique, à laquelle j'invite M. Guérin à se livrer à Alfort, est la seule chose qui puisse modifier les opinions de mon honorable contradicteur.

M. GUÉRIN proteste contre le fond et la forme du discours de M. Bouley.

M. BOULEY. M. le président est le juge de la discussion. S'il ne m'a pas rappelé à l'ordre, c'est que je n'ai pas manqué aux convenances académiques, ni aux égards que je dois à mon collègue.

M. RENAULT. Je suis de l'avis de M. Guérin. Un orateur ne doit pas altérer ni modifier le sens des paroles de ses contradicteurs, ni chercher à en amoindrir la valeur. Mais M. Guérin a-t-il toujours conformé sa conduite à ce sage précepte? A-t-il parlé des vétérinaires et de leurs doctrines relatives à la morve avec toute la bienveillance possible? Je laisse à l'Académie le soin d'en juger.

Depuis le commencement de cette discussion, nous avons vu à M. Guérin trois physionomies bien différentes. Il a pris d'abord l'air modeste d'un homme qui, confessant son ignorance, demande qu'on l'éclaire. Puis ses questions ont pris la tournure d'un défi; puis enfin il a déclaré que nous étions dans les ténèbres et dans le chaos; l'élève était passé maître, et parlait avec autorité *ex cathedrâ*. Cet immense progrès s'était accompli en quinze jours! C'est qu'on apprend bien plus vite dans les livres que dans les infirmeries et dans les amphithéâtres. Nous qui nous consacrons à l'observation clinique, nous sommes inhabiles à disserter sur les causes envisagées au point de vue philosophique; mais nous avons observé maintes fois les conditions dans lesquelles se développe la morve, et ce sont ces conditions, ces influences, que j'ai déjà énumérées, que nous appelons les causes de la morve. Sous ces influences, le sang s'altère, les humeurs deviennent virulentes. C'est un fait que je constate; je ne veux pas aller plus loin, et chercher pourquoi et comment s'opère ce genre d'altération. C'est là une notion qui échappe à notre perspicacité, et que la science ne parviendra pas aisément à résoudre, à moins que M. Guérin, qui a le privilége d'éclairer tant de choses, ne nous apporte la solution de ce problème.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 août 1861. — Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. LEGOUEST demande la parole à propos du procès-verbal.

La communication, dit-il, que nous a faite M. Gosselin dans la dernière séance, à propos d'une opération de palatoplastie par le procédé de M. Baizeau, est intéressante à plus d'un titre, et si je n'ai pas fait sur-le-champ les observations que je me propose de faire aujourd'hui, c'est que je désirais leur donner toute certitude et toute exactitude.

Je savais, en effet, que M. Baizeau avait répété au moins une fois cette opération, mais j'ignorais le résultat qu'il avait obtenu; et, jusqu'à plus ample information, je ne pouvais annoncer à la Société que le malade présenté par M. Gosselin comme le second opéré par le procédé avec succès, n'était que le troisième. M. Gosselin était parfaitement autorisé à présenter son opéré comme il l'a fait, attendu que les opérations nouvelles de M. Baizeau n'ont pas encore été publiées.

Les opérations de palatoplastie par le procédé de M. Baizeau sont aujourd'hui au nombre de quatre. La première a servi de base au mémoire de mon collègue du Val-de-Grâce, sur lequel M. Larrey a fait un rapport à la Société médicale d'émulation; la seconde a été pratiquée par lui l'hiver dernier sur un homme de mon service; la troisième sur un malade de son propre service; la quatrième, enfin, par M. Gosselin.

De ces quatre opérations, trois ont été suivies de succès; une seule a échoué. Ces résultats sont de nature à justifier le jugement favorable porté par M. Gosselin sur le mode opératoire employé.

La première opération fut nécessitée par une perforation très-large de la voûte palatine. Dans la crainte, en cas d'insuccès, de voir la perte de substance prendre une plus grande dimension, M. Baizeau ne crut pas devoir en aviver les bords, et se borna à tailler et à décoller deux lambeaux latéraux en pont, qu'il rapprocha par une suture médiane. Le malade guérit.

Sur le malade de mon service, la perte de substance était moins considérable. M. Baizeau aviva les bords de la solution de continuité, prolongea ses incisions en avant et en arrière sur la ligne médiane, incisa latéralement de chaque côté de la perforation les parties molles de la voûte, qu'il décolla et qu'il réunit par leurs bords correspondants.

Dans cette seconde opération, les bords avivés de la perforation même furent compris dans la largeur des lambeaux et réunis par la suture, tandis que dans la première, les lambeaux avaient été taillés de toute pièce sur les parties saines latérales et attirés au-devant de la perte de substance, dont les bords restèrent intacts. Le succès couronna cette nouvelle tentative et cette légère modification opératoire qu'a suivie spontanément M. Gosselin.

M. Baizeau fut moins heureux dans une troisième opération; pressé d'agir par le malade, qui voulait partir de l'hôpital, il n'attendit pas la cicatrisation complète de l'ulcération, qui avait envahi la voûte palatine, et il eut le chagrin de voir un des lambeaux disparaître, laissant une perforation plus grande qu'avant l'opération. Il me semblerait injuste toutefois d'attribuer cet insuccès au procédé opératoire.

J'ai à peine besoin de dire que ces opérations, comme la plupart des autoplasties, sont d'une lenteur désespérante; mais je crois devoir appeler l'attention sur un des accidents auxquels elles donnent lieu, accident signalé par M. Gosselin, et qui est de nature à compromettre le succès; je veux parler de l'hémorrhagie.

Dupuytren avait bien indiqué les abondantes pertes de sang qu'il avait provoquées en enlevant des cancers de la région palatine, et avait proposé de les arrêter par l'application du cautère actuel; mais personne, que je sache, ne les a signalées dans les opérations d'uranoplastie; ce qui s'explique par le discrédit et l'abandon jusqu'à peu près complet où sont restées les restaurations de la voûte palatine. Ces hémorrhagies sont graves et fréquentes. Pour ma part, j'en ai été témoin deux fois; la première en assistant M. Larrey; la seconde en opérant moi-même. M. Baizeau, dans l'une de ses trois opérations, a eu à combattre pareil accident; M. Gosselin vous a dit qu'il s'était aussi trouvé aux prises avec cette complication. Sur six opérations connues de moi, il y a donc eu quatre fois une hémorrhagie.

L'abondance et la soudaineté de la perte de sang, la difficulté très-grande de s'en rendre maître, les moyens même employés à cet effet, entravent les manœuvres opératoires et en compromettent le résultat.

N'est-il aucun moyen d'éviter l'hémorrhagie?

On sait que les artères palatines se portent des trous palatins postérieurs vers le trou palatin antérieur, en longeant presque exactement la base de l'arcade alvéolaire, logées dans un sillon qu'on y remarque.

C'est la lésion du tronc de ces artères qui donne lieu aux hémorrhagies. Si toutes les voûtes palatines étaient d'égale dimension et conformées de la même manière, il serait facile d'assigner le lieu précis où passent les vaisseaux, et de calculer en millimètres la distance à laquelle on peut porter son bistouri de la ligne médiane; mais il n'en est pas ainsi. J'ai mesuré sur vingt têtes d'adultes la distance qui sépare les deux artères palatines à la hauteur de la suture de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur avec la portion horizontale des os du palais, et j'ai constaté que cette distance varie de 33 à 21 millimètres; la distance moyenne était de 26mm9 à 27mm. Pour ne pas léser le tronc des artères palatines, il ne faudrait donc pas s'écarter de la ligne médiane de plus de 14 à 13mm5; or dans les perforations étendues, qui exigent de très-larges lambeaux pour être recouvertes, il n'est guère possible d'obtenir ceux-ci qu'en atteignant les limites extrêmes que je viens d'indiquer. Peut-être alors serait-il possible de ménager le tronc de l'artère palatine, en prenant soin de ne pas porter la pointe du bistouri perpendiculairement à la concavité de la voûte du palais, mais d'inciser obliquement de dehors en dedans, et presque en dédolant, de façon à donner au bord externe du lambeau moins d'épaisseur qu'au bord interne, composé de toute la couche des parties molles détachées.

C'est avec réserve que je propose cette manière de faire, qui très-probablement ne préserverait pas de la lésion du tronc principal, si la perforation siégeait vers la partie antérieure de la voûte, où les distances que j'ai indiquées tout à l'heure ne sont plus les mêmes.

Lorsque l'hémorrhagie se produit, elle est, comme je l'ai dit tout à l'heure, d'une abondance remarquable, et elle ne peut être arrêtée par la ligature : il faut donc choisir parmi les autres moyens hémostatiques le plus applicable. M. Larrey et moi avons eu recours à des boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer, comme MM. Baizeau et Gosselin après nous. Mais le perchlorure de fer a de graves inconvénients lorsqu'il est appliqué au voisinage ou sur des lambeaux dont la vitalité et la réunion sont la condition indispensable du succès : il détermine une inflammation vive qui provoque facilement la gangrène. MM. Larrey, Baizeau et moi, avons été témoins de cet accident; M. Gosselin a été plus heureux.

On peut adresser les mêmes reproches au cautère actuel, toujours difficile à manier dans les cavités.

Afin de rendre l'application de ces moyens hémostatiques aussi inoffensive que possible, je pense qu'il faut la faire précéder de la compression prolongée pendant vingt ou trente minutes, comme l'a fait une fois M. Baizeau; la compression, si elle ne supprime pas définitivement l'écoulement du sang, le modère suffisamment pour en faire connaître précisément la source, et permettre d'appliquer directement sur un point très-limité une boulette de coton imbibée de perchlorure de fer, ou mieux de persulfate de fer, moins caustique et aussi efficace que le sel précédent.

L'hémorrhagie et les moyens employés contre elle me paraissent donc seuls compromettre le succès de l'opération, et le procédé à double lambeau en pont semble devoir mettre à l'abri de la désunion de la cicatrice que M. Verneuil a vue survenir à la suite du procédé de Krimmer. Les lambeaux, en effet, sont réappliqués sur la voûte palatine dans une grande partie de leur surface cruentée et contractent des adhérences, tandis que dans le procédé de Krimmer ils sont renversés; leur surface saignante reste à découvert dans toute son étendue, suppure et se recouvre d'un tissu cicatriciel dont la rétraction surmonte la résistance de la réunion médiane.

Je terminerai en remerciant M. Gosselin d'avoir apporté au procédé de mon confrère du Val-de-Grâce l'appui de son autorité et de son talent.

M. GOSSELIN remercie M. Legouest de sa communication intéressante; il accorde au perchlorure de fer plus de confiance que semble ne lui en attribuer notre collègue.

— M. Giraldès étant en congé, la Société procède à un vote pour le remplacer dans la commission nommée dans la dernière séance.

M. Danyau est nommé membre de cette commission.

COMMUNICATION.

Note sur une luxation de l'extrémité supérieure du radius (par M. BERNADET, interne à Bicêtre. — M..., âgé de soixante-douze ans, couché dans la salle Saint-Victor, service de M. Broca, est mort au mois de juin d'un phlegmon diffus, suivi d'hémorrhagie de la tibiale postérieure.

Ce vieillard était atteint depuis l'âge de douze ans d'une luxation en arrière de l'extrémité supérieure du radius gauche, survenue à la suite d'une chute sur la main.

Il n'y a jamais eu la moindre tentative de réduction. Le malade, du reste, jouissait à peu près de tous ses mouvements. En arrière de l'épicondyle on voyait une petite tumeur formée par la tête du radius. L'avant-bras était très-légèrement fléchi sur le bras; l'extension était à peu près complète. La pronation se faisait aussi bien du côté malade que du côté sain. La supination était seule un peu incomplète. Aussi tous les mouvements de l'avant-bras étaient conservés, ils s'effectuaient tous dans leurs limites respectives, sauf celui de supination, très-légèrement arrêté à la fin de sa course.

La pièce anatomique nous a montré les rapports suivants entre les os qui forment l'articulation du coude. L'extrémité supérieure du cubitus occupe sa place normale. L'extrémité supérieure du radius a quitté la partie inférieure du condyle pour se porter un peu en arrière, en bas et en dehors de cette éminence. C'est donc à la fois une luxation en arrière et en dehors du radius. Le ligament latéral externe est devenu oblique supérieur en dehors, et recouvre entièrement la capsule radiale. Le ligament annulaire n'existe plus réellement qu'en dedans, où il offre une déviation oblique et une épaisseur assez notable. En dehors, on ne rencontre plus que quelques traces de son tissu fibreux.

M. MOREL-LAVALLÉE rapproche de ce fait celui qui a été rapporté par M. Laborie et qui n'était pour moi qu'une fracture de l'olécrâne, dont une arthrite sèche a empêché la consolidation et dans laquelle la trochlée était atrophiée. Ici, c'est le condyle qui a subi cette altération, différence toute physiologique, la portion articulaire hors de service s'étant atrophiée, la portion articulaire suppléant aux fonctions de la précédente s'étant au contraire hypertrophiée en proportion.

M. BAUCHET rappelle que dans une communication faite par M. Morel-Lavallée, notre collègue avait avancé que le radius, dans les luxations anciennes, ne pouvait être réduit. Il a observé un fait qui vient confirmer cette assertion de M. Morel. Il s'agissait d'une luxation datant de six semaines, dans laquelle, malgré ses efforts, il n'a pu réduire le radius; mais les mouvements se sont ultérieurement rétablis. Il insiste donc sur ce fait : difficulté, peut-être impossibilité de réduction du radius dans les luxations anciennes, et malgré cela possibilité de rendre au membre ses fonctions.

M. GOSSELIN se demande si cette difficulté de réduction ne tiendrait pas à une altération du ligament annulaire. Il cite le fait suivant : Chez un enfant atteint de luxation du coude, il réduisit le cubitus assez facilement; le radius ne put être remis en place.

M. DEMARQUAY. Pour les luxations récentes, la réduction est en général très-facile; pour les luxations anciennes, il est quelquefois tout à fait impossible de réduire le radius. Notre collègue a vu Blandin réussir dans un cas de luxation ancienne.

M. DESORMEAUX a fait des tentatives de réduction chez un enfant pour une luxation datant de trente jours. Il n'a pas pu réduire le radius. Il pense pourtant qu'il ne doit pas toujours en être ainsi. Il a pu, dans un autre cas, remettre la cupule radiale en place; mais la luxation s'est reproduite, de façon qu'à la difficulté de la réduction il faut ajouter la difficulté de maintenir les os bien en place.

M. GUERSANT a aussi éprouvé de grandes difficultés, mais il a réussi dans quelques cas.

M. MOREL-LAVALLÉE est heureux de cette discussion. Ainsi qu'il l'avait avancé, il ressort de ces deux faits deux choses : difficulté de réduire, et surtout de maintenir réduite une luxation du radius; mais il ne faut pas négliger les tentatives de réduction. Car si on laisse le radius derrière, il est possible au moins de remettre le cubitus en place. Tel est le cas du malade qu'il a déjà présenté et qu'il se propose de faire repasser sous les yeux de la Société.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade d'officier. — M. Cullerier, chirurgien de l'hôpital du Midi; Robinet, président de l'Académie de médecine; Jean Lagrave, médecin principal de 2e classe à l'Ecole polytechnique; Larivière, médecin-major de 1re classe; Lambert, médecin-major de 1re classe; Masnou, médecin-major de 1re classe; Gulliano, dit *Castano*, médecin principal de 1re classe; Ehrmann, médecin-major de 1re classe; Ely, médecin-major de 2e classe; Louvet-Lamare, ancien chirurgien militaire, médecin de la maison impériale de Napoléon-des-Loges.

Au grade de chevalier. — MM. Chassaignac, médecin de l'hôpital Lariboisière, attaché aux hôpitaux depuis 1840, ancien professeur agrégé à la Faculté de médecine; Patouillet, médecin du bureau de bienfaisance du 10e arrondissement de Paris; Lucien Boyer, chirurgien-major du 16e bataillon de la garde nationale; Sarret, capitaine au 15e bataillon, médecin du bureau de bienfaisance de l'arrondissement; De Kergaradec, membre de l'Académie de médecine; Bourgeois, médecin en chef de l'hôpital d'Etampes; Basserau, médecin de l'administration des contributions indirectes; le docteur Constans, inspecteur général des établissements d'aliénés; Conneau, médecin des prisons de Châteauroux; François, médecin du bureau de bienfaisance à Abbeville; Renaudin, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Dijon; Trumet de Fontarce, médecin à Troyes; Eychenne, médecin-major de 2e classe au 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Dauvais, médecin-major de 2e classe au 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Maître, médecin aide-major de 1re classe; Libermann, médecin aide-major de 1re classe; Didiot, médecin principal de 2e classe; Coholendy, chirurgien de 1re classe; Veyrou-Lacroix, chirurgien de 1re classe; Bourayne, chirurgien de 2e classe; Bonté, chirurgien de 2e classe au Sénégal; Bousson, chirurgien de l'institution impériale des Jeunes Aveugles; de Vallavieille, ancien chirurgien de la marine impériale; Huet, chirurgien auxiliaire à la maison impériale Napoléon d'Ecouen; Delavaud, pharmacien professeur; Lemoine, pharmacien de 1re classe; Leprieur, pharmacien-major de 2e classe à l'hôtel des Invalides; Dupuis, pharmacien-major de 2e classe aux divisions d'occupation, à Rome; Gaillard, infirmier-major, sergent aux hôpitaux de la 5e division militaire; Olivier, vétérinaire en 1er au dépôt de remonte d'Auch; Broquet, vétérinaire en 2e au régiment de dragons de l'Impératrice; Crépin, vétérinaire civil, membre de la commission d'hygiène hippique.

— Par décret du 10 août, ont été nommés dans le service de santé militaire, savoir :

A un emploi de médecin principal de 1re classe. — M. Perier, médecin principal de 2e classe à l'hôtel des Invalides.

A un emploi de médecin principal de 2e classe. — M. Fleschhutt, médecin-major de 1re classe aux salles militaires de l'hospice civil de Provins.

— Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture, M. le docteur Audouyt est nommé médecin-inspecteur des eaux minérales de Challes (Savoie).

— Parmi les nouveaux chevaliers de la Légion d'honneur, nous en remarquons avec plaisir un qui porte un nom bien cher à la science, c'est celui de M. A. Dionis, ancien procureur du Roi à Troyes, actuellement juge-de-paix à Paris, et arrière petit-neveu du grand chirurgien Dionis.

— M. le docteur Dubiau vient d'être nommé médecin adjoint de l'asile des aliénés de Bordeaux.

— Une Société locale, agrégée à l'Association générale, vient de se constituer à Saint-Brieuc pour le département des Côtes-du-Nord.

— M. le docteur Desmarres a fait don à l'Association générale des médecins de France d'une somme de 600 fr.

— Le *Courrier du Pérou* d'apporte la triste nouvelle de la mort de M. le docteur Heredia, ancien chirurgien en chef de l'armée péruvienne et doyen de la Faculté de médecine de Lima.

Une belle collection de la *Gazette* depuis son origine (1828), reliée, et les années 1834, 1835, 1836, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1850, 1855, sont à vendre au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des moyens de progrès en thérapeutique, par M. le docteur Augustin FABRE, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-8° de 306 pages. Prix : 3 fr. 50 c. *franco*. Paris, 1861, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 97. — MARDI 20 AOUT 1861. (34e ANNÉE.) N° 97. — MARDI 20 AOUT 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3.000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7.000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Beau). De la diastole ventriculaire dans l'ordre de succession des mouvements du cœur. — Observation d'un kyste fort volumineux de la région parotidienne contenant de la cholestérine ; injection iodée ; guérison. — Sur les propriétés médicales des eaux minérales d'Alet. — Nouvel instrument pour mesurer le diamètre antéro-postérieur de l'œil dans le staphylum postérieur de la sclérotique, etc. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 12 août. — Nouvelles.

PARIS, 19 AOUT 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

Une lettre de M. Sédillot sur les conditions de la régénération des os, une lecture de M. Ch. Robin sur un point de physiologie relatif à la fécondation, et des mémoires de MM. Schiff sur la fonction physiologique du nerf laryngé, et Dareste sur la reproduction artificielle des monstruosités ; tel est le contingent assez respectable, comme on voit, des communications physiologico-médicales de cette séance.

La lettre de M. Sédillot se résume en quelques propositions que l'on trouvera formulées dans le compte rendu, et qui constituent comme une sorte de guide ou de manuel à l'usage des chirurgiens *ostéoplastes*, — si l'on veut bien nous passer cette expression.

Le mémoire dont M. Ch. Robin a donné lecture dans cette séance est relatif aux spermalophores de quelques hirudinées. Si nous ne faisons que mentionner ici ce travail, qui, très-circonscrit en apparence dans son sujet, se rattache en réalité, par les déductions des faits qu'il renferme, à l'une des plus importantes et des plus vastes questions de physiologie et de philosophie anatomique, c'est qu'il n'est que le préliminaire de communications ultérieures que M. Robin se propose de faire à l'Académie sur ce sujet, et dont nous entretiendrons alors nos lecteurs.

Le nerf laryngé est-il un nerf suspensif? Telle est la question que M. Schiff s'est proposé de résoudre et qu'il croit avoir résolue négativement dans la note qu'il a transmise à l'Académie. Les lecteurs jugeront, d'après la relation des expériences contenues dans ce travail, de la justesse des conclusions de l'auteur.

M. Dareste, après une série de recherches destinées à reproduire les expériences de Geoffroy Saint Hilaire sur la production des monstruosités, est parvenu à obtenir artificiellement un assez grand nombre de monstres. Le procédé qui lui a donné le plus grand nombre d'anomalies consiste à rendre, aussi complètement que possible, une moitié de la coquille de l'œuf imperméable à l'air extérieur. Il y est parvenu en appliquant une couche d'huile sur la partie de la coquille qu'il voulait rendre imperméable. Les œufs ainsi préparés et soumis à l'incubation artificielle lui ont présenté trois ordres de faits bien différents. Tantôt l'embryon ne s'est point développé, tantôt il s'est développé d'une manière normale, mais il a toujours péri plus tôt ou plus tard et sans avoir jamais atteint l'époque de l'éclosion ; tantôt enfin le développement s'est opéré d'une manière anormale.

Les anomalies qu'il a constatées dans ces circonstances ont été fort diverses. Toutefois, bien qu'il ne lui ait pas paru possible d'expliquer leur production, dans le principe, par un fait unique, il a pu dans un grand nombre de circonstances constater que leur apparition s'accompagnait d'une modification très-remarquable de la position de l'embryon par rapport au vitellus. Ce fait lui paraît jouer un rôle très-important dans la production d'un grand nombre de monstruosités dont il serait, suivant lui, le point de départ.

Lorsque l'embryon commence à se développer, il est couché à plat sur le vitellus, avec lequel il est en rapport par sa face ventrale. Il se fait pendant le cours des premiers jours divers changements : au commencement du troisième jour, par exemple, la région céphalique de l'embryon, qui avait primitivement la même direction que le reste du corps, se recourbe en avant, en formant un angle droit avec la région cervicale, en même temps qu'elle éprouve une torsion latérale qui met son côté gauche en rapport avec le vitellus ; tandis que le côté droit reste visible à l'extérieur et la seule partie visible de la tête, etc. Que ces changements de position, qui se produisent toujours dans l'état normal, viennent à ne pas avoir lieu, ou qu'ils s'accomplissent imparfaitement, dans un sens différent ou en sens inverse, ces variations de la position de l'embryon à une époque où les organes n'existent encore que dans un état très-incomplet, où plusieurs d'entre eux n'existent pas encore, pourront exercer une très-grande influence sur leur développement et même sur leur formation, et devenir par conséquent le point de départ d'un certain nombre d'anomalies. C'est, en effet, ce que M. Daresle a constaté dans ses expériences. Ainsi il a vu, par exemple, dans les cas où le mouvement de torsion de la tête n'a pas été suivi par le déplacement du reste du corps, une atrophie plus ou moins considérable de ces dernières parties ; les membres postérieurs sont devenus alors plus petits que les membres antérieurs ; d'autres fois ils ont été incomplets ou même ont manqué complètement.

La déviation de la tête de l'embryon à droite a donné lieu à des ectopies de cœur, et, dans une circonstance, à une inversion complète des organes.

Dans un cas où la tête et le tronc s'étaient tournés en sens inverse, M. Dareste a observé divers exemples de torsion de la colonne vertébrale. Il a constaté très-souvent une inégalité très-marquée de volume entre les yeux, accompagnée d'une semblable inégalité dans les lobes optiques. Il a rencontré enfin une anomalie du cœur très-remarquable qu'il n'a vu décrite nulle part, et qui consistait en un allongement considérable de ce viscère.

On comprend assez tout l'intérêt qu'il y aura à rapprocher ces anomalies artificielles des cas analogues que contiennent les ouvrages de tératologie.

C'est à M. Dareste, qui est entré si heureusement dans la voie d'expérimentation ouverte par Geoffroy Saint-Hilaire, dont il a vérifié et confirmé toutes les vues à cet égard, qu'il appartient de faire ressortir l'enseignement que peut fournir un pareil rapprochement.

— Nous avons fait connaître il y a huit jours la liste de présentation des candidats pour la place de correspondant vacante dans la section d'anatomie et zoologie. L'élection a eu lieu dans la dernière séance ; le savant doyen de la Faculté des sciences de Montpellier, M. Paul Gervais, a été élu à une grande majorité. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

De la diastole ventriculaire dans l'ordre de succession des mouvements du cœur.

(Extrait de leçons cliniques sur les maladies du cœur.)

Il y a dans les sciences d'observation des faits imaginaires qui sont pourtant donnés comme réels par la tradition et les autorités scientifiques, et qui à la longue finissent par revêtir un tel caractère de dogme et d'orthodoxie que pendant longtemps on ne veut ni écouter ni comprendre celui qui tente de montrer les choses comme elles sont réellement.

Telle est l'opinion classique et pour ainsi dire officielle du monde médical en ce qui concerne la place qu'occupe la diastole ventriculaire dans l'ordre de succession des mouvements du cœur. La tradition affirme de la manière la plus positive que cette diastole a lieu au *second temps* du cœur, tandis que les vivisections nous apprennent qu'elle se fait uniquement au *premier temps* (1).

Comme on le voit, ce n'est pas une théorie à discuter, c'est tout simplement un fait à constater. Je dis cela pour rassurer ceux qui disent avoir un grand éloignement pour les théories, et qui prétendent ne se rendre que devant l'évidence des faits.

Pour mieux préciser le champ de cette constatation, il est indispensable de rappeler quelques propositions préliminaires.

Le cœur est composé de deux cavités à parois musculaires et contractiles de même capacité, qui sont l'oreillette et le ventricule. Leurs rapports de succession anatomique entre elles et avec les gros vaisseaux veineux et artériels sont les suivants : tronc veineux, oreillette, ventricule, tronc artériel.

On appelle *révolution* du cœur l'ensemble et la succession des mouvements cardiaques à l'aide desquels une ondée sanguine partant du tronc veineux, traverse l'oreillette, puis le ventricule, pour arriver dans le tronc artériel. Par conséquent, dans chaque révolution du cœur, il doit y avoir une diastole de l'oreillette, une systole de l'oreillette, une diastole du ventricule, une systole du ventricule.

(1) On sait que Valleix, MM. Hardy et Béhier, et beaucoup d'autres honorables médecins, se sont ouvertement prononcés avec moi contre la tradition sur ce point de la physiologie du cœur.

Afin d'étudier plus nettement les mouvements dont la succession complète forme une révolution du cœur, on a encore scindé cette révolution en deux portions qu'on appelle *temps*. Il y a par conséquent le premier temps et le second temps. Les deux temps sont donc deux portions convenues de la durée totale d'une révolution du cœur (1).

Remarquons à ce sujet que beaucoup de médecins confondent à tort le mot *temps* avec le mot *bruit normal*. Pour eux, ce sont deux expressions synonymes, et ils disent indifféremment premier temps ou premier bruit normal, second temps ou second bruit normal. Or ce sont là des locutions vicieuses qui jettent beaucoup de confusion dans la physiologie du cœur, et qui à elles seules suffisent à l'obscurcir. Il est vrai que les deux bruits normaux se trouvent chacun dans un des deux temps du cœur, et qu'ils servent même à les faire distinguer l'un de l'autre ; mais ils s'y trouvent avec d'autres actes du cœur appelés pour cela actes du premier temps et actes du second temps.

Maintenant, quels sont les actes du premier temps et les actes du second temps? C'est justement sur cette répartition qu'il y a divergence; mais cette divergence n'est pas complète, car il est certains phénomènes cardiaques que l'on est convenu à peu près unanimement de placer les uns dans le premier, les autres dans le second temps.

C'est ainsi qu'on est d'accord pour rattacher au premier temps la systole de l'oreillette, la systole du ventricule, le choc du ventricule à la région précordiale, le premier bruit normal, et le pouls artériel. On est également d'accord pour placer au second temps l'abaissement des valvules semi-lunaires, la diastole de l'oreillette et le second bruit normal.

Comme on le voit, la diastole ventriculaire est le seul acte du cœur qui n'ait pas sa place dans la présente répartition. Cela n'est pas étonnant, puisque cette place de la diastole ventriculaire à tel ou tel temps est actuellement en discussion. Les auteurs de la théorie que je combats la fixent, comme je l'ai déjà dit, au second temps, tandis que je soutiens qu'elle se trouve au premier temps. C'est là, comme nous le savons, le fait à constater, et celui qui nous occupera uniquement.

Avant d'aborder les expériences qui doivent trancher cette dissidence de localisation, je vais donner un tableau succinct de la succession des systoles et des diastoles des cavités cardiaques, d'après la théorie des auteurs, en laissant de côté les bruits, le pouls, le choc précordial, etc., qui ne peuvent nous intéresser que d'une manière accessoire.

Mais auparavant je dois dire que le mouvement de systole ventriculaire de la théorie classique étant très-énergique et très-apparent, s'appelle encore pour cela *battement ventriculaire*, tandis que par opposition on donne le nom de *repos ventriculaire* à l'état du ventricule pendant le second temps, parce que, disent nos adversaires, le ventricule est alors tout à la fois en diastole et en immobilité.

Voici donc ce tableau sommaire des systoles et des diastoles dans la théorie ancienne :

RÉVOLUTION DU CŒUR.

1er *temps.* Systole auriculaire.
— Battement ventriculaire,
ou systole ventriculaire.

2me *temps.* Diastole auriculaire.
— Repos ventriculaire,
ou diastole ventriculaire.

Cet enchaînement des systoles et des diastoles des deux cavités cardiaques a été probablement arrêté ainsi par suite du raisonnement suivant. On s'est dit : le battement ventriculaire, si apparent au premier temps, est évidemment le mouvement systolique du ventricule, car le pouls artériel qui se produit immédiatement après lui, démontre sans réplique que ce battement est la systole à l'aide de laquelle l'ondée passe du ventricule dans l'artère. Quant à la diastole ventriculaire, elle a tout naturellement sa place dans le temps autre que celui de la systole, c'est-à-dire dans le second, qui est marqué par le repos et l'immobilité du ventricule.

(1) Le second temps est double du premier en longueur. Il y a dès lors trois temps égaux dans une révolution du cœur. Je ne veux pas ici développer ce point de fait, dans la crainte de surcharger cette leçon de détails accessoires.

Si, en interprétant le battement ventriculaire par la systole, on explique le rapport de succession entre ce battement et le pouls artériel, il n'en est plus de même du rapport de succession entre le même battement ventriculaire et la systole antécédente de l'oreillette.

Il y a entre ces deux systoles, se succédant l'une l'autre, une contradiction ou une impossibilité que rien ne peut dissimuler. Car la systole de l'oreillette ayant pour but de chasser une ondée dans le ventricule, il faut de toute nécessité que la systole de l'oreillette soit suivie immédiatement de la diastole du ventricule. Donc le battement ventriculaire devrait être, à ce point de vue, le mouvement de diastole ventriculaire; mais alors comment comprendre le pouls artériel, qui survient immédiatement après le battement ventriculaire?

Il y a, comme on le voit, une grosse difficulté autour du battement ventriculaire. En interprétant ce battement par la diastole, on comprend fort bien la systole auriculaire qui le précède, mais on ne comprend plus le pouls artériel qui le suit. Si, au contraire, on interprète le même battement ventriculaire par la systole, on comprend parfaitement le pouls qui le suit, mais nullement la systole auriculaire qui le précède. Et pourtant on ne peut pas ne pas compter ici avec la systole de l'oreillette, dont la présence immédiatement avant le battement ventriculaire est un fait constaté par tous les expérimentateurs.

Pour la suppression de cette difficulté, il faudrait que le battement ventriculaire pût s'adapter d'un côté avec la systole auriculaire qui le précède, et de l'autre côté avec le pouls artériel qui le suit. Il faudrait, en un mot, que ce battement ventriculaire, qui jusqu'à présent a été considéré comme un simple mouvement de systole, fût un mouvement composé d'une première portion diastolique et d'une seconde portion systolique. Le battement ventriculaire serait alors semblable au battement artériel lui-même, qui, bien que paraissant simple en apparence, est constitué par une diastole et une systole qui se succèdent rapidement dans l'artère. Le battement ventriculaire ainsi compris s'enchaînerait d'un côté avec la systole antécédente de l'oreillette par sa partie diastolique, et de l'autre côté avec le pouls artériel par sa partie systolique, et le passage de l'ondée deviendrait intelligible.

Mais les faits permettent-ils d'adopter une telle supposition? C'est ce que nous allons voir, en examinant successivement les mouvements du cœur de la grenouille, de l'anguille, de la tortue et des mammifères.

1° *Mouvements du cœur de la grenouille.* — Les mouvements du cœur se voient parfaitement dans la grenouille, parce que les parois cardiaques sont transparentes. Il faut que l'animal ait perdu fort peu de sang dans l'ouverture du thorax, parce que autrement la diastole serait peu marquée, et l'on aurait une fausse idée de son importance et du relief qu'elle forme à l'état normal.

On voit de la manière la plus manifeste le sang fluer du tronc veineux dans l'oreillette. Quand celle-ci est pleine, elle se contracte et chasse entièrement l'ondée dans le ventricule, qui se dilate et augmente dans tous ses diamètres pour la recevoir. Cette diastole est suivie sans intervalle appréciable de la systole ventriculaire, qui est marquée par la réduction du volume du ventricule et son retour à ses premiers diamètres. Par suite de cette systole, l'ondée est chassée dans le tronc artériel. Le ventricule est alors pâle, d'un fort petit volume, immobile, vide, conique et acuminé. Il reste dans cet état jusqu'à ce que l'oreillette, qui se remplit précisément dans le même moment, lui envoie, par une nouvelle contraction, une nouvelle ondée pour faire une autre révolution du cœur.

Il résulte de cet examen que la supposition faite précédemment sur la nature composée du battement ventriculaire est parfaitement confirmée par l'observation du cœur de la grenouille. On voit chez elle, de la manière la plus évidente, que le battement ventriculaire se compose d'une partie diastolique et d'une partie systolique. Par sa partie diastolique, le battement ventriculaire s'enchaîne avec la systole auriculaire qui le précède; et par sa partie systolique, il se lie au pouls artériel qui le suit. Ce battement, qui jusqu'à présent a été considéré comme un mouvement simple effectué par la seule systole du ventricule, comprend donc sur la grenouille une partie diastolique et une partie systolique, qui se succèdent rapidement.

Consacrons par une dénomination unique ce battement en apparence unique, mais évidemment composé, et donnons-lui le nom de diasto-systole ventriculaire.

Voici le tableau de la succession des mouvements de la grenouille :

RÉVOLUTION DU CŒUR.

1er *temps.* Systole auriculaire.
— Battement ventriculaire,
ou diasto-systole ventriculaire.

2me *temps.* Diastole auriculaire.
— Repos du ventricule vide et conique.

Pour en venir au point de constatation qui est l'objet unique de cette leçon, nous voyons que sur la grenouille la diastole du ventricule est au premier temps, et qu'au second temps le ventricule est vide de sang.

2° *Mouvements du cœur de l'anguille.* — Quand l'anguille est jeune, longue de 20 ou 30 centimètres, les parois de son cœur sont transparentes, et le passage de l'ondée est pour cette raison aussi facile à suivre que sur le cœur de la grenouille.

Le cœur de l'anguille n'a pas la forme aussi régulière que celui de la grenouille. Toutefois on distingue très-bien l'oreillette du ventricule.

On voit l'oreillette pleine se contracter et expulser tout le sang qu'elle contient dans le ventricule. Celui-ci, dilaté par la pénétration de l'ondée entière, se contracte immédiatement pour la chasser dans le tronc artériel. Le battement ventriculaire n'est donc ici encore qu'un mouvement composé de diasto-systole.

Immédiatement après sa systole, le ventricule, au lieu de rester à l'état de retrait et d'immobilité comme dans la grenouille, se relâche et s'étale en largeur, et en même temps il se colore d'une légère nuance de rouge. On pourrait croire au premier abord que ce mouvement de relâchement, joint à la légère couleur rouge qui l'accompagne, tient à la diastole ventriculaire qui se fait au second temps comme le veut la tradition, mais il n'en est rien. En y regardant de près, on voit que cette légère nuance de rouge tient à la pénétration du sang dans les capillaires des parois ventriculaires relâchées, et qu'il n'arrive pas la moindre goutte de sang dans la cavité ventriculaire elle-même.

Pendant que le ventricule se relâche ainsi au second temps, sans néanmoins admettre du sang dans sa cavité, l'oreillette se dilate et quand elle est pleine, sa systole s'effectue en recommençant une autre révolution du cœur.

Quand on examine les mouvements du cœur sur une anguille adulte longue de 50 centimètres environ, les choses ne se voient pas aussi bien, parce que le ventricule est opaque.

Après la systole de l'oreillette, on observe le battement ventriculaire, qui a été pris jusqu'à présent pour le mouvement de systole; puis au second temps on observe le relâchement des parois ventriculaires, qui ressemble tant à une diastole.

Cependant, si on considère les choses attentivement, on voit que le battement ventriculaire est constitué d'abord par une ampliation, puis par un retrait du ventricule, c'est-à-dire qu'il présente les caractères extérieurs d'une diasto-systole. L'on acquiert la preuve irréfragable de ce fait sur le cœur opaque comme sur le cœur transparent, en coupant en deux le ventricule et en tenant ses parois écartées avec une pince. On voit alors que le sang est chassé par la contraction de l'oreillette dans le ventricule, que le battement ventriculaire est constitué par la diasto-systole ventriculaire, et qu'au second temps il se fait un relâchement du ventricule sans que le sang arrive dans la cavité ventriculaire.

Voici le tableau qui résume cette succession des mouvements cardiaques de l'anguille.

RÉVOLUTION DU CŒUR.

1er *temps.* Systole auriculaire.
— Battement ventriculaire,
ou diasto-systole ventriculaire.

2me *temps.* Diastole auriculaire.
— Ventriculaire vide, mais relâché.

Comme on le voit, les mouvements cardiaques de l'anguille et de la grenouille diffèrent au second temps en ce que dans la grenouille le ventricule est vide, immobile et en retrait; tandis que dans l'anguille, il se meut et se relâche, sans pour cela recevoir du sang dans l'intérieur de sa cavité.

Et par conséquent, dans l'anguille comme dans la grenouille, la diastole ventriculaire se fait au premier temps, et au second temps la cavité ventriculaire est vide de sang.

Pourquoi dans l'anguille le ventricule se relâche-t-il ainsi au second temps pendant la diastole de l'oreillette, et pourquoi ce relâchement ne fait-il pas arriver du sang de l'oreillette dans la cavité ventriculaire? Je l'ignore; mais il est sûr, dans tous les cas, que le relâchement ne doit pas porter sur les faisceaux musculaires de l'orifice auriculo-ventriculaire.

3° *Mouvements du cœur de la tortue.* — Le cœur de la tortue a une forme plus singulière encore que celui de l'anguille. Je l'ai toujours trouvé opaque sur les différents individus que j'ai sacrifiés.

On voit parfaitement l'oreillette se contracter, et puis après, le ventricule exécuter un battement dans lequel il y a ampliation, suivie du retrait de ses diamètres. Immédiatement après, le ventricule se relâche et s'étale comme dans l'anguille; si on coupe le ventricule en deux, on constate que le battement ventriculaire est la diasto-systole du ventricule, et que pendant le relâchement ventriculaire du second temps il n'entre pas de sang dans la cavité ventriculaire.

Comme on le voit, les mouvements du cœur de la tortue ressemblent à ceux de l'anguille, et le passage de l'ondée s'y fait de la même manière. Il y a toutefois une différence à signaler dans le cœur de ces deux animaux, c'est que chez la tortue les mouvements cardiaques se succèdent moins rapidement que chez l'anguille, et que le passage de l'ondée y est fort peu rapide. Il y a même à observer un léger intervalle entre la systole de l'oreillette et la diasto-systole ventriculaire. Cela tient à ce que le sang, chassé de l'oreillette par la systole auriculaire, ne peut dilater le ventricule qu'après avoir parcouru un petit canal de communication entre l'oreillette et le ventricule.

Voici le tableau de succession des mouvements du cœur de la tortue :

RÉVOLUTION DU CŒUR.

1er *temps.* Systole auriculaire.
— Léger intervalle.
— Battement ventriculaire,
ou diasto-systole ventriculaire.

2me *temps.* Diastole auriculaire.
— Ventricule vide, mais relâché.

Par conséquent, dans la tortue comme dans l'anguille, comme dans la grenouille, la diastole ventriculaire a lieu au premier temps, et le ventricule reste vide au second temps.

4° *Mouvement du cœur chez les mammifères.* — Plusieurs personnes remplies d'instruction et de bonne foi m'accordent, ne pouvant faire autrement, que la succession des mouvements du cœur se fait comme je l'ai exposé dans le cœur des animaux inférieurs; mais elles nient formellement que la même succession ait lieu dans le cœur des mammifères. Elles soutiennent, en un mot, que la diastole ventriculaire, qui se fait au premier temps dans la grenouille, l'anguille, etc., se fait au second temps chez l'homme et les autres mammifères. On tient d'autant plus à cette opinion, qu'elle ressort, dit-on, de l'inspection des mouvements du cœur des grands mammifères, tels que le cheval ou l'âne.

Il est, en effet, bien singulier de voir que tous les physiologistes qui ont étudié cette question des mouvements cardiaques sur de grands animaux, en Angleterre et en France, soient unanimes pour soutenir que la diastole ventriculaire se fait au second temps. Il y a là un ensemble d'expérimentateurs bien fait, je l'avoue, pour entraîner ceux qui, n'ayant pas l'habitude d'expérimenter, veulent, et c'est assez naturel, n'accepter l'expérimentation des autres qu'en toute sûreté de conscience.

On sait que ces expériences, faites en Angleterre par différents *comités*, ont été pratiquées sur des chevaux ou des ânes, chez qui, après avoir déterminé la mort, on entretenait la respiration et la circulation à l'aide d'une respiration artificielle. En France, ces expériences ont été répétées par M. Chauveau, chef des travaux anatomiques de l'Ecole vétérinaire de Lyon.

Quand ces expériences ne sont pas bien faites, la circulation n'est pas maintenue avec assez d'énergie dans tout l'organisme, et les mouvements du cœur sont faibles ou irréguliers, ainsi que les pulsations artérielles. Mais il est bon de dire aussi que, même dans les cas où l'insufflation réussit bien, les mouvements, surtout les bruits du cœur, n'ont pas la force ni l'intensité de l'état de vie et de santé.

J'ai pu observer les mouvements cardiaques du cheval entretenus à l'aide de la respiration artificielle, grâce à l'obligeance de M. Raynal, professeur à l'Ecole d'Alfort, qui a bien voulu répéter et qui a répété avec succès la manœuvre expérimentale qu'il avait vu mettre en pratique par M. Chauveau. J'ai été témoin de ses expériences à deux reprises différentes. Voici les faits que j'ai constatés :

L'oreillette se contracte d'une manière manifeste, et puis immédiatement après, apparaît le battement ventriculaire, qui présente plusieurs choses à considérer. Le ventricule fait éprouver alors au doigt qui le touche un choc énergique, en quelque point de la surface ventriculaire que le doigt soit appliqué, soit en avant, soit en arrière. Si on embrasse le ventricule avec les deux mains, l'on sent et l'on voit que les mains sont vivement écartées l'une de l'autre, dans quelque sens qu'elles soient appliquées l'une vis-à-vis de l'autre. On constate donc de la manière la plus manifeste que le ventricule présente en ce moment une augmentation de tous ses diamètres. On constate aussi que cette ampliation de volume est précisément isochrone avec le choc que nous avons dit être perçu par le doigt appliqué sur la surface ventriculaire. Après ce mouvement simultané de choc au doigt et d'ampliation de volume, le ventricule subit un retrait rapide de son volume, et le battement ventriculaire est terminé.

Le ventricule reste à cet état de retrait pendant tout le second temps; il est en sus conique, pointu et en immobilité absolue. Pendant ce temps, l'oreillette se dilate et se remplit. Elle se contracte quand sa réplétion est complète, en recommençant une autre révolution du cœur.

Le fait important et capital de l'examen que je viens de rapporter, est sans contredit l'ampliation de volume que subit le ventricule au commencement du battement ventriculaire. Aussi l'ai-je fait constater par toutes les personnes qui assistaient en grand nombre à ces expériences.

Le battement ventriculaire du cheval comprend donc, comme les autres cœurs que nous avons examinés, une partie d'ampliation ou de diastole, et une partie de retrait ou de systole. Le ventricule reste à cet état de réduction, de repos, d'immobilité et par conséquent de vacuité pendant tout le second temps. Sous ce rapport, les mouvements du cœur du cheval ressemblent beaucoup à ceux de la grenouille. Ils en diffèrent en ce que l'enchaînement des parties diastoliques et systoliques du battement ventriculaire se fait d'une manière brusque, saccadée et rapide; il est dès lors plus difficile à suivre sur le cheval que sur la grenouille.

Voici le tableau de succession des mouvements cardiaques du cheval :

RÉVOLUTION DU CŒUR.

1er *temps.* Systole auriculaire.
— Battement ventriculaire,
ou diasto-systole ventriculaire.

2me *temps.* Diastole de l'oreillette.
— Repos du ventricule vide et conique.

Par conséquent, dans le cheval comme dans les animaux précédents, la diastole ventriculaire a lieu au premier temps, et le ventricule reste vide au second temps.

(La fin au prochain numéro.)

OBSERVATION D'UN KYSTE FORT VOLUMINEUX

de la région parotidienne contenant de la cholestérine. — Injection iodée. — Guérison.

Par M. SÉBASTIAN, médecin à Béziers.

Dans le courant de 1860, Mme X..., âgée de quarante-sept ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne santé habituelle, s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur non douloureuse à la joue droite, située au-devant du lobule de l'oreille. Depuis ce moment, cette tumeur continua de s'accroître d'une manière rapide, et la malade se vit dans l'obligation de consulter le docteur V..., qui jugea nécessaire d'évacuer la tumeur, ce qu'il fit par une large ouverture pratiquée à l'aide d'un bistouri.

Dix ou douze jours après, la plaie était cicatrisée, et la malade alla elle-même remercier le docteur V...

Un mois s'était à peine écoulé qu'il se manifesta une augmentation nouvelle et plus considérable de la tumeur, qui devint rapidement de la grosseur d'un œuf d'oie. C'est à ce moment qu'elle se présenta à ma consultation.

Voici quel fut le résultat de mon examen : tumeur arrondie, parfaitement limitée, très-lisse; superficielle, située entre la peau et l'aponévrose parotidienne dans l'épaisseur du tissu cellulaire. On sentait une légère fluctuation lorsqu'on l'explorait avec les deux mains; elle était dure, rénitente, offrant enfin tous les caractères d'une tumeur enkystée. La peau qui la recouvrait était amincie, distendue, et n'avait pas changé de couleur.

L'ensemble de tous ces symptômes me donna l'idée d'un kyste; pour en reconnaître le contenu, je fis une ponction à l'aide d'un petit trocart. A peine la tige fut-elle retirée, qu'il s'écoula par la canule environ un verre d'un liquide jaune citron, très-gluant, transparent, et présentant une grande quantité d'écailles blanches que j'ai fait analyser et que nous avons reconnu être de la cholestérine.

Une fois la tumeur complétement vidée, j'ai poussé une injection iodée en adaptant une seringue au trocart, et jusqu'à ce que la poche ait été pleine. Au bout de quelques minutes, j'ai laissé sortir l'injection par la canule, et après l'avoir retirée, j'ai mis sur la petite plaie un morceau de diachylon. Au moment de l'injection, la malade éprouva de fortes douleurs dans la tête.

Le lendemain, la tumeur avait repris son volume ordinaire. Elle était très-douloureuse au toucher. — Cataplasme.

Le surlendemain, toute souffrance avait disparu, et la tuméfaction qui s'était manifestée la veille, au lieu d'augmenter, avait sensiblement diminué.

Dix jours après cette opération, on ne trouvait plus aucune trace de la tumeur, qui ne s'est pas reproduite depuis.

SUR LES PROPRIÉTÉS MÉDICALES

des eaux minérales d'Alet.

Le rapport officiel de M. le docteur Ambroise Tardieu, sur les eaux minérales de la France, expose d'une manière claire et frappante la situation prospère des thermes d'Alet. On y voit avec satisfaction les progrès remarquables que font d'une année à l'autre des établissements d'une origine encore toute récente.

Si les vertus curatives des eaux sont la cause principale de cette prospérité, il est juste de reconnaître aussi la part qui revient à l'intelligence des propriétaires des sources, au concours et aux conseils des médecins inspecteurs, et enfin aux observations pratiques faites par les princes de la science dans les hôpitaux et dans la clinique de la ville. Nous n'en citerons qu'un exemple pris entre cent.

L'eau d'Alet s'est révélée au corps médical dans les premiers mois de 1859 (1). Eh bien, le rapport du docteur Ambroise Tardieu constate que pendant cette même année le chiffre des bouteilles vendues s'est élevé à 67,000, et celui des baigneurs s'est doublé. Il est vrai que les propriétaires de cette source, laissant aux médecins seuls le soin de juger des vertus thérapeutiques de l'eau d'Alet, ont prodigué ce nouveau produit dans les hôpitaux. Il faut dire aussi que les expériences faites ayant démontré que l'eau d'Alet s'appliquait parfaitement à la dyspepsie, à la chlorose, à l'état nerveux, cette eau s'adressait en quelque sorte à tout le monde; car il n'est pas de famille qui ne compte dans son sein un dyspeptique, une chlorotique ou un névrotique.

Ce qui distingue principalement l'eau d'Alet de ses similaires, c'est l'action puissante et toujours effective qu'elle exerce sur la muqueuse gastro-intestinale. « L'estomac, comme le professe M. le docteur Beau, est le fondement de l'animalité; toutes les fois qu'il fonctionne mal, le reste de l'économie en souffre ou tombe en langueur. Par conséquent, tout agent qui maintient cet organe dans l'état normal ou qui l'y ramène quand il s'en écarte, a nécessairement une action bienfaisante sur toute l'économie. » Ces principes, établis par M. Beau, sont d'une grande vérité. Nous pouvons les rapprocher de ce qu'écrivait tout récemment dans ce journal M. le professeur Trousseau :

« J'ai dit dans mes leçons sur la goutte que je croyais, avec Sydenham, que la maladie était due surtout à un vice de la digestion et de l'assimilation. J'ai dit que les eaux alcalines, entre autres, si puissantes dans le traitement des dyspepsies et des grands troubles de la nutrition, rendaient d'immenses services dans la goutte, en tant qu'eaux digestives et reconstituantes. » Mais ce n'est pas seulement dans la goutte que les eaux antidyspeptiques sont si utiles; elles le sont encore dans cette infinité de maladies qui s'accompagnent de troubles gastriques. Or les observations recueillies ont démontré qu'aucun agent thérapeutique ne réussit mieux que l'eau d'Alet à rétablir les fonctions de l'estomac. La dyspepsie une fois guérie, on voit disparaître la migraine, la constipation, l'état nerveux qui en sont les corollaires les plus immédiats; les vomissements, quelquefois même les vomissements incoercibles de la grossesse; la chlorose elle-même, guérit sans le secours du fer. Lorsque l'estomac, « qui est le vestibule du système sanguin » fonctionne bien, le sang se régénère par un chyle riche et bien élaboré. Dans les convalescences des maladies aiguës, alors que la réparation se fait trop lentement et que de nombreux accidents peuvent se produire, il est souvent utile de stimuler l'estomac ou d'en régulariser les fonctions; ce double but est atteint à l'aide de l'eau d'Alet.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux* des 5 juillet, 20 août, 11 octobre et 8 décembre 1859; 21 février 1860; 15 janvier 1861.

NOUVEL INSTRUMENT

pour mesurer le diamètre antéro-postérieur de l'œil dans le staphylum postérieur de la sclérotique, permettant en même temps de découvrir le staphylôme sans le secours de l'ophthalmoscope.

Par M. le docteur ARGILAGOS.

On sait que le staphylum postérieur de la sclérotique consiste en une saillie au pôle postérieur du globe oculaire, entourant en partie ou en totalité le nerf optique et siégeant toujours, à sa période de développement, au côté externe de ce nerf; sa situation postérieure au globe oculaire et sa profondeur dans l'orbite le dérobent à nos regards.

L'étude anatomo-pathologique ayant démontré l'allongement du diamètre antéro-postérieur du globe dans le staphylum, il vint à l'idée de quelques auteurs de mesurer cet allongement sur le vivant. On se contentait premièrement de juger par la simple vue l'augmentation des axes de l'œil; mais comme il fallait donner plus de précision, Arlt, de Græfe et Weltz ont imaginé chacun un moyen dont on pourra apprécier l'utilité en lisant la description qu'en donne M. Noizet dans sa thèse inaugurale. Ces différents procédés ne permettant pas de mesurer le globe depuis sa partie postérieure *invisible*, ne peuvent donner que des résultats *approximatifs;* en outre, les malades ne se prêteraient pas toujours à la pression exercée contre la paupière, soit à l'aide du doigt, soit avec l'une des branches du compas à bouton de liége de Græfe, pression qui occasionne des douleurs sourdes et insupportables lorsqu'elle est portée au degré nécessaire pour obtenir le résultat voulu.

Nous obtenons avec notre instrument des dimensions *positives*, car nous mesurons depuis les parties *invisibles*, point où commence l'axe longitudinal, jusqu'à l'extrémité de cet axe : il n'y a pas lieu à erreur. La figure ci-jointe donne une idée de la forme et de la grandeur de l'instrument, tel qu'il a été construit par les mains habiles de MM. Robert et Collin. Il a la forme d'un compas, dont la branche A va en s'amincissant vers l'extrémité qui présente une petite inclinaison en dehors; cette extrémité est un élargissement circulaire H (vu de face), concave en dedans, afin de loger la convexité de la cornée sur laquelle elle doit s'appliquer. Cet élargissement concave s'emboîte avec la branche A dont elle fait partie, ce qui lui permet un léger mouvement de rotation dans tous les sens. La branche B va, en s'amincissant, se terminer par une olive F qui renferme l'aiguille G (vue de face); le diamètre de toute la portion qui contient l'aiguille est égal à la branche du serretele.

L'aiguille peut entrer ou sortir au moyen d'une pédale G; la portion aplatie de cette aiguille est logée dans l'extrémité de la branche B, qui présente la petite olive cachant complétement les bords tranchants de l'aiguille, lorsqu'on veut qu'elle soit cachée, pour ne point blesser les parties avec lesquelles l'instrument se trouvera en contact dans l'orbite. Cette branche présente une courbure qui sert à loger la convexité postérieure du globe; le quart de cercle D part de la branche B, traverse la branche A, et est divisé en 35 millimètres; on gradue le glissement de cette portion de cercle au moyen d'un bouton E, qui avance à pas de vis; l'écartement ou le rapprochement des deux branches se fait suivant la plus ou moins grande pression que le bouton E vient exercer sur le quart de cercle, de sorte qu'en comprimant avec ce bouton la branche divisée, on arrête complétement tout mouvement des deux branches de l'instrument.

Moyen de se servir de l'instrument. — On doit d'abord fixer l'œil fortement en dedans comme dans le procédé de de Græfe, de façon à ramener le pôle postérieur autant que possible vers la commissure externe des paupières. Le tissu cellulo-adipeux se trouve ainsi tout à fait écarté, de même que les vaisseaux ou nerfs qui se trouvent du côté externe; on prend l'instrument avec l'indicateur et le pouce, puis on présente la branche A, qu'on place sur la cornée, et tenant l'indicateur sur l'autre branche, comprimant la pédale, afin de faire sortir l'aiguille qui doit percer la conjonctive et l'aponévrose sous-jacente, mais en ayant toujours grand soin de lâcher cette pédale aussitôt qu'on aura traversé les deux membranes mentionnées. On aura encore à traverser du tissu graisseux de l'orbite et le muscle droit externe; mais on n'a pas besoin pour cela du tranchant de l'aiguille, qui au contraire serait plutôt dangereux. Comme l'œil est fortement tiré en dedans, la partie postérieure du globe est presque appliquée contre la conjonctive; cette partie devient donc superficielle, et on peut ainsi arriver facilement et sans trop avancer l'instrument, au sommet du staphylum. La branche B étant appliquée sur le sommet de la tumeur, et la branche A sur la cornée, on a un écartement qui se trouve mathématiquement indiqué sur le quart de cercle gradué. Pour éviter une erreur causée par le moindre mouvement, on fait avancer le bouton, qui, comprimant la branche graduée, empêche tout écartement ou rapprochement. L'écartement des deux branches donnant la longueur du diamètre du globe, on peut à l'instant, et sur la même petite échelle, trouver de combien a augmenté l'axe longitudinal de l'œil; si l'écartement est de 28 ou 30 millimètres, on n'a qu'à compter depuis 24 millimètres, qui est la longueur normale du diamètre antéro-postérieur. On peut reconnaître non-seulement de combien s'est allongé l'axe antéro-postérieur, mais on peut constater en même temps si *réellement* il y a ou s'il n'y a pas de tumeur de la sclérotique; cette distinction est de la plus grande importance.

Notre instrument est donc digne d'attention, car il peut servir à découvrir un staphylum postérieur de la sclérotique à sa première période et sans le secours de l'ophthalmoscope, et il permet d'éviter une erreur facile à commettre avec cet instrument, en faisant distinguer positivement l'atrophie choroïdienne postérieure et le véritable staphylum scléroticien postérieur.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 août 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

Régénération des os. — M. C. SÉDILLOT adresse à M. le président la lettre suivante sur les conditions de la régénération des os :

« La question des régénérations osseuses, transportée par un progrès rationnel du domaine de la physiologie expérimentale aux applications cliniques, réclame avant tout des observations précises, et le devoir des chirurgiens est d'en multiplier le nombre et les variétés pour étendre les limites de l'art et réaliser le magnifique programme du célèbre secrétaire perpétuel de l'Académie. Personne ne met en doute la facilité des régénérations osseuses à la suite de la nécrose, mais on n'en connaît pas encore parfaitement toutes les conditions pathologiques. Je me suis proposé, dans plusieurs de mes communications à l'Académie, de montrer que la régénération des os manquait dans les points où le périoste était atteint d'inflammation suppurative, et j'ai ainsi expliqué la formation des cloaques (pertes de substance rencontrées sur les os de nouvelle formation). De pareils faits prouvent le danger de disséquer le périoste et de le détacher des surfaces osseuses, puisqu'une suppuration à peu près inévitable vient faire obstacle à la reproduction des os, en convertissant en globules de pus les cellules embryonnaires dont la transformation ostéoplastique est arrêtée jusqu'à la reconstitution de la membrane périostique.

» Un cas de nécrose du fémur, dont j'ai l'honneur de mettre les dessins sous les yeux de l'Académie, confirme ces considérations d'une manière fort remarquable. Là où le périoste avait été en contact avec le séquestre, qui occupait toute la circonférence de l'os dans une hauteur de 6 à 7 centimètres, on ne rencontrait aucune trace de régénération osseuse; mais des couches osseuses de nouvelle formation s'étaient produites vers les extrémités allongées et amincies du séquestre. Le périoste dans ce point n'avait pas été séparé des surfaces osseuses et avait offert en conséquence un excès d'activité régénératrice. Si le séquestre eût été enlevé et que le malade eût vécu, la continuité du fémur se fût probablement rétablie après un temps plus ou moins long, mais le membre aurait éprouvé un raccourcissement considérable et aurait sans doute beaucoup perdu de sa force. Résultats peu connus en pathologie, et dont il serait curieux de rechercher des exemples.

» Les conclusions à tirer de l'observation que nous venons de rapporter sont les suivantes :

» 1° Supériorité des opérations ménageant les rapports du périoste avec les couches osseuses subjacentes;

» 2° Condamnation des procédés dans lesquels on dissèque et on isole le périoste des surfaces osseuses en contact;

» 3° Insuccès des tentatives de régénération osseuse par le périoste détaché des esquilles dans le foyer des fractures;

» 4° Absence de reproduction osseuse par les manchettes périostiques conservées autour des os amputés;

» 5° Absence de régénération osseuse dans les cas de pseudarthroses traitées par la résection avec conservation d'une gaîne périostique;

» 6° Insuccès de la régénération des os par les lambeaux périostiques isolés et conservés dans la plaie, à la suite de la résection des membres. »

— M. CH. ROBIN lit un mémoire sur les spermatophores de quelques hirudinées. (Commissaires, MM. Valenciennes, de Quatrefages, Bernard.)

Fonction physiologique du nerf laryngé. — M. SCHIFF (de Berne) communique un mémoire ayant pour titre : *Le nerf laryngé est-il un nerf suspensif? Expériences faites pour la solution de cette question.*

Dans la séance du 15 avril 1861, dit l'auteur, M. Rosenthal a annoncé à l'Académie que l'irritation du nerf laryngé supérieur détermine une suspension de l'action du diaphragme ou une diminution du nombre des respirations. En appliquant des courants très-faibles, on voit toujours que le relâchement du diaphragme est prolongé. M. Rosenthal admet que l'effet produit par l'irritation du nerf laryngé supérieur est analogue à l'effet de l'irritation du nerf vague sur les mouvements du cœur et à l'action du splanchnique sur le mouvement intestinal. Et parce que l'excitation du laryngé ne peut produire son effet sur la respiration que par le pouvoir réflexe de la moelle allongée, M. Rosenthal croit avoir donné une preuve expérimentale en faveur de la supposition de plusieurs physiologistes, que les rameaux du vague et du splanchnique ne se rendent pas *directement*

aux organes, mais aux ganglions microscopiques situés dans leur épaisseur, que l'on devrait regarder comme de petits centres nerveux.

Cette conclusion serait encore très-hardie, s'il existait d'ailleurs une analogie parfaite entre les effets des nerfs vague et splanchnique d'un côté, et du laryngé de l'autre côté. Mais cette analogie n'existe pas. Il y a entre l'action du laryngé et l'action des nerfs que l'école allemande appelle *suspensifs*, des différences capitales.

A. *Les effets de l'irritation du vague et du splanchnique ne sont pas comparables aux effets de l'irritation du laryngé.*

(*a*) Le vague et le splanchnique ne sont pas des nerfs suspensifs. — Nous pouvons confirmer, d'après nos expériences, que l'irritation la plus faible du laryngé, qui produit encore un effet visible, amène un ralentissement de la respiration. Les irritations galvaniques, mécaniques, chimiques, thermiques, produisent cet effet. Il en est tout autrement des nerfs vagues et splanchniques. Il n'y a que les irritations médiocres et fortes qui amènent l'arrêt du mouvement. Mais nous avons prouvé depuis longtemps que les irritations très-affaiblies ont un effet contraire, car elles augmentent le mouvement. Nos expériences ont été pleinement confirmées par Moleschott.

Une autre série d'expériences nous a prouvé que les nerfs prétendus suspensifs sont d'une nature beaucoup plus épuisable que le reste des nerfs moteurs, et sont déjà épuisés jusque dans leurs ramifications ultimes par des irritations qui sont encore assez faibles pour la plupart des autres nerfs. De ces faits, nous tirons la conclusion que le pneumogastrique et le splanchnique sont des *nerfs moteurs*, et que l'effet de leur surexcitation, qu'on peut amener si facilement et momentanément, a été pris pour l'expression de leur action physiologique.

L'effet de la surexcitation, qui paralyse la totalité du nerf, doit différer de l'effet de la *section* du tronc, qui ne détruit pas l'excitabilité des ramifications ultimes et terminales. Ces ramifications terminales ne participent pas même à la dégénération, qui est la suite de la résection. La conclusion précédente est confirmée par une expérience que nous avons rapportée ailleurs, et qui prouve que tout nerf moteur, par exemple le sciatique, que l'on rend très-épuisable par des irritations préalables, acquiert les propriétés caractéristiques des nerfs dits suspensifs. Cette expérience a été confirmée par Pflüger.

(*b*) Le vague et le splanchnique sont des nerfs *centrifuges*, et n'agissent point par le pouvoir réflexe des ganglions. — Il est généralement admis que si l'on soumet le pneumogastrique à un courant galvanique continu d'une certaine force, le cœur, loin de suspendre ses mouvements, bat plus vite. La même méthode appliquée au splanchnique ne suspend jamais les mouvements de l'intestin. Pour produire l'arrêt des mouvements, il faut un courant interrompu et discontinu, comme pour les nerfs moteurs, qui ne peuvent être tétanisés par un courant continu.

Il en est autrement pour le laryngé. Si on l'expose à un fort courant continu direct ou indirect, la respiration se ralentit notablement, et il se produit un arrêt assez prolongé de l'action du diaphragme. Le ralentissement se maintient pendant toute la durée du courant continu. Il est clair qu'il devait en être ainsi. Le rameau interne du larynx, d'après les recherches de M. Longet, est un nerf sensitif, qui agit au moyen de l'action réflexe. Les courants continus et discontinus excitent les nerfs sensitifs; seulement le premier agit à un moindre degré que le second. Les deux ordres de courants doivent donc produire un effet analogue.

Mais puisque chez le vague et le splanchnique ces deux ordres de courants n'ont pas cet effet analogue, quelle que soit l'intensité du courant continu, nous sommes en droit de conclure que ces nerfs n'agissent pas au moyen d'une action réflexe. Donc l'hypothèse qui admet que les ganglions qui se trouvent dans les ramifications du vague et du splanchnique seraient des centres de réflexion, desquels partirait le pouvoir suspensif attribué à ces troncs nerveux, n'est nullement appuyée par l'expérience de M. Rosenthal, ni par aucune autre expérience connue jusqu'aujourd'hui. L'hypothèse de la nature centrale des ganglions et de la nature centripète des rameaux cardiaques du pneumogastrique en rapport avec ces ganglions, qui est admise par beaucoup de physiologistes, est en opposition avec les faits que nous venons de rapporter.

Nous devons encore insister sur la méthode pour distinguer l'excitation motrice *directe* de l'excitation *réflexe*. Cette méthode, basée sur la différence de l'action physiologique des courants électriques, nous paraît être généralement applicable.

B. Doit-on donner au nerf laryngé le nom de *nerf suspensif* de la respiration? — La dénomination de nerf suspensif a été introduite dans la science pour désigner des nerfs qui se rendent directement à des organes musculaires, et auxquels on attribuait la fonction de faire cesser l'action des muscles auxquels ils se distribuent. Mais ces nerfs n'existent pas. C'est pour exprimer l'analogie qu'il suppose entre le rôle physiologique de ces nerfs et du nerf laryngé, que M. Rosenthal applique au laryngé le nom de nerf suspensif. Mais nous avons vu que cette analogie n'est qu'apparente. Il était permis de parler de nerfs suspensifs aussi longtemps que l'on pouvait attribuer la propriété suspensive à des nerfs que tout le monde regardait comme centrifuges; mais aujourd'hui il ne reste dans la science qu'un seul nerf pareil qui jouisse de cette propriété : ce nerf est évidemment un nerf centripète et sensitif, qui n'agit qu'en vertu de l'action réflexe des centres nerveux.

On sait depuis longtemps que les centres sous l'influence de la volonté ou de quelques excitations spéciales, peuvent faire cesser la tonicité des sphincters, peuvent ralentir la respiration, peuvent suspendre des mouvements musculaires, etc.

L'expérience de M. Rosenthal nous montre un nerf périphérique dont l'excitation réveille cette propriété des centres par rapport aux mouvements respiratoires. Depuis que M. Flourens a débrouillé la terminologie physiologique, il serait inouï d'appeler le nerf ophthalmique un nerf moteur, parce qu'il engage les centres à produire le clignement des paupières. Serait-il plus permis d'appeler *suspensif* un nerf qui excite les centres à ralentir une impulsion motrice? D'après la manière de voir de M. Rosenthal, tous les mouvements automatiques qui s'accomplissent d'une manière rhythmique, auraient leur nerf suspensif. Mais l'intestin et le cœur ne l'ont pas, et s'il existe un nerf que l'on propose de désigner comme le nerf *suspensif de la respiration*, nous allons démontrer que dans l'état physiologique il est sans influence sur l'accomplissement de cette fonction, sur sa régularité, sur son rhythme alternant.

Si ce nerf avait dans l'état physiologique une influence sur le rhythme ou la forme des mouvements respiratoires, la paralysie de ce nerf devrait altérer la forme ou la fréquence de ces mouvements. L'expérience nous montre que la respiration ne s'altère aucunement si l'on a coupé le rameau interne du laryngé et que l'on attende jusqu'à ce que le premier effet de l'irritation du bout central soit passé. Si l'on coupe le tronc du laryngé, il n'y a que les troubles de la voix décrits par M. Longet. Sur des chiens de grande taille nous avons vu que l'expérience de Rosenthal réussit tout aussi bien si, au lieu du tronc du laryngé, on se borne à irriter son rameau interne, qui, d'après M. Longet, contient seul les fibres sensitives.

Donc le nerf laryngé, que l'on proposait d'appeler suspensif de la respiration, ne mérite pas le nom de nerf *suspensif*, et n'a qu'une influence accessoire sur la respiration. On pourrait dire que, pour l'état physiologique, l'expérience de M. Rosenthal nous révèle une *propriété*, mais non une *fonction*. Il reste maintenant à examiner si l'influence indiquée sur le diaphragme est spéciale au nerf laryngé, et c'est ce que nous discuterons prochainement. (Commissaires, MM. Flourens, Bernard, Longet.)

Production artificielle des monstruosités. — M. C. DARESTE adresse un mémoire intitulé *Recherches sur la production artificielle des monstruosités*. (Voir le *premier-Paris*).

ÉLECTION.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un correspondant pour la section d'anatomie et zoologie, en remplacement de feu M. Dujardin.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 38 :

M. Gervais obtient.	27 suffrages.
M. Joly.	5
M. Lacaze - Duthiers. . . .	4

Il y a deux billets blancs.

M. Gervais, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent:

Au grade de commandeur. — MM. Milne-Edwards, doyen de la Faculté des sciences de Paris; Geoffroy Saint-Hilaire, directeur du Muséum d'histoire naturelle.

Au grade d'officier. — MM. Laugier, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Delafosse, professeur à la Faculté des sciences de Paris; Marcel de Serres, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier.

Au grade de chevalier. — MM. J. Regnault, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Rameaux, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Bauchet, agrégé près la Faculté de médecine de Paris; Bourbon, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris; Bardinet, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges; Teissier, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon; Blondlot, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy; Revel, ancien professeur à l'Ecole de médecine de Chambéry, ancien proto-médecin du duché de Savoie; Moulin, docteur en médecine, médecin du lycée impérial Saint-Louis; Berthelot, professeur à l'école supérieure de pharmacie de Paris; Duméril, professeur au muséum d'histoire naturelle; Dechambre, membre du comité des travaux historiques des sociétés savantes; Danvin, médecin des épidémies à Saint-Pol; Devilliers, médecin du chemin de fer de Paris à Lyon; Gerdy, médecin inspecteur des eaux thermales d'Uriage; Hillairet, médecin membre du comité d'hygiène du 6e arrondissement de Paris; Nivet, médecin, auteur de plusieurs ouvrages sur l'hygiène publique; Schnepp, médecin sanitaire à Alexandrie; Vernière, médecin inspecteur des eaux du mont Dore.

— Par décret du 27 juillet 1861, ont été nommés présidents :

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de l'Aveyron, M. le docteur Rozier, maire de Rodez.

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Saint-Jean d'Angély (Charente-Inférieure), M. le docteur Bérard.

— Un concours pour la place de deuxième chef interne des hôpitaux de Marseille aura lieu le 18 novembre prochain à l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Le deuxième chef interne est spécialement attaché à l'hôpital de l'Immaculée-Conception. Ses émoluments sont de 700 fr. par an, avec nourriture et logement.

— Au récent dîner du collége des médecins de Londres, sir Richard Bethell, aujourd'hui lord Westbury, grand chancelier d'Angleterre, rappelait ce fait, qu'en accompagnant son père, honorable médecin des premières années du siècle, à ses *Clinical Lectures*, celui-ci répétait souvent qu'il valait mieux être médecin qu'avocat, à moins de devenir *attorney-general;* le fils s'est souvenu des conseils de son père, et il a rempli avec un grand éclat cette charge éminente.

Le lord-maire actuel de Londres, M. Cubitt, qui remplit avec tant de distinction les hautes fonctions qu'il doit au suffrage de la cité, est le beau-père de notre excellent confrère M. le docteur Olliffe, qui compte parmi les plus honorables médecins de Paris. « Faites un nouveau voyage à Londres, me disait ce dernier, soyez encore accompagné de quelques confrères, et vous verrez quel bon accueil mon beau-père se plaît à faire aux médecins. » (*Journ. des conn. méd.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris. Premier et deuxième fascicule du tome Ier. Paris, 1861, chez Victor Masson et fils, place de l'Ecole de Médecine.

Monographie clinique de l'affection catarrhale, par M. J. FULTER, professeur de clinique médicale à la Faculté de Montpellier. Montpellier, 1861, chez Gras, imprimeur.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toule personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 21 AOUT 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

Depuis plusieurs années, diverses communications ont signalé à l'attention des médecins et de l'autorité compétente les accidents d'intoxication saturnine auxquels sont exposés les ouvriers employés à l'émaillage du fer. Les exemples d'intoxication provenant de cette source s'étant multipliés en raison des développements qu'a pris cette industrie dans ces derniers temps, il y avait lieu de s'en préoccuper sérieusement au point de vue prophylactique. C'est ce que vient de faire M. le docteur Duchesne, candidat à la place vacante à la section de médecine légale et d'hygiène publique, dans un mémoire dont il a lu un résumé hier à l'Académie. Après avoir établi, dans son travail, que les quantités d'oxyde de plomb qui entrent dans la composition du cristal ou que l'on ajoute aux matières qui doivent former l'émail, peuvent donner lieu aux accidents de la colique de plomb ; que la poudre d'émail pénètre dans l'économie par les voies respiratoires aussi bien que par les voies digestives, M. Duchesne a exposé à l'Académie les moyens usités dans les fabriques pour empêcher l'absorption par ces deux voies.

L'Académie, après cette lecture, a repris la suite de la discussion sur la morve. Deux nouveaux orateurs sont intervenus dans le débat, M. Leblanc et M. Delafond. L'argumentation de M. Leblanc, que nous regrettons de ne pouvoir reproduire aujourd'hui, nous a paru, autant qu'une simple audition permet d'en juger, corroborer à plusieurs égards les opinions de M. Guérin. Quant à M. Delafond, il a soutenu avec énergie les principes de ses collègues d'Alfort ; mais, nous devons le dire, non sans laisser échapper très-involontairement sans doute des concessions dont nous aurons à tenir compte. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

De la diastole ventriculaire dans l'ordre de succession des mouvements du cœur (1).

Il nous reste à confirmer ce que nous venons de dire des mouvements cardiaques du cheval par l'observation de faits que nous trouverons chez les expérimentateurs qui ont cherché à démontrer la théorie classique ou officielle. Il est bon, pour la parfaite intelligence des choses qui vont suivre, de reproduire le tableau que nous avons déjà donné de la succession des mouvements d'après cette théorie.

RÉVOLUTION DU CŒUR.

1er *temps*. Systole auriculaire.
— Battement ventriculaire, ou systole ventriculaire.

2me *temps*. Diastole auriculaire.
— Repos ventriculaire, ou diastole ventriculaire.

Les expérimentateurs qui ont soutenu cette théorie sont, comme nous l'avons dit, les membres de ces comités anglais qui se sont formés spontanément pour élucider la question des mouvements et des bruits du cœur. Eh bien, ces observateurs ont constaté de la manière la plus rigoureuse le fait capital sur lequel je me fonde pour soutenir que la diastole ventriculaire se fait au premier temps, à savoir l'augmentation des diamètres du ventricule dans le battement ventriculaire.

Voici ce que nous trouvons à ce sujet dans le rapport du comité de Londres, rédigé par le docteur Clendinning (1) : « Un compas d'épaisseur est appliqué sur les ventricules comme pour prendre le diamètre du cœur. Les branches de l'instrument avaient été attachées ensemble par une corde élastique et résistante. Dans quelque direction que l'instrument fût appliqué pour embrasser les ventricules, ou transversalement ou obliquement, le résultat uniforme était que les branches de l'instrument étaient séparées avec force et s'éloignaient l'une de l'autre dans chaque systole (*battement ventriculaire*) pour se rapprocher dans la diastole (*repos du ventricule*). »

Or le même comité admet en principe (2) que dans la systole il y a retrait du ventricule et rapprochement de ses extrémités. Il y aurait donc dans le prétendu mouvement de systole du comité de Londres, tout à la fois ampliation et retrait du ventricule, ce qui est physiquement impossible. Le comité serait sorti de ce mauvais pas s'il avait reconnu que le battement ventriculaire est un mouvement composé d'une partie diastolique (ampliation du ventricule) et d'une partie systolique (retrait du ventricule), et que ce battement ventriculaire est parfaitement comparable au battement artériel ou au pouls dans lequel on admet une diastole et une systole artérielles qui se succèdent très-rapidement.

Néanmoins cette constatation de l'ampliation du ventricule dans le battement ventriculaire par le comité de Londres, a une grande valeur dans la question qui nous occupe, parce qu'elle a été faite de la manière la plus rigoureuse, et qu'elle a été ainsi démontrée par des expérimentateurs qui certes ne l'avaient pas cherchée par suite d'idée préconçue, et qui devaient être très-embarrassés de cette ampliation du ventricule dans ce qu'ils croyaient être la fonction de systole ventriculaire.

Les expériences des comités anglais ont été, comme nous l'avons dit, répétées en France par M. Chauveau, à Lyon d'abord et ensuite à Alfort. Je dois ajouter que M. Chauveau, qui est un vivisecteur soigneux et habile, n'a pas la prétention d'édifier une nouvelle théorie ; il veut seulement fortifier de preuves nouvelles celle qui se trouve dans les auteurs classiques.

Je dirai aussi que les expériences de M. Chauveau passent pour être en désaccord complet avec les miennes. C'est donc pour moi une obligation de ne pas les passer sous silence. Et je peux d'autant mieux en parler qu'ayant été invité par M. Chauveau à une séance d'expériences sur un cheval, j'ai vu et observé avec un vif intérêt les faits expérimentaux sur lesquels on appelait mon attention.

Je vais les exposer ; mais n'oublions pas qu'il s'agit uniquement ici de la place que la diastole ventriculaire occupe dans l'ordre de succession des mouvements du cœur du cheval ; dès lors je ne vais rapporter que les faits qui se rattachent à ce point précis de la physiologie du cœur.

Mon attention a été attirée sur trois faits principaux.

1er *fait*. On constate la systole auriculaire au moyen de la main qui sent les parois de l'oreillette durcir et se roidir dans le moment bref où cette cavité se contracte.

On constate aussi que dans le moment où l'oreillette se contracte, sa cavité s'affaisse et s'aplatit d'une manière frappante par suite de l'expulsion de l'ondée qui la remplissait avant sa systole.

2me *fait*. On me fait observer que le battement ventriculaire est bien le mouvement de systole du ventricule, parce qu'en ce moment le ventricule présente un retrait sensible avec des rides manifestes à sa surface.

3me *fait*. On confirme le même mouvement de systole dans le battement ventriculaire au moyen d'une expérience ingénieuse qui consiste à perforer l'oreillette, et à y introduire le doigt indicateur en le dirigeant sur l'orifice auriculo-ventriculaire. On sent avec le bout du doigt que les valvules auriculo-ventriculaires viennent fermer l'orifice pendant la systole du ventricule, c'est-à-dire dans le même moment où l'on note extérieurement le retrait et les rides contractiles du ventricule. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette précieuse constatation de l'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire.

Tels sont les faits sur lesquels mon attention a été fixée.

J'ai répondu que j'acceptais, et qu'il était impossible de ne pas accepter la démonstration si rigoureuse 1° de la systole auriculaire arrivant avant le battement ventriculaire ; 2° de la systole ventriculaire arrivant pendant le battement ventriculaire. Seulement je me suis permis de faire observer que le battement ventriculaire n'était pas tout entier affecté à la seule systole du ventricule ; qu'il contenait une première partie diastolique, caractérisée par une ampliation du ventricule, dont il

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

(1) *London medical Gazette*, octob. 1840, obs. III, section 1.
(2) Observ. XIX, sect. 1.

BIBLIOGRAPHIE.

Physiologie et pathologie fonctionnelle de la vision binoculaire, par M. le docteur GIRAUD-TEULON, ancien élève de l'Ecole polytechnique, etc. (1).

Voici un bon livre, un livre nouveau, que distingue l'ingénieuse originalité de son estimable auteur. Il sera lu avec autant de plaisir que de fruit, bien qu'il s'agisse de géométrie visuelle et de ses applications immédiates.

Pour atteindre ce but, M. Giraud-Teulon a eu le bon esprit d'éliminer de son œuvre les formules algébriques, souvent décourageantes pour les médecins peu habitués aux signes abstraits qui les expriment ; il les a seulement limitées à l'étude des lentilles.

L'auteur n'a rien négligé pour qu'on puisse le suivre, comme par une sorte d'entraînement, dans la chaîne de ses démonstrations.

Il rappelle, en les résumant avec clarté, les lois de l'optique, les éléments les plus précis de l'anatomie comparée de l'œil. Il fait une description sommaire des yeux à lentilles, à rétine concave ; mais en insistant sur les points de l'organisation qui ont servi de base à ses curieuses découvertes.

Le chapitre sur le mécanisme de la fonction visuelle au point de vue monoculaire fixera sûrement l'attention du lecteur.

La question de l'accommodation tient une place méritée. Les opinions de Délahire, Tréviranus, Pouillet, Wright, Vallée, Albert, Porterfield, sont habilement discutées pour affranchir le système musculaire extrinsèque et la cornée elle-même de la fonction de présider à l'adaptation physiologique, et l'attribuer au système cristallinien, conformément aux belles expériences de Crammer et de Helmholtz, tout en réservant une part possible en faveur du corps et des procès-ciliaires dans l'acte synergique de l'érectilité signalée par M. Rouget, professeur à Montpellier.

La nature du champ de la vision amène naturellement les travaux de l'illustre professeur de Berlin, M. de Græfe, sous la plume de l'auteur. Il fait connaître les précieuses indications sortant de la réduction de ce champ comme moyen séméiologique d'exploration rétinienne. Son étendue, qui est d'environ 170°, peut se réduire excessivement et descendre à 3 ou 4°. Le malade voit et lit alors par une portion de rétine saine, dont l'étendue égale quelquefois à peine un demi-millimètre carré ; tout le restant est insensible à la lumière ordinaire ou phosphénienne.

L'auteur reproduit les bases de la méthode du professeur Donders sur l'emmétropie (vue normale), la brachymétropie (ou myopie), l'hypermétropie (presbytie), pour déterminer le rayon de courbure le mieux adapté à l'une de ces vues donnée.

Puis il passe à l'étude de la vision binoculaire, partie culminante de son travail au point de vue physiologique. Ici tout a été vu, expérimenté, vérifié par lui-même ; rien n'a échappé à son judicieux contrôle. Ses discussions, qu'il qualifie modestement de terre à terre, sont empreintes d'une élégante simplicité, et font apparaître un horizon nouveau saisissant d'intérêt.

S'il se laisse parfois entraîner par son amour des aperçus synthétiques, ou prévenir par une idée trop généralisée, il sait donner en retour un élément nouveau, nettement formulé après une vérification expérimentale irréprochable.

M. Giraud-Teulon admet que l'œil voit par chaque point de la rétine dans une direction déterminée ; mais comment, dit-il, avec ce principe unique, expliquer la binocularité de la vision, la fixation des distances, etc. Sera-ce par la théorie des points identiques, théorie si généralement admise ? Non, car l'investigation phosphénienne qu'il s'est rendue très-familière, amène à coïncidence des sensations appartenant à des points de chaque œil qui ne font pas partie du même méridien ni du même parallèle.

C'est à la triple loi d'*extériorité*, de *direction*, de *limitation*, qu'il va demander l'explication de la vision binoculaire et monoculaire ; il critique les phénomènes simultanés de simple et double vision lorsqu'on regarde un objet, un solide placé près des yeux, ou sa reproduction dans la fusion stéréoscopique de ses images symétriques ; mais un esprit aussi lucide et aussi consciencieux ne tardera pas à revenir de son erreur d'observation à ce sujet, pour entrer largement dans les conséquences de retour sincère au vrai, qu'il cherche avec tant d'ardeur.

Nous voyons l'indice assuré de ce retour dans le jugement porté par lui-même sur l'expérience de Meissner, à propos de la forme géométrique de l'horoptre. En quelques lignes pleines de sens expérimental, M. Giraud explique la cause qui a conduit le savant allemand à une conclusion physiologique que la science n'adoptera jamais.

Il ne tardera donc pas à réserver exclusivement aux axes polaires et secondaires impressionnés sous le même angle, les propriétés qu'il avait étendues aux axes sollicités en double vision sous l'influence simultanée d'angles différents.

Après ce petit grief, cette critique tout amicale et qui n'enlève rien au mérite intrinsèque de ce consciencieux travail, nous conti-

(1) In-8° avec figures intercalées dans le texte. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

n'avait pas encore été question dans la présente expérimentation, et une seconde partie systolique qui venait d'être démontrée par le retrait, les rides des parois et l'occlusion parfaitement sentie de l'orifice auriculo-ventriculaire; qu'un état diastolique dans la première partie du battement ventriculaire était d'ailleurs impérieusement exigé par la systole antécédente de l'oreillette, qui, en expulsant l'ondée qui la remplissait, devait nécessairement aller dilater le ventricule; que si on ne voulait pas qu'il y eût ainsi une diastole avant la systole du ventricule, il fallait au moins se borner à constater le fait matériel de l'ampliation, qui marque le commencement du battement ventriculaire, ampliation observée par le comité de Londres sur le cheval, et existant d'une manière si manifeste sur les cœurs transparents; et en disant cela, j'appliquai mes deux mains en sens opposé sur le cœur de l'animal, et je montrai que mes mains étaient visiblement et brusquement écartées à chaque battement ventriculaire, immédiatement après la systole de l'oreillette et immédiatement avant le retrait et les rides contractiles du ventricule.

Mais j'ai demandé en vain que cette question de constatation matérielle fût vidée. Elle n'a pas été prise en considération, et mon observation a été un incident indifférent, sur lequel on a passé outre...

Cela ne m'a pas étonné au fond, car l'ampliation du battement ventriculaire, qui est le fondement de la théorie que je défends, étant un fait physiologique assez positif pour braver tout examen contradictoire sérieusement pratiqué, il n'y a possibilité d'infirmer cette théorie aux yeux des gens qui ne connaissent pas bien la question, qu'en oubliant le fait d'ampliation, en glissant sur lui, en le passant sous silence.

Je suis, du reste, bien loin de contester à M. Chauveau le droit de conduire ses expériences comme il l'entend. Il a procédé dans cette circonstance avec toute l'indépendance d'un expérimentateur qui s'attache à certains points d'une question, et qui en néglige d'autres dont il est parfaitement libre de ne pas reconnaître l'importance.

C'est ainsi que dans son expérimentation M. Chauveau s'est appliqué d'une manière toute particulière à démontrer les systoles de l'oreillette et du ventricule. Il a fait certainement beaucoup pour elles, et il ne sera contredit par personne. Mais dans le cœur il n'y a pas que des systoles, comme le pensait à tort le grand Harvey; il y a aussi des diastoles dont il est juste de s'occuper, surtout la diastole du ventricule, qui est parfaitement admise en principe, mais qui n'a jamais été démontrée par les partisans de la théorie officielle.

M. Chauveau ne veut pas que cette diastole ait lieu, comme je l'admets, dans la première moitié du battement ventriculaire, entre la systole de l'oreillette et la systole du ventricule; il la place sans hésiter dans le repos du ventricule, sans en donner la raison et la preuve.

Une diastole ventriculaire doit être marquée, comme toute dilatation de vaisseau à parois molles et mobiles, par une ampliation des diamètres de ce vaisseau; mais il est impossible d'observer la moindre ampliation sur le ventricule du cheval pendant tout le temps du repos. Il est en ce moment comme celui de la grenouille en retrait, complétement immobile et par conséquent vide de sang.

Les raisons qui ont pu porter M. Chauveau à localiser ainsi la diastole ventriculaire, sont peu convaincantes eu égard aux preuves apportées par lui en faveur de la systole du ventricule. On s'est dit probablement : La diastole ventriculaire n'a pas lieu dans le battement ventriculaire, donc elle a lieu dans l'état opposé, dans celui de repos du ventricule. C'est, comme on le voit, un argument par exclusion, qui n'est valable que quand le premier terme du raisonnement est parfaitement démontré, quand on a tout fait pour connaître la vérité, et qu'on n'a omis de constater aucun fait contradictoire.

Un autre argument auquel M. Chauveau a attaché beaucoup d'importance, est celui-ci : Pendant le battement ventriculaire, le ventricule est dur au toucher, donc on a affaire à une systole; le même ventricule est mou dans l'état de repos, donc il est alors en diastole. Ces conclusions sont loin d'être rigoureuses.

Quand une vessie est à moitié pleine de liquide, elle est molle au toucher; voilà qui est parfaitement vrai. Mais quand elle est distendue et pleine à l'excès, elle est au contraire très-dure. C'est pour cette dernière raison que les parois ventriculaires distendues par l'ondée qu'a lancée l'oreillette sont dures au toucher. Le battement ventriculaire est dur au toucher dans sa partie diastolique à cause de cette tension passive et excessive des parois ventriculaires, et il l'est encore dans sa partie systolique à cause de la dureté des parois contractées. On peut s'en convaincre, même sur la grenouille, dont le ventricule offre de la résistance au doigt, dans l'état diastolique et systolique. On se convaincra encore sur le même cœur, que le ventricule est mou pendant l'état de vacuité, de retrait et d'immobilité du ventricule.

Preuve donc que la systole n'est pas exclusivement démontrée par l'état de dureté, ni la diastole par l'état de mollesse. Du reste, le battement artériel qui à l'état sain est dur comme le battement ventriculaire, n'est-il pas dur ainsi par sa partie diastolique?

Somme toute, M. Chauveau n'a pas encore démontré que la diastole ventriculaire se fait dans l'état de repos. Sous ce rapport il n'est pas étonnant qu'il soit plus riche en arguments que ses devanciers les autres défenseurs de la théorie orthodoxe, puisque maintenant, pas plus que les autres fois, le sang ne vient dilater le ventricule au second temps.

Je dois dire cependant qu'on a cherché, surtout dans les comités anglais, à démontrer que la diastole ventriculaire se fait au second temps, et cela à l'aide d'une expérience qui a paru décisive. On introduisait un tube dans le ventricule d'un animal maintenu en circulation par l'insufflation pulmonaire; on remarquait que le sang qui s'élevait dans ce tube à chaque battement ventriculaire, s'abaissait au contraire à chaque temps de repos, et l'on disait : Le sang s'abaisse dans ce tube à chaque temps de repos, donc le ventricule est alors relâché par son état de diastole. Cette conséquence n'est pas juste.

Tout ce qu'on peut rigoureusement conclure de l'expérience précédente, c'est que dans le battement ventriculaire, qui est la diasto-systole, il y a à l'intérieur du ventricule une pression beaucoup plus considérable que dans l'état de repos, ce qui est tout naturel, puisque dans le battement ventriculaire le cœur est dur au toucher, et qu'il est mou dans l'état de repos; mais on n'est pas autorisé à transformer en une diastole cette moindre pression du ventricule pendant le second temps. On a oublié que le problème unique dans cette question est de savoir ou plutôt de *voir* si le sang pénètre dans le ventricule au second temps, c'est-à-dire sans y être poussé par la contraction de l'oreillette. Or un tel mouvement du sang ne se voit pas ni dans les cœurs transparents ni dans les cœurs opaques mis à jour par une large incision, et c'est pour cette raison que je nie de toutes mes forces une diastole ventriculaire au second temps.

Une large incision du ventricule est donc l'argument sans réplique qui démontre que la diastole ventriculaire se fait au premier temps. Mais à celui-là on peut en ajouter un autre très-important que je tire de la pratique expérimentale de M. Chauveau. Nous avons parlé plus haut d'un moyen très-ingénieux employé par cet habile expérimentateur pour constater la systole du ventricule à l'aide du doigt indicateur, qui, introduit dans l'oreillette par une incision, va sentir le contact des valvules abaissées sur l'orifice auriculo-ventriculaire par suite du retrait systolique des parois ventriculaires. Mais ce fait expérimental doit prouver bien davantage. Il doit nous montrer, par la sensation nette et positive de l'état d'occlusion et de non-occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire, quel est le moment précis où le sang traverse cet orifice, et quel est celui où le sang ne le traverse pas. Or voici à ce sujet le résultat de mon observation personnelle, qu'il sera facile de vérifier :

Le doigt introduit dans l'oreillette sent l'abaissement des valvules auriculo-ventriculaires se faire, comme le veut M. Chauveau, dans le moment de la systole ventriculaire, c'est-à-dire dans la seconde moitié du battement ventriculaire. Mais ce n'est pas tout. Le doigt sent parfaitement que les valvules restent abaissées sur lui, et par conséquent que l'orifice auriculo-ventriculaire est formé par elles pendant tout le second temps. L'orifice ne s'ouvre et les valvules ne se relèvent que dans ce moment bref et précis où l'oreillette se contractant envoie l'ondée qui va dilater le ventricule pour effectuer la partie diastolique du battement ventriculaire.

Puisque les valvules ferment l'orifice auriculo-ventriculaire pendant le second temps, il faut en conclure rigoureusement que le sang ne peut pas aller en ce moment opérer la diastole du ventricule; cette diastole ne peut s'effectuer qu'au premier temps, immédiatement après la systole de l'oreillette, parce que c'est alors seulement que l'orifice auriculo-ventriculaire est ouvert et perméable au sang.

Le contact des valvules auriculo-ventriculaires, institué par M. Chauveau pour une constatation très-limitée, celle du moment de la systole, concorde donc parfaitement avec la section du ventricule pour nous apprendre que le sang va de l'oreillette dans le ventricule au premier temps. Cela n'a rien d'étonnant; quand on est dans le vrai, le vrai ressort même des faits fournis par une expérimentation contradictoire.

En soutenant que la diastole ventriculaire a lieu au premier temps et non au second, je n'entends parler que du cœur à l'état sain ou physiologique. Car comme l'état morbide est l'état contradictoire de l'état physiologique, il est possible *à priori* qu'il y ait des diastoles ventriculaires au second temps dans l'état pathologique. En effet, l'observation clinique nous apprend qu'il y a au second temps une diastole anormale et morbide qu'il est impossible de révoquer en doute; c'est la diastole produite par le sang qui reflue de l'aorte dans le ventricule à travers les valvules semi-lunaires affectées d'insuffisance. Cette diastole morbide du second temps vient dans cette maladie s'ajouter à la diastole normale du premier temps.

Y a-t-il d'autres cas morbides de diastole ventriculaire au second temps? La chose est fort possible. Nous reviendrons là-dessus plus loin.

(La fin au prochain numéro.)

HOPITAL DES ENFANTS MALADES DE MANCHESTER.

M. W. SKINNER.

Observation d'ossification des muscles.

Le sujet de cette observation est un jeune enfant âgé de treize ans. Ses parents sont vivants, jouissent d'une bonne santé, et ne sont entachés d'aucune affection héréditaire ou constitutionnelle. Ils ont eu huit enfants; notre petit malade est le second. L'un d'eux est mort à l'âge de quatre ans d'une bronchite; un autre relève en ce moment d'une attaque de pleurésie. A ces deux exceptions près, tous les autres enfants sont très-bien portants.

Depuis sa naissance jusqu'à six ou sept ans, notre malade était un bel enfant jusqu'alors bien portant, lorsqu'il y a six ans, sans cause connue, on vit un petit gonflement se produire derrière le cou.

Au bout d'une semaine, cette petite tumeur disparut, et on put en observer une autre derrière l'épaule droite. Trois semaines plus tard les bras se roidirent peu à peu, et trois mois s'étaient à peine écoulés, que ses membres étaient fixés au point que l'enfant dut recevoir ses aliments de la main d'une autre personne. De temps à autre cependant il était parvenu avec grande difficulté à se servir de ses bras. Depuis ce moment jusqu'à ce jour, plusieurs petites masses se sont formées dans diverses parties du corps, surtout vers le rachis et le thorax, et chaque contusion est invariablement suivie de l'ap-

---

nuons notre analyse, engageant le lecteur à méditer les faits curieux de Wheatstone et de Brewster. Ces faits méritaient une vulgarisation française; outre le haut intérêt de curiosité qu'ils inspirent, on peut y trouver la solution élémentaire des questions les plus ardues de la physiologie oculaire.

Les belles recherches de M. Jules Guérin terminent la première partie du livre de M. Giraud-Teulon, sous le titre de *Statique et dynamique de l'œil*. La chirurgie et la physiologie y puiseront d'utiles documents sur l'harmonie musculaire de l'organe, de précieuses indications sur les causes diverses de son trouble, et les moyens de pourvoir à son rétablissement immédiat.

La deuxième partie du livre de M. Giraud-Teulon est consacrée à l'étude des anomalies de la vision, à la détermination et à la formule des altérations que cette fonction peut éprouver, abstraction faite de tout changement matériel appréciable qui pourrait s'y rattacher.

Nous ne reviendrons sur le strabisme longuement discuté dans le premier chapitre de cette deuxième partie que pour mentionner l'article 178 relatif à la *décentration optique* comme espèce de strabisme ciliaire ou interne. Cette cause, signalée par l'auteur, devant trouver une féconde application dans l'étude des aberrations fonctionnelles qui suivent l'usage des lunettes; il y a là tout un champ fertile d'observations nouvelles.

C'est un devoir pour nous de rappeler ici les travaux si intéressants du célèbre ophthalmologiste de Nantes, M. Guépin, sur les diplopie et monobleptie attribuées à des contractions musculaires. Les beaux résultats obtenus par la section du muscle opposant, quarante et une guérisons sur quarante-trois cas, sont une vérification expérimentale bien faite pour mettre hors de doute la doctrine de ce praticien distingué.

On remarquera dans le chapitre des paralysies de l'œil l'article sur le diagnostic différentiel, sur le rapport du croisement et de l'homonymie des images avec l'état de convergence et de divergence des globes oculaires.

Nous nous bornons à indiquer la mydriase et le myosis comme servant de transition à l'importante question des maladies de l'accommodation dont M. Giraud-Teulon a fait une étude spéciale. Nous pouvons donc dire que cette partie de la science, quoique explorée par tant d'illustres physiologistes, a laissé aux patientes investigations de l'auteur une part très-belle et dont il a su tirer de fort utiles applications.

Après des considérations très-intéressantes sur la myopie, la presbytie, l'hyperpresbyopie, acquises et congénitales, symptomatiques et consécutives, sur l'office des verres concaves et convexes, sur le choix des lunettes, M. Giraud-Teulon entre derechef dans le domaine de ses propres travaux et commence son imposante exhibition réformatrice par l'étude de la fonction binoculaire à travers les verres dans leurs régions prismatiques internes ou externes.

L'étude approfondie de la funeste influence exercée par les verres ordinaires non décentrés par l'opticien, l'a conduit à constater que l'appareil ciliaire remplit un office *correcteur*. Cet office consiste dans un mouvement forcé de translation, en dehors ou en dedans, des axes polaires ou des centres de courbure des rétines. Cette dissociation violente est d'autant plus grande que les centres des bésicles sont plus en dehors des centres des yeux; de là les funestes effets des lunettes ordinaires, les kopiopies, les amblyopies amaurotiques, etc.

M. Giraud-Teulon n'a pas attendu passivement les résultats de ces enseignements; il a demandé avec confiance à la méthode expérimentale la démonstration directe de la *décentration* effective du cristallin, de la séparation ou plutôt encore de l'indépendance de ses mouvements de convergence d'avec ceux du globe.

Les images réfléchies par les cristalloïdes, interrogées d'après les indications de Crammer, lui ont immédiatement donné la clef des changements de forme ou de situation relative que devait éprouver la lentille oculaire. « La catoptrique a éclairé la dioptrique, comme le dit très-justement l'habile expérimentateur. »

Cette propriété, physiologique de sa nature quand elle est renfermée dans une certaine limite, devient anormale, pathologique lorsqu'elle la dépasse. La conception de cette propriété, sa vérification expérimentale objective, constituent une découverte importante faisant grand honneur à l'auteur. Cette découverte est toute personnelle; car les observations faites par MM. de Græfe, Donders, Langenbeck, ne parlent que de l'obliquité du cristallin, de sa déviation stable, purement accidentelle et tout à fait synéchique. Il y a loin de ce fait très-intéressant, du reste, à la loi formulée.

En voici les conséquences pratiques :

Toute paire de besicles devra être composée de deux moitiés d'une même lentille, dans chacune desquelles aura été taillé le verre destiné à remplir le vide de la monture, en ayant soin de les mettre en regard l'un de l'autre par l'extrémité correspondante au centre de la lentille, ce centre étant lui-même intermédiaire aux deux yeux.

Puis, pour organiser une diagnosie précise des mauvais effets produits sur la vision par l'usage des lunettes, M. Giraud s'adresse tour à tour à l'examen ophthalmoscopique, à la rétinoscopie phosphénienne, au trou panoptique, etc.; et par cette voie d'exclusion successive il localise l'affection dans l'organisme adaptateur : c'est alors qu'il est nécessaire de faire appel aux principes nouveaux si l'on veut sortir de l'empirisme qui jusqu'ici a dominé dans le choix des lunettes. Les verres périscopiques, au point de vue binoculaire, bien

parition d'une semblable tuméfaction, précédée de douleur, sensibilité et mouvement fébrile.

Aujourd'hui nous constatons l'état suivant :

L'enfant est un peu courbé ; ses épaules sont contractées ; l'articulation gauche possède encore un peu la faculté de se mouvoir, celle de droite est immobile ; les bras ne peuvent plus être étendus, ils sont à demi fléchis devant l'abdomen. La poitrine est étroite, très-aplatie de chaque côté à la jonction des côtes avec leur cartilage, et présente quelques nœuds. Les mouvements thoraciques de la respiration ne s'exécutent plus.

L'abdomen est bien conformé ; les membres inférieurs, très-droits, n'offrent aucune trace de rachitisme.

La colonne vertébrale est privée de mouvement ; les omoplates sont fixes ; les fesses et les extrémités inférieures n'ont rien d'anormal.

Le toucher fait sentir sous les côtes de nombreuses petites projections.

Les muscles pectoraux à droite sont complètement fixés et convertis en une substance dure, osseuse. Le bord inférieur du grand pectoral présente, à partir d'un point correspondant au mamelon droit, une série de petits nodules qu'on peut suivre en remontant vers l'aisselle, et qui se prolongent dans l'épaisseur du biceps jusqu'à son insertion radiale ; derrière le muscle on sent comme une esquille très-irrégulière. Les muscles de l'avant-bras ne paraissent pas affectés. Du côté gauche, on constate les mêmes accidents ; mais, de plus, les muscles de l'avant-bras commencent à devenir rigides, et une sorte de longue épine osseuse s'étend du condyle externe aux deux tiers de la longueur de l'avant-bras.

En arrière, sur le côté gauche du cou et probablement dans l'épaisseur du trapèze, immédiatement après son origine occipitale, existe une production osseuse de la grosseur et de la forme d'un œuf de pigeon. Plus bas, à l'angle formé par le scapulum et le rachis, on trouve une autre masse osseuse irrégulière.

A la région dorsale, vers la dixième ou onzième vertèbre, à la naissance du trapèze, on peut encore imprimer des mouvements à une production osseuse, anguleuse, qui remonte sur les côtés du rachis, dans un espace d'un pouce et demi, et occupe en largeur l'étendue d'un pouce.

De plus, si l'on suit le bord inférieur de ce muscle jusqu'à son insertion scapulaire, on sent une dureté qui forme une sorte de saillie épineuse.

A droite, à deux pouces environ de l'angle inférieur de l'omoplate, existe une dernière petite masse osseuse, dure et irrégulière, du volume d'un œuf ; elle semble faire partie du bord inférieur du grand dorsal ; sa formation est la plus récente.

A la région lombaire, les deux côtés sont occupés par des plaques osseuses. Les fesses et les membres inférieurs ne présentent aucune altération, à l'exception toutefois d'un nodule de la grosseur d'une noix ordinaire, situé au-dessus du calcanéum droit, au point d'insertion du tendon d'Achille.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation jouit, du reste, d'une bonne santé ; il mange et dort bien ; toutes ses fonctions sont normales. L'urine analysée n'a présenté aucun changement ni dans sa quantité ni dans ses qualités.

M. Southam, de l'Infirmerie de Manchester, qui vit le premier ce malade, lui fit subir un traitement à l'iodure de potassium.

Le lecteur trouvera des faits de ce genre rapportés par M. C. Hawkins, dans *the Medical Gazette*, 1843 et 1844 ; par M. Rogers, dans le XIII[e] volume de *the American Journ. of medical science* ; par le docteur Wilkinson, dans *the Medical Gazette*, 1846 ; par le docteur Testelin, dans la *Gazette médicale de Paris*, 1839 ; enfin, au Muséum du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre, on trouve un beau spécimen de cette affection, bien décrite dans le *Pathological Catalogue*, vol. V, p. 138, n° 3367.)

(*Med. Times and Gazette.*)

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LES KYSTES DE L'OVAIRE,

Par M. Clément Ollivier (d'Ingrandes-sur-Loire).

Le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 27 juin contient sur les kystes de l'ovaire une leçon du professeur Jobert, sur laquelle je prends la liberté de faire quelques réflexions qui ne seront peut-être pas inopportunes. En effet, les leçons du maître posent les principes, mais les observations du praticien rencontrent les exceptions.

Ainsi, il ne serait certainement pas juste d'inférer de cette leçon que la curabilité des kystes est toujours aussi simple que tendraient à le faire croire les paroles de l'illustre professeur.

Selon moi, pour faire une étude complète des kystes de l'ovaire, il conviendrait de les classer en cinq catégories :

1° *Kystes durs ou multiloculaires, incurables.*

J'ai fait connaître en 1847 les tentatives infructueuses faites par moi, conjointement avec M. le docteur Duparcque, sur une femme de la rue du Grand-Chantier. Encore aujourd'hui comme alors, je n'ai pas plus foi dans les injections iodées pour la guérison de ce genre de kystes, que dans les tentatives d'extirpation faites en Amérique, voire même en France ; car je n'ai point oublié le résultat d'une pareille extirpation pratiquée à cette même époque par M. Huguier sur une de mes malades.

2° *Kystes purulents ou de mauvaise nature, incurables.*

Une institutrice d'Arnage, près le Mans, m'offrit l'année dernière un cas bien remarquable de ces sortes de kystes.

Arrivée près de moi après avoir subi six ponctions de 20 à 25 litres, à un mois de distance, je lui fis une injection de 100 grammes d'un mélange de teinture d'iode et d'iodure de potassium, et lui laissai la canule pendant quatre jours.

Chaque matin, je retirai 2 litres d'eau ; la malade étant sous l'influence de l'intoxication iodée, je pratiquai une injection avec 60 gram. de perchlorure de fer officinal mêlé à 500 gram. d'eau.

Quinze jours après, je n'en fus pas moins obligé de faire une nouvelle ponction qui me fournit 20 litres d'un liquide entièrement purulent et d'une fétidité que j'attribuai à la décomposition de l'eau par suite de l'injection de perchlorure de fer.

Huit jours après, 12 litres de pus noirâtre avec grande quantité de gaz hydrogène sulfuré. — Injection avec nitrate d'argent, 2 gram. ; eau, 250 grammes.

Le lendemain, une cuvette de pus noirâtre et fétide avec émission de gaz. Compression du kyste, tout fut inutile, la malade s'en retourna mourir chez elle.

3° *Kystes à forme inflammatoire.*

Ces sortes de kystes contiennent un liquide particulier qui dénote à l'opérateur leur nature, laquelle n'admet pas l'injection iodée.

En effet, le liquide, au lieu d'être limpide ou légèrement ambré, ou hyalin, est couleur chocolat ou café noir et fortement albumineux, au point de ressembler à une forte solution de colle de menuisier.

Si l'opérateur veut tenter l'injection iodée, la malade ressent immédiatement une atroce douleur se manifestant dans la région sous-pubienne.

C'est ce qui vient encore d'arriver chez moi, sur une jeune femme de Blois opérée déjà une fois il y a deux mois, et chez laquelle on a extrait un liquide de couleur chocolat, fortement gélatineux. Injection impossible, le premier jet de la seringue ayant produit une atroce douleur dans la région sous-pubienne.

A la seconde opération, liquide brun coulant comme une solution concentrée de gélatine. Injection de 15 grammes environ de teinture d'iode mêlée à 1 litre environ du liquide resté dans le kyste. Malgré cela, douleurs atroces dans la région sous-pubienne, laquelle douleur ne permet pas le séjour de l'injection, qui est immédiatement évacuée.

La canule laissée encore pendant quatre heures, il est encore retiré environ un demi-verre d'un liquide sanguinolent. L'inflammation du kyste peut-elle laisser espérer une guérison parfaite ? Je ne sais, quoique depuis quinze jours il ne se manifeste qu'une quantité insignifiante de liquide.

4° *Kystes complexes.*

J'entends par kystes complexes ceux qui sont accompagnés d'une lésion utérine ou de ses annexes.

J'ai l'habitude de traiter préalablement l'affection utérine, que je regarde comme cause occasionnelle. Ainsi ai-je fait pour une femme de Saint-Florent-le-Vieil (Maine-et-Loire). Dix applications de sangsues pratiquées sur un engorgement indolent de l'utérus, précédèrent la ponction du kyste, qui fournit 12 litres d'un liquide couleur café noir peu albumineux. Pendant une année le kyste resta vide, lorsqu'il se remplit tout à coup.

La malade se préparait même à subir une nouvelle ponction, lorsque, chose étrange, et qui n'a point été encore mentionnée dans la science, une nuit, au moment de ses règles, son kyste se vidant par les voies naturelles, elle fut inondée dans son lit et se trouva le lendemain complétement débarrassée.

Six mois après, le kyste s'étant rempli de nouveau, nouvelle ponction ; liquide noir, albumineux ; injection excessivement douloureuse, maintenue pendant cinq minutes ; coliques. Guérison qui s'est maintenue depuis deux ans.

5° *Kystes simples.*

Le liquide est ordinairement d'une grande limpidité, incolore, peu albumineux ; l'injection est complétement insensible, et sur un grand nombre d'opérations je n'ai pas encore vu une récidive.

Maintenant, si nous considérons ces cinq catégories, il nous sera facile de voir que les kystes de la seconde offrent pour signe d'incurabilité la rapidité du retour du liquide et son changement de nature, en devenant plus ou moins albumineux, puis enfin purulent.

Quant aux kystes de la troisième catégorie, reconnaissables, ainsi que je l'ai signalé plus haut, à la nature particulière du liquide qu'ils contiennent, on peut se demander d'où provient leur excessive sensibilité, qui ne leur permet pas de supporter une injection iodée, alors que ceux de la seconde supportent sans aucune sensibilité les injections les plus irritantes, comme le perchlorure de fer, la solution presque concentrée de nitrate d'argent, sans qu'il en résulte aucun symptôme ni fébrile ni péritonéal.

Je ferai remarquer que les kystes de la troisième catégorie sont plus sensibles à l'injection iodée que le péritoine lui-même, dans la cavité duquel je viens de faire, en présence de l'honorable docteur Broux, de Chemillé (Maine-et-Loire), une injection de 100 grammes de teinture d'iode chez une femme affectée d'ascite, déjà opérée seize fois, et fournissant tous les mois de 15 à 24 litres de liquide péritonéal, qui, comme le savent tous les praticiens, se distingue par une couleur ambrée toute particulière et parfaitement distincte de celle des kystes ovariques.

Cette injection, mêlée à 3 litres environ de liquide laissé dans la cavité péritonéale, a été supportée pendant dix minutes, en ne produisant qu'une réaction presque insignifiante. Le résultat, sans être négatif, n'a pas été bien sensible.

Maintenant, pourrait-on remplacer les injections iodées par la solution de nitrate d'argent ou le perchlorure de fer, qui ne produisent aucun symptôme d'intoxication ?

Dans les deux cas où j'ai employé ces substances, il est clair que le premier ne pouvait, en raison de l'état désespéré de la malade, me donner aucun résultat.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme chez qui je maintenais la canule depuis douze jours, et dont le kyste ne fournissait plus qu'une cuillerée de liquide clair et sans albumine matin et soir. Une injection de perchlorure de fer fit contracter le kyste et rejeter la canule au dehors. Il n'y a pas eu de récidive depuis trois ans, et le kyste ne laisse aucune trace de son existence.

APPAREIL A RESPIRATION ARTIFICIELLE.

Par M. Nestor Gréhant, élève en médecine.

Lorsque les mouvements respiratoires de l'homme sont troublés, le médecin cherche souvent à les rétablir par l'insufflation de l'air. Les moyens employés remplacent l'inspiration ; mais l'expiration, abandonnée à l'élasticité des poumons, reste incomplète.

Voici un appareil que j'ai fait confectionner par M. Mathieu, et qui remplit mieux les indications : c'est un soufflet double. Deux soufflets séparés par une paroi commune se terminent par une même tuyère : le premier, destiné à envoyer de l'air dans les poumons, porte sur la paroi extérieure une soupape qui s'ouvre de dehors en dedans, et dans la tuyère une autre qui s'ouvre de dedans en dehors ; le second, qui produit l'aspiration, présente aussi deux soupapes dont la disposition et le jeu sont inverses. Les soupapes extérieures seules sont fermées par des ressorts faibles dont on peut régler la tension.

Pour entretenir la respiration artificielle, on met la tuyère en communication avec la bouche ou avec la trachée par une sonde laryngienne ; on fait fonctionner successivement les deux parties du soufflet ; l'inspiration et l'expiration s'accomplissent. Si l'air chassé dans les poumons acquiert une force élastique trop grande, il s'échappe par les ouvertures du soufflet voisin, l'emphysème ne se produit pas. Je pense qu'on peut employer cet instrument chez l'enfant nouveau-né qui ne respire pas, chez l'homme asphyxié par submersion ou par inhalation de gaz délétères. Dans le cas d'asphyxie par les vapeurs du chloroforme, on pourra fixer un ballon plein d'oxygène à l'ouverture d'entrée de l'air.

L'expérience apprendra quelle est la valeur de cet appareil.

---

entendu, sont jugés, condamnés et assimilés aux verres bi-convexes et bi-concaves.

Les faits curieux de Brewster signalés dans la première partie du livre sont reproduits ici pour être soumis au contrôle de la dissociation cristalline. Ces faits, regardés comme autant d'aberrations et d'illusions optiques, ne sont, selon nous, ni une illusion ni une aberration fonctionnelle ; ils appartiennent au contraire à la physiologie la plus régulière et la plus normale.

Lorsque notre double regard se porte d'une manière simplement convergente ou tout à fait croisée sur une double image identique ou symétrique, la sensation binoculaire est constamment vue à l'entre-croisement des axes polaires, c'est-à-dire après ou avant l'image, selon le cas : là, et non ailleurs, se trouve le *reflet* physiologique de cette double sensation. Celle-ci y est non virtuellement, ainsi qu'on le dit, mais *réellement* concrétée, arrêtée et fixée comme sur un *écran liminateur*, comme l'image de la chambre obscure sur un verre dépoli.

C'est là ce que nous appelons l'*image aérienne* de la sensation dégagée et séparée de son objet provocateur.

Si l'on mesure exactement la distance de l'œil à l'image *aérienne réelle*, puisque le doigt peut en faire le tour en recevant son ombre ou lui donnant la sienne, ou paraissant tour à tour double sans croisure ou avec croisure, on trouve qu'elle est toujours située à l'intersection polaire et à celle des directions prises isolément par chaque œil.

Si l'on mesure le diamètre de cette image aérienne (le plus curieux de tous les phénomènes visuels dans son isolement subjectif de l'objet), on trouve aussi qu'elle a constamment grandeur réelle, la dimension de la partie du cône visuel correspondant au croisement des deux directions naturelles des deux yeux, isolément vérifiées.

Les figures qui servent de support à la démonstration de l'intervention dissociatrice sont empreintes d'un vague de construction géométrique, qui certainement n'a pas satisfait l'esprit de l'auteur, pour la détermination du lieu où doit être placée l'image aérienne ; ses rapports avec les yeux et les images objectives sont constamment proportionnels aux distances, et dans ces conditions d'exactitude, pas de doute sur la fixation de son emplacement.

M. Giraud-Teulon ne tardera pas à reconnaître que la correction du travail cristallinien applicable aux lunettes ne peut s'étendre au jeu des images sensorielles fixées à la surface limitante des cas de vision précités. Les mesures exactes que nous avons si souvent prises, les directions naturelles des regards isolés ou réunis, vérifiées avec la plus scrupuleuse attention, ne permettent pas de s'arrêter un moment sur la possibilité d'attribuer un rôle quelconque à ce travail dissociateur. Ces faits confirment la théorie de l'auteur dans son ensemble, — théorie qui deviendra irréprochable lorsqu'il en aura éliminé une erreur dont les conséquences se font partout sentir, ainsi qu'on peut s'en assurer dans l'appréciation du fait du *compas* de Smith. — Il s'approche résolûment de la véritable cause des effets observés ; mais au moment où il veut la saisir, elle échappe en partie, en laissant à la petite place abandonnée un noumène trompeur.

Nous ne voulons chercher à diminuer en rien la valeur et l'importance de la loi remarquable qui constate dans le système cristallinien une action anormalement directrice, indépendante de celle qu'exerce le globe dans son ensemble harmonique. En lui faisant l'accueil le plus hospitalier et le plus mérité, nous avons voulu cependant la dégager des applications qui pouvaient la compromettre ; car elle révèle une finesse d'esprit d'induction expérimentale qui promet beaucoup pour l'avenir et la considération de l'ophthalmologie française dans ce qu'elle a de plus élevé et de plus subtil.

D[r] Serres (d'Alais).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 août 1861. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

L'Académie reçoit :

1° Deux lettres de MM. les docteurs Delpech et Duchesne, qui se portent candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale ;

2° Un mémoire de M. Antonino Orsini di Giacomo, *Sur la morve*. (M. Delafond, rapporteur.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. LAUGIER donne lecture d'une lettre qu'il a reçue de M. le docteur Gaillard (de Poitiers) relativement à l'état actuel d'un homme que ce chirurgien a opéré il y a treize ans pour un rétrécissement infranchissable de l'urèthre par la méthode dite anaplastique.

« Le malade se porte parfaitement; il urine toujours par l'extrémité de la verge ; l'émission du sperme est normale. Seulement depuis deux ans l'urèthre s'est dilaté dans une partie de son étendue ; les urines s'y accumulent comme dans un réservoir, de telle sorte que pour se débarrasser complétement, le malade est obligé d'exercer une pression sur le périnée. »

LECTURE.

De la colique de plomb chez les ouvriers employés à l'émaillage du fer, et des moyens proposés pour les préserver de cette maladie. — M. le docteur DUCHESNE lit sous ce titre un mémoire dont voici un extrait :

Les compositions de l'émail et ses différents procédés d'application ne sont pas tous inoffensifs. Quelques-uns agissent promptement sur la santé des ouvriers employés dans les fabriques d'émaillage du fer en déterminant des accidents graves.

C'est sur ce point d'hygiène professionnelle que M. Duchesne désire appeler l'attention de l'Académie.

Les accidents de l'intoxication saturnine chez les émailleurs en fer ont été observés depuis bien longtemps à Morez (Jura), ville où il y a de grandes fabriques d'émaillage en fer pour ustensiles de cuisine, comme cela lui a été assuré par M. le docteur Regad. Ce sont les mêmes accidents qui avaient été indiqués par M. Pâtissier lorsqu'il parle des verriers et des dangers que leur font courir les vapeurs nuisibles qui déterminent la colique métallique.

Il y a quelques années, le gouvernement eut l'idée de faire remplacer les supports en porcelaine des télégraphes électriques par des crochets en fer émaillé, et deux fabriques furent établies à Paris. Bientôt après, MM. les docteurs Malet et Archambault observèrent, l'un à la Glacière, l'autre à Bercy, d'assez nombreux cas de colique de plomb. Quelques-uns de ces malades furent reçus à l'hôpital Cochin, et M. le docteur Ladreyt de la Charrière recueillit huit observations qui font la base d'une note publiée dans les *Archives*.

Plus tard, M. Chevallier, membre de l'Académie de médecine, publia dans les *Annales d'hygiène* une note fort intéressante sur le même sujet, considéré sous un autre point de vue ; il donna deux observations nouvelles.

M. Duchesne ayant appris que beaucoup d'autres ouvriers émailleurs en fer avaient été atteints de coliques de plomb, a compulsé les registres des hôpitaux. Il a recueilli treize observations nouvelles. Les détails de quelques-unes d'entre elles lui ont été obligeamment communiqués par M. le docteur Moutard-Martin et par M. Ferrand, alors interne chez M. de Saint-Laurent.

Plus récemment, M. le docteur Archambault a publié dans les *Archives* un mémoire où il s'occupe plus spécialement, au point de vue chimique, des effets du cristal sur l'économie.

Après avoir indiqué les procédés de fabrication, qui diffèrent complétement dans la fabrique de M. Pâris, à Bercy, et dans celle de M. Engler, à la Glacière, M. Duchesne recherche quels ont été les moyens employés pour préserver les ouvriers, et il met sous les yeux de l'Académie le masque employé chez M. Pâris. Au moyen de ce masque, les ouvriers et ouvrières peuvent travailler debout ou assis, respirer librement et parler sans aucune gêne.

Chez M. Engler, on n'emploie pas ce masque, mais des appareils fixes dont l'idée a été fournie par une commission du Conseil de salubrité, composée de MM. Chevallier, Devergie, de Saint-Laurent et Duchesne. Les dessins de ces appareils sont également mis sous les yeux de l'Académie, et il est facile de voir que par un des deux procédés les ouvriers sont mis aujourd'hui à l'abri des accidents de l'intoxication saturnine.

M. Duchesne termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Les quantités d'oxyde de plomb qui entrent dans la composition du cristal ou que l'on ajoute aux matières qui doivent former l'émail, peuvent donner lieu aux accidents de la colique de plomb.

2° Il est aujourd'hui parfaitement établi que ces accidents se montrent tout aussi fréquemment chez les hommes que chez les femmes.

3° La poudre d'émail est introduite dans l'économie tout aussi bien par les voies respiratoires que par les voies digestives.

4° Si l'absorption de la matière toxique peut aussi se faire par la peau et contribuer à hâter le développement des accidents, il ne paraît pas démontré, par les observations recueillies, que ce moyen d'absorption ait suffi seul ; d'où il résulte que les procédés préservatifs doivent avoir pour but d'empêcher l'absorption par les voies respiratoires et digestives.

5° En employant soit le masque de M. Pâris, soit les appareils de M. Engler, on peut rendre très-rares, sinon complétement impossibles, les accidents de colique de plomb chez les ouvriers ou chez les ouvrières qui travaillent à l'émaillage du fer.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la morve.

Suite de la discussion sur la morve.

La parole est à M. Leblanc.

M. LEBLANC lit un long discours écrit. Le manuscrit n'ayant point été déposé au secrétariat, il nous est impossible pour aujourd'hui d'en faire connaître le contenu. Nous y reviendrons dans l'un des prochains numéros.

M. MALGAIGNE demande à M. Leblanc une explication relativement aux variétés, aux degrés de la morve, que l'orateur admet contradictoirement avec une autre opinion émise dans son discours, à savoir que la morve une fois déclarée a toujours la même gravité.

M. LEBLANC. Par *degrés* j'entends les *nuances* de la morve.

M. MALGAIGNE. Voilà ce qui ne se comprend pas et qui demande une explication.

M. LEBLANC. Je professe que la morve est une et que les nuances qu'elle peut présenter dans ses manifestations procèdent d'un seul et même principe.

M. DELAFOND. M. Guérin croit à l'identité, ou tout au moins à la contagion réciproque de la gourme et de la morve chez les solipèdes. Il appuie cette doctrine sur les assertions de Gilbert et de Girard père. M. Bouley a suffisamment répondu à M. Guérin en ce qui concerne l'opinion de Gilbert. Quant à l'opinion de Girard, elle repose uniquement sur une faute d'impression. C'est par erreur qu'on a écrit le mot *morve* dans le rapport de Girard cité par M. Guérin ; c'est de la gourme qu'il était question dans le passage allégué de ce travail.

M. Guérin n'a pas bien interprété les opinions de Girard fils en les citant à l'appui de sa doctrine. (L'orateur rapporte les paroles mêmes de Girard; au lieu d'admettre la contagion réciproque de la gourme et de la morve, il la révoque formellement en doute.)

Je pourrais, ajoute M. Delafond, citer des faits nombreux qui établissent que rien n'est moins démontré que la contagion de la gourme et sa transformation en morve. Cent six fois la gourme a été inoculée, et dans aucun cas elle n'a produit la morve. La gourme n'est donc pas une maladie semblable à la morve.

M. GUÉRIN demande ce qu'il arrive quand on inocule de la gourme.

M. DELAFOND. L'inoculation de la morve est suivie d'engorgements et d'abcès ganglionnaires et lymphatiques.

M. GUÉRIN. Et d'ulcération ?

M. DELAFOND. Jamais. Il n'en résulte jamais d'ulcération. C'est une erreur profonde.

La morve, quelles que soient ses manifestations, est toujours extrêmement grave, presque constamment mortelle. C'est tantôt un engorgement de l'épididyme, tantôt une simple toux, d'autres fois des claudications intermittentes sans jetage, ni chancrage, ni glandage.

Eh bien ! même dans ces circonstances, avec des symptômes en apparence si bénins, la morve est en général d'une telle gravité, qu'aucun vétérinaire expérimenté n'oserait se flatter d'enrayer ou de guérir cette terrible maladie.

Les guérisons de la morve, de la morve légitime, sont excessivement rares, et il ne faut pas attacher une grande importance aux remèdes prétendus curatifs. Les remèdes peuvent agir tout au plus comme auxiliaires. Les seuls moyens de combattre la morve avec quelque chance sont les moyens hygiéniques, qui sont certainement plus efficaces comme agents préservatifs que comme agents curatifs. Une bonne alimentation, le travail modéré accompli en plein air, et surtout le travail de labour, sont les moyens les meilleurs qu'on puisse diriger contre la morve.

Je ne dois pas omettre un des arguments que M. Guérin a fait valoir en faveur de sa morve ébauchée. Il a tiré cet argument de douze faits, dans lesquels l'inoculation de la morve a été suivie d'accidents qui ont guéri. Ces expériences ont été faites par M. Chaumontel, par M. Lessona, M. Bertboneau, M. Beugnot. Les expérimentateurs ont pris avec un pinceau de la matière du jetage d'un cheval morveux, et ont badigeonné avec ce pinceau les fosses nasales d'un cheval sain. Tantôt on avait laissé intacte la muqueuse nasale sur laquelle on portait le pus morveux, tantôt on y avait fait des incisions. Dans tous les cas on a produit du jetage, un peu de glandage, et des ulcérations ; mais dans tous les cas aussi, les animaux inoculés ont guéri.

Voilà bien pour M. Guérin le cas d'affirmer l'existence d'une morve ébauchée et curable. Oui, mais il n'y a qu'un malheur, c'est que MM. Chaumontel, Lessona, Bertboneau et Beugnot, qui ont vu avec les yeux exercés de praticiens habiles les produits de leurs inoculations, n'ont reconnu la morve ni dans les ulcérations, ni dans le flux, ni dans le glandage de leurs chevaux inoculés. Il n'est donc pas surprenant que ces chevaux aient guéri, puisqu'ils n'avaient pas la morve.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 13 août, M. Giraud, médecin adjoint au lycée impérial de Saint-Etienne, a été nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. Escoffier, décédé.

— Par arrêté de M. le directeur général de l'Assistance publique, M. le docteur Delestre, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé médecin dentiste des hôpitaux d'enfants malades et de la Maison municipale de santé, en remplacement de M. Delestre père, démissionnaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Lettres à une mère sur l'alimentation et l'hygiène du nouveau-né, par M. le docteur Achille DEBOUS. Ouvrage qui a remporté le prix (médaille d'or) au concours ouvert par la Société médicale d'Amiens. Prix : 3 fr. 50 c. *franco* par la poste. Chez Louis Leclerc, libraire, 14, place de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

 N° 99. — SAMEDI 24 AOUT 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Choléra endémique. — Crampes des cholériques. Traitement par les armatures métalliques.

Les chaleurs excessives du milieu de juin et celles que nous venons de traverser depuis le commencement d'août jusqu'à ces jours derniers encore, se sont traduites, comme il arrive presque inévitablement tous les ans aux mêmes époques, par des affections gastro-intestinales cholériformes en grand nombre, et même par quelques cas de choléra bien caractérisés, mais, — hâtons-nous de le dire, — sans gravité réelle, dans l'immense majorité des cas. Le caractère des affections cholériques actuellement régnantes est, en effet, une prompte réaction, le plus habituellement sans accidents consécutifs, et sans autre suite qu'une grande lassitude et une prostration dont les malades sont assez longtemps à se remettre. Il ne nous en a pas paru moins utile de les signaler et de saisir cette occasion pour rappeler à l'attention de nos lecteurs un moyen très-simple de combattre les crampes et les spasmes si douloureux qui accompagnent habituellement les évacuations cholériques ; nous voulons parler de l'application des armatures métalliques de M. le docteur Burq.

Voici ce que nous écrivait, il y a quelques semaines, cet ingénieux confrère, à l'occasion des cas de choléra endémique qui s'étaient manifestés déjà dès les derniers jours de juin, à la suite des premières grandes chaleurs de cet été. C'est aujourd'hui encore plein d'actualité.

« Il y a quelques jours, mon cher confrère, vous aviez la bonté de gravir avec moi les cent soixante marches qui du péristyle mènent aux combles de l'Hôtel-Dieu, et là, dans une des salles de M. Horteloup, qui m'avait fait l'honneur de m'appeler auprès de deux névropathiques de son service, vous avez vu la métallothérapie représentée par un simple bassin de cuivre emprunté à la mère de la salle, et deux bandes du même métal qu'avait fournies la clinique de M. le professeur Trousseau, arrêter en quelques secondes, *juguler*, pour me servir d'une expression consacrée, une violente crise d'hystérie ; et vous vous rappelez sans doute que, toutes les fois que vous l'avez désiré, j'ai pu toujours en un instant tout aussi court, alternativement, faire revenir ou supprimer à nouveau les accès en enlevant ou en réappliquant le métal, pour suivre de même, *sur vos indications*, tout phénomène spasmodique ou névralgique qui était venu à se produire ailleurs que sous les surfaces d'application, et finalement, une fois votre conviction faite, ou, si vous l'aimiez mieux, votre curiosité satisfaite, maintenir avec cette armature improvisée la malade jusqu'à la fin de la crise dans le calme le plus parfait.

» L'expérience, si j'ai bonne mémoire, a duré environ une demi-heure, et vous avez eu tout le temps nécessaire de vous assurer que le froid du métal ne pouvait être compté pour rien, car, après les premières minutes, il était déjà tiède et à l'unisson de la température du corps de la malade.

» Eh bien, mon cher confrère, ce que vous avez vu il y a quelques jours, ce que tant d'autres m'ont vu faire, depuis tantôt douze années que la métallothérapie est découverte, pour les convulsions, les spasmes et phénomènes hystériques de toute sorte, cent fois, en 1849, je l'ai fait publiquement dans les hôpitaux pour les crampes des cholériques, et cela souvent en présence de témoins comme M. le professeur Rostan et M. Bouchut, alors son chef de clinique, M. Michel Lévy, M. Nonat, etc.

» Je parlerai d'abord d'un cholérique de M. Nonat, le premier sur lequel j'ai expérimenté mes armatures. Je passe les détails pour arriver de suite au principal.

» Le nommé G... offrait vers trois heures de l'après-midi tous les symptômes du choléra asiatique le mieux caractérisé ; il avait des crampes atroces dans les membres inférieurs.

» A sept heures du soir, le traitement n'ayant encore amené aucun soulagement, j'applique un anneau de cuivre sur chaque jambe, au niveau des muscles affectés ; aussitôt les crampes cessent. Au bout d'une demi-heure d'une tranquillité parfaite, j'essaye de retirer le métal, mais les phénomènes nerveux sont si peu de temps à reparaître, que bientôt après le malade redemande les anneaux avec instance.

» A peine son désir satisfait, le calme renaît.

» Un peu plus tard dans la nuit, les bras sont pris à leur tour de contractions musculaires très-violentes. Alors le malade saisit à pleine main un des anneaux qu'il portait aux jambes, et il l'emploie pendant plusieurs heures à poursuivre les crampes partout où elles se manifestent.

» Cette fois encore le métal ne manque pas son effet, et ce qui est bien digne de remarque, le bras droit, dont la main accomplit presque seule cette manœuvre, n'est sérieusement affecté que lorsque la fatigue oblige le malade à presser le métal dans la main opposée.

» Nous voici au Val-de-Grâce.

» Le 14 avril, jour de ma première visite dans cet hôpital, on me conduit auprès d'un malade pris de choléra trois heures auparavant. Cet homme, dans l'état le plus grave, ressent par tout le corps des crampes si violentes, qu'à peine couché il trouble la salle par une agitation incessante et des cris déchirants.

» Sur l'invitation de M. le professeur Lévy, j'applique en sa présence une armature générale de laiton, dont toutes les pièces, au nombre de dix, ont été préalablement chauffées. Moins de deux ou trois minutes après, le malade est devenu tout à fait calme. J'essaye de retirer les bracelets du bras droit, et presque aussitôt les crampes reviennent dans ce membre, et dans ce membre seulement. Je les réapplique, elles disparaissent de nouveau.

» Environ une demi-heure après, M. Lévy interroge le malade, et il apprend de sa bouche qu'il ne souffre plus qu'un peu dans le côté droit. La tranquillité parfaite et l'expression de son visage témoignent d'ailleurs de sa sincérité. Cependant M. Michel Lévy et les assistants ne sont pas encore convaincus, il pourrait bien y avoir coïncidence. Je *désarme* alors le malade, et à peine ai-je touché aux dernières pièces de l'appareil, que les crampes recommencent de plus belle. L'appareil remis en place, elles cessent tout à fait.

» J'offre de renouveler l'épreuve, mais cela est jugé inutile, et M. Lévy s'éloigne, laissant à deux de ses aides, MM. les docteurs Masselot, de si regrettable mémoire, et M. le docteur Krug, le soin de continuer l'observation. Ces messieurs restent avec moi environ cinq quarts d'heure auprès du malade, et pendant tout ce temps, calme complet, immobilité sur le dos, un seul vomissement.

» A midi je me retire, emportant avec moi l'armature que je crois désormais inutile ; mais je n'étais pas encore hors de l'hôpital que déjà les cris et l'agitation reprenaient comme au début. Une heure après il fallait commettre deux infirmiers à la garde du malade pour l'empêcher de se jeter hors du lit.

» L'expérience était décisive. Aussi, dès ce jour la métallothérapie fut-elle admise à venir faire ses preuves, la nuit comme le jour, dans les salles du Val-de-Grâce. Ce qu'elle y fit, MM. Masselot et Krug l'ont raconté en détail dans un recueil spécial de l'époque, l'*Echo du Val-de-Grâce*.

» Les résultats que j'ai obtenus en 1849 avec mes armatures, et ceux que j'y ai ajoutés plus tard dans l'épidémie de 1854, d'autres les ont obtenus pareillement tantôt avec les mêmes appareils, tantôt avec de simples bandes de cuivre, de laiton ou d'un autre métal formé d'un alliage de cuivre, comme le melchior, appelé aussi argental. Au nombre de ces derniers, je citerai surtout MM. les docteurs Defaucamberge et Durand, qui, ayant été envoyés en mission en 1849 dans le département de la Haute-Marne, y rendirent par leurs succès les applications de cuivre si populaires qu'à Biesles, à Nogent, à Mandres, etc., dès qu'il y avait un cholérique dans une famille, on fabriquait d'urgence une armature avec des bandes d'argental (alliage de cuivre, de zinc, d'étain et de nickel), que les habitants de ces villages, presque tous ouvriers couteliers, ont en abondance, et on l'appliquait sans même attendre l'arrivée du médecin.

» M. le docteur Campardon père me racontait, il y a un an, qu'appelé dans l'été précédent, à Montmartre, pour un cas violent de choléra sporadique, il avait aussi improvisé avec non moins de succès un appareil semblable avec des bandes de laiton achetées chez le quincailler le plus voisin. On peut agir encore à moins de frais. Ainsi, dans l'épidémie de 1849, M. A. Richard obtenait les mêmes effets sur deux cholériques de la rue des Postes, au moyen d'appareils qu'on a partout sous la main, avec de simples ustensiles de ménage en cuivre. »

— Au moment même où nous transcrivions ces lignes, nous avons eu l'occasion d'éprouver les bons effets du moyen si simple que préconise notre confrère.

Nous avons été appelé auprès d'un jeune homme de dix-sept à dix-huit ans, d'une vigoureuse constitution, qui venait d'être atteint d'un choléra d'une forme assez grave : vomissements et selles blanchâtres avec anxiété préeordiale, crampes extrêmement douloureuses, refroidissement de la peau, cyanose de la face et des extrémités, affaiblissement de la voix, etc. Après avoir provoqué la réaction et modéré les évacuations, nous dûmes nous préoccuper des crampes auxquelles ce jeune homme était en proie, et qui étaient tellement violentes qu'il se tordait incessamment dans son lit. Deux fois de suite les frictions avec le liniment camphré et laudanisé usité en pareil cas amenèrent un peu de soulagement ; mais à peine quelques instants de calme obtenus, les crampes reprenaient de plus belle. Nous étions chez un distillateur, où des ustensiles métalliques étaient en grand nombre.

Nous fîmes placer sous les jambes du malade un vaste couvercle en cuivre sur lequel reposaient en plein les deux mollets, qui étaient le siége principal des crampes. En quelques instants et en notre présence, les crampes commencèrent à diminuer, puis elles cessèrent complétement. Nous avions recommandé qu'on laissât le couvercle une demi-heure au moins en place. Au bout de ce temps, les crampes n'ayant pas reparu, on l'enleva. Depuis ce moment le malade n'a plus rien ressenti, et il s'est rétabli très-promptement.

Des préparations solubles de chloroforme contre les calculs biliaires et les coliques hépatiques.

A l'exemple de Durande, on a jusqu'ici souvent employé l'éther mélangé à l'essence de térébenthine contre les calculs biliaires. On a varié sur l'explication théorique des effets thérapeutiques de la potion de Durande ; les uns attribuant ces effets à l'action chimique dissolvante de ce mélange sur les éléments des calculs biliaires ; d'autres à l'action antispasmodique de l'éther ; et quelques-uns enfin à la résultante de ces deux modes d'action combinés. Nous avons résumé et discuté ces diverses opinions il y a environ six mois, à l'occasion d'un fait de calcul hépatique recueilli dans le service de M. Briquet, à la Charité.

Quoi qu'il en soit de la manière d'agir de ce remède, ce qui est certain, c'est qu'il a donné dans la pratique des résultats assez satisfaisants pour engager quelques médecins à chercher par de nouveaux perfectionnements à assurer l'avenir de cette méthode. Tel est, en particulier, le but que s'est proposé M. Bouchut en substituant le chloroforme à l'éther dans la composition du mélange en question.

M. Bouchut a reconnu dans quelques expériences de laboratoire que le chloroforme et l'éther, à dose égale, dissolvent inégalement les calculs soumis à leur action dans un vase. Il a constaté qu'en vingt-quatre heures un demi-calcul biliaire jaune a été dissous par 2 grammes d'un soluté de chloroforme, en formant une liqueur jaune foncé, tandis que l'autre moitié du calcul, placée dans un soluté d'éther, était à peine attaquée et la liqueur presque incolore.

Ce résultat important a engagé M. Bouchut à employer la solution aqueuse et l'élixir de chloroforme dans les coliques hépatiques dues à des calculs biliaires, et dans le seul cas où le remède a été mis en usage, son action lui a paru être suivie d'un plein succès.

Voici cette observation :

M. V..., d'une constitution sanguine, n'avait jamais été malade, lorsqu'en 1857 il fut pris d'une diarrhée qui dura plusieurs mois et qui lui imposa l'obligation de vivre du régime le plus sévère. Il était guéri en 1858, lorsqu'il fut pris d'un violent accès de gastralgie, sans fièvre, avec vomissements glaireux, suivi d'un peu d'ictère. L'attaque dura deux jours et disparut.

De nouveaux accès à peu près semblables se reproduisirent à quelques mois de distance, durant peu de jours, donnant lieu à une exaltation de la sensibilité épigastrique et troublant momentanément les fonctions.

Au mois de novembre 1860, enfin, pour la sixième ou septième fois, des douleurs épigastriques vives, s'irradiant dans l'hypochondre droit, se déclarèrent subitement pendant la nuit. Elles étaient accompagnées d'une grande tension de l'abdomen et augmentées par la pression. Leur intensité était telle que le malade se roulait sur lui-même dans son lit en proférant des cris. Elles cessaient de temps à autre pendant quelques minutes, pour reparaître peu après avec la même violence. Des efforts de vomissement se produisirent et amenèrent le rejet d'une petite quantité de matières glaireuses. Le visage était défait, profondément altéré, les yeux caves, et une faible teinte jaune cou-

vrait la selérotique et la peau ; absence de garde-robes depuis deux jours ; langue naturelle, soif peu fréquente, pas de fièvre.

Ces douleurs durèrent deux jours et furent calmées par de l'opium sous différentes formes. Après leur cessation, le malade fut mis à l'usage du sirop de chloroforme, de façon à prendre 2 grammes de chloroforme pendant un mois. Le remède fut interrompu alors et remplacé par l'eau de Vichy. Au bout d'un mois, l'eau de Vichy fut remplacée à son tour par le chloroforme, à la dose de 1 gramme par jour, lequel fut continué un mois encore, pour l'interrompre et le reprendre ainsi successivement de mois en mois jusqu'à ce jour.

La maladie, depuis sept mois que ce traitement a été institué, n'a donné aucun signe de son existence.

— Les recherches de M. Bouchut sur les effets thérapeutiques du chloroforme à l'intérieur, ne se sont pas bornées au traitement des calculs biliaires ; dans un petit travail qu'il vient de publier sur ce sujet, il expose une série d'expériences qui, quoique n'atteignant pas précisément le but qu'il se proposait, n'en ont pas moins donné quelques résultats dignes d'intérêt.

Ayant voulu vérifier l'exactitude de ce qui a été écrit récemment concernant la dissolution du chloroforme dans la glycérine comme moyen propre à faciliter son usage à l'intérieur, il a vu que le chloroforme ne se dissolvait pas dans cet agent, où il restait en suspension. Mais il se dissout très-bien dans l'alcool, dans la proportion d'une partie pour huit. Avec cette solution M. Bouchut a fait faire un sirop de chloroforme, un vin de chloroforme, de l'eau chloroformée pour l'usage interne, en boisson ou en lavement. Ces diverses préparations éprouvées soit sur des sujets bien portants, soit sur des sujets malades, n'ont jamais produit d'anesthésie, mais par leur action modératrice sur le système nerveux, il lui a paru qu'elles pourraient avoir des applications utiles. Il les a administrées, en conséquence, par la bouche ou par le rectum, à des malades atteints de chorée, de vertige épileptique et de névralgies. Sur quatre cas de chorée traités ainsi pendant quelques jours, il a obtenu une réelle amélioration chez une malade ; sur trois cas de vertige épileptique, il y a eu un cas de disparition momentanée des accidents. Dans plusieurs cas de névralgie, il y a eu guérison complète.

Nous nous bornons pour le moment à ces simples indications, nous proposant de revenir plus en détail sur quelques-uns de ces faits et sur les formules à l'aide desquelles M. Bouchut a obtenu ces résultats.

Sur la sortie prématurée du noyau du cristallin dans la cataracte molle opérée par extraction. — Moyens de remédier à cet accident.

M. le docteur Fano a signalé à notre attention un accident qu'il a eu l'occasion de constater à sa clinique, et qui se présente parfois dans l'opération de la cataracte par extraction, alors que l'opacité est bornée aux couches corticales du cristallin, et que cette substance opacifiée est très-ramollie. On sait que le plus communément, dans la kératotomie, après l'incision de la cornée et de la capsule cristalline, s'il n'existe aucune adhérence anormale entre l'appareil cristallinien et le contour de la pupille, le cristallin se dégage tout entier de son enveloppe, passe à travers la pupille, puis dans la chambre antérieure, écarte les lèvres de la plaie cornéale et vient tomber dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, quelquefois même sur la joue, pour peu qu'on seconde cette issue par de douces pressions exercées sur le globe, à travers l'une des paupières, au moyen de la curette. Cette dernière ne ramasse que quelques parcelles de substance corticale restées soit dans la pupille, soit dans la chambre antérieure. Mais il peut se faire que la substance corticale opacifiée, et devenue presque fluide, reste en place, pendant que le noyau, qui a conservé toute sa consistance, s'échappe seul de l'œil. Dans ce cas, la pupille reste trouble, l'opéré ne distingue pas mieux qu'avant, et si on abandonne les choses dans cet état, il se reforme une cataracte secondaire dont le traitement offre bien moins de chances de succès. Il y a donc tout avantage, en pareille occurrence, à enlever de prime abord la substance corticale du cristallin et à en laisser le moins possible dans la chambre postérieure. Mais si on voulait ramasser cette substance opaque en introduisant la curette à travers la pupille, immédiatement après la sortie du noyau, on courrait le risque de contondre l'iris, et on s'exposerait à donner issue à une portion de l'humeur vitrée.

Voici de quelle manière M. Fano conseille d'agir et agit luimême en pareil cas :

Ce qu'il y a de mieux à faire, dit-il, est de tenir les paupières fermées pendant quelques instants ; de cette façon l'humeur aqueuse se reproduit, la chambre antérieure se reforme, l'iris reprend un certain degré de tension et la pupille de la régularité. A ce moment seulement on soulève la paupière supérieure, sans comprimer le globe ; on introduit la curette entre les lèvres de la plaie cornéale et jusque dans l'ouverture pupillaire. Une faible quantité d'humeur aqueuse s'échappe au dehors et entraîne une petite portion de substance corticale, pendant qu'une autre portion est ramassée par la curette elle-même.

En renouvelant ces manœuvres plusieurs fois, on arrive à nettoyer la pupille, à la dégager de la substance corticale, ce qui s'annonce par la coloration noire que reprend cette ouverture. Si on veut bien se rappeler la rapidité avec laquelle l'humeur aqueuse, une fois évacuée, se reproduit, on comprendra combien ces manœuvres s'exécutent promptement. La reproduction de l'humeur aqueuse a deux fins :

1° Ce liquide, en s'échappant, entraîne une portion de la substance corticale ;

2° Il reforme les chambres antérieure et postérieure de l'œil, ce qui permet à la curette de pénétrer dans un milieu liquide qui protége les membranes, et notamment l'iris, contre le froissement de l'instrument.

L'observation suivante fera ressortir l'utilité des préceptes formulés par notre habile confrère.

Mme D..., âgée de soixante-huit ans, couturière, se présente à la clinique de M. Fano le 20 mai dernier. C'est une femme chétive, éprouvée depuis plusieurs années par des chagrins et des privations de tout genre. Il y a cinq ans que la vue a commencé à baisser rapidement à droite. Depuis quelques mois elle s'affaiblit à gauche. L'œil droit est enfoncé dans l'orbite ; les paupières, la conjonctive, la cornée, l'iris, sont dans l'état normal ; la pupille est contractile, sans déformation. Immédiatement derrière cette ouverture existe une tache d'un blanc nacré, entourée à la périphérie par une petite bordure noire. Il n'y a pas d'ombre entre la tache et le contour pupillaire. Les mouvements du globe se font en tous sens. La malade distingue le jour de la nuit et l'ombre de la main qui passe devant l'œil. De l'œil gauche, la patiente lit le n° 4 de Jæger. Par l'éclairage latéral à la lampe, on constate un commencement d'opacité de l'appareil cristallinien. La santé générale est satisfaisante.

Le 23 mai, M. Fano pratique la kératotomie oblique inférieure du côté droit. Le premier temps de l'opération (incision de la cornée) n'offre rien de particulier. Après l'incision de la capsule cristalline, il exerce sur le globe des mouvements de pression très-douce au moyen de la curette. Par la plaie cornéale sort le noyau du cristallin, noyau qui a la grosseur d'une lentille, qui est de couleur ambrée, et qui permet, lorsqu'il est placé sur une feuille imprimée, de voir à travers les caractères d'imprimerie ; il a donc conservé toute sa transparence. La substance corticale opacifiée reste tout entière derrière la pupille. L'opérateur laisse reposer quelques instants la malade, attendant que l'humeur aqueuse soit reproduite ; puis, au moyen de la curette introduite dans la chambre postérieure, il ramasse une petite quantité de la substance opaque. La pupille restant encore trouble, il est obligé de revenir aux mêmes manœuvres à trois reprises, en laissant chaque fois s'écouler un certain intervalle, pour donner à l'humeur aqueuse le temps de se reproduire. La pupille est ainsi complétement nettoyée de la substance molle et opaque qui se trouve en arrière d'elle, ce qui est annoncé par le retour de la coloration noire de cette ouverture. La malade distingue les assistants ; elle voit même les aiguilles d'une montre. — Occlusion des paupières avec taffetas agglutinatif ; bandeau sur les yeux.

Le lendemain, pas de douleur ; un peu de réaction générale.

Le 25, on décolle les bandelettes. Pas la moindre injection de la conjonctive ; le lambeau de la cornée semble agglutiné. La dame D... distingue mieux les objets un peu éloignés que ceux qui sont rapprochés.

Les jours suivants, il ne survient aucun accident, et la malade quitte la clinique le 8 juin. A cette époque, elle voyait, à travers un verre convexe de 2 pouces de foyer, les aiguilles d'une montre et même l'heure. Elle distinguait aussi de très-gros caractères d'imprimerie ; la pupille était régulière et nette.

Le 19 juin, l'état de l'œil opéré était toujours très-satisfaisant. La patiente lit le n° 16 de Jæger avec un verre à cataracte.

M. Fano a eu l'obligeance de nous présenter depuis cette femme, chez laquelle nous avons pu constater l'état d'intégrité parfaite de l'œil et l'heureux résultat de l'opération.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. GIRARD.

Observation d'un cas de cyanose.

(Recueillie par M. FÉRIAUD, interne du service.)

Emilie, tailleuse, âgée de trente-six ans, a joui d'une bonne santé jusqu'à l'hiver dernier. A cette époque, elle est entrée une première fois à l'Hôtel-Dieu pour s'y faire traiter de palpitations et d'accès de dyspnée qui la fatiguaient beaucoup. Quelques semaines de traitement suffirent pour la remettre ; mais le mieux ne fut que momentané, et au mois de mai elle revenait dans les salles pour la même affection. M. le professeur Bertulus obtint à l'aide d'un traitement habilement dirigé une amélioration notable qui permit à la malade de reprendre ses occupations.

Un mois après (17 octobre), Emilie réclamait de nouveau les secours hospitaliers. Une bronchite s'étant surajoutée à sa maladie du cœur, il en résulta des phénomènes qui ne s'amendèrent que difficilement. On vit alors pour la première fois durant les accès de dyspnée survenir une coloration bleuâtre, d'abord limitée à la face, et qui gagna ensuite peu à peu en étendue et en ténacité.

Le 4 janvier, Emilie, assise dans son lit, la bouche entr'ouverte, la face turgide, les yeux brillants, les lèvres noirâtres, les chairs et la partie supérieure du corps violacée, suffoque et demande à grands cris qu'on la fasse respirer.

Cette coloration, quoique permanente, augmente beaucoup lorsque la malade tousse ou s'agite.

A l'auscultation, légère impulsion du cœur ; râles sibilants dans toute l'étendue de la poitrine ; râles sous-crépitants en arrière et au sommet du poumon gauche ; matité très-prononcée à la région précordiale ; pouls dépressible donnant 75 pulsations par minute. Œdème des membres inférieurs.

M. le professeur Girard, pensant à une communication des deux oreillettes, fait suspendre tout traitement actif. — Potion antispasmodique, tisane diurétique.

Le 6, accès de dyspnée plus fréquents ; respiration anxieuse même pendant les intervalles ; toux fatigante ; douleur vive dans le côté gauche de la poitrine.

Traitement : 0,60 scammonée en deux prises ; potion calmante ; vésicatoire à gauche et en arrière.

Le 10, la face a pris une couleur lie de vin ; la respiration se fait avec beaucoup d'efforts ; vomissements pendant les accès de suffocation, loquacité, subdélirium.

Traitement : 0,60 scammonée en deux prises ; potion calmante ; limonade gazeuse.

Les jours suivants, asphyxie imminente ; plaintes répétées, agitation stertoreuse ; pensées lugubres ; mort le 13 janvier, à deux heures du matin.

Autopsie. — Habitude extérieure. — Coloration bleue conservée ; poitrine tachée par un sang noirâtre qui s'est échappé de la bouche ; face bouffie ; membres mous et infiltrés.

Poitrine. — Poumon gauche refoulé contre la colonne vertébrale ; hépatisation du sommet. Engouement du poumon droit.

Le péricarde contient 40 grammes environ de sérosité.

Le cœur a doublé de volume ; l'hypertrophie porte surtout sur le côté droit ; caillots abondants dans les cavités droites.

La fosse ovale est percée de trois pertuis, l'un médian, de la largeur d'une lentille, et les autres latéraux, plus petits. Les bords de ces pertuis sont lisses et arrondis.

Les orifices auriculo-ventriculaires, ceux des vaisseaux qui partent du cœur, et les autres organes, ne présentent rien d'anormal.

La variété des noms donnés à la maladie que nous avons observée (maladie bleue, ictère bleu, cyanose, cynodermie, cynopathie, maladie par surhydrogénation du sang, etc.), indique assez l'obscurité qui pèse sur ce point de pathologie.

Peut-on même par l'altération anatomo-pathologique, expliquer les symptômes divers que nous avons notés ?

Tout d'abord, il semblerait que la persistance du trou de Botal doit suffire pour amener la cyanose : c'était l'opinion de Corvisart et de M. Gintrac ; mais que d'exemples ne trouvet-on pas de communication des oreillettes sans dérangement dans la santé ! M. Bizot l'a rencontrée :

11 fois sur 34 sujets de 1 à 15 ans.
18 — 50 — 15 à 39 ans.
14 — 63 — 40 à 89 ans.

Avant lui, plusieurs auteurs avaient noté cette particularité anatomique, et l'on peut assurer que la persistance du trou de Botal ne suffit pas pour expliquer la coloration bleue.

Faut-il croire, avec MM. Ferrus et Louis, que ce phénomène pathologique est dû à la stase du sang veineux dans les capillaires, par suite d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire ? Mais la nécropsie de cette femme a démontré que cette théorie n'embrasse pas tous les cas.

Peut-on dire, avec Cloquet, qu'il y a cyanose, parce qu'il existe un défaut d'équilibre entre les deux colonnes sanguines ?

Dans le cas qui nous occupe, la coloration n'a paru qu'au moment où à la conservation du trou de Botal est venue se surajouter une affection pulmonaire ; l'hématose ne s'est plus faite qu'incomplétement, le sang veineux a stagné dans le cœur droit hypertrophié, et a passé en partie à travers les ouvertures anormales.

Ainsi donc, deux causes se sont combinées pour produire la cyanose ; la condition anatomo-pathologique primitive a trouvé un adjuvant nécessaire dans l'état morbide pulmonaire acquis qui a gêné la libre oxygénation du sang.

Cette explication, satisfaisante pour le cas actuel, ne doit pas être généralisée, mais elle sert à démontrer qu'il existe bien deux espèces de cyanose, l'une cardiaque et l'autre pulmonaire.

(*Société de méd. de Marseille*).

DE L'EMPLOI MÉTHODIQUE

des anesthésiques, et principalement du chloroforme, à l'aide de l'appareil réglementaire dans le service de santé de la marine ;

Par M. le Dr BERCHON,

chirurgien de première classe de la marine et chef des travaux anatomiques à l'école de médecine navale de Rochefort (1).

A beaucoup de titres, ce travail mériterait de fixer votre attention : facilité de style, netteté et méthode dans l'exposition, faits cliniques recueillis avec soin et bien analysés, telles sont les qualités qui nous ont plus particulièrement frappés. Mais comme la question des anesthésiques a été déjà plusieurs fois agitée au sein de votre Société, que tout récemment encore la discussion, à en juger du moins par son peu de durée et le très-petit nombre de nos collègues qui y ont pris part, paraît avoir été pour quelque temps épuisée, nous n'avons pas pensé qu'il fût opportun de la rouvrir, d'autant mieux que nous n'avions à vous signaler dans l'exposé rapide que nous nous proposons de faire du mémoire de M. Berchon, aucun fait saillant, aucun point de vue nouveau. Et cependant le but annoncé par l'auteur dès le début est bien fait pour éveiller l'attention ; il se propose effectivement de démontrer que l'appareil imaginé par M. l'inspecteur général Reynaud, appareil devenu réglementaire dans le service de santé de la marine, et les procédés d'inhalation mis en usage dans le service de santé de l'armée navale d'une part, mettent à l'abri de tout danger, et d'autre part déterminent l'anesthésie d'une manière et plus prompte et plus sûre que toutes les autres méthodes.

Un coup d'œil rapide jeté sur ce travail va vous montrer jusqu'à quel point l'auteur a atteint son but.

L'appareil de M. Reynaud n'est autre qu'un cornet en tissu, carton ou papier, représentant une sorte de cône tronqué de 15 centimètres de longueur. Sa base est évasée, pour embrasser tout à la fois les ouvertures nasale et buccale ; elle est garnie de molleton, de manière

(1) Rapport fait à la Société de chirurgie par M. RICHET au nom d'une commission composée de MM. Robert, Richet et Gosselin.

à ce qu'elle puisse s'appliquer plus exactement sur les inégalités de la face, et empêcher la déperdition des vapeurs de chloroforme. Plus près de son sommet que de sa base se trouve disposé un diaphragme intérieur, formé de deux ou trois rondelles de molleton ou de drap, lequel est percé à son centre d'une ouverture calculée de telle sorte que son diamètre soit le double de celui du canal aérien.

C'est sur ce diaphragme qu'on verse la liqueur anesthésique. Il fait donc office d'éponge ou de compresse, et le cornet au milieu duquel il est tendu, n'a d'autre but que de rassembler et diriger les vapeurs mélangées à l'air atmosphérique vers la bouche et les fosses nasales.

Il est facile de comprendre que cet appareil, d'ailleurs très-simple, ne diffère pas sensiblement de tous ceux que nous connaissons, et que s'il en a tous les avantages, il doit en avoir tous les inconvénients.

Néanmoins M. Berchon n'hésite pas à le regarder comme très-supérieur, et à lui attribuer l'innocuité constante des inhalations anesthésiques faites dans le service de santé de la marine.

Voici comment il énumère successivement toutes les qualités que, selon lui, il réunit.

1° La simplicité. Mais il nous semble que sous ce rapport l'éponge ou la compresse ne lui cèdent en rien, et même lui sont bien supérieures; car, enfin, quelque simple que soit le cornet Reynaud, il faut encore réunir les matériaux avec lesquels on doit le faire, carton, molleton, etc., puis le confectionner, ce qui demande toujours un certain temps; tandis que l'on a toujours une compresse ou une éponge sous la main.

2° Application facile sans compression *ni gêne*. Sans doute l'application d'un cornet à large embouchure, embrassant la bouche et le nez, ne paraît pas de nature à gêner la respiration.

Néanmoins nous savons tous qu'il est un certain nombre de malades pour lesquels toute application d'appareil aux ouvertures respiratoires devient une cause d'anxiété quelquefois insupportable, et qui leur fait instinctivement et malgré eux porter la main pour l'éloigner. Sous ce rapport, on peut donc dire que, soit la compresse, soit l'éponge, ont encore ici l'avantage.

3° L'évaporation commode des vapeurs à une distance assurée et convenable des ouvertures aériennes, de manière *à éviter toute suffocation*.

Certainement l'appareil Reynaud a sur un grand nombre de ceux primitivement imaginés un très-grand avantage, c'est celui de laisser beaucoup plus librement pénétrer l'air atmosphérique mélangé de chloroforme, puisque l'ouverture pratiquée au diaphragme est double de celle des voies aériennes. Il est donc bien calculé pour éviter, non *la suffocation*, mais l'asphyxie par défaut d'air respirable.

Toutefois, il nous semble que par cela même qu'il concentre toutes les vapeurs anesthésiques et les dirige toutes vers les voies respiratoires d'une manière inévitable, il est bien plus propre que d'autres, la compresse ou l'éponge, par exemple, à produire la suffocation qui résulte de l'arrivée trop brusque sur la muqueuse respiratoire d'un courant d'air trop chargé de vapeurs toujours un peu irritantes, primitivement au moins.

4° Pour M. Berchon, une autre condition éminemment favorable, c'est l'arrivée *prompte* de vapeurs constamment mélangées d'air, dont l'action rapide égale l'innocuité.

Cette *prompte* arrivée des vapeurs dans les voies aériennes, loin d'être un avantage, nous semble plutôt un inconvénient, et nous sommes de ceux qui pensent qu'il faut au contraire, au lieu de saisir brusquement l'organisme, le laisser s'habituer peu à peu à l'influence des agents anesthésiques.

A l'appui de cette opinion, nous pourrions citer un certain nombre de cas où la mort est survenue les malades ayant à peine aspiré quelques bouffées d'air chloroformé, de telle sorte qu'ils ont été comme foudroyés, ou *sidérés*, pour me servir d'une expression consacrée. Aussi pensons-nous qu'un des avantages de la compresse ou de l'éponge sur les appareils qui, comme celui de M. Reynaud, concentrent trop les vapeurs anesthésiques, c'est d'habituer insensiblement l'économie à l'influence du chloroforme, en ne laissant arriver d'abord que quelques rares vapeurs très-mélangées d'air atmosphérique. A notre avis il n'y a rien à gagner à brusquer l'inhalation pour amener plus promptement l'insensibilité; au contraire, il peut y avoir de graves inconvénients à stupéfier tout à coup l'organisme.

Enfin, M. Berchon achève son énumération des avantages que présente le cornet, en disant que la surveillance des symptômes fournis par la vision est facile, et qu'on peut suspendre à volonté l'inhalation, toutes choses que présentent à un égal degré au moins les divers appareils mis en usage dans nos hôpitaux, et plus particulièrement encore, pensons-nous, la compresse et l'éponge.

« Mais, quelle que soit l'excellence de l'appareil, dit M. Berchon, nous croyons devoir rattacher *pour une bonne part* l'absence complète d'insuccès, sur laquelle nous avons insisté en commençant ce travail, aux règles d'administration qui ont été de tout temps observées dans la pratique de nos hôpitaux. »

Ce sont donc ces règles d'administration qu'il importe actuellement d'examiner, afin de voir en quoi elles s'éloignent de celles qui sont généralement adoptées dans nos hôpitaux de Paris.

En première ligne, il faut placer le dosage, au sujet duquel l'auteur reproduit tous les arguments mis en avant par les partisans de ce mode d'administration. La dose de chloroforme usitée dans la marine, et qu'on introduit dans le cornet Reynaud, est de 10 grammes en général. Mais ce n'est là qu'une *dose initiale*; si elle ne suffit pas, on en ajoute une quantité plus ou moins considérable : ordinairement 5 grammes d'abord, puis 5, et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'insensibilité se produise; c'est là ce que l'auteur appelle les *doses secondaires*.

Pour notre compte, nous n'avons aucune remarque à présenter sur cette manière de procéder, qui d'ailleurs nous paraît être celle de tout le monde. Effectivement c'est ainsi que procèdent la plupart des chirurgiens, avec cette différence peut-être que ceux qui se servent de la compresse ou de l'éponge ne croient pas absolument nécessaire de mesurer aussi strictement la quantité de liquide qu'ils versent à chaque fois, se contentant de savoir ce qu'ils emploient en totalité. Est-ce à dire que le dosage exact soit de première importance, et qu'il faille taxer de témérité les chirurgiens qui s'en fient bien plus aux symptômes que présentent les individus soumis aux inhalations qu'à la quantité employée ? Nous ne le pensons pas, parce que nous croyons que l'action des agents anesthésiques est extrêmement variable et subordonnée à beaucoup de circonstances dont la plupart malheureusement échappent à notre appréciation, et que particulièrement l'état du système nerveux, au moment où le patient est soumis à l'inhalation, a une bien autre influence sur le résultat définitif que la dose plus ou moins considérable de chloroforme employée. Tout le monde sait combien l'action des éthers sur l'économie a d'analogie avec celle des alcooliques, et personne n'ignore combien est grande la différence de réceptivité (qu'on me passe l'expression) des mêmes individus pour les boissons fermentées, suivant le moment où elles sont ingérées dans l'estomac. Il paraît en être de même du chloroforme, et je crois qu'il n'est pas un de nous qui, ayant chloroformé plusieurs fois le même individu à quelques jours d'intervalle, n'ait été frappé de la différence dans la rapidité plus ou moins grande des effets obtenus avec des appareils et des doses de médicament cependant identiques !

S'il fallait d'ailleurs fournir une autre preuve de cette variabilité d'action du chloroforme selon les individus, alors même qu'on se sert d'appareils et qu'on dose exactement, je la trouverais dans le travail qui nous est soumis. Ainsi, sur 230 cas où le chloroforme fut administré avec l'appareil réglementaire de M. Reynaud, 48 fois, c'est-à-dire plus d'une fois sur cinq, on ne put obtenir l'insensibilité avec la dose initiale ordinaire, et il fallut recourir aux doses dites secondaires pour avoir des effets marqués.

Sous le rapport du dosage, la pratique de nos confrères de la marine ne s'éloigne donc pas sensiblement de la nôtre, et nous ne voyons dans les résultats obtenus autre chose que ce que nous observons chaque jour sur nos malades.

C'est d'ailleurs ce dont il est facile de se convaincre, en parcourant les détails des dix observations données par M. Berchon comme types de celles plus nombreuses qu'il s'est dispensé de rapporter.

Parlerai-je maintenant des autres précautions recommandées dans les hôpitaux de la marine, celles, par exemple, de s'assurer toujours avant l'administration de l'état de pureté chimique du chloroforme, de ne pratiquer les inhalations que sur des individus à jeun et mis dans la position horizontale, de surveiller avec soin l'état des pupilles, de la face, de la respiration et de la circulation ? Mais, excepté la pureté chimique du chloroforme, dont il est superflu de se préoccuper dans les hôpitaux de Paris, je ne crois pas qu'il y ait un seul d'entre nous qui ne se conforme aux règles depuis longtemps déjà passées en coutume que rappelle M. Berchon, et qu'il a seulement le tort de déclarer trop peu connues.

Pour résumer toute notre pensée sur ce sujet, nous dirons donc :

1° Que l'appareil de M. Reynaud, qui ne diffère pas sensiblement de plusieurs de ceux dont se servent un grand nombre de nos collègues, n'offre aucun avantage essentiel qui doive le faire préférer à tous les autres; qu'en un mot, il n'est ni meilleur ni plus mauvais;

2° Que quant aux précautions recommandées par l'auteur du mémoire dans l'emploi des anesthésiques, elles sont depuis longtemps établies, et servent de règle aussi bien aux chirurgiens des hôpitaux civils et militaires, qu'à nos confrères des hôpitaux de la marine et de la flotte.

Il nous reste maintenant à traiter une dernière question; celle-là très-délicate, et que nous n'aborderons qu'avec une certaine réserve. Notre confrère, dans son travail, s'applaudit à plusieurs reprises de ce qu'aucun cas de mort à la suite de l'emploi des anesthésiques n'a encore été signalé dans le service de santé de la marine, et il n'hésite pas à attribuer ce résultat au mode d'administration adopté, je dirai presque imposé, par règlement; mode d'administration que je viens de vous faire connaître, et dont j'ai essayé d'apprécier la valeur.

Or, c'est là une assertion qui aurait une immense portée si elle était parfaitement démontrée. En effet, le nombre d'individus soumis aux inhalations d'éther et de chloroforme, depuis 1847 jusqu'en 1861, par nos confrères du service de santé de la marine, a dû être considérable, immense; et quoique les appareils dont ils se sont servis et se servent encore, de même que les précautions qu'ils mettent en pratique, ne nous paraissent pas sensiblement différer des nôtres, il y aurait lieu de rechercher plus attentivement encore à quelles circonstances inconnues ils doivent des résultats si exceptionnellement heureux, et qui contrastent avec ceux obtenus par leurs confrères de l'armée de terre et des hôpitaux civils. Malheureusement cette assertion, car ce n'est qu'une assertion, j'ai regret de le dire, ne s'appuie que sur des bases bien fragiles.

M. Berchon nous dit bien que jusqu'à ce jour on ne cite aucun cas de mort survenue par le fait des agents anesthésiques dans les hôpitaux de la marine, ou à bord des bâtiments pendant les expéditions lointaines; mais il se borne à une simple affirmation, et en fait de science, une affirmation émanée d'un confrère, si honorable qu'il soit, ne suffit pas pour entraîner la conviction.

Il est bien vrai que l'auteur nous dit avoir fait son travail en dépouillant les registres d'observations conservés dans les écoles de médecine de Brest et de Toulon. Mais toutes les observations consignées dans ces recueils ne s'élèvent pas à plus de 296, sur lesquelles 24 relatives à l'emploi de l'éther, et 272 au chloroforme. Or, 296 observations dans lesquelles il y a eu innocuité complète des agents anesthésiques, ne suffisent pas pour démontrer victorieusement la supériorité d'une méthode ou d'un procédé, quand on sait que la proportion des morts, d'après les relevés de nos confrères de l'armée de terre en Crimée et en Italie, a été de 1 sur 12 ou 13,000 soumis aux inhalations chloroformiques.

C'est là une lacune importante que nous engageons notre laborieux confrère de Rochefort à combler, à l'aide des précieux documents que l'administration de la marine ne peut manquer de mettre à sa disposition.

La part de la critique faite, nous nous empressons de reconnaître, ainsi d'ailleurs que nous l'avons dit dès le début, les qualités qui distinguent le travail qui nous a été soumis. On ne saurait trop encourager des recherches dans cette direction, la seule capable de fournir les éléments d'une statistique sur laquelle on pourra peut-être baser une méthode sûre pour l'administration des agents anesthésiques, de ces agents dont l'action, ainsi que l'a dit un éminent physiologiste, reste encore à la fois si terrible et si mystérieuse.

Nous vous proposons donc :

1° De publier un extrait du mémoire de M. Berchon;

2° De remercier l'auteur de sa communication, en le priant de continuer ses recherches sur ce sujet;

3° D'inscrire M. Berchon sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

ADMINISTRATION DU FER PAR LA MÉTHODE ALIMENTAIRE

(pains ferrugineux).

Par M. le docteur Beaulieu.

Corpora non agunt nisi soluta, disait-on autrefois; on dit aujourd'hui et avec plus de raison : *Corpora non agunt nisi digesta.* L'expérience des faits a démontré en effet que, pour la plupart des médicaments, et principalement des médicaments à base métallique, le meilleur mode d'administration était sans contredit celui qui consiste à mêler la substance médicamenteuse aux aliments. De cette façon, le remède est absorbé au moment même où se fait la digestion stomacale, et l'assimilation en est aussi rapide que complète.

Il est facile de comprendre que cette méthode sera d'autant plus utile que les médicaments dont il est question seront destinés à relever les forces épuisées de malades en proie à des débilités anciennes, à des affections chroniques, à des cachexies, ou qu'ils s'adresseront à des jeunes sujets dont les organes encore délicats devront être l'objet de ménagements tout particuliers.

Parmi les médicaments que la thérapeutique moderne a essayé avec le plus de succès d'introduire dans la cure des affections asthéniques, chlorotiques, scrofuleuses, sous cette forme alimentaire, nous devons citer le *pain ferrugineux*, dont l'efficacité est telle que, dans tous les cas où avaient échoué les autres préparations ferrugineuses, même celles réputées les plus énergiques, de très-faibles quantités de pain ferrugineux ont suffi pour produire de merveilleux résultats.

La division extrême du sel ferreux dans le pain, son mélange intime avec l'aliment, disaient MM. Guéneau de Mussy et Henri Boullay dans leur rapport à l'Académie de médecine, son union avec une substance organique qui en prévient la suroxydation, le mettent dans des conditions qui le rendent plus facilement assimilable, et en assurent l'action thérapeutique, lors même qu'on le donne à des doses bien inférieures à celles auxquelles on administre les autres préparations de fer.

De la part d'hommes aussi considérables, une pareille opinion n'aurait pas besoin de preuves, et cependant les auteurs du rapport ont cru devoir exposer en abrégé un certain nombre de faits à l'appui, de pièces justificatives, pour ainsi dire, dans le but de démontrer la supériorité incontestable de la nouvelle préparation. Nous ne reviendrons pas sur ces observations, que nos lecteurs pourront retrouver dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, accompagnées de faits non moins probants dus à deux éminents praticiens de l'Hôtel-Dieu, MM. Husson et Renaudin. Nous ne citerons non plus que pour mémoire les belles expériences du docteur Coster, entreprises pour prouver la réelle efficacité des pains ferrugineux dans une des affections qui ont fait jusqu'à présent le désespoir de la thérapeutique, la phthisie tuberculeuse.

« Il faut introduire dans les fluides nourriciers, disait ce savant praticien, les matériaux réparateurs qui leur manquent, et dans l'organisme un modificateur qui l'impressionne de manière à lui faire accomplir régulièrement le travail de l'assimilation. Et c'est pour cela qu'on doit donner la préférence aux préparations de fer combinées avec la substance alimentaire; car, puisqu'il s'agit de modifier l'économie dans son ensemble, l'agent modificateur doit pénétrer dans l'organisme, et il n'y pénètre bien qu'en subissant avec l'aliment le travail de la digestion. »

Le rapport si favorable fait à l'Académie de médecine et approuvé par elle il y a déjà plus de dix ans, les expériences faites à l'Hôtel-Dieu, à Beaujon et ailleurs, et les approbations données depuis par les médecins les plus consciencieux auraient dû assurer dès les premiers jours, à cette heureuse innovation, un succès certain et continu. Malheureusement, la confection de ces pains laissait jusqu'ici beaucoup à désirer sous le rapport de l'aspect et de la légèreté, et la répugnance qu'ils inspiraient bientôt aux malades a été la cause du temps d'arrêt qu'a subi leur admission dans la thérapeutique journalière. Il n'a pas fallu moins que la persistance du docteur Coster à poursuivre la réalisation complète de son idée et le docile concours de M. Gagnière dans ses essais pharmaceutiques, pour donner à ces pains les qualités sans lesquelles ils n'auraient jamais pu devenir d'un usage général en médecine. Aujourd'hui que les inconvénients qu'ils présentaient ont été complétement surmontés, on peut leur prédire un succès mérité.

Notre expérience personnelle nous permet d'affirmer que les honorables médecins que nous venons de citer n'ont rien exagéré en écrivant les passages que nous venons de reproduire. Ajoutons, et ce n'est pas une considération de peu d'importance, que non-seulement le médicament n'a aucune saveur désagréable, mais que les malades les plus délicats le mangent avec plaisir, les enfants principalement, et que son mode de préparation lui donne la propriété de se conserver des années entières.

C'est, nous le répétons, une des préparations ferrugineuses les plus utiles, et qui sont appelées au plus incontestable succès.

MORT PAR DÉGLUTITION DE DENTS ARTIFICIELLES.

Le 9 mai dernier, un M. Brennan reçut un coup violent qui le fit tomber en syncope. Une fois rétabli, il s'aperçut qu'il avait avalé une plaque de 4 centimètres de longueur, supportant quatre dents artificielles, et munie de crochets par lesquels elle s'adaptait aux dents voisines. Un médecin immédiatement appelé ne put donner aucun soulagement. Chaque tentative faite pour avaler ou pour introduire même seulement une éponge, produisait de violents vomissements

mêlés de sang. Le lendemain, il survint un œdème du cou et de la tête. Ne pouvant prendre que des liquides, et la respiration s'embarrassant de plus en plus, il mourut d'inanition autant que de suffocation, au bout de six jours.

L'autopsie fit reconnaître que la pièce artificielle s'était arrêtée en travers dans l'œsophage, au niveau du sternum; ses crochets rompus avaient, à droite, déchiré la paroi œsophagienne et percé le poumon droit dans l'étendue de près de 4 centimètres, produisant là une inflammation intense, et occasionnant le passage des aliments dans la cavité pleurale. — Du côté gauche, l'œsophage était aussi perforé et la plaque était solidement engagée dans la paroi de ce conduit.

(*American paper*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 août 1861. — Présidence de M. Laborie.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

LECTURE DE RAPPORT.

M. RICHET lit un rapport sur un mémoire de M. Berchon, relatif à l'emploi du chloroforme suivant la méthode de M. Reynaud, de Rochefort. (Voir plus haut).

M. LE PRÉSIDENT appelle la discussion sur ce rapport.

M. HUGUIER. Les faits relatés dans le mémoire de M. Berchon méritent d'être signalés, mais il ne faut pas en conclure cependant qu'ils prouvent tout ce que l'auteur a voulu établir. Ainsi, si l'application du chloroforme, suivant la méthode de M. Reynaud, a donné de bons résultats, il faut tenir compte des conditions dans lesquelles cette application a été faite. Les marins sont forts, robustes, peu âgés, vigoureux, conditions bien plus favorables que celles dans lesquelles nous trouvons nos malades des hôpitaux, qui sont en général affaiblis, soit par des maladies, soit par d'autres causes.

M. DÉSORMEAUX pense que les marins se trouvent aussi dans quelques conditions défavorables; ainsi, ils ont souvent le scorbut, ils boivent de l'eau qui a été contenue dans des vases de fer et qui contient dès lors des préparations ferrugineuses et qui, malgré cela, est souvent plus ou moins altérée. La beauté des résultats obtenus par M. Reynaud n'est donc point dans des conditions plus favorables que celles que nous avons dans les hôpitaux. Il reconnaît cependant avec M. Richet que les faits invoqués en faveur de la méthode de M. Reynaud ne sont pas suffisants pour regarder cette méthode comme supérieure aux autres.

M. HUGUIER reprend la parole pour dire que ses remarques s'appliquaient aux conditions générales dans lesquelles les marins étaient placés, et qu'il est évident que ces conditions sont meilleures dans un port de mer que dans nos hôpitaux.

M. RICHET fait remarquer que les observations de M. Berchon se rapportent non-seulement aux marins, mais aux ouvriers des ports, tels que plombiers, calfatiers, etc.; mais que peut-être dans les hôpitaux de la marine, on reçoit même des femmes. En d'autres termes, il s'agit ici de l'application du chloroforme non-seulement sur des marins, mais sur des personnes habitant les ports de Brest et de Toulon. Ce n'est point sur des navires en pleine mer que les observations ont été prises.

M. HUGUIER. Dans le mémoire de M. Berchon, il n'est, je crois, question que de 250 faits. Dire que la méthode est supérieure aux autres, parce que sur ce nombre il n'y a pas eu de morts, c'est aller au delà de la saine logique. Pour lui, il a chloroformé certainement plus de 1,500 personnes, et il n'a jamais eu d'accidents. Il se sert d'un simple cornet de linge, et il n'en conclut pas néanmoins à la supériorité de sa méthode.

M. RICHET est de l'avis de M. Huguier. Il reconnaît comme lui que les faits invoqués ne sont point suffisants pour établir la supériorité de la méthode. Il avoue, du reste, que le mémoire de M. Berchon est parfaitement bien fait et d'un style irréprochable.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions du rapporteur.

Ces conclusions sont adoptées, et la Société décide en outre que le rapport de M. Richet sera inséré dans les *Bulletins* de la Société.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. BOUVIER. A l'occasion de la pièce de luxation du radius, présentée par M. Bernadet, je veux soumettre à l'observation de la Société un exemple de luxation double de l'extrémité supérieure du radius.

Le sujet qui porte cette double luxation est le ventouseur de l'hôpital des Enfants. Il a trente-neuf ans, et il porte sa double luxation depuis trente-huit ans, c'est-à-dire que, d'après les renseignements fournis par les parents, ce serait à l'âge de six mois ou un an que cette luxation double aurait apparu à la suite de convulsions. Mais cette version est incertaine, et nous y ajoutons peu de foi.

Les deux radius sont luxés en arrière, et l'on sent presque en entier leur extrémité supérieure. Je veux aussi appeler l'attention de la Société sur deux points importants, à savoir : les fonctions du membre, et la cause qui a produit cette double luxation.

1° Relativement aux fonctions du membre, l'on se demande comment avec un tel déplacement la nature a pu rétablir des mouvements comme ceux que nous observons chez notre ventouseur. Cet homme possède, en effet, tous les mouvements qui s'exécutent normalement entre le bras et l'avant-bras, et ces mouvements sont très-étendus dans tous les sens. Mais il faut reconnaître aussi qu'ils sont un peu moins étendus que chez une personne qui aurait le membre thoracique bien conformé. En analysant les mouvements, voici ce que nous voyons relativement à leur étendue :

Les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras sont un peu moins étendus que dans une articulation saine. Ainsi la flexion présente 10 degrés de moins que dans l'état normal. Il en est de même de l'extension. La supination est plus bornée que la pronation; elle offre de 25 à 30 degrés de moins.

La force musculaire du membre ne semble pas manifestement diminuée; cependant il est évident que les muscles de l'avant-bras ont perdu leur direction; leur insertion n'est pas aussi fixe : de là des troubles nécessaires dans les mouvements des déchets musculaires. Aussi cet homme se plaint-il d'être promptement fatigué quand il s'amuse à peindre. Il y aurait là une étude approfondie à poursuivre eu égard à chaque muscle en particulier.

On ne peut donc pas dire qu'il est indifférent pour les fonctions d'avoir un radius luxé ou dans ses rapports normaux. Avec une luxation, on peut bien conserver certains mouvements, mais ces mouvements auront nécessairement perdu en étendue, en force et en précision.

2° Relativement à la cause, nous avons à nous demander ici si la luxation est congénitale ou accidentelle. D'une manière générale, il n'y a pas de signes distinctifs certains pour pouvoir se prononcer dans des cas semblables. Aussi, comme toujours en pareille occurrence, il se forme deux camps opposés. Dans le fait de M. Bernadet, il y a un renseignement positif, il n'y a donc pas de doute à avoir : il s'agit bien d'une luxation traumatique. Dans mon observation, au contraire, les renseignements nous font défaut, d'où l'incertitude dans laquelle je me trouve. Cependant, si l'on réfléchit que la luxation est double et qu'elle date des premiers moments de la vie, il y a quelque probabilité en faveur de la cause congénitale. En pareille occurrence, Adams est disposé à admettre cette cause, et cependant M. Malgaigne se refuse obstinément à la reconnaître. Ce savant professeur, qui est si sévère à cet égard, et qui ne voit presque partout que des luxations postérieures à la naissance, qui n'en veut croire que l'observation, tient compte néanmoins de renseignements peu rigoureux quand ils sont favorables à sa manière de voir. Ainsi, pour rejeter l'existence des luxations congéniales du radius, il s'appuie sur un seul fait dans lequel les parents lui ont rapporté que l'enfant avait l'habitude de porter les bras en arrière, et que cela avait produit la luxation. Ce récit n'a pour nous aucune valeur démonstrative, et dans ce cas il faut rester dans le doute.

Quand il s'agit, comme dans le fait que nous produisons, d'une luxation des deux radius, nous reconnaissons volontiers qu'il y a là un argument d'une assez grande valeur pour démontrer que la luxation est congénitale.

M. Malgaigne invoque encore une autre raison à l'appui de son opinion; il dit qu'on n'a jamais observé de luxation chez les fœtus. A cet argument, je réponds que M. J. Guérin en a vu; les détails manquent, il est vrai, dans cette observation, mais cela n'en constitue pas moins un fait, et M. Malgaigne n'a pas le droit de le nier. L'argument invoqué par M. Malgaigne prouve seulement que les luxations chez le fœtus sont peu communes, mais il ne prouve que cela.

Il y a là un vide dans la science, et des recherches faites sur le fœtus pourraient parfaitement le combler.

M. MOREL-LAVALLÉE est du même avis que M. Bouvier. Il se demande d'abord si l'imperfection des mouvements dans le cas actuel, ne tiendrait pas à une altération concomitante de l'articulation du coude. Relativement à la cause, il admet qu'il y a des luxations congénitales. Dupuytren a vu un sujet chez lequel il y avait une quadruple luxation du radius, c'est-à-dire que cet os était déplacé des deux côtés, et par son extrémité supérieure et par son extrémité inférieure. Ce fait a été relaté dans la thèse de M. Robert sur les vices de conformation des articulations. Or, dans cette observation, il est évident que les luxations étaient congénitales.

M. TRÉLAT. Je désire présenter quelques remarques sur l'étiologie et sur la variété de ces luxations. On ne peut nier qu'ici l'existence de deux luxations identiques à droite et à gauche, la grande étendue et la force des mouvements, enfin l'époque très-ancienne à laquelle on fait remonter la lésion, ne constituent sinon des preuves, au moins des présomptions très-grandes en faveur de luxations congénitales. Sans doute, il est difficile de concevoir à l'époque de la première enfance un traumatisme assez violent pour déplacer simultanément les deux radius; mais, parce qu'on ne peut accepter l'idée de luxations traumatiques, il ne faut point se hâter de conclure à des luxations congénitales. Ne peut-on admettre qu'à la suite de convulsions de la première enfance les muscles supinateurs, qui sont ici si volumineux et si saillants, se sont rétractés et ont déterminé consécutivement le déplacement de la tête radiale? Cette étiologie n'est-elle pas admise pour d'autres déplacements articulaires?

Du reste, je ne cherche pas ici à faire prévaloir une opinion, j'indique seulement quelques objections qui se présentent à mon esprit, objections corroborées par le souvenir d'une pièce que j'ai présentée il y a deux ans environ à la Société de chirurgie. C'était une luxation de l'extrémité supérieure du radius trouvée sur un cadavre de l'Ecole pratique. Manquant de renseignements, j'en étais réduit à des conjectures plus ou moins acceptables, et je me souviens parfaitement que les membres de la Société partagèrent mes doutes, et n'osèrent décider si la luxation que je leur présentais devait être regardée comme congénitale ou comme traumatique.

Je serai plus affirmatif pour ce qui a trait à la variété de la luxation. Notre collègue vient de dire que la luxation du radius est complète; je ne partage pas tout à fait cette manière de voir. En dessinant à l'encre les saillies osseuses de l'articulation, il est facile de s'assurer que la face supérieure de la cupule radiale est située sur un plan notablement inférieur à celui de l'épicondyle. Il y a entre ces deux plans la même distance qu'à l'état normal. Or, si la luxation du radius était complète, la cupule du radius serait remontée en arrière du condyle de l'humérus, et la distance de l'épicondyle à la tête du radius serait effacée ou très-diminuée. De ce que cette disposition n'existe pas, je conclus que la tête radiale est encore, par un quart ou un tiers de son étendue, en rapport avec le condyle; conséquemment nous avons ici une luxation incomplète, mais une luxation incomplète aussi étendue que possible.

M. BROCA revient sur les conclusions prises par la Société relativement au travail de M. Berchon; il fait remarquer que le travail de ce chirurgien est très-bien fait, très-intéressant par le nombre imposant de ses observations. M. Richet, qui en est le rapporteur, est dans les mêmes opinions que lui, et il désirerait que la Société revînt sur sa décision prise il y a un instant, et qu'elle voulût bien permettre de publier un des chapitres ou un extrait du mémoire de M. Berchon.

M. RICHET appuie la proposition de M. Broca. S'il n'a pas voulu proposer l'impression de tout le mémoire de M. Berchon, c'est uniquement à cause de sa trop grande étendue; mais il verrait avec plaisir que l'on en publiât un extrait.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la proposition de MM. Broca et Richet, et la Société décide qu'il sera publié un extrait du mémoire.

M. APPIA fait une communication sur divers faits de sa pratique. Ses divers mémoires et sa communication sont renvoyés à une commission composée de MM. Huguier, Désormeaux, Marjolin.

M. LAZAREWICH présente et décrit devant la Société un hystérophore de son invention, qu'il a employé avec succès dans une vingtaine de cas pour remédier aux chutes complètes de la matrice. (Commissaire, M. Depaul).

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Béraud.

Une belle collection de la *Gazette* depuis son origine (1828), reliée, et les années 1834, 1835, 1836, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1850, 1855, sont à vendre au bureau du journal.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 100. — MARDI 27 AOUT 1861. (34e ANNÉE.) N° 100. — MARDI 27 AOUT 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, 24 aout 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

La question de la régénération des os par le périoste est un des points de mire vers lesquels se tournent en ce moment avec le plus d'avidité les regards scrutateurs des physiologistes et des chirurgiens. Nous signalions dans les précédents numéros plusieurs communications sur ce sujet ; nous avons à enregistrer aujourd'hui un nouveau fait très-digne d'intérêt que M. le docteur Lamare-Picquot (de Honfleur), l'un des vétérans de la pratique médicale, cite avec raison comme venant à l'appui de la doctrine de M. Flourens sur ce point important de physiologie.

M. le professeur Schiff (de Berne), continuant ses recherches expérimentales sur le point de physiologie qu'il s'est proposé d'éclairer, savoir si le nerf laryngé est un nerf suspensif, a envoyé à l'Académie une seconde note sur le même sujet, dans laquelle il expose, entre autres résultats nouveaux, ce fait spécial, qui, à part son intérêt scientifique, renferme des indications qui peuvent être d'une grande utilité dans la pratique.

« On éthérise ou on chloroformise, dit-il, un animal jusqu'à la disparition complète des mouvements respiratoires automatiques. Immédiatement après, on applique la respiration artificielle, jusqu'à ce que l'animal recommence à faire des inspirations régulières. Au commencement de cette époque du retour des respirations, il y a un moment où toute irritation mécanique un peu vive des nerfs indiqués relâche le diaphragme d'une manière continue, et asphyxie de nouveau l'animal. »

On voit, en effet, par les résultats de cette expérience, le grave danger auquel on pourrait s'exposer en continuant une opération chirurgicale dans la première période qui suit le retour de la respiration, dans le cas où le malade asphyxié par les anesthésiques a été ramené à la vie par la respiration artificielle.

M. le docteur Burq a soumis à l'Académie un nouvel appareil filtrant de son invention, application en grand de l'alcarraza, destiné à fournir à peu de frais et sans risque de chômage, toute l'eau nécessaire à de grands centres de population, avec toutes les qualités de limpidité, d'aération et de fraîcheur exigées par une bonne hygiène. On trouvera une description de ces appareils et de leur objet dans le compte rendu de la séance. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert (de Lamballe).

Du phimosis congénital. — Examen critique des divers procédés opératoires proposés pour sa guérison. — Procédé de M. Jobert.

(Leçon clinique rédigée par M. Charpentier, interne du service.)

Au n° 2 et au n° 26 de la salle Saint-Côme, sont couchés deux malades qui présentent la même affection : tous deux ont un phimosis ; tous deux vont subir l'opération devant vous. Seulement, chez l'un, le phimosis s'est compliqué d'un pharaphimosis, l'un des accidents les plus fréquents dans cette affection.

Ces deux malades ont un phimosis congénital, caractérisé par une exagération de longueur du prépuce avec étroitesse de l'orifice. C'est, du reste, celui que l'on rencontre le plus habituellement. Mais dans certains cas, à la suite d'ulcérations, de chancres, de dartres, de gerçures, en un mot à la suite des inflammations chroniques du prépuce, il peut se faire dans le tissu une sorte de travail qui détermine un rétrécissement de l'orifice et donne lieu à un véritable phimosis, qui ne diffère que par son origine du phimosis congénital. Dans ce cas, le rétrécissement n'est que la conséquence d'une autre affection, en un mot, n'est que secondaire.

Le phimosis congénital présente lui-même deux variétés. Tantôt l'orifice du prépuce est trop étroit pour que l'urine puisse sortir librement ; alors les urines, avant de tomber en dehors, s'accumulent entre le prépuce et le gland, et le malade est ainsi mouillé par l'urine, qui s'écoule par l'orifice préputial longtemps après que la miction est terminée.

Tantôt l'oblitération est complète ; l'orifice du prépuce, fermé par une membrane très-mince, recouvre complétement le gland ; l'urine ne peut sortir. Celle-ci, dans ce cas, s'accumule encore entre le prépuce et le gland, distend le prépuce outre mesure, et forme ainsi une tumeur fluctuante et transparente à l'extrémité de la verge. Une opération est alors indispensable.

Le phimosis est un des vices de conformation que l'on rencontre le plus souvent. Or, il est un signe caractéristique qui rend impossible toute confusion entre le phimosis congénital et le phimosis accidentel, c'est que ce dernier étant le résultat d'une inflammation chronique, présente toujours des points inodulaires qui déforment plus ou moins l'orifice préputial et ne laissent pas à la muqueuse cette coloration rose pâle, cet état lisse et poli que l'on rencontre toujours dans le phimosis congénital.

Cette étroitesse du prépuce empêchant de découvrir le gland, entraîne à sa suite divers accidents sur lesquels je dois insister.

Certains chirurgiens admettent que le phimosis peut prédisposer au cancer de la verge. Je ne vois, pour moi, aucune relation entre ces deux affections. Le cancer peut se développer sur la verge comme partout ailleurs, mais le phimosis y est complétement étranger.

Il est d'autres accidents qui sont bien plus évidemment sous sa dépendance. Ainsi, la matière sébacée sécrétée par les glandes préputiales, s'accumulant sous la peau et y séjournant forcément, détermine à la longue une inflammation chronique de la muqueuse et amène la formation de balanites plus ou moins rebelles.

L'urine stagnant aussi sous le prépuce peut y donner lieu à des calculs qui acquièrent quelquefois un volume assez considérable.

Enfin, il est un dernier accident plus sérieux, plus fréquent, plus grave par les conséquences ; je veux parler du paraphimosis. On comprend, en effet, que dans le coït le prépuce, fortement porté en arrière, puisse dépasser la couronne du gland, et que vu l'étroitesse de l'orifice il ne soit plus possible de le ramener en avant. C'est ce qui a eu lieu chez un de mes malades. Alors le prépuce forme un véritable étranglement autour du gland, les tissus s'infiltrent, s'œdématient, forment un énorme bourrelet saillant tout autour, et pour peu que la constriction se prolonge, il peut y avoir une véritable gangrène par arrêt de la circulation.

Le phimosis réclame donc des soins directs et une opération dont le but est de découvrir le gland.

Le premier procédé, le plus simple de tous, est l'incision pratiquée soit sur le dos du gland, soit sur les côtés du frein, soit sur les parties latérales ; elle met bien le gland à découvert et permet de ramener le prépuce en arrière ; mais la plupart du temps elle donne lieu à des résultats moins satisfaisants qu'on ne l'espérait. En effet, les lambeaux du prépuce forment de chaque côté du gland une saillie assez considérable, dans certains cas, pour pouvoir être considérés comme une difformité.

M. Coster a proposé de pratiquer trois débridements, deux à la face dorsale, le troisième à la face inférieure. Les résultats sont fort peu satisfaisants, et le but que l'on se proposait est loin d'être rempli.

On ne l'atteint pas mieux, du reste, avec le débridement de la muqueuse seule, qui a été conseillé par M. Cullerier.

Suivant moi, l'incision est le procédé le moins satisfaisant de tous. Lisfranc, qui l'employait le plus habituellement, le pratiquait ainsi :

Faisant d'abord l'incision dorsale, comme dans l'incision simple, il saisissait l'une après l'autre les lèvres de la plaie et excisait de chaque côté un lambeau triangulaire avec des ciseaux ou un bistouri. Malheureusement, dans ce cas, il arrive souvent que malgré toutes les précautions la réunion secondaire a lieu et entraîne à sa suite des accidents sérieux.

J'ai tâché de remédier à ces inconvénients à l'aide du procédé suivant : je pratique avec des ciseaux, de chaque côté du frein, une incision qui va jusqu'à la couronne du gland ; je détache ensuite le frein, qui se trouve compris dans un petit lambeau triangulaire, et je réunis la peau à la muqueuse à l'aide de la suture entrecoupée. Au bout de quelques jours la cicatrisation est opérée et le malade est guéri.

En agissant ainsi, non-seulement je préviens la difformité, mais je me mets sûrement à l'abri de la récidive.

Employée depuis les temps les plus reculés par les peuples de l'Orient dans un but d'hygiène et de propreté, la circoncision ne convient que dans les cas où le prépuce très-long déborde le gland et présente une étroitesse extrême de l'orifice.

C'est Lisfranc qui le premier a posé des règles qui ont été depuis modifiées habilement par un chirurgien dont vous avez tous pu apprécier l'esprit ingénieux, M. Ricord.

Saisissant le bord libre du prépuce à l'aide de pinces et l'attirant en avant, Lisfranc plaçait en travers une autre pince et

---

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS
DE LA TRADUCTION DE LA COLLECTION HIPPOCRATIQUE.

[L'œuvre immense à laquelle M. Littré a consacré près de trente années d'un labeur assidu et toutes les forces vives de sa vaste érudition et d'un talent d'écrivain et de critique de premier ordre, vient enfin d'atteindre son terme. Les deux derniers volumes de la *Traduction des œuvres d'Hippocrate* vont être mis en vente.

Nous sommes heureux, avant que ces dernières livraisons soient offertes au public, de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs le *résumé et les conclusions* qui terminent cet important ouvrage, véritable monument scientifique et littéraire, qui, en associant désormais le nom de son auteur à la glorieuse destinée des œuvres immortelles d'Hippocrate, honore également la génération qui a si bien su l'apprécier, et l'habile éditeur qui lui a donné son si utile concours.]

Ce fut à la fin de 1834 que pour la première fois je mis la main à ce long labeur qui ne devait finir qu'en 1861. Et pourtant, sauf une interruption d'environ quatre ans employés à faire, avec la collaboration de notre éminent histologiste M. Ch. Robin, deux éditions du dictionnaire dit de Nysten (1), je n'ai point passé de notable intervalle de temps sans m'occuper soit de préparer les dix volumes dont il se compose, soit de les imprimer. Je le commençai jeune et je le termine vieux, ayant eu cette fortune que, parmi tant de chances défavorables dans la vie humaine, il ne s'en soit pas trouvé qui, par la maladie ou par la mort, m'ait empêché de voir la fin de cette œuvre. Et maintenant, me séparant de ce compagnon de tant de mes journées, le lecteur me pardonnera de tourner un dernier regard sur ce long passé.

Je ne laisse point Hippocrate tel que je l'ai trouvé. La tâche dévolue à un nouvel éditeur comprenait trois points : la critique de la collection hippocratique, la correction du texte et l'interprétation médicale.

Pour distinguer ce qu'on nomme les œuvres d'Hippocrate, je me sers habituellement de l'expression *Collection hippocratique*. En effet, c'est une collection qui ne provient pas d'un seul et même auteur. Les critiques anciens le disent ; un examen attentif le fait voir ; et bien plus, tandis qu'un livre (*le Régime dans les maladies aiguës*) que tout porte à croire être d'Hippocrate lui-même combat les médecins de Cnide, des traités qui appartiennent aux médecins cnidiens ont trouvé place, sous le nom d'Hippocrate, dans cette collection. Cela étant ainsi, il est clair qu'une suspicion générale frappe l'ensemble, et qu'il y a lieu de se demander : Cette collection hétérogène à quel temps remonte-t-elle et de qui sont les traités qui la composent ?

A la première question j'ai répondu d'une manière précise : la Collection hippocratique, c'est-à-dire l'ensemble des traités que nous connaissons sous le nom d'Hippocrate, remonte, par une série de témoignages assurés, jusqu'à l'établissement des bibliothèques et des écoles dans la ville d'Alexandrie sous les premiers Lagides. Depuis lors rien n'y est entré et rien n'en est sorti ; c'est là un fait désormais acquis à la critique historique. Il faut, au point de vue qui nous occupe ici, distinguer deux antiquités : l'une anté-alexandrine, l'autre post-alexandrine. La Collection hippocratique appartient à la première ; elle contient la mention de plusieurs livres composés par les médecins hippocratiques ; mais aucun de ces livres n'est arrivé, je ne dirai pas jusqu'à nous, mais jusqu'aux premiers critiques alexandrins qui ont commencé à former le canon des livres hippocratiques. Ceux-là, la critique post-alexandrine les ignore aussi bien que nous ; ils ont péri dans l'intervalle compris entre l'époque de leur composition et la formation des grandes bibliothèques d'Alexandrie et de Pergame ; elle ne connaît que ce que nous connaissons nous-mêmes et qui a été transmis au point de vue de la morale.

A la seconde question, j'ai répondu aussi, mais avec l'indétermination qu'elle comporte. Tandis que les renseignements extrinsèques reportent la Collection hippocratique jusqu'aux premiers temps des fondations alexandrines, les renseignements intrinsèques concordent à montrer que cette Collection renferme, en effet, des livres appartenant à une très-ancienne médecine et à une même époque, en pre-

(1) *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire*, par P. H. Nysten, 10e édition, 1855 ; 11e édition, 1858. Ce laps de temps n'a pourtant pas été tout à fait perdu pour Hippocrate ; c'est dans cet intervalle que j'ai fait la table, très-détaillée, et qui m'a pris bien des heures. Rédigée d'abord de manière à indiquer les traités et les paragraphes, il a finalement paru plus expédient de la transformer en une table qui indiquât simplement le tome et la page. Cette transformation a été opérée avec beaucoup de soin et de zèle par M. Hers, jeune savant hollandais, que je prie de recevoir ici mes remercîments.

opérait la section d'un coup de ciseaux; mais il s'exposait ainsi à laisser à la muqueuse plus de longueur qu'à la peau. De plus, il peut arriver que la peau se trouvant trop attirée en avant du gland, on en enlève une partie plus que suffisante pour découvrir le gland, et on se trouve ainsi exposé à mettre à nu une partie de la verge.

M. Ricord opère de la manière suivante :

Il tire le prépuce en avant et trace avec de l'encre la ligne par où doit passer l'incision; puis, plaçant la pince de Lisfranc derrière cette ligne, il coupe tout ce qui dépasse, et termine l'opération en fendant la muqueuse d'un coup de ciseaux, en ébarbant de chaque côté et en détachant le frein.

J'ai voulu éviter tous ces accidents, et je crois y être arrivé par un procédé que je vous décrirai tout à l'heure. Mais auparavant, je veux vous citer un fait qui vous frappera et vous montrera ce qui peut arriver lorsqu'en se rapprochant du frein on dirige l'instrument vers l'urèthre, qui peut être intéressé si le chirurgien n'a pas sans cesse présentes à l'esprit les dispositions anatomiques.

Le 1er janvier 1861, entrait dans mes salles un malade qui portait une fistule uréthro-pénienne, survenue dans les conditions suivantes : atteint d'une blennorrhagie, le malade était allé voir un médecin, qui lui avait conseillé les injections au nitrate d'argent. A la suite de la première injection, il eut une inflammation violente de l'urèthre avec une tuméfaction telle, que le gland, habituellement découvert, s'étrangla sur le prépuce, et qu'il y eut un véritable paraphimosis. Il entra à l'hôpital du Midi, et le lendemain de son entrée (8 décembre 1860) une incision débrida le prépuce. Celle-ci ne suffisant pas, la circoncision fut pratiquée le 9 décembre. Elle fut suivie de l'ouverture de l'urèthre, et quand le malade sortit de l'hôpital, il avait une fistule uréthro-pénienne.

L'orifice externe était situé au niveau du frein, en arrière de la couronne du gland, à 1 centimètre de l'extrémité inférieure du méat. Le trajet fistuleux, très-court, se portait en haut et en arrière; et si l'on y introduisait un stylet, on pouvait, en le faisant basculer, le faire ressortir par le méat.

Je pratiquai le ravivement, je réunis les lèvres à l'aide de deux points de suture entrecoupés, et à l'aide de deux débridements latéraux, je relâchai la plaie. Quelques jours après le malade fut guéri.

Je reviens maintenant au procédé que j'emploie dans les cas où la circoncision est indiquée.

Je glisse entre le gland et le prépuce une sonde cannelée, que je fais pénétrer sur la face dorsale jusqu'à la couronne, à l'aide de forts ciseaux que je conduis sur la sonde; j'incise d'un seul coup la muqueuse et la peau; j'enlève ensuite le prépuce à droite et à gauche, et il suffit d'une simple incision du frein pour terminer l'opération. Je réunis ensuite la muqueuse et la peau à l'aide de la suture entrecoupée.

Chez nos deux malades, la circoncision est contre-indiquée. Mon premier procédé suffira, et vous verrez que non-seulement il n'y aura pas de difformité marquée; c'est à peine si l'on s'apercevra qu'une opération a été pratiquée.

Aujourd'hui, 26 juillet, les malades sortent de l'hôpital guéris, et dans l'état suivant :

Si l'on considère la verge pendante et le gland recouvert, la partie supérieure du prépuce ayant été conservée, masque toute trace d'opération, et recouvre le gland tout entier.

Si, au contraire, on tire le prépuce en arrière, on aperçoit le gland qui sort librement, et se trouve ainsi à l'abri des accidents que je vous ai signalés dans le cours de cette leçon.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Beau.

De la diastole ventriculaire dans l'ordre de succession des mouvements du cœur (1).

(Extrait de leçons cliniques sur les maladies du cœur.)

Conséquences physiologiques et pathologiques. — Ce n'est pas une chose indifférente que la diastole ventriculaire se fasse au premier temps et non au second temps. Il doit découler et il découle effectivement de là des conséquences tant physiologiques que pathologiques. Nous allons en signaler quelques-unes.

Et d'abord, dans quel moment du battement ventriculaire l'impulsion du cœur a-t-elle lieu contre la paroi thoracique? Est-ce dans la partie diastolique ou dans la partie systolique?

Chez les animaux à cœur transparent, et surtout chez la grenouille, si le cœur a été mis à nu sans perte de sang, et si dès lors les diastoles ont beaucoup d'ampleur et de volume, on constate à n'en pas douter que l'impulsion précordiale dépend de la diastole ventriculaire. Il y en a qui, voyant le ventricule devenir plus pointu ou plus conique après l'expulsion de l'ondée, ont cru trouver en ce fait la cause de l'impulsion précordiale; mais cela ne peut pas être, par cette raison que le ventricule prend cette forme pointue et conique après l'expulsion de l'ondée, après le pouls artériel par conséquent, c'est-à-dire au second temps. Or l'impulsion précordiale est un phénomène du premier temps, arrivant immédiatement avant le pouls artériel.

Sur les mammifères, et notamment sur le cheval, il est bien difficile de dire à l'inspection seule si l'impulsion précordiale se fait dans la partie diastolique ou dans la partie systolique du battement ventriculaire à cause de leur succession très-rapide. Mais en s'aidant de faits constatés et admis par tout le monde, on arrive là-dessus à une certitude mathématique.

Les physiologistes qui ont pratiqué des expériences sur les grands animaux, et notamment les expérimentateurs anglais, ont tous noté que dans le battement ventriculaire il y a sur le ventricule une impulsion brusque (jerking) que l'on sent à la main; tous sont d'accord aussi pour dire que cette impulsion brusque fait le choc de la région précordiale. Eh bien, cette impulsion brusque ne peut avoir lieu que dans la partie diastolique du battement ventriculaire, car c'est en coïncidence avec elle que l'on constate l'ampliation du ventricule. On voudra peut-être accorder que l'impulsion avec ampliation dépend effectivement de la partie diastolique du battement ventriculaire, mais qu'après celle-là il y en a une autre qui dépend de la partie systolique et qui produit le choc précordial. Je réponds que la chose est impossible, parce que dans le battement ventriculaire il n'y a qu'une seule impulsion (jerking), que cette impulsion unique s'accompagne d'ampliation, et qu'elle ne peut se produire que par la diastole. Du reste, en y réfléchissant, pourquoi le retrait systolique du ventricule qui presse sur l'ondée donnerait-il lieu à une impulsion excentrique?

C'est toujours, comme l'on voit, la même comparaison à établir entre l'impulsion excentrique du pouls artériel et l'impulsion excentrique du pouls ventriculaire. Ces deux pouls ne donnent lieu qu'à une seule impulsion qui se produit précisément dans l'état diastolique.

Et n'oublions pas en passant de montrer que cette brusque et énergique impulsion du pouls ventriculaire prouve dans l'oreillette une puissance de contraction qu'on ne lui a pas encore reconnue. Car c'est la force contractile de l'oreillette qui produit l'impulsion diastolique du ventricule, comme c'est la force contractile du ventricule qui produit l'impulsion diastolique du pouls artériel. Il y a toutefois cette différence à signaler, que les artères restent plus ou moins pleines dans l'intervalle de leurs pulsations, tandis que dans l'intervalle de ses impulsions diastoliques le ventricule est complétement vide de sang. C'est par la section comparative de l'artère et du ventricule sur deux animaux différents, qu'on met cette vérité hors de doute.

On sait que l'explication du choc précordial a donné lieu à des hypothèses plus ou moins étranges. On a été jusqu'à vouloir s'en rendre compte par la loi de recul des armes à feu. On doit comprendre maintenant que la grande difficulté ou plutôt l'impossibilité des explications imaginées jusqu'à présent tient à ce qu'on voulait expliquer le choc précordial par les différentes circonstances de la systole ventriculaire. Du moment que cette impulsion de la paroi précordiale est considérée comme le résultat de l'état diastolique, alors toute difficulté tombe, et cette impulsion se présente comme un phénomène des plus simples et des plus naturels.

Les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer vont nous faire comprendre certains symptômes liés aux impulsions cardiaques.

Quand le ventricule est énormément hypertrophié, on dit qu'il y a alors un choc considérable à la région précordiale. Eh bien, c'est tout le contraire, d'après l'observation parfaitement juste de Corrigan. L'impulsion cardiaque est presque nulle dans ce cas, beaucoup moins marquée que dans l'état sain. Pourquoi? C'est que l'ondée lancée par l'oreillette peut tout au plus dilater les parois très-épaisses du ventricule, et n'a plus assez de force pour que ces parois aillent soulever vivement la région précordiale.

D'autres fois on observera des phénomènes inverses. Un malade atteint d'affection du cœur éprouvera de vives palpitations accompagnées de dyspnée. La main appliquée sur la région précordiale sentira une impulsion violente, et pourtant le pouls pourra être alors d'une petitesse remarquable, avec refroidissement des extrémités. Pourquoi ce choc précordial si violent avec un pouls si petit? C'est que dans ce cas l'ondée, chassée vivement de l'oreillette, dilatera énergiquement les parois peu épaisses du ventricule, qui sera lancé vivement contre la paroi thoracique; mais ce ventricule, qui est frappé d'asystolie, n'a pas une force suffisante pour chasser l'oudée dans le système artériel. De là cette coïncidence entre un pouls très-petit et un choc précordial énergique.

Il y a une autre conséquence pathologique dont nous devons parler, c'est celle qui concerne le bruit anormal produit par le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire.

A l'époque où l'on croyait unanimement que la diastole ventriculaire avait lieu au second temps, on admettait que le bruit anormal produit par le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire se faisait au second temps, et l'on regardait cela comme un fait clinique indépendant de toute théorie et placé au-dessus de toute discussion. Eh bien, il n'en était rien. Le bruit anormal au second temps était un corollaire pur et simple de la fausse idée que l'on avait du siége de la diastole ventriculaire, et par conséquent une fiction ou une illusion théorique. Il m'a été facile de montrer que les observations nombreuses consignées dans les ouvrages et dans les publications périodiques nous montrent le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire marqué toujours par un bruit anormal qui existe non au second, mais bien au premier temps, pour cette excellente raison que l'orifice auriculo-ventriculaire est traversé par l'ondée au premier temps, et qu'au second temps le même orifice est fermé et imperméable au sang.

Mais toute règle a ses exceptions réelles ou apparentes, surtout en médecine, où l'appréciation des faits n'est pas toujours facile à cause de l'état complexe des phénomènes morbides.

Ces exceptions ont été signalées par mon savant collègue M. Hérard, qui a pu rassembler, tant dans sa pratique que dans celle des différents auteurs qui ont écrit depuis la découverte de l'auscultation, des faits de rétrécissement auriculo-ventriculaire constatés par l'autopsie, avec bruit de souffle au second temps. Ces faits sont au nombre de *quatorze* (1).

Il se présente tout naturellement des doutes à l'esprit au sujet de ces quatorze exceptionnels qui s'accordent tous en un point, la constatation nécroscopique d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire.

Premier doute. — Le bruit de souffle du second temps dépendait-il réellement du rétrécissement? N'y avait-il pas pour le produire une complication très-possible de lésion du péricarde, ou d'insuffisance valvulo-aortique, auxquelles on n'a pas pris garde? Parmi les observations citées, il en est une qui a été recueillie par Laënnec. Or l'on sait que cet illustre pathologiste ignorait complétement l'insuffisance des valvules aortiques, dont il ne parle jamais. Ne peut-il pas se faire que Laënnec ait méconnu cette lésion valvulaire sur le sujet observé par lui, pour ne voir que le seul rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire?

Second doute. — Supposons le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire parfaitement isolé, et existant comme la

(1) Fin. — Voir les numéros des 20 et 22 août.

(1) *Archives de médecine*, novembre 1853, février 1854.

---

nant ce mot époque dans un sens assez large. Entre Hippocrate, qui fut à peu près le contemporain de Socrate, et les fondations alexandrines, il y a un intervalle d'environ cent cinquante ans, dans lequel furent écrits bon nombre de livres médicaux, les uns perdus avant d'avoir été recueillis par la Collection, les autres formant cette Collection même. C'est alors que les livres cnidiens y entrèrent, malgré leur antipathie originelle; c'est alors aussi que se produisit la singularité présentée par les livres des *Epidémies* et quelques autres fragments, à savoir la conservation de notes non rédigées, de papiers non destinés à la publication; notes et papiers qui proviennent certainement du cabinet d'un médecin hippocratique, et peut-être, en partie du moins, du cabinet d'Hippocrate lui-même.

En résumé, la Collection hippocratique, dans sa forme actuelle, remonte jusqu'aux temps des premiers établissements d'Alexandrie; elle est un débris d'une production médicale plus étendue, puisque les auteurs dont les œuvres y sont entrées citent des écrits qu'ils disent avoir composés et dont aucune mémoire n'a été conservée; elle contient des écrits du grand Hippocrate, de celui dont parlent Platon et Aristote; elle renferme des écrits qui ne sont pas de lui, et qui, pouvant sans doute émaner soit de ses fils, soit de ses élèves, sont dénués de toute attribution certaine; elle a conservé des notes et papiers qui sont dans un état tel que nul auteur ne les aurait publiés de son vivant, et dont la publication ne peut être autre qu'un fait posthume; elle a reçu des livres cnidiens, sans tenir compte des antiques dissidences; ce qui contribue encore à faire voir qu'elle a été posthume et faite par des hommes qui n'avaient plus ou connaissance ou souci des vraies origines. Mais, hétérogène comme on voit, elle n'est pourtant pas disparate; car tout y est lié par une incontestable communauté d'époque, de théorie et de pratique.

Voilà pour la critique historique. Voici pour le texte. Les Aldes, Cornarius et Foës ont donné de très-précieuses éditions; mais ils appartiennent au seizième siècle; et depuis lors, l'érudition s'étant détournée des livres médicaux, rien, sinon des travaux très-partiels, n'a été fait pour la correction du texte hippocratique. On comprend que les textes anciens nous ayant été transmis de copiste en copiste, un travail préliminaire indispensable est la collation de tous les manuscrits. Ce long et minutieux travail, je l'ai accompli autant que mes ressources me l'ont permis. Les manuscrits de la Bibliothèque impériale, nombreux et importants, ont été à ma disposition, grâce à la libéralité de ce grand établissement; j'en ai relevé toutes les variantes; il y a à Rome un manuscrit essentiel; j'ai reconnu que nous en avions une copie ici à Paris; nous y avons également deux copies de manuscrits florentins (la collection de Nicétas), qui est d'un excellent secours. La Bibliothèque impériale de Vienne a un manuscrit du premier ordre, dont jusqu'alors on n'avait tiré que peu de parti; la collation m'en a été transmise (sauf une portion). Enfin, je me suis assuré par des échantillons de collation que certains manuscrits dont on parlait, tels que celui de Munich et celui de Copenhague, rentraient dans la famille de ceux que j'avais eus à Paris entre les mains. De la sorte, on a, dans mon édition, les variantes de la plupart des manuscrits et le fondement de toutes les révisions qu'on entreprendra du texte hippocratique.

Moi-même j'y ai largement puisé; et ceux qui s'intéressent à ce genre de travaux verront qu'à l'aide des manuscrits, et d'une façon tout à fait sûre, j'ai corrigé le texte en un nombre infini de passages.

Dans cette recherche des manuscrits, entre différentes trouvailles heureuses, il en est une qui l'a été particulièrement, je veux parler de la traduction latine du traité des *Semaines*. Ce traité, perdu en grec et retrouvé en latin, a révélé trois choses importantes qu'on ne soupçonnait aucunement : d'abord que la prétendue VIIIe section des *Aphorismes* était un fragment du livre des *Semaines*; ensuite qu'un long fragment en était inclus dans l'opuscule des *Jours critiques*; enfin que ce traité des *Semaines* avait aussi porté le titre de *Premier livre des maladies le Petit*. Ainsi nous possédons ce *Premier livre des maladies le Petit*. Quand nous comparions la collection hippocratique telle que nous l'avons aux listes recueillies dans Érotien et dans Galien, il nous manquait ce livre et le traité *des traits et des blessures*; maintenant, c'est celui-là seul qui nous manque, et, sauf cette perte, la collection hippocratique est aussi complète aujourd'hui que du temps d'Érotien ou de Galien.

Hippocrate et les hippocratiques sont des auteurs techniques. Il ne suffit pas d'épurer leur texte, bien que ce soit une condition préliminaire et indispensable, il faut encore pénétrer les choses et en déterminer la nature. Les interprètes d'Hippocrate, depuis la Renaissance, se sont peu occupés de ce soin; ce fut une raison de plus pour qu'il fût particulièrement présent à mon esprit, surtout quand j'eus aperçu qu'en plusieurs cas l'explication dépendait d'une confrontation avec l'état des connaissances actuelles; ce qui avait l'avantage de lier

seule lésion capable de produire le bruit de souffle. Ce souffle existait-il réellement au second temps? Il y a souvent des difficultés très-grandes au sujet de cette fixation.

En effet, dans certains cas l'ondée, au lieu de traverser l'orifice auriculo-ventriculaire en masse et d'une seule fois, se fractionne en deux moitiés qui se suivent rapidement ; et si le rétrécissement est très-considérable, les deux moitiés de l'ondée peuvent produire chacune un bruit de souffle en traversant l'orifice rétréci. Il y a alors deux bruits de souffle successifs au premier temps. Quand on n'est pas prévenu de cette espèce d'irrégularité que j'ai observée, on regarde à tort le second de ces deux bruits de souffle du premier temps comme existant réellement au second temps.

D'autres fois deux bruits de souffle existant ensemble au premier temps, l'un dans le cœur droit, l'autre dans le cœur gauche, et s'y trouvant à l'état d'unisson et d'isochronisme, pourront se dédoubler comme les bruits normaux, et vous aurez également, comme dans le cas précédent, deux bruits de souffle successifs du premier temps. Le second de ces deux bruits de souffle pourra encore passer pour un véritable souffle du second temps.

Enfin le bruit de souffle peut être unique, exister réellement au premier temps, et être pris tout simplement pour un bruit de souffle du second temps. Je dois dire que cette erreur peut être commise par tout le monde, même par les personnes qui ont le plus d'habitude de l'auscultation. Dernièrement, un jeune médecin, candidat distingué pour le concours du Bureau central, va dans un hôpital pour y examiner des malades. Un chef de service lui montre un individu qui, suivant lui, était affecté de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire avec bruit de souffle au second temps. Notre jeune médecin se livre à une investigation attentive suffisamment commandée par la singularité du fait, et, après un mûr examen, il expose sur le siége du bruit de souffle des doutes au chef de service, qui, auscultant de nouveau et avec beaucoup de soin son malade, reconnaît franchement que le bruit de souffle est non au second temps, comme il l'avait cru jusque-là, mais bien au premier. Le malade succomba deux ou trois jours après cet examen combiné, et l'on trouva à son autopsie un rétrécissement auriculo-ventriculaire. Sans cette rectification *in extremis*, due à un hasard providentiel, le malade serait mort avec un prétendu bruit de souffle au second temps, sur lequel on aurait mauvaise grâce de revenir parce qu'il serait passé à l'état de fait accompli ; et la science serait maintenant enrichie ou plutôt embarrassée d'un nouveau fait exceptionnel.

Tels sont les commentaires que l'on peut et que l'on doit faire sur les quelques cas faisant exception à la loi pathologique qui fixe au premier temps seulement le souffle produit par le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire. On satisfait par là à cette sentence si judicieuse de Pascal : *Il faut être sévère à l'exception.*

Mais je comprends que cette sévérité ne sera pas du goût de tout le monde. Oublions donc pour un moment la critique détaillée qui précède, et ne voyons les observations de M. Hérard que comme de simples faits exceptionnels considérés en bloc et en dehors de toute discussion de détails. Quelle conséquence faut-il en tirer par rapport à la théorie physiologique que je défends? Qu'ils la renversent? Nullement. Les faits exceptionnels ne renversent jamais que les théories, dont ils sont les corollaires rares et insolites ; et sous ce rapport les observations de M. Hérard portent un grand coup à la théorie ancienne, dont ils n'ont été, depuis Laënnec et la découverte de l'auscultation, que quatorze fois environ l'expression pathologique, en comparaison avec la quantité innombrable de faits contradictoires qui déposent contre elle, et qui en même temps consacrent celle que je défends.

Car pourquoi raisonnerait-on ici différemment que dans les autres questions de physiologie pathologique? C'est ainsi, par exemple, qu'il y a en physiologie cérébrale une théorie d'évolution qui veut que les hémisphères s'entre-croisent. Les expériences et les vivisections démontrent cet entre-croisement, qui est aussi confirmé par la pathologie. C'est par cette loi que l'on conçoit ces faits si frappants et si ordinaires de symptômes paralytiques affectant le côté du corps opposé à la lésion cérébrale qui les produit. Et pourtant il y a dans la science quelques observations plus ou moins certaines de paralysie existant du même côté que la lésion du cerveau. Conclut-on de là que les hémisphères ne sont pas entre-croisés, et que la loi physiologico-pathologique d'influence croisée est erronée? Certainement non. Et l'on rejetterait bien loin l'opinion de celui qui, dans le but d'expliquer rationnellement les faits très-rares de paralysies existant du même côté que la lésion, voudrait soutenir que la loi d'entre-croisement n'existe pas à l'état normal.

Au reste, M. Hérard n'hésite pas à reconnaître lui-même que ses observations sont *très-rares*, et que *le plus ordinairement* (p. 177), le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire existe sans qu'il y ait un bruit de souffle au second temps. Mais il n'hésite pas non plus à proclamer qu'il se décide pour la théorie classique, à cause de cette seule circonstance qu'elle rend raison de ses très-rares observations (p. 182). Et j'ajouterai, pour conserver à cette opinion de mon honorable collègue toute son importance possible, qu'elle est acceptée par un assez grand nombre de personnes.

Cependant, pour peu qu'on y réfléchisse, on doit voir qu'il n'est pas indispensable, pour se rendre raison de ces faits exceptionnels, de vouloir à toute force que la diastole ventriculaire se fasse au second temps dans l'état physiologique. Il suffit, et il est plus rationnel d'admettre, que dans certaines circonstances fort rares, il y a au second temps des diastoles morbides ou anormales qui coïncident avec un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire ; dans ce cas, l'ondée traversant l'orifice rétréci au second temps, doit produire un bruit de souffle au second temps. Nous avons déjà parlé de la diastole ventriculaire, de l'insuffisance valvulo-aortique, et nous avons ajouté qu'il pouvait y avoir d'autres diastoles ventriculaires de nature pathologique.

Je vais maintenant montrer cette possibilité.

Le sang qui vient dilater et remplir l'oreillette au second temps est empêché de tomber dans le ventricule, parce qu'à l'état normal, l'orifice auriculo-ventriculaire est fermé par la simple tonicité des faisceaux musculaires qui entourent cet orifice. Ce mode d'occlusion est tout à fait semblable à celui qui résulte pour le pharynx du rapprochement et du contact de ses parois dans l'état de repos, et qui pourtant est si parfait que de l'eau peut être accumulée en grande quantité dans la bouche sans tomber dans le pharynx. Et de même que cette eau accumulée dans la bouche ne pénètre dans le pharynx que par l'acte de la déglutition qui ouvre le pharynx, de même le sang ne pénètre de l'oreillette dans le ventricule que quand l'oreillette étant suffisamment pleine chasse l'ondée dans le ventricule en ouvrant par sa systole l'orifice auriculo-ventriculaire.

Eh bien, supposons que l'oreillette perde complétement sa faculté contractile, elle ne pourra plus, en se contractant, faire à chaque révolution du cœur une place au sang qui lui arrive du tronc veineux. Le sang y sera donc accumulé d'une manière permanente, et, pressé par le *vis a tergo*, il viendra forcer l'occlusion tonique de l'orifice auriculo-ventriculaire, de la même manière que dans certaines affections vésicales on voit l'urine, pressée par l'excès de la distention, sortir par regorgement en forçant le sphincter de la vessie. Si donc, dans le cas très-possible d'une inertie de l'oreillette, l'orifice auriculo-ventriculaire est rétréci, on peut concevoir que le sang sortant par regorgement et avec force de l'oreillette pendant le repos du ventricule ou le second temps, il y ait un bruit de souffle produit par ce passage anormal.

Les partisans de la théorie classique comprenant de cette manière le mode de production de la diastole ventriculaire qui, suivant eux, se fait au second temps à l'état normal, en coïncidence avec la diastole auriculaire ; ils admettent que le sang tombe de l'oreillette en diastole dans le ventricule par son propre poids et sans l'intervention d'aucune force systolique. Mais cette chute est impossible tant que l'oreillette se contracte à fond ; car sa contraction a fait une place au sang qui arrive du tronc veineux, et le sang a plus de tendance à dilater les parois minces de l'oreillette qu'à forcer la barrière tonique des faisceaux musculaires de l'orifice auriculo-ventriculaire. Cela ne peut arriver que lorsque l'oreillette ne se contractant plus, le sang la distend et sort par regorgement de sa cavité, et cette supposition peut être appliquée à l'interprétation des observations de M. Hérard.

Cette interprétation, dira-t-on, est tout hypothétique. C'est vrai. Mais il est plus rationnel et plus raisonnable de produire une hypothèse exceptionnelle pour comprendre des faits anormaux, que de vouloir, par ces anomalies, démontrer la vérité et l'excellence d'une théorie physiologique qui a contre elle la masse courante des faits ordinaires.

EMPOISONNEMENT PAR LE CROTON TIGLIUM.

A. J., chimiste, âgé de quarante-trois ans, prit, le 28 janvier dernier, par méprise, croyant avoir affaire à de l'huile de foie de morue, environ une demi-once d'huile de croton tiglium plus ou moins impure. Il ressentit aussitôt une sensation de brûlure dans le gosier et l'estomac ; bientôt après il y eut des vomissements suivis d'évacuations alvines tellement abondantes que leur nombre, au rapport du malade, s'éleva à environ une centaine. Les vomissements furent entretenus par l'ingestion d'huile de foie de morue et de lait tiède.

Transporté à l'hôpital général de Prague, le malade présenta les symptômes suivants : peau froide, face, mains et doigts des pieds légèrement cyanosés, pupilles également dilatées, sens externes intacts, sensibilité cutanée normale, sensation de froid perçue par le patient, faiblesse et abattement très-prononcés. Paroi inférieure de l'arrière-bouche un peu rouge, langue modérément chargée, pouls petit, faible; respiration pénible et ralentie (12 inspirations par minute), pulsations cardiaques affaiblies, mais d'un rhythme normal. Ventre légèrement ballonné et sensible à la pression ; la percussion y fait constater la présence de liquides. Plus de vomissements; persistance de la diarrhée.

Prescription : émulsion huileuse à l'eau de laurier-cerise ; lait de vache et lait d'amende pour boisson ; fomentations froides sur la tête; lavements d'opium et d'eau glacée.

A partir de ce moment, la maladie n'offrit plus rien de particulier à noter, et sous l'influence de la même médication continuée pendant un temps convenable, la guérison put être considérée comme parfaite à la date du 12 février. (*Revue de thérap. médico-chirurg.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 août 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

Régénération des os. — M. le docteur Lamare-Picquot envoie un mémoire sur la régénération des os.

La régénération des os, dit-il, n'est pas nouvelle ; on savait depuis bien longtemps qu'un os nouveau pouvait se produire en remplacement d'un os nécrosé, et que l'extirpation de ce dernier est une pratique préférable à l'amputation. Mais ce que l'on ne savait pas, jusqu'à ce que la doctrine de M. Flourens l'eût démontré, c'est que le périoste seul, selon son expression, reproduit les os. Sur ce point, je suis heureux de pouvoir apporter, malgré mon âge avancé, et soumettre à l'examen de l'Académie, ma part d'observation.

Le 9 janvier 1861, on apportait à l'hôpital de Honfleur, d'une section du chemin de fer distante de la ville de 12 kilomètres, le jeune Rousse, enfant de quatorze ans, ayant le bras droit fracturé et la jambe du même côté écrasée par la roue d'un wagon. Voici l'état du blessé au moment de son entrée à l'hôpital le 9 janvier :

Un fragment entier du tibia, long de 8 centimètres, appartenant à la région moyenne de cet os, avait déchiré, par son extrémité inférieure, les muscles antérieurs de la jambe et la peau ; cette extrémité, chassée de sa position normale par la puissance vulnérante et poussée vers la partie interne de la jambe, était en saillie de 15 millimètres en dehors de la déchirure de la peau ; l'extrémité supérieure de ce fragment tenait encore par quelques points à la portion supérieure du tibia, conservée à sa place normale; elle formait avec cette partie un angle ouvert de 130°. En même temps que la roue du wagon avait brisé le tibia à sa région moyenne, elle avait imprimé au fragment qui constitue la pièce anatomique un mouvement de telle nature que la face externe était devenue antérieure et transversale ; la face interne était postérieure, et la face postérieure était tournée en bas et un peu en dehors. Quant aux bords, l'antérieur ou crête du tibia était placé en haut, l'externe était en bas, et l'interne était en arrière et en dessous. Une plaie suppurante considérable, divisée par quelques lambeaux musculaires sphacélés, s'étendait depuis le dessous du mollet, comprenant la plus grande partie de la face externe de la jambe jusqu'au jarret, qui, avec ses téguments sains, formait la ligne de partage d'une autre plaie par écrasement, située immédiatement au-dessus et remontant jusqu'à 8 centimètres en arrière de la cuisse.

Depuis plus de trois années, la construction d'un chemin de fer avait amené à l'hôpital de Honfleur de malheureux ouvriers avec des membres affreusement fracassés et écrasés. Dans ces graves occasions, au lieu de l'amputation, j'avais employé avec un complet succès les irrigations d'eau froide, moyen sanctionné par plus de vingt-cinq ans d'expérience, et j'avais sauvé la vie et les membres à tous ces blessés. Pour conserver celle du jeune Rousse, dont le moral se releva dès qu'il fut certain qu'il n'aurait pas la cuisse coupée, je résolus de recourir à l'emploi du moyen qui m'avait été si profitable.

Après avoir procédé à la coaptation d'une forte esquille appartenant à la portion inférieure du péroné, également écrasé, mais sans complication de plaie au lieu correspondant à la fracture, cet os fut maintenu bout à bout par quelques bandelettes étroites, un coussin peu épais et une large attelle ; au côté interne de la jambe, je plaçai de petits coussins en haut et en bas pour préserver de toute compression douloureuse les parties en saillie : le tout fut maintenu par le porte-attelle, une seconde large attelle et des liens. Le membre fracassé ainsi disposé fut placé sur un coussin recouvert d'une large pièce de toile cirée, afin de préserver le corps du contact de l'eau.

---

plus étroitement le lecteur actuel avec le vieux médecin grec. De ces problèmes de confrontation entre la médecine hippocratique et la médecine contemporaine, plusieurs restent à discuter ; j'en ai discuté et résolu quelques-uns.

Sans entrer dans le détail de ce que j'ai fait pour ouvrir l'accès des livres hippocratiques et en rendre la lecture, si je puis ainsi parler, actuelle, je citerai quelques déterminations qui ne me paraissent pas sans importance, et sont disséminées dans les neuf volumes.

Au premier rang, je mets le travail (t. II, p. 538) qui a pour objet de reconnaître quelles sont les fièvres qu'Hippocrate a décrites et traitées. La conclusion a été qu'en général ces fièvres sont de l'ordre des fièvres rémittentes et de celles qu'on a nommées dans ces derniers temps pseudo-continues. La détermination d'un point aussi essentiel a jeté beaucoup de jour sur la médecine hippocratique.

Dans la fracture compliquée de la jambe, Hippocrate avait imaginé un appareil d'extension continue qui ne fut compris par personne. J'en ai donné la description et la figure (t. III, p. 363). Je dois ajouter que de son côté M. Malgaigne avait reconnu quel en était le vrai principe et la construction.

Hippocrate avait une machine que les chirurgiens postérieurs ont nommée banc, et qui lui servait à la réduction des luxations et des fractures des membres inférieurs. Les commentateurs l'avaient figurée d'une façon inintelligible et telle qu'évidemment elle ne pouvait servir à rien ; c'est encore un point que j'ai éclairci, t. IV, p. 20. Maintenant on sait ce qu'est le banc d'Hippocrate, et on y reconnaît une machine bien conçue et d'un usage très-effectif. On a vu comment M. le docteur Reinhold a complété l'interprétation et levé des difficultés que j'y avais laissées.

J'ai (t. V, p. 160) discerné, dans le sixième livre *Des épidémies*, une maladie que j'ai nommée épidémie de Périnthe, et dont le caractère avait échappé aux commentateurs, à savoir : une toux avec des paralysies et des nyctalopies consécutives. Plusieurs années après mon premier travail sur cette maladie, quand les recherches des modernes eurent reconnu les paralysies consécutives à la diphthérite et à d'autres maladies aiguës, j'ai renoué la chaîne des temps, et mis une observation datant de vingt-deux siècles à côté de celles du siècle présent.

On sait que les médecins hippocratiques avaient les rudiments de l'auscultation et qu'ils écoutaient certains bruits de la poitrine. J'ai à ces rudiments ajouté un fait considérable, c'est le bruit de cuir qui a été connu de ces médecins, avec les fausses membranes de la plèvre qui en dépendent (t. VII, p. 1).

Le fait de l'expulsion d'une masse ovoïde par la vulve au bout de six jours après le coït est expliqué, t. VII, p. 463. Cette explication n'est pas de moi, elle est de M. le docteur Charles Robin, qui l'a fondée sur les nouvelles connaissances touchant la caducité normale de la muqueuse utérine.

Et maintenant je prends congé d'Hippocrate, du public, de mon éditeur ; Hippocrate, à qui je dois d'appartenir à l'Académie des inscriptions ; le public, qui ne m'a pas refusé quelque appui ; l'éditeur, que n'ont rebuté ni la longueur du temps ni l'étendue de l'œuvre.

E. Littré.

A 40 centimètres au-dessus de la jambe fut assujettie une grande cruche percée remplie d'eau (à la température de 26° centigrades, à cause de la saison), déversée continuellement sur les lésions recouvertes d'un linge; cette irrigation nécessitait la quantité de 8 à 900 litres d'eau pour vingt-quatre heures. Dès le troisième jour de l'irrigation, abaissée successivement à la température de 23° centigrades, la fièvre avait beaucoup diminué, la suppuration était moins abondante, le blessé dormait mieux. Au lieu de bouillon, je donnai des potages au riz.

Le 13 janvier, voulant m'opposer à ce qu'un travail de réparation se continuât au point du fragment du tibia qui pouvait avoir des connexions avec la portion du même os restée en place, je découvris, par une longue incision transversale, la face externe de ce fragment, devenue par la torsion la face antérieure. Les tissus se rétractèrent; et dès le lendemain ce fragment était presque entièrement à découvert et n'avait d'adhérences avec la jambe que par son extrémité supérieure et ses faces interne et postérieure.

La fièvre disparaissait de jour en jour; le jeune Rousse ressentait de l'appétit, et je m'empressai, à dater de ce moment, de le satisfaire. Le 20 janvier, le jeune Rousse mangeait deux portions; à la fin du mois il en demandait davantage, et buvait 150 grammes de vin. Les forces se rétablissaient à vue d'œil.

Le 15 février, je fis cesser l'irrigation, qui avait été continuée jour et nuit pendant trente-sept jours, à la température de 20 à 23° centigrades, et que deux bronchites légères ou rhumes n'avaient pas fait interrompre. La réaction de la circulation capillaire dans le membre blessé s'opéra sans le moindre trouble. L'état moral de Rousse était excellent, l'embonpoint revenait. Mais, le 27 février, un accident grave vint tout à coup m'alarmer. Rousse perdit l'appétit, la langue devint pâle et sale, la peau des environs des plaies prit une couleur terreuse, la surface des plaies fournissait moins de pus; la fièvre, dont il n'y avait plus de traces depuis près d'un mois, reparut. Je remplaçai l'alimentation substantielle par le bouillon de bœuf, tout en continuant l'usage du vin. Le malade prit de la décoction de quinquina, et toutes les surfaces suppurantes furent soumises à une sorte de badigeonnage, matin et soir, avec la solution de nitrate d'argent au sixième.

Six jours après, les phénomènes morbides, qui m'avaient fait appréhender une résorption purulente, disparurent; l'appétit renaissait et je m'empressai de le satisfaire avec modération. Depuis cette époque, les plaies ont toujours été pansées avec le sous-nitrate de bismuth.

Cependant, le fragment du tibia devenant de plus en plus mobile, je le détachai, le 6 mars, sans nouvelle incision. Pendant les huit jours qui suivirent, la suppuration devint très-abondante; puis des bourgeons charnus de bonne nature se formèrent au fond du grand vide que le fragment du tibia, enchâssé en quelque sorte dans les parties molles tuméfiées, avait laissé après lui. La turgescence de ces parties s'affaissa et la cicatrisation reprit ses lentes allures.

Le 26 mars, je m'aperçus que l'intervalle qui existait entre les deux portions du tibia prenait une certaine consistance sur plusieurs points; mais je ne me rendais pas compte de la nature du travail qui se préparait ainsi en dessous de la surface suppurante. J'étais loin de penser à la régénération d'une portion d'os, en remplacement de celle que j'avais extraite en entier, os et moelle, le 6 mars. Je me proposais même de faire établir une jambe mécanique pour le jeune Rousse, présumant que, avec le péroné seul, il serait exposé à de sérieux accidents. J'ai dit plus haut que j'avais maintenu bout à bout les fragments du péroné. Dans cet état, la jambe droite avait la même longueur que l'autre; mais la rectitude du membre lésé ne s'était pas conservée. Le cal provisoire du péroné n'avait pas encore de consistance solide, et la jambe tendait à se couder vers son milieu et former une saillie défectueuse en dedans. Ce fait avait entraîné un autre accident: le pied se contournait en dehors et menaçait de former un pied bot (valgus). Aussitôt que j'eus rétabli la jambe dans de larges attelles, avec des coussins résistants pour redresser le pied et empêcher la fuite du talon, je vis chaque jour se rectifier la mauvaise direction du pied et de la jambe: le cal provisoire du péroné n'étant pas encore solide, cédait à l'ensemble des moyens employés. Dès le 20 avril, la jambe était dans une direction meilleure et le pied bot ne menaçait plus de se former.

Vers le 30 avril, en même temps que la nouvelle portion du tibia se manifestait de plus en plus et prenait plus de consistance, ce nouvel os, aidé par une action de levier dont la puissance s'exerçait sur le pied et le bas de la jambe, fut très-utile pour rectifier la forme coudée de la jambe, le cal provisoire du péroné ne présentant encore que peu de résistance.

Le 15 mai, j'eus la satisfaction de voir la rectitude de la jambe à peu près rétablie à l'état normal.

Quant au nouvel os, qui est venu remplir complétement l'espace entre les deux portions du tibia et remplacer ainsi la pièce anatomique extraite le 6 mars, ce n'est pas un chef-d'œuvre de l'art. Au lieu d'un bord antérieur pour former la crête du tibia, c'est une surface plate, large partout de cinq centimètres. Par ses extrémités supérieure et inférieure, l'os nouveau est parfaitement uni avec les épiphyses formées provisoirement sur les engrenures des extémités des deux portions du tibia restées en place. Avec l'aide du temps, cette régénération deviendra solide, et le jeune Rousse aura une jambe propre à la marche.

— M. SCHIFF (de Berne) transmet une deuxième note sur cette question, qu'il s'est proposé de résoudre par des expériences: *Le nerf laryngé est-il un nerf suspensif?* (Voir le *premier-Paris*.)

Application de l'alcarraza à l'épuration, à l'aération et au rafraîchissement de grandes masses d'eau. — M. LE Dr V. BURQ adresse sous ce titre, à l'Académie, la description détaillée d'un nouveau système de filtration pouvant filtrer, à très-peu de frais et sans risque de chômage, toute l'eau nécessaire à de grands centres de population comme Paris et Londres, et lui donner, avec la limpidité la plus parfaite, toutes les qualités d'aération et de fraîcheur en été requises par une bonne hygiène.

Le système du docteur Burq est fondé, d'une part, sur la propriété que possèdent les pierres à filtre de nos fontaines de ménage, de fournir une eau très-limpide et de filtrer rapidement lorsqu'on les soumet en une mince couche à une certaine pression; et d'autre part, sur la propriété qu'ont les vases poreux connus sous le nom d'alcarraza de rafraîchir les eaux par les temps les plus chauds et de leur donner une aération parfaite lorsqu'ils sont soumis à un courant d'air convenable.

Voici en quoi consiste ce système: soit une série de colonnes creuses à jour, en fonte de fer, de 3 mètres de haut et 80 centimètres à 1 mètre de diamètre, formées de trois troncs renversés de pyramides quadrangulaires, tout à fait en forme de lanternes à gaz où les verres auraient été remplacés par des grilles semblables à des persiennes d'appartement, assemblés, le sommet de l'un sur la base de l'autre, au moyen de brides circulaires formant entablement audessous de chaque pyramide. Intérieurement on a luté avec soin sur chaque face un diaphragme en pierres à filtre ayant à peine 8 à 10 millimètres d'épaisseur, et l'on a ainsi obtenu une série de grands vases poreux, véritables *alcarrazas-filtres* d'environ 10 mètres de surface filtrante pour 2 mètres et demi de capacité.

Chacun de ces vases, fermé hermétiquement, après avoir été rempli de charbon de bois, étant mis dans les meilleures conditions possibles de ventilation en communication par sa partie inférieure avec une colonne d'eau de 5 à 6 mètres de hauteur, on verra bientôt sortir par toutes ses ouvertures placées sur des plans différents et tomber en cascades sur les entablements inférieurs, pour venir s'y oxygéner une dernière fois, une pluie de petits filets d'eau parfaitement épurée, aérée et déjà bien rafraîchie, dont la masse totale par chaque vingt-quatre heures ne s'élèvera pas à moins de 150 mètres cubes; et si l'on a eu le soin de prendre une colonne d'eau d'un volume double ou triple de celui de l'eau à filtrer, et d'établir un réservoir de trop-plein à la hauteur de la prise d'eau de cette colonne, on aura ainsi déterminé dans l'intérieur du filtre un courant ou lavage incessant de ses parois assez énergique pour empêcher tout dépôt de s'y former.

Etant donné maintenant un réservoir quelconque au degré d'altitude voulue, le grand réservoir de Chaillot, par exemple, mais couvert d'une voûte épaisse en plate-forme à hauteur des murs; sur les murs de ce réservoir préalablement creusés en une rigole bordée latéralement par des rails et couronnés d'une grande galerie en chaume pouvant à volonté s'ouvrir entièrement en été dans la direction du vent, et se fermer en hiver au moyen de châssis manœuvrant tous à la fois sur une tringle unique. On dispose cent, deux cents appareils et plus, suivant les besoins, communiquant par groupes isolés de quatre d'un côté, avec un grand tube fournisseur, calculé pour amener l'eau dans chaque groupe en quantité triple de celle qui doit être filtrée, et de l'autre, avec un tube chargé de porter le trop-plein du tube placé au-dessus, qui a la double fonction de maintenir une pression constante et de faire le service de la voie publique, l'excédant d'eau s'écoulant au fur et à mesure de son arrivée par un tube latéral qui est le tube d'origine de ce service.

L'eau filtrée est emmagasinée de suite sous les voûtes du réservoir, où elle achève de se rafraîchir, et livrée à la consommation au moyen d'un tube placé de manière à donner toujours sortie à la couche la plus froide.

Tel est l'ensemble de ce système, extrêmement économique, suivant l'auteur, à ce point que pour filtrer 100,000 mètres cubes d'eau par jour, la dépense ne s'élèverait pas au delà d'une somme de 500,000 fr. une fois payée. (Commissaires, MM. Morin, Rayer, Combes.)

— M. POUSSIER fait connaître le résultat des recherches qu'il a entreprises relativement aux moyens propres à prévenir l'action toxique du phosphore sur les ouvriers employés à la fabrication des allumettes phosphoriques, et à combattre les empoisonnements produits par l'ingestion de ce corps dans l'estomac. (Commissaires: MM. Rayer et Balard.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 3 août, sont chargés de présider les sessions d'examens des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie qui doivent avoir lieu pendant le mois de septembre prochain:

Pour les écoles situées dans les Académies de Paris, de Douai et de Caen (écoles de Reims, d'Amiens, d'Arras, de Lille, de Caen et de Rouen):

MM. Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine de Paris Guibourt, professeur à l'École impériale de pharmacie de Paris.

Pour les écoles situées dans les Académies de Rennes et de Poitiers (écoles de Rennes, de Nantes, d'Angers, de Poitiers, de Tours et de Limoges):

MM. Gavarret, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Bussy, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Pour les écoles situées dans les Académies de Nancy, de Besançon, de Lyon et de Dijon (écoles de Nancy, Besançon, Lyon et Dijon);

MM. Denonvilliers (par délégation spéciale); Oberlin, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg.

Pour les écoles situées dans les Académies d'Aix, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse, de Bordeaux et d'Alger (écoles de Marseille, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse, de Bordeaux et d'Alger):

MM. Béchamp, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Cauvy, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

— Par décret du 2 août, M. Saint-Supéry, médecin-major de 1re classe au 6e de ligne, a été autorisé à accepter et à porter la décoration d'officier de l'ordre militaire de Savoie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la circoncision; de son importance dans la famille et dans l'État; par M. le docteur CLAPARÈDE. Paris, 1861, in-4° avec trois planches lithographiées. Prix: 1 franc *franco*. Chez F. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

Du typhus épidémique et histoire médicale des épidémies de typhus observées au bagne de Toulon en 1855 et 1856, par M. le docteur A. M. BARRAILLIER, professeur de pathologie médicale à l'Ecole de médecine navale de Toulon. Un volume in-8°. Paris, 1861, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Des lésions du pénis déterminées par le coït, par M. DEMARQUAY, chirurgien de la Maison municipale de santé, etc., et L. E. PARMENTIER, ex-interne des hôpitaux de Paris. In-8°. Prix: 75 centimes. Paris, chez P. Asselin, gendre et successeur de Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole de Médecine.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 101. — JEUDI 29 AOUT 1861. (34e ANNÉE.) N° 101. — JEUDI 29 AOUT 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 28 AOUT 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur la morve est devenue une lutte, lutte toute scientifique s'entend, dans laquelle M. Guérin, promptement passé maître, d'élève qu'il était au début en matière vétérinaire, a bravement et vigoureusement soutenu, au nom de sa compétence scientifique, les principes de l'analogie pathologique contre les doctrines quelque peu absolues et exclusives de l'Ecole d'Alfort. Nous disons l'Ecole d'Alfort, et pour cause ; car il nous a paru ressortir de ce débat que, s'il y a un assez grand accord entre les honorables professeurs qui représentent cette Ecole au sein de l'Académie, sur la manière d'envisager la morve, cette manière de voir n'est pas universellement admise par les vétérinaires, et que l'idée que s'en est faite M. Guérin réunirait en dehors de l'Ecole plus d'adhésions qu'on n'a pu le penser dans le principe.

Nous avons déjà signalé le discours de M. Leblanc dans la dernière séance comme apportant un appoint considérable aux propositions de M. Guérin.

Les lecteurs pourront en juger eux-mêmes aujourd'hui par le résumé que nous publions de cette savante argumentation. On y verra, en effet, à travers quelques réticences, et malgré quelques réserves portant plus sur les mots que sur le fond des idées, que ce que M. Leblanc a décrit sous le nom de prodromes de la morve se rapporte en réalité au groupe de faits désignés par M. Guérin sous le nom de morve ébauchée, et qu'il serait difficile d'admettre une différence réelle entre ce que l'un appelle les nuances, et l'autre les degrés de la morve. Il n'y a qu'une différence fondamentale entre eux, différence que M. Guérin a très-nettement formulée, c'est que les conséquences que M. Leblanc n'a pas osé tirer de ces faits, lui M. Guérin les a tirées sans balancer. C'est ce qu'on a pu voir dans sa nouvelle argumentation d'hier, argumentation précise, nette, serrée, appuyée d'une part sur une interprétation logique et parfaitement rationnelle des textes en discussion, et d'autre part sur les témoignages de l'expérience clinique de vétérinaires dont l'autorité en cette matière ne saurait être contestée.

Tant que nous avions vu M. Guérin, en présence de la compétence clinique spéciale de ses contradicteurs, se borner à invoquer sa compétence scientifique pour chercher à faire prévaloir les principes de l'analogie pathologique dans l'interprétation de quelques-uns des points les plus difficiles et les plus obscurs de l'histoire si obscure déjà de la morve, nous avons dû naturellement nous tenir sur une grande réserve, nous contentant d'exprimer nos sympathies pour l'ordre d'idées d'après lesquelles se guidait notre savant confrère. Mais maintenant qu'à l'appui de sa compétence scientifique, il peut invoquer les témoignages de la compétence spéciale d'un grand nombre de vétérinaires, nous n'hésitons plus à croire que les principes soutenus par M. Guérin sont bien près d'obtenir gain de cause dans l'opinion publique.

La discussion, du reste, n'est pas terminée. M. Reynal a retenu la parole pour la prochaine séance. Nous ne manquerons pas de tenir les lecteurs au courant des dernières phases de cette discussion.

Avant la reprise de la discussion sur la morve, l'Académie a entendu la lecture des conclusions d'un travail très-important de M. le professeur Mariano-Semmola, sur la nature et la cause de l'albuminurie. On trouvera l'énoncé des principales conclusions de ce savant mémoire dans le compte rendu de la séance. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Du raccourcissement dans les fractures de cuisse.

(Leçon recueillie par M. A. DESPRÉS, interne du service.)

Vous venez de voir au n° 33 de la salle Sainte-Vierge un jeune garçon de douze ans, que nous avons traité pour une fracture de cuisse, fracture du corps du fémur. Après six semaines d'une extension continue, le cal était solide. Nous avons mesuré alors les deux cuisses comparativement ces jours derniers, et nous avons constaté du côté malade un raccourcissement de 0m,03. Ce matin nous avons fait marcher le malade sans les béquilles dont il se servait depuis quelques jours, il ne boitait pas. C'est un fait qui peut paraître singulier, ou rare au moins. Cependant, si vous voulez bien vous le rappeler, je vous ai montré un cas analogue. Chez un malade qui était entré chez nous pour un abcès hématique siégeant au mollet, nous avons trouvé un allongement de la jambe, datant de douze ans, allongement dû sans doute à la formation d'un os nouveau à la suite d'une nécrose, comme cela s'observe quelquefois, et tel enfin que la jambe droite était plus courte que la gauche d'environ 6 centimètres. Malgré cela le malade ne boitait pas. Il y avait bien un léger balancement d'épaules, mais il fallait regarder avec beaucoup d'attention pour le constater. Du reste, le jeune homme qui portait cet allongement énorme de la jambe, ne s'était jamais aperçu de rien, et nous disait qu'il n'éprouvait aucune gêne dans la marche.

Dans nos salles, il y a en ce moment un jeune homme qui porte une légère adénite inguinale, et qui a été atteint autrefois d'une fracture de cuisse. La mensuration nous a donné 0m,03 de raccourcissement; dès qu'il a été guéri de son adénite, nous l'avons fait marcher, et nous avons vu qu'il ne boitait pas.

Ces trois faits, réunis à un bon nombre d'autres qui m'ont passé sous les yeux, me permettent d'établir ici un principe en désaccord avec les idées généralement admises. On ne conçoit pas une différence de longueur des deux membres inférieurs sans une claudication sensible, et il est facile de lire dans les traités sur les fractures, que le raccourcissement à la suite des fractures de cuisse est grave, parce qu'il peut être suivi d'une conséquence fort désagréable, la claudication. Le traitement de ces fractures est dirigé d'après ces indications, et de nombreux appareils ont été ou sont inventés chaque jour pour éviter le raccourcissement. Les uns doivent, dit-on, vaincre l'action des muscles puissants de la cuisse, auxquels est dû le déplacement des fragments dans le sens de la hauteur. Les autres doivent obvier aux difficultés d'une coaptation régulière. Un auteur polonais a rassemblé tous ces appareils dans une monographie, et en a compté environ deux cents, nombre qu'ont augmenté depuis de nouveaux inventeurs.

Je suis loin de blâmer le zèle des chirurgiens, et la seule réflexion que m'inspirent ces tentatives c'est qu'elles ne sont pas nécessaires. Les tractions que l'on doit exercer sur une cuisse ne sont pas sans danger, les eschares sous les liens constricteurs obligent souvent de cesser les tractions, déjà si pénibles par elles-mêmes. A un autre point de vue, l'absence de claudication avec un raccourcissement très-marqué, est encore une contre-indication à des efforts exagérés d'extension qui n'ont peut-être jamais réussi. Si quelques chirurgiens m'affirmaient le contraire, et me disaient avoir vu des fractures de cuisse guérir sans raccourcissement, je leur répéterais le mot de Fontenelle à un ami du merveilleux : « Je le crois puisque vous me le dites, mais je l'aurais vu que je ne le croirais pas. » Et je leur demanderais s'ils ont vu généralement boiter ceux qui portaient un raccourcissement.

Il ne manquerait pas de chirurgiens qui répondraient affirmativement, et cependant les livres modernes offrent une preuve du contraire. Vous savez combien les fractures des deux os de la jambe sont sujettes à des déplacements étendus, en raison de l'obliquité constante des fragments; vous connaissez les obstacles que l'on rencontre pour mettre les fragments dans un rapport exact, et les pièces du Musée Dupuytren vous ont montré l'étendue du raccourcissement consécutif au chevauchement inévitable des fragments. Eh bien, le croirait-on, personne ne parle de la claudication à la suite des fractures de la jambe. La thérapeutique de ces fractures est loin de répondre à celle des fractures de la cuisse. Personne n'a imaginé de faire pour une fracture de jambe l'extension et la contre-extension. L'appareil de Scultet, des coussins latéraux, sont les plus employés, avec le double plan incliné, où les lacs attachés au pied n'ont d'autre but que de maintenir le fragment inférieur et empêcher le déplacement par rotation. Les chirurgiens ne craignent pas le raccourcissement dans les fractures de jambe.

Ailleurs, cependant, il est écrit : que si la claudication est un inconvénient sérieux, elle n'est pas irrémédiable, et que la nature même semble avoir pris soin de la diminuer. Les courbures de compensation de la colonne vertébrale, l'inclinaison du bassin sur la jambe plus courte, peuvent corriger un raccourcissement.

Dernièrement, un auteur a été plus loin. Dans une étude sur les fractures des enfants, il a cherché à établir que le raccourcissement dans les fractures n'était pas à redouter, parce que, à la longue, le raccourcissement disparaissait en vertu d'une propriété particulière des os, un accroissement de vitalité qui rendait à l'os fracturé une longueur qui ne tardait pas à égaler celle de l'os du côté opposé.

Mais pour expliquer chez un enfant dont le cal est à peine solide, le défaut de claudication après six ou sept jours de marche, cet allongement ne saurait être invoqué. Chez notre petit malade, ce n'était pas en si peu de temps que son fémur aurait pu acquérir une augmentation de longueur que la mensuration controuvait du reste de la façon la plus formelle. Il est bien plus rationnel d'admettre qu'une courbure peu étendue de la colonne vertébrale, une légère inclinaison du bassin, analogues à celles que l'on produit en voulant simuler la claudication, se sont établies peu à peu et deviennent une habitude.

Il existe pourtant des raccourcissements des membres inférieurs qui entraînent la claudication. Dans les coxalgies avec raccourcissement par subluxation de la tête fémorale ou par atrophie du membre, les malades boitent. Dans les fractures du col du fémur, le raccourcissement avec claudication est un fait encore incontesté. Même il n'est pas rare, dans les fractures sous-trochantériennes ou avec pénétration du col du fémur dans le grand trochanter, de voir les malades boiter avec un raccourcissement de 0m,01 ou 2 au plus.

A quoi tient donc la claudication dans ces cas ? A la douleur dans les coxalgies récentes. Dans celles qui sont plus avancées, à une luxation qui, comme l'ankylose dans les coxalgies guéries, entraîne une perte des fonctions de l'articulation coxo-fémorale.

Les courbures de compensation de la colonne vertébrale, si grandes qu'elles soient, deviennent alors insuffisantes, et les malades restent boiteux toute leur vie. Dans les fractures du col, la roideur de l'articulation est la cause la plus manifeste de la claudication.

Mais dans les fractures de la cuisse ou de la jambe, dans lesquelles le traitement n'est pas assez long pour amener l'ankylose des articulations immobilisées, et que le chirurgien surveille avec assez de soin pour prévenir cette grave complication, le raccourcissement n'a point les mêmes inconvénients que celui qui est dû à des lésions osseuses voisines des articulations ou à des lésions articulaires. Il n'entraîne la claudication que dans des conditions spéciales, lorsqu'il existe de la douleur ou des troubles fonctionnels du côté des articulations; et, si l'on veut, pour appuyer cette conclusion qui peut paraître paradoxale, faire un rapprochement entre les divers raccourcissements des membres inférieurs et la claudication, on arrive à une antithèse remarquable. On constate que dans les maladies articulaires de la hanche et du genou le raccourcissement ne se rencontre que dans certaines coxalgies, et que la claudication est la règle, tandis que dans les fractures de la jambe et de la cuisse on s'accordera volontiers : le raccourcissement est la règle et la claudication reste l'exception.

Les appareils nouveaux doivent-ils être rejetés, puisqu'il est impossible de guérir une fracture de cuisse sans raccourcissement? Faut-il se contenter de l'extension simple ou de l'appareil à extension continue que nous employons dans cet hôpital? S'ils arrivent à remplir le même but que les premiers, pourquoi conviendrait-il de changer?

Qu'importe néanmoins l'appareil dont le chirurgien se sert, puisque la surveillance peut toujours obtenir un raccourcissement peu étendu, 0m,02 à 0m,03, en général. Si les déplacements angulaires et par rotation peuvent être prévenus, c'est déjà un beau résultat. Un cal peu volumineux qui ne produit pas de déformation sensible, est bien plus important pour un malade qu'un gain léger du côté de la longueur du membre, puisqu'il est constant qu'un raccourcissement de 0m,02 à 0m,03 ne fait pas boiter, et qu'on peut, avec les appareils les plus simples, l'empêcher de dépasser ces limites, sans danger pour le malade.

GRAVE BLESSURE PRODUITE PAR UN POISSON sur les rivages de Madagascar.

Par M. GOULIER.

Un accident aussi rare que terrible dans ses conséquences

vient de se passer à Sainte-Marie de Madagascar. Nous croyons ce fait assez important pour être signalé à l'attention des chirurgiens.

Le nommé Touski, Malgache, homme robuste et vigoureux, employé au port comme canotier, était occupé depuis deux ou trois jours à plonger pour rechercher une ancre. Le jour de l'accident, à l'heure où il reprenait son travail, il y avait flot et la mer était trouble. Quelques jours avant, on avait signalé en différents points de la rade la présence d'un poisson de grande taille. Des pêcheurs travaillant aux flambeaux l'avaient aperçu au fond de la mer ou tapi au milieu des roches. Ce poisson leur inspirait une telle frayeur qu'ils l'évitaient avec soin. Le danger qu'il y avait à l'approcher leur avait été pour ainsi dire démontré par des tronçons de poissons coupés nettement en deux parties, qu'on avait trouvés en différents points du rivage.

Dans ces circonstances, Touski se mit à la mer comme à l'ordinaire. Au cinquième ou sixième essai, ayant plongé à une profondeur d'environ trois mètres, il revint précipitamment à la surface en jetant ce cri de détresse : A moi ! à moi !

A ce moment même, au dire des autres canotiers, le poisson qui l'avait déjà blessé repassa près de lui comme un trait, faisant jaillir l'eau violemment, et lui fit une seconde blessure, si bien que l'eau qui l'environnait se teignit immédiatement en rouge.

Hissé rapidement dans une pirogue, le blessé poussait des cris déchirants, en proie à des mouvements convulsifs. Une hémorrhagie extrêmement abondante eut lieu, et porté sur la terre, distante d'environ soixante mètres, Touski avait perdu tout sentiment.

Lorsque nous le vîmes à l'hôpital, il n'était plus qu'un cadavre. Il reposait couché sur le ventre, n'ayant donné aucun signe de vie depuis sa sortie de la pirogue. Les extrémités étaient déjà froides. Voici quelles étaient les lésions que nous pûmes constater.

Au membre supérieur gauche, à la partie postérieure et un peu interne, on voyait deux blessures profondes, l'une au quart supérieur de la cuisse, l'autre au tiers supérieur de la jambe. La première surtout avait un aspect effrayant. Du reste, ces deux lésions étaient parfaitement parallèles et perpendiculaires à l'axe du membre, qu'elles contournaient dans les trois cinquièmes de sa circonférence.

Elles étaient aussi étendues en profondeur, puisqu'elles allaient jusqu'au périoste, comme on pouvait s'en assurer sur un point du fémur. La plaie de la cuisse était nette, longue d'environ 0,25, avec un écartement de 0,08 à 0,10. La lèvre supérieure de celle-ci offrait une surface à irrégularités, déterminées par la rétraction différente des muscles de la couche superficielle et profonde, et on sentait en dedans du fémur la portion tendineuse de l'adducteur, dont les fibres charnues avaient été divisées en debors.

Une couche de sang coagulé occupait l'intervalle et cachait en partie le trajet des vaisseaux. La lèvre supérieure, au contraire, était parfaitement plane, et laissait voir complétement béant le calibre de l'artère poplitée, obturé par un caillot.

Sur aucune des deux surfaces de la division, chose singulière, on ne voyait traces de lambeau ni de mâchures quelconques dans les muscles ou les tendons. La surface de section était nette et comme produite d'un trait par un instrument bien tranchant.

La plaie du tiers supérieur de la jambe offrait le même aspect, eu égard aux conditions anatomiques. Telles étaient les lésions que l'on observait sur le membre sain dans le reste de son étendue.

Reste à déterminer l'espèce du poisson susceptible de produire de semblables blessures. Les pêcheurs qui l'ont vu dormant au fond de la mer affirment que c'est un kasser ou grande bécune. Nous avons eu l'occasion d'examiner un poisson de cette espèce d'une assez forte taille, et nous ne lui avons trouvé aucune arme intérieure, ou extérieure, capable de déterminer les blessures que nous venons de décrire. En comparant la direction de celles-ci, leur netteté, l'intervalle qui les sépare, il nous paraît évident qu'elles ne sauraient, ni isolément ni réunies, être le résultat d'une morsure.

Toutes deux ressemblaient par leur section régulière à la première incision du procédé de Louis dans l'amputation par la méthode circulaire. Il n'y a donc que l'appendice maxillaire supérieur de l'espadon ou de la scie qui ait pu atteindre un tel résultat ; alors les coups ont dû être portés avec la rapidité de la foudre, l'arme de l'espadon étant en définitive peu tranchante. La scie, d'un autre côté, par son mode d'action vulnérante, aurait déchiré les chairs et laissé les fibres musculaires pendantes et plus irrégulièrement divisées.

On sait, du reste, que c'est dans les mers de l'Inde que l'espadon atteint son plus grand développement.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION A LA PRÉCÉDENTE SÉANCE.

Discours de M. Leblanc.

M. LEBLANC. Je commencerai par répondre à l'interpellation que M. Guérin a faite à la section vétérinaire.

Ce n'est pas la première fois que de pareilles questions ont été posées ; tous les vétérinaires qui ont étudié la morve d'une manière un peu suivie ont nécessairement dû s'en occuper. Pour mon compte, j'ai publié en 1839 le résultat de plus de vingt années de recherches et d'observations. J'ai la confiance que si M. Guérin n'est pas trop exigeant, il trouvera dans mon travail de 1839 et dans d'autres, bon nombre de solutions qu'il a sollicitées.

Il a pensé qu'il était important d'étudier la morve dans ses diverses formes, dans ses divers degrés ; c'est ce que j'ai fait avec beaucoup d'autres. Il verra que si je me suis servi des expressions consacrées, ce n'a été que pour désigner les formes diverses d'une seule et même maladie générale, contagieuse.

M. Guérin verra dans ma notice que j'ai reconnu des degrés, des prodromes même de la morve; je vais entrer ici dans quelques considérations sur ce sujet.

Si M. Guérin exige de moi que, lorsque je lui indiquerai quelques signes de l'état morbide qu'on appellera prodromiques, si l'on veut, je lui affirme que l'animal qui les présentera est *infailliblement* atteint de la morve, je ne pourrai pas le satisfaire ; je lui dirai seulement que ces signes font craindre l'approche ou l'existence de la morve, et mon soupçon aura aussi, lui, des degrés, selon l'intensité des signes que je constaterai, et selon certaines circonstances indépendantes de l'état de l'individu soumis à mon examen.

Si le cheval revient à la santé, si les signes prodromiques disparaissent, je ne dirai pas pour cela que j'ai guéri la morve ni que je l'ai vue guérir chez l'animal que j'avais d'abord suspecté de morve ; je ne dirai même pas que cet animal était atteint de morve ébauchée, selon l'expression de M. Guérin, parce que ce terme pourrait amener de la confusion et faire croire que j'admets déjà, chez ce cheval, l'existence de la morve. J'aurai grand soin de distinguer de cet état prodromique ou d'incubation soupçonnée, probable même, cet autre état morbide que l'on appelle gourme, et cette autre maladie que l'on appelle catarrhe nasal, coryza, qui en diffèrent tant, non-seulement pour un œil médical, mais encore par des symptômes, des signes très-faciles à décrire assez clairement pour que personne ne se méprenne.

Ce n'est pas l'état prodromique de la morve dont je viens de parler qui, dans le langage ordinaire des vétérinaires, constitue le cheval *suspect* de morve ; il faut quelque chose de plus que cet état ; il faut un ou plusieurs signes formels, caractéristiques de la morve, quand même ces signes ne seraient pas très-saillants.

Je dois ici entrer dans quelques détails pour bien préciser ce que j'entends par l'expression : *Signes prodromiques de la morve*. Et d'abord je dirai que ces signes présentent des nuances selon qu'ils sont les avant-coureurs de la morve spontanée ou ceux de la morve communiquée ; M. Guérin a aussi signalé ce fait très-important.

Tous les signes prodromiques n'apparaissent pas à la fois et subitement ; ils mettent même assez de temps à se manifester ; ils peuvent se succéder dans des ordres divers. Plus ils sont réunis en grand nombre et plus l'explosion de la morve sous ses diverses formes est à craindre, et cette explosion arrive d'autant mieux qu'on néglige davantage de faire cesser les influences qui ont produit l'état maladif prodromique ; elle peut même avoir lieu alors que ces influences n'agissent plus ; mais il est d'expérience que les signes prodromiques peuvent disparaître complétement par de bons soins de tous genres.

Si l'état morbide que je viens de décrire très-sommairement n'est pas la morve, il en est souvent bien près, et quand la morve lui succède, elle est toujours d'un caractère grave, parce que les lésions des organes et les altérations des liquides qui la constituent datent toujours d'un temps plus ou moins long.

La morve communiquée, surtout quand elle revêt la forme chronique, a le plus souvent aussi ses signes prodromiques.

Les signes prodromiques de la morve communiquée ne se montrent quelquefois que très-peu de temps avant l'explosion de la morve, ou mieux avant l'apparition des signes caractéristiques.

Ces signes prodromiques, qui ne permettent pas encore de déclarer le cheval atteint de la morve, font très-sérieusement craindre la manifestation de cette maladie, surtout quand on sait que ce cheval a cohabité avec des chevaux morveux. J'ai constaté, en effet, comme M. Guérin, que lorsque dans une écurie nombreuse il se développe des cas de morve caractérisée, il arrive souvent que d'autres chevaux présentent les symptômes prodromiques de la morve : écoulement nasal et tuméfaction des ganglions de l'auge, et il suffit souvent d'enlever les chevaux décidément morveux pour faire cesser les symptômes prodromiques chez les autres chevaux. Ces faits sont analogues à ceux que M. Guérin dit avoir observés.

Je n'ose pas risquer une explication plus savante du fait que je viens de rappeler, à savoir : la guérison assez fréquente de chevaux contaminés, ayant réellement présenté des signes prodromiques qui précèdent le plus souvent l'explosion de la morve confirmée ; mais je dois déclarer que celle que M. Guérin a donnée me paraît lumineuse (voir la *Gazette médicale*, pages 505 et 506, année 1864). Je tiens, du reste, beaucoup plus au fait qu'à l'explication de ce fait, parce qu'il est d'un très-grand enseignement au point de vue pratique. D'un côté, il donne de l'espoir dans le succès des soins que l'on peut prendre et que l'on prend avec d'autant plus d'empressement que cet espoir est plus grand ; d'un autre côté, la persuasion dans laquelle on est qu'il existe des signes prodromiques de la morve fait que l'on se tient sur ses gardes, et que l'on ne considère pas comme de très-peu d'importance des symptômes qui doivent, au contraire, donner le signal d'une grande surveillance et de soins particuliers continuels.

Je veux encore le répéter pour qu'il n'y ait pas de méprise : quoique je sois convaincu qu'il existe toujours des signes plus ou moins saillants et d'une plus ou moins longue date qui font prévoir la morve, des signes prodromiques, en un mot, je désire qu'il soit bien entendu que je ne déclarerai jamais qu'un cheval est morveux tant qu'il ne présentera que ces signes précurseurs, quel que soit leur degré. Par conséquent, lorsque je croirai avoir contribué par mes conseils à faire disparaître ces signes, je ne dirai pas avoir guéri la morve, mais je me croirai autorisé à dire que je l'ai prévenue.

Si les signes prodromiques de la morve ont des degrés, la morve confirmée en a-t-elle aussi ?

Je dirai tout de suite que pour moi il y a des nuances, des degrés dans chacune des principales formes de morve ; mais je désire m'expliquer sur ce que j'entends par degrés de la morve.

Je ne prétends pas nier que l'essence de la morve ne soit toujours la même ; si j'admets que la morve a des degrés, c'est parce qu'elle se manifeste par des signes plus ou moins saisissants, plus ou moins rapides dans leur développement, et avec des caractères très-variés, par des lésions objectives plus ou moins nombreuses, plus ou moins étendues ; par des lésions variées dont le siége se trouve dans des organes plus ou moins importants à la vie, ou dans des organes qui, quand ils sont atteints, ont le funeste privilége d'indiquer, et cela est le résultat de l'observation de tous les jours, que la maladie est plus ou moins grave, plus ou moins curable. Ainsi, par exemple, les lésions des sinus frontaux et maxillaires qui sont si tenaces ; les lésions des testicules, du poumon, qui sont si fréquentes ; les lésions du cœur, de la rate, du foie, des intestins, du système lymphatique en général, constituent autant de nuances, de degrés de gravité.

D'ailleurs la diversité bien reconnue dans la forme de la morve autorise déjà à dire qu'il y a des degrés, des nuances, dans cette maladie, comme il y en a dans toutes les maladies en général.

D'après ce que je viens de dire, il est facile de voir que par degrés de la morve je n'entends pas parler de groupes bien limités, bien distincts, de signes ou de lésions, de groupes analogues à ceux qu'avaient cru devoir admettre plusieurs hippiâtres déjà bien éloignés de nous.

Si la morve, si les diverses formes de cette maladie ont des degrés, des nuances, peut-on déterminer ces degrés, ces nuances ? Je pense que la réponse doit être affirmative pour beaucoup de cas ; mais on ne peut guère arriver à ce résultat que par une investigation très-attentive non-seulement des organes et des liquides, mais encore des fonctions.

Y a-t-il, demande encore M. Guérin, des rapports entre les diverses formes, les divers degrés de la morve et la curabilité de cette maladie ?

Je pense qu'avant de chercher à répondre à cette question, il y en a une autre à examiner, c'est celle-ci : La morve est-elle curable ? Et cette dernière est assez complexe en médecine vétérinaire. Sous le rapport scientifique, elle est la même que celle que pourraient faire les médecins sur le même objet. Au point de vue pratique, la curabilité ne pourra s'entendre que d'une guérison pouvant s'effectuer dans un temps assez court pour que les frais de nourriture et de traitement n'atteignent pas à beaucoup près la valeur de l'animal morveux.

Scientifiquement parlant, la morve est curable, ou mieux la morve peut guérir chez un certain nombre d'individus. Tous les vétérinaires sont de cet avis, je crois.

Au point de vue pratique, la morve peut-elle encore être considérée comme curable ? Je le pense, mais dans de faibles proportions, puisqu'une des conditions les plus favorables de guérison, c'est le temps, une bonne nourriture et peu de travail, condition qui occasionne de fortes dépenses.

Les chances de curabilité sont en rapport avec la forme et la nuance ou le degré de chaque forme. La forme aiguë, qu'elle soit farcineuse ou non, est la plus grave. La forme chronique farcineuse est la moins grave. Dans chaque forme de morve, la curabilité est en général en rapport avec l'étendue des lésions et l'importance des organes qui en sont principalement le siége. Comme on doit bien le penser aussi, l'origine, ainsi que je l'ai déjà fait comprendre, a une influence marquée sur la curabilité : la morve communiquée offre plus de chance que la morve spontanée. Les chances de curabilité sont en rapport indirect avec le nombre et l'intensité des signes prodromiques.

Quant à la dernière question de M. Guérin, à savoir : Y a-t-il des rapports entre les divers degrés, les différentes formes de la morve et les méthodes de traitement qui permettent d'obtenir la guérison de cette maladie ? Je crois que l'on peut y répondre affirmativement.

Ce devra être surtout dans une médication générale que l'on trouvera, il faut l'espérer, le moyen de modifier l'état de virulence qui constitue la morve.

Après avoir répondu de mon mieux à l'interpellation de M. Guérin et à ses *desiderata*, si difficiles à satisfaire sous certains rapports, je vais m'occuper un instant de la cause, ou mieux des causes de la morve, et j'arriverai ainsi à dire quelques mots relativement à l'opinion exprimée par notre éminent collègue M. Bouillaud.

J'ai toujours pensé, et, j'aime mieux dire, j'ai constaté avec beaucoup d'autres, que la morve était tantôt spontanée, tantôt communiquée. La spontanéité de la morve n'a jamais été niée par les vétérinaires, qui sont tous d'accord aussi sur les circonstances qui favorisent son développement. M. Renault et M. Bouley vous ont très-bien indiqué ces circonstances. Quant aux explications qu'ils ont cherché à donner sur le mode de création de cette maladie, je ne puis rien en dire, j'en laisse tout l'honneur et la responsabilité à mes honorables collègues et confrères.

S'il fallait absolument expliquer la spontanéité de la morve, j'aimerais mieux avoir recours à la théorie qui n'a été qu'indiquée par notre savant collègue M. Robin, devant l'Académie.

Quelle que soit l'explication de la spontanéité de la morve, il est bien démontré que cette maladie peut naître de toutes pièces. Et cela est si vrai que l'on peut, pour ainsi dire, produire la morve à volonté, ainsi que l'a déclaré ici M. Bouley.

Le développement spontané de la morve admis et constaté par tous les vétérinaires, a probablement été la cause de la dissidence qui a régné malheureusement pendant si longtemps entre eux relativement à la contagion de la morve sous toutes ses formes, dissidence qui n'est peut-être pas encore complétement éteinte. La croyance que l'on aurait dans la non-contagion de la morve chronique serait très-dangereuse, parce qu'elle pourrait faire négliger l'isolement d'un animal atteint d'une maladie réputée non contagieuse, alors même que l'on saurait que cette maladie peut passer, ainsi que l'a dit M. Renault, d'un instant à l'autre à l'état de maladie contagieuse, c'est-à-dire à l'état de morve aiguë, dont on ne peut plus mettre en doute aujourd'hui la propriété contagieuse.

Si le développement spontané de la morve est une vérité, sa communication par contagion en est une aussi. Des preuves de ces deux modes de production fourmillent dans les annales de la science. Ces preuves valent mieux que toutes les objections du monde, qui n'auraient pour base qu'une simple croyance.

Je pense que notre honorable collègue M. Bouillaud admettra avec tous les vétérinaires et avec les médecins qui ont parlé devant l'Académie dans la discussion actuelle, que la morve peut être spontanée chez le cheval, quoiqu'elle soit une maladie virulente, de même qu'il doit admettre la spontanéité de la rage et du charbon chez d'autres animaux. M. Bouillaud ne répugnera pas non plus à accepter comme très-raisonnables et très-satisfaisantes les explications présentées par M. Robin en faveur de la spontanéité des maladies virulentes, et peut-être d'un plus grand nombre qu'on ne pense de maladies contagieuses, sans que ces maladies perdent leur caractère d'unicité quand elles sont développées, et alors il ne soutiendra évidemment plus qu'il ne faut chercher un moyen préservatif ou curatif de la morve que dans un spécifique ; car il sait bien que les maladies virulentes qui sont curables, comme la syphilis, le charbon, la pustule maligne, peuvent être combattues avec succès par des moyens variés non spécifiques.

En dernier résultat,

Je remercie M. Guérin d'avoir cherché à fixer tout particulièrement l'attention des vétérinaires sur l'importance du diagnostic de la morve au point de vue de la curabilité de cette maladie et de son traitement préventif et curatif.

Je pense que dans l'état actuel des connaissances vétérinaires, on peut satisfaire en partie les désirs que M. Guérin a manifestés, et qu'il est possible d'établir utilement des rapports entre les diverses formes, les diverses nuances de morve et la curabilité de cette mala-

die, et entre ces formes, ces nuances et les méthodes ou les modes de traitement.

Je crois que M. Guérin a bien fait d'insister sur les conséquences à tirer du fait de l'identité des différentes formes de l'affection morveuse, quoique j'eusse moi-même indiqué ces conséquences.

Ainsi que beaucoup d'autres avant lui l'avaient fait, M. Guérin a signalé avec raison l'influence qu'exerce la cohabitation des chevaux morveux sur ceux qui ne le sont pas. Il a fait remarquer encore avec raison que cette influence se manifestait par des signes prodromiques, comme le jetage et le glandage, qui disparaissent assez souvent quand on retire des écuries les chevaux décidément morveux, et quand on donne des soins convenables, lors même qu'ils ne seraient qu'hygiéniques, aux chevaux qui ont présenté des signes prodromiques.

Je partage entièrement l'opinion de M. Bouley quand il soutient qu'un cheval ne peut être déclaré morveux tant qu'il ne présente pas un ou plusieurs des signes caractéristiques des diverses formes de la morve ; mais je crois qu'avant de présenter ces signes, un cheval peut renfermer dans son économie et renferme très-probablement la propriété virulente morveuse en voie de production, ou même toute produite ; je crois que dans beaucoup de circonstances, si ce n'est dans toutes, cette sorte de création ou d'incubation, selon que la morve est spontanée ou communiquée, peut se déceler par des symptômes, par des signes que j'ai appelés prodromiques. Je reconnais que ces signes ou plutôt ces indices ne sont pas formels comme ceux que l'on a appelés cardinaux ou caractéristiques, mais sont souvent assez manifestes pour faire craindre, à un œil exercé surtout, l'explosion d'une morve confirmée.

Je suis de l'avis de M. Bouley quand il dit que les signes caractéristiques de la morve ne sont pas, dans certains cas, assez saillants, assez développés, pour que des personnes qui n'en ont pas fait une étude spéciale puissent diagnostiquer en les voyant l'existence de la morve ; de même que ces personnes, peu expérimentées, peuvent confondre avec des lésions morveuses des plaies accidentelles de la membrane nasale ou l'herpès phlycténoïde des ailes du nez.

Je pense avec M. Bouley que des chevaux chez lesquels on ne constate que des signes caractéristiques peu développés, et notamment l'ulcère spécial, dit chancre morveux, peuvent être très-gravement malades, et avoir des lésions internes très-profondes et très-étendues ; mais je pense aussi qu'en explorant, en examinant ces animaux avec une grande attention, on peut au moins reconnaître quelques indices de ces lésions profondes et étendues dont le siége est ordinairement dans des organes essentiels à la vie.

Je pense encore, avec M. Bouley, qu'un individu ne peut être ni plus ni moins morveux qu'un autre, et qu'il ne peut être que morveux, c'est-à-dire atteint d'une maladie virulente qui est une dans son essence ; mais j'ai la conviction, contrairement à l'opinion de M. Bouley je crois :

1° Que les individus morveux peuvent être dans des conditions, dans des états morbides plus ou moins graves ;

2° Que ces conditions, ces états, peuvent être appréciés très-souvent par une exploration attentive ;

3° Que ces états peuvent indiquer plus ou moins de gravité, partant plus ou moins de chance de curabilité ou de guérison ;

4° Qu'ils peuvent éclairer sur la question de savoir si l'on doit entreprendre la guérison ou si l'on doit faire sacrifier l'animal immédiatement ;

5° Qu'ils peuvent aussi guider dans le choix du mode de traitement ainsi que dans l'ordre que l'on doit suivre à l'égard de l'application des moyens curatifs de tous genres, dont j'admets la diversité, quoiqu'ils soient destinés à combattre une maladie virulente ; j'admets cette diversité parce que la maladie se présente sous des formes variées ; je l'admets surtout pour les médications externes ;

6° Enfin, que ces conditions, ces états, ces nuances, ces degrés, comme on voudra les appeler, sont utiles à consulter relativement au choix des médicaments pour l'usage externe ou interne.

Je finis en faisant des vœux pour que l'on ne se lasse pas de rechercher des moyens de guérir la morve, en prenant toutefois le plus de précautions possible dans le but d'éviter la contagion du cheval à l'homme et du cheval au cheval. Le fait de guérison communiqué par M. Bourdon est un encouragement à la persévérance.

Séance du 27 août 1861, —Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le secrétaire donne lecture de l'ampliation du décret en date du 19 août, par lequel est approuvée l'élection de M. Gobley dans la section de pharmacie.

— M. le ministre transmet :

1° Un mémoire de M. le docteur Baud sur les matières grasses phosphorées de l'organisme (commission des remèdes secrets et nouveaux) ;

2° Une note sur un lit mécanique à l'usage des malades, de l'invention de M. le docteur Saintard, d'Herbeville (commissaires, MM. Malgaigne et Bouvier) ;

3° Un rapport du conseil d'hygiène publique du département de Seine-et-Oise, sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans le courant de l'année aux Alluets-le-Roy ;

4° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans le département du Puy-de-Dôme. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

L'Académie reçoit :

1° Une note intitulée *Application de l'alcarraza à l'épuration, à la filtration, à l'aération et au rafraîchissement des grandes masses d'eaux*, par M. le docteur Burq (commissaires : MM. Adelon, Robinet et Guérard) ;

2° Un pli cacheté adressé par M. Sébastian, médecin à Béziers. (Accepté).

3° M. J. Charrière présente un nouveau spéculum à quatre valves. Depuis 1831, époque à laquelle M. Charrière père ajouta deux valves supplémentaires au spéculum bivalve de MM. Jobert (de Lamballe) et Ricord, on avait souvent reproché à cet instrument la trop grande mobilité des valves supplémentaires et leur désassemblage spontané. Pour remédier à cet inconvénient, M. J. Charrière a procédé de la manière suivante :

1° Les quatre tourets sont remplacés par quatre tenons A A. fig. 1re, que l'on fait entrer par la partie la plus large des mortaises E E, fig. 2e.

Ces tenons sont maintenus en place dans la partie la plus étroite de la mortaise par la pression des deux vis B B.

Il est ainsi extrêmement facile de monter et de démonter l'instrument. Veut-on appliquer les valves supplémentaires, on engage les tenons dans les mortaises, on serre les vis ; le tenon repoussé dans la partie la plus étroite, la valve ne saurait être déplacée involontairement. Veut-on enlever les valves, les vis sont desserrées, les tenons quittent la partie étroite de la mortaise et les valves tombent pour ainsi dire seules.

2° Pour rendre l'instrument plus portatif, les manches sont articulés à la base des valves. Ce moyen est bien préférable à celui qui était employé autrefois et que l'on applique encore aujourd'hui, lequel consiste à démonter les manches au moyen d'échancrures situées au niveau des charnières. Lorsque l'on veut transporter l'instrument, on peut placer les manches parallèlement aux valves, comme on le voit en CC, fig. 1re et 2e. Pour rendre l'instrument prêt à servir, on ramène les manches dans leur position normale, et on les fixe en appuyant sur le ressort DD, fig. 1re et 2e.

3° L'embout, réduit de longueur, est maintenu en place à l'aide d'un fil métallique et sans ressort.

— M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture de la lettre suivante de M. Galy :

« Mon nom ayant été prononcé au sujet de la grande question qui s'agite au sein de l'Académie sur la morve, je crois, dans l'intérêt de la science, devoir lui faire connaître des faits qui ont une certaine importance.

» Pendant les six années que j'ai dirigé l'infirmerie vétérinaire de Lamirault, il s'est trouvé réuni dans cet établissement jusqu'à 407 chevaux. Parmi ces chevaux 10 seulement étaient sains et destinés aux expériences de la contagion ; tous les autres étaient morveux. Les vides faits par les abatages ou les ventes étaient immédiatement remplis, de sorte que 342 chevaux sont passés par cet établissement pendant les six années de sa durée.

» Pendant ces six années un détachement de quarante hommes, fourni par les régiments qui venaient tenir garnison à Meaux, faisaient le service de cet établissement.

» Ce détachement était remplacé tous les trois mois. C'est donc un effectif de *cent soixante hommes par an* et de *neuf cent soixante pour les six années*, qui est passé au milieu de cette agglomération de chevaux morveux. Ces hommes couchaient à tour de rôle dans les écuries, comme gardes.

» Cependant pas un seul de ces hommes n'a été malade à l'établissement, tous sont rentrés à leur régiment dans un parfait état de santé.

» Je dois dire qu'à leur départ du régiment pour Lamirault, ces hommes étaient pris de préférence parmi les convalescents et envoyés comme tels *à la ferme*, selon l'expression de MM. les médecins.

» Dans mes fréquents rapports, comme directeur de cet établissement, avec les régiments qui ont tenu garnison à Meaux, je n'ai jamais appris de MM. les médecins de ces régiments que des hommes fussent tombés malades à la suite de leur séjour à l'infirmerie vétérinaire de Lamirault. »

LECTURE.

Nature et cause de l'albuminurie. — M. LE Dr MARIANO-SEMMOLA, professeur de médecine clinique à l'hôpital des Incurables, lit les conclusions d'un mémoire intitulé : *De la nature et de la cause de l'albuminurie, et de son traitement par l'hydrothérapie*, dont il dépose le manuscrit sur le bureau.

Voici les principales conclusions :

1° L'albuminurie est un symptôme constitué par la présence dans l'urine de quantités variables d'albumine dans ses différentes modifications chimiques ou moléculaires. Ainsi, tantôt on retrouve de l'albumine se précipitant complétement, tantôt incomplétement par la chaleur, tantôt soluble et tantôt insoluble dans un excès d'acide nitrique.

2° Dans la grande majorité des cas, l'albumine qu'on précipite par l'urine des malades affectés de la maladie de Bright, présente des caractères bien tranchés quant à sa proportion et principalement quant à sa coagulation, et quant à l'action des acides et du sulfate de magnésie. En sorte que je crois pouvoir affirmer que l'examen à lui seul de la qualité d'albumine précipitée par une urine, pourra être considéré comme base d'un diagnostic différentiel entre l'albuminurie idiopathique et l'albuminurie symptomatique.

L'albumine de cette dernière se rapproche de l'albumine dite caséiforme, tandis que celle de la première rappelle les propriétés de l'albumine du blanc d'œuf.

3° Une autre différence non moins remarquable entre l'albuminurie idiopathique et l'albuminurie symptomatique, c'est l'influence exercée par les différents régimes. Très-légère et quelquefois même nulle dans l'albuminurie symptomatique, la différence dans la proportion d'albumine excrétée devient très-considérable dans l'albuminurie idiopathique. L'albumine devient presque double sous l'influence d'une alimentation exclusivement azotée, et se réduit à un minimum très-remarquable dans l'alimentation féculente.

4° Il existe donc une albuminurie qui, considérée seulement en elle-même comme symptôme, a des caractères tout à fait propres, et ne peut nullement se rapprocher ou se confondre avec toutes les autres albuminuries. Elle résume dans sa manière d'être sa nature tout à fait spéciale, et révèle déjà dans sa forme une entité morbide. C'est à peu près ce qui arrive pour la glycosurie diabétique vis-à-vis des glycosuries symptomatiques.

5° Le passage de l'albumine dans les urines n'implique nullement un état morbide du rein. N'importe sa cause, toute albuminurie ne reconnaît jamais une altération du rein comme point de départ. L'albuminurie des néphrites simples semble seule faire exception.

6° Si le mécanisme de l'albuminurie ne reconnaît pas pour cause nécessaire une altération rénale, il n'est pas moins vrai qu'à la longue le passage de l'albumine est capable d'engendrer dans le tissu des reins des troubles qui, en commençant par la congestion et par la desquamation, peuvent aller jusqu'à la granulation et à la désorganisation complète. Il n'y a donc pas, il ne peut y avoir un nombre défini d'altérations rénales pour l'albuminurie idiopathique. Chaque jour l'organe s'use de plus en plus, et chaque jour on trouverait une différence dans la maladie organique des reins, si l'on pouvait la surprendre à toutes les époques ;

7° Il y a en conséquence, selon moi, trois périodes dans toute albuminurie : la première, constituée par le passage simple de l'albumine dans les urines, la seconde, celle qui s'accompagne de troubles des reins, soit congestifs, soit phlegmasiques, mais dans une telle dépendance avec l'altération fonctionnelle qu'elle serait capable de guérir par le retour de la fonction à l'état physiologique ; la troisième, enfin, que j'appellerai organique ou plastique, dans laquelle des sécrétions de plasma et des vices de nutrition étant survenus dans le tissu du rein, ces altérations constituent une maladie complétement incurable, quand même on pourrait modifier ou éloigner complétement l'état albuminurique.

8° La maladie organique du rein se développe en proportion de la quantité et de la qualité de l'albumine excrétée, et du temps pendant lequel ce phénomène a lieu ; c'est-à-dire en proportion de l'effort que l'organe doit subir pour sa fonction pervertie ou exagérée ; en conséquence, les graves altérations rénales ne se trouvent seulement que dans l'albuminurie idiopathique. Cette altération a besoin d'ordinaire de longs mois et même de quelques années pour s'établir, et si dans les derniers temps de la maladie elle devient plus rapide, cela tient à ce que les vices déjà bien profonds de la nutrition générale favorisent considérablement les altérations rénales.

9° Les altérations rénales ne constituent donc pas le secret du mécanisme de l'albuminurie en général, c'est dans les conditions du sang qu'il faut puiser l'origine des phénomènes, ou dans l'influence du système nerveux.

. . . .

11° Les conditions anatomo-pathologiques du sang dans l'albuminurie idiopathique ne consistent que dans une accumulation d'albumine non assimilable, d'albumine brute, non vitale, impropre par sa constitution à l'entretien et à la réparation des tissus, devant, en conséquence, être éliminée et chassée hors de l'organisme comme une substance étrangère. La présence de l'albumine dans l'urine n'est donc qu'un effet du rôle physiologique de ce liquide, et ne rappelle nullement un rapport de cause à effet avec l'état du rein. L'importance de cet organe, dans ce cas, ne doit aller au delà de celle qu'on attribuerait à tout autre organe éliminateur.

12° La quantité d'urée, substance type des transformations oxydées, sous la forme desquelles la molécule de l'albumine est rejetée hors de l'organisme, diminue dès le commencement de la maladie. Cette diminution graduelle constitue la mesure exacte de la suspension ou du ralentissement des actes nutritifs de l'économie.

. . . .

14° L'observation rigoureuse m'a démontré que c'est le trouble plus ou moins profond des fonctions cutanées qui est le point de départ de cette altération de l'albumine du sang.

. . . .

17° Toutes les causes qui peuvent influencer l'activité de la peau deviennent cause d'albuminurie. En première ligne, et comme cause spéciale, se trouve l'action lente du froid et de l'humidité. C'est dans l'étude des influences rhumatismales sur la peau qu'il faut puiser la vraie cause première de la maladie de Bright.

18° C'est à la même cause qu'il faut rapporter l'albuminurie des maladies aiguës de la peau (scarlatine, rougeole, etc.).

19° Tous les traitements conseillés jusqu'ici, soit comme médication des symptômes, soit comme médication radicale, sont complétement nuls. Le secret de la guérison d'un albuminurique dans les deux premières périodes de la maladie, consiste dans ce principe : activer les fonctions de la peau, faire revivre cet organe.

20° L'hydrothérapie est le moyen le plus sûr et le plus naturel de modifier l'état morbide de la surface cutanée. L'auteur en a obtenu, dit-il, des résultats si remarquables et des effets si constants, qu'il s'estime heureux de les communiquer à l'Académie. (Commissaires, MM. Rayer, Poggiale et Barth.)

RAPPORT.

M. GAULTIER DE CLAUBRY, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur l'eau d'une source minérale découverte à Vals (Ardèche). Cette eau appartient à la classe des bicarbonatées alcalines calcaires sensiblement ferrugineuses.

La commission propose des conclusions favorables, qui sont adoptées.

Suite de la discussion sur la morve.

M. J. GUÉRIN. Au point où la discussion en est arrivée, tant d'opinions contradictoires ont été émises dans les deux camps opposés, qu'il est nécessaire de débrouiller un peu cet écheveau et de poser de nouveau les termes du problème.

Le débat a porté sur deux points principaux : l'un regarde la science pure, l'autre est une question de pratique.

La question scientifique relative à l'identité de nature de toutes les formes de la morve, est épuisée aujourd'hui. Nous nous entendons tous sur ce point. La morve est une, malgré la variété de ses manifestations, et ses formes, quelles qu'elles soient, sont des accidents différents d'une seule et même cause. Pour ce qui est de la nomenclature que j'ai proposée comme répondant plus exactement aux progrès de la science, je laisse à l'avenir le soin d'en faire sentir l'utilité et ne veux pas pour le moment insister sur sa défense. C'est là, du

reste, une question accessoire. Elle est dominée par la question de l'étiologie de la morve.

Cette étiologie a été très-diversement comprise par MM. les vétérinaires et par les médecins, car j'ai rencontré sur ce point l'appui de MM. Tardieu et Bouillaud. Nous sommes d'avis qu'il doit y avoir entre l'action des causes nombreuses invoquées par MM. les vétérinaires et l'apparition de la morve un intermédiaire obligé. Cet intermédiaire, c'est le virus; le virus est la cause première de la morve, *la vraie cause* dans le sens que Newton donnait à ces mots. La nécessité de faire intervenir le virus dans la production de la morve, me semble démontrée par les deux modes de développement admis pour cette maladie. Je vois bien en effet naître d'un concours de causes éloignées la morve dite spontanée; mais cette morve spontanée est en tout semblable à la morve communiquée, et dans celle-ci une seule cause est à invoquer, c'est la cause expérimentale, l'inoculation. Le virus est donc le facteur général de tous les phénomènes de la morve; il suffit à produire la maladie tout entière, avec toutes ses formes et toutes ses variétés. Les causes multiples attribuées à la morve ne sont que secondaires, et puisqu'elles sont suivies de l'apparition des mêmes phénomènes morbides que l'inoculation, c'est qu'entre elles et ces phénomènes il y a, je le répète, un intermédiaire obligé qui est la cause spécifique et virulente.

Je ne crois pas utile d'insister plus longtemps sur cette première face du débat, parce que je crois la question de science tout à fait épuisée.

Il n'en est pas de même de la question de pratique. Celle-ci a été mise sur le tapis à propos de quelques faits cliniques qui me sont propres. J'avoue ne pas avoir présenté ces faits sous une forme tout à fait scientifique. C'est que mon intention n'était nullement de traiter de la morve comme je l'ai fait depuis. C'est une circonstance fortuite qui m'a fait présenter mes observations. Je les ai citées d'une manière générale, en les accompagnant d'un point d'interrogation, et j'ai demandé à mes collègues de la section de médecine vétérinaire s'ils n'auraient pas observé des cas semblables, s'ils n'auraient pas vu, eux aussi, des morves ébauchées, rudimentaires, guérir plus ou moins spontanément et dans une proportion assez considérable. Vous savez ce qu'on m'a répondu, et avec quel dédain on m'a renvoyé non pas aux calendes grecques, mais à l'étude des faits cliniques et spéciaux sur lesquels j'avais timidement risqué une opinion personnelle.

Le reproche d'incompétence qu'on m'a adressé, et auquel j'ai déjà répondu, je l'accepte moins que jamais. S'il était fondé, ce n'est pas à moi seul qu'il s'adresserait, c'est à tous mes collègues, et ce débat porté devant une Académie incompétente deviendrait une absurdité.

Que voulais-je établir? Que la morve suit la loi générale des maladies virulentes, qu'elle passe d'un à cent, qu'elle a des degrés et une intensité variables, selon les diverses conditions tenant au sujet ou à la cause, au terrain ou à la graine. Il me semble que c'est là une question de médecine générale pour la solution de laquelle tous les médecins sont compétents. *A priori*, cette façon d'envisager la morve est tellement logique, tellement naturelle, qu'il semble qu'elle puisse se passer de la confirmation expérimentale. Je n'ai pas voulu cependant m'en tenir à la théorie même la plus raisonnable; j'ai examiné les faits d'après les auteurs les plus compétents, les vétérinaires les plus distingués, et j'ai vu que les faits confirmaient la théorie.

J'ai cité à l'appui de ce que M. Bouley appelle plaisamment ma morvette, mon morvillon, des faits observés par Gilbert, et desquels il résulte que la morve donne lieu fréquemment à la gourme, et la gourme à la morve. J'ai invoqué ces faits, parce qu'il est évident pour moi que ce que Gilbert appelle gourme n'est et ne peut être que la morve incomplète et rudimentaire. Voilà le véritable but de ma citation. Vous voyez, Messieurs, avec quelle raison on m'a accusé de confondre la gourme avec la morve, et de souffler le désordre là où les vétérinaires avaient, après trente ans d'efforts, fait régner l'ordre le plus exemplaire. Pour moi donc, Gilbert a bien observé, mais il a mal interprété les faits. Pour que son interprétation fût juste, il faudrait qu'il fût possible qu'une maladie contagieuse donnât naissance à une maladie autre qu'elle-même; il faudrait qu'un même virus pût produire deux maladies, une virulente et une autre non virulente. Admettre cette possibilité, c'est admettre une véritable hérésie médicale, et voilà pourquoi la gourme de Gilbert n'est qu'une morve atténuée; voilà de quelle manière il devient facile de comprendre comment presque tous les vétérinaires ont vu chez de jeunes chevaux des gourmes mal jugées se transformer en morve. Inutile de dire que ces transformations ne sont pour moi que des aggravations d'une maladie qui a passé par tous les degrés de son échelle symptomatologique.

A l'autorité de Gilbert j'ai voulu ajouter celle de Girard père. M. Delafond a pu me retirer cet appui, en me disant que je ne le devais qu'à une faute d'impression; mais si je renonce à Girard père, Girard fils reste dans mon camp. Car je n'admets pas que M. Bouley puisse récuser son témoignage. La raison que mon contradicteur invoque contre Girard fils est singulière: Girard fils lui-même n'est pas compétent, parce qu'il n'est pas clinicien, n'étant que professeur d'anatomie et de physiologie à l'École d'Alfort. Pour moi, je professe plus d'estime pour l'ancien collègue de M. Bouley et pour le collaborateur de son *Journal de médecine vétérinaire*. Girard fils reste à mes yeux une autorité même en clinique, dans laquelle tout professeur d'Alfort est nécessairement versé, et je suis heureux de pouvoir rappeler qu'après avoir insisté sur l'existence de certaines formes de la morve, légères et curables, ce professeur ajoute: « Tous les vétérinaires ont journellement sous les yeux les preuves de ce que nous avançons. »

M. Bouley, qui est un esprit fin et plein de ressources, a espéré encore m'arracher une des armes que j'avais en main, en niant que le fait de Denoc se rapportât réellement à un cas de morve. La guérison rapide observée dans ce cas est la raison capitale qui lui fait contester l'existence d'une vraie morve.

Il ajoute à cette raison, dont la valeur est facile à apprécier, un examen des principaux symptômes, qu'il fait avec une sévérité qui laisse beaucoup à désirer. Ces symptômes lui paraissent être ceux de la gourme; et jamais, au contraire, morve ne fut mieux caractérisée. Symptômes généraux graves, faiblesse extrême, qui fait que le cheval se traîne à peine ou s'affaisse comme accablé de fatigue; jetage, ulcérations nasales, rien ne manque. Il me reste à comprendre comment M. Bouley n'a pas reconnu là cette morve qu'il connaît si bien, qu'une seule petite ulcération aperçue sous l'aile du nez lui suffit pour condamner à mort son malade.

J'arrive aux douze inoculations pratiquées par MM. Chaumontel, Bertboneau, Lessona et Beugnot. Ces douze cas, dans lesquels la morve inoculée n'a donné lieu qu'à des affections qui se sont terminées par la guérison, me semblent la preuve expérimentale la plus éclatante de l'existence d'une morve atténuée. A l'époque où les expériences ont été faites, on ne voulait pas croire à la contagion, et les symptômes produits par l'inoculation n'ont pas été rapportés à la morve. M. Delafond m'a donc opposé l'opinion des expérimentateurs eux-mêmes, qui n'ont pas cru avoir développé la morve chez les chevaux inoculés. Il faut se demander alors à quels signes on reconnaîtra la morve, si ses trois caractères principaux, jetage, glandage et chancrage, caractères qui se sont retrouvés chez les animaux soumis aux expériences, ne sont pas suffisants pour faire diagnostiquer la maladie. Il faut se demander aussi, en présence de ces inoculations donnant un produit différent du produit inoculé, quelle confiance on peut avoir désormais dans les résultats de la transmission expérimentale. Les expériences qu'on croyait les plus positives, les moins sujettes à l'erreur, deviennent celles auxquelles il faut le moins se fier, car leur résultat ne tient pas à une loi immuable, celle de l'identité des produits engendrés et du produit générateur; elles sont soumises aux caprices du hasard. Que deviennent alors les expériences de M. Rayer sur cette même morve? Elles sont insignifiantes; elles encombrent inutilement la science.

Voilà donc la morve qui donne naissance à du jetage et à du glandage non spécifiques, à de la gourme. C'est une chose convenue; mais je voudrais savoir maintenant comment MM. les vétérinaires concilient ces faits avec cette autre opinion que je leur ai entendu exprimer, sur la facilité avec laquelle la morve se produit. Une blessure, un rien, à leur avis, peut donner la morve. Tout peut la donner, excepté le virus morveux lui-même.

M. Leblanc est venu vous apporter des faits qui plaident énergiquement en faveur de l'existence d'une morve atténuée. Malheureusement il existe encore une légère dissidence entre M. Leblanc et moi, relativement à l'interprétation de ces faits. M. Leblanc vous a dit qu'il avait vu souvent des chevaux sains cohabitant avec des chevaux morveux être pris d'abord de quelques symptômes généraux, puis présenter du jetage et du glandage sans ulcérations, et enfin guérir plus ou moins spontanément.

Dans tous ces phénomènes M. Leblanc veut bien reconnaître des prodromes, mais pour lui ce n'est pas encore la morve, ou plutôt il n'ose pas dire que ce soit la morve. La seule différence entre nous, c'est que j'ose dire ce qu'il ne dit pas.

Pourquoi M. Leblanc ne veut-il pas reconnaître la morve dès ses premières manifestations? pourquoi veut-il, pour se prononcer, que la morve soit constituée de toutes pièces et arrivée à son apogée?

Je ne le comprends pas. Quelle est en pathologie la maladie, quel est dans la nature l'être qui possède d'emblée tous les caractères et tous ses attributs?

La loi d'évolution des maladies n'est-elle pas, comme la loi d'évolution des êtres, une loi de formation et de progrès graduels?

Contester l'existence de la morve, parce qu'elle n'est pas accompagnée du cortége complet de ses symptômes, parce qu'elle n'est encore qu'ébauchée et rudimentaire, c'est commettre l'étrange erreur dont serait coupable celui qui, dans le blé non encore en épi, ne voudrait voir qu'une herbe insignifiante ou une espèce indéterminée.

M. Leblanc n'aime pas le mot *ébauchée* s'appliquant à la morve. Soit, je ne tiens pas au mot. Je tiens seulement à constater qu'à ce mot près nous nous entendons à merveille.

Pour m'assurer si la morve présentait bien réellement cette succession de degrés dans sa gravité et de degrés dans ses manifestations, j'ai eu recours à l'avis d'un très-grand nombre de vétérinaires. Les observations dont M. Laîné m'a fait part confirment pleinement mes vues. M. Ducoux, l'habile et savant directeur de la Compagnie des petites voitures, qui n'occupe pas moins de 8,500 chevaux, M. Ducoux m'a mis en rapport avec les vétérinaires de la Compagnie, et tous sont tombés d'accord qu'il y avait des degrés dans la morve, et qu'à un certain degré elle est curable. M. Praugé, vétérinaire de l'administration des postes, a formulé une opinion semblable, fondée sur une pratique des plus étendues.

Tels sont les faits qui m'autorisent à considérer comme parfaitement démontrées les doctrines que j'ai posées relativement à l'évolution, au pronostic et à la curation de la morve.

Je me résume donc, et je dis que la morve est sujette, comme les autres maladies virulentes, à une évolution progressive; que la morve peut s'arrêter dans sa période prodromique, ce qui constitue la *morve ébauchée;* que la morve ébauchée peut guérir et guérit même le plus souvent spontanément; qu'elle est essentiellement caractérisée par le glandage; que le jetage constitue dans la morve un phénomène grave à cause de l'infection continue à laquelle la suppuration des fosses nasales expose le cheval; qu'il faut essayer de combattre le jetage par tous les moyens possibles, et surtout par les injections nasales astringentes et détersives; que la morve chronique ne doit pas être abandonnée à elle-même comme absolument incurable, et qu'elle est encore susceptible de guérir sous l'influence des modificateurs hygiéniques.

La discussion sera continuée dans la prochaine séanee.

PRÉSENTATION.

M. LE Dr GACHET présente à l'Académie une jeune femme de vingt et un ans chez laquelle tous les viscères sont transposés. Le cœur est à droite, le foie à gauche, la rate à droite, etc.

La séance est levée à cinq beures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret de M. le préfet de police, en date du 25 juin dernier, M. le docteur Courot a été nommé médecin-adjoint de Saint-Lazare.

— Par arrêté en date du 24 août dernier, M. Axenfeld, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Paris, est chargé de suppléer, pendant le cours d'hiver 1861-1862, M. le docteur Andral, professeur de pathologie et de thérapeutique générale à ladite Faculté.

— M. le docteur Grateloup vient de mourir à Bordeaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genéve, chez JULLIEN fréres; — pour toute la Piata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Observation d'invagination progressive de l'intestin grêle avec polype et perforation intestinale; péritonite, mort; pièces anatomiques naturelles, pièces moulées. — Etude sur l'invagination intestinale, et spécialement sur l'invagination compliquée de polypes de l'intestin, par Paul DAUVÉ, médecin aide-major au train d'artillerie de la garde impériale. In-8° de 33 pages. Prix, 1 fr. — Paris, chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11, près la place Saint-Germain des Prés.

Traité clinique et pratique des maladies des enfants, par M. E. BARTHEZ, médecin de S. A. le prince impérial et de l'hôpital Sainte-Eugénie, et M. F. RILLIET, ancien médecin en chef de l'hôpital de Genève. 2e édition entièrement refondue et considérablement augmentée; 2e tirage, 1861. Trois volumes in-8°. Prix: 25 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 102 — SAMEDI 31 AOUT 1861. (34e ANNÉE.) N° 102. — SAMEDI 31 AOUT 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Sur la vaccination des nouveau-nés. — Des préparations solubles de chloroforme contre les calculs biliaires et les coliques hépatiques. — De la valeur séméiologique des bruits artériels; bruit carotidien normal chez les enfants. — Hôpital Saint-Louis (M. Richet). Tumeur parotidienne; infiltration graisseuse des culs-de-sac glandulaires de la parotide; extirpation. — Observation de transposition du cœur et des autres viscères chez un sujet de vingt et un ans du sexe féminin. — Observation de hernie lombaire. — Société de chirurgie, séance du 21 août. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur la vaccination des nouveau-nés.

Est-il convenable de vacciner les enfants dans les premiers jours de naissance?

Cette question n'est pas nouvelle. C'est une des premières qu'on a dû se poser dès l'origine de la pratique de la vaccine. Elle est, en effet, traitée tout au long dans les ouvrages classiques sur la matière, et notamment dans l'ouvrage si connu de M. Bousquet. Suivant cet auteur, on ne saurait trop s'empresser de vacciner. Néanmoins cette règle n'est à ses yeux d'une application rigoureuse qu'en temps d'épidémie. Hors de là, dit-il, il n'y a pas d'inconvénient à différer la vaccination jusqu'au deuxième ou troisième mois, les relevés statistiques démontrant que la petite vérole est extrêmement rare avant six mois. C'est à trois mois en définitive qu'il place le temps d'élection pour vacciner. C'est là la pratique le plus généralement adoptée.

Cependant les conditions particulières dans lesquelles se trouvent placés les enfants nés dans les hôpitaux, où ils sont beaucoup plus exposés que partout ailleurs à puiser le germe de la variole, a conduit quelques médecins à modifier à cet égard la pratique générale et à vacciner ces enfants dès les premiers jours de la naissance.

Ces vaccinations hâtives, — nous ne voulons pas dire encore prématurées pour ne pas préjuger la question, — ont produit chez quelques enfants des accidents plus ou moins sérieux, et mortels même dans quelques cas.

M. Barthez, en sa qualité d'inspecteur du service de la vérification des décès, ayant eu l'occasion de constater plusieurs cas de mort qui ne lui ont paru pouvoir être attribués à d'autre cause qu'aux suites de la vaccine pratiquée dans les premiers jours de la naissance, a porté la question devant la Société médicale des hôpitaux.

Voici quelques-uns des faits qui ont motivé cette communication :

— Une petite fille née bien portante a été vaccinée le second jour de sa naissance, et a quitté l'hôpital le neuvième jour. En ce moment le vaccin était en bon état, l'enfant paraissait bien, sauf quelques petits boutons qui commençaient à pointer sur le visage et qui parurent insignifiants. Le douzième jour de la vie de l'enfant (dixième du vaccin), il survint de la fièvre, les boutons qui étaient sur la face augmentèrent; l'enfant s'affaiblit et teta avec plus de difficulté. Puis, après des alternatives dans l'intensité de la fièvre, les boutons de la face disparurent, une enflure avec rougeur se déclara sur les fesses, et l'enfant déclina visiblement. Pendant ce temps le vaccin suivait sa marche, il était très-fort et beau ; et lorsque l'enfant mourut au vingt-quatrième jour de la vie (vingt-deuxième du vaccin), la croûte était encore adhérente.

La mère, comparant la marche du vaccin chez sa fille et chez ses autres enfants, qu'elle avait fait vacciner à un âge plus avancé, et chez lesquels les pustules avaient été beaucoup moins enflammées et avaient guéri plus facilement, ne manqua pas d'en faire l'observation.

— Appelé à constater le décès d'un enfant âgé de dix-neuf jours, M. Barthez apprit que cet enfant avait été vacciné le second jour de sa naissance et qu'il s'était développé à la suite de cette opération des accidents auxquels il avait promptement succombé. Rien dans l'examen de l'enfant ne lui a paru de nature à infirmer cette interprétation des causes de la mort de cet enfant.

— L'exposé de ces faits devant les membres de la Société et l'énoncé de la question qu'ils ont suggérée, ont suscité de la part de quelques membres des explications qu'il nous a paru utile de reproduire ici pour l'élucidation de ce point intéressant de pratique médicale. Nous en empruntons la relation aux *Comptes rendus* des séances de cette Société.

M. Legroux vaccine tous les nouveau-nés de son service depuis qu'il a appris que les enfants qui viennent au monde à l'hôpital ne tardent pas à être pris de petite vérole, lorsqu'ils sont portés dans les crèches. Il a commencé par vacciner, comme tout le monde, en faisant trois piqûres à chaque bras; mais il lui est arrivé assez souvent, chez les petits enfants âgés seulement de quelques jours, d'avoir autour des pustules vaccinales une très-violente inflammation; il combattait cette inflammation par des cataplasmes émollients. Afin de se mettre en garde contre la violence de l'inflammation, il a successivement réduit le nombre des piqûres; au lieu de trois, il n'en a plus fait que deux. Malgré cela il a eu encore des accidents inflammatoires; il a pensé qu'en diminuant encore le nombre des piqûres, il se mettrait complétement à l'abri des accidents; c'est ce qui est arrivé; depuis qu'il ne fait plus qu'une seule piqûre à chaque bras, il n'a jamais vu survenir le moindre accident qui pût être imputé à la vaccine. Aussi, pour lui, la vaccination prématurée, c'est-à-dire pratiquée dès le deuxième jour de la naissance, ne lui parait dangereuse que par le trop grand nombre de pustules vaccinales que l'on détermine, et en limitant la vaccination à une seule inoculation faite à chaque bras, il n'y a plus aucun danger à redouter.

M. Béhier est partisan des vaccinations pratiquées de très-bonne heure; il vaccine les enfants de son service dès le deuxième jour de la naissance, et il assure n'avoir jamais vu survenir d'accidents; il a vu, au contraire, des enfants que l'on n'avait pas vaccinés être pris d'érysipèle et succomber.

M. Blache, autrefois partisan des vaccinations prématurées, faisait vacciner tous les enfants de son service dès les premiers jours de la naissance; mais il a eu lieu de le regretter, ayant observé des accidents nombreux, des inflammations violentes, des ulcérations profondes, quelquefois aussi, quoique plus rarement, des érysipèles. Aujourd'hui il s'est fait une loi de ne plus vacciner les enfants dans les premiers jours de la naissance.

Enfin, M. Hervieux fait observer qu'à l'hospice des Enfants trouvés la vaccination devient quelquefois indirectement une cause de mort, en retardant l'envoi à la campagne des enfants que l'on garde dans la crèche pendant l'évolution de la vaccine. En effet, dit-il, dans la crèche, l'alimentation de ces enfants est insuffisante; ils s'affaiblissent, tombent malades, et finissent par succomber; ce qui n'aurait pas eu lieu si on les eût envoyés de suite à la campagne teter le lait d'une bonne nourrice.

La question a paru assez importante aux membres de la Société médicale des hôpitaux, pour que, sur la proposition de son président, ils aient cru devoir voter la nomination d'une commission chargée de la mettre à l'étude. Nous ne voulons ni préjuger ni devancer l'opinion qui sortira des études et des délibérations de la future commission. Nous ferons remarquer seulement que, quelle que soit la solution proposée, elle n'engagera que la pratique des vaccinations sur les enfants nés ou recueillis dans les hôpitaux; et que, sauf les cas heureusement très-rares aujourd'hui et tout à fait exceptionnels d'épidémie variolique, il n'y aura lieu de rien changer dans l'usage suivi par l'universalité des praticiens, de vacciner les enfants du deuxième au troisième mois.

Des préparations solubles de chloroforme contre les calculs biliaires et les coliques hépatiques.

Quelques personnes nous ayant demandé de leur faire connaître la formule des préparations de chloroforme, dont nous avons parlé dans notre dernière *Revue clinique*, à propos des calculs biliaires et de la colique hépatique, nous nous empressons d'accéder à leur désir. Voici ces formules :

Tisane de chloroforme.

Chloroforme.	1 gramme.
Alcool.	7 —
Eau.	1 litre.

A boire par verrées dans les vingt-quatre heures.

Contre les coliques hépatiques, la chorée, l'hystérie, l'épilepsie et les névroses.

Eau de Vichy au chloroforme.

Chloroforme.	1 gramme.
Alcool.	7 —

Par bouteille d'eau de Vichy.

Contre la colique hépatique.

Sirop de chloroforme.

Chloroforme.	10 grammes.
Alcool.	80 —
Sirop sucre.	500 —

A prendre par cuillerées à bouche, trois à six cuillerées dans les vingt-quatre heures.

Contre les coliques hépatiques et les névroses.

Potion au chloroforme.

Chloroforme.	1 à 2 grammes.
Alcool.	16 —
Julep gommeux.	125 —

A prendre en vingt-quatre heures.

Contre les coliques hépatiques et les névroses.

Ce nouveau dissolvant des calculs biliaires n'est pas, dans la pensée de M. Bouchut qui l'a imaginé, un moyen unique destiné à remplacer les autres moyens de traitement. C'est un remède de plus que l'analogie, l'expérience et l'observation l'ont conduit à proposer. Ce sera en même temps un auxiliaire des eaux de Vichy transportées ou prises sur place, rien n'empêchant, par exemple, qu'on prenne l'eau de Vichy sucrée avec le sirop de chloroforme.

Si par hasard on voulait employer le chloroforme pur, il faudrait le donner en suspension dans du sirop de gomme ou dans du mucilage de gomme adragante.

Chloroforme.	1 à 2 grammes.
Sirop de gomme.	120 —

Dans ce cas, la préparation est plus active, mais plus irritante pour la muqueuse gastrique.

Elle n'a rien de stable, et le chloroforme se dépose rapidement au fond de la bouteille, comme dans l'estomac il se sépare du véhicule où on l'avait enfermé.

Les autres préparations solubles de chloroforme sont au contraire des préparations pharmaceutiques stables, pouvant se conserver intactes pendant plusieurs mois et même plusieurs années.

De la valeur séméiologique des bruits artériels. — Bruit carotidien normal chez les enfants.

Des médecins du plus grand mérite, après avoir constaté la fréquence des bruits artériels chez les enfants, en ont tiré cette conclusion que la chlorose est fréquente à cet âge. Dans un travail très-recommandable d'ailleurs lu à l'Académie de médecine le 18 septembre de l'année dernière, M. Nonat a émis cette proposition, que nous n'avons accueillie qu'avec défiance, savoir : que les huit dixièmes des enfants sont chlorotiques. D'autres ont pensé que ces bruits artériels indiquant une altération du sang, étaient les signes avant-coureurs du rachitisme, de la tuberculisation générale, etc. Ces observateurs avaient-ils pris suffisamment leurs garanties contre les méprises auxquelles peuvent donner lieu des phénomènes d'une valeur pathologique équivoque, et qui, placés sur les limites mal déterminées de l'état morbide et de l'état physiologique, peuvent se rencontrer aussi bien dans l'un que dans l'autre? Il était permis d'en douter.

Voici un document expérimental très-curieux à cet égard, que nous transmet M. le Dr E. Marchand, de Sainte-Foy (Gironde), et qui pourrait bien, si les résultats qu'il expose sont vérifiés par le contrôle d'une observation plus générale, — ce qui nous parait facile dans l'espèce, — transformer nos doutes en certitude. Les bruits carotidiens que plusieurs médecins ont constatés chez les enfants, et qu'ils ont cru devoir rapporter à un état chlorotique, ne seraient, suivant notre confrère, autre chose qu'un bruit normal, un bruit physiologique à cet âge. Mais laissons-le parler lui-même.

« On considère trop facilement, dit-il, les bruits artériels comme un signe d'aglobulie. Chacun sait que ces bruits existent dans plusieurs états morbides qui n'ont aucun rapport avec l'aglobulie : ainsi on les constate dans presque toutes les maladies qui s'accompagnent de fièvre violente. Je dirai plus, on peut faire naître à volonté les bruits artériels chez les hommes les plus vigoureux. C'est ce qui arrive aux personnes qui se livrent pendant quelques heures à un travail qui met énergiquement en jeu leurs forces musculaires. Les bruits carotidiens prennent aussi naissance sous l'influence d'un repas copieux, où l'on sort un peu de ses habitudes.

» Lorsqu'il y a aglobulie, il y a certainement des bruits artériels; mais, comme le fait remarquer M. Beau, il y a polyhémie, et le pouls est rapide. Le mouvement du sang, autant que sa composition, influe sur la production des bruits vasculaires.

» Quant aux bruits carotidiens, ajoute M. Marchand, je ferai remarquer qu'existant chez tous les enfants indistinctement, on ne peut pas admettre qu'ils soient tous chlorotiques; c'est d'ailleurs généralement chez les enfants les plus vigoureux que ces bruits se produisent avec le plus d'intensité. »

Mais arrivons au document en question, qui parle plus haut encore que ces considérations. M. E. Marchand a examiné quarante-cinq enfants, dix-huit filles et vingt garçons, qui compo-

sent l'école de son village. Voici le résultat sommaire de cet examen :

La plus jeune des filles a quatre ans ; la plus âgée en a treize, mais n'est pas réglée. Les autres ont six, sept, huit, dix et onze ans. La plupart se portent bien, sont très-colorées, et peuvent passer pour de beaux enfants. Il y en a trois qui ne jouissent pas d'une santé parfaite : l'une a eu des douleurs rhumatismales ; l'autre marche avec une béquille, à cause de la rétraction d'une jambe ; la troisième a une fistule lacrymale.

Ces dix-huit petites filles présentent des bruits carotidiens.

Une a un sifflement musical ; elle est âgée de six ans, et très-forte.

Trois ont un souffle intermittent.

Quatorze ont un souffle continu, fort, souvent rude, et dans trois cas avec redoublement.

Le pouls le plus lent est à 76, le plus fréquent est à 110 ; la moyenne est 92.

Le plus jeune des garçons a quatre ans ; le plus âgé a douze ans. Tous les âges intermédiaires sont représentés.

Tous ces enfants sont d'une très-bonne santé.

Tous ont des bruits carotidiens.

Quatre ont un bruit musical.

Six ont du souffle intermittent.

Dix-sept ont du souffle continu ; dans cinq cas le souffle est rude, et dans cinq autres cas il y a un redoublement.

Le pouls le plus lent est à 88, le plus fréquent est à 120 ; la moyenne est précisément représentée par 100.

Rien n'est plus simple d'ailleurs que de constater le fait général et normal indiqué par notre confrère. Il s'agit seulement d'ausculter la carotide droite du premier enfant venu. Pour bien apprécier le phénomène, il faut appliquer le stéthoscope légèrement et un peu bas, après avoir convenablement fait tourner la tête.

En résumé, M. E. Marchand se croit fondé à déduire de ces recherches les conclusions suivantes, que nous soumettons à l'appréciation et au contrôle de nos confrères :

1° Il existe à l'état normal des bruits artériels dans la carotide droite des enfants ;

2° Ces bruits généralement intenses sont constitués ordinairement par un souffle continu, moins souvent par un souffle simple intermittent, et parfois par un bruit musical intermittent ;

3° L'état de santé n'a aucun rapport avec ces bruits, si ce n'est que les enfants les plus vigoureux présentent les bruits les plus intenses ; on renforce encore leur intensité en faisant préalablement jouer ou courir les enfants ;

4° Le sexe n'influe pas sur ces bruits artériels ;

5° Ils ne sont pas accompagnés de souffle cardiaque ;

6° Ils disparaissent à l'époque de la puberté ou vers cette époque ;

7° Jusque vers l'âge de deux ans et demi, ces bruits peuvent être perçus en auscultant la région de la fontanelle antérieure, mais cela n'est pas constant ;

8° Enfin, lorsque la puberté est établie, s'il existe des bruits carotidiens, il existe également d'autres signes qui indiquent qu'il y a aglobulie.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. RICHET.

Tumeur parotidienne. — Infiltration graisseuse des culs-de-sac glandulaires de la parotide. — Extirpation.

Le nommé François F..., âgé de quarante-deux ans, d'une constitution en apparence assez robuste, fait remonter à cinq ans et demi le début de son affection. Il a remarqué que, immédiatement au-dessous du lobule de l'oreille gauche, la peau se soulevait en masse et sans présenter de bosselures ; peu à peu, et très-lentement, le lobule lui-même se souleva et fut rejeté en dehors. Jusqu'à il y a dix-huit mois il n'y avait ressenti aucune douleur, et même encore actuellement c'est à peine si, malgré le volume considérable qu'a acquis la tumeur, il y éprouve de la gêne et de très-rares élancements. Cependant cette difformité lui est tellement odieuse, qu'il a voulu depuis longtemps déjà s'en faire débarrasser. Un homme qu'il rencontra dans la rue lui ayant demandé s'il voulait être guéri, il s'empressa de se mettre entre ses mains. Traité pendant deux mois par ce charlatan, qui le cautérisait avec un caustique liquide dont on voit aujourd'hui les traces profondes jusque sur le cou, il finit, dit-il, par comprendre qu'il était exploité, et c'est alors qu'il vint consulter à l'hôpital Saint-Louis.

La région parotidienne gauche est occupée par une tumeur du volume d'une de ces oranges dites *mandarines* ; le lobule de l'oreille est fortement soulevé et rejeté en haut et en dehors ; la branche du maxillaire est propulsée légèrement en avant, et par suite, le menton ne répond plus tout à fait à la ligne médiane ; mais c'est peu sensible. Le soulèvement de la région parotidienne ne se présente point sous l'apparence d'une tumeur arrondie, mais bien d'un cône dont la base occupe toute l'étendue de la parotide en largeur et hauteur, et dont le sommet assez aigu déborde le lobule de l'oreille. La peau qui la recouvre est le siége de cicatrices nombreuses et irrégulières, quelques-unes assez profondes et paraissant avoir intéressé toute l'épaisseur du derme, déterminées par les applications réitérées de ce caustique liquide inconnu dont il a été parlé précédemment. Cette circonstance ne laissera pas que de compliquer l'opération.

Les traits du visage ne paraissent pas, au premier abord, avoir subi des changements très-manifestes ; mais en y regardant avec plus d'attention, on ne tarde pas à voir que toutes les branches du nerf facial subissent une légère compression ; quand le malade rit ou fait un grand mouvement des muscles faciaux, il y a une déviation assez sensible à droite. Il règne aussi comme une sorte de stupeur dans la sensibilité de la face à gauche, ce qui paraît indiquer que les filets sensibles qui accompagnent le facial et quelques branches de l'auriculo-temporal participent à cette compression légère.

La tumeur offre partout une résistance et même une dureté assez grande ; nulle part on n'y trouve de points fluctuants ou ramollis ; excepté dans les endroits où la peau a été détruite par les caustiques, les téguments sont sains et offrent leur coloration normale.

Quand on cherche à imprimer à la tumeur des mouvements de totalité, on reconnaît qu'elle s'enfonce profondément dans le sillon parotidien ; mais le doigt indicateur gauche, porté à ce moment jusque dans le pharynx, pour explorer la portion du creux parotidien qui correspond aux parois pharyngiennes, permet de reconnaître qu'elle n'a point encore envahi cette région. A ces différents symptômes, je n'hésite point à diagnostiquer *un chondrome* occupant la majeure partie de la glande parotide, mais dont l'extirpation est cependant parfaitement rationnelle et possible, même sans trop de difficultés, quoique le nerf facial paraisse être compromis.

Le malade, interrogé de nouveau sur les motifs qui le portent à réclamer l'opération, déclare qu'il est un objet de répulsion pour ses camarades, qu'il ne peut trouver d'ouvrage dans aucun atelier, et que malgré l'absence de douleur, il veut absolument être débarrassé de sa grosseur, dût cette opération mettre sa vie en danger.

Le 25 juillet, l'opération est pratiquée de la manière suivante : un aide soulève le lobule de l'oreille, et d'un coup de ciseaux à bec-de-lièvre je le détache de la tumeur ; il en résulte une incision en V dont je prolonge infiniment le sommet par une incision verticale, ce qui lui donne la forme d'une Y. J'ai ainsi deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, que je dissèque successivement. La parotide mise à découvert, je fends les couches superficielles, qui me paraissent saines, pour arriver sur la production pathologique, que je supposais occuper le centre de la glande. Effectivement, après avoir traversé une épaisseur de 7 à 8 millimètres de tissu parotidien à l'état sain, je rencontrai une masse d'un blanc jaunâtre, offrant à la pression une assez grande fermeté, et ayant, au premier abord, eu égard à la couleur et à la consistance, l'apparence des masses ganglionnaires, infiltrées de ce pus concret qu'on confond si souvent avec la matière tuberculeuse ; mais un rapide examen de ce que j'avais sous les yeux me convainquit bientôt que si je n'avais point affaire à un chondrome, l'altération n'était pas non plus de celles que nous connaissons sous le nom d'adénite tuberculeuse des ganglions intra-parotidiens. Effectivement, la matière blanchâtre était très-irrégulièrement disséminée, et nulle part on ne trouvait de ces gaînes celluleuses qui, dans l'adénite parotidienne isolent l'affection ganglionnaire du tissu parotidien. Au contraire, la matière blanche était comme infiltrée dans le tissu parotidien, si bien qu'il était impossible souvent de savoir, pendant la dissection, si l'on allait au delà ou si l'on restait en deçà de la production morbide. Ce fut même là ce qui rendit l'opération très-longue et très-pénible. Effectivement, arrivé à la partie profonde de la tumeur, celle qui plongeait dans le trou parotidien, je dus sculpter, qu'on me passe l'expression, le tronc du nerf facial et ses branches au milieu de la glande altérée, et je ne pus éviter la blessure du tronc de la carotide externe. Enfin, après une demi-heure de pénible dissection, pendant laquelle le malade fut maintenu dans l'anesthésie, j'ai emporté la totalité de la masse morbide, autant qu'il était permis de s'en assurer, et avec elle une notable portion de la parotide.

Les suites de l'opération furent des plus heureuses, et trois semaines après le malade entrait à l'asile des convalescents de Vincennes, ne conservant qu'un peu de stupeur dans le côté gauche de la face, et une légère déviation à droite de la lèvre inférieure. Mais la plaie n'était pas entièrement cicatrisée ; quelques bourgeons charnus de la grosseur d'un pois sortaient par l'angle de réunion des deux lambeaux à leur sommet, et par là suintait un peu de liquide salivaire. Ces bourgeons ont été et devront encore être réprimés avec l'azotate d'argent. Plusieurs fois déjà, après des opérations de chondrome, j'ai vu pareil phénomène se produire, et jamais la fistulette salivaire n'a persisté au delà de cinq ou six semaines.

L'examen approfondi de la tumeur confirma ce qu'un rapide coup d'œil nous avait permis de reconnaître pendant l'opération. L'altération ne siége pas dans les ganglions, mais bien dans le tissu glandulaire lui-même. On peut reconnaître même à l'œil nu que la matière grisâtre occupe les granulations salivaires ; toutes ne sont point envahies au même degré ; quelques-unes sont tout à fait blanches, d'autres conservent encore une demi-transparence. Dans quelques points centraux, la matière forme une masse homogène, et au centre de ces masses quelques points semblent plus mous. Outre les masses qui sont dépourvues de toute enveloppe kystique, se voient des vaisseaux.

L'examen micrographique fait quelques heures après par M. Chalvet jeune, anatomiste très-versé en ces sortes d'études, montre que cette matière blanche, qu'à l'œil nu on aurait pu prendre pour du pus concret ou des tubercules, n'est autre chose que de la graisse, qui se présente sous l'apparence de granulations ayant envahi les cellules ou culs-de-sac glandulaires. C'est ce que l'on peut reconnaître dans les points où l'altération n'a pas encore détruit toute trace d'organisation, car au centre on ne rencontre que des granulations graisseuses. A la périphérie, au contraire, on trouve entre les culs-de-sac envahis par la graisse, du tissu cellulaire et du tissu élastique qui n'ont encore subi aucune transformation.

En présence de cette altération singulière, j'ai dû me demander quelle en était la signification.

Et d'abord, avons-nous affaire à une tumeur bénigne ou maligne ? A-t-on ou non à craindre une repullulation de la production morbide sur place ou à distance ? La solution de ces deux questions, qui à vrai dire peuvent rentrer en une seule, domine toutes celles que peut soulever ce cas singulier, et jusqu'ici, à ma connaissance du moins, sans analogue, à la région parotidienne.

Je me souviens avoir vu dans le service de M. Velpeau en 1841, alors que la micrographie appliquée à la clinique ne faisait que naître en France, un vieillard qui avait dans la région sous-maxillaire une tumeur que ce savant maître crut devoir enlever. MM. Denucé et Lebert, qui suivaient assidûment le service, en firent l'examen micrographique, et il fut déclaré que c'était une tumeur graisseuse ayant beaucoup d'analogie avec celles que M. Velpeau appelait alors *butyreuses* du sein. Quoi qu'il en soit de l'interprétation, le malade guérit de sa plaie ; mais quelques mois après il revint avec un commencement de récidive.

Je ne saurais dire, au reste, si ma tumeur parotidienne actuelle présente plus que de l'analogie avec celle du vieillard de la Charité ; car ces souvenirs sont un peu lointains ; mais je ne puis néanmoins m'empêcher de redouter, non point une infection générale immédiate, mais une récidive sur place. Effectivement, quoique la graisse soit un produit qui n'a rien d'étranger ni de malin pour l'économie, il faut bien se dire cependant qu'elle ne se présente point ici dans le même état qu'à l'état normal, ni même que dans le lipome. Or, même en admettant que par le fait de l'opération nous avons extirpé la production morbide en totalité, nous sommes obligés de convenir qu'il est resté une notable portion de la glande parotide, et qu'on ne voit pas trop pourquoi l'altération graisseuse ne continuerait pas à se développer dans les granulations salivaires jusqu'ici restées saines. A cela, il est vrai, on peut répondre que le canal de Sténon ayant été coupé et détruit dans la plus grande partie de son étendue, les granulations salivaires qui restent n'ayant plus aucun débouché, aucune raison d'être, devront s'atrophier d'autant mieux que la suppuration a dû achever la destruction de celles que le bistouri n'avait fait qu'entamer. Nous sommes donc obligés de rester dans le doute, et c'est la suite qui démontrera ce qu'il faut penser de la bénignité de ces infiltrations graisseuses. Le malade sera suivi avec soin ; il travaille dans un établissement voisin de l'hôpital Saint-Louis, et j'aurai soin de tenir la Société au courant de ce qui surviendra.

OBSERVATION DE TRANSPOSITION DU COEUR

et des autres viscères chez un sujet de vingt et un ans du sexe féminin.

Par M. le docteur GACHET.

(Communiquée à l'Académie de médecine, séance du 27 août.)

La nommée Ernestine E..., âgée de vingt et un ans, est venue me consulter pour un embarras gastrique. Cette jeune personne, née à Nancy (Meurthe), habitant Paris depuis six ans, d'une taille élevée, bien conformée, bien réglée depuis l'âge de douze ans, d'un tempérament strumeux, est chloro-anémique. Elle se couche indistinctement sur le côté droit ou sur le côté gauche. Son sommeil est bon et rarement troublé par des rêves. Elle n'est point gauchère. Par le fait de l'accélération de la circulation, par une marche précipitée, une émotion vive ou l'ascension d'un escalier, elle porte la main à droite, et sent le cœur battre en cet endroit.

A l'état de repos, les deux pouls sont isochrones ; mais si la circulation vient à être rendue plus active par les mouvements, le pouls du bras droit est un peu en retard sur celui du bras gauche.

L'auscultation fournit les signes suivants :

Les bruits du cœur sont perçus à droite sous la clavicule avec sonorité.

A gauche, au même point, ces bruits sont perçus d'une manière plus sourde.

En partant de gauche à droite au niveau de la région du cœur, et à mesure que l'on se rapproche du sein droit, les bruits du cœur deviennent plus sensibles à l'oreille.

Le maximum d'intensité des bruits a lieu entre la troisième et la quatrième côte droite.

Immédiatement sous le sein droit, entre la quatrième et la cinquième côte droite, on perçoit avec le doigt le battement de la pointe du cœur. A gauche, rien de semblable. Les bruits du cœur sont isochrones à ceux du pouls.

La percussion a fourni des signes qui coïncident parfaitement avec ceux fournis par l'auscultation.

OBSERVATION DE HERNIE LOMBAIRE,

Par M. le Dr CHAPPLAIN, chirurgien des hôpitaux de Marseille.

La hernie lombaire, signalée pour la première fois par J. L. Petit, est excessivement rare. Dans le cas publié par cet illustre chirurgien, il s'agit d'une femme dont les parois abdominales avaient été distendues par la grossesse. Dans l'observation que nous publions, nous avons eu une cause d'affaiblissement des parois abdominales plus directe encore que celle citée par Petit.

Ce malade a reçu un coup de timon de voiture dans la région lombaire, dans le lieu où s'est effectué le déplacement intestinal ; c'est donc à l'aide d'une violence physique que s'est produit le large anneau qui donne passage à l'intestin. Voici d'ailleurs l'observation du malade ; elle a été recueillie par M. Maliet, interne du service.

G..., soixante ans, journalier, entre à l'hôpital le 11 juillet ; il a été pris, il y a un mois, entre un mur et le bras d'une charrette. Nous n'avons pas assisté aux accidents primitifs qui se sont présentés. Nous n'avons pu l'examiner que lorsque les symptômes de la contusion ont disparu, moins la douleur, qui paraît persister encore.

Dès son entrée à l'hôpital, G... est examiné dans son lit. Nous trouvons dans le flanc droit, immédiatement au-dessus de la crête iliaque, au-dessous de la dernière côte, un sillon longitudinal de la peau, dans lequel cette membrane a sa face externe adossée à elle-même comme dans une sorte de bourse. La main, introduite dans ce repli, rencontre un enfoncement, et l'on est à se demander si la dernière côte n'a point été brisée pour donner passage à la main qui la rencontre, plus mobile que dans l'état normal. Là s'arrêteraient les phénomènes présentés par le malade, si on ne l'examinait dans une autre position.

Quand le sujet est debout, l'enfoncement que nous avons cité est remplacé par une tumeur considérable. Placée entre la dernière côte et la crête iliaque, elle a une forme ovalaire à grand diamètre horizontal ayant 7 ou 8 centimètres, tandis que dans son diamètre vertical on ne trouve que 5 ou 6 centimètres. La coloration de la peau n'est point changée. Si l'on examine la tumeur alors qu'elle proémine au dehors, on sent une fluctuation semblable à celle que présenterait un abcès froid. Mais si l'on ne se contente pas d'une pression douce, que l'on cherche à comprimer la tumeur, on la sent qui s'efface en donnant la sensation de gargouillement ; et bientôt elle disparaît, laissant, au contraire, un enfoncement à la place de la saillie qui existait auparavant. Dès que l'on abandonne la pression, la tumeur

reparaît et augmente par la toux, en même temps que l'on perçoit la secousse propre à la hernie, dans tous les points de l'abdomen où elle se présente.

La tumeur réduite, on ne sent pas les rebords musculaires à travers lesquels le déchirement s'est opéré; on ne touche que le rebord iliaque et la dernière côte.

C'est bien là le siége de la hernie J. L. Petit, ainsi qu'elle a été désignée. La cause en est dans une violence externe qui a éraillé les fibres musculaires et aponévrotiques qui constituent la paroi abdominale.

Nous ne nous arrêterons pas aux signes que cette hernie présente, ils sont les mêmes qui caractérisent les déplacements de l'intestin dans les autres régions de l'abdomen, à l'aine, à l'ombilic, etc., la tuméfaction sans changement de coloration à la peau, la réductibilité, le gargouillement, la percussion par la toux, etc., etc.

Il nous paraît plus important de nous arrêter au diagnostic.

La rareté des déplacements intestinaux siégeant dans les lombes fait que tout d'abord la possibilité de cette altération morbide ne se présente pas au chirurgien. Il existe, au contraire, dans ces points-là des maladies fort communes; je veux parler des abcès froids.

Pour une personne non prévenue qui examinera le malade dans la position debout, la présence d'un abcès froid ne semblerait point devoir être l'objet d'un doute; la peau n'est pas changée de couleur, la fluctuation paraît manifeste; heureusement que l'on ne se déciderait à faire dans ce point une ponction qu'en faisant coucher le malade, et l'on reconnaîtrait bien vite alors la nature de l'affection. Pour un chirurgien prévoyant la possibilité de cette affection, le diagnostic serait facile, car la moindre pression détermine la rentrée des organes herniés avec le gargouillement propre aux déplacements intestinaux.

Dans le cas que je viens de citer, le diagnostic ne serait donc point difficile, car l'ouverture par laquelle l'intestin sort de l'abdomen est grande et permet à la moindre pression la rentrée des organes contenus dans la hernie; mais en serait-il de même dans le cas de J. L. Petit, là où la hernie se trouve assez développée au dehors et l'ouverture assez étroite pour amener l'étranglement.

Cet illustre chirurgien ne reconnut la nature de cette affection que par les accidents concomitants de l'étranglement; mais, ne nous le dit-il pas lui-même, personne ne soupçonnait que ce fût une hernie.

Le diagnostic est donc facile dans le cas actuel, mais il peut, dans quelques cas, devenir fort difficile. Ce ne sera que par un examen fort attentif, et surtout en se rappelant la possibilité de cette hernie si rare, que l'on pourra éviter une erreur qui serait funeste au malade.

J. L. Petit nous apprend que cette hernie peut s'étrangler. Les conditions dans lesquelles elle prend naissance ne expliquent parfaitement la possibilité de cette complication. C'est à la suite d'une distension exagérée, d'une lésion physique que se développe la hernie; malgré l'existence de l'intervalle entre les muscles grand dorsal et grand oblique, la hernie ne se produira pas sans une cause déterminante plus active. Dès lors, quand cette cause aura terminé son action, les parties lésées auront de la tendance à se rapprocher et à diminuer d'autant l'ouverture de l'anneau. Chez le malade dont il est ici question, la lésion physique date d'un mois environ; la rupture musculaire n'aura-t-elle pas dans l'avenir de la tendance à se fermer, et alors l'anneau devenu plus étroit ne tendra-t-il pas à déterminer l'étranglement des parties qui passent aujourd'hui avec tant de facilité?

(*Soc. de Méd. de Marseille.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 août 1861. — Présidence de M. Laborie.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'instruction publique annonce à la Société qu'il lui a alloué pour l'année courante une somme de 500 fr.

— M. le docteur Segers, de Saint-Nicolas (Belgique), demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger, et adresse à l'appui de sa demande un ouvrage intitulé: *Nouvelle théorie sur l'asthme; exposé d'un nouveau traitement curatif de la gangrène sénile*, etc. Bruxelles, 1861, in-8°. (Rapporteur M. Broca.)

LECTURE.

Enorme kyste multiloculaire du maxillaire inférieur. — M. Broca donne lecture de l'observation suivante, adressée à la Société par M. Letenneur (de Nantes), membre correspondant. (Nous la publierons dans un prochain numéro.)

COMMUNICATION.

M. Verneuil. Je veux appeler l'attention de la Société sur des faits insolites dans lesquels j'ai vu des accidents graves et même mortels être la suite d'un traumatisme léger. J'ai pu observer deux cas où des accidents semblables se sont manifestés, et je demande à la Société la permission de les lui exposer, afin que chacun, consultant ses souvenirs, puisse dire s'il en a recueilli d'analogues dans sa pratique.

Dans ma première observation, il s'agit d'un étudiant en médecine, bien portant, qui, se promenant en voiture avec ses amis aux Champs-Elysées, fut renversé, et tomba sur le côté droit. Appelé auprès de lui immédiatement après l'accident, je constatai les lésions suivantes :

1° Une fracture probable des côtes. Je dis probable, parce que le moindre contact sur la région provoquait de telles douleurs que je n'insistai point, et je fis appliquer un bandage de corps sans me préoccuper davantage de cette lésion, qui finit par guérir sans laisser de traces.

2° Une petite contusion au coude droit sans fracture, qui guérit aussi parfaitement bien.

3° Une contusion avec érosion de la peau au niveau de l'apophyse orbitaire externe du frontal droit.

En présence de ces accidents immédiats de la chute, voyant qu'il n'y avait pas de fracture apparente ni à la tête ni au bras, je rassurai le malade. En effet, tout se passa pour le mieux pendant les premiers jours qui suivirent l'accident. Mon pronostic paraissait se confirmer, lorsque le cinquième jour il se déclara brusquement une déviation de la moitié de la face; nous étions en présence d'une paralysie faciale du côté droit. Rien jusque-là n'avait pu nous faire soupçonner une grave lésion des centres nerveux. J'avais examiné attentivement le crâne, je n'avais pas trouvé de contusion dans la région mastoïdienne le premier jour de l'accident; j'avais constaté seulement une douleur très-vive dans ce point, sans la moindre ecchymose. Mais le jour de l'apparition de la paralysie faciale, je reconnus une ecchymose secondaire dans la région mastoïdienne. Si les contusions guérirent promptement, la paralysie faciale fut au contraire assez rebelle. Cependant les émissions sanguines au moyen de sangsues appliquées derrière les oreilles amenèrent au bout de quelque temps une amélioration notable; la parole, qui avait été abolie, revint, et la paralysie faciale diminua beaucoup. Ce fut dans ces circonstances que j'envoyai mon malade aux bains de mer, dont l'action fut bienfaisante, puisque au retour il n'offrait plus aucune trace de tous ces accidents.

Un an après, nouvelle manifestation de phénomènes morbides graves du côté de la tête. D'abord il y a eu une légère déviation des traits de la face, indiquant un commencement de paralysie du nerf facial primitivement atteint. Au bout de quelques jours, explosion de phénomènes plus sérieux encore, tels que délire, aliénation mentale, hémiplégie du côté gauche, convulsions tétaniques.

En présence de ce terrible cortége de symptômes, je dus prendre l'avis de M. Monneret. Comme le malade habite les Deux-Sèvres, pays à fièvres intermittentes, nous examinâmes la rate, que nous trouvâmes énorme. Du reste, ce jeune homme avait aussi le teint cachectique, et il était dyspeptique depuis longtemps. Nous lui conseillâmes de prendre de l'iodure de potassium, et de suivre un traitement hydrothérapique.

Après deux mois de cette médication, il y eut une amélioration sensible; les mouvements revinrent dans le bras et la jambe, l'intelligence fut plus nette.

Mais voilà que j'apprends une seconde rechute, et plus grave que la première, caractérisée par de la démence, de la paralysie des sphincters, de l'hébétude et des accès de fureur. Tous ces phénomènes morbides ne sont pas rassurants, et tout nous fait craindre une mort prochaine.

Ainsi, en résumé, voilà un exemple de traumatisme léger sur l'apophyse orbitaire externe amenant des accidents cérébraux sur le côté correspondant. Comment pouvons-nous expliquer la relation qui existe entre la violence extérieure et les accidents? Il est probable que la chute a produit une lésion du rocher qui ne s'est point manifestée à l'extérieur, qu'autour de cette fracture une phlogose se sera plus tard établie, et que celle-ci aura gagné peu à peu le cerveau et ses enveloppes.

Le deuxième fait que j'ai à vous communiquer offre avec celui-ci une grande analogie.

Il y a dix-huit mois environ, un de mes clients vint me chercher pour sa femme. Celle-ci avait toujours été bien portante, et n'était affectée d'aucune diathèse; elle venait d'éprouver un accident au milieu des circonstances suivantes : au moment de la rentrée du mari, elle voulait ouvrir une armoire à glace, et ne pouvait y parvenir. Le mari lui vient en aide, se charge d'ouvrir l'armoire pendant que sa femme reste derrière lui. Il fait des efforts considérables, il tire fortement sur la clef, la porte résiste toujours. Enfin, la porte cède sous l'influence d'une traction plus énergique, et elle s'ouvre brusquement. Pendant ce mouvement, le coude du mari vient heurter violemment sa femme au niveau de l'apophyse orbitaire externe. Le choc fut si violent que la femme fut renversée par terre.

Je constate l'existence d'une ecchymose et d'une petite bosse sanguine sur la région orbitaire. Il n'y a pas de lésion apparente ailleurs, et je fais appliquer sur le mal des compresses résolutives.

Le huitième jour après l'accident, la malade sort en voiture découverte en compagnie de son mari, pendant une partie de la journée. C'était le mardi gras, et il faisait froid. Avant la sortie, la malade éprouvait déjà quelque sensation insolite dans la face, et, en rentrant à quatre heures du soir, on pouvait constater tous les phénomènes d'une paralysie faciale bien caractérisée.

Je suis appelé immédiatement, je trouve les dernières traces de la contusion sur la région orbitaire, et j'observe de plus une douleur très-vive derrière l'oreille, au niveau de la base de l'apophyse mastoïde.

Les jours suivants, la paralysie faciale se complète, la parole devient indistincte, la mastication est difficile et la malade se mord fréquemment la joue pendant cet acte.

Sur ces entrefaites, on appela un médecin qui crut devoir traiter la paralysie par l'électricité; mais cette médication ne produisit aucun résultat avantageux. Je fus invité alors à donner de nouveau mes soins à la malade; j'appliquai immédiatement des sangsues à plusieurs reprises et à quelques jours d'intervalle sur la base de l'apophyse mastoïde. Ce traitement amena de l'amélioration, la paralysie diminua notablement. Cependant la malade était très-indocile, et la guérison n'arrivant pas assez promptement, j'ajoutai au traitement des purgatifs drastiques répétés, des vésicatoires.

L'amélioration devenait plus grande, la paralysie faciale avait considérablement diminué, lorsque la malade alla à la campagne, puis aux bains de mer. Ces conditions hygiéniques nouvelles eurent encore pour effet d'amender le mal, mais sans le guérir complétement. Depuis, la malade a quitté Paris pour retourner en Belgique, son pays. A son départ, la bouche n'était plus déviée et elle ne conservait de sa paralysie que l'inconvénient de ne pouvoir fermer complétement les paupières du côté de la contusion.

Tout récemment, j'ai été consulté par le mari pour l'accident suivant : du côté où l'occlusion des paupières était impossible, il s'est manifesté une blépharoptose. Du reste, la santé générale est restée excellente.

Ce fait m'inspire les réflexions suivantes. Il est certainement moins grave que le précédent; mais il est tout aussi singulier relativement à la gravité des accidents sous l'influence d'un traumatisme en apparence léger.

Pour me résumer, je dirai que voilà deux cas de contusion de l'apophyse orbitaire externe qui ont déterminé consécutivement des paralysies et même des accidents qui, pour l'un d'eux, seront probablement mortels. Je voulais mettre en rapport la cause et l'effet, et m'éclairer auprès de mes collègues, pour savoir d'eux s'ils avaient eu l'occasion d'en observer de semblables.

M. Bauchet. Les deux observations de M. Verneuil sont certainement très-intéressantes. J'ai rapporté dans ma thèse de concours pour l'agrégation des faits analogues, dans lesquels on a vu, par exemple, après la contusion du crâne, se déclarer le diabète, l'albuminurie, etc.

M. Verneuil. Je n'ai pas voulu parler des faits auxquels M. Bauchet fait allusion. Mon attention se fixe seulement sur ce point, à savoir : qu'il peut survenir des accidents cérébraux très-graves après une contusion même légère de la région orbitaire externe. Je ne veux point parler des paralysies faciales consécutives aux fractures du rocher, paralysies dans lesquelles on s'explique parfaitement la relation entre la fracture et la lésion du nerf. Dans les cas, au contraire, que je viens de relater, nous ne saisissons pas aussi bien la succession des phénomènes. Comment, en effet, pouvons-nous expliquer la relation qu'il y a eue entre la contusion de l'orbite et la lésion du nerf facial? L'irradiation est ici certainement curieuse. Comment le nerf facial a-t-il été blessé? Y aurait-il eu une fracture du rocher? Je l'ignore; mais ce que je sais très-bien c'est qu'au moment de l'accident il n'y a pas eu les symptômes de cette fracture, et que je n'ai pas observé l'écoulement d'un liquide sanguin ou séreux par l'oreille. Je n'ai constaté qu'un seul symptôme pouvant faire croire à la fracture du rocher, je veux parler de la douleur au niveau de la base de l'apophyse mastoïde.

M. Trélat. Les deux faits relatés par M. Verneuil sont très-curieux, mais s'ils offrent une certaine analogie, ils présentent aussi beaucoup de différence entre eux. Je vais tâcher de les apprécier. Pour le second cas, je ne suis point de l'avis de M. Verneuil, je crois que la paralysie faciale n'est pas sous l'influence du traumatisme; je suis porté à admettre, au contraire, que la véritable cause est le froid, et qu'il s'agit, par conséquent, d'une paralysie rhumatismale.

Pour le premier fait, l'appréciation est plus difficile. Il est certain qu'à la suite de violences portées sur la tête, on voit quelquefois des accidents se manifester six mois, un an même après, et l'on est dès lors autorisé à se demander si dans cette circonstance l'on n'aurait pas à enregistrer un cas semblable. Mais, d'un autre côté, ne serait-il pas possible qu'il n'y eût aucune relation entre la cause et les accidents survenus? N'y aurait-il pas eu ici une simple coïncidence? Les phénomènes observés nous feraient admettre volontiers qu'il y a eu simplement un ramollissement cérébral concomitant. Je connais très-bien les faits cités dans la thèse de M. Bauchet; si je les compare avec les deux observations de M. Verneuil, je ne puis m'empêcher d'y trouver des différences. Ainsi, dans les cas où le traumatisme est évident, les accidents consécutifs sont en général prompts à se manifester; ils sont rapides, francs, nettement accusés. On peut observer alors des accès épileptiformes, de l'épilepsie même, mais on ne voit pas, comme dans le cas de M. Verneuil, des accès de démence, des paralysies. En d'autres termes, dans ce fait nous n'observons pas la marche et la nature des accidents qui se montrent parfois à la suite des fractures du crâne.

Je suis d'autant plus autorisé à chercher une autre cause pour expliquer ce fait insolite et surtout cette paralysie du facial, que, de l'aveu même de M. Verneuil, le traumatisme a été très-léger. Du reste, j'ai observé beaucoup de rochers brisés, j'ai fait de nombreuses expériences, et j'avoue que, même avec une fracture très-complète de cet os, le nerf facial n'est pas toujours lésé. On peut briser quelquefois le temporal en plusieurs fragments sans que le nerf soit directement intéressé. Pour toutes ces raisons, il faut n'admettre l'étiologie indiquée par notre collègue qu'avec réserve et même qu'avec doute.

M. Bauchet. Pour la seconde observation de M. Verneuil j'adopte la manière de voir de M. Trélat. Pour la première observation, au contraire, je me range entièrement de l'avis de M. Verneuil. J'ai rapporté dans ma thèse des faits analogues à celui-ci. Depuis j'ai vu un malade soumis à l'examen de M. Moutard-Martin, et qui se place dans la même catégorie. Si l'on embrasse d'un coup d'œil d'ensemble tous les phénomènes qui peuvent survenir à la suite d'un coup porté sur la tête, on voit qu'ils peuvent être divisés en immédiats et en consécutifs. Or le premier malade de M. Verneuil a offert la série naturelle de ces accidents. Du reste, dans tous les faits que j'ai étudiés avec attention, il y avait eu commotion ou contusion cérébrale.

M. Verneuil. Je reconnais que mes observations offrent quelque chose de singulier, et c'est à ce titre que j'en fais l'objet d'une communication. Je comprends aussi les doutes émis par M. Trélat sur la nature de la cause de ma seconde observation. Mais je persiste néanmoins dans mon diagnostic. Je sais bien que le froid peut être invoqué pour expliquer la paralysie faciale. Mais il ne faut pas oublier aussi qu'avant de sortir la malade avait déjà éprouvé de l'embarras du côté de la bouche; et (signe important de fracture du rocher) j'avais en outre constaté une douleur vive, nettement limitée à la base de l'apophyse mastoïde du côté paralysé. Or, dans les paralysies rhumatismales du facial, il n'y a pas la moindre douleur dans la région mastoïdienne.

J'ai observé, il n'y a pas longtemps, un cas de paralysie faciale de nature rhumatismale, dans un service de médecine de l'hôpital Beaujon, et la guérison n'a pas tardé à se faire. Dans le cas de traumatisme, au contraire, la guérison est lente; les antiphlogistiques, les vésicatoires, sont moins efficaces. Si je réfléchis que la paralysie chez ma malade s'est améliorée sans guérir radicalement, tandis que la paralysie causée par le froid guérit toujours et d'une manière prompte, je suis obligé de conserver mon opinion sur la nature de la cause qui a amené la paralysie dans cette circonstance.

Pour le premier malade, M. Trélat serait disposé à ne voir qu'une coïncidence. Mais je ferai remarquer qu'il y a entre la cause et les accidents une filiation bien évidente, bien nette. Contusion, puis paralysie rebelle, cédant au bout de cinq mois de traitement; puis guérison persistant pendant un certain temps, production de nouveaux

accidents, bientôt après paralysie, embarras de la parole, hémiplégie du côté opposé au rocher qui a supporté le choc, voilà, je pense, un enchaînement naturel d'une série d'accidents qu'on ne peut rattacher à une autre cause qu'au traumatisme, quelque léger qu'il ait été en apparence. Si je pouvais émettre une explication de la dernière série de ces accidents, je supposerais volontiers qu'il s'est formé en dernier lieu un abcès ou une tumeur quelconque au niveau du rocher ; de là des phénomènes d'inflammation et de compression du côté du cerveau. Pour toutes ces considérations, je persiste dans ma manière de voir, et si j'ai communiqué ces faits, c'était pour savoir si quelques-uns de mes collègues en avaient observé de semblables.

M. BAUCHET. Je désirerais savoir si les malades dont nous a parlé M. Verneuil avaient perdu connaissance au moment de l'accident.

M. VERNEUIL. Je ne pourrais le dire. Ainsi, pour le premier cas, le malade a roulé avec ses camarades au moment où la voiture a été renversée. On ne peut se rendre un compte exact de ce qui a eu lieu ; mais à coup sûr on peut affirmer que si la perte de connaissance a eu lieu, elle a été légère. Il en est de même du second fait.

M. RICHET. M. Bauchet a cité l'observation de M. Moutard-Martin; je prends la parole pour donner quelques renseignements sur ce malade, qui a été dans mon service six mois avant les accidents observés par M. Moutard-Martin. Ce malade était arrivé à l'hôpital Saint-Louis, dans mes salles, après avoir fait une chute d'un lieu très-élevé. Le côté droit de la tête avait porté et il s'était produit une fracture du rocher. Il y avait eu en même temps commotion cérébrale. Au bout de quelques jours les phénomènes de la commotion ne s'étaient point dissipés ; cet homme était dans un état d'hébétude et d'exaltation telles, que je me demandai si avant sa chute il n'avait pas été atteint de folie.

En effet, les renseignements que je pris auprès des parents me montrèrent que j'avais eu quelque raison de me poser cette question ; il me fut répondu que le malade était un peu dérangé dans ses facultés intellectuelles. Quoi qu'il en soit, il resta sans intelligence jusqu'à sa sortie de l'hôpital. C'est quelque temps après qu'il est entré dans le service de M. Moutard-Martin pour s'y faire traiter d'une polyurie.

Je n'aurais pas pris la parole, si l'on n'avait rappelé ce fait dont j'ai été témoin. Mais puisque la discussion est ouverte sur ce sujet, je dois dire qu'il n'y a pas la moindre parité entre ce cas et ceux dont M. Verneuil nous a parlé. Au reste, je partage l'opinion de M. Trélat relativement à la nature de la paralysie dans le second cas. Dans la première observation, je crois à la cause traumatique. Mais il reste à expliquer le mode suivant lequel se développent des accidents consécutifs dans ces circonstances. On n'a parlé jusqu'ici que de deux causes : l'une serait traumatique, l'autre rhumatismale. Quant à la cause traumatique, j'avoue que je ne l'accepte qu'avec réserve, parce qu'il y a beaucoup de difficulté pour expliquer la transmission de la violence jusqu'au rocher. J'admettrais donc plus volontiers l'influence du froid, surtout dans le dernier cas, si j'étais forcé de me prononcer.

Mais il y a une troisième théorie à laquelle on n'a pas pensé dans cette discussion. On sait que Magendie croyait à l'existence de paralysies par récurrence. Il avait démontré que la lésion du nerf frontal pouvait être suivie de paralysie dans les branches de la cinquième paire, et même dans la rétine. J'ai observé dans ma pratique un cas qui confirme pleinement cette opinion. Un coup avait été porté sur le front ; douleur vive immédiatement après et plus tard amaurose, tels furent les phénomènes qui suivirent cette violence, qui avait probablement affecté le nerf frontal. Je n'ignore point qu'on a cherché l'explication de ces faits, en admettant une fracture du fond de l'orbite, où les nerfs qui s'y trouvent auraient été intéressés soit primitivement, soit consécutivement ; mais l'existence de cette fracture est tout hypothétique, rien ne la démontre, et jamais elle ne s'est traduite par la plus petite ecchymose sous-conjonctivale.

Il faut donc admettre qu'il y a eu une contusion du nerf frontal ou une commotion cérébrale. M. Malgaigne, qui a traité ce sujet dans son *Anatomie chirurgicale*, se range à cette manière de voir, et rejette dans ce cas l'existence d'une fracture, et l'on sait que sur ce point son opinion est d'un grand poids. Eh bien, en reconnaissant la solidité de cette interprétation, ne pouvons-nous pas nous demander si le second malade de M. Verneuil n'a pas éprouvé des phénomènes consécutifs, comme ceux dont je viens de parler? Pour ma part, je n'hésiterais point à me prononcer affirmativement.

M. FOLLIN. Si l'on examine les symptômes que les médecins aliénistes assignent à la paralysie générale, on ne peut s'empêcher de voir qu'ils existent en partie dans les observations de M. Verneuil. Et c'est en me basant sur cette analogie que je conseillerais une grande réserve pour le pronostic. Dans la paralysie générale on observe un ramollissement de la couche périphérique du cerveau; puis ce ramollissement, débutant à la base, s'étend peu à peu jusqu'à l'origine d'un nerf, et, progressant encore, il envahit d'autres origines des nerfs crâniens. Ne peut-il pas se faire que les mêmes lésions existent chez le second malade de M. Verneuil? Quand au premier fait rapporté par notre collègue, il me paraît démontré comme à lui que les phénomènes consécutifs sont sous l'influence du traumatisme.

Quant à l'explication donnée par M. Richet, en se basant sur l'opinion de Magendie, je l'admets volontiers. L'on sait, en effet, qu'après la lésion d'un nerf, il survient quelque temps après une altération graisseuse dans ce nerf, et que cette altération peut aussi bien gagner le bout périphérique que le bout central de ce nerf. Les expériences de Waller, de MM. Brown-Séquard et Vulpian, le démontrent d'une manière évidente.

M. VERNEUIL. Je n'insisterai point davantage, et je persisterai dans mon opinion. J'avoue que l'hypothèse de la récurrence, invoquée par MM. Richet et Follin, ne me satisfait pas. Elle n'est certainement pas applicable au premier fait.

Pour la seconde observation, la contusion a été assez forte pour fracturer le rocher, et du reste, j'insiste sur ce point, la malade affirme qu'avant sa sortie elle éprouvait déjà un certain embarras dans la bouche. Le froid n'est peut-être pas la seule cause qui a produit cette paralysie ; et puis, dans la paralysie rhumatismale trouve-t-on de la douleur à la base de l'apophyse mastoïde? C'est là un signe très-important pour éclairer l'étiologie.

M. RICHET. Les signes les plus probants pour M. Verneuil sont la douleur et la persistance de la paralysie. Pour moi, ces signes n'ont pas une valeur aussi grande pour indiquer positivement la cause. Ainsi je connais des paralysies faciales de nature rhumatismale, qui ont été très-longtemps rebelles, et ont résisté aux vésicatoires, aux moxas et aux révulsifs les plus énergiques longtemps continués. Si l'amélioration est survenue, elle a été autant l'effet du temps que de la médication. J'ai observé un étudiant en médecine, qui, ayant couché la joue tournée contre un mur humide, avait eu une paralysie faciale. La guérison n'est arrivée qu'au bout d'un an, et cependant j'ai bien observé chez lui l'existence d'une douleur vive à la base de l'apophyse mastoïde.

Je conclus donc que les deux signes sur lesquels M. Verneuil base son opinion, à savoir : la douleur à la base de l'apophyse mastoïde et la persistance de la paralysie malgré un traitement énergique, ne sont pas démonstratifs.

Quant à la théorie de la récurrence invoquée par Magendie, je suis disposé à en faire bon marché.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. TRÉLAT présente une fille atteinte d'une **luxation du coude en arrière et en dedans.** Il soumet à l'examen des membres de la Société le coude de cette fille, et il dit qu'il a fait des tentatives infructueuses de réduction. Il remarque aussi que cette luxation est rare, et qu'elle est ancienne.

M. MOREL-LAVALLÉE demande si l'on a fait des mouvements de flexion et d'extension avant d'essayer la réduction.

M. TRÉLAT répond qu'il n'en a point fait.

M. MOREL-LAVALLÉE. Dans les luxations un peu anciennes du coude, il existe des liens fibreux quelquefois très-puissants entre les surfaces articulaires. Il est indispensable de faire jouer l'articulation dans tous les sens pour les détruire. Ce n'est qu'après leur destruction qu'il faut tenter la réduction. C'est en suivant cette conduite que j'ai obtenu récemment deux succès.

Dans le cas que j'ai présenté dernièrement à la Société, des doutes se sont manifestés sur la réduction complète de la luxation. J'avais cependant beaucoup de raisons pour croire à une réduction ; mais en présence des doutes émis, j'avais presque cru que j'avais été induit en erreur. Il n'en était rien néanmoins, la réduction était bien complète ; le malade, que j'ai revu et qui est serrurier, a repris son métier, et il se sert de son bras avec la même facilité que de l'autre : il est parfaitement guéri. Je suis persuadé que M. Trélat arrivera au même résultat, s'il veut suivre mon conseil.

M. RICHET. Cette luxation en arrière et en dedans n'est point aussi rare que l'avance M. Trélat. Si peu d'exemples existent, c'est qu'on ne les publie point à cause de leur fréquence ; de même qu'on ne publie point tous les cas de pneumonie. Pour ma part, j'en ai observé un certain nombre. M. Trélat nous a dit ensuite que la luxation était ancienne. Je ne crois pas qu'elle doive encore porter cette épithète. Elle ne date que du 5 juillet; elle n'a donc que quarante-sept jours, et cela ne peut pas s'appeler une luxation ancienne.

J'ai réduit moi-même plusieurs de ces luxations, une entre autres sur un enfant de douze ans, et je n'ai jamais eu recours aux moufles. La difficulté dans ces cas ne consiste pas dans la réduction du radius, mais bien dans celle cubitus. En effet, l'extrémité supérieure de cet os est remontée dessus de l'épitrochlée. Il faut donc faire descendre le cubitus au-sous de cette sorte de promontoire, et pour obtenir ce résultat, convient de tirer l'avant-bras dans la demi-flexion. Dans le cas qu ous observons, la mobilité est grande, et la luxation est peu ancien de sorte que je ne crois pas aux brides intra-articulaires. Cui fait l'obstacle à la réduction, c'est l'engrènement ; il faut donc détruire. Pour cela, je le répète, les tractions doivent se faire la demi-flexion, mais en procédant avec douceur et non avec je ; quand on sent que le crochet olécrânien est détaché, il faut ousser l'humérus en arrière par le procédé de refoulement, tout exerçant des tractions sur l'avant-bras fléchi et porté dans la pro ion forcée.

M. TRELAT. En me gu nt sur ce qui est écrit, sur le mémoire de M. Denucé et sur un cle que j'ai rédigé moi-même, je pouvais considérer ces luxations mme rares. Je n'avais pas d'autres éléments pour baser mon nion. Quant aux conseils qui me sont donnés, je les regarde c me précieux. Cependant je dois avouer que je ne comprends p rès-bien les tractions dans la demi-flexion. Il est évident qu'en do nt à l'avant-bras cette position, on tend le triceps ; et se trouve-t alors dans une position plus favorable pour dégager le cubitus? ais eu une idée toute contraire, de tirer dans l'extension exagé. Cette manœuvre n'a rien produit, il est vrai. Et puisque je n pas réussi en agissant ainsi, je suivrai le conseil que me donn . Richet; j'essayerai de la traction dans la demi-flexion, sans e loyer les moufles.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je conseillerais encore à M. Trélat d'exercer des tractions tra ersales en sens inverse, l'une sur la face antérieure de l'extrém supérieure de l'avant-bras, et l'autre sur la face postérieure d'extrémité inférieure du bras, pour diminuer l'engrenage.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur paroti nne. — Infiltration graisseuse des culs-de-sac glandulaires de parotide. — Extirpation. — M. RICHET présente sur ce sujet une ce et un dessin micrographique fait par un des internes de l'hôp Saint-Louis.

La pièce que l'honneur de soumettre à la Société de chirurgie offre un exemp remarquable d'infiltration graisseuse des culs-de-sac parotidiens, ariété nouvelle de tumeur dans cette région parotidienne déjà si file en tumeurs de tout genre.

Voici un rés é de ce cas singulier : (Voir plus haut.)

— M. MOREL-LAVALLÉE présente des pièces :

1° Trois ca arthrite sèche avec observation sur le vivant :

2° Un cas ligature de l'artère carotide primitive ;

3° Une tu ur de la dure-mère.

— La séa est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BÉRAUD.

Une soc é locale, agrégée à l'Association générale, vient de se constituer Saint-Brieuc pour le département des Côtes-du-Nord.

Traité p tique des affections nerveuses et chloro-anémiques considérées ans les rapports qu'elles ont entre elles; par M. le docteur MORDT, deux fois lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. 1 vol. in-8° de 496 pages. Prix : 6 fr. *franco*. Paris, 1861. Chez Adri Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Extrait du Catalogue des publications de l'Ecole positiviste. — DISCOURS SUR L'ENSEMBLE DU POSITIVISME, par Auguste COMTE ; 1848, 1 vol. in-8°. Prix, 4 fr. 50. — SYSTÈME DE POLITIQUE POSITIVE, par Auguste COMTE, fondateur du Positivisme ; 1851 - 1854, 4 vol. in-8°. Prix 30 fr. 50. — CATÉCHISME POSITIVISTE, par Auguste COMTE ; 1852, 1 v. in-12. Prix, 3 fr. — APPEL AUX CONSERVATEURS, par le fondateur du positivisme ; 1855, 1 vol. in-8°. Prix, 3 fr. — COURS PHILOSOPHIQUE SUR L'HISTOIRE GÉNÉRALE DE L'HUMANITÉ, *Discours d'ouverture*, par M. Pierre LAFFITTE, directeur actuel du Positivisme ; 1859, 1 vol. in-8°. Prix, 2 50. — NOTICE SUR L'OEUVRE ET SUR LA VIE D'AUGUSTE COMTE, par le docteur ROBINET, 1860 ; 1 vol. in-8°. Prix, 8 fr. — PORTRAIT D'AUGUSTE COMTE, lithographie in-4°, sur papier de Chine ; prix, 1 fr. — PORTRAIT D'AUGUSTE COMTE après sa mort, d'après une photographie ; lithographie in-folio ; prix, 5 fr. (Ces ouvrages et les autres publications positivistes se trouvent à la librairie médicale de Louis Leclère, rue de l'Ecole-de-Médecine, 14, à Paris.) — HISTOIRE ET SYSTÉMATISATION DE LA BIOLOGIE, par L. SECOND. Chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ENSEMBLE DE LA CIVILISATION CHINOISE ET SUR LES RELATIONS DE L'OCCIDENT AVEC LA CHINE, par Pierre LAFFITTE. Chez Dunod, libraire, quai des Augustins, 49.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 103 — MARDI 3 SEPTEMBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 103. — MARDI 3 SEPTEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, 2 septembre 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Serres a déjà montré dans un précédent mémoire que le *spina-bifida* antérieur, d'après les principes de l'ostéogénie, trouve une explication naturelle et suffisante dans la théorie des arrêts de développement. Dans les nouveaux développements qu'il a exposés à l'Académie sur ce sujet dans la dernière séance, l'éminent professeur s'est proposé, pour donner à cette explication les caractères d'une démonstration anatomique, d'établir que les corps vertébraux se développent par deux noyaux primitifs d'ossification, mode de formation qui n'est lui-même qu'une conséquence de la loi centripète des développements organiques.

L'anatomie comparée devait lui fournir les éléments de cette démonstration. Il a montré, en effet, dans certaines espèces de poissons et de reptiles cette imperfection de développement des corps vertébraux à l'état permanent et normal; et en étudiant dans la série animale les diverses phases et les divers temps de l'ostéogénie, il est arrivé à démontrer le principe de la dualité initiale du corps des vertèbres. Il se propose maintenant, en appliquant ces faits à la théorie de la composition vertébrale du crâne, d'établir que l'antagonisme qui s'observe chez les vertébrés entre le développement du crâne et de la face, a sa raison d'être dans le balancement alternatif des éléments vertébraux qui entrent dans la composition de la tête osseuse de ces animaux.

M. Gerlach, d'Erlangen, a eu l'ingénieuse idée de se servir de la photographie comme moyen de faciliter les études microscopiques. On connaît ces jouets optiques dans lesquels une image photographique d'un très-petit diamètre présente à l'œil armé d'une lunette convenable un tableau d'une netteté parfaite. Saisissant dans cet instrument le principe d'une méthode d'investigation utile pour la science, M. Gerlach a commencé à s'exercer à la pratique de la photographie microscopique, puis il est parvenu à transformer le microscope d'Oberhauser en un appareil au moyen duquel on peut obtenir des images photographiques très-nettes des plus petits objets ; enfin, au moyen d'un autre appareil, il transforme en le grossissant le négatif ainsi obtenu en une épreuve positive. M. Gerlach a fait placer sous les yeux de l'Académie plusieurs images d'objets microscopiques obtenues par ce procédé.

Nous nous bornons à signaler ici à l'attention des lecteurs les recherches physiologiques de MM. Dybrowski et Pelikan sur l'action des différents poisons du cœur. On trouvera dans le compte rendu de la séance l'exposé des résultats généraux de ces intéressantes expériences. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Hérard.

(Suppléant M. le professeur Rostan.)

Méningite cérébro - spinale. — Guérison.

(Leçon recueillie par M. Rocha, élève du service.)

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'un malade couché au n° 7 de la salle Sainte-Jeanne, qui est atteint d'une méningite cérébro-spinale, c'est-à-dire d'une des affections les plus graves que vous puissiez jamais avoir à reconnaître et à combattre.

Voici l'histoire de ce jeune garçon :

Il est âgé de vingt et un ans, habituellement très-bien portant, et à Paris depuis trois mois. Les renseignements fournis par son frère et ses camarades ont appris que trois semaines avant son entrée à l'Hôtel-Dieu il avait été atteint de grippe et de diarrhée, mais que néanmoins il avait continué ses occupations de garçon maçon.

Le 14 mai, il fut pris dans le courant de la journée d'un frisson intense, de céphalalgie, de douleurs à la partie postérieure du tronc et dans les membres inférieurs. Rentré chez lui, il se mit immédiatement au lit, et dans la nuit des vomissements bilieux se déclarèrent, en même temps qu'une sensation très-pénible du côté des yeux, qui, suivant son expression, paraissaient lui être arrachés de l'orbite. Dans la matinée du 15, le malade prit un purgatif, voulut se lever ; mais bientôt son corps se refroidit, ses traits s'altérèrent, et sa figure devint d'une pâleur excessive. Un médecin appelé dans ces circonstances prononça le mot de choléra. Dans la journée, le malade eut pour la première fois un peu de délire, et depuis cet instant le trouble des facultés intellectuelles n'a point cessé. Les deux jours suivants ces phénomènes se sont encore aggravés, et plusieurs d'entre eux ont subi des modifications importantes ; la constipation succéda à la diarrhée, les vomissements s'éloignèrent, et les mouvements devinrent l'occasion de très-vives douleurs.

Le vendredi 17 mai il entrait dans nos salles, et le lendemain (quatrième jour de la maladie) vous constatiez l'état suivant :

Le malade était dans le décubitus dorsal, le corps immobile, par la crainte de la douleur que réveillaient les moindres mouvements. Les pommettes, injectées, tranchaient par leur coloration avec la teinte jaune pâle du reste de la face et des téguments. Le malade se plaignait d'une céphalalgie très-vive, localisée surtout à la partie frontale de la tête. Sa physionomie exprimait la douleur. Les muscles de la face se contractaient fréquemment, et lui donnaient un cachet de souffrance indescriptible. La pression sur les globes oculaires augmentait la céphalalgie d'une manière notable ; les pupilles étaient rétrécies, et la lumière impressionnait désagréablement la rétine. Aux premières questions que nous lui adressâmes, il répondit assez bien ; mais un instant après, il tomba dans une sorte de collapsus, d'anéantissement intellectuel, dont on pouvait le tirer par moments ; mais alors il proférait des paroles incohérentes, et dans son délire se croyait chez le marchand de vin. Vous avez pu constater dès ce même jour une rigidité très-prononcée des muscles de la partie postérieure du cou et des gouttières vertébrales, phénomène qui devint surtout très-manifeste quand nous cherchâmes à mettre le malade sur son séant ; la tête était fortement renversée en arrière et le tronc courbé dans le même sens, comme cela s'observe dans la forme de tétanos à laquelle on a donné le nom d'*opistothonos*. Le long du rachis existait une douleur très-intense plus marquée au niveau de la région lombaire, et présentant des irradiations vers les fesses, le point d'émergence du nerf sciatique et le long de la cuisse. Ces douleurs, exaspérées par la pression, devenaient extrêmement vives lorsqu'on soulevait les jambes ou qu'on imprimait un mouvement quelconque au tronc ou aux membres inférieurs. La peau offrait une sensibilité normale ; mais les muscles, en particulier ceux des membres pelviens, présentaient de l'hyperesthésie, ce dont il était facile de se convaincre en comprimant entre les doigts les faisceaux musculaires superficiels. Le pouls était régulier, et battait 75 fois par minute ; la peau présentait à peine un peu de chaleur fébrile ; la respiration était normale, et le murmure vésiculaire parfait ; la langue offrait une coloration blanchâtre à son centre, rouge sur les bords ; soif vive, anorexie complète, vomissements, constipation ; ventre plutôt rétracté que ballonné, non douloureux à la pression. L'excrétion urinaire se faisait facilement ; les urines étaient rares, foncées, et donnaient par l'acide nitrique et la chaleur un précipité albumineux léger.

Tel est l'ensemble des phénomènes que nous constations chez notre jeune malade. A quelle affection avions-nous affaire ? Les premiers jours, il eût été permis de supposer l'existence d'une variole dans sa période d'invasion : le frisson initial, les douleurs rénales, les vomissements et quelquefois le délire sont, comme vous le savez, des symptômes importants dans le diagnostic de la variole commençante. Mais dans cette affection la fièvre est intense, l'éruption se fait au deuxième ou troisième jour du début des accidents. Chez notre malade, je vous l'ai dit, le mouvement fébrile était à peine appréciable, et malgré la période assez avancée de la maladie (quatrième jour), il n'existait aucune trace d'éruption. Nous notions, en outre, du côté des mouvements et de la sensibilité des symptômes complétement étrangers à la variole.

L'idée d'une fièvre typhoïde était plus admissible. Ce jeune homme se trouve à Paris depuis trois mois, c'est-à-dire dans les conditions d'acclimatation les plus favorables au développement de cette maladie ; dans les dernières trois semaines il avait été atteint de bronchite et de diarrhée. N'étaient-ce pas déjà les premiers symptômes de la fièvre typhoïde, subissant ainsi les influences, ainsi que j'ai eu l'occasion de vous le faire remarquer, de la constitution catarrhale actuellement encore existante ? Ou bien, dans le cas où l'on séparerait, ce qui nous paraît plus vraisemblable, les phénomènes morbides antérieurs des symptômes actuels, ne serait-ce pas cette forme particulière de la fièvre typhoïde, forme ataxique, dans laquelle les phénomènes cérébraux, agitation, délire, etc., acquièrent dès le début une grande intensité ?

Nous avons cru ne pas devoir nous arrêter à cette idée, parce que nous cherchions vainement quelques-uns des signes caractéristiques de la fièvre typhoïde : mouvement fébrile, chaleur de la peau, diarrhée, épistaxis, ronchus sonore, etc., et que les phénomènes cérébraux qui seuls pouvaient suggérer l'idée d'une fièvre typhoïde ataxique, trouvaient leur explication dans une hypothèse beaucoup plus plausible.

Ces symptômes du côté de la tête, ceux que nous constations le long de l'épine dorsale, appelaient évidemment l'attention vers les centres nerveux.

Mais quelle était la nature même de l'affection ; quel était le siége précis, l'étendue des lésions? S'agissait-il d'une encéphalite, d'une méningite cérébrale, d'une méningite spinale, ou bien de toutes les trois réunies?

Pour ce qui est de l'encépalite et de la méningite cérébrale, on sait combien il est difficile d'isoler l'inflammation des méninges de celle de la pulpe cérébrale ; l'anatomie nous montre l'intimité des rapports qui unissent les circonvolutions à la pie-mère, et la physiologie nous enseigne que plusieurs des phénomènes, le délire par exemple, que l'on rapporte à la méningite, doivent beaucoup plutôt être rapportés à l'encéphalite superficielle concomitante, d'où l'expression généralement adoptée de méningo-encéphalite, qui indique nettement que ces deux phlegmasies sont en quelque sorte inséparables. Or, chez notre jeune garçon, la céphalalgie violente, la douleur à la pression des globes oculaires, le délire alternant avec l'assoupissement, les vomissements, la constipation, la rétraction du ventre, tout annonçait l'existence d'une méningo-encéphalite.

Restait à expliquer les phénomènes observés du côté de la moelle épinière. Ici on peut plus facilement isoler les méninges de la pulpe nerveuse, et concevoir l'indépendance de leurs affections. Vous savez, en effet, qu'entre le névrilème épais, peu vasculaire, qui sert d'enveloppe protectrice à la moelle et l'arachnoïde, existe un intervalle assez considérable que remplit le liquide sous-arachnoïdien. On comprend dès lors que l'inflammation puisse envahir l'arachnoïde sans atteindre la moelle, et l'observation est d'accord avec l'anatomie pour montrer que la méningite spinale a des caractères particuliers, qui la différencient nettement de la myélite.

Quels sont ces caractères?

Dans la myélite, vous rencontrerez généralement une douleur locale au niveau du point enflammé; de l'engourdissement, des fourmillements, quelquefois des crampes dans les membres inférieurs et supérieurs, si l'altération siége à la partie cervicale de la moelle; puis bientôt se déclare la paralysie plus ou moins étendue, suivant la hauteur du point enflammé.

Dans la méningite spéciale, vous observerez trois symptômes qui ne vous laisseront généralement aucun doute sur l'existence de la maladie. Ce sont :

1° La roideur des muscles postérieurs du cou et du tronc, avec renversement de la tête en arrière ;

2° La rachialgie ;

3° Du côté des membres, des irradiations douloureuses, qui s'exaspèrent par les mouvements ou les pressions musculaires. Or chez notre malade nous constatons ces trois symptômes, tandis qu'aucun de ceux qui caractérisent la myélite n'existe.

Notre diagnostic a donc été : *Méningite cérébro-spinale.* Mais ce diagnostic n'était pas encore complet. Il faut, en effet, que vous sachiez que la méningite cérébro-spinale peut se présenter sous deux formes : sous la forme dite sporadique, et dans ce cas elle a les allures d'une affection franchement inflammatoire; ou bien sous la forme dite épidémique, et dans ce second cas elle présente dans son développement, sa marche, ses lésions, des phénomènes qui l'ont fait ranger parmi les affections typhiques. Comme cette seconde forme est rare dans nos hôpitaux civils et en ville, permettez-moi d'entrer dans quelques développements.

Ce sera le sujet d'une seconde leçon.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. Letenneur.

Énorme kyste multiloculaire du maxillaire inférieur.

M. H..., ancien militaire, âgé de quarante-sept ans, demeurant à Saint-Fulgent (Vendée), me fut adressé au mois de janvier 1857, par le docteur Merland, de Napoléon-Vendée, pour une tumeur très-volumineuse de la mâchoire inférieure.

Cet homme, d'une haute stature, d'une robuste constitution, me donne les détails suivants sur les débuts et la marche de la maladie pour laquelle il vient me consulter :

Pendant qu'il était au service, il se fit arracher au côté droit de la mâchoire inférieure la dent de sagesse et la première grosse molaire ; ces deux dents se brisèrent sous l'instrument, et les racines, qui ne purent être extraites, restèrent toujours douloureuses.

Il y a dix ans, la dent intermédiaire, la seconde grosse molaire, se caria aussi et fut arrachée complétement.

Dès cette époque il existait au corps de la mâchoire un gonflement appréciable qui augmenta après l'ablation de la dent et qui fut pris pour un abcès. Une incision pratiquée sur la gencive ne donna issue qu'à du sang. La tumeur s'affaissa, mais reprit bientôt son volume primitif; en même temps elle devenait le siége de douleurs intolérables, que de nouvelles incisions seules réussirent à calmer. Ces incisions ne donnèrent d'abord lieu qu'à un écoulement de sang, mais plus tard il sortit par l'ouverture une quantité notable de matière blanche que le malade compara à du fromage mou.

Enfin, au bout de six mois, les douleurs se calmèrent; la tumeur, mal circonscrite, du volume d'une noix environ, ne faisait point de progrès, et le malade ne s'en préoccupait nullement. Les choses restèrent dans cet état pendant cinq ans; mais alors dans l'espace de quelques mois, sans cause appréciable, la tumeur grossit rapidement, acquit bientôt le volume du poing; soulevant la joue et faisant saillie du côté de la cavité buccale, elle gênait la respiration et la déglutition.

Une ponction fut alors pratiquée au moyen d'un trocart; elle donna issue à une grande quantité d'un liquide visqueux. Il y eut un affaissement partiel de la tumeur, surtout en dedans; mais la cavité ne tarda pas à se remplir de nouveau. On fit des incisions; on essaya de faire suppurer les parois de la cavité en y introduisant des bourdonnets de charpie; on fit de nouvelles ponctions, des injections iodées, etc.

Mais la tumeur était formée de plusieurs loges dont les enveloppes étaient trop résistantes pour s'affaisser complétement, de sorte qu'elle reprenait son volume primitif avec une promptitude désespérante. Cependant la première cavité qui avait été ouverte et qui gênait la déglutition et la respiration avait des parois plus molles que les autres, de sorte qu'elle s'affaissa d'une manière permanente et que la tumeur cessa de faire des progrès dans cette direction.

Grâce aux incisions et aux ponctions répétées, le volume de la tumeur resta à peu près le même pendant quatre ans; mais alors elle s'accrut de nouveau avec une grande rapidité, et on comprit qu'il fallait avoir recours à une opération radicale.

Lorsque je vis le malade pour la première fois, la tumeur avait le volume des deux poings. Elle occupait tout le côté droit de la face et descendait au-dessous du niveau inférieur de la mâchoire; les parties molles du visage étaient fortement tendues à sa surface; sa consistance était osseuse, sa surface légèrement bosselée, sa forme assez régulièrement arrondie.

Il existait quelques ganglions dans la région sous-maxillaire.

Examinée du côté de la bouche, la tumeur présentait les mêmes caractères; cependant sa consistance était moins considérable, et, sur quelques points, on pouvait la déprimer; on sentait alors la coque osseuse reprendre sa position première en faisant entendre un bruit caractéristique.

La mâchoire supérieure était déformée, les dents étaient renversées en dedans, de sorte que le rapprochement des mâchoires était possible jusqu'à un certain point, et que du côté gauche la mastication, bien qu'incomplète, pouvait cependant se faire.

La langue était repoussée du côté gauche, ce qui rendait la parole difficile; mais la déglutition et la respiration s'exécutaient bien mieux qu'on n'aurait pu le supposer.

Enfin, cette tumeur produisait une gêne notable par son volume énorme, mais elle n'était le siége d'aucune douleur. Dès lors, on comprend que la santé générale n'ait pas été sensiblement altérée.

L'opération fut pratiquée le 7 janvier 1857.

Le malade a été complétement réfractaire à l'action du chloroforme, et j'ai dû passer outre.

La lèvre inférieure a été incisée sur la ligne médiane, et l'incision a été prolongée latéralement jusqu'au point correspondant à l'angle de la mâchoire; en outre, le bistouri fut porté dans la bouche de manière à diviser la membrane muqueuse dans toute l'étendue de la tumeur. Après cela il fut facile, à l'aide d'une spatule, et en quelque sorte d'un seul coup, de décoller tout le lambeau et de dénuder complétement la tumeur osseuse. Ainsi mise à nu, cette tumeur fut attaquée d'abord à sa partie inférieure par un trait de scie parallèle au bord de la mâchoire, puis par des cisailles, et enfin par la gouge et le maillet.

Nous vîmes alors qu'elle était formée d'une coque osseuse, d'autant plus épaisse et plus dure qu'elle était plus rapprochée de la base du maxillaire; dans d'autres points, au contraire, l'os était réduit à une lamelle de l'épaisseur d'une feuille de parchemin. Il existait à l'intérieur une douzaine de loges, dont les plus grandes pouvaient contenir un œuf de poule et les plus petites avaient moins d'un centimètre de diamètre. Ces dernières se trouvaient vers la branche de l'os, sur les limites extrêmes de la maladie. La matière contenue dans ces kystes n'avait pas le même aspect; tantôt c'était un liquide ressemblant à de la salive; tantôt un liquide jaunâtre, visqueux; tantôt, enfin, une matière plus épaisse et blanchâtre.

Les cloisons qui séparaient ces loges étaient osseuses et éburnées vers le corps de l'os; elles étaient d'autant plus minces qu'elles s'éloignaient davantage du point d'implantation de la tumeur; enfin, dans quelques points, elles étaient cartilagineuses et pouvaient être coupées aisément avec des ciseaux.

La tumeur fut enlevée complétement, mais j'eus soin de conserver en bas une bande osseuse de 2 centimètres de largeur, représentant une partie de la branche de la mâchoire et tout le côté droit du corps de l'os; de chaque côté de ce point osseux restaient deux larges lambeaux muqueux doublés de périoste. Ces lambeaux furent régularisés, puis la surface de l'os fut cautérisée avec le fer rouge. Enfin les parties molles furent réunies par la suture entortillée.

Le malade, qui avait supporté cette opération avec un grand courage, n'eut même pas de fièvre les jours suivants. Le quinzième jour après l'opération, il retournait chez lui ayant encore un gonflement considérable de la joue.

Il y eut jusqu'à la fin de mars un peu de suppuration dans la bouche. A cette époque, une longue esquille très-mince se détacha, et la guérison parut définitive.

Cependant la joue était restée plus grosse que celle du côté opposé. Ce n'est qu'au bout de six mois que ce défaut de symétrie disparut enfin.

Depuis deux ans j'ai revu mon malade plusieurs fois. Une cicatrice linéaire, à peine apparente, indique seule les points où les incisions ont été pratiquées. Grâce à la conservation du périoste, la mâchoire s'est reconstituée et a plus que doublé de volume; elle est recouverte par une membrane muqueuse assez épaisse pour servir à la mastication; enfin les dents de la mâchoire supérieure ont repris leur position normale.

OPÉRATION CÉSARIENNE. — SUCCÈS.

Par M. le docteur Godefroy, professeur d'anatomie de l'École de médecine de Rennes.

Mme F..., rachitique, haute d'un mètre vingt-quatre millimètres, n'ayant marché qu'à sept ans et n'ayant au diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur que 715 millimètres, fut, à sa première grossesse, accouchée prématurément au commencement du septième mois par M. le docteur Rouault, qui employa les douches utérines.

Cette femme étant devenue enceinte de nouveau en 1859, se confia à mes soins. Comme mon confrère, j'eus recours aux douches utérines au commencement du septième mois, et l'accouchement se fit spontanément.

En 1860, nouvelle grossesse; mais, au lieu de consulter en temps opportun l'un des médecins qui lui avaient donné des soins dans ses précédentes grossesses, cette femme attendit jusqu'à la fin du septième mois pour consulter M. le docteur Rouault. Ce médecin demanda quelques jours pour calculer si avec un tel rétrécissement l'accouchement était encore possible à cet âge du fœtus.

Mais avant que M. le docteur Rouault eût pris une décision, cette femme fit une chute dans son escalier, et le travail se déclara.

Dans la matinée du 21 novembre 1860, les membranes se rompirent et un bras se présenta.

M. le docteur Rouault, assisté de M. le docteur Pitois, tenta, mais inutilement, de pratiquer la version podalique.

Le même jour, à quatre heures du soir, je me joins à mes confrères. Le résultat de notre consultation fut: que la version étant impossible, vu le degré du rétrécissement et l'écoulement total du liquide amniotique, il y avait moins de danger pour la mère à pratiquer l'opération césarienne qu'à tenter l'embryotomie, opération que nous eussions pratiquée si l'enfant se fût présenté par la tête.

En conséquence, l'opération fut immédiatement pratiquée suivant le procédé de Mauriceau.

La malade ayant été sondée et placée au milieu de son lit, préalablement garni, je fis sur la ligne médiane de l'abdomen une incision de huit centimètres d'étendue et partant de l'ombilic, afin de rester le plus loin possible de la vessie. Les tissus ayant été incisés couche par couche jusqu'au péritoine, ce dernier fut ouvert, et la matrice étant venue faire hernie à l'ouverture abdominale, pressée qu'elle était en haut et sur les côtés par MM. les docteurs Rouault et Pitois, je pratiquai à son fond une incision d'environ huit centimètres et s'étendant également sur ses faces antérieure et postérieure. Cette incision ayant porté sur le placenta, une hémorrhagie assez abondante pour nous donner de l'inquiétude se déclara pendant que je faisais l'extraction du fœtus et du placenta. Cette hémorrhagie fut calmée par des aspersions d'eau froide; l'hémorrhagie arrêtée et l'utérus revenu sur lui-même, je procédai au pansement.

La plaie fut réunie dans les sept huitièmes supérieurs au moyen de sept aiguilles et de la suture entrelacée. Le huitième inférieur de la plaie fut maintenu ouvert au moyen d'une bandelette de linge, afin de permettre au sang et à l'eau qui avaient pu pénétrer dans le péritoine, de s'écouler par cette voie.

Le pansement fut complété par une compresse feuêtrée enduite de cérat placée sur la plaie et deux compresses graduées placées sur les côtés de l'incision. Le tout fut maintenu par un bandage de corps.

Nous prescrivîmes une infusion de fleurs de tilleul tiède et sucrée en boisson, de quatre en quatre heures. La malade sera sondée toutes les fois qu'elle aura besoin d'uriner.

Ce régime fut suivi jusqu'après la fièvre de lait, qui parut le troisième jour et fut très-modérée. A partir de ce moment la boisson fut de l'eau d'orge. Nous permîmes de légers potages, un peu de vin, et la malade urina seule.

Le quatrième jour trois aiguilles sont retirées et remplacées par trois bandelettes de diachylon gommé, faisant chacune une fois et demie le tour du corps. Les trois dernières aiguilles furent retirées le sixième jour. Continuation des bandelettes. La plaie paraît entièrement cicatrisée, excepté dans son huitième inférieur, que l'on a entretenu fistuleux, et par lequel s'écoule un peu de sérosité sanguinolente.

Le septième jour la malade a de la fièvre et se plaint de douleurs dans la fosse iliaque gauche, qui est dure et tendue.

Nous prescrivons: onctions matin et soir, *loco dolenti*, avec 2 grammes de pommade mercurielle belladonée; cataplasmes continuels de farine de lin, et comme la malade n'avait pas eu de garde-robe depuis son opération, quoiqu'elle eût été légèrement alimentée, nous prescrivons en outre 30 grammes d'huile de ricin qui produisirent plusieurs selles.

Les cataplasmes et la pommade furent continués jusqu'au quinzième jour après l'opération.

Le dixième jour, il s'écoula par la plaie entretenue fistuleuse une assez grande quantité de pus provenant très-probablement de la décomposition du sang épanché dans la cavité abdominale, et d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque gauche. Cet écoulement de pus dura cinq jours, en diminuant graduellement. A cette époque, la fièvre, la tension et la sensibilité de la fosse iliaque ayant disparu, l'on cessa les onctions et les cataplasmes. En même temps l'on supprima la mèche. La fistule se cicatrisa très-rapidement, après avoir été touchée deux ou trois fois avec la pierre infernale.

La malade, prenant journellement des forces, se leva dans sa chambre le 20 juin après son opération, et put bientôt s'occuper dans sa maison. A la fin de décembre, elle avait repris toutes ses habitudes, et se promenait par la ville.

Les règles sont revenues au bout de quatre mois.

Cette femme était la quatrième que j'opérais; elle est la seule qui ait survécu; les trois autres sont mortes.

La première fois que je pratiquai l'opération césarienne, ce fut à Rennes. L'opération fut faite avant la rupture des membranes; l'enfant était vivant, et a continué de vivre. Cette femme allait très-bien, lorsque dans la nuit du quatrième au cinquième jour elle vomit avec beaucoup d'efforts quelques vers lombrics. Les efforts de vomissement firent déchirer la suture, et sortir les intestins de l'abdomen. Appelé en toute hâte auprès de cette malade, je passai plus d'une heure à remettre les intestins en place et à refaire ma suture. La malade s'affaissa et mourut dans la journée.

A l'autopsie, faite conjointement avec mon confrère M. le docteur Girot, qui m'avait assisté dans l'opération, nous trouvâmes la matrice complétement cicatrisée, et au moins cent vers lombrics dans l'intestin grêle. Il n'y avait pas trace de péritonite. Le bassin présentait 5 centimètres 1/2 au diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. Je suis persuadé que cette femme eût guéri, si la présence des vers dans l'estomac n'eût déterminé des vomissements.

J'ai pratiqué ma deuxième opération césarienne à Saint-Ouen-des-Alleux, à onze lieues de Rennes. Cette femme, qui avait environ un mètre de haut, était malade depuis cinq jours, et depuis quatre jours les membranes étaient rompues. L'enfant était mort, et il y avait déjà un commencement de péritonite. Après avoir inutilement tenté la céphalotomie, je pratiquai l'opération césarienne le jeudi à six heures du soir, et la femme mourut le dimanche suivant. L'autopsie ne put être faite.

Ma troisième opération fut pratiquée à la salle de maternité de Rennes, où cette fille mère fut envoyée de douze lieues dans une charrette non suspendue; les membranes étaient rompues depuis longtemps. Une hémorrhagie se déclara en route; elle fut arrêtée par le seigle ergoté.

Cette malade arriva à Rennes à cinq heures du soir; je l'opérai à six heures avec l'assistance de mes confrères et amis les docteurs Perrin père, A. Guyot et Girot, en présence des élèves de l'École de médecine. La matrice, fortement contractée, était comme moulée sur le corps de l'enfant, qui était mort.

Après l'opération, un suintement sanguin, continu, s'établit par la partie inférieure de l'incision abdominale, ainsi que par le vagin. Aussi cette pauvre fille s'éteignit-elle trente-six heures après l'opération, par suite de cette hémorrhagie lente, mais continue.

A l'autopsie nous trouvâmes la plaie abdominale si solidement réunie, que je dus, pour en séparer les lèvres, employer beaucoup de force.

L'utérus présentait à son fond une plaie béante de 5 à 6 centimètres d'étendue. Le petit bassin était rempli de sang coagulé.

Le bassin, que j'ai conservé, est d'une conformation extrêmement curieuse, et mesure 4 centimètres au diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur.

Réflexions. — Il y a longtemps déjà que l'on a donné le précepte de pratiquer l'opération césarienne dès le début du travail, avant la rupture des membranes s'il est possible. En effet, à cette époque, l'incision faite à la matrice diminue considérablement par le retrait de l'organe, et la plaie, qui était tout d'abord de 10 à 15 centimètres, n'est plus que de 5 ou 6 centimètres après l'accouchement. De plus, l'on évite l'inflammation de l'utérus et du péritoine, ainsi que la contusion de l'utérus et de la vessie, accidents qui sont la conséquence d'un travail prolongé.

Les observations précédentes montrent combien le précepte d'opérer de bonne heure est judicieux.

Une femme est opérée avant la rupture des membranes, elle se porte bien jusqu'au cinquième jour après son accouchement, et ce sont des accidents indépendants de son accouchement qui la font succomber.

Une autre est opérée quelques heures après la rupture des membranes, et elle guérit malgré le développement d'une péritonite et d'un abcès dans la fosse iliaque gauche.

Deux autres opérées tardivement succombent l'une à une péritonite existant déjà au moment de l'opération, l'autre à une hémorrhagie par défaut de retrait de l'utérus.

Du reste, l'expérience de cette manière d'agir est faite en grand chez trois nations:

Les Allemands, qui opèrent de très-bonne heure, sauvent beaucoup de femmes;

Les Français, qui temporisent davantage, en sauvent un moins grand nombre;

Les Anglais, qui n'opèrent qu'à la dernière extrémité, les perdent presque toutes.

D'où je conclus que si l'on se trouve dans la dure nécessité de pratiquer l'opération césarienne, il faut y recourir dès le début du travail pour avoir des chances de succès.

DES AFFECTIONS STRUMEUSES DU RECTUM,

Par M. le docteur Rouse.

En faisant le travail dont nous donnons ici quelques extraits, M. Rouse se proposait de combler une lacune que l'on remarque dans la plupart des traités classiques, et qui est d'autant plus surprenante que l'affection dont il s'agit est extrêmement fréquente.

D'après M. Rouse, elle débute par un dépôt de matière tuberculeuse dans les follicules et dans le tissu sous-muqueux. Tôt ou tard ces dépôts sont remplacés par de petites ulcérations taillées à pic, à bords indurés, qui se cicatrisent quelquefois en ne laissant qu'une induration très-circonscrite, mais qui plus souvent s'étendent peu à peu, affectant en général une forme demi-circulaire. Par la rencontre de plusieurs ulcères, il peut alors se produire une perte de substance de la muqueuse qui occupe toute la circonférence de l'intestin.

D'autres fois l'ulcère, creux en profondeur, détruit toute l'épaisseur des parois de l'intestin, et donne lieu, suivant son siége plus ou moins élevé, à une péritonite ou à des abcès de l'espace pelvi-rectal inférieur, à des fistules à l'anus, etc. Cette terminaison est rare, parce que le développement des tubercules s'accompagne presque toujours d'un épaississement considérable des parois du rectum.

Dans quelques cas, l'ulcère, en se cicatrisant, est remplacé

par un rétrécissement fibreux du rectum, qui s'ulcère par la stase des matières, au-dessus de la coarctation ; de là une autre source d'abcès et de fistules. Ou bien le bord inférieur de l'ulcère se couvre de végétations condylomateuses qui peuvent acquérir des dimensions considérables, rétrécir fortement la lumière de l'intestin et même l'effacer complétement. Si alors l'affection est négligée, les végétations s'étendent de haut en bas et envahissent jusqu'à la région anale ; lorsque l'anus livre passage à quelques-unes de ces végétations, le sphincter ne retient plus qu'incomplétement les matières fécales. En outre, les condylomes deviennent souvent le siége d'ulcérations douloureuses. Quelquefois encore, les condylomes restent circonscrits au siége primitif de l'ulcération ; mais le tissu sous-muqueux entre cette partie et l'anus est envahi par une infiltration de lymphe plastique qui rétrécit l'anus et s'accompagne souvent d'érosions.

Le premier symptôme qui dénote ordinairement l'existence de ces lésions, ce sont des selles sanguinolentes, accompagnées plus tard de mucosités plus ou moins abondantes, et de douleurs que les malades rapportent à la région sacrée. Plus tard, le ténesme et la diarrhée apparaissent et persistent presque sans interruption ; en même temps, les malades éprouvent une sensation de brûlure dans le rectum et de la pesanteur au périnée. On remarque, en outre, fréquemment une vive irritation de la vessie.

Si l'on pratique le toucher rectal à cette époque, on trouve la muqueuse inégale, rugueuse, présentant çà et là des ulcérations peu étendues. A mesure que celles-ci gagnent du terrain, les hémorrhagies deviennent plus fréquentes et plus abondantes. Si le malade ne succombe pas à d'autres lésions tuberculeuses, les symptômes d'un rétrécissement organique du rectum surviennent, et après des accidents variés qui peuvent accompagner cet état, les malades succombent à des suppurations, à la fièvre hectique, etc.

En traitant cette affection, le premier soin du médecin doit être bien entendu d'agir sur l'économie entière par les moyens connus, et surtout de combattre la dyspepsie qui aggrave au moins, en entravant l'assimilation des aliments, la disposition à la tuberculose.

Le traitement local doit être approprié aux lésions qui sont propres à chaque période de l'affection. Au début, quand la diarrhée est un des symptômes dominants, de petits lavements amylacés et laudanisés soulagent beaucoup les malades. Lorsque la cicatrisation des ulcérations tend à amener un rétrécissement du rectum, il faut prévenir cette terminaison désastreuse par l'emploi des divers procédés de dilatation. Quand l'intestin est rétréci par une cicatrice peu épaisse, il est bon de l'inciser et de recourir ensuite à l'emploi méthodique des bougies.

Dans les cas où les ulcérations restent indolentes et ne se cicatrisent pas, des lavements amylacés ajoutés à 20 gouttes de copahu rendent souvent d'utiles services.

Les fistules ne doivent pas être opérées, d'après M. Rouse, lorsque des tubercules existent dans les poumons et dans d'autres points de l'économie ; il pense que cette opération peut avoir pour résultat d'accélérer la marche de la phthisie pulmonaire, et que, s'il n'en est pas ainsi, la plaie ne se cicatrise pas, ou bien il se forme d'autres fistules. L'opération a d'ailleurs l'inconvénient, lorsqu'il existe un rétrécissement, d'être souvent suivie d'incontinence des matières fécales.

Les végétations condylomateuses, réfractaires à l'usage de la bougie seule, sont souvent modifiées avantageusement par l'onguent gris appliqué à l'aide d'une bougie ; si elles s'ulcèrent, il faut recourir à une solution de nitrate d'argent (5 grains par once) ; si ce moyen ne suffit pas, on lui substitue les applications d'acide nitrique ou de nitrate acide de mercure, que l'on pratique après avoir dilaté l'anus à l'aide d'un spéculum. L'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur est un adjuvant utile de ce traitement. (*British medical Journal* et *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 août 1861. — Présidence de M. Duhamel, vice-président.

Ostéogénie. — Développement centripète de la colonne vertébrale. — M. Serres donne lecture d'un mémoire sur le développement centripète de la colonne vertébrale et sur la dualité initiale de l'élément vertébral du squelette.

Dans un précédent travail inséré dans le XXV[e] volume des *Mémoires de l'Académie*, M. Serres a rapporté plusieurs cas de *spina-bifida* antérieur, et il a montré que, d'après les principes de l'ostéogénie, la théorie des arrêts de développement rendait une raison suffisante de ces anomalies. L'objet de ce nouveau travail est de donner à cette explication les caractères d'une démonstration anatomique ; c'est ce qu'il fait en établissant que les corps vertébraux se développent par deux noyaux primitifs d'ossification, puisque le *spina-bifida* antérieur n'est qu'une exagération et un arrêt de ce mode de formation de la colonne vertébrale. De plus ce mode de formation n'étant lui-même qu'une conséquence de la loi centripète des développements organiques, l'auteur rappelle comment il se fait que dans ces cas les masses latérales des vertèbres sont complétement ossifiées, tandis que leurs corps le sont imparfaitement. Il montre enfin que cette imperfection de développement des corps vertébraux est reproduite par certains poissons cartilagineux et par les poissons fossiles de l'ordre des sauroïdes et des ganoïdes.

Photographie microscopique à l'usage des études scientifiques. — M. J. Gerlach, professeur d'anatomie et de physiologie à Erlangen, adresse une note sur l'emploi de la photographie comme moyen de faciliter les recherches microscopiques.

Ayant eu connaissance, dit l'auteur, de ces sortes de jouets optiques dans lesquels une image photographique, dont le diamètre excède à peine 1 millimètre, présente à l'œil, armé d'une lunette convenable, un tableau d'une parfaite correction, j'ai pensé qu'il y avait là le principe d'une méthode d'investigation utile pour la science. J'ai commencé en conséquence à m'exercer à la pratique de la photographie microscopique, puis je suis parvenu à transformer le microscope d'Oberhauser en un appareil au moyen duquel on peut obtenir des images photographiques très-nettes des plus petits objets ; enfin, au moyen d'un autre appareil dont la description se trouve dans la présente note, je transforme, en le grossissant, le négatif ainsi obtenu en une épreuve positive, et si le grossissement ne semble pas suffisant, j'y pourvois en répétant l'opération et passant ainsi alternativement du négatif au positif.

L'auteur joint à cette note des épreuves destinées à faire juger des résultats qu'on peut attendre du procédé.

Toxicologie ; poisons du cœur. — MM. W. Dybrowski et E. Pelikan communiquent des recherches physiologiques sur l'action des différents poisons du cœur. Les recherches de ces deux auteurs ont porté sur l'*upas antiar*, la *tanghinia venenifera*, la *digitale* et l'*ellébore vert*. Ils ont fait sur les grenouilles trois sortes d'expériences :

a. L'empoisonnement immédiat par la bouche ou sous la peau à différentes parties du corps, en mettant préalablement le cœur à nu ;

b. Avec la section préalable des nerfs pneumogastriques ou destruction de la moelle allongée ;

c. Avec la galvanisation des nerfs pneumogastriques pendant la durée de l'intoxication.

Voici les résultats généraux et constants de ces expériences :

1° Le mouvement du cœur s'arrête alors que la grenouille reste encore complétement irritable et qu'elle jouit non-seulement de ses mouvements volontaires, mais qu'elle est encore en état de sauter pendant un certain temps.

2° Tous ces poisons agissent en première ligne sur le cœur en le paralysant, soit que la substance vénéneuse ait été introduite sous la peau dans quelque région du corps que ce soit, soit qu'elle l'ait été directement dans la bouche.

3° La durée moyenne des contractions du cœur après l'introduction du poison a été de cinq à dix minutes avec l'antiar, la tanghinia et l'ellébore vert ; avec la digitaline elle a été de dix à vingt minutes.

4° Le ventricule du cœur s'arrête toujours en état de forte contraction ; il reste presque complétement vide et pâle, tandis que les oreillettes sont distendues et gorgées de sang.

5° Les contractions du cœur, au début de l'expérience, sont quelquefois accélérées ; d'autres fois elles deviennent plus rares dès le commencement.

6° Le passage à une complète paralysie du cœur n'apparaît pas par gradation régulière descendante du nombre de pulsations normal jusqu'à 0, après que les contractions du cœur sont tombées de leur nombre normal, à dix, quinze et même vingt mouvements à la minute : au lieu qu'on remarque une diminution successive, l'arrêt du ventricule se produit immédiatement, tandis que les oreillettes, qui se taisent ordinairement quelques minutes plus tard, passent insensiblement à l'état de paralysie complète. Ainsi à chaque minute on voit le nombre de leurs pulsations diminuer successivement.

7° Le rhythme de contraction du cœur est ordinairement régulier au début de l'intoxication, mais bientôt après, trois, cinq, dix minutes (selon l'énergie du poison), on voit un changement notable dans ce rhythme, et l'on peut observer deux formes de l'irrégularité.

a. Dans la première forme, les contractions du ventricule du cœur deviennent pour ainsi dire péristaltiques.

b. Dans la deuxième forme, le cœur se contracte régulièrement, mais très-lentement, comme cela arrive, par exemple, sous la galvanisation des nerfs pneumogastriques. Ce phénomène se produit quelquefois avant que les mouvements péristaltiques du cœur surviennent ou encore après leur apparition ; et il est surtout évident lors de l'empoisonnement par l'ellébore vert et par la digitaline.

8° Tous ces poisons paralysant le cœur, exercent leur action délétère sur cet organe sans l'intermédiaire du système nerveux cérébro-spinal, de sorte que la destruction préalable de la moelle allongée et des nerfs pneumo-gastriques dans leur partie cervicale, ne retarde pas l'action de ces poisons sur le cœur et ne modifie même aucunement leur action. Sous l'influence de la galvanisation des nerfs pneumo-gastriques chez les grenouilles empoisonnées, les battements du cœur s'arrêtent constamment, comme aussitôt après l'intoxication, dans la période de la pleine action du poison également, c'est-à-dire quand les mouvements du cœur ont perdu leur énergie, ou sont devenus péristaltiques.

En résumant les résultats de ces expériences, il reste évident, ajoutent les auteurs, que l'action de ces divers poisons doit être attribuée à leur rapport spécial avec les éléments nerveux du cœur, ou avec ces deux catégories d'appareils nerveux, dont l'un est destiné au mouvement (éléments moteurs) et l'autre au ralentissement de ces mouvements.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 juin 1861. — Présidence de M. Magne, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le docteur Gyoux (d'Objat) fait hommage à la Société de la dissertation qu'il vient de soutenir à la Faculté pour obtenir le diplôme de docteur en chirurgie, sur l'*enchondrome du testicule*.

— Le docteur Ober Marquez (de Colmar), à l'occasion du rapport de M. Mourlon sur le travail de M. Polonitsky, lu dans la séance précédente, adresse une note sur une opération de phimosis congénital pratiquée à l'aide d'une nouvelle pince fenêtrée, dont les mors sont munis de pointes destinées à maintenir le parallélisme entre la peau du prépuce et sa muqueuse.

Il joint à cet envoi un travail sur les *paralysies consécutives à des angines non diphthéritiques*. (Remercîments.)

— Le docteur Rayon, membre titulaire, demande le titre de membre honoraire ; il motive sa demande sur des raisons de santé. (Accordé.)

Opération de la fistule lacrymale par l'oblitération du sac. — M. Legrand présente un malade affecté d'une tumeur lacrymale ancienne de l'œil gauche avec écoulement purulent, lequel a été opéré le 6 du mois dernier, avec son concours, par M. Magne, au moyen de l'*oblitération du sac*. Le procédé a été assez souvent décrit devant la Société pour qu'il ne soit pas besoin d'y revenir ici. Dans le cas actuel, après la cautérisation au beurre d'antimoine, M. Legrand, qui a pansé journellement le malade, a dû toucher deux ou trois fois avec le nitrate d'argent la plaie, qui est entrée rapidement en voie de cicatrisation après la chute de l'eschare. Le soir et le lendemain de l'opération, il n'y a eu qu'un léger mouvement fébrile. Bien que quelques semaines se soient à peine écoulées depuis l'opération, il n'existe aucune différence entre les deux yeux. L'œil opéré est seulement un peu plus humide que l'autre.

Examen ophthalmoscopique de la rétine. — M. Magne fait en son nom et au nom de M. Milon un rapport sur la thèse de M. Métaxas, intitulée *De l'exploration de la rétine et des altérations de cette membrane visibles à l'ophthalmoscope*. M. Magne repousse le reproche adressé par l'auteur aux chirurgiens français de négliger l'examen ophthalmoscopique. C'est en France que la véritable étude des maladies des yeux a été créée au dix-huitième siècle, et les chirurgiens de notre époque se sont montrés dignes de leurs devanciers. Les rapporteurs se plaisent à rendre hommage aux laborieuses recherches de M. Métaxas, et concluent à ce qu'il soit élu membre titulaire de la Société. Ces conclusions sont adoptées.

Méthode abortive de la blennorrhagie par les injections de nitrate d'argent à haute dose. — M. Mallez lit la note suivante (voir la *Gazette des Hôpitaux* du 6 août).

M. Legrand rappelle que Lisfranc employait les injections de sulfate de zinc à très-haute dose dans le traitement de la blennorrhagie. Cette méthode, qui a disparu avec son auteur, avait le grave inconvénient de produire des hémorrhagies et des rétrécissements.

M. Bossu. C'est à tort que M. Mallez prétend que M. Ricord a renoncé à la méthode abortive. Mais la dose à laquelle il emploie le nitrate d'argent ne présente pas d'inconvénients. Après deux ou trois injections, il n'y a plus de douleurs, et l'écoulement est profondément modifié dans sa nature.

M. Foucart. En 1845 et 1846, à l'époque des essais faits par M. Debeney dans le traitement de la blennorrhagie par les injections de nitrate d'argent à haute dose, j'ai lu à la Société une note sur cette médication. J'y rapportais une vingtaine de cas traités par ce moyen, et je disais alors que je n'avais jamais eu le moindre accident ; la dose que j'employais était un gramme de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau. Le seul inconvénient qu'avait cette méthode, c'est qu'elle était parfois assez douloureuse ; mais, je le répète, jamais je n'ai vu survenir aucun accident, ni hémorrhagie, ni orchite, ni rétrécissements. J'ai revu quelques années après le traitement plusieurs de mes malades, et j'affirme qu'aucun d'eux ne présentait de rétrécissement. Et la raison en est bien simple : ce qui cause les rétrécissements, ce n'est pas l'injection, mais l'épaississement de la muqueuse de l'urèthre déterminé par une inflammation qui a duré longtemps. Plus on guérit rapidement la blennorrhagie, et moins on a de chances de rétrécissement. La preuve que c'est l'inflammation chronique et non l'injection qui produit le rétrécissement, c'est que l'on rencontre tous les jours des rétrécissements chez des individus qui ont des chaudepisses anciennes, des gouttes militaires, et qui n'ont jamais fait usage d'aucune espèce d'injection.

J'ai cependant renoncé à l'emploi de la méthode abortive comme méthode générale pour plusieurs raisons ; d'abord, quelques malades la trouvent douloureuse, puis son emploi est fort assujettissant pour le médecin, qui est obligé, s'il veut être certain de la réussite, de donner les injections lui-même. Enfin elle nécessite pour le malade quelques jours d'un repos absolu, et beaucoup ne veulent ou ne peuvent s'y soumettre.

M. Legrand ne partage pas l'opinion de M. Foucart. Il lui est souvent arrivé de faire des injections abortives sans résultat ; puis il a vu des malades rendre en urinant des portions de la muqueuse uréthrale, et il a toujours craint que ce ne fût là la cause des rétrécissements.

M. Mallez. Si M. Ricord n'a pas abandonné la méthode en question, du moins l'emploie-t-il beaucoup moins souvent. Du reste, j'ai parlé de doses énormes, 4 grammes pour 45 d'eau distillée. Je ne puis non plus admettre l'opinion de M. Foucart. Je crois que par cette méthode les succès sont exceptionnels, et qu'il y a lieu de craindre les rétrécissements.

M. Foucart ne prétend pas se constituer le défenseur de la méthode abortive. Il vient de dire et répète qu'il l'a abandonnée comme méthode générale. Mais il ne veut pas non plus qu'on accuse ces injections d'accidents dont elles sont bien innocentes. En raison des inconvénients qu'il a signalés, il la considère comme une méthode exceptionnelle, qu'il emploie seulement lorsque des malades, par certaines nécessités de position, veulent être guéris très-vite et ne craignent pas, pour obtenir ce résultat, de se soumettre à des pratiques un peu plus douloureuses que les pratiques ordinaires.

De la cautérisation dans l'incontinence d'urine. — M. Dupertuis. A propos des injections uréthrales, permettez-moi de vous parler des cautérisations dans les cas d'incontinence d'urine. Je fus amené à cette méthode de la manière suivante : Un jeune homme ayant une incontinence d'urine est atteint de gonorrhée ; il est traité par les injections au nitrate d'argent, et guérit de son écoulement et de son incontinence. Cela me donne l'idée d'employer en pareil cas les injections au nitrate d'argent.

Je fus consulté plus tard pour une jeune fille qui, étant atteinte d'incontinence d'urine, voulait se marier. Cette jeune fille avait employé tous les moyens connus. J'introduisis jusqu'au col de la vessie un porte-caustique de Lallemand, et la jeune malade fut guérie. J'ai employé depuis ce procédé, et j'ai presque toujours réussi.

M. Mallez. Ces faits sont déjà connus ; Lallemand en a rapporté plusieurs. Ici le nitrate agit en donnant de la tonicité aux tissus. Voici le moyen que j'emploie en pareil cas : j'introduis dans la vessie une sonde en gomme élastique, et je pousse une injection de 1, 2, 3 centigrammes pour 45 grammes d'eau ; puis je fais uriner le malade. Le col se trouve ainsi cautérisé et le résultat est obtenu.

M. Bossu. Les moyens pour guérir l'incontinence d'urine sont très-nombreux ; j'ai vu un pharmacien d'Angers proposer des pilules de carbonate de fer et de seigle ergoté, et soutenir qu'il obtenait des résultats merveilleux.

M. BOUCHUT déclare qu'il a expérimenté sans aucun succès, à l'hôpital des Enfants, les pilules de M. Grimaud. Il se propose d'essayer le traitement indiqué par M. Dupertuis.

De la scrofule. — M. CARON. Interpellé par quelques collègues à propos de ma définition de la scrofule sur la manière dont je comprenais la question de l'hérédité et quelle différence je faisais entre la scrofule et les tubercules, je me suis appliqué à circonscrire dans les quelques propositions suivantes le sommaire du travail *in extenso* où se trouveront déduites toutes les données expérimentales et pratiques qui les caractérisent.

Quant à la question d'hérédité paternelle, je la considère comme dépendant uniquement des qualités physiologiques du spermatozoïde au moment de l'imprégnation, tandis que celle qui procède de la mère est corrélative de la valeur des éléments organiques que la circulation utéro-placentaire fournit au fœtus pendant la grossesse : d'où on peut légitimement conclure que père et mère scrofuleux ou phthisiques peuvent et doivent engendrer des scrofuleux et des phthisiques. Mais quand par les progrès du développement le fœtus a acquis les proportions et l'activité physiologiques compatibles avec une existence plus libre, plus indépendante, nous voulons dire à la naissance, c'est alors par lui-même qu'il doit pourvoir aux exigences de sa propre organisation, aux éléments de sa fonctionnalité, aux dépenses et aux acquisitions dues à l'âge et aux conditions de sa constitution. Or c'est par l'alimentation que nous subvenons à la production des éléments de réparation des différentes parties de notre organisme ; c'est par la digestion que nous fabriquons ce chyle, véritable chair coulante, comme l'a appelé Bordeu, qui va donner à chaque organe, à chaque fonction, les éléments de la vie : chacun y puise, suivant sa force, sa nature et sa fin, l'élément qui lui convient ; mais à une condition toutefois, c'est que ce chyle réunira plus rigoureusement les propriétés physiologiques indispensables. Il est vrai que sa composition intime n'a point encore été très-exactement établie ; mais espérons que les recherches persévérantes des physiologistes la détermineront bientôt.

Au rapport des expérimentateurs les plus compétents, les qualités du chyle dépendent de la nature des matériaux employés pour l'alimentation ; il est donc bien légitime de penser que sa composition moléculaire intime doit varier autant que les principes dont il procède, mais autant encore de l'influence des circonstances physiques, qui d'une manière ou d'une autre peuvent augmenter, ralentir ou troubler le travail de la digestion.

Aussi, tenant compte des mille variétés que le produit de l'élaboration digestive peut offrir depuis l'état le plus physiologique jusqu'au plus impropre, le plus incompatible à l'assimilation organique, et tout à la fois de la durée plus ou moins permanente de ces conditions antiphysiologiques, nous appellerons l'attention des praticiens sur les conséquences physiogéniques de ces phénomènes.

Il est bien clair que si le chyle est complétement élaboré, chaque organe, chaque appareil y puisera facilement, et sans résidu bien apparent, les éléments qui lui sont nécessaires.

Mais dans les circonstances où la digestion aura subi quelque interruption, quelque ralentissement, ou enfin par une cause soit physique, soit morale, la digestion aura été dérangée, incomplète ; dans ces nouvelles conditions, le chyle ne jouissant pas de cette subtilité, de ce degré de sublimation indispensable, il doit infailliblement en résulter des inconvénients par suite desquels les parties les plus ténues étant absorbées, il se forme au sein des organes, dans les interstices fibrenchymateux, des dépôts de la substance la plus grossière, réfractaires à l'absorption, à l'assimilation ; mais néanmoins ces parties imparfaites ont reçu du travail digestif une impulsion organisatrice, un commencement de vitalité, et c'est dans ces conditions qu'elles viennent embarrasser les voies par lesquelles elles doivent de toute nécessité passer. Est-ce donc autrement que les choses s'accomplissent journellement dans les premiers symptômes de la scrofule, à savoir l'engorgement initial des ganglions mésentériques ?

Bien des auteurs l'ont déjà considéré comme de nature tuberculeuse, quoique d'autres aient voulu y trouver une sorte de congestion passive, à forme plus ou moins inflammatoire. Ces phénomènes pathogéniques sont surtout appréciables chez les anorexiques, les dyspeptiques, à l'état aigu ou chronique, idiopathique ou symptomatique, mais particulièrement chez les nouveau-nés, chez toutes les personnes dont les fonctions digestives se font mal, et souvent pas du tout.

Les produits inassimilables de ces digestions incomplètes, manquées, peuvent-ils donc être considérés autrement que comme des éléments hétérogènes, comme de véritables impuretés physiologiques, des produits excrémentitiels dont l'économie doit chercher à se débarrasser à tout prix ? Mais comme, momentanément au moins, ils concourent à l'assimilation, à la nutrition des individus qui les fabriquent, il devient assez rationnel de soutenir que les êtres qui se les assimilent, se farcissent de produits stercoraux ; particularité qui tend à justifier la qualification de σχωφ-φυω, scrofules, et tout aussi rigoureusement celle de σχωρ-δυω-δυειν, scorbut, maladie qui se caractérise par l'infiltration, l'engorgement de produits incompatibles avec l'accomplissement des fonctions physiologiques, produits qui sont le résultat d'une alimentation insuffisante, vicieuse, ou par des matériaux de mauvaise qualité.

Ainsi envisagée, la question de la scrofule, du scorbut et de la phthisie semble se simplifier singulièrement. Effectivement, elles tendent à se confondre dans une seule et même affection dont les symptômes varient avec la nature des organes altérés et le degré de dépravation subi.

Nous spécifierons d'ailleurs très-nettement le développement, la marche et les symptômes de ces maladies, en étudiant la scrofule des nouveau-nés et les variétés d'affections tuberculeuses aux différents âges de la vie. Sous l'influence de cette perversion des fonctions digestives, l'assimilation se ralentit et les différents phénomènes de la caloricité diminuent incontestablement, les organes se détériorent ; il est assez étrange de voir M. Bouchardat soutenir que ces modifications physiogéniques et pathogéniques soient la conséquence de l'abaissement de la température des milieux où vivent les individus ; cette opinion ne saurait supporter une sérieuse discussion : tout prouve au contraire que cette perversion des fonctions digestives assimilatrices affaiblit l'organisme, appauvrit le sang, qui se décolore et se refroidit.

C'est à ces conditions même qu'il faut rapporter les dénominations de tempérament lymphatique, d'humeurs froides, que les praticiens des écoles précédentes avaient imposées à ces états pathologiques.

Ajoutons en terminant que les individus qui contractent cette constitution, cet état diathésique, soit en naissant, soit par le fait de la mauvaise éducation physique du premier âge, constituent une classe d'êtres organisés entièrement à part, doués d'une vitalité relative, compatible cependant avec une certaine longévité, mais aussi destinés à une physiogénie comme à une pathogénie qui n'appartient qu'à eux.

Sur quelques points de l'histoire de la conjonctivite exanthémateuse. — M. DOUMIC. Je me bornerai à exposer sommairement que la conjonctivite exanthémateuse constitue une grande classe d'affections de la conjonctive, vascularisation de cette membrane, papule conjonctivale, vésicules, phlyctènes de la cornée, etc. Bon nombre d'auteurs ont fait de cette affection l'attribut exclusif de la constitution lymphatique ou scrofuleuse ; il est vrai que l'on trouve souvent ces affections oculaires chez des enfants débiles, mais on sait que ces mêmes enfants présentent fréquemment aussi des éruptions soit cutanées, soit muqueuses, et d'un autre côté on observe ces papules chez des individus d'un certain âge et porteurs d'une excellente constitution. J'ai vu il y a quelques jours encore à mon dispensaire un homme de trente-cinq ans qui présentait à l'œil gauche une papule conjonctivale complète, placée au sommet d'un faisceau de vaisseau, comme cela se voit toujours chez les enfants ; cet homme avait en même temps de l'herpès labial, des croûtes dans le nez, et ces éruptions étaient survenues sous l'influence d'un dérangement de l'estomac et de l'intestin ; les fonctions digestives n'étaient pas plus tôt rétablies que les éruptions du nez, des lèvres et de la conjonctive disparaissaient.

Enfin cette éruption conjonctivale est transmissible d'individu à individu, ainsi que j'ai pu le constater sur moi-même : Le samedi 25 mai, en faisant ma visite aux enfants de Saint-Nicolas, il me sauta dans l'œil gauche du pus concret ; je fis des lotions avec de l'eau fraîche. Dès le dimanche, j'eus un peu de rougeur et de douleur dans l'œil. Le lundi, je fus bien surpris d'apercevoir à la partie inférieure et extérieure du globe oculaire, au milieu d'un paquet de granulations, une énorme papule ; deux jours après, il en apparaissait une autre à cheval sur le bord interne et supérieur de la cornée. Cette affection, qui date aujourd'hui de douze jours, est en pleine voie de guérison.

Ces deux faits m'ont paru intéressants ; ils démontrent que la conjonctivite exanthémateuse s'observe chez des individus d'une bonne constitution, et que dans ce cas elle fait partie d'un état exanthémateux qui existe en même temps sur d'autres points du corps ; que cette conjonctivite exanthémateuse peut se transmettre par contagion directe, circonstance qui, je crois, n'avait pas été signalée.

M. MAGNE demande à présenter à ce sujet quelques réflexions pratiques. J'ai entendu, dit-il, les expressions d'ophthalmie scrofuleuse, de kératite scrofuleuse. J'ai peu de goût pour ces épithètes, qui me paraissent au moins hasardées. Sans aucun doute, la papule conjonctivale se rencontre la plupart du temps chez des sujets lymphatiques ou scrofuleux ; mais cette papule a-t-elle véritablement un cachet qui puisse en faire un signe pathognomonique ? Non. La conjonctivite papuleuse s'observe chez des malades dont le tempérament n'est ni scrofuleux ni même lymphatique. Il est une autre affection oculaire très-répandue, commune à ce point qu'il faudrait presque un volume pour la seule énumération des formules tour à tour vantées et exploitées ; c'est la blépharite ciliaire. Elle aussi a été considérée pendant longtemps comme une ophthalmie scrofuleuse. Que cette maladie du bord ciliaire atteigne souvent les enfants lymphatiques, qu'elle soit modifiée et guérie momentanément par les myriades de pommades dont la base est l'oxyde rouge de mercure, rien de plus exact ; mais la blépharite ciliaire ne mérite pas plus que la conjonctivite papuleuse le nom d'ophthalmie scrofuleuse.

Que l'on examine avec attention les malades atteints de blépharite ciliaire, et le plus souvent on reconnaîtra que cette affection est liée à un état général herpétique. En pareil cas, le cuir chevelu est le siége d'un pityriasis, etc. Aussi les pommades à l'oxyde rouge de mercure ne donnent-elles qu'un succès momentané. La guérison durable ne s'obtient qu'à l'aide d'un traitement sulfureux local : lotions à l'eau de Challes, par exemple, aidées des applications de pommade à l'oxyde rouge de mercure, et d'un traitement général consistant dans l'emploi des bains sulfureux et des préparations d'arsenic à l'intérieur. Celle qui paraît le mieux réussir chez les enfants est le sirop d'arséniate de fer, d'après la formule de M. Duchesne-Duparc.

Je reviens à la communication de M. Doumic. Elle présente un certain intérêt, puisqu'elle semblerait faire admettre la possibilité de la contagion de l'ophthalmie papuleuse, fait dont je ne connais pas d'exemple. Les faits de M. Doumic méritent donc d'être justifiés.

Le secrétaire annuel, Dr ELLEAUME.

Le corps médical de Paris vient de faire deux nouvelles pertes regrettables. M. Legroux et M. Piedagnel, tous deux médecins de l'Hôtel-Dieu, viennent de mourir.

Les obsèques de M. Legroux ont eu lieu ce matin, à onze heures, à l'église Saint-Roch.

Une longue et cruelle maladie tenait M. Piedagnel éloigné depuis longtemps de son service ; mais il y a huit jours à peine, M. Legroux, plein de vigueur et de santé, prodiguait ses soins à ses malades de l'Hôtel-Dieu.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Études chimiques des eaux minérales de La Malou (Hérault), par Albert MOITESSIER, professeur agrégé et chef des travaux chimiques à la Faculté de Montpellier, etc. Un volume in-8° avec figures et tableaux. Prix : 3 fr. 50 c. *franco*. Paris, 1861, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

Des hydatides des reins, par M. le docteur E. BÉRAUD, ancien interne de l'hôpital des Enfants. In-4° de 100 pages. Prix, 2 fr. *franco* par la poste. Paris, chez F. Savy, éditeur, rue Bonaparte, 20.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 4 SEPTEMBRE 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur la morve a occupé encore à elle seule toute la séance. M. Reynal, le nouvel élu de la section de médecine vétérinaire, a fait hier son début académique dans cette question, où à tant de titres il avait le droit et nous dirons même le devoir de se faire entendre. Ce début a tenu tout ce qu'on devait attendre du savoir, de l'expérience et de la position scientifique de l'honorable académicien : connaissance spéciale et approfondie du sujet, exposition méthodique, argumentation vive, animée, telles sont, en effet, les qualités d'une bonne dissertation académique, que nous a paru réunir le discours de M. Reynal. Voilà pour la forme.

Quant au fond, réduit que nous sommes pour le juger au souvenir d'une simple audition, nous n'oserions pas, dans notre appréciation, aller au delà de l'impression générale qu'il a laissée dans notre esprit. Or cette impression, sauf rectification, est celle-ci : Il ne nous paraît pas que M. Reynal ait apporté aucun élément nouveau dans la question. Il a appuyé sur tous les points l'argumentation de ses collègues d'Alfort, auxquels il a fourni le double appoint de sa science clinique comme professeur et de sa grande expérience pratique comme ancien vétérinaire de l'armée.

Nous avions donc raison de dire dans notre précédent article qu'il y avait une école d'Alfort, en matière de morve, école qui donne en effet ce trop rare spectacle, bien digne d'être proposé comme exemple à nos écoles de médecine humaine, d'une unanimité parfaite de doctrine et d'une entière conformité d'opinions et de principes sur tous les points entre tous ses membres. Il n'est plus permis d'en douter aujourd'hui, après le discours de M. Reynal. Ce n'est plus la manière de voir, l'opinion particulière de M. Bouley, celle de M. Renault, celle de M. Delafond, qui est en cause, c'est l'opinion de l'école d'Alfort représentée par quatre de ses plus éminents professeurs.

S'ensuit-il de cette unanimité qu'il ne nous reste plus qu'à nous rendre à l'évidence et à abandonner les principes que nous avons soutenus jusqu'ici et que nous avons considérés comme devant prévaloir après cette discussion? Non sans doute. Il y a assurément dans cet accord de puissants motifs de penser que ce que les vétérinaires de l'Académie affirment avoir vu est effectivement bien réel et est tel qu'ils le disent. Mais il ne serait pas juste d'en tirer cette conséquence qu'ils ont tout vu, qu'ils ont apprécié et jugé toutes choses à leur véritable valeur, et qu'en dehors de l'ordre de faits qui leur sont le plus familiers, et en se plaçant à la lumière de méthodes et de principes d'une application générale, il n'ait pas été donné à d'autres de voir les mêmes faits sous un autre jour et d'apercevoir des points de vue qui ont pu leur échapper.

C'est qu'il y a là, en effet, à côté et au-dessus des points de fait et des résultats bruts de l'observation, comme l'a très-bien dit M. Guérin, une question de principes qui domine toute la discussion. Or c'est sur le terrain de ces principes que la doctrine des vétérinaires de l'Académie est vulnérable. Nous croyons que M. Guérin l'a déjà surabondamment démontré. Ce serait peut-être le moment d'exposer les raisons qui nous ont porté à nous associer à ses observations critiques. Mais il n'y a aucun péril à attendre, d'autant plus que M. Renault doit présenter dans la séance prochaine le résumé de cette discussion. Nous dirons alors, à notre tour, sous la réserve des modifications que la nouvelle argumentation de M. Renault pourrait apporter à notre manière de voir, notre impression dernière sur l'ensemble de cette intéressante discussion. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. HÉRARD.

(Suppléant M. le professeur ROSTAN.)

De la méningite cérébro-spinale épidémique (1).

(Leçon recueillie par M. ROCHA, élève du service.)

La méningite cérébro-spinale épidémique est une maladie de date récente. Elle paraît s'être manifestée pour la première fois, ou plutôt avoir reparu en Europe en 1837. C'est à Dax, Bayonne et Saint-Sever, sur la frontière des Pyrénées, qu'on l'observa tout d'abord en France. De là elle se propagea à Rochefort, et un peu plus tard à Versailles, importée dans ces villes par un régiment, le 18e léger, qui changeait de garnison. Bientôt, de 1839 à 1842, on la vit apparaître dans plusieurs villes du nord-est de la France, Strasbourg, Schélestadt, Metz, Colmar, Nancy, pendant qu'elle sévissait dans les garnisons du sud-est, à Toulon, Marseille, Avignon, Nîmes. Enfin Lyon, Bourges, Orléans, Paris, la plupart des villes, en un mot, ayant une population militaire, en furent successivement atteintes, quoiqu'on vit quelquefois, à Aigues-Mortes par exemple, la population civile seule être frappée. Comme dans la forme sporadique, on remarque dans la méningite cérébro-spinale épidémique une céphalalgie intense, des vomissements, du délire, de l'assoupissement, du coma, de la roideur des muscles, de la rachialgie. Mais, en outre, on note souvent des symptômes qui appartiennent aux affections typhoïdes : diarrhée, ballonnement du ventre, taches lenticulaires rosées, gonflement de la rate. Plusieurs auteurs ont signalé en outre l'herpès labialis comme un symptôme très-fréquent, et lui ont accordé une grande valeur. Dans les autopsies on a rencontré souvent les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, en même temps que celles de la méningite, avec cette particularité toutefois que la suppuration apparaissait dans les méninges avec une telle rapidité que plusieurs observateurs ont rangé la méningite cérébro-spinale dans la classe des affections pyogéniques, à côté de la fièvre puerpérale et de la résorption purulente. Cette opinion n'a pas prévalu, et aujourd'hui la majorité des médecins, tenant compte des symptômes et des lésions que je viens de vous exposer; tenant compte des cas dans lesquels, malgré les recherches les plus minutieuses, on n'a pu découvrir aucune altération ni dans les méninges ni dans le tube intestinal; de la contagion qui a été observée manifestement dans quelques circonstances; la majorité des médecins, dis-je, n'hésitent pas à voir dans la méningite cérébro-spinale épidémique une grande pyrexie typhique.

J'avais besoin d'entrer dans ces détails pour vous mettre à même de décider si notre jeune homme était atteint d'une méningite cérébro-spinale typhique, ou bien d'une inflammation franche des méninges cérébrales et spinales. Si vous vous rappelez ce que je vous ai dit, que ce jeune homme n'a présenté aucun symptôme que l'on puisse rapporter à la fièvre typhoïde, si vous considérez que la première forme est d'ailleurs très-rare à l'état sporadique, vous reconnaîtrez avec moi que c'est bien d'une méningite franchement phlegmasique qu'il s'agit ici.

Un tel diagnostic indiquait clairement le traitement à suivre. Nous étions en présence d'une maladie inflammatoire d'une excessive gravité par son siége et son étendue, rapide dans sa marche. La thérapeutique devait être active.

Quoique arrivée au quatrième jour, à une époque où très-probablement déjà existaient des exsudations, suite ordinaire de l'inflammation des membranes, nous devions tout d'abord recourir aux antiphlogistiques. L'âge, la santé antérieure du malade, les phénomènes d'excitation que nous constations encore, commandaient cette conduite. Je fis en conséquence appliquer vingt sangsues derrière les oreilles, dix ventouses scarifiées le long du rachis, en même temps qu'une vessie remplie de glace était placée sur la tête préalablement rasée, et qu'une dérivation était produite sur le tube intestinal à l'aide du calomel donné à dose purgative.

Le soir, ayant remarqué une légère amélioration dans l'état du malade, je prescrivis de nouvelles ventouses scarifiées et l'application successive de deux ou trois sangsues derrière les oreilles, de manière à obtenir un écoulement continu, qui devait être suspendu s'il y avait apparence de faiblesse.

(1) Voir le numéro précédent.

Le dimanche 19 mai, la roideur était moindre, la céphalalgie moins vive, les vomissements étaient définitivement arrêtés. Le calomel avait déterminé deux selles verdâtres. Le pouls s'était élevé à 100, dépressible, sans chaleur de la peau ; les papilles étaient larges, les paupières fréquemment abaissées, l'excitation se trouvait remplacée par le collapsus alternant avec le délire ; je dus cesser les émissions sanguines. Je prescrivis le calomel à dose fractionnée (0,05 en 12 paquets), et en même temps je fis appliquer un vésicatoire en forme de bande étroite de deux travers de doigt tout le long de l'épine.

Le lundi 20, l'assoupissement était plus prononcé que la veille. Un large vésicatoire fut appliqué sur le cuir chevelu avec la précaution que nous vous recommandons en pareil cas de le découper en bandelettes pour faciliter son adhésion dans toute la surface du derme et prévenir les décollements partiels.

Hier vous avez pu constater une sorte de reprise dans les accidents congestifs et inflammatoires : rougeur de la face, céphalalgie, pouls plus développé, délire plus marqué. Je combattis ces nouveaux accidents par une application de sangsues derrière les oreilles, et aujourd'hui vous avez trouvé notre malade à peu près dans le même état qu'avant-hier.

Toutefois un symptôme grave s'est manifesté ce matin, c'est le soubresaut des tendons. Nous ne pouvons vous dissimuler l'extrême gravité d'un pareil état, quoique la marche lente des accidents nous laisse encore quelque espoir de guérison.

Nous aurons soin de vous tenir au courant des événements ultérieurs.

Depuis lors, l'état du malade a présenté des alternatives nombreuses d'amélioration et d'aggravation.

Vers le vingtième jour, les accidents paraissaient à peu près conjurés, lorsqu'un matin il se plaignit de céphalalgie intense, et tomba dans le délire, bientôt suivi d'assoupissement. Un second vésicatoire appliqué sur la tête, deux cautères à la nuque, contribuèrent à éloigner ce nouveau danger.

A partir de ce jour, le malade entra franchement en convalescence, conservant néanmoins, surtout de l'œil gauche, une dilatation considérable de la pupille et un trouble marqué de la vue, qui ont donné à supposer qu'un exsudat inflammatoire s'était déposé à la base du cerveau, autour du chiasma des nerfs optiques.

HOPITAL MILITAIRE DE TOULON. — M. SONRIER.

Kystes synoviaux du poignet gauche. — Tumeur blanche de l'articulation huméro-cubitale droite. — Amputation.— Mort. — Carie de la colonne vertébrale.

Si jamais étiologie fut obscure dans ses apparences plus spécieuses que réelles; si jamais diagnostic fut entouré de doutes au milieu des manifestations diathésiques les plus disparates et les plus contradictoires; si la thérapeutique enfin se montra jamais timide et pleine d'hésitations, c'est bien dans l'observation que nous allons rapporter. L'autopsie, en nous révélant des lésions profondes au sein des os, est venue jeter quelque lumière sur des questions restées insolubles pendant la vie.

On sait qu'au système osseux, formé en grande partie d'éléments inorganiques, est réservé le privilége d'avoir des réactions lentes. Longtemps le mal, soit que l'hérédité l'ait entaché d'une empreinte originelle, soit que l'affection ait été accidentelle ou tardivement acquise, sommeille en germe dans l'économie à l'état latent, et reste silencieux avant de faire explosion à travers des symptômes souvent mal dessinés. Disons plus encore, c'est que quand il éclate il masque longtemps ses allures, surtout dans la diaphyse, pour se porter, par affinité élective naturelle, vers les parties les plus vasculaires et les plus vitales.

L'observation suivante mettra en évidence d'une manière plus explicite la vérité de ces données générales. En effet, nous voyons un malade qui se présente avec des kystes synoviaux envahissant les gaines tendineuses de l'avant-bras. Comme le mal reste longtemps localisé dans cette région, il est permis de croire qu'il y a là imminence morbide vers les tissus fibreux, et qu'il s'épuise et s'écoule, exutoire naturel, dans une longue suppuration. Supposition gratuite, ces lésions ne sont qu'un épiphénomène d'une altération plus profonde.

Longtemps après la diathèse fait explosion dans un autre membre, envahit des tissus similaires, puis l'articulation, tumeur blanche qui nécessite l'amputation. Comme cette altération plus intime a dû fixer le mal et le faire disparaître avec l'organe enlevé, il est rationnel d'espérer que l'économie, dégagée de toute affection morbide générale, n'a plus qu'à lutter contre les accidents inhérents à l'opération elle-même. Il n'en

est rien. Cette lésion osseuse n'est encore qu'une nouvelle détermination du même mal, et laisse subsister la diathèse.

Le malade meurt, et l'autopsie nous montre les désordres les plus graves dans la colonne vertébrale et dans tout le système osseux, sans qu'ils aient été dévoilés par aucun symptôme.

Telle est en deux mots l'histoire de cette curieuse affection, qui a mis plus d'une année à parcourir les phases diverses de ses évolutions morbides.

Le nommé D..., âgé de vingt-quatre ans, d'un tempérament mélangé, entre à l'hôpital le 24 août dernier pour des kystes synoviaux au poignet gauche. L'étiologie héréditaire, diathésique, traumatique, consultées, ne nous apprennent rien. Il raconte que vers le mois de janvier 1860 il ressent au coude du côté droit une douleur obtuse qui disparaît pour se reporter à la même articulation du côté gauche, puis de là au poignet. Vers le mois de juin, une tumeur indolente se serait développée lentement en arrière de l'apophyse styloïde du radius, à l'endroit où le tendon du long extenseur du pouce recouvre et croise à angle aigu les deux radiaux externes. On l'ouvre le 10 août, et il en sort des granulations blanchâtres, hordéiformes, comme des grains de riz brisé.

Une autre tumeur se manifeste vers le 15 août à la région dorsale du carpe, sur les tendons extenseurs des doigts. Ouverte le 24 : même produit.

Trois semaines après apparaît une autre tumeur dans la même région.

Au mois d'octobre, une quatrième tumeur se montre à 6 centimètres au-dessus de l'apophyse styloïde du radius, sur les tendons des radiaux externes, à l'endroit où ils sont croisés, à angle aigu, par les long abducteur et court extenseur du pouce.

Enfin la cinquième, la plus élevée, se voit à 8 centimètres, c'est-à-dire un peu au-dessus de la précédente; elle date du mois de novembre.

Si nous avons insisté sur ces données anatomiques, c'est pour faire observer que les tumeurs sont en rapport avec les trajets tendineux les plus superficiels et les plus nombreux, là où le tissu cellulo-graisseux entourant les gaines est très-abondant et présente une texture particulière.

S'il est impossible que nous trouvions des kystes synoviaux sur un point plus élevé qui correspond à la naissance des fibres charnues, nous allons en rencontrer aux aponévroses d'insertion des mêmes muscles.

Aucun traitement spécial n'avait été employé avant notre arrivée en octobre. Le malade est soumis pendant deux mois à l'iodure de potassium à l'intérieur, jusqu'à 3 grammes par jour. Injections iodées dans les trajets fistuleux, débridement. Cautérisation légère des parois.

Malgré ce traitement, le malade n'est pas guéri (janvier 1861); sa santé, il est vrai, n'est pas altérée, il ne souffre pas, digère bien les trois quarts, dort bien; la suppuration est insignifiante; mais les kystes se rouvrent à la plus légère pression et laissent échapper la substance caractéristique (frai de grenouille), blanchâtre, granulée. Le pourtour de ces kystes ulcérés est mamelonné, saillant, irrégulier, adhérent aux parties sous-jacentes, mais permettant le jeu des tendons. C'est une espèce de substance plastique, peut-être les débris de kystes synoviaux enflammés, qui se sont coagulés et ont formé ces nodosités bourgeonnantes que nous cautérisons avec le fer rouge.

Le 3 mars, le malade nous montre une autre tumeur située au côté externe de l'olécrâne du bras droit. Le coude est un peu plus volumineux que l'autre, sans changement de couleur à la peau. On sent une fluctuation obscure qui n'a pas la résistance élastique des abcès ni le choc du liquide qui vient frapper le doigt. Non : cette tumeur est caractérisée par des bosselures molles, résistantes, mobiles, crépitantes, qu'on sent craquer comme la pulpe d'une grenade, se fondre et se déplacer sous la main; qui y détermine une dépression à peu près identique à celle de l'œdème. Nous retrouvons dans cette tumeur ouverte les mêmes produits que nous avons signalés plus haut, et qui sont ici formés de débris aponévrotiques.

La tumeur du coude reste stationnaire jusqu'aux premiers jours d'avril, où d'assez vives douleurs sont ressenties dans l'articulation elle-même, dont les mouvements sont enchaînés. Une tuméfaction assez considérable s'est développée dans les tissus environnants, et quoique l'état général soit assez bon, le malade a maigri. Teinte jaune, quelques sueurs, pas de diarrhée, pouls fébrile. Assez bon appétit; bon sommeil.

Le 12 avril, frisson violent qui dure une heure, suivi de peu de chaleur.

Le 13, le frisson a reparu moins fort; pouls fréquent, concentré; sueurs; inappétence; insomnie. Même état jusqu'au 17. Un stylet introduit entre l'épicondyle et l'olécrâne rencontre une surface rugueuse et facilite l'issue d'une suppuration sanieuse qu'on voit sourdre des parties profondes. Plus de doute, l'articulation est envahie.

Le 18, état plus grave; l'amputation est résolue. Pas de diarrhée, pas de tubercules.

L'opération ne présente rien d'extraordinaire qu'une hémorrhagie de la moelle difficilement tarie par le perchlorure de fer. Réunion médiate. Le pouls reste lent, déprimé. Anémie.

Anatomie pathologique de l'articulation. — Le tissu cellulaire sous-jacent est infiltré de sérosité purulente. Au-dessous, on trouve un abcès péri-articulaire communiquant par une ouverture ulcéreuse faite à la capsule avec un abcès intra-articulaire. La membrane synoviale est injectée, ramollie, avec fongosités. Suppuration fétide, ichoreuse, lie-de-vin.

La tête de l'humérus est injectée, surtout sur les saillies articulaires; le périoste s'en détache à la plus légère traction : moelle couleur briquetée, diffluente.

Si le radius a peu souffert, malgré son voisinage de l'articulation, par contre le cubitus nous présente les altérations les plus curieuses.

Toute la partie postérieure externe de l'olécrâne (tubérosité) est profondément atteinte; le périoste s'enlève très-facilement dans l'étendue de 8 à 9 centimètres, et laisse voir au-dessous l'os rouge vascularisé, raréfié, criblé de nombreux pertuis remplis de sanie sanguinolente que le scalpel pénètre facilement et fait éclater au moindre effort. Le cartilage d'incrustation de la cavité sigmoïde est tellement aminci ou usé, qu'il laisse voir la trame osseuse sous-jacente. Il nous a semblé ramolli, moins élastique; toujours est-il qu'il s'enlève avec la plus grande facilité et se déchire pour peu qu'on veuille l'étendre.

Ces lésions superficielles de l'os trouvent leur cause efficiente dans l'altération même de la tubérosité du cubitus. En effet, on trouve un peu au-dessous de la petite cavité sigmoïde une ouverture de 1 centimètre et demi qui pénètre jusqu'à la cavité médullaire. Là, dans ce tissu spongieux, la carie s'est creusé un foyer irrégulier anfractueux de 6 centimètres de long, sur 5 millimètres de large, rempli du même liquide que nous avons vu dans l'articulation.

Nous continuons l'observation de notre malade.

Le 20 avril, insomnie, aucune douleur dans le moignon, suintement séro-sanguinolent exhalé des muscles pâles, anémiés. La fièvre pathologique existe toujours, et dans l'état de débilité où le malade se trouve, la fièvre traumatique passera sans doute inaperçue. — Pansement au styrax, sans réunion immédiate.

Le 21, bon sommeil, sueurs abondantes, moignon indolore, recouvert d'une couche pultacée, au-dessous de laquelle les chairs paraissent roses. Le pouls est à 100, peu développé.

Les ulcères de l'avant-bras gauche laissent écouler une grande quantité de pus sanieux, fétide.

Il serait fastidieux et sans profit pour le lecteur, en même temps que ce serait nous exposer à des redites, de suivre jour par jour notre malade dans cette lutte inégale, où sa jeune existence se débat contre une mort fatale. Qu'il nous suffise de savoir que, du 20 au 30, une amélioration passagère a lieu; le sommeil est revenu; les sueurs sont moins abondantes; l'appétit renaît, quoique la langue reste saburrale, pâle; toux légère sans douleur; mais l'état général est toujours le même, empreint de cette diathèse putride qui se traduit par une anémie profonde, un teint jaune terreux, une débilité extrême, des frissons erratiques suivis de sueurs, un pouls qui marque, par sa fréquence déprimée, combien l'organisme est profondément atteint.

Ce mieux, soutenu par un régime tonique, par l'espérance qui reste vivace au milieu de cette mort progressive, anticipée, n'est en définitive qu'une rémission momentanée de l'organisme qui ne semble se relever que par bonds d'épuisement, pour succomber sous les progrès de l'intoxication générale. Aussi allons-nous voir apparaître une complication prévue, inhérente à la situation dans laquelle se trouve notre malade. Nous voulons parler de la conicité du moignon. Cet accident, qui semble plutôt se rattacher à l'état général qu'à l'inflammation ou à la rétraction des muscles, soit primitive, soit même secondaire, n'est pour nous qu'un épiphénomène de l'infection purulente, un pronostic presque certain de mort.

Voici en deux mots par quel mécanisme s'opère cette conicité du moignon. Dix à douze jours après l'amputation, l'inflammation modérée donne lieu à une suppuration âcre, ulcérative; la plaie se recouvre d'un enduit pultacé (diphthérite). Le tissu cellulaire sous-cutané et interstitiel s'est fondu dans le dissolvant sanieux; les muscles sont disséqués, atrophiés, et les lambeaux cutanés amincis et comme parcheminés, flottent sans appui sur l'os isolé au milieu d'un moignon creux effilé. Ainsi ulcération, absorption, momification des tissus, tel est pour nous le phénomène pathologique de la conicité du moignon.

Qu'on n'aille pas croire que ce sont là des idées spéculatives que nous émettons dans le but de satisfaire une gloriole attachée à une théorie nouvelle. Non, c'est l'expérience des champs de bataille qui nous dicte ces paroles; toutes les fois que nos amputés d'Italie se trouvaient dans des conditions identiques avec celles de notre malade, nous avons presque toujours vu cet accident survenir, alors même qu'ils avaient été opérés par les procédés les plus propres à le prévenir. Nous les avons même vus se reproduire malgré deux résections et des lambeaux cutanés trop longs et inutiles; tandis qu'en Afrique et dans le midi de la France, où de par la grâce du climat chacun de nous a pu se croire un grand opérateur, puisque les amputations, même les plus hardies, guérissent presque toujours, nous ne l'avons presque jamais rencontré, même dans des amputations de cuisse où les lambeaux avaient été taillés trop courts.

Mais revenons à notre malade.

Nous pratiquons la résection de 2 centimètres et demi de l'os. Hémorrhagie veineuse incoercible; tampons de perchlorure de fer.

Le treizième jour de l'amputation, la ligature tombe sans donner lieu à aucun accident; aucun travail de cicatrisation n'a lieu. Frissons erratiques, sueurs, diarrhée légère, débilité extrême; le malade décline; plaie de position; sommeil troublé par des rêvasseries; *subdelirium*; marasme.

Du 18 avril au 21, la conicité du moignon reparaît par le même mécanisme décrit plus haut; mais notre patient est si près de la mort, qu'une nouvelle résection nous semble inutile, d'autant plus que l'altération se reproduirait même au delà de l'articulation scapulo-humérale.

Mort le 21.

Autopsie. — Pleuro-pneumonie gauche avec épanchement, déterminée par une carie des vertèbres lombaires; atrophie du poumon; épanchement de pus venant de la même source dans la plèvre droite; une seule caverne dans le poumon droit, qui est du reste sain.

Hypertrophie du foie sans lésion de texture.

Hypertrophie considérable de la rate; ramollissement; boue splénique; rien à noter ailleurs.

La lésion principale, primitive sans doute, c'est la nécrose des dernières vertèbres dorsales, avec destruction de leur trame osseuse.

Après avoir enlevé avec précaution l'aorte et la veine-cave inférieure, qui n'offrent aucune altération, on aperçoit la colonne vertébrale noire, comme calcinée, depuis la huitième vertèbre dorsale jusqu'à la quatrième lombaire, et les cartilages intervertébraux, qui tranchent par leur blancheur nacrée éclatante.

Le corps des onzième et douzième vertèbres a subi un commencement de perte de substance; leur tissu friable, brun à l'intérieur, a permis une inflexion de la colonne vertébrale. Une assez grande quantité de pus s'écoule du canal médullaire, baigne la moelle épinière, qui est respectée, et remonte jusqu'à la cinquième vertèbre dorsale.

Les cartilages intervertébraux paraissent intacts. Le malade n'a jamais accusé de douleur de ce côté; la station a été possible jusque dans les derniers temps.

Dans le bras amputé, nous trouvons la conicité du moignon déterminée par l'absorption des muscles et du tissu cellulaire ambiant.

L'artère humérale est oblitérée dans l'étendue d'un centimètre seulement par un petit caillot rougeâtre, adhérent, qui ferme le calibre du vaisseau devenu plus étroit.

L'intérieur des os examiné nous a présenté la moelle rouge, briquetée, diffluente; mais cette coloration n'a rien qui doive faire supposer qu'elle se rattache à des lésions pathologiques des os, et la preuve, c'est que sur vingt-deux autopsies, pour des affections internes diverses, nous avons trouvé les nuances les plus variées de la moelle, depuis le jaune grisâtre jusqu'au rouge cerise, lie-de-vin, et même brun foncé. Il n'y a donc rien de constant à cet égard.

ACCIDENTS NERVEUX SINGULIERS

observés à la suite de l'ingestion de deux cuillerées à bouche d'huile de lin siccative,

Par M. le docteur L.-P. Lorut.

La nommée X..., âgée de dix-neuf ans, d'un tempérament nerveux sanguin, a toujours joui d'une santé excellente.

Le 21 janvier, vers onze heures du soir, je fus appelé en toute hâte auprès d'elle, et je la trouvai en proie à des accidents convulsifs particuliers, dont le diagnostic me parut entouré d'obscurité.

La malade était dans le décubitus dorsal. Sa face était rouge, halitueuse; la tête agitée d'un tremblement convulsif cadencé; les muscles temporaux, siége de soubresauts multipliés, étaient durs et comme soulevés. Les mâchoires, fortement rapprochées l'une contre l'autre, ne pouvaient être écartées; enfin ses membres supérieurs s'agitaient convulsivement, mais demeuraient souples et sans contracture.

Du reste, au milieu d'une très-grande agitation, il ne se manifesta aucun désordre cérébral; la malade resta en pleine connaissance et exprima par signes qu'elle éprouvait des douleurs très-violentes dans les joues et les régions temporales. Il lui était impossible d'articuler un son.

La mère m'assura que jamais sa fille n'avait eu d'attaque de nerfs. Celle-ci, fort gaie pendant toute la journée précédente, avait travaillé pendant toute la soirée dans une chambre étroite fortement chauffée par une terrine garnie de braise de boulanger. Vers les huit heures, après l'ingestion d'une tasse de lait froid, elle s'était assoupie, puis réveillée au bout de quelques instants en disant qu'elle sentait sa langue se retirer dans le gosier, et en accusant en même temps une grande pesanteur à l'estomac et de vives coliques.

Elle se mit au lit, où bientôt elle perdit l'usage de la parole et fut prise par les accidents convulsifs.

J'écartai de prime abord l'idée que la mère semblait avoir d'un empoisonnement par l'oxyde de carbone, en raison du peu de similitude des symptômes que j'observais avec ceux qui sont produits par la respiration de ce gaz.

L'intégrité complète des facultés intellectuelles, l'absence d'écume à la bouche, la direction naturelle des traits de la face, mettant naturellement l'épilepsie hors de cause, j'arrivai à penser que j'avais affaire à une attaque de nature hystérique. Et cependant les accidents que j'avais sous les yeux me paraissaient revêtir une physionomie différente de ceux de l'hystérie, dont quelques-uns des principaux symptômes manquaient même; ce ne fut que par une raison de ressemblance que mon diagnostic me parut avoir quelque raison d'être.

J'avais sous les yeux un trismus violent, une paralysie complète de la langue, et les observations relatent rarement l'existence de ces deux symptômes. Pour le premier toutefois, je savais qu'il existe dans la science des cas bien avérés où sa production a été constatée.

En outre, il n'existait ni sensation de la boule hystérique, ni météorisme de l'estomac ou des intestins, ni enfin aucune de ces altérations de la sensibilité cutanée si fréquentes dans la maladie que je croyais avoir à combattre.

Malgré ces réflexions, je me décidai à employer les antispasmodiques; et comme il me fut complétement impossible de faire avaler à la malade la moindre cuillerée de liquide, je fis administrer de suite un lavement avec 4 grammes d'*assa-fœtida* pour 200 gr. de véhicule. En même temps je fis moi-même des onctions sur les fosses et les régions temporales avec de l'huile fortement laudanisée, et je fis placer sur l'abdomen un large cataplasme de farine de graine de lin.

Dix minutes après l'administration du lavement, la malade éprouva un soulagement marqué; elle se mit à sangloter fortement, et quelques instants après fit signe qu'elle désirait uriner; elle rendit une grande quantité d'une urine claire et limpide, et se recoucha beaucoup plus calme. Bientôt je pus parvenir, au moyen du talon d'une fourchette, à desserrer les dents et à faire exécuter aux mâchoires des mouvements d'élévation et d'abaissement. En ouvrant la bouche je remarquai, non sans étonnement, que la langue était recourbée, sa pointe étant fortement attirée en haut et en arrière, jusqu'à être en contact avec le voile du palais. J'engageai la malade à parler, il lui fut impossible de produire autre chose que des sons inarticulés.

J'essayai alors, avec succès, de lui faire avaler quelques cuillerées d'eau sucrée additionnées d'eau de fleurs d'oranger. Elle ressentit un grand bien-être, et put elle-même faire mouvoir ses mâchoires.

Cette amélioration produite, je me retirai en conseillant de mettre des sinapismes aux cuisses, dans le but de combattre une céphalalgie violente dont se plaignait la malade.

Le lendemain, à ma visite du matin, j'appris que peu de temps après ma sortie les accidents avaient repris avec une grande intensité. Le trismus surtout s'était reproduit très-violent, et la malade était demeurée pendant une heure environ en proie aux plus violentes douleurs.

Vers cinq heures du matin tout était rentré dans l'ordre, et la malade avait alors recouvré la parole.

Des symptômes observés pendant la nuit, il ne restait plus qu'une courbature générale avec sensation de brisement aux articulations du coude et des genoux, une céphalalgie frontale gravative et enfin des douleurs sourdes dans les joues et dans les tempes.

La malade me donna alors les explications suivantes sur la cause des accidents qu'elle avait éprouvés.

La veille, à la nuit, voulant boire du lait, elle alla sans lumière dans une pièce voisine, saisit dans un meuble une tasse qu'elle savait à moitié pleine. Pour augmenter la quantité, elle ajouta deux cuillerées prises dans une tasse voisine qu'elle supposait remplie de liquide de la même nature. En avalant, elle eut la sensation d'un corps gras, âcre, non mélangé avec le reste du liquide; et malgré cela, sans se

douter qu'elle avalait une substance nuisible, elle avala tout le contenu du bol. Presque aussitôt, elle ressentit à l'estomac un sentiment de plénitude avec gêne précordiale, et bientôt elle se mit au lit, où elle fut prise de convulsions.

La jeune fille n'eut l'idée réelle de la cause de ces accidents que peu de temps avant ma visite du matin, ce qui m'explique ses réponses négatives quand je lui demandais de me faire comprendre par signes si elle avait avalé quelque substance nuisible.

Je lui prescrivis alors de boire une assez grande quantité de lait, de maintenir sur son ventre des cataplasmes de farine de lin, et de prendre des lavements avec une décoction de son de froment.

Le lendemain elle était tout à fait remise. Elle m'apprit que vers six heures du soir, la veille, elle avait eu des vomissements et des selles copieuses et qu'elle croyait avoir rendu par la bouche le liquide huileux qu'elle avait ingéré l'avant-veille. Depuis ces évacuations, elle se sentait revenir à un état de parfaite santé.

CAS REMARQUABLE DE TYMPANITE PÉRITONÉALE.

Par M. le docteur LABALBARY, de Gourdon (Lot).

Cette affection, qu'on doit plutôt considérer comme un accident survenant à la suite de lésions mortelles, est extrêmement rare, de l'aveu de tous. La science n'en possède que trois cas bien authentiques. Le premier a pour objet une perforation du duodénum observée en 1839 dans le service de M. Rayer; le deuxième est relatif à un abcès du poumon ayant déterminé consécutivement la rupture du diaphragme (Richard); le troisième cas, observé par M. Michel Lévy, signale une accumulation de gaz qui eut lieu dans le péritoine en l'absence de toute perforation intestinale. Peu d'auteurs, du reste, se sont occupés de ce sujet, si l'on en excepte le mémoire sur la perforation de l'intestin grêle publié par M. Louis en 1826, et celui du regrettable Forget, de Strasbourg (*Gazette médicale*); nous ne trouvons nulle part d'autres détails sur ce fait clinique, auquel le praticien ne doit pourtant pas rester indifférent.

Qu'il me soit permis d'apporter ici le contingent d'une observation qui m'est personnelle et qui m'a d'autant plus intéressé que les faits de cette nature sont plus rares. La voici telle que je l'ai recueillie :

Marie A..., de Gourdon (Lot), âgée de trente-huit ans, mariée, ayant eu plusieurs enfants, était sujette depuis deux ans à une constipation rebelle qui avait déterminé un flux hémorrhoïdal très-abondant. Les menstrues étaient presque nulles depuis cette époque, et étaient remplacées par une leucorrhée persistante. Des phénomènes de gastralgie étaient venus compliquer cet état. Je fus consulté par cette femme au mois de janvier 1860, et je prescrivis quelques pilules de belladone, du sous-nitrate de bismuth, des lavements émollients et des injections utérines astringentes. A la suite de ce traitement, la malade reprit ses occupations journalières; sa santé se rétablit passablement, et je la perdis de vue.

Le 12 juillet, elle fut surprise par un orage loin de son domicile, où elle ne rentra que fort tard, ayant ses vêtements mouillés et en proie à une vive émotion, occasionnée par la peur du tonnerre et des éclairs. Depuis ce jour, toutes les fonctions devinrent languissantes chez elle. Des phénomènes de gastro-entérite se développèrent rapidement. Un médecin, appelé en mon absence, lui fit appliquer à plusieurs reprises quelques sangsues à l'épigastre et sur l'abdomen. Les symptômes ne firent que s'aggraver, et je ne fus appelé auprès de cette femme que le 16 juillet, au moment où se déclaraient les accidents formidables d'une péritonite suraiguë avec tympanite.

La sonorité uniforme et excessive des parois abdominales, leur élasticité exagérée, l'amplitude du ventre qui avait pris des proportions prodigieuses (car la mensuration depuis l'ombilic jusqu'à la deuxième vertèbre lombaire ne donnait pas moins de 57 centimètres pour chaque côté, l'impossibilité de déterminer par la percussion ni par la palpation la place des organes parenchymateux, la douleur excessive de l'abdomen et des hypochondres, tout m'indiquait que c'était bien là une sorte d'*emphysème du péritoine*, porté à un tel degré que les ressources de l'art allaient être impuissantes à le combattre.

Ce qui frappa surtout mon attention, ce fut cette douleur subite, atroce, étendue à tout l'abdomen, signe probable à mes yeux d'une perforation intestinale; l'exaspération de cette douleur non-seulement par la pression, mais même par le plus léger contact, les nausées; quelques rares vomissements de matières jaunâtres et porracées au début, des étouffements occasionnés par l'énorme distension des parois abdominales qui gênait le jeu du diaphragme, la suppression des urines, la constipation, la face grippée et anxieuse, la chaleur de la peau en général et surtout des téguments abdominaux; la rapidité du pouls, sa force, et plus tard sa petitesse et sa fréquence telle qu'il battait jusqu'à 150 fois par minute; la résolution, la perte complète des forces, l'aspect terreux du visage, le refroidissement des extrémités, des sueurs visqueuses, le râle trachéal, et enfin la mort survenant avec la conservation de l'intelligence au milieu de ces affreuses souffrances, tels sont les traits saillants de la maladie qui s'offrait à mes regards. J'avais ordonné immédiatement des fomentations fortement laudanisées et camphrées sur tout l'abdomen, et une potion composée de l'élixir parégorique avec addition d'une forte dose d'opium; mais malheureusement, malgré la promptitude avec laquelle ces soins furent administrés, la malade n'éprouva aucun soulagement dans son état; le 17 juillet au matin, la respiration commença à s'embarrasser, et l'infortunée succomba le même jour vers midi.

La décomposition cadavérique se fit si rapidement qu'on fut obligé de procéder à l'inhumation le lendemain à huit heures du matin.

Il ne m'a pas été possible de vérifier par l'autopsie l'espèce de lésion à laquelle j'avais eu affaire.

Que s'était-il passé dans cette scène morbide que la mort a terminée en trente-six heures au plus? Devons-nous admettre la formation rapide d'adhérences entre deux anses intestinales et un épanchement uniquement gazeux dans la cavité séreuse? C'est ce que l'autopsie seule aurait pu nous révéler.

N'y aurait-il pas un traitement chirurgical à mettre en pratique dans cette singulière et rare affection, et ne serait-il pas possible d'obtenir par la paracentèse abdominale, ou par une simple ponction avec le bistouri, l'évacuation du fluide élastique dont l'accumulation occasionne tant de désordre, ainsi que cela se pratique dans les cas d'emphysème proprement dit? La guérison me paraîtrait être la conséquence possible de cette tentative, toute hardie qu'elle soit, si, comme dans le cas cité par M. Michel Lévy, l'accumulation de gaz dans le péritoine se produisait en l'absence de toute lésion intestinale. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque la tympanite péritonéale survient par perforation ou par rupture soit d'un organe creux, soit d'un kyste, soit d'un abcès, ne serait-elle qu'une témérité que le médecin, dans l'intérêt de sa réputation, ne doit jamais entreprendre? C'est une question que nous soumettons très-humblement à l'appréciation de praticiens plus habiles et plus expérimentés que nous, et sur laquelle nous appelons instamment l'attention de nos confrères.

KYSTE PILEUX DE L'OVAIRE DROIT; MORT.

Isabelle M..., vingt-quatre ans, cuisinière, bien réglée, commença à éprouver en septembre 1860 des envies fréquentes d'uriner avec difficulté et constipation opiniâtre. Les règles manquèrent et une tumeur comme un œuf de poule, légèrement douloureuse à la pression, parut dans le flanc droit. Des sangsues, un vésicatoire et autres moyens n'empêchant pas la tumeur de se développer, Isabelle entra à la clinique médicale de l'Ecole médico-chirurgicale de Lisbonne, salle Sainte-Anne, nº 13, le 11 novembre 1860.

Face pâle, amaigrie, yeux enfoncés, pouls à 80, plein et dur; soif, anorexie, peau chaude, blême et abondamment couverte de poils noirs comme les cheveux. La tumeur, de forme sphéroïdale, occupe la moitié inférieure du ventre. Elle est égale, lisse et dure antérieurement au toucher, sans fluctuation, matité partout. L'indicateur franchit le vagin avec difficulté, et rencontre le col abaissé, allongé et virginal; impulsion impossible du corps de l'utérus. Dysurie, aménorrhée, constipation très-opiniâtre. — 45 grammes de sulfate de soude, cataplasme, tisane tempérante.

Dès le lendemain 13, la malade est prise de douleurs vives dans le ventre qui lui font jeter les hauts cris; vomissements bilieux, respiration courte et anxieuse; pouls à 130, filiforme; sueurs froides, face décomposée, décubitus latéral droit, les membres fléchis sur le ventre, qui est très-développé et douloureux. Tous ces signes de péritonite persistent, malgré l'application répétée de sangsues, ventouses, cataplasmes, pommade mercurielle belladonée.

Le 14, le ventre tombe et on y perçoit de la fluctuation; puis le 20 il se développe de nouveau avec un son tympanique. Une pneumonie double se développe concurremment le 11 décembre, un mois après l'entrée; puis une parotidite à droite, dont le pus formé rapidement se fraye une issue par le conduit de Sténon.

Mort le 16 décembre.

Autopsie. — Une grande quantité de pus évalué à 4 ou 5 kilogrammes remplit la cavité du péritoine. Adhérence du péritoine à des anses intestinales. Le détroit supérieur du petit bassin est occupé par une tumeur plus volumineuse que la tête d'un fœtus et en rapport supérieurement avec l'intestin grêle auquel elle adhère. Sa membrane externe est le péritoine modifié par le travail phlegmasique; l'interne est de nature fibreuse.

Elle est séparée de l'utérus par un centimètre environ de ligament large et la partie correspondante de l'oviducte. Postérieurement elle adhère au rectum et à l'S iliaque. Par la pression, cette tumeur donne issue, à la partie supérieure, à un liquide séro-purulent d'un centimètre de diamètre, circulaire, à bords durs et lisses, et entourés de petites taches livides. Elle remplace l'ovaire droit et contient une grande quantité de cheveux noirs semblables par la finesse, la couleur et la longeur, à ceux de la tête, enchevêtrés et mêlés dans une matière d'un blanc jaune, molle, grasse comme du suif fondu, ayant la forme et le volume d'un œuf de cane.

Au microscope, ces cheveux avaient une partie corticale et un canal médullaire, la substance sébacée, des cellules épithéliales de différentes grandeurs et des cellules graisseuses. Le reste de la tumeur était rempli d'un liquide séro-purulent.

(*Gazetta medica de Lisboa.*)

SUR LA PARACENTÈSE DE L'ESTOMAC
pratiquée avec succès pour des cas de tympanite aiguë.

Par M. le docteur OLIVIERI.

La maladie pour laquelle M. Olivieri a employé la paracentèse stomacale est une forme spéciale de tympanite que l'auteur a observée avec une certaine fréquence en Bolivie, à Cochamba, où il a rempli pendant trois ans les fonctions de médecin en chef de l'hôpital de San-Juan-de-Dioz.

L'invasion de cette maladie, qui enlève constamment le sujet dans l'espace de vingt-quatre à trente heures lorsqu'on n'emploie pas à temps un traitement convenable, est toujours instantanée.

« Pour premier signe, dit l'auteur, le ventre est dur, tendu et élevé, d'abord inégal, puis uniforme; percuté, il donne le son d'un tambour; le malade sent un besoin continuel de rendre des vents; constipation persistante, pouls petit, abdominal; difficulté extrême de respirer, qui s'accroît de moment en moment; la face est pâle et hippocratique; le volume excessif du ventre augmente la dyspnée, et une anxiété suffocante précède de quelques heures la mort. »

Averti par deux cas mortels de l'insuffisance des moyens thérapeutiques ordinaires, M. Olivieri eut recours chez son troisième malade à la paracentèse, faite à l'aide d'un trocart ordinaire sur le milieu d'une ligne étendue de l'ombilic à l'appendice typhoïde.

Ce malade mourut, et l'autopsie permit à M. Olivieri de s'assurer qu'aucun des contenus de l'estomac ne s'était échappé dans le péritoine. L'estomac était tellement distendu qu'il arrivait en contact avec la vessie (le météorisme s'était reproduit après l'opération); il contenait une grande quantité de gaz fétides et plus de deux litres d'une bouillie écumeuse dans un état avancé de fermentation. Tout le tube intestinal était également distendu par des gaz.

A partir de ce jour, M. Olivieri eut constamment recours, dès le début, à la paracentèse, suivie de l'administration de purgatifs énergiques. Sur vingt et quelques malades, huit guérirent parfaitement dans l'espace d'environ trois semaines, sans que, dans aucun cas, on ait observé des symptômes inflammatoires de quelque importance. « Si les autres ont succombé peu de temps après l'opération, ajoute l'auteur, on ne peut l'attribuer qu'à ce qu'ils avaient été apportés à l'hôpital dans un état voisin de l'agonie. »

L'étiologie de cette forme morbide est assez singulière. M. Olivieri ne l'a observée qu'en Bolivie et chez les indigènes, dont la nourriture est presque exclusivement végétale (maïs, patate, coco), et qui font un grand abus du *chicha*, liqueur obtenue par la fermentation du maïs dans l'eau.

Or, il arrive assez souvent que cette fermentation n'est pas complète au moment où l'on commence le chicha; elle s'achève alors dans l'estomac, favorisée encore par la présence d'une grande quantité de matières végétales, et ce sont les gaz produits pendant cette fermentation en grande quantité qui distendent l'estomac et l'intestin. C'est par conséquent une forme de tympanite très-analogue à celle qui est bien connue chez l'espèce bovine. (*Gazette médicale de Lyon.*)

DE L'INTRODUCTION ACCIDENTELLE DE L'AIR
dans les veines après la saignée.

Par M. A. REY, professeur de clinique à l'École vétérinaire de Lyon.

Tout le monde connaît les travaux de Magendie, d'Amussat, de MM. Bouillaud, Renault, Bouley, sur l'introduction de l'air dans les veines, et cet accident est toujours l'un des plus redoutés des chirurgiens. M. Rey a été amené, par des expériences faites sur des chevaux, à penser que ces craintes sont peut-être exagérées, au moins pour ce qui est des animaux. Voici quels ont été, en résumé, les résultats de ces expériences, que M. Rey a variées d'un grand nombre de façons :

Lorsqu'on fait une saignée à la jugulaire sans placer d'épingles pour arrêter l'écoulement du sang, on entend quelquefois, pendant les quelques heures qui suivent l'opération, le bruit du glouglou, qui indique l'entrée de l'air dans les veines, mais sans trouble général des fonctions.

Lorsque, après la saignée, on insuffle de l'air dans la jugulaire à l'aide d'un tube, et qu'on ferme ensuite la plaie, quelques expérimentateurs affirment que la mort s'ensuit inévitablement. M. Rey a constaté très-souvent le contraire. Si l'air n'a pas été en trop grande quantité, la fermeture de la plaie n'amène aucune perturbation notable dans les fonctions respiratoire et circulatoire. Pour que l'animal succombe, il faut insuffler l'air en deux expirations au moins, et encore arrive-t-il que le sujet résiste pour peu que son organisation ait quelque énergie.

M. Rey place encore un tube ouvert dans la jugulaire et le laisse en place pendant plusieurs heures. Les animaux soumis à cette expérience ne lui ont jamais paru éprouver le moindre malaise. On entend cependant le bruit causé par l'entrée de l'air de temps en temps, et principalement pendant l'inspiration.

En sacrifiant un grand nombre de chevaux morveux par insufflation de l'air dans la jugulaire, M. Rey a encore obtenu des résultats analogues. Soit que l'on injecte de l'air avec des instruments particuliers, soit que l'on insuffle avec un tube l'air expiré des poumons, il faut une assez grande quantité de fluide pour tuer l'animal. Quelques bulles d'air ne suffisent pas, et souvent l'introduction, répétée plusieurs fois, d'une grande quantité de ce fluide, tout en amenant les symptômes les plus graves et une perturbation générale qui fait croire à une mort prochaine, ne cause que des effets passagers. C'est qu'il faut, en outre, empêcher la sortie de l'air insufflé et celle du sang par l'ouverture de la saignée, phénomène qui s'observe un grand nombre de fois. Lorsque, après la saignée, on lie la veine au-dessus et au-dessous de la plaie, la mort est certaine, et se produit plus ou moins vite, suivant la quantité d'air injecté et la force de résistance du sujet. (*Gazette médicale de Lyon*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 septembre 1861. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un mémoire sur la névralgie générale chronique, par M. le doc-

teur Andrieux, de Brioude. (Commissaires : MM. Trousseau, Beau et Gibert.)

2° La description et le spécimen d'un appareil mécanique proposé par M. le docteur Brossard (de Granvilliers) pour le traitement des ulcères et des varices. (Commissaire : M. Gosselin.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° M. Capron, coutelier, adresse une lettre dans laquelle il rappelle qu'il a exposé en 1855 un spéculum analogue à celui dont M. Charrière s'est attribué l'invention dans la dernière séance.

2° **Sonde évacuatrice à double courant.** — M. Mathieu soumet au jugement de l'Académie une nouvelle sonde évacuatrice à double courant qu'il a construite d'après les indications de M. Voillemier. Cette sonde est composée d'une large gouttière à courbure en rapport avec la courbure du canal de l'urèthre. Cette gouttière, ouverte dans le jeu de la concavité, est transformée en canal complet par une autre gouttière ou recouvrement qui représente le tiers de la circonférence du canal, qu'elle complète, et dont la concavité est inférieure. Elle marche à coulisse sur la première, et offre des brisures multipliées et à ressort pour s'adapter à la courbure inférieure.

L'ensemble de ces deux parties forme une sonde volumineuse d'homme à trois anneaux, et à la partie inférieure ou convexe de cette sonde complexe, dans l'épaisseur même de la paroi inférieure, est un conduit qui est disposé à la portion externe pour recevoir la canule d'une seringue, et à l'autre extrémité dite vésicale est une double série de trous qui permettent l'arrivée des liquides poussés par la seringue, liquides qui agitent l'urine et mettent en suspension les graviers qui peuvent s'introduire dans la large gouttière, que l'on rend béante à volonté et de quantité voulue en retirant le recouvrement brisé. (Commissaire : M. Civiale.)

Suite de la discussion sur la morve.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la morve.

La parole est à M. Reynal.

M. REYNAL prononce un discours dont nous résumerons les points principaux dans le prochain compte rendu.

M. LEBLANC croit devoir revenir sur certains points de son dernier discours qui paraissent n'avoir pas été compris par M. Guérin, et résume ses opinions dans les termes suivants :

1° M. Guérin, qui a reconnu que lui et les vétérinaires étaient d'un accord complet sur l'identité de nature des différentes manifestations de la morve, a prétendu à tort que les vétérinaires n'avaient pas tiré de ce fait toutes les conséquences dont il est susceptible.

2° La nomenclature des diverses manifestations de la morve proposée par M. Guérin n'est ni plus rationnelle au point de vue scientifique, ni plus utile au point de vue clinique, que celle déjà consacrée en médecine vétérinaire.

3° Il n'est pas exact de dire avec M. Guérin que les vétérinaires ne reconnaissent jamais à la morve de causes prochaines, car ils admettent une matière virulente spéciale morveuse et la contagion de la morve.

4° Il est démontré pour tous les vétérinaires, et contrairement à l'opinion de M. Guérin, que la morve peut naître sans contagion chez le cheval, l'âne et le mulet, et que la contagion peut s'engendrer sous l'influence de certaines conditions bien connues.

Quant à la partie clinique du discours de M. Guérin, je crains, dit M. Leblanc, que mon honorable collègue n'ait pas bien compris la différence que j'ai établie entre l'état morbide qui *permet de suspecter de morve* un cheval, et l'état qui dans le langage habituel des vétérinaires, fait dire que le cheval *est suspect de morve*. J'ai dit que tout cheval qui présentait *un ou plusieurs* des signes cardinaux de la morve, et qui dans l'état actuel du langage vétérinaire était qualifié de *suspect*, était réellement et décidément morveux pour moi. Je ne peux donc suspecter de morve un cheval qui n'a ni un ni plusieurs des signes cardinaux, j'aime mieux dire des signes caractéristiques de la morve.

Quand j'ai mis le jetage et le glandage au nombre des signes prodromiques de la morve, je n'ai voulu parler que du jetage et du glandage, ou, pour mieux dire, que du jetage ou du glandage qui fait craindre la morve, et non de celui qui la caractérise.

M. Leblanc termine en déclarant que, pour les vétérinaires, avant et depuis l'ouverture de la discussion pendante, l'affection morveuse est une maladie virulente spéciale, spécifique, une dans sa nature, quelles que soient les formes variées qu'elle revêt, pouvant s'engendrer spontanément, de toutes pièces et pouvant se communiquer par contagion quand elle est engendrée. J'ajouterai enfin que les vétérinaires ont déduit de ces vérités scientifiquement et pratiquement toutes les conséquences possibles et utiles dont chaque jour ils font l'application.

M. Leblanc, répondant ensuite à M. Reynal, déclare qu'il est presque sur tous les points de l'avis de son honorable collègue d'Alfort. Seulement il est, relativement au pronostic des affections morveuses, plus craintif et plus réservé que M. Reynal. Je ne condamnerais pas, dit-il, indistinctement à être abattus tous les chevaux atteints de jetage et de glandage. Il est bien entendu que je ne parle ni du jetage ni du glandage de la gourme, qu'il n'est pas possible à un clinicien de confondre avec les symptômes analogues de la morve. Mais il y a certains jetages et certains glandages qui ne sont pas encore la morve, et qui seulement la font craindre. Pour ceux-là j'attendrais, car je suis sûr que si on sacrifiait tous les chevaux qui en sont atteints, beaucoup ne présenteraient pas dans leurs viscères les lésions anatomiques confirmées de l'affection morveuse.

M. GUÉRIN s'explique de nouveau relativement à la doctrine de l'évolution des maladies virulentes en général et de la morve en particulier, doctrine qui lui paraît avoir été mal comprise par MM. les vétérinaires, et par conséquent entretenir indéfiniment la confusion et le malentendu qui dominent dans cette discussion et la perpétuent. Toute maladie contagieuse inoculée ne produit qu'elle-même; voilà une vérité que les inoculations expérimentales ont mise hors de doute. J'ai dit que c'était là un principe aussi fécond qu'irréfutable, mais je ne l'ai pas placé au-dessus de l'observation, puisqu'il n'est lui-même que l'observation généralisée. Partant de ce principe, on peut déclarer que lorsqu'au voisinage de chevaux véritablement morveux apparaissent chez d'autres chevaux ou du jetage, ou du glandage, ou des ulcérations, ces chevaux sont morveux, et que s'ils guérissent c'est qu'à un certain degré, à une certaine période de son évolution, la morve est curable.

M. Guérin maintient que les vétérinaires n'ont pas suffisamment saisi ni fait ressortir les conséquences pratiques de l'identité des diverses manifestations morbides de la morve. Il croit que la morve n'est pas également contagieuse à toutes ses périodes.

M. BOUILLAUD. Depuis quelques séances, la question de la morve me paraît beaucoup plus obscure qu'au début, et, en vérité, si les vétérinaires n'étaient pas plus avancés dans les autres maladies dont ils s'occupent, je les plaindrais de tout mon cœur. Personne parmi eux n'a parlé de la vraie morve. On a parlé des signes extérieurs et des lésions internes, mais on n'a rien dit de la vraie morve, de celle qui est dans le sang.

Tant que les vétérinaires n'auront pas produit artificiellement la morve sous nos yeux, je ne croirai pas à l'influence des causes hygiéniques sur sa production. Il existe nécessairement une cause spéciale qui donne naissance au virus morveux. C'est cette cause que les vétérinaires ont négligée.

M. LEBLANC soutient que l'influence des mauvaises conditions hygiéniques est suffisante pour provoquer la formation de la morve. Si la morve n'est jamais spontanée, ajoute-t-il, et si la contagion est son seul mode de transmission, il faut croire alors que le cheval mis dans l'arche de Noé était un cheval morveux. Il cite en terminant des faits d'observation presque journalière qui mettent hors de doute le développement de la morve de toutes pièces chez des chevaux placés dans de mauvaises conditions.

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de M. le docteur Merchie, médecin en chef de l'armée belge, à Bruxelles, la lettre suivante, que l'impartialité nous fait un devoir de publier.

Monsieur le Rédacteur,

Le hasard vient de faire tomber entre mes mains le numéro du jeudi 2 mai 1861 de la *Gazette de Hôpitaux*, dans lequel a paru un article intitulé : *De l'emploi des appareils ouatés dans le traitement des maladies articulaires*, par M. le docteur Deneffe.

Le but de cet article étant évidemment d'attirer l'attention du public médical sur les appareils ouatés et d'attribuer le mérite de cette découverte à M. Burggraeve, de Gand, je crois devoir rappeler que j'ai montré dans une brochure publiée sur ce sujet en 1854, que ce que l'auteur appelle *appareil Burggraeve* n'est qu'une grossière imitation de ce qui se pratique depuis longtemps dans les hôpitaux militaires belges, et que j'ai été le premier à faire connaître.

Quant à ce que dit M. Deneffe sur l'*immobilisation absolue de l'articulation, immobilisation qu'il défie* (sic !) *d'obtenir au même degré avec aucun autre appareil,* je ne puis que renvoyer ce jeune médecin aux nombreuses publications de M. le baron Seutin sur l'*appareil amidonné*, et à ce que j'ai dit moi-même sur ce point dans mon ouvrage intitulé *Appareils modelés* ou *Nouveau système de déligation pour les fractures des membres,* etc. (1).

Il acquerra ainsi l'intime conviction non-seulement que l'immobilisation des surfaces articulaires s'obtient à l'aide de ces appareils beaucoup mieux qu'avec les *appareils-Burggraeve*, mais encore que la ouate est ici parfaitement étrangère à cette action, et n'a été recommandée par moi, dans le traitement des fractures et autres affections chirurgicales des membres, que pour rendre la compression plus douce et plus uniforme et empêcher l'étranglement.

Agréez, etc.

Le médecin en chef de l'armée belge, Dr MERCHIE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Millou, né à Marseille; *Quelques considérations sur la chirurgie conservatrice.*

Couzinier, né à Dourque (Tarn); *Essai sur la péricardite aiguë.*

Vacquier, né à Jonzac (Charente-Inférieure); *Essai sur l'hystérie.*

Quatrefages, né à Montpellier; *De la paralysie générale des aliénés.*

Duboüays, né à Guérande (Loire-Inférieure); *De l'anévrysme artério-veineux par cause traumatique.*

Maurel, né à Naucelle (Aveyron); *Essai sur les fractures de la colonne vertébrale.*

Cenac, né à Argelès-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées); *Quelques considérations pratiques sur les tumeurs blanches.*

Gay, né à Arles (Bouches-du-Rhône); *Essai sur la version pelvienne.*

Gemy, né à Bormes (Var); *Considérations sur le tétanos traumatique.*

Traité pratique des affections nerveuses et chloro-anémiques considérées dans les rapports qu'elles ont entre elles; par M. le docteur MORDRET, deux fois lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. 1 vol. in-8° de 496 pages. Prix : 6 fr. *franco*. Paris, 1861. Chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

(1) Un vol. in-8° de 607 pages; Paris, 1858, chez J. B. Baillière.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 105. — SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 105. — SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Épidémie de goître aigu.

Le goître endémique est, comme tout le monde le sait, une affection essentiellement chronique ; il est extrêmement rare de l'observer à l'état aigu. M. le docteur Fleury, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont, bien connu de tous nos lecteurs, a eu l'occasion d'observer, pendant l'été de l'année dernière, une petite épidémie de goître aigu qui a régné sur les soldats de la garnison de cette ville. Il nous a paru que cette relation d'une affection qu'on n'a que de très-rares occasions d'observer sous cette forme et à l'état épidémique, ne pouvait manquer d'offrir de l'intérêt. En voici les traits principaux, que nous empruntons à la publication que M. Fleury vient de faire sur ce sujet dans la *Gazette médicale de Paris*.

Pendant l'été dernier 48 malades ont été reçus à l'Hôtel-Dieu de Clermont pour y être traités d'une hypertrophie aiguë de la thyroïde, 37 dans les salles de la clinique chirurgicale, 11 dans l'un des services de médecine. Dans la forme la plus légère, l'organe faisait une saillie à peine appréciable. Chez les uns le gonflement occupait l'un des lobes latéraux ou le lobe médian ; chez d'autres les deux lobes ; chez le plus grand nombre les trois lobes. On distinguait, en général, la saillie formée par le bord antérieur des muscles sterno-mastoïdiens ; ce n'était quelquefois même qu'en faisant exécuter aux malades l'acte de la déglutition que l'on remarquait les changements survenus dans la glande du cou. Il y avait, du reste, autant de variétés dans la consistance que dans le volume de l'organe. Chez quelques malades, il résistait au doigt qui le comprimait ; chez d'autres, il était tellement mou qu'on l'eût facilement confondu avec du tissu graisseux sans les mouvements d'ascension du larynx qui le rendaient appréciable.

Cette forme de goître a été constamment indolente. Un seul malade accusait une légère douleur à la pression du lobe médian. Les premiers soldats qui sont entrés à l'hôpital se plaignaient seulement d'une gêne légère exercée par le col de leur tunique qu'ils avaient de la peine à boutonner ; ils y avaient attaché d'abord peu d'importance, mais au bout de quelques jours la constriction étant devenue plus forte, ils en parlèrent au médecin du corps, qui les dirigea sur l'hôpital.

M. Fleury signale une particularité que tous les malades ont observée et sur laquelle ils ont tous appelé son attention : c'est que leur cou était plus volumineux le soir que le matin.

Chez quelques-uns d'entre eux, le cou a offert un volume si considérable qu'il était difficile de comprendre comment il n'en résultait pas une gêne plus grande. Chez les uns, c'était une saillie uniforme de toute la région cervicale qui masquait complétement les reliefs du système musculaire. Chez les autres, le cou avait la forme d'un large cône dont la base reposait sur le haut du thorax : on eût cru plutôt à un emphysème qu'à une hypertrophie de la glande, mais la variété la plus commune était celle qui était intermédiaire aux deux autres.

Chez tous ces malades, la peau ne présentait aucune modification dans sa couleur ou sa consistance. L'état général était excellent, et sans la constriction exercée par l'habit, le gonflement du cou eût passé inaperçu pour le plus grand nombre.

On sait combien la question de l'étiologie du goître est obscure et à combien d'hypothèses, toutes plus ou moins contestables, elle a donné lieu. Cette petite épidémie n'a pas paru à M. Fleury de nature à élucider beaucoup cette question. La cause lui a complétement échappé. Les soldats qui ont été admis à l'Hôtel-Dieu habitaient le grand quartier d'infanterie, qui est dans les meilleures conditions hygiéniques. « Ce que nous avons remarqué, dit-il, c'est que l'affection s'est généralement manifestée chez de jeunes soldats âgés de vingt-deux ans, au service par conséquent depuis un an seulement. » Quant aux conditions inhérentes à leur tempérament, il n'y avait rien de bien prononcé ; ils jouissaient tous, à cela près, d'une santé irréprochable.

Pour le traitement, M. Fleury a établi plusieurs catégories : les uns ont été traités simplement par des frictions ; chez d'autres il a eu recours à des remèdes internes, soit à l'iodure de potassium, soit au saccharure d'iode (1), ou bien il a employé des sels résolutifs ou une solution alcaline (4 grammes de sous-carbonate de soude pour 250 grammes d'eau).

Les frictions seules ont été mises en usage chez six malades dont le goître était si léger, qu'il n'a pas été jugé utile de recourir à une médication interne. Il a suffi de quinze à vingt jours chez ces six malades pour obtenir la résolution de l'engorgement.

Le saccharure d'iode a été employé chez dix malades ; il a dû être continué pendant seize, dix-huit, dix-neuf jours au moins, et de trente à quarante-cinq jours au plus. Administré après l'iodure de potassium chez sept malades, il a paru agir un peu plus rapidement (neuf jours au moins, trente-sept jours au plus).

Une solution alcaline contenant 250 grammes d'eau et 4 grammes de sous-carbonate de soude, prise à la dose de trois cuillerées à bouche par jour, a été administrée à cinq malades. Le traitement a duré de quinze à trente-cinq jours.

Huit malades ont été mis à l'usage d'un sel résolutif ainsi composé :

Chlorure de sodium.	1 gramme.
Iodure de potassium.	4 milligrammes.
Bromure de potassium.	1 —

Il a fallu, pour constater un état satisfaisant, de vingt-trois à cinquante-sept jours.

En définitive, l'effet de ces médicaments a été à peu près identique.

Dans le service de médecine où avaient été reçus un certain nombre de ces malades (onze), on avait eu recours aux bains de vapeur et aux sudorifiques, dans la pensée que l'humidité et l'abaissement de la température, qui ont caractérisé d'une manière si constante cette saison, pouvaient bien avoir exercé une certaine influence sur le développement du goître, et qu'en agissant sur la peau par une révulsion énergique, on arriverait plus directement au but qu'avec les préparations iodurées. Voici quels ont été les résultats : sur onze malades, cinq sont restés à l'hôpital vingt-quatre, vingt-cinq, trente-huit, quarante-trois, quarante-cinq jours. La différence, comme on le voit, n'a pas été très-grande.

M. Fleury s'est demandé si, en faisant de la médecine expectante, on ne serait pas arrivé au même résultat, en soustrayant toutefois les malades au milieu dans lequel ils avaient vécu jusque-là et contracté leur maladie. La question est en effet très-naturelle. L'épreuve eût pu sans doute être faite. Mais vu les difficultés, dans l'espèce, de la mettre en pratique, il est évident que la conduite tenue par M. Fleury et par son collègue a été la plus sage. On en est quitte pour rester dans le doute sur le degré respectif d'efficacité des divers moyens mis en usage. Ce qui ressort, en tout cas, le plus clairement de la relation de cette petite épidémie, c'est que le goître aigu dont elle nous offre un spécimen très-curieux, est très-probablement une affection d'une autre nature que le goître endémique. C'est ce que

(1) M. le docteur Giraud, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine de Clermont, a essayé une combinaison d'iode et de sucre avec laquelle il a composé un sirop. Le sucre employé à cette préparation n'est pas le sucre cristallisable avec lequel l'iode n'entre pas en combinaison immédiate ; c'est au contraire un sucre interverti avec lequel la combinaison se trouve dans des proportions définies et ne peut pas être dépassée. La véritable preuve de l'intime combinaison de l'iode dans cette préparation, c'est que, au moment où il se mélange avec ce sucre interverti, il perd immédiatement sa couleur, et que sa présence ne peut plus être décelée directement par l'amidon, tandis qu'avec le sucre cristallisable l'amidon prend une couleur plus ou moins bleue, ce qui prouve que dans ce cas l'iode ne se combine pas avec ce dernier sucre. La proportion d'iode combiné avec le sucre interverti ne peut être portée au delà de 15 centigrammes pour 1 kilogramme de sirop à 40 degrés.

BIBLIOGRAPHIE.

Hygiène des ouvriers mineurs dans les exploitations houillères, par le Dr A. RIEMBAUT, médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne (1).

L'auteur, dans une première partie, traite du travail des mines avec la netteté d'un observateur judicieux et compétent. Il décrit l'ensemble des travaux d'exploitation avec la précision d'un homme du métier. Mais tout en instruisant le lecteur, il ne manque aucune occasion de signaler les périls que courent les ouvriers, trop insouciants pour prévenir les dangers, ou assez imprudents pour les faire naître.

Il rappelle les instructions du conseil de salubrité sur l'exploitation des mines, donne des conseils aux ingénieurs et contre-maîtres pour le sauvetage des mineurs, sur la manière de rendre l'ascension hors des galeries et le transport des blessés à l'hôpital moins pénibles.

Cette première partie du livre, dictée par un sentiment d'humanité des plus louables, n'est pas cependant la plus importante ; si elle offre un intérêt de curiosité par les détails qu'elle renferme sur l'industrie, les parties qui suivent sont très-utiles au point de vue scientifique.

Elles contiennent un chapitre sur les maladies professionnelles : la maladie des ouvriers mineurs, dont la source est dans les substances qu'ils manient et les lieux où ils travaillent.

Divers travaux ont été publiés déjà sur ce sujet, notamment le mémoire de Hallé, sur l'anémie des ouvriers mineurs belges ; le mémoire remarquable de M. Tardieu, sur les dépôts charbonneux dans les poumons des ouvriers qui manient le charbon pulvérisé.

M. Riembaut a apporté vingt observations à l'appui, et qui lui permettent en outre de conclure de ces faits, que l'anémie des ouvriers mineurs est moins une maladie propre qu'une conséquence d'un catarrhe pulmonaire auquel peu de mineurs échappent.

Voici ce qu'il nous apprend à ce sujet : les individus atteints de catarrhe pulmonaire présentent, comme lésions anatomiques, de l'emphysème pulmonaire et une coloration noire uniforme du poumon, circonstance qui permet de faire quelques distinctions entre la maladie des mineurs et celle des fondeurs, chez qui les poumons contiennent des dépôts de matière charbonneuse, disposés par plaques, et dont la nature a été révélée par les analyses chimiques de MM. Chevreul, Lecomte, Lecanu, Grassi et O. Henry.

La maladie s'annonce par les signes suivants : au premier degré, une toux sèche, des accès d'asthme éloignés, de la sonorité exagérée et des râles sonores et sous-crépitants ; à la deuxième période, des crachats noirs sont rendus, le thorax se déforme, les accès d'asthme deviennent plus fréquents et plus intenses.

Les malades, malgré ces symptômes, conservent longtemps une apparence de santé, leurs forces restent intactes ; les hommes peuvent résister dix années. Au bout de ce temps, les ouvriers s'affaiblissent, deviennent anémiques, et se déterminent souvent à changer de profession ; ce qui est le seul remède convenable à leur état. Mais leur santé reste altérée, en raison de l'emphysème qu'ils gardent et que rien ne peut guérir radicalement.

Les causes du catarrhe des mineurs sont, comme l'a bien établi M. Tardieu, l'aspiration de la poussière charbonneuse ; notre auteur se rallie complétement à cette idée. Suivant lui, l'humidité des galeries, la raréfaction de l'air et les efforts musculaires des ouvriers, ne sont pas étrangers non plus au développement de la maladie. Les raisons sur lesquelles il établit ses conclusions sont très-démonstratives.

M. Riembaut, dans les autopsies qu'il a faites sur les ouvriers mineurs, n'a pas vu de tubercules pulmonaires. C'est un fait qu'il signale, et qui sera sans doute l'occasion pour lui de nouvelles recherches.

La dyspepsie, la cachexie paludéenne, exercent leurs ravages chez les mineurs, et l'anémie consécutive à ces maladies frappe surtout les jeunes sujets, auxquels le travail des mines est très-funeste. Les rhumatismes, les névralgies sciatiques sont fréquents, avec une variété d'éruptions aux jambes, consistant en de grosses pustules voisines de l'ecthyma et du furoncle.

Les mineurs, obligés de se mettre à genoux dans l'humidité, sont exposés à contracter des hydarthroses dont le traitement est simple, mais qui sont sujettes à des récidives.

Le travail même de la mine explique la fréquence et la gravité des blessures que peuvent recevoir les ouvriers pris sous des éboulements ou frappés par l'explosion du feu grisou ; ce sont des fractures, des luxations, des brûlures, en présence desquelles le chirurgien se trouve quelquefois impuissant. Un point seulement serait intéressant à élucider dans ces lésions traumatiques ; il serait curieux de savoir si l'atmosphère charbonneuse dans laquelle vivent les ouvriers, les met à l'abri des graves complications des plaies.

Le travail que nous analysons se termine par des aperçus hygiéniques. L'auteur fait un appel aux ouvriers, aux chefs d'industrie. Il sera entendu, nous l'espérons ; et le médecin de cœur pourra alors atteindre le but le plus digne de sa mission : diminuer la rigueur des maux que sa bonne volonté combat sans cesse, mais que les remèdes ne guérissent pas toujours. A. D.

(1) Paris, 1861.

Nos lecteurs ont sans doute appris par les grands journaux que des cas de fièvre jaune s'étaient manifestés à Saint-Nazaire. Nous attendons d'avoir des détails scientifiques précis sur ce grave événement pour en publier la relation.

nous sommes très-disposé à croire, avec le savant chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Clermont.

Cette épidémie n'est du reste pas sans exemple. M. Fleury rappelle lui-même qu'en 1851, M. le docteur Nivet, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Clermont, a publié des faits analogues qui lui avaient été communiqués par M. Menuau, chirurgien-major du 18e de ligne. A cette époque, cinquante-quatre soldats furent atteints de goître. Coindet relate également l'observation d'un régiment qui, peu de temps après son arrivée à Genève, offrit un grand nombre de goitreux.

Recherches sur la matière colorante des urines. — Influence de la chaleur dans l'examen des urines et de quelques liquides chargés de la matière colorante de la bile.

Il y avait récemment dans le service de M. le professeur Piorry, à la Charité, au n° 4 de la salle Saint-Charles, un malade atteint de cancer du foie; ce malade avait un ictère très-intense, déterminé, ainsi que l'a démontré plus tard la nécropsie, par la compression que les tumeurs exerçaient sur les conduits biliaires. La peau, siége de démangeaisons très-vives, était verdâtre; les sclérotiques étaient très-jaunes; les muqueuses avaient conservé leur coloration à peu près normale; l'enduit de la langue et la salive ne paraissaient point contenir de matière colorante de la bile. Les urines étaient très-foncées, d'un brun marron très-accentué, épaisses, et présentaient à la surface une teinte légèrement verdâtre et un aspect un peu huileux. En les traitant à froid par l'acide azotique, on obtenait une coloration presque noire; mais si on les étendait de trois ou quatre fois leur volume d'eau, on obtenait la coloration verte signalée par tous les auteurs comme l'indice de la présence dans les urines de la matière colorante de la bile.

Telle était la série d'examens que l'on avait faits sur les urines de ce malade, quand, poussé par un sentiment de curiosité, l'un des élèves voulut voir si par la chaleur il obtiendrait quelque effet.

Cette exploration a été le point de départ d'une série de recherches dont M. Nadau, élève du service, a bien voulu nous faire connaître les résultats.

On avait mis une faible quantité de l'urine non étendue d'eau dans un petit tube de verre, et on chauffa sur la lampe à alcool. Un phénomène assez singulier se passa alors. Cette urine chauffée paraissait se décolorer, et à la température de l'ébullition sa coloration n'était plus celle de l'urine qu'on avait laissée dans le verre.

On eut alors l'idée d'ajouter à cette urine ainsi chauffée et décolorée quelques gouttes d'acide azotique, et l'on obtint un liquide d'une coloration noire très-foncée, et beaucoup plus intense que celle que l'on avait obtenue sur la même urine traitée à froid.

En présence de ce phénomène, M. Piorry fit continuer quelques recherches. On prit de cette même urine que l'on étendit d'eau, et après l'avoir chauffée on ajouta quelques gouttes d'acide azotique. De même que dans le cas précédent, il y avait eu d'abord décoloration du liquide chauffé; puis, quand on avait fait l'addition d'acide azotique, on obtenait une coloration d'un beau vert, beaucoup plus sensible que dans l'examen à froid du même mélange.

En présence de ces résultats, on résolut de pousser les choses plus loin, et de rechercher si par hasard on n'obtiendrait pas des effets à peu près analogues en traitant de la même façon les urines d'individus sains. On voulait rechercher, en un mot, si par ce mode d'opérer on ne parviendrait pas à démontrer dans les urines de tous les individus l'existence de la matière colorante de la bile, et à expliquer par là la coloration de ce liquide.

Les premières recherches furent faites sur des urines d'individus en parfait état de santé, au nombre de cinq. Les résultats ne furent pas les mêmes.

Dans les deux cas précédents, les urines avaient donné une coloration variant du vert au noir. Dans ces cinq cas, il n'en fut point ainsi; jamais, soit à froid, soit à chaud, on n'a constaté de coloration se rapprochant d'un vert quelconque. La seule chose qui n'ait pas varié, c'est le phénomène de la décoloration sous l'influence de la chaleur. Quant à la coloration obtenue par l'acide azotique à la dose de quelques gouttes (3 ou 4) pour environ 3 ou 4 grammes d'urine non étendue d'eau, elle a varié d'un brun clair à un brun rutilant assez foncé. Le degré de coloration du brun était en rapport avec le degré de coloration de l'urine telle qu'elle venait d'être rendue; d'autant plus clair que les urines étaient moins chargées de principe colorant.

On voulut pousser plus loin ces recherches; on fit des expériences comparatives sur les urines de divers malades. Voici l'indication sommaire des résultats:

1° N° 1 de la salle Saint-Charles, atteint de fièvre intermittente. Le teint de ce malade est un peu terne, avec un léger reflet jaune; la sclérotique est légèrement jaunâtre; le foie est volumineux; les urines sont assez foncées, d'un jaune un peu rougeâtre; pas de mucus; elles sont assez limpides. Traitées à froid, elles ne changent pas, si ce n'est qu'elles se décolorent un peu. A chaud, il n'en est pas ainsi; elles donnent une belle coloration rouge brun très-foncé.

2° N° 2 de la même salle, atteint d'épanchement pleurétique; d'un teint très-blême, d'une constitution très-affaiblie; face bouffie, coloration mate de la peau; sclérotique très-blanche.

Les urines sont très-pâles, presque blanches, très-limpides; elles ne contiennent pas de mucus, au moins d'une façon appréciable. Traitées à froid, elles ne donnent absolument rien. Léger reflet rouge pelure d'oignon si on y met un léger excès d'acide. A chaud, elles donnent une teinte rouge cuivre très-légère.

3° N° 7 de la salle Saint-Charles, atteint de tubercules; teinte légèrement bistrée; sclérotique un peu jaune gris; constitution tout à fait affaiblie.

Les urines sont rares, épaisses, très-fortement colorées. A froid, elles ne donnent rien; à la température de l'ébullition, elles donnent, quand on ajoute quelques gouttes d'acide azotique, une belle coloration d'un brun foncé un peu rutilant.

4° N° 9, même salle, atteint de tubercules pulmonaires, d'abcès superficiels du cou, enfin d'un érysipèle de la face; santé très-frêle, teint très-pâle, un peu mat, sclérotiques blanches.

Les urines sont peu abondantes, mais cependant assez claires. A froid, elles ne donnent rien; à chaud, elles présentent une coloration d'un joli brun clair très-transparent; c'est à peu près la teinte acajou, mais légère.

5° N° 12, même salle: ce malade est sous l'influence d'un empoisonnement par l'arsenic; il travaillait à la fabrication des fleurs artificielles. La constitution de ce malheureux est très-affaiblie; il est très-maigre et d'une pâleur extrême; ses sclérotiques sont blanches.

Les urines sont pâles, presque blanches. A froid, elles ne donnent aucune coloration bien manifeste; à chaud, elles fournissent une légère coloration pelure d'oignon, mais très-faible.

6° N° 5, même salle: fièvre intermittente, bonne constitution, teint coloré; la rate a 0,055; le foie est normal. La sclérotique n'a rien dans sa coloration qui soit à noter; elle est d'un blanc un peu bleuâtre.

Les urines sont d'une belle couleur jaune, limpides, très-transparentes. Traitées à froid, rien à noter; à chaud, coloration brune légèrement rouge, très-transparente; elles ne sont point troublées par l'action du réactif et ne laissent aucun dépôt.

Ces résultats constatés, on fit une autre série d'épreuves, afin de voir s'il existait quelque analogie. On résolut d'agir sur un liquide contenant en proportions diverses de la bile.

On prit une vésicule biliaire, dont on retira le liquide; on le mit dans un verre à expériences, et sans se rendre compte des proportions; on fit sept solutions présentant des colorations diverses en rapport avec la quantité de bile qu'on avait mise dans chacune d'elles.

On avait ainsi une série de liquides dont la coloration paraissait à peu de chose près être celle des urines.

Procédant alors des plus claires aux plus colorées, on tenta d'abord l'épreuve à froid; on obtint ainsi des résultats divers, et d'autant plus manifestes qu'on avait agi sur une solution renfermant plus de bile. C'était une coloration verte dont l'intensité était en rapport avec la quantité de bile contenue dans la solution.

Ceci fait, on traita ces mêmes solutions à chaud, et l'on arriva à ce résultat, à savoir: qu'on faisait bien mieux ressortir en opérant ainsi le principe colorant. C'était là un grand point.

On eut l'idée, après avoir traité à chaud ces diverses solutions, de faire de nouveau chauffer ce liquide additionné d'acide; on fut alors témoin d'un phénomène assez curieux et tout à fait digne d'intérêt.

Ces liquides, colorés par le principe colorant de la bile, après avoir pris à chaud, par l'addition de quelques gouttes d'acide azotique, une belle coloration verte, d'autant plus foncée que la proportion de bile était plus considérable quand on les soumettait ainsi additionnés d'acide à une nouvelle action de la chaleur, subissaient dans leur coloration les modifications suivantes: la coloration, d'abord verte, assez claire, se troublait, devenait d'un vert sale, puis, se dégradant sensiblement, passait à un beau violet, qui lui-même ne tardait pas à s'éclaircir et à faire place à une coloration rouge, puis jaune, puis enfin presque blanche; le liquide se décolorait, et dans ces diverses modifications de la couleur on voyait successivement se manifester quelques-unes des teintes obtenues en traitant les urines des malades et des diverses personnes susmentionnées.

Y avait-il là coïncidence? Cette coloration des urines tenait-elle à la présence de la matière colorante de la bile? On peut le croire, mais ce n'est peut-être pas là encore une certitude.

Dans une série d'expériences postérieures à celles qui précèdent, on a tenté d'obtenir cette décoloration des urines traitées par l'acide azotique et à chaud; jamais on n'y est parvenu, à moins de mettre à peu près un égal volume d'acide. Il paraît donc peu probable qu'il y ait identité entre la matière colorante de l'urine et la matière colorante de la bile, l'une paraissant très-fixe et l'autre pouvant être facilement éliminée. Ce peut-être là un sujet d'études et de recherches très-curieuses.

De la valeur séméiologique des bruits artériels. — Bruit carotidien normal chez les enfants.

Les observations de M. le docteur Marchand, de Sainte-Foy, sur le *bruit de souffle carotidien normal* chez les enfants, que nous avons publiées dans la dernière *Revue clinique*, observations quelque peu subversives des idées qui ont cours aujourd'hui dans la science, nous ont inspiré par cela même le désir de revoir ce qui avait pu être écrit à cet égard dans quelques-unes des publications les plus récentes sur ce sujet. Il nous est revenu en mémoire que des observations semblables avaient déjà été faites par un physiologiste distingué, M. Chauveau, de Lyon, qui les a consignées dans un travail très-remarquable publié il y a quelques années, ainsi que par M. Bouchut dans son livre sur l'*état nerveux*, publié l'année dernière. On voit, en effet, à la page 208 de ce livre, à l'occasion des bruits du cœur et des vaisseaux qui peuvent accompagner certains états nerveux, que des enfants de l'hôpital Sainte-Eugénie n'ayant aucun caractère de chlorose et entrés à l'hôpital pour une maladie de la peau, présentaient de semblables bruits de souffle, intermittents, continus et musicaux. Voici du reste ce passage. Nous ne pouvons mieux faire que de le mettre sous les yeux de nos lecteurs.

« Dans un grand nombre de cas de nervosisme chronique, dit M. Bouchut, il y a des *bruits de souffle vasculaires* facilement appréciables à la région du cou, et c'est ce qui paraît être, dans l'esprit de quelques médecins, la preuve irrécusable que cette névrose est toujours un résultat de l'anémie. Je ne crois pas que cette preuve soit valable. Les mêmes bruits existent chez un grand nombre de personnes en très-bonne santé, et n'ayant en aucune façon la diminution de densité du sang qui caractérise la *nosohémie chlorotique*. Cela ressort des expériences et des observations de M. Chauveau; j'ai vérifié leur exactitude sur un grand nombre de teigneux de tout âge et bien portants, placés dans mes salles de l'hôpital Sainte-Eugénie, sur les élèves de mon service et sur quelques autres personnes également bien portantes. Sur vingt-huit teigneuses en bonne santé, dont j'ai ausculté les jugulaires, j'ai constaté vingt-deux fois un bruit de souffle simple, quatre fois le bruit continu avec redoublement, et deux fois un souffle musical très-prononcé; — sur vingt-trois scrofuleuses valides, il existait dix-huit fois le bruit de souffle simple, et cinq fois le souffle continu ou musical. Sur six élèves de l'hôpital Sainte-Eugénie, cinq fois j'ai entendu le bruit de souffle simple, qui dans un cas avait le caractère musical; et, enfin, sur trois personnes adultes qui venaient de bien déjeuner, deux d'entre elles avaient un bruit de souffle très-prononcé...

» Je n'irai pas plus loin sur ce sujet, ajoute M. Bouchut, car il n'entre pas dans mon plan de faire ici l'étude des causes et du siége des bruits vasculaires; cependant il m'est impossible de ne pas élever quelques doutes sur l'importance séméiotique de ces bruits, après les avoir entendus avec toutes leurs modifications chez des sujets d'une santé florissante. »

Comme on le voit, chez l'enfant et chez l'adulte n'ayant aucun attribut de la chlorose, il existe des bruits vasculaires continus et musicaux, jusqu'ici considérés comme caractéristiques de la chlorose. Sans préjuger l'avenir, cela suffit pour nous engager à faire appel à de nouvelles observations qui seront très-bien reçues, soit qu'elles confirment ce qui est admis, soit au contraire qu'elles démontrent l'erreur des croyances répandues. La vérité et la sûreté du diagnostic ne peuvent que gagner à ce contrôle, et c'est dans ce but que nous rappelons aujourd'hui le résultat des recherches de MM. Chauveau et Bouchut, comme nous avons exposé il y a huit jours celles de M. Marchand.

Admettra-t-on comme M. Chauveau que les bruits de souffle vasculaires, indépendants de la compression ou des anévrysmes, sont des bruits veineux et non artériels?

Que la diminution de densité du sang n'est pour rien dans la production des souffles vasculaires, et que les expériences faites à cet égard sur des conduits non fermés sont vicieuses?

Que les bruits vasculaires se passent dans les veines?

Qu'ils sont le résultat d'une *veine fluide*, c'est-à-dire d'un courant de liquide qui passe d'un endroit rétréci dans un espace de plus en plus large, condition de toute circulation des vaisseaux veineux, et, par cela même, cause des bruits de souffle observés chez des sujets en bonne santé?

Que l'on ne peut accorder à ces bruits de souffle vasculaires une signification absolue dans le diagnostic de la chlorose?

Enfin, que la chlorose serait universelle dans l'enfance, puisque tous les enfants ont des bruits vasculaires à la région du cou?

Non. Mais on en conclura que tout cela est à revoir. Sans rien admettre légèrement, on peut dire que les observations concordantes de MM. Chauveau, Bouchut, Nonat, Marchand, sur les bruits de souffle observés au cou dans l'état normal, doivent faire réfléchir les physiologistes et les médecins; s'ils ne signifient pas la chlorose, ce qui est difficile à croire, puisqu'ils existent partout, quelle en est donc la cause? C'est ce que nous demandons à connaître, en supposant toutefois que la théorie de la *veine fluide* de M. Chauveau ne soit pas de nature à en rendre compte.

DE LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE

du sirop de citrate de fer.

Par M. le Dr BEAUDOIN.

Personne ne révoque plus en doute les merveilleux effets, dans une foule d'affections, des préparations dont le fer forme la base. Depuis une vingtaine d'années au moins l'expérience et l'observation ont démontré qu'il n'est pas de médicament dont les succès soient plus constants, plus marqués; il serait donc superflu d'insister sur une vérité si bien démontrée, et qui peut passer, chose rare, pour un véritable axiome thérapeutique. Ceci peut expliquer jusqu'à un certain point le nombre prodigieux

de formes sous lesquelles on a tour à tour conseillé l'administration du fer, sans toujours tenir un compte assez sévère des véritables nécessités pratiques; souvent, trop souvent, ce sont des considérations fort peu scientifiques qui ont déterminé l'apparition dans le monde médical de telle ou telle préparation martiale, dont le seul avantage était d'être nouvelle et de pouvoir être l'objet d'une spéculation.

Nous ne voulons pas à toutes appliquer ce reproche. Il en est un certain nombre qui sont extrêmement utiles, et la variété même des formes sous lesquelles on présente le fer a quelquefois un avantage en ce sens que toutes les constitutions, tous les estomacs, ne supportent pas à un égal degré la même préparation, qu'il faut souvent tâtonner, en essayer un assez grand nombre, pour arriver à découvrir celle qui convient à une idiosyncrasie particulière.

Un de leurs grands inconvénients, c'est de provoquer chez beaucoup de sujets un dérangement des fonctions digestives, soit la constipation, ce qui est le plus fréquent, soit la diarrhée. Un grand nombre d'entre elles fatiguent l'estomac, déterminent de la dyspepsie, à laquelle succède une irritation des voies digestives telle, que l'on est souvent obligé d'en suspendre l'administration. Enfin la plupart, en raison de leur insolubilité, du peu d'action qu'exercent sur elles les acides de l'estomac, agissent d'une façon tellement lente que les malades, découragés, cessent bientôt d'en prendre, et restent en proie à l'affection dont ils sont atteints; de là, nous n'avons pas besoin de le dire, des états chroniques, des cachexies, qui plus tard résistent opiniâtrément à toutes les médications.

Dans plusieurs cas où nous restions assez embarrassés en face de ce luxe thérapeutique, de cette innombrable quantité de préparations ferrugineuses, nous avons été heureux de pouvoir revenir à l'emploi d'un nouveau sel introduit dernièrement dans le traitement des maladies par débilité, des affections asthéniques, par un modeste pharmacien de province, M. Briand (des Herbiers). Nous voulons parler du citrate de fer.

Déjà, il y a plusieurs années, le professeur Bouchardat avait qualifié d'excellente préparation ferrugineuse le citrate de fer, et avait manifesté le regret que l'on employât aussi peu un produit bien digne de prendre un bon rang en thérapeutique.

Guidé par ces indications, M. Briand a essayé de préparer un sel qui, moins facilement décomposable que le proto-citrate de fer, d'une altération trop aisée au moindre contact de l'air, en conservât toutes les propriétés salutaires sans subir le moindre changement dans sa composition chimique; et bientôt il obtint le sesqui-citrate de fer, produit parfaitement fixé, qui obvie complétement à la plupart des inconvénients que nous venons de signaler plus haut.

Tonique puissant autant que prompt dans ses effets, il agit d'une manière uniforme sur toutes les constitutions et guérit le malade avant d'avoir pu le fatiguer, sans troubler aucune de ses fonctions.

Ainsi que plusieurs confrères de Paris, nous avons eu occasion assez souvent d'employer le sirop sesqui-citrate de fer de M. Briand, dans les cas d'abord où les autres composés martiaux ne nous avaient pas réussi, puis, plus hardi, dans le traitement de la plupart des affections qui réclament l'emploi des ferrugineux, et nous n'avons eu qu'à nous louer de notre confiance.

Nous avons reconnu qu'il constitue, nous oserions presque dire un spécifique certain de la chlorose et de l'anémie, de la leucorrhée liée à un état de débilité générale, qu'il régularise et rend plus abondant le flux menstruel.

Nous en avons vu de merveilleux résultats dans ces faiblesses de constitution liées à une croissance trop rapide, dans ces appauvrissements de l'organisme reconnaissant pour cause des excès ou des privations, dans ces cachexies paludéennes suite de fièvres intermittentes prolongées, résultat d'un long séjour dans les pays chauds, et principalement dans nos colonies d'Afrique.

Un point enfin sur lequel nous devons insister, parce qu'il est assez nouveau et sort des idées généralement acceptées, c'est l'efficacité du sesqui-citrate de fer à l'intérieur contre les hémorrhagies utérines chroniques, dans le traitement desquelles les ferrugineux sont ordinairement proscrits. Dans ces cas, il est évident qu'il faut tenir compte des effets astringents du sel ferreux, analogue sous ce rapport au perchlorure de fer si vanté, mais bien supérieur, en ce sens que le perchlorure de fer, violent caustique, ne peut être employé qu'à doses excessivement faibles et est extrêmement désagréable au goût, tandis que le sesqui-citrate de fer n'offre aucun danger dans son administration et ne provoque nullement la répugnance des malades.

DU NARCOTISME DANS LES TISSUS DES NOUVEAU-NÉS.

Un enfant de neuf jours, fort et bien conformé, fut pris de tous les symptômes de trismus. On lui administra immédiatement une goutte noire, et on répéta ce traitement de trois heures en trois heures jusqu'à ce qu'on eût produit tous les symptômes d'un narcotisme complet, ce qui survint après la troisième dose. On interrompit alors l'usage du médicament pendant quatre heures, après lesquelles on le continua de façon à entretenir le système nerveux sous son influence pendant soixante-douze heures consécutives. Pendant les intervalles qui séparaient chaque administration de la médication anodine, on donna dans un mucilage du *cannabis indica* à doses aussi fortes que le pouvait supporter l'organisme.

L'enfant fut nourri avec du lait extrait du sein de la mère; on le lui faisait prendre à l'aide d'une cuiller, parce qu'il était trop narcotisé pour pouvoir teter.

Au bout de vingt-quatre heures, les spasmes devinrent moins violents; au bout de trente-six heures ils l'étaient beaucoup moins encore, et enfin, après quarante-huit heures, ils avaient entièrement disparu. On continua encore le traitement pendant vingt-quatre heures, afin de prévenir plus sûrement le retour des spasmes; il dura donc en tout soixante-douze heures.

L'enfant est maintenant en parfaite santé.

(*Charleston medical Journal.*)

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'OXALATE DE CÉRIUM,

Par M. le Dr Ch. Lee.

L'oxalate de cérium a été employé pour la première fois, il y a environ un an, par le professeur Simpson (d'Edimbourg), contre les vomissements des femmes enceintes; on en a ensuite étendu l'usage à diverses affections de l'estomac.

C'est une poudre blanche, granuleuse, inodore et insipide, insoluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, mais facilement soluble dans l'acide sulfurique. M. Lee l'a d'abord administré contre des vomissements accompagnant les derniers mois de la grossesse, et rebelles aux moyens habituellement employés dans ces cas, tels que créosote, acide prussique, glace, sous-nitrate de bismuth, etc. La dose est de 5 à 10 centigrammes.

Après avoir trouvé l'oxalate de cérium très-efficace contre les vomissements des femmes enceintes, M. Lee l'a employé dans quatorze cas de dyspepsie atonique, et il en a obtenu invariablement des résultats favorables. Sous l'influence de ce médicament, l'appétit se rétablit rapidement en même temps que les nausées, etc. disparaissent. Cette rapidité d'action déjà signalée par M. Simpson, a été très-remarquable dans les cas observés par M. Lee. (*Americ. journ. of the med. sc.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 août 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. TRÉLAT revient sur la présentation qu'il a faite dans la dernière séance. Il a fait des recherches dans les journaux et dans les livres, surtout dans les bulletins de la Société anatomique : il n'a trouvé que deux faits semblables à celui qu'il a présenté. L'un de ces faits a été présenté à la Société par M. Morel-Lavallée en 1857; le second a été adressé par M. Denucé en 1858. A ce propos, M. Denucé dit qu'en 1854 il n'avait pu réunir que trois cas concernant cette variété de luxation. — Le malade de M. Morel-Lavallée était un enfant de onze ans; celui de M. Denucé était une vieille femme. En se fondant sur ces recherches, M. Trélat pense qu'il lui est permis d'affirmer que cette variété de luxation, en dedans et en arrière, est fort rare.

Quant aux moyens de réduction, M. Trélat n'a rien trouvé dans les observations soit de M. Denucé, soit de M. Morel-Lavallée, qui pût lui servir dans cette circonstance.

L'observation de M. Morel-Lavallée s'arrête après la présentation du jeune malade; M. Denucé se borne à dire que la réduction fut facile.

Pour le cas de la petite fille, M. Trélat a tenu compte de toutes les indications qui lui avaient été données; il a fait de nouvelles tentatives en variant les divers modes de réduction, et il n'a rien obtenu.

M. RICHET dit que, pour lui, les luxations du coude en avant sont rares; mais que les luxations en dedans et en arrière ne sont pas rares au contraire.

Un jour, continue M. Richet, j'allais réduire une de ces luxations, et je la fis voir à M. Denonvillers, qui me dit alors que c'était presque toujours ainsi qu'on trouvait les prétendues luxations en arrière. Je ne vais pas aussi loin que M. Denonvilliers, mais j'affirme que cette variété de luxations est loin d'être rare.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai observé, pour ma part, au moins quatre cas de luxation en arrière et en dedans; aussi je partage l'opinion de M. Richet et je ne les regarde pas comme rares. Si je n'ai pas cru devoir les publier, c'est qu'elles ne m'ont pas paru offrir d'intérêt spécial. Ainsi j'ai observé un fait à la Charité, dans le service de Gerdy, que je remplaçais alors, et dans lequel le cubitus avait presque subi un mouvement de rotation de dedans en dehors sur l'épitrochlée; j'en ai vu deux autres à Saint-Antoine, et un à l'hôpital Cochin. Quant au fait rappelé par M. Trélat, il était dans les salles de M. Guersant. M. Guersant a repris son service, et je n'ai plus eu le petit malade sous ma direction.

M. TRÉLAT pense que M. Richet accorde trop facilement le nom de luxation en arrière et en dedans aux luxations simplement en arrière, mais dans lesquelles le cubitus est un peu tourné en dedans. M. Trélat spécifie bien la variété de luxation sur laquelle il a appelé l'attention de la Société, et dans laquelle le cubitus est passé sur le bord interne de l'humérus. Il maintient que ces luxations-là sont rares. Il n'a trouvé dans les auteurs que les observations qu'il a rappelées, et il regrette vraiment que M. Morel-Lavallée n'ait pas cru devoir publier les faits qu'il a rencontrés.

M. RICHET ne fait point d'équivoque. Il a bien examiné la petite malade présentée par M. Trélat; il a parfaitement constaté que le crochet limitant la cavité sigmoïde embrassait bien le bord interne de l'humérus, et surtout l'épitrochlée. Il n'y a donc pas de confusion possible, et M. Richet maintient qu'il a vu d'autres luxations semblables, et que ces luxations ne sont même pas rares.

M. Malgaigne pense qu'il y a peu de luxations en arrière; il y en a pourtant, mais, pour M. Richet, les plus nombreuses sont en arrière et en dedans.

M. MOREL-LAVALLÉE ajoute que c'est peut-être une luxation rare relativement aux autres luxations en dehors ou en arrière, mais non pas rare en donnant à ce mot un sens absolu.

M. VERNEUIL. Je profiterai de l'occasion que me fournit cette discussion pour citer un fait curieux de luxation du coude. Je n'ai pas vu et je n'ai pas rencontré un seul exemple semblable.

Un malade était entré dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, où je remplace M. Denonvilliers, pour une luxation du coude datant de deux jours. On se disposait à réduire cette luxation le lendemain, à l'aide du chloroforme. Le malade, qui était entré dans la journée, effrayé à la pensée d'être endormi, s'est réduit sa luxation lui-même en saisissant la barre de son lit et en tirant ainsi sur son bras. Il existe des exemples de réduction de luxation de l'épaule à la suite de manœuvres du malade; mais je ne connaissais pas de pareils exemples de réduction pour la luxation du coude.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les numéros 4 et 5 du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique* pour 1861.

— M. le docteur Berchon remercie la Société de l'accueil qu'elle a fait à son *Mémoire sur l'emploi des anesthésiques dans la médecine navale*, et ajoute quelques renseignements nouveaux sur les observations recueillies dans les deux salles d'enseignement des Cliniques chirurgicales de Brest et de Toulon depuis 1847 jusqu'en 1857.

— M. le docteur Lazaréwitch (de Kief, Russie), envoie à la Société plusieurs exemplaires de sa brochure intitulée *Coup d'œil sur les changements de forme et de position de l'utérus*; Paris, 1862, in-8°.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

1re PIÈCE. — M. PEAN présente une **tumeur de la clavicule** provenant du service de M. Gosselin, et qu'il a examinée avec soin. Il donne les détails anatomiques suivants :

Au mois d'avril 1860, un homme, âgé de trente-sept ans, tombe sur la clavicule et appelle un médecin, qui constate les signes d'une fracture de l'extrémité interne de l'os. Un appareil est appliqué, mais bientôt le cal fait place à une tumeur qui grossit progressivement jusqu'à ce jour. Or tout ce travail s'accomplit sans que le malade éprouve de douleurs sérieuses, et c'est à peine si depuis deux mois il ressent quelques élancements passagers qui s'irradient dans le bras correspondant et jusqu'à l'extrémité des doigts. Depuis deux mois, l'iodure de potassium est administré sans aucun succès.

Le 27 août 1861, c'est-à-dire la veille de l'opération, la tumeur, du volume d'un citron, occupe le tiers interne de la clavicule; elle est ovoïde, à grosse extrémité voisine de la ligne médiane, et développée uniformément dans tous les sens : en un mot, elle empiète sur les régions voisines, soulève la peau, le peaucier, le sterno-mastoïdien, le grand pectoral, déborde la fourchette sternale, se rapproche de la trachée sans la déplacer; tout cela sans que les gros vaisseaux du cou soient sensiblement comprimés. Le toucher distingue en haut, en dehors, en arrière, une portion osseuse continue avec la partie saine de la clavicule, tandis qu'en avant et en bas il reconnaît de petites bosselures molles, séparées par des sillons peu profonds : de ce côté, la tumeur est ferme, mais peu élastique, et cette consistance rappelle mieux celle du tissu fibro-plastique que celle des autres tumeurs des os.

Convaincu de la malignité de l'affection, M. Gosselin procède à l'extirpation de la manière suivante : une incision horizontale, terminée en T à ses deux extrémités, permet d'entreprendre une dissection rendue très-laborieuse par le voisinage des gros vaisseaux de la région; la clavicule est coupée en dehors, ce qui facilite les manœuvres, et bientôt la tumeur est entre nos mains, sans qu'aucun accident soit survenu pendant la durée de l'opération. L'examen de la tumeur dévoile que celle-ci a pris naissance dans le canal médullaire, et appartient réellement à la classe des tumeurs malignes dites encéphaloïdes ou fibro-plastiques. La trame osseuse a été dilatée en arrière, si bien qu'elle forme une couche compacte peu épaisse à la surface, tandis qu'en avant et en bas cette trame a été détruite par la production morbide, qui est seulement recouverte par une lame mince de tissu cellulaire unissant entre eux les lobules. L'articulation sterno-claviculaire est restée saine; par contre, il y a de nombreuses adhérences de la tumeur avec les muscles et les vaisseaux placés en arrière de la poignée du sternum, ce qui rend compte des difficultés éprouvées pendant l'opération. A la coupe, on voit que le tissu pathologique se prolonge en dehors dans le canal médullaire beaucoup plus loin qu'on aurait pu le soupçonner pendant la vie.

L'examen microscopique fait avec soin par M. Péan a permis d'affirmer que la tumeur était principalement constituée par l'élément fibro-plastique, de variété nucléaire : en outre, M. le docteur Ordoñez a trouvé une petite proportion d'éléments accessoires dits médullocelles.

M. GOSSELIN. Je n'ajouterai rien aux considérations anatomiques présentées par M. Péan, qui a bien voulu se charger de l'examen microscopique de la pièce.

Je demande seulement à présenter quelques détails cliniques. Le malade, âgé de trente-huit ans, portait à l'extrémité interne de la clavicule droite cette tumeur, qui était arrondie, non pulsatile, légèrement bosselée, très-dure et non élastique à sa partie supérieure et postérieure, qui se prolongeait très-loin en arrière et semblait menacer d'une compression prochaine la trachée-artère, un peu moins dure et quelque peu élastique en bas et en avant. La peau glissait partout sur elle, et elle était assez mobile au niveau de l'articulation sterno-claviculaire, pour qu'on pût la croire libre d'adhérences avec les parties molles circonvoisines.

Je me demandai tout d'abord si nous avions affaire à une tumeur bénigne ou maligne. Or, les caractères physiques étant ceux de l'enchondrome et de l'exostose, j'inclinai d'abord vers cette double lésion, et avec d'autant plus de raison que le mal, d'après les commémoratifs, paraissait avoir pour origine une fracture et un cal. Je fis cependant mes réserves sur ce diagnostic, car la tumeur était arrivée au volume d'une petite orange dans l'espace de quinze mois; accroissement un peu rapide pour une tumeur bénigne, et plus en rapport avec ce que nous observons dans les tumeurs cancéreuses. En outre, depuis quelque temps, il s'était développé au côté droit et au bas du thorax, une douleur sans gonflement, que j'ai attribuée à une névralgie, mais pour laquelle l'idée d'un cancer costal commençant s'est présentée à mon esprit.

Bref, une tentative de traitement par l'iodure de potassium et l'application locale de l'emplâtre de Vigo ayant échoué, la tumeur s'étant même accrue sous mes yeux, et quelques douleurs irradiées le long du bras tourmentant le malade, je proposai et je fis ce matin même la résection de l'extrémité interne de la clavicule.

Après avoir mis la tumeur à découvert au moyen de l'incision en T à deux têtes, et avoir scié la clavicule vers sa partie moyenne avec la scie à chaîne, je me mis en devoir de désarticuler l'extrémité in-

terne de l'os formée par la tumeur. Là je trouvai plus de résistance que ne me l'avait fait prévoir la mobilité de la tumeur, et je dus, pour agir avec sécurité, opérer par déchirement et enlever la portion la plus considérable, en laissant la surface articulaire de l'os avec une notable quantité de tissu morbide; mais lorsque je me mis en devoir d'enlever ce reste du mal, je reconnus qu'il avait quelques adhérences avec les parties molles rétro-sternales et rétro-claviculaires. Je ne voyais pas distinctement les muscles sterno-hyoïdien et thyroïdien, mais je voyais la fin de la jugulaire interne droite, le commencement de la veine sous-clavière, et il était évident que je disséquais sur le tronc veineux brachio-céphalique gauche. Il va sans dire que je multipliai les précautions. A force de soins, je pus enlever la plus grande partie de ce qui restait; mais une portion grosse comme un pois environ m'a paru tellement adhérente au voisinage du tronc veineux, que je me suis décidé à le laisser en place.

En ce moment, la nature fibro-plastique et nullement cartilagineuse de la tumeur dans les points où elle n'est pas osseuse, les adhérences qu'elle avait prises avec les couches rétro-claviculaires en les envahissant, le souvenir du développement rapide dont nous parlions tout à l'heure, tout me fait penser que j'ai eu affaire à une de ces tumeurs cancéreuses des os qui, pendant une certaine période de leur formation, ont des caractères cliniques semblables à ceux de l'exostose, de l'enchondrome et de la tumeur à myéloplaxes.

M. FOLLIN a enlevé une tumeur un peu plus dure que celle-ci, paraissant fibreuse, et plantée sur la partie externe de la clavicule. M. Velpeau a vu cette malade. L'opération fut facile; M. Follin enleva aisément en fendant les parties molles dans le sens de la clavicule, et faisant à la partie externe une incision perpendiculaire à celle-ci. Un an après, il y avait récidive.

M. CHASSAIGNAC cite une opération de Remmers, qu'il a déjà rappelée à l'occasion d'une petite malade présentée par M. Marjolin. Il ajoute que si dans de telles opérations on ne sciait pas d'abord la clavicule comme a fait M. Gosselin, il serait presque impossible de terminer l'opération, et l'on s'exposerait à blesser presque infailliblement les gros troncs vasculaires artériels ou veineux, que M. Gosselin a pu éviter parce qu'il avait d'abord coupé la clavicule.

M. HOUEL. L'aspect de la coupe de la tumeur est celui du tissu fibro-plastique nucléaire. C'est un tissu qui est bien voisin du vrai cancer. Gerdy l'aurait appelé *cancer térébrant*. Gerdy a décrit une forme de cancer qui débute dans le canal médullaire. Or la fracture qui s'est faite si facilement chez le malade de M. Gosselin ne pourrait-elle pas s'être produite sur un os déjà profondément malade? et ne doit-on pas songer de suite à cette variété de cancer sur laquelle Gerdy a insisté? Sur cette pièce, continue M. Houel, le canal médullaire est plein de ce tissu fibro-plastique nucléaire, et j'ai grand' peur que le trait de scie n'ait porté en plein cancer.

2ᵉ PIÈCE. — **Enchondrome de la région mammaire simulant une énorme tumeur du sein chez l'homme. — Opération. — Guérison.** — M. MOREL-LAVALLÉE. Je vous ai présenté récemment une tumeur sur la nature de laquelle tout le monde a été d'accord.

Au lieu de publier le commencement de l'observation avec la description de la pièce, j'ai attendu. Il m'a paru que j'entrais dans la pensée de la Société en donnant le fait dans son ensemble, plutôt que de le jeter par tronçons dans les *Bulletins*.

Le 24 juillet 1861 est entré à l'hôpital Necker le nommé Louis-François F..., âgé de trente-cinq ans, journalier, demeurant à Marche-Maisons (Orne).

Pas d'antécédents héréditaires, pas de maladies antérieures, constitution sèche et moyenne. Dès la naissance, le sein gauche était plus gros que le droit. Du plus loin qu'il puisse se souvenir, le sein gauche était gros comme le poing, et il avait conservé ce volume jusqu'à deux mois et demi environ, sans jamais être le siége d'aucune douleur.

A cette époque, ce sein commença à prendre un développement assez rapide, et il offre aujourd'hui le volume de la tête d'un enfant de quatre ans. Il a la forme d'un sein de femme bien développé, ferme, sauf une bosselure à sa partie supérieure et antérieure, qui en détruit la régularité.

Etat actuel. — Cette tumeur est sans changement de couleur à la peau, parfaitement limitée, glissant aisément sur sa base dans tous les sens; elle est dure, très-dure, comme une tumeur fibreuse; à surface unie, à peine interrompue çà et là par quelques petites bosselures; indolente sous la plus forte pression. Nous avons parlé de la grosse bosselure qui se trouve en avant dans sa partie supérieure; point de ganglions lymphatiques engorgés. La dureté est plus considérable que celle d'une hypertrophie du sein. Cette considération, ainsi que l'absence de douleurs et d'engorgement des ganglions lymphatiques, établissent pour moi qu'il s'agit d'un fibrome ou d'un enchondrome. L'état général est très-satisfaisant.

Pour déterminer plus exactement le siége de la tumeur par rapport aux muscles, le malade contracte le grand pectoral, et on s'assure aisément que la partie supérieure de ce muscle passe au-devant de la tumeur, ce qui devient plus évident encore par la galvanisation. Cette électrisation démontre de plus que toute l'étendue du muscle passe au-devant de la tumeur, ce que ses contractions volontaires n'avaient pu mettre hors de doute. La tumeur est derrière le grand pectoral, donc elle est indépendante de la glande mammaire.

Opération le 31 juillet. — Incision courbe commençant en haut, à l'extrémité de l'axe de la tumeur, contournant la tumeur en dehors, et venant se terminer en dedans et au-dessous de l'extrémité inférieure de son axe, de façon que le milieu de sa courbure fût le point le plus déclive dans le décubitus dorsal, c'est-à-dire favorablement placé pour l'écoulement du pus.

La dissection n'a offert aucun incident notable que l'adhérence intime de la tumeur avec le grand pectoral, qu'on a été obligé de sacrifier en partie, et le défaut d'adhérence dans les couches sous-jacentes dont le petit pectoral faisait partie. La tumeur a été disséquée de bas en haut, soulevée sur son sommet, et finalement détachée par ce point. — Réunion à l'aide de serre-fines et de bandelettes de taffetas transparent interposé aux serre-fines.

La tumeur a été présentée le jour même à la Société de chirurgie. Elle est constituée de la manière suivante:

Elle est entourée çà et là inégalement par des bandelettes moniliformes, dont une se prolongeait très-avant sous la clavicule. Les renflements de ces bandelettes, qui se trouvent quelquefois isolés, ressemblent assez à des robins de coq. Toute l'enveloppe de la tumeur est formée par une coque fibreuse assez mince. La coupe de la masse ressemble assez bien à celle d'une coupe de buis; à la circonférence, des tranches rondes, des renflements moniliformes dont nous avons parlé, et dont le diamètre varie depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'une pièce 50 centimes; au centre, de petits dessins aréolaires irréguliers, jaunâtres; dans certains points, au centre, une espèce de bouillie jaune rougeâtre, ressemblant assez bien à de l'encéphaloïde ramolli, et qui n'est au fond formée que par des débris de la tumeur ramollie. Renflements, cloisons, tout est cartilagineux. Le centre, qui forme la partie la plus fine, présente le tissu cartilagineux sous des aspects différents: les cloisons sont jaunâtres, le centre un peu transparent: on dirait un cartilage en voie d'ossification, mais pour l'apparence seulement; les cloisons, à part la couleur, offrent la même souplesse que les petits espaces translucides qu'ils renferment.

La partie centrale ramollie s'approche très-près de la circonférence de la tumeur, et c'est de là que se sont épanchées pendant l'opération quelques gouttes d'une sérosité louche contenant des grumeaux jaunâtres, qui n'étaient évidemment autres que des débris dont nous avons parlé précédemment.

Il s'agit donc, en réalité, d'un enchondrome de la région mammaire placé entre les deux muscles pectoraux, enchondrome dont le centre était non pas dégénéré, mais ramolli.

L'impression qui m'est restée de la dureté presque osseuse de la tumeur, me porterait, dans un cas analogue, à me prononcer plus franchement pour un enchondrome.

Le premier pansement, fait le troisième jour de l'opération, montre que la réunion immédiate a manqué au centre de la grande incision demi-circulaire, dans une certaine étendue. Par là était sortie une sérosité rougeâtre, assez abondante pour imbiber tout l'appareil. Le lambeau était soulevé au milieu par un notable épanchement de sang, avec lequel quelques bulles d'air étaient restées emprisonnées, car il y avait du gargouillement.

Les jours suivants, un liquide chocolat s'écoula par le milieu de la plaie, et tout le foyer se vida bientôt par ce point que j'avais fait le plus déclive. Une compression douce fut établie sur le lambeau pour en favoriser le recollement. Le malade, soutenu par l'espérance de sa guérison, y marcha avec une merveilleuse rapidité, sans guère se plaindre que de la chaleur tropicale qui régnait alors.

Le 16 août, le dix-septième jour de son opération, il est sorti guéri et est reparti pour son pays.

Ce fait intéressant prête à plusieurs remarques; il faut noter:

1° La rareté de l'enchondrome dans cette région, puisque les auteurs et M. Velpeau lui-même n'en citent aucun exemple;

2° L'utilité et quelquefois la nécessité de l'électrisation pour déterminer exactement le siége sus ou sous-musculaire des tumeurs;

3° La disposition moniliforme de petits enchondromes qui formaient chapelet autour de la tumeur principale, surtout à son sommet, où cette espèce de corde à nœuds se prolongeait jusque sous la clavicule, et qui en avaient imposé pour des kystes à des chirurgiens habiles;

4° L'avantage de découvrir la tumeur en taillant un lambeau demi-circulaire dont la base adhérente occupe les points élevés, et son bord libre les points déclives;

5° Le bonheur avec lequel le malade a échappé à une épidémie d'érysipèle au milieu de laquelle j'ai été obligé de l'opérer; il venait de loin, et ses moyens ne lui permettaient pas de prolonger son séjour à l'hôpital.

Je l'avais isolé dans la salle des maladies des yeux, et il a échappé à l'érysipèle.

— La séance est levée à cinq heures et demie,

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MM. Poppleton et Fontez, médecins-majors de 2ᵉ classe, et M. Benoît, pharmacien-major de 2ᵉ classe, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— La distribution des prix aux enfants idiots de l'école de Bicêtre a eu lieu le 3 septembre.

La salle de la bibliothèque avait été disposée pour cette solennité, que présidait M. Husson, directeur général de l'administration de l'assistance publique.

Des chœurs exécutés avec beaucoup d'ensemble ont valu aux élèves les applaudissements d'une nombreuse assistance.

— Une lettre de M. le docteur Réveil adressée à la *Patrie* signale une fraude qui pourrait devenir la cause d'empoisonnements fréquents et violents: elle consiste à transformer la crevette grise, dont le prix est peu élevé, en crevette rouge, qui se vend très-cher. Pour cela, on peint la crevette grise avec du *minium* ou de la *mine orange*, composés chimiques qui sont formés d'un mélange de *protoxyde* et de *bioxyde de plomb*, et dont l'ingestion peut produire des accidents qui pourraient être suivis de mort.

Jeudi 29 août, une famille de Chaville a failli être victime de cette fraude: on a remis à M. Réveil 1 gramme 23 centigrammes de minium enlevé par simple lavage de la surface des crevettes, qui avaient été vendues par un marchand ambulant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, che A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, che ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Éléments de botanique médicale, contenant la description des végétaux utiles à la médecine et des espèces nuisibles à l'homme, vénéneuses ou parasites; précédé de considérations sur l'organisation et la classification des végétaux, par M. A. MOQUIN-TANDON, membre de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie impériale de médecine, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-12 de 543 pages, avec 128 figures intercalées dans le texte. Prix: 6 fr. Chez J. B. Baillière et fils, à Paris, 19, rue Hautefeuille.

Recherches sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie placentaires, par M. le docteur G. MILLET. In-4° de 100 pages. Prix. 2 fr. *franco* par la poste. — Paris, chez F. Savy, rue Bonaparte, 20.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 106. — MARDI 10 SEPTEMBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 106. — MARDI 10 SEPTEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 9 septembre 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. le professeur Mariano Semmola a lu dans cette séance le résumé d'un mémoire qui fait pendant, pour l'intérêt autant que pour l'importance pratique du sujet, avec le travail dont il a donné communication il y a quelques jours à l'Académie de médecine. Le premier était relatif à l'albuminurie. Celui-ci a pour sujet le diabète.

Il y a six ans, le jeune et savant professeur soumettait à l'Académie des sciences cette proposition, savoir : que la glycosurie peut dépendre de deux conditions, l'exagération dans l'activité glycogénique du foie, ou le défaut d'action oxydante de la respiration, la première seule constituant le diabète proprement dit.

Dans cette nouvelle communication, M. Mariano Semmola expose le résultat des recherches qu'il a continuées depuis cette époque sur ce sujet. On verra dans les nombreuses propositions qui résument ce travail, avec quel soin l'auteur a étudié le phénomène de la glycosurie dans ses rapports avec ces deux origines différentes, et les inductions pratiques importantes qu'il en a tirées aux points de vue du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique.

Cette lecture a été suivie d'une courte communication de M. Curie sur l'action physiologique et thérapeutique de la *drosera,* substance qui, à la manière de la lance d'Achille, aurait la propriété de guérir les lésions qu'elle produit. Quelque médiocre confiance que nous ayons dans la loi des semblables en thérapeutique, nous pensons que le sujet vaudrait la peine d'être examiné, si, comme l'indique l'énoncé des expériences de M. Curie, il s'agit d'un moyen de guérison des maladies tuberculeuses. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. Alph. Guérin.

Cours sur les maladies des organes génitaux de la femme. — De la vulvite.

On a donné à l'écoulement de mucus, de muco-pus, ou de pus qui se fait par l'urèthre, les noms de *gonorrhée*, de *blennorrhagie*, mots tirés du grec (γονή, semence; βλεννα, mucus). Le vulgaire désigne encore cette maladie sous le nom d'*échauffement*, quand elle est légère; il l'appelle *chaudepisse*, quand elle a une certaine intensité.

Le nom de blennorrhagie, inventé par Swédiaur, est celui que nous préférons, bien que le plus souvent la matière de l'écoulement ne soit pas exclusivement du mucus.

Chez la femme, la blennorrhagie n'affecte pas seulement l'urèthre, mais encore la vulve, le vagin et le rectum.

Avant de vous décrire la vulvite, permettez-moi de vous rappeler en quelques mots l'anatomie de la vulve :

Cette partie des organes génitaux de la femme est limitée extérieurement par les grandes lèvres, auxquelles on reconnaît une face cutanée, recouverte de poils, et une face muqueuse, garnie de follicules nombreux. Les poils sont implantés comme ceux du scrotum dans des follicules obliques. Au-dessous de la peau, on trouve le fascia superficialis, qui recouvre une espèce de sac dans lequel est contenue une grande quantité de graisse (bourse graisseuse). C'est cette poche que M. Broca a décrite comme étant une bourse séreuse. Depuis la description que cet anatomiste en a donnée, tous les auteurs ont répété qu'elle occupe toute l'étendue de la grande lèvre. C'est là, ce me semble, une erreur ou une mauvaise indication. Le sac fibro-séreux rempli de graisse, dont il est question, appartient tout autant au mont de Vénus qu'à la grande lèvre. Il s'étend depuis l'anneau inguinal externe jusqu'au niveau de la branche descendante du pubis. En arrière de ce point, les deux feuillets dont elle est constituée s'unissent intimement l'un à l'autre pour envelopper la glande vulvo-vaginale, les vaisseaux et les nerfs qui se dirigent les uns obliquement, les autres transversalement de dehors en dedans, de la branche ascendante de l'ischion vers l'orifice du vagin.

On peut affirmer que la moitié postérieure de la grande lèvre est complétement étrangère à cette bourse séreuse. Entre la bourse du côté droit et celle du côté gauche, il en existe une autre qui est médiane et dont la paroi externe est constituée par la paroi interne des bourses latérales. Elle est destinée à faciliter le glissement de la peau sur le pubis au niveau de la symphyse, Complétement dépourvue de graisse, elle mérite bien mieux que les deux autres le nom de bourse séreuse.

En haut, les grandes lèvres, en se réunissant, forment la commissure antérieure au-dessous de laquelle se trouve le clitoris. En arrière et en bas, elles s'aplatissent avant de se réunir pour constituer la *fourchette*, qui n'est autre chose que la commissure postérieure des grandes lèvres.

C'est entre la fourchette qui est en arrière et l'orifice du vagin qui est en avant, que se trouve l'espace connu sous le nom de *fosse naviculaire*.

A la face interne des grandes lèvres, on aperçoit plusieurs rangées de glandules sébacées susceptibles d'hypertrophie, sécrétant de la matière sébacée qui s'accumule entre les grandes et les petites lèvres, chez les femmes qui n'ont pas des soins suffisants de propreté.

Les nymphes ou petites lèvres sont situées en dedans des grandes lèvres, qu'elles dépassent quelquefois dans leur partie moyenne. En avant et en haut, elles se bifurquent au-dessous de la commissure antérieure des grandes lèvres, et leurs divisions, en se réunissant d'un côté à l'autre, forment une espèce de capuchon qui recouvre et entoure le clitoris de la même manière que le prépuce entoure le gland du pénis.

Des glandules sébacées existent en grand nombre en ce point et le sébum s'y accumule souvent, s'y altère et produit une exulcération des parties avec lesquelles il est resté longtemps en contact.

Les petites lèvres, en s'hypertrophiant, peuvent descendre au-devant des cuisses pour former ce que l'on a nommé le tablier des Hottentotes.

On trouve fréquemment cette hypertrophie à un degré moindre, mais suffisant pour gêner les femmes qui en sont affectées. Cette difformité est surtout gênante pour les personnes qui se livrent au plaisir de l'équitation. Dans les mouvements sur la selle, les petites lèvres allongées sont froissées et comprimées. Pour cette raison, sinon par coquetterie, on m'a demandé d'exciser une portion de ce repli hypertrophié ; mais je me suis toujours opposé à cette opération, que l'on ne doit pratiquer que dans les cas où le développement hypertrophique troublerait réellement la vie des malades.

Tandis que les grandes lèvres ont une face muqueuse et une face cutanée, les petites sont exclusivement un repli muqueux. Quand on les examine attentivement, on aperçoit à leur face interne une quantité innombrable de glandules, qui, à l'état normal, ont un diamètre de 1 millimètre environ ; elles sont ordinairement placées sur trois ou quatre rangs concentriques.

Sous le capuchon se trouve le clitoris, organe érectile qui est l'analogue du gland du pénis. Sa longueur varie suivant les individus ; les habitudes de masturbation lui donnent un volume et une turgescence remarquables.

A 1 centimètre 1/2 au plus du clitoris se trouve le méat urinaire : chez les filles chastes, c'est une simple fente que l'on découvre à peine. Chez quelques-unes de nos malades, qui depuis longtemps ont rompu avec la chasteté, l'orifice de l'urèthre est béant; ses bords sont comme tendus par la turgescence du tissu érectile qui entoure le canal. Souvent le méat est à moitié rempli par une sorte de crête qui ressemble au *verumontanum* de l'urèthre de l'homme. Cette crête existe à l'état normal sur le milieu du bord de l'urèthre. Du volume d'une petite tête d'épingle, il est susceptible d'acquérir un grand développement; il divise le méat en deux parties égales. Le bord inférieur de cet orifice se continue avec un petit tubercule proéminent, qui sert de point de repère pour le cathétérisme, et qui paraît être un prolongement partiel des éléments qui composent le vagin. Ce tubercule peut avoir un demi-centimètre de hauteur; mais souvent, chez les jeunes filles, il est à peine visible.

Le méat urinaire est ordinairement sur le plan formé par le vestibule ; il est alors facile à découvrir. Il n'en est plus de même chez les femmes qui ont eu des relations sexuelles précoces. La vulve, dans ce cas, est comme refoulée en arrière, et le méat urinaire est caché sous la symphyse du pubis.

Cette dépression de la vulve est infundibuliforme. Elle se produit sous l'influence des efforts répétés de l'introduction d'un corps trop volumineux. Cette disposition anatomique peut avoir une grande importance au point de vue de la médecine légale.

La membrane hymen n'étant guère compatible avec les maladies pour lesquelles les femmes viennent à l'hôpital de Lourcine réclamer nos soins, je peux me dispenser de vous en parler. Après les premiers rapports sexuels, on ne trouve plus que des débris de cette membrane, qui sont connus sous le nom de caroncules myrtiformes.

Ces débris, qui d'ordinaire n'ont guère que le volume d'un grain de chènevis, sont au nombre de quatre ou cinq. Ils établissent en quelque sorte la limite entre le vagin et la vulve. C'est près des deux caroncules latérales inférieures que viennent s'ouvrir les conduits des glandes vulvo-vaginales. Quand la membrane hymen a été déchirée avec violence, ce sont des lambeaux de forme variable qui lui succèdent. Plus souvent qu'on ne pense, l'orifice de l'hymen est dilaté sans qu'il y ait eu déchirure, bien que les femmes aient eu de nombreuses relations sexuelles.

— L'inflammation partielle ou totale des éléments dont j'ai tâché de vous donner une idée succincte, constitue la *vulvite*.

La vulvite peut consister en un simple érythème; le plus souvent elle est caractérisée par une hypersécrétion des nombreuses glandules qui existent près du méat urinaire, autour de l'entrée du vagin, sur les grandes et les petites lèvres.

Les glandes sébacées que l'on rencontre en dedans de la grande lèvre et autour du clitoris, sécrètent une matière blanche plus abondante qu'à l'état normal, qui peut former une espèce de membrane, dont la partie la plus profonde est tellement adhérente aux tissus sous-jacents, qu'il faut un frottement d'une certaine force pour la détacher.

Le sébum sécrété dans ces conditions a une odeur repoussante, *sui generis*, qu'il est difficile de ne pas reconnaître. Quand on a enlevé ce produit de sécrétion, les parties sur lesquelles il était appliqué apparaissent d'un rouge plus ou moins vif, et les glandules font une saillie plus ou moins considérable à la surface de la membrane dans laquelle elles sont implantées; la pression en exprime une matière blanche, caséuse, semblable à celle qui s'accumule dans les plis de la vulve.

Lorsque l'inflammation devient plus intense, la matière sébacée est moins épaisse, en même temps qu'elle est plus abondante; elle cesse d'adhérer aux tissus sous-jacents, dont elle est isolée par une humeur muqueuse ou muco-purulente. C'est la *vulvite sébacée*.

Lorsque les glandules des petites lèvres prennent part à l'inflammation de la vulve, elles acquièrent un volume considérable. Par le simple toucher, on pourrait, sans le secours de la vue, reconnaître cette hypertrophie, qui donne aux petites lèvres l'aspect de la peau de chagrin. Les lobules dont les glandes sont composées deviennent saillants sous la membrane muqueuse; on a beau les presser, on n'en exprime ni liquide ni matière semi-solide. Ce n'est donc point par une hypersécrétion que se manifeste la *vulvite des petites lèvres*. Les glandules hypertrophiées ont une couleur jaune, qui tranche sur le fond rouge des tissus environnants. Elles ont aussi des reflets brillants qui leur donnent de la ressemblance avec des réseaux lymphatiques injectés au mercure. Cette inflammation a une grande tendance à passer à l'état chronique.

Les deux formes de vulvite que je viens de décrire ne sont pas toujours le résultat du virus blennorrhagique. Elles peuvent sans doute se produire sous l'influence de ce principe; mais le plus souvent elles sont engendrées par la malpropreté ou par des excitations habituelles de ces parties. C'est tout le contraire pour la *vulvite des glandules mucipares*.

Cette espèce de vulvite est caractérisée par la rougeur de la membrane muqueuse qui entoure l'orifice des glandules mucipares. Cette coloration n'est nulle part plus marquée qu'auprès des caroncules myrtiformes. Comme la matière qui est sécrétée par ces petites glandes est incolore, tant qu'elle n'est pas altérée dans sa qualité, l'hypersécrétion est difficilement appréciée; mais quand l'inflammation est intense, quand surtout elle résulte de l'action du virus blennorrhagique, le mucus se trouble et devient puriforme.

La vulvite des glandules mucipares s'accompagne ordinairement de l'inflammation des glandes sébacées, tandis que celle-ci existe souvent sans que les autres glandes de la vulve soient enflammées.

Toutes les formes de la vulvite peuvent coïncider avec l'uréthrite; mais les glandules qui entourent le méat urinaire sont presque toujours solidaires de l'état des follicules intra-uréthraux.

L'inflammation de la glande vulvo-vaginale a trop d'importance pour que nous ne lui consacrions pas une leçon tout entière. Je ne l'indique ici que pour mémoire.

Ces diverses formes de la vulvite ont pour symptômes communs la rougeur de la vulve et une sensation pénible dont les degrés vont de la démangeaison à la douleur.

Souvent le prurit qui accompagne la vulvite pousse les malades à rechercher le coït ou à se livrer à la masturbation. Quand l'inflammation acquiert une vive intensité, elle peut donner lieu à une adénite inguinale douloureuse et susceptible de se terminer par suppuration. A ce degré, la vulvite est caractérisée par du gonflement des parties, par de la rougeur, de la douleur, par une sécrétion abondante, fétide et souvent purulente.

Bien que l'œdème des lèvres coïncide le plus ordinairement avec la présence d'un chancre, je l'ai observé dans des cas de vulvite simple. C'est une complication dont la durée dépasse toujours celle de l'inflammation qui l'a produite.

La vulvite spéciale est produite par le virus blennorrhagique. Elle est essentiellement contagieuse, et c'est même, je crois, la seule qui soit susceptible de se transmettre par le coït.

Les causes de la vulvite simple sont la malpropreté, qui souvent est poussée à un point incroyable. Nous voyons entrer à l'hôpital (dans un hôpital de Paris!) des femmes qui ne se lavent pas même après leurs règles.

Il y a des hommes jeunes pour qui les lotions des organes génitaux sont chose inconnue. Mais la malpropreté des parties génitales de la femme est encore plus repoussante.

Plus d'une fois il m'est arrivé de recevoir des malades qui avaient la vulve rouge, tuméfiée, suintante, et dont les sécrétions vulvaires, se mêlant à la saleté, pouvaient faire croire à une maladie de nature spéciale.

Comme dans ces cas l'exploration n'est pas facile à cause de la douleur qui porte les malades à se défendre quand on les examine, on s'assure mal de l'état de l'urèthre et du vagin. Quelques bains ont bien vite raison de cette espèce de vulvite, et l'on peut dire que la simplicité du traitement et son prompt succès sont un signe dont on peut se servir pour la confirmation du diagnostic.

Toutes les femmes ont besoin des soins de propreté, mais toutes n'ont pas ce besoin au même degré. Il y en a qui ne sont propres qu'à la condition de se laver plusieurs fois par jour. Ce sont celles qui ont la peau brune et comme huileuse; on remarque aussi une sécrétion très-abondante des glandules des organes génitaux chez les femmes qui s'adonnent aux lectures obscènes et se complaisent dans les pensées érotiques.

Tous les frottements, la marche, l'équitation, l'excès de coït, la disproportion des organes génitaux, peuvent provoquer la vulvite : aussi ne vous hâtez pas trop de condamner ou d'absoudre un homme accusé de viol sur une petite fille; la simple disproportion des parties peut chez les enfants causer une sécrétion vulvaire abondante. La dentition a le même effet; aussi devez-vous vous tenir sur vos gardes et compter avec toutes ces causes d'erreur. La grossesse prédispose à la vulvite par la gêne qu'elle apporte à la circulation veineuse des organes génitaux.

Les applications de corps gras, que l'on conseille souvent contre la vulvite, conviennent peu aux membranes muqueuses. J'ai toujours vu les pommades produire une irritation de la vulve, et augmenter l'inflammation qu'elles étaient destinées à combattre.

La pommade mercurielle, par ses qualités spéciales, détermine dans cette région, plus vite que partout ailleurs, une éruption hydrargyrique.

De toutes les causes, la plus puissante est sans contredit l'habitude de la masturbation. Ce vice peut être porté chez les jeunes filles jusqu'à la folie. L'excitation des organes génitaux sans cesse renouvelée détermine une congestion de la membrane muqueuse vulvaire, et une hypersécrétion des glandes que l'insuffisance des soins de propreté aggrave encore.

Les liquides irritants, de quelque nature qu'ils soient, peuvent donner naissance à l'inflammation de la vulve. Aussi cette maladie coïncide-t-elle souvent avec les plaques muqueuses et les végétations qui sont le siége d'une sécrétion abondante.

(La suite au prochain numéro.)

HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE;

opération; fistule stercorale consécutive; guérison complète en un mois.

Par M. Touchard, docteur-médecin à Sillé-le-Guillaume (Sarthe).

Dans les derniers jours de novembre 1860, un vieillard de soixante-six ans vint me consulter pour une colique qu'il éprouvait depuis quelques heures. Cette colique avait débuté de la façon suivante : la veille, sous l'influence d'un effort violent fait pour soulever un fardeau assez lourd, le malade avait vu grossir une tumeur qu'il portait à la région inguinale droite; puis il avait ressenti quelques légères coliques, qui avaient disparu à peu près complétement la nuit, sous l'influence de deux selles diarrhéiques assez abondantes.

Ce léger malaise ne l'inquiéta point, et il se rendit le 30 novembre à une distance assez considérable de son domicile (huit lieues environ), pour y vaquer à ses occupations habituelles, lorsque vers midi il fut pris tout à coup d'une colique excessivement violente, qui ne le quitta point jusqu'à neuf heures du soir, heure à laquelle il vint me consulter.

Après avoir interrogé le malade, dont le facies indiquait la plus vive anxiété, j'examinai l'abdomen, que je trouvai légèrement ballonné, et à la région inguinale droite, en suivant le trajet de ce canal, je constatai la présence d'une tumeur oblongue du volume d'un gros œuf d'oie, douloureuse à la pression, mais sans changement dans la coloration de la peau.

Les antécédents m'apprirent que cet homme portait dans l'aine, depuis une dizaine d'années, une petite tumeur qui avait toujours été en grossissant, mais dont il ne s'était guère inquiété que depuis environ dix-huit mois. A son dire, cette tumeur ne serait jamais rentrée qu'une seule fois dans le ventre pendant une nuit, et encore en serait-elle ressortie le matin pour ne plus jamais se réduire, malgré des tentatives faites à cet effet par plusieurs médecins. Jamais le malade n'a porté le moindre bandage.

En présence de tels antécédents et de cette colique avec constipation opiniâtre, quoiqu'il n'y eût encore ni vomissements ni envie de vomir, je songeai à un étranglement herniaire consécutif à une inflammation, et après avoir tenté inutilement la réduction de la tumeur, je prescrivis des frictions belladonées suivies de cataplasmes répétés toutes les heures, en même temps que je fis administrer pendant la nuit trois lavements au sous-acétate de plomb.

Sous l'influence de ce traitement, la colique devint moins violente, mais la constipation fut toujours opiniâtre. Le ventre, surtout à sa partie inférieure, devint légèrement douloureux à la pression, et la tumeur continua d'être irréductible et douloureuse. Je conseillai alors dix sangsues sur la tumeur et des frictions mercurielles sur tout le ventre.

Ces moyens antiphlogistiques calmèrent beaucoup le malade, mais, malgré une potion à l'huile de ricin et quelques cuillerées de bouillon, je n'étais point parvenu à vaincre la constipation.

Pendant cinq jours les accidents firent peu de progrès : le pouls ne cessa pas d'être normal, le ventre était à peine ballonné et peu douloureux, le facies nullement grippé; mais la constipation était toujours opiniâtre, malgré les lavements que je fis administrer; à trois fois différentes le malade eut des vomissements, mais ils n'eurent jamais lieu qu'à la suite d'ingestion d'aliments ou de potions.

Enfin, le 7 décembre, pendant la nuit, les accidents devinrent plus tranchés : le facies se grippa légèrement, l'anxiété était extrême, le ventre devint très-tendu et très-ballonné, à tel point qu'on voyait à travers la paroi abdominale les circonvolutions intestinales parfaitement bien dessinées; des borborygmes existaient en très-grande abondance dans toute la masse intestinale; le malade enfin fut pris le matin de deux vomissements stercoraux et d'un peu de hoquet; devant de pareils accidents, le pouls cependant était resté normal. Il n'y avait plus dès lors à hésiter, la ligne de conduite à suivre me semblait bien tracée, et je priai mon confrère, M. le docteur Dugué, de vouloir bien m'assister dans l'opération que je devais pratiquer.

L'opération ne nous présenta aucune difficulté sérieuse, et ce fut à peine si le malade perdit une cuillerée de sang. Après avoir ouvert le sac, nous trouvâmes, au milieu d'une masse énorme d'épiploon, une anse intestinale parfaitement saine, excepté peut-être en un de ses points, du côté de sa concavité, où nous crûmes apercevoir un petit point noirâtre suspect. Lorsque nous eûmes, par des incisions multiples, suffisamment débridé le collet du sac, qui se présenta à nous comme une corde fibreuse très-dure et très-résistante, nous dûmes procéder à la réduction de la hernie.

L'épiploon était parfaitement sain; allions-nous dès lors le faire rentrer dans le ventre avec l'intestin, ou bien devions-nous le laisser dans la plaie et réduire seulement l'anse intestinale? Mon confrère M. le docteur Dugué, au jugement duquel j'accordais d'ailleurs la plus entière confiance, opina pour qu'on laissât l'épiploon dans la plaie et qu'on réduisît seulement l'intestin, me disant qu'il comptait quelques succès d'opérations de hernie étranglée, et que les insuccès qu'il avait obtenus étaient ceux où l'épiploon avait été rentré dans le ventre. Du reste, dans des cas semblables, M. Malgaigne ne professe pas une autre thérapeutique, et nous laissâmes l'épiploon dans la plaie.

Toutefois, je dois faire remarquer que comme une partie de l'épiploon adhérait assez fortement à la surface de l'intestin, nous fûmes obligé d'en rentrer un lambeau dans le ventre.

La réduction une fois opérée, nous fîmes un pansement simple, nous prescrivîmes de larges cataplasmes sur le ventre fréquemment répétés, la diète, et pour boisson une infusion légère de camomille.

L'opération était terminée à quatre heures du soir. A huit heures, le malade était dans l'état le plus satisfaisant possible; il n'avait pas trace de fièvre; il avait rendu beaucoup de gaz par le rectum, ce qu'il n'avait pu faire depuis le commencement de sa maladie. En un mot, tous les accidents du matin avaient complétement disparu.

Le 8 décembre, la nuit avait été très-bonne; il n'y avait pas trace de fièvre; le ventre n'était pas douloureux, c'est à peine s'il était légèrement ballonné. — Bouillon de poulet dans la journée, et un peu d'eau rougie.

Le 9, l'état du malade était toujours très-satisfaisant, et comme il n'avait point encore eu de garde-robe, je prescrivis un lavement légèrement laxatif, qui donna lieu à l'écoulement d'un peu de matières fécales; puis je conseillai pour aliments des bouillons et des soupes.

Le 11, le malade a été spontanément à la selle; son pouls était un peu plus agité que de coutume, et il a ressenti quelques légères coliques pendant la nuit. Ces accidents légers me furent expliqués, à la levée de l'appareil, par la présence de petits points gangréneux disséminés sur l'épiploon.

Le 14, même état local et général que les jours précédents. Ce jour-là, pour la première fois, je permets au malade de prendre quelques aliments solides, et on lui donne un peu de poulet rôti à manger.

Le 16, le malade se plaint d'avoir eu quelques coliques pendant la nuit, à la suite desquelles il a, dit-il, ressenti comme *un bouillonnement* dans la plaie, ce qui me fait redouter la présence d'une fistule stercorale. L'appétit, du reste, continue à être bon, et les selles sont normales.

Le 18, au moment où je venais de laver la plaie, sans que le malade ait ressenti la moindre colique, et à trois reprises différentes, je vois sortir du fond de la plaie un jet très-abondant de matières verdâtres dont l'odeur ne me laisse plus de doute sur l'existence d'une fistule stercorale. Il n'y a du reste pas de fièvre; l'appétit est augmenté, et le malade rend des matières fécales dures, mais en moins grande abondance que de coutume.

Le 21, M. le docteur Dugué voit le malade avec moi; son diagnostic n'est pas plus douteux que le mien sur la nature de la complication à laquelle nous avons affaire. Ce jour-là, en nettoyant la plaie, et au milieu de la masse épiploïque gangrenée et des matières fécales, nous trouvons un petit os, ou *plutôt une petite esquille* grosse comme une épingle et en ayant la forme. Nous pensons dès lors que cette portion d'os pourrait bien être la cause de la fistule. Nous cautérisons largement la plaie avec le crayon de nitrate d'argent, et par un bandage approprié nous cherchons à en rapprocher les bords.

Deuxième cautérisation le 23.

Le 25, il ne s'écoule plus aucunement de matière stercorale; la plaie tend à se cicatriser avec la plus grande rapidité. — Cautérisation nouvelle.

Enfin, le 13 janvier 1861, le malade vient me trouver chez moi, et me dit être guéri depuis déjà une huitaine de jours. A partir de ce moment il a repris ses occupations habituelles, et n'a pas éprouvé la moindre gêne de sa hernie, qui du reste est radicalement guérie.

Quelle a été la cause de cette fistule stercorale? Tel est, ce me semble, un des points les plus intéressants de cette observation. Je ne puis l'attribuer à ce petit point noirâtre suspect de l'intestin que nous trouvâmes lors de l'opération, car ce point existait sur la face concave de l'anse intestinale, et s'il eût donné lieu à une fistule, bien évidemment l'épanchement se fût fait dans le ventre et les accidents eussent été mortels. Il ne me semble guère plus rationnel de penser que la fistule a été causée par l'extension de la gangrène de l'épiploon resté dans la plaie à cette portion épiploïque qui adhérait à l'intestin rentré dans le ventre, car on ne pourrait guère comprendre que deux tissus aussi différents que l'épiploon et l'intestin pussent se gangrener par contiguïté. Peut-être cependant pourrait-on admettre que sous la partie de l'épiploon adhérent à la surface de l'intestin, il s'est formé un abcès qui aurait donné lieu à une ulcération de la surface intestinale, et par suite à la fistule. Toutefois il me paraît bien plus rationnel de penser que notre fistule stercorale a été due à la présence de la petite esquille que nous trouvâmes dans la plaie le 21 décembre : le malade, en effet, mangea pour la première fois du poulet le 14 décembre, et ce fut le 16 qu'il s'aperçut de ce *bouillonnement* dont j'ai parlé; enfin, lorsque ce petit corps étranger fut enlevé de la plaie, la guérison marcha avec une rapidité telle, que je ne pense pas pouvoir en attribuer le bénéfice exclusif aux trois cautérisations qui furent pratiquées avec le nitrate d'argent.

Quoi qu'il en soit, il ressort de cette observation un fait d'une haute importance pratique, qui vient confirmer ce que M. le docteur Amédée Joux écrivait le 26 janvier dans ce journal : « Que les opérations de hernies étranglées n'ont pas la gravité que les ouvrages classiques indiquent, à la condition toutefois que l'on opère promptement, et que l'on n'ait point fatigué les parties herniées par un taxis souvent inutile et quelquefois même dangereux. »

EMPOISONNEMENT PAR LES CHAMPIGNONS.

Trois cas de mort;

Par M. le Dr Mangin, de Lamarche (Vosges).

Quelques journaux politiques ont rapporté récemment un extrait d'un article du *Courrier des Vosges*, où il est question d'un nouveau cas d'empoisonnement par les champignons. C'est d'après une simple lettre que j'ai cru devoir adresser à ce sujet à M. le sous-préfet de l'arrondissement de Neufchâteau, que l'article a été rédigé, et qu'il m'a valu de la part de plusieurs confrères qui s'occupent de l'étude des champignons, des demandes de renseignements plus précis. Ce sujet est assez intéressant pour le corps médical tout entier, pour que j'aie cru devoir exposer ici les détails de ce fatal événement.

La famille O..., de Mont-lès-Lamarche, composée de six personnes, mange, le 9 août dernier, au souper, un plat de champignons recueillis par les enfants. Pendant la nuit suivante, une petite fille de trois ans vomit plusieurs fois; deux petits garçons, l'un de cinq ans, l'autre de sept ans, et une grande fille de dix-neuf ans, vomissent seulement le lendemain dans l'après-midi, et éprouvent des coliques avec du dévoiement. On croit à une simple indigestion. Le père, qui avait beaucoup mangé de ce plat, n'éprouva aucun accident, ni primitif ni secondaire. La mère n'avait fait que goûter la sauce, et cependant elle vomit aussi le lendemain matin.

Les journées du dimanche et du lundi se passent sans accidents.

Le mardi 13 août, *quatrième jour* après l'ingestion du poison, trois enfants éprouvent des douleurs vives dans la poitrine et le ventre; on craint une pneumonie et l'on vient le soir seulement me chercher. Le petit garçon de sept ans était déjà mort; celui de cinq ans était dans un état désespéré : résolution des membres, intelligence anéantie complétement, yeux à demi fermés, convulsés, hagards, ternes; pouls fréquent (100 à 110), faible; respiration embarrassée.

L..., la fille de dix-neuf ans, était à peu près dans le même état; elle était agitée de mouvements convulsifs alternant avec un état comateux. J'eus bien de la peine à lui faire comprendre quelques questions; elle m'accusa seulement un peu d'oppression à l'épigastre, le ventre n'était pas ballonné, le pouls était aussi très-fréquent et faible.

Que faire en pareil cas? Je cherchai à réveiller les forces vitales si déviées par du café noir bien chaud, par des sinapismes promenés aux extrémités, par des frictions sèches. Tout fut inutile : le petit garçon mourait à deux heures du matin, sans avoir bu une seule goutte de café; la fille prolongeait son agonie jusqu'à sept heures du matin, le lendemain.

Dans le premier moment du désespoir de la famille, je n'avais recueilli sur la nature des champignons mangés que des renseignements vagues, que j'ai complétés depuis.

Le plat presque en entier était composé d'un champignon appelé dans le pays jautrelle (chanterelle, *agaricus cantharellus*). Cette espèce croît en abondance dans nos forêts et se mange impunément.

Quatre autres champignons, connus dans le pays sous le nom de golmettes (*agaricus procerus* et *agaricus rubescens*), étaient mélangés aux chanterelles; trois avaient le chapeau grisâtre, le pédicule blanc entouré dans un point d'un anneau ou bague; le quatrième avait le *chapeau rougeâtre, tacheté de points blancs, verruqueux, avec un collier autour du pédicule*. N'était-ce pas là, nettement dessinée, l'*amanite, fausse oronge?* Ce champignon est redouté dans le pays : on lui donne le nom de fou! J'ai déjà été témoin deux fois d'accidents, peu graves d'ailleurs, causés par ce champignon, et réellement les individus qui en ont mangé ont des vertiges, des hallucinations, poussent des cris, en s'agitant comme des fous.

L'immunité dont a joui le père de cette malheureuse famille, ne peut s'expliquer que par le hasard des portions. La petite fille de trois ans a dû son salut aux vomissements qui ont suivi de près l'ingestion du poison.

Les trois enfants morts n'ont vomi et eu des selles que dix-huit heures au moins après le repas : le poison a eu le temps d'être digéré et absorbé.

Mais le fait capital et inouï sans doute qui ressort de cette observation, c'est que les symptômes de l'empoisonnement proprement dit ne se sont déclarés que le quatrième jour après l'ingestion du poison.

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE APRÈS LA MORT.

Par M. le docteur OTTERBOURG.

Dans la discussion qui a eu lieu récemment à l'Académie sur l'opération césarienne après la mort, on s'est occupé principalement de cette matière au point de vue judiciaire et religieux. Je désire aujourd'hui m'occuper de cette question exclusivement au point de vue pratique, qui me parait le plus important.

Je pose en principe : Dans le cas de mort des femmes enceintes, l'opération césarienne ne doit être pratiquée que très-exceptionnellement, la délivrance d'un enfant viable devant se faire presque toujours par les voies naturelles.

Toute opération, toute tentative faite par les voies naturelles, aura l'immense avantage d'être acceptée sans difficulté par les familles, puisque nous ne sortons pas des règles usitées pour l'accouchement.

Par les voies naturelles, nous ne perdons pas un instant pour procéder à l'extraction de l'enfant, et *par conséquent lui conserver la vie*. Nous n'avons pas besoin de temporiser, afin de nous assurer de la mort réelle ou apparente de la mère, *puisque l'indication formelle est d'agir de suite*.

La délivrance par les voies naturelles faite avec la prudence et les ménagements usités en pareil cas, au lieu d'être un procédé dangereux, peut devenir un moyen de sauver la mère aussi bien que l'enfant. En agissant ainsi, il n'existe plus de difficulté religieuse. La dilatation de l'orifice utérin est presque toujours possible en procédant doucement et graduellement; chez les primipares, par suite du peu d'épaisseur des parois, et chez les multipares, à cause de la facilité de la dilatation du col, principalement dans les derniers mois de la gestation. Enfin, la dilatation artificielle est encore mieux indiquée quand le travail est commencé.

Je désire appeler toute votre attention sur la manœuvre suivante : La femme couchée sur le côté gauche, la jambe droite relevée, le genou ployé, le dos tourné du côté de l'accoucheur, on introduit la main droite, les doigts disposés en cône, par de petits mouvements de rotation, en commençant par deux doigts, puis trois, et enfin les cinq doigts. On assouplit ainsi peu à peu les tissus d'une manière lente et graduelle, jusqu'à la dilatation complète du col. Si elle est trop longue ou trop difficile à obtenir, par suite de la trop grande rigidité des tissus, on fait des incisions multiples sur les bords de l'orifice. Une fois la dilatation obtenue, on remet la femme sur le dos pour procéder à l'application du forceps, qui, comme vous le savez, a sur la version le double avantage : 1° d'une innocuité complète; 2° d'une grande rapidité d'exécution.

Il est bien entendu qu'il faut avoir constamment recours à l'auscultation des bruits du cœur du fœtus; mais ni leur affaiblissement ni même l'impossibilité de les percevoir ne doit nous arrêter. Nous devons agir, à moins qu'il ne soit rigoureusement constaté que la mère a cessé de vivre depuis une heure ou deux.

Permettez-moi maintenant de vous communiquer quelques faits de ma pratique obstétricale; j'espère qu'ils pourront être utiles aux praticiens qui se trouveront dans ces circonstances graves, où ils auront besoin de tout leur sang-froid et de tout leur savoir.

OBS. I. — Mme X..., âgée de vingt-deux ans, dont j'avais soigné l'enfance, arriva au terme d'une grossesse régulière, sans accidents autres que ceux que l'on observe journellement. Les premières douleurs se manifestèrent vers cinq heures du matin, d'abord lentement, après des intervalles assez longs, puis avec plus d'intensité, mais avec une grande régularité. La jeune femme n'offrit ni excitation ni abattement; elle était calme et résignée.

Vers neuf heures, un léger vomissement survint qui aida la dilatation, sans la produire complètement. La poche des eaux se rompit spontanément, laissant écouler peu de liquide, et sans changer ni entraver la marche régulière du travail. La tête se présentait dans la position occipito-iliaque gauche antérieure (première position).

Vers midi, tout à coup, tandis que j'étais assis en face du lit de la malade, sans intervention aucune, elle fut prise pendant une douleur modérée d'une attaque d'éclampsie apoplectique (apoplexie puerpérale. En vain j'employai tout ce que la science enseigne en pareil cas : frictions, lotions, stimulants, et deux saignées du bras sans résultat. Cette mort instantanée était le résultat d'une attaque unique, sans signes précurseurs, au milieu du calme le plus parfait. L'auscultation faite à plusieurs reprises, m'ayant démontré que les battements du cœur du fœtus s'affaiblissaient, je complétai la dilatation du col avec les mêmes précautions que si la mère fût vivante; j'appliquai le forceps et j'amenai un enfant du sexe masculin, qui, d'abord dans un état d'asphyxie, finit par revenir à la vie, grâce à mes soins. Cet enfant me rappelle un souvenir plein de tristesse, et un sujet de satisfaction morale pour notre art, car je peux dire que sans mon intervention il n'existerait pas aujourd'hui.

OBS. II. — Une sage-femme allemande, assistée par M. le docteur Frogé, avait passé un jour et une nuit auprès d'une femme de trente ns, d'une santé débile; elle était épuisée par une hémorrhagie contre laquelle tous les moyens employés (ergotine, ratanhia, tamponnements) restèrent impuissants. Elle s'affaiblissait de plus en plus, et pendant qu'on venait me chercher, elle avait, dit-on, rendu le dernier soupir. Cette femme était à la dernière quinzaine d'une grossesse régulière; l'enfant donnait tous les signes de la vie fœtale et remuait encore quelques heures avant.

Je trouvai la femme dans une situation telle que l'idée d'une mort apparente ne me vint pas à la pensée, pas plus qu'à mon confrère. La femme avait la pupille fixe; pas de pulsations perceptibles à la radiale; l'auscultation de la poitrine ne donnait que des signes négatifs, et il y avait de l'écume à la bouche.

L'auscultation me donna la certitude que l'enfant vivait. J'appliquai facilement le forceps, et jugez de notre surprise en voyant à la première traction la femme commencer à mouvoir ses bras et ses ambes. Son visage se colora; elle vomit, et me força par ses mouvements incoercibles de retirer mon instrument. Cette femme revint complètement à elle, et après l'emploi des toniques elle accoucha d'une fille, qui est actuellement vivante et en bonne santé.

Un cas remarquable de mort apparente, suivie d'opération césarienne, a été observé dans la haute Silésie. Après la première incision, la femme poussa des cris, mais trop tard, et la justice crut devoi examiner cet accident.

Ces deux faits sont seuls tout un enseignement. Si nous avions cru dans le premier cas devoir pratiquer l'opération césarienne, eussions-nous sauvé l'enfant? Il est au moins permis d'en douter, en pensant au temps que nous aurions dû perdre pour nous soumettre aux exigences de toutes sortes et sans espoir de rappeler la mère à la vie.

Le second fait est bien digne d'intérêt, au point de vue de la mort apparente. Pour nous, la femme était morte, l'emploi du bistouri n'eût certes pas été aussi inoffensif que celui du forceps, dont l'application a rappelé cette femme à la vie, en stimulant le système nerveux et produisant une perturbation qui fit cesser la syncope.

Je n'ai pas la pensée de vous imposer ma manière de voir et de faire; mais j'ai l'espoir d'être utile aux praticiens, en faisant connaître ces deux faits, qui prouvent qu'il faut toujours tenter l'accouchement *post mortem* par les voies naturelles, et ne pratiquer l'opération césarienne qu'exceptionnellement, lorsque tous les autres moyens ont échoué.

L'opération césarienne *post mortem* peut se faire plus souvent dans les grands centres de population, où il existe des hôpitaux, des cliniques, des médecins très-capables, pouvant se réunir sans retard et s'éclairer mutuellement; la méprise, dans ces cas, sera rare. Mais il en est autrement à la campagne, dans les localités où l'on manque des ressources que je viens d'indiquer; laisser à l'inexpérience, à la témérité, l'appréciation de la mort réelle ou apparente, serait, suivant moi, très-grave. Il est donc de la plus haute importance d'établir le principe de l'accouchement *post mortem* par les voies naturelles.

SUR L'INTRODUCTION ACCIDENTELLE
de l'air dans les veines,

Par M. le docteur A. MERCIER.

La *Gazette des Hôpitaux* a publié, dans le numéro du 5 septembre, l'analyse d'un travail de M. Rey, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon, dans lequel l'auteur est amené, par suite d'expériences *sur les chevaux*, à penser que les craintes relativement à l'introduction de l'air dans les veines sont peut-être exagérées, au moins pour ce qui est *des animaux*.

Je regrette de le dire; mais la remarque que M. Rey a faite sur les chevaux n'est pas nouvelle, et l'application de cette remarque aux animaux, en général, manque d'exactitude.

J'ai publié en 1837, page 481 de la *Gazette médicale de Paris*, un mémoire sur l'introduction de l'air dans les veines, dans lequel j'expose une nouvelle théorie de la mort qu'elle détermine, théorie que j'ai résumée en 1838, page 236 du même journal, dans les propositions suivantes :

« L'air arrivé dans les cavités droites du cœur empêche le sang de passer dans les cavités gauches :

» 1° Par sa *compressibilité* et son *élasticité*, qui annihilent en partie la force de contraction du cœur;

» 2° Par son *reflux* de l'oreillette dans les veines voisines et du ventricule dans l'oreillette;

» 3° Par son *mélange avec le sang*; car en vertu de cette loi de physique qui établit que le mélange d'un gaz avec un liquide rend très-difficile le passage de celui-ci dans les tubes très-fins, le fluide nourricier ne traverse qu'avec peine les capillaires des poumons. »

Après avoir exposé cette théorie, j'ai ajouté :

« Je serais tenté de croire que la rapidité avec laquelle l'air passe dans les cavités gauches du cœur, dépend du calibre des capillaires, *proportionnel* peut-être au volume de l'animal. A moins qu'on n'admette quelques inexactitudes de la part de ceux qui ont recueilli des observations sur l'homme, il me semble qu'en comparant ces dernières avec ce que j'ai vu sur des chiens de moyenne grosseur, on a trouvé plus souvent de l'air dans le système à sang rouge du premier que dans celui des seconds. Peut-être même est-ce à la facilité que l'air aurait de passer à travers les poumons du cheval qu'est due, au moins en partie, la possibilité d'injecter impunément d'assez grandes quantité d'air dans les veines de cet animal. » (*Gazette médicale de Paris*, 1837, p. 486.)

On voit, par l'insistance que j'y mets, que cette supposition était, dans mon esprit, bien près de la conviction. Or, comment ma conviction ne serait-elle pas complète, aujourd'hui que je lis les phrases suivantes dans le travail même de M. Rey?

« Nous observons que l'air insufflé revient surtout par la partie supérieure de la veine, et rarement ou très-peu par le tube introduit dans la plaie. Le sens dans lequel a lieu la circulation veineuse ne permet pas ce reflux de la poitrine vers la partie supérieure de l'encolure. » (*Gazette médicale de Lyon*, 1861, page 80.)

On n'a jamais rien noté de pareil sur les animaux de plus petite taille. Toutefois, bien que l'air passe plus difficilement chez eux des cavités droites dans les cavités gauches, il peut cependant passer, et, sur cette possibilité, j'ai basé un moyen de prévenir la mort, dont ma publication de 1838 fournit un remarquable spécimen. Mais je suis obligé de convenir qu'il est fort heureux que les grands animaux puissent s'en passer; car il s'agit de la compression de l'aorte abdominale, dont ce n'est pas le lieu de parler.

UN MOT
sur le traitement des hémorrhagies puerpérales.

Par M. le docteur J. PICARD.

Le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 13 août renferme une observation intéressante portant pour titre : *De l'efficacité des injections utérines dans les cas d'hémorrhagie puerpérale et d'inertie de la matrice.*

Ce cas m'en rappelle trois tout à fait analogues que j'ai eu l'occasion d'observer dans le courant de l'année dernière, et où j'ai eu le bonheur de sauver la mère et l'enfant.

Je ne rapporterai pas les observations en détail; elles peuvent se résumer ainsi :

Insertion du placenta dans le voisinage du col; inertie de la matrice; hémorrhagies effrayantes durant depuis plusieurs jours; syncopes, etc.

La conduite que j'ai suivie a été la suivante : Bien que l'orifice du col ne fût pas encore bien dilaté, à peine comme une pièce de cinq francs, j'ai immédiatement pratiqué la version et l'extraction du fœtus.

Chez deux de ces femmes, l'hémorrhagie s'est arrêtée immédiatement après la délivrance; chez la troisième, elle a encore continué très-abondante, pour céder aux injections d'une solution de perchlorure de fer et au seigle ergoté.

Loin de moi la pensée de blâmer la manière d'agir de notre confrère, car pour bien juger un cas pathologique il faut l'avoir vu de ses propres yeux; mais je crois que dans des cas semblables, où l'existence des malades peut dépendre quelquefois de quelques gouttes de sang de plus, il importe de terminer l'accouchement par la version, au lieu de l'abandonner à la *force médicatrice*, même secondée du seigle ergoté et des douches utérines.

DU TATOUAGE DES LÈVRES
après les opérations de chéiloplastie,

Par M. le Dr SCHUH.

Il y a deux ans, M. Schuh fit une chéiloplastie chez une jeune fille qui avait perdu la moitié du nez, le vomer et les deux lèvres. Il prit des lambeaux, pour la lèvre inférieure, au cou et au niveau de la mâchoire inférieure; pour le nez, au front; enfin la lèvre supérieure fut reconstituée d'après la méthode italienne. Ces diverses opérations réussirent, mais la lèvre supérieure, dont le bord libre était formé par la peau et ne présentait pas la coloration rosée naturelle, donnait à la physionomie un aspect singulier. M. Schuh essaya de remédier à cet inconvénient à l'aide du tatouage. Il employa d'abord la cochenille, mais il n'obtint ainsi qu'une teinte rosée très-pâle. En la remplaçant par le cinabre, on put au contraire donner à la lèvre une coloration tout à fait naturelle.

Voici comment M. Schuh recommande d'exécuter cette opération : on mêle le cinabre d'une quantité suffisante d'eau pour en faire une pâte molle, et l'on dessine à l'encre les contours de la surface qui doit être colorée en rouge. Pour faire pénétrer la matière colorante dans la peau, on se sert d'un faisceau de dix à vingt épingles très-pointues et entourées d'un fil ciré depuis la tête jusqu'à une distance de 4 lignes de la pointe. On les charge ensuite de cinabre, et on les enfonce à plusieurs reprises dans la lèvre, à 2 ou 3 lignes de profondeur, en ayant soin de commencer par la ligne marquée à l'encre, et de remplacer le cinabre à mesure qu'il est usé.

Le tatouage ne donne lieu qu'à un très-léger suintement sanguin; il est à peine douloureux, grâce à l'affaiblissement de la sensibilité dans les lambeaux autoplastiques. On laisse en place

jusqu'au lendemain le cinabre qui reste à la surface de la peau. Lorsque la coloration est moins vive dans quelques points que dans d'autres, il est facile de remédier à cette imperfection.

Chez la malade de M. Schuh, la lèvre n'avait pas pâli au bout d'un an et demi; reste à savoir si la coloration artificielle obtenue par ce procédé sera permanente. *(Gaz. hebd.)*

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 septembre 1861. — Présidence de M. DUHAMEL, vice-président.

Glycosurie. — M. MARIANO SEMMOLA lit un mémoire sur la pathogénie et la thérapeutique du diabète.

Il y a précisément six ans, dit-il, j'eus l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie des sciences un mémoire sur la glycogénie morbide, dans lequel j'arrivais à ces conclusions :

1° Que la glycosurie peut avoir lieu à la suite de deux conditions, c'est-à-dire ou de l'exagération dans l'activité glycogénique du foie, ou du défaut de l'action oxydante de la respiration;

2° Que la durée de la glycosurie et la quantité du sucre constituaient une évaluation assez exacte des deux origines différentes du débordement glycosique ;

3° Que le mécanisme du diabète appartenait à la première cause, tandis que le plus grand nombre des autres glycosuries signalées jusqu'ici dans l'histoire de plusieurs maladies, reconnaissaient leur source dans les altérations respiratoires.

Ayant continué mes recherches depuis cette époque sous le double rapport de la théorie et de la clinique, je me fais un devoir de les présenter à l'Académie, formulées dans les conclusions suivantes :

1° La glycosurie a lieu dans certaines maladies de la poitrine, seulement à la suite de graves troubles dans la respiration, développés brusquement. La durée de cette glycosurie est très-courte. Les dyspnées lentes ne donnent pas lieu à la glycosurie. Ces conditions expliquent les dissidences nombreuses existant entre les différents observateurs.

2° La glycosurie, dans le cours des affections du foie d'une nature quelconque, est fort douteuse. Je ne l'ai jamais pu constater rigoureusement.

3° Les glycosuries signalées dans les maladies de l'estomac ou des ganglions lymphatiques du mésentère se rencontrent assez souvent, mais elles tirent toujours leur origine des substances féculentes et sucrées de l'alimentation et des troubles existant dans l'absorption à la suite de ces maladies. Une alimentation purement azotée les fait disparaître.

4° La glycosurie qui accompagne souvent les maladies du système nerveux constitue une double série de faits. La première, celle qui survient à la suite des maladies convulsives (épilepsie, hystérie, etc.), doit reconnaître son origine dans les troubles que ces névroses produisent sur la respiration, parce qu'elle est passagère, de très-courte durée (même quand les spasmes persistent), et arrive seulement quand ces accès convulsifs ont impliqué une gêne plus ou moins considérable dans les fonctions des poumons. La seconde espèce de glycosurie, celle qui coïncide avec les maladies nerveuses cérébrales plus ou moins organiques (les ramollissements exceptés), doit être regardée comme l'effet d'une excitation glycogénique produite sur le quatrième ventricule, parce qu'elle est durable tant que la maladie cérébrale persiste, et qu'elle se développe en raison directe des rapports de voisinage ou de fonctions entre la lésion cérébrale et les origines du pneumogastrique.

5° Les altérations du foie et des poumons ne sont jamais le point de départ du vrai diabète.

6° Une congestion plus ou moins manifeste du plancher du quatrième ventricule est la condition anatomo-pathologique que j'ai constamment observée dans les diabétiques. Cela me paraît prouver irrésistiblement que la glycosurie diabétique a son point de départ dans les excitations glycogéniques provenant du cerveau.

7° L'action de l'électricité sur le diabète donnerait lieu de penser que bien avant le développement de la congestion, la maladie avait déjà débuté par une névrose essentielle (excepté dans le cas des diabètes traumatiques), et qu'ainsi il y aurait dans le diabète une première période purement nerveuse, qui devrait offrir des chances fort probables de guérison.

8° On ne peut se faire une idée assez exacte du degré d'influence exercée par la congestion secondaire sur l'excitation nerveuse glycogénique primitive ; le mécanisme même de cette influence nous échappe jusqu'à présent.

9° Il est possible que des lésions anatomiques autres que la simple congestion, causent l'excitation glycogénique, mais cela ne semble pas encore bien prouvé.

10° Tous les symptômes de diabète ne sont que des troubles nerveux. La soif, la polyurie, la faim et l'albuminurie même, représentent des perversions ou des exagérations fonctionnelles isolées l'une de l'autre et chacune dépendante de l'envahissement morbide successif de différents points du système nerveux central.

11° L'amaigrissement des diabétiques à une certaine époque de la maladie, est aussi un symptôme nerveux.

12° La faiblesse des jambes, les troubles des organes des sens, l'accablement de l'intelligence, ne peuvent laisser aucun doute sur leur origine cérébrale.

13° Quand les diabétiques ne sont pas emportés par la tuberculisation, ce sont ordinairement des crises nerveuses qui produisent la mort. Je signalerai, entre autres terminaisons, les violents accès d'épilepsie et une grave dyspnée (cette dernière survenue en conséquence d'une apoplexie du pont de Varole), altérations qui ne me semblent pas avoir été mentionnées jusqu'ici par d'autres observateurs.

14° Les causes capables de produire le diabète sont en première ligne les causes morales, et surtout les chagrins et la frayeur.

15° L'électrisation du pneumo-gastrique par un courant direct et intermittent assez énergique, produit constamment une diminution considérable dans la quantité du sucre éliminé par les diabétiques, et quelquefois même une diminution sensible dans la quantité des urines.

16° Les effets de l'électrisation sont passagers et d'ordinaire ne durent que de cinq à dix heures. Ils sont proportionnés à la période plus ou moins avancée de la maladie.

17° On peut cependant rencontrer des cas dans lesquels les effets de l'électrisation sont durables et représentent une véritable guérison. J'en compte un seul exemple chez une jeune fille de dix-sept ans, devenue en même temps diabétique et amaurotique à la suite d'une frayeur : l'électrisation fut pratiquée le lendemain du début des symptômes.

18° L'électrisation du pneumo-gastrique doit être regardée dans le diabète comme un agent thérapeutique très-remarquable et en même temps comme un moyen de grande valeur pour aider le diagnostic. La durée de son influence sur le degré de la glycosurie peut faire apprécier jusqu'à quel point on a affaire avec une névrose idiopathique ou avec une névrose symptomatique d'une lésion cérébrale.

19° Quand l'électro-thérapie, après son application d'essai, prouve que des désordres matériels ont déjà succédé à la névrose, il est nécessaire d'en suspendre pour le moment l'application et d'y revenir tous les dix jours pour juger de l'amélioration opérée sous l'action des méthodes résolvantes et déterminer le moment favorable pour recommencer cette médication électrique comme base du traitement.

20° Pendant la suspension de l'électro-thérapie, rien de mieux, selon moi, que l'emploi des sudations par l'enveloppement dans un drap mouillé, suivies de douches en pluie et de gymnastique, le malade prenant en même temps de hautes doses d'huile de foie de morue. Cette méthode, à la fois révulsive et tonique, met souvent les malades dans le cas de pouvoir commencer avec succès l'électro-thérapie.

21° Quand l'électro-thérapie trouve son à propos, je conseille d'employer en même temps des douches seulement d'eau froide et des doses croissantes depuis 0,005 jusqu'à 0,03 par jour de sulfate de strychnine. Je l'ai toujours vue parfaitement supportée et amenant une amélioration assez saisissante pour que je ne craigne pas d'appeler sérieusement l'attention des praticiens sur cette thérapeutique, qui n'a été, que je sache, proposée jusqu'ici par personne. (Commissaires : MM. Pelouze, Rayer et Bernard.)

Action physiologique et thérapeutique de la drosera. — M. E. CURIE soumet à l'Académie le premier résultat des recherches qu'il compte poursuivre sur l'action physiologique et thérapeutique de la *drosera*, action déjà entrevue au dix-huitième siècle, et qu'il résume ainsi :

1° Administrée à des chats pendant un temps prolongé, cette plante a déterminé chez les deux animaux soumis à l'expérience la formation de tubercules pulmonaires et le développement anormal de diverses parties du système lymphatique (ganglions lymphatiques, plaques de Peyer, vésicules closes, acinis de la rate, etc.).

2° Administrée à la dose de 4 à 20 gouttes d'alcoolature à des malades atteints de tubercules, elle m'a paru constituer un puissant remède et guérir la maladie d'une manière presque constante toutes les fois que l'état général était favorable, confirmant ainsi pour ce cas particulier la vérité de la loi des semblables en thérapeutique. (Commissaires : MM. Serres, Andral, Rayer.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Houzé, de Bruxelles, qui depuis dix ans prodigue gratuitement ses soins à la Société française de bienfaisance de cette ville, a été nommé chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur.

— M. le professeur Royer, de Liége, vient d'obtenir de S. M. le roi d'Italie la décoration de chevalier de l'ordre des SS. Maurice et Lazare.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Corbet, ancien professeur à l'école de médecine de Besançon et chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Jacques.

— La Faculté de médecine de l'université de Liége vient de faire une nouvelle perte. M. Simon, professeur d'accouchements et praticien du plus grand mérite, a succombé dans cette ville après une longue maladie.

— La Société de pharmacie d'Anvers avait décidé qu'une statue serait érigée en l'honneur de Pierre Coudenberg, pharmacien et botaniste célèbre du seizième siècle. Notre savant confrère M. Broeckx, dont les travaux remarquables ont pour but de faire ressortir nos gloires nationales, avait pris l'initiative de cette manifestation.

D'après l'avis favorable de l'Académie royale de médecine de Belgique, le gouvernement a accordé un subside de 1,000 francs à la Société de pharmacie d'Anvers, pour l'aider à réaliser son œuvre. *(Presse médicale belge).*

— La Société médicale du Panthéon se réunira demain 11 septembre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Panthéon, sous la présidence de M. le docteur Rougon.

Ordre du jour : 1° Communication sur des causes fréquentes et peu connues qui arrêtent la tête de l'enfant dans les derniers temps du travail de l'accouchement, par M. le docteur Mattei ;

2° Constitution d'une commission dite des *épidémies*, publiant tous les mois un bulletin de la constitution épidémique, par M. le docteur Coffin ;

3° La science de Lavater appliquée aux végétaux, par M. F. Pléc.

Une belle collection de la *Gazette* depuis son origine (1828), reliée, et les années 1834, 1835, 1836, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1850, 1855, sont à vendre au bureau du journal.

Traité pratique des affections nerveuses et chloro-anémiques considérées dans les rapports qu'elles ont entre elles; par M. le docteur MORDRET, deux fois lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. 1 vol. in-8° de 496 pages. Prix : 6 fr. *franco*. Paris, 1861. Chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 107. — JEUDI 12 SEPTEMBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 107. — JEUDI 12 SEPTEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. — Six mois. . 16 » — Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 11 septembre 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un sentiment de susceptibilité légitime, mais un peu exagéré peut-être, a rappelé hier M. Leblanc et M. Renault à la tribune pour protester en leur nom et au nom de leurs collègues de la section de médecine vétérinaire, contre les paroles prononcées par M. Bouillaud dans la dernière séance. Après les explications loyales données par l'honorable professeur, l'incident a été vidé, en ce qui le concernait. Mais restait la dernière argumentation de M. J. Guérin, dont M. Renault a tenu sans doute à atténuer sinon à détruire l'effet.

Nous ignorons si M. Bouley, absent depuis plusieurs séances, usera du droit, que lui donne sa qualité de rapporteur, de résumer la discussion. En tout cas, le dernier discours de M. Renault peut parfaitement passer pour un résumé. C'est, en effet, une revue rapide de tous les arguments que ses collègues et lui ont déjà opposés aux observations de M. Guérin. Nous pouvons donc considérer dès à présent la discussion comme terminée, et nous demander ce qui en est ressorti.

On n'a pas oublié son point de départ. Témoin d'une petite épizootie dans laquelle il avait vu dans une même écurie, par conséquent dans des conditions d'hygiène parfaitement identiques, à la suite de plusieurs cas de morve mortels, se produire sur un plus grand nombre de sujets, des phénomènes morbides plus ou moins semblables, n'en différant seulement que par l'intensité, et tous terminés par la guérison, M. Guérin, rapprochant dans sa pensée ces faits de ce que l'histoire de presque toutes les épidémies et des maladies virulentes présente d'analogue, en a pris l'occasion de demander aux vétérinaires de l'Académie s'ils ne reconnaissaient pas dans la morve des degrés d'intensité et des degrés corrélatifs de curabilité. On sait à peu près maintenant la réponse univoque qui a été faite par les vétérinaires de l'Académie à cette question, et les fins de non-recevoir qui ont été opposées.

Eh bien, nous n'hésitons pas à le dire encore aujourd'hui : après les savantes et compendieuses argumentations que nous avons entendues, même après la lecture du dernier discours de M. Reynal, l'un des meilleurs assurément, des plus riches en faits et des plus serrés en logique, et après l'audition du résumé de M. Renault, nous ne sommes nullement convaincu, et nous persistons à penser que les observations de M. Guérin sont encore fondées. Nous étions porté à le penser dès le début de la discussion, parce que M. Guérin invoquait à l'appui de son opinion des principes de pathologie générale d'une incontestable vérité, et des analogies que tout tendait à rendre probables ; parce qu'il nous répugnait d'admettre que la morve fût une maladie si dissemblable à toutes les autres, qu'elle n'eût ni prodromes, ni évolutions fixes, ni accroissement, ni déclin ; qu'elle atteignît en quelque sorte de prime abord et à son début même, son summum d'intensité, et qu'elle n'eût en quelque sorte d'autre caractère constant, invariable, que son incurabilité même.

Assurément nous ne pouvions avoir l'outrecuidante prétention de contrôler ni même de suspecter l'exactitude des descriptions et des détails nosologiques donnés par les vétérinaires. Mais il nous était bien permis de nous demander si, dans leur détermination diagnostique de la morve, cette maladie où, de leur aveu, les symptômes extérieurs sont souvent si peu en rapport avec l'étendue des lésions intérieures, ils n'établissaient pas des lignes de démarcation un peu trop arbitraires ; si en prenant l'incurabilité comme *criterium* de la nature de la morve, et déniant en conséquence le caractère morveux à toute maladie qui guérit, ils n'encouraient pas quelque peu le reproche de pétition de principe. Et il nous a paru que sur ce terrain de la logique médicale, comme sur celui de l'analogie pathologique, il pourrait bien se faire qu'ils ne fussent pas pleinement dans la vérité.

Nous trouvions en outre dans le souvenir de ce qui se passe journellement en médecine humaine, des raisons de penser que les conditions spéciales d'observation dans lesquelles se trouvent placés les professeurs de l'École d'Alfort, pourraient peut-être bien influer un peu sur l'idée qu'ils se sont faite de la morve. Ne sait-on pas que la pratique nosocomiale et la pratique civile sont loin d'offrir toujours les faits sous le même aspect, et que telle affection qui ne se présente habituellement au médecin d'hôpital que sous la forme la plus grave, parce que les malades n'arrivent le plus souvent auprès de lui qu'à une période déjà avancée de la maladie ou dans des conditions générales qui en aggravent notablement le caractère, se présente souvent dans la pratique civile dans des conditions de bénignité relativement beaucoup plus grandes, et permet au médecin un pronostic et des chances de curabilité plus favorables ? Mais c'est surtout pour la connaissance des maladies épidémiques que la pratique nosocomiale exclusive, et qui ne serait pas éclairée par les faits de la pratique civile, serait insuffisante et sujette aux plus graves erreurs.

Mais laissons des analogies et des rapprochements qu'on pourrait récuser. Nous ne voulons prendre les plus sérieux motifs de notre opinion que dans le texte même de la discussion. Les vétérinaires sont-ils au fond aussi éloignés qu'ils paraissent l'être, d'admettre des degrés divers d'intensité dans la morve, et de reconnaître — sauf la dénomination — des morves ébauchées? Écoutons plutôt ce que dit M. Renault, et cela pas plus tard qu'hier : « Je ne suis pas partisan absolu de l'incurabilité de la morve, dit-il ; je pense que la morve déclarée est incurable, ou du moins que les exemples de guérison sont d'une rareté extrême ; mais quand il n'y a encore que du jetage et du glandage sans ulcérations, quand on peut soustraire les chevaux malades aux mauvaises conditions hygiéniques, il faut tenter la guérison. » Mais qu'est-ce que ces cas de jetage et de glandage sans ulcérations, si ce n'est justement la morve ébauchée de M. Guérin ? et, sauf la proportion peut-être des cas reconnus curables, où est au fond la différence? C'est là, à notre avis, une concession, et une concession considérable faite à l'opinion de M. Guérin. Nous ignorons si M. Bouley l'eût faite, mais venue de M. Renault, qui a commencé par déclarer qu'il partageait pleinement et sur tous les points la manière de voir de ses collègues d'Alfort, elle est, comme on le voit, assez significative.

Il nous resterait, pour justifier plus complétement nos appréciations sur ce sujet, à entrer dans quelques considérations sur le point de vue étiologique de la morve, point de vue d'une importance capitale dans la question et qui a été le sujet d'une dissidence si profonde et d'un si fâcheux malentendu entre M. Bouillaud et les vétérinaires. Mais ces considérations, si abrégées qu'elles fussent, nous entraîneraient trop loin aujourd'hui. Nous y reviendrons si la discussion continue.

Quoi qu'il en soit, au point où en sont restées les choses, nous nous croyons fondé à répéter que l'intervention de M. Guérin dans cette discussion aura été utile, indépendamment de tout ce qu'elle nous a donné l'occasion d'apprendre de la bouche des savants membres de la section vétérinaire, en présentant sous un nouveau jour un point jusqu'alors obscur et douteux de l'histoire de la morve, et en mettant les vétérinaires en demeure de soumettre ses vues au contrôle d'une étude nouvelle. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. Alph. Guérin.

Cours sur les maladies des organes génitaux de la femme. — De la vulvite (1).

Le diagnostic de la vulvite est ordinairement facile. La rougeur de la membrane muqueuse vulvaire, dans la forme érythémateuse, ne peut guère être confondue qu'avec la couleur d'un rouge violacé qui caractérise la vulve des femmes enceintes. En se rappelant tous les signes de la grossesse, on ne sera pas longtemps dans le doute.

L'inflammation simple de la vulve ne peut pas être confondue avec les chancres bien caractérisés ; mais rien n'est plus difficile que de distinguer la vulvite ulcérée de l'exulcération chancreuse. Cette espèce de chancre donnant le plus ordinairement lieu aux accidents d'infection constitutionnelle, il est important que l'on puisse se prononcer au début de la maladie : les membranes ulcérées conservent leur mollesse normale, quand l'ulcération provient d'une simple inflammation ; quand l'ulcération est chancreuse, quelque superficielle qu'elle soit, ses bords et le fond sur lequel elle repose ont bien vite une consistance qui n'est pas encore de l'induration, mais qui, avant de devenir parcheminé, est déjà suffisante pour leur donner une roideur que l'on ne retrouve pas dans les tissus simplement enflammés. Si ces caractères n'étaient pas suffisamment tranchés, on serait réduit à attendre pour se prononcer, dans le cas où l'on ne pourrait pas remonter à la source du mal, en examinant l'individu avec lequel la malade a eu des relations.

Pour que la vulvite simple détermine une ulcération, il faut qu'elle ait une intensité exceptionnelle. Toutes les fois que la vulve est ulcérée sans que les tissus voisins soient le siége d'une vive inflammation, il est permis de soupçonner une affection syphilitique. Dans ce cas, les ganglions inguinaux éclaireront le diagnostic. Il y a de grandes probabilités pour qu'ils soient douloureux, s'il n'y a qu'une vulvite ulcérée ; ils ne tarderont pas à s'indurer sans causer de douleur, si l'ulcération est destinée à devenir un chancre infectant.

Les chancres mous se distinguent facilement de la vulvite. Leur fond grisâtre, leurs bords inégaux, leur multiplicité, tout en eux diffère de l'ulcération, qui est due à l'intensité d'une inflammation simple.

Les plaques muqueuses, quand elles ne font pas encore saillie sur la membrane muqueuse de la vulve, peuvent en imposer pour une vulvite. Mais avec un peu d'attention, on reconnaîtra bien vite la nature des ulcérations. Lorsqu'elles ont disparu, elles laissent sur les tissus qu'elles ont affectés une rougeur qu'un médecin inexpérimenté pourrait confondre avec la couleur des tissus enflammés, mais on ne tardera pas à connaître la vérité, en consultant les ganglions de l'aine et du cou, en examinant l'isthme du gosier, qui conserve de l'érythème longtemps après que les plaques muqueuses ont disparu.

L'acné vulvaire est une forme de la vulvite, mais trop spéciale pour qu'une leçon tout entière ne lui soit pas consacrée.

L'herpès a des caractères à l'aide desquels on le distinguera sans peine. Dans l'herpès, il y a des vésicules réunies par groupes, s'ouvrant promptement et laissant après elles de petites croûtes. Comme presque toujours on trouve des vésicules d'herpès dans le pli génito-crural, quand il y en a sur la vulve c'est une coïncidence dont on doit tenir grand compte pour le diagnostic. L'herpès siége d'ailleurs rarement sur les petites lèvres et en dedans de ces replis ; c'est presque exclusivement les grandes lèvres qu'il affecte.

L'eczéma est, comme l'acné et l'herpès, une inflammation spéciale ; mais il a cela de particulier qu'il peut affecter dans toute sa continuité le tégument qui par ses replis constitue la vulve. Tandis que l'acné est localisé dans les follicules, l'eczéma paraît être une inflammation de toute la superficie de la peau ou de la membrane muqueuse vulvaire. Comme dans l'herpès il se forme des vésicules, mais l'épithélium étant ici peu résistant, les squammes ont de la peine à se former, et le suintement qui résulte de l'ouverture spontanée des vésicules ressemble beaucoup à celui de la vulvite simple.

Quand on est embarrassé pour se prononcer, il faut interroger les parties voisines ; quand c'est de l'eczéma, on en trouve souvent des traces à l'anus ou aux plis génito-cruraux. Il est important de rechercher les caractères plus tranchés de ces régions, surtout lorsque l'eczéma, se continuant sur la membrane muqueuse vaginale, y détermine une sécrétion abondante.

Le lichen vulvaire est plus difficilement confondu avec la vulvite, parce qu'il altère promptement les tissus qui en sont le siége. Ces tissus, qui primitivement ont été couverts de papules, s'épaississent, se fendillent, et perdent leur mollesse normale.

Comme dans l'eczéma, la démangeaison produite par le lichen vulvaire est tellement vive que les malades se déchirent avec les ongles. Il y a bien du prurit dans la vulvite, mais cette sensation est promptement remplacée par la douleur.

Une distinction importante à établir est celle qui est relative à la nature de la maladie. Cette affection peut être, comme nous

(1) Voir le numéro précédent.

l'avons déjà dit, virulente ou simplement inflammatoire. Si elle ne coexiste ni avec la vaginite ni avec l'uréthrite, il y a de grandes probabilités pour qu'elle ne soit que le résultat d'actions irritantes; on peut au contraire la regarder comme virulente toutes les fois qu'elle coïncide avec une sécrétion muco-purulente de l'urèthre.

L'étiologie de la vulvite offre un grand intérêt au point de vue de la médecine légale. Il faut prendre garde d'attribuer à une tentative de viol un écoulement vulvaire que la masturbation aurait produit. Si l'hymen a été rompu, il peut l'avoir été par des attouchements. Les violences exercées sur les petites lèvres peuvent guider le médecin légiste.

Chez les jeunes filles qui ont eu des relations sexuelles avant que les organes génitaux aient acquis leur complet développement, j'ai souvent observé une dépression de la vulve vers la cavité du vagin, constituant un infundibulum vulvaire analogue à l'infundibulum anal des pédérastes; mais cette déformation ne peut être produite que par des tentatives plusieurs fois répétées. Lorsque l'on doit se prononcer sur la nature de la vulvite, il faut se tenir en garde contre les assertions des petites filles, qui sont loin d'avoir toujours l'ingénuité de leur âge. J'ai appris depuis longtemps à me défier de la parole des enfants, surtout quand ils veulent cacher une faute.

Lorsque l'inflammation n'a rien de spécial, elle cesse dès que l'on supprime les causes qui lui ont donné naissance. Il n'en est pas de même pour celle que le virus blennorrhagique a produite. Le pus provenant de l'urèthre et du vagin entretient l'inflammation de la fosse naviculaire, qui, sans cesse baignée par ce liquide irritant, finit quelquefois par s'ulcérer. La vulvite est fréquemment la cause sous l'influence de laquelle naissent les végétations. J'ai vu souvent apparaître ces productions à la fin d'une blennorrhagie; c'est le plus ordinairement près des caroncules myrtiformes, ou sur la partie des petites lèvres qui avoisine l'origine du vagin, que l'on voit le début de cette maladie.

Répétons enfin que toute espèce de vulvite peut se compliquer d'adénite aiguë. L'existence d'un bubon n'est pas en effet, comme quelques médecins le croient encore, une preuve irrécusable de la virulence de l'écoulement.

Lorsque la vulvite est bornée aux glandules sébacées, les bains, les lotions répétées, réussissent promptement à la guérir. Le sébum accumulé et corrompu étant très-irritant pour les parties sur lesquelles il séjourne, doit être enlevé avec beaucoup de soin; mais souvent il est tellement adhérent, qu'il faut frotter plusieurs fois avec un linge pour le détacher.

Les lotions alcalines de potasse et surtout d'ammoniaque en le dissolvant réussissent mieux que lorsqu'on emploie l'eau simple ou l'eau de guimauve.

Une fois débarrassées de ce produit de sécrétion, les parties enflammées ne tardent pas à reprendre leur aspect normal. La rougeur, la démangeaison, la chaleur, diminuent et disparaissent. Les glandules sébacées, devenues volumineuses et saillantes à la surface de la membrane vulvaire, s'affaissent, et leur orifice, qui était largement ouvert pour l'écoulement de la matière sécrétée, se rétrécit en proportion de l'affaissement et de la rétraction du tissu glandulaire.

On peut encore employer contre cette forme de vulvite les lotions astringentes faites avec de l'eau blanche, une solution d'alun ou de sulfate de zinc, etc. Je n'y ai recours que dans les cas où la membrane muqueuse ajoute son produit de sécrétion à celui des glandules sébacées, et quand les tissus sont comme ramollis et macérés.

Lorsque l'inflammation affecte les glandules des petites lèvres, je fais appliquer sur les parties malades des cataplasmes de fécule de riz ou de pommes de terre. Pour cette forme de vulvite plus que pour toute autre, il importe beaucoup que la malade reste couchée et s'abstienne des mouvements qui produiraient le frottement d'une lèvre contre l'autre.

Je parlerai du traitement de l'inflammation des glandules mucipares quand je m'occuperai de celui de l'uréthrite.

La vulvite contagieuse, coïncidant le plus souvent avec l'uréthrite et la vaginite, est liée à l'existence de ces deux affections. Il faut donc diriger le traitement de manière que la membrane muqueuse de l'urèthre et du vagin ne sécrète plus une matière virulente qui puisse reproduire la maladie de la vulve.

Nous verrons plus tard, en parlant de l'uréthrite et de la vaginite, par quels moyens on peut atteindre ce but.

Lorsque la sécrétion de la vulve est très-abondante, il faut absorber la matière sécrétée à l'aide de charpie placée entre les parties qui sont naturellement en contact. Les poudres inertes, telles que celles de fécule, de riz, de pommes de terre, de lycopode, de sous-nitrate de bismuth, appliquées sur la vulve, suffisent souvent, avec les bains et les soins de propreté, pour guérir la vulvite simple; elles contribuent aussi à guérir la vulvite virulente. Les grands bains de deux ou trois heures, les lotions avec le vin aromatique, avec l'eau de sureau ou de feuilles de noyer, avec l'eau blanche ou une solution d'alun plus ou moins concentrée, suivant l'intensité de l'inflammation, sont des moyens dont on retire de grands avantages quand ils sont employés avec discernement.

Le nitrate d'argent est utile surtout pour la vulvite virulente. On badigeonne les parties malades avec un pinceau trempé dans 30 grammes d'eau contenant 5 ou 10 centigrammes de nitrate d'argent. Une solution plus concentrée peut aggraver l'inflammation, causer de vives douleurs et provoquer l'apparition d'un bubon.

Je n'ai jamais pratiqué de saignée du bras pour la vulvite. Je comprendrais pourtant que l'on y eût recours; mais je repousse, comme un moyen plus dangereux qu'utile, les applications de sangsues qui ont été conseillées contre cette affection.

Je ne parle pas du danger d'un diagnostic incomplet, alors que des chancres échappent aux recherches du médecin, qui ne voit que l'inflammation de la vulve. Dans ce cas, les piqûres, tout le monde le sait, peuvent devenir chancreuses. Mais les sangsues produisent dans les jours qui suivent leur application une démangeaison insupportable qui porte les malades à se gratter, et la congestion qui en résulte a des inconvénients sur lesquels il est à peine besoin d'insister. A cause de cela, quelques médecins conseillent d'appliquer les sangsues non à la vulve, mais aux aines. Je doute que, placées aussi loin du siége de l'inflammation, elles puissent être bien utiles. Si je trouvais une vulvite assez intense pour nécessiter une émission de sang, j'aimerais mieux, je le répète, recourir à une saignée du bras.

Pour résumer le traitement de la vulvite, je dirai que les cataplasmes émollients, les bains prolongés conviennent à la période d'acuité de l'inflammation, tandis que plus tard il faut avoir recours aux astringents. Les agents modificateurs de la vitalité sont surtout utiles lorsque la vulvite est virulente.

Ai-je besoin de dire que le régime devra être celui qui convient à toutes les phlegmasies? Les malades ont de la peine à le comprendre; mais on ne peut trop recommander une diète sévère aux femmes dont la vulve est le siége d'une violente inflammation. La constipation, en gênant la circulation veineuse, aggrave la maladie. Il faut la faire cesser quand elle existe, et même la prévenir en prescrivant un purgatif de temps en temps.

Les rapports sexuels n'ont pas seulement l'inconvénient de la transmission de la maladie quand elle est de nature virulente. La vulvite est le plus souvent aggravée par le coït. La masturbation est plus fâcheuse encore, et quelques malades s'y livrent avec frénésie. L'inflammation de la vulve a même ce danger pour les jeunes filles, qui, instinctivement, portent la main aux parties malades, et finissent par deviner ce vice que le mariage ne guérit pas toujours.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT. — M. Fleury.

De l'exostose fongueuse du canal médullaire.

(Leçon recueillie par M. Defourneux, interne du service.)

Parmi les formes si variées et si complexes du cancer des os, il en existe une qui n'est indiquée que d'une manière assez vague dans les traités les plus modernes de pathologie, c'est l'exostose fongueuse du canal médullaire d'A. Cooper, dénomination assez bizarre, soit dit en passant, et qui ne peut en donner qu'une idée bien inexacte, car le mot exostose signifie tumeur dure, et l'épithète fongueuse tumeur molle.

La nature du tissu morbide qui la constitue doit la faire rentrer dans la catégorie de l'encéphaloïde. Quant aux masses de fibrine auxquelles il est mêlé, et qui pour les chirurgiens anglais constituent le fongus hematosis, on ne peut y voir que des caillots provenant de la déchirure des vaisseaux si nombreux dans cette forme de cancer.

C'est bien évidemment à cette variété que doit se rattacher la maladie du jeune homme dont je publie l'observation, car on y retrouve la plupart des symptômes décrits par A. Cooper.

Ces faits sont du reste assez rares pour ne pas les laisser passer inaperçus.

Le nommé Michel P..., âgé de trente-trois ans, est un cultivateur de l'Allier. Une sœur de son père, nous dit-il, a succombé à un cancer du sein; les autres membres de sa famille jouissent d'une bonne constitution; quant à lui, sa santé a toujours été délicate.

Au mois de novembre 1860, il ressentit dans le membre pelvien du côté droit des douleurs sourdes, profondes, qui changeaient souvent de place. Faibles au début, elles ne se reproduisaient qu'à des intervalles assez éloignés; mais bientôt elles augmentèrent d'intensité et de fréquence. Au mois d'avril 1861 elles se localisèrent dans la cuisse.

Inquiet de l'amaigrissement qui était survenu dans le membre, P... consulte un médecin de son département, qui croit reconnaître une névralgie sciatique, développée sous l'influence de l'humidité et du froid; il lui conseille les bains de Néris. Mais comme la saison des eaux est encore assez éloignée, il lui prescrit des fumigations avec du genévrier et de la graine de foin, et des frictions avec un liniment camphré.

Après quinze jours de ce traitement, les douleurs ont à peu près disparu, et P... peut reprendre son travail; mais bientôt elles se reproduisent, et il se forme sur les côtés de la cuisse, à 7 ou 8 centimètres au-dessus des condyles, deux tumeurs dures, sans changement de couleur à la peau, et à contours mal dessinés; elles augmentent insensiblement de volume, se réunissent et s'étendent au tiers supérieur du membre.

Une religieuse de Servant (Allier), croyant à l'existence d'un abcès, fit une ouverture à la partie postérieure et moyenne de la tumeur, il en sortit une assez grande quantité de sang.

A dater de ce moment, le malade prit le lit, qu'il n'a plus quitté. Les douleurs ont cessé, mais la cuisse a pris un volume considérable. Un jour, en faisant un mouvement dans son lit, P... entendit un craquement, et en même temps il remarqua que le genou et la jambe restaient immobiles lorsqu'il déplaçait la partie supérieure de sa cuisse.

Un médecin consulté conseille l'huile de foie de morue, les pilules de fer, et fait appliquer douze sangsues autour de l'articulation du genou. Aux sangsues succèdent les vésicatoires; mais leur effet est aussi peu satisfaisant. Le malade se décide alors à se faire transporter à Clermont; il est reçu à l'hôpital le 15 juillet.

Ce qui nous frappe de prime abord, c'est le volume énorme de la cuisse; elle a la forme d'un vaste cylindre légèrement rétréci au niveau de son quart inférieur. Une différence de 38 centimètres existe entre les deux membres mesurés à des points différents; la peau qui la recouvre est chaude, lisse, tendue, décolorée et sillonnée sur toute sa surface par des veines volumineuses; la pression n'y développe aucune douleur, à moins qu'elle ne soit un peu forte. Le renflement inférieur offre une élasticité remarquable, qui donne une sensation de fluctuation des plus prononcées.

L'état général du malade est grave; le pouls est fréquent, l'appétit nul, la soif vive; il y a absence complète de sommeil.

L'ensemble des symptômes, joint à l'état local du membre, fait diagnostiquer un cancer encéphaloïde dont le point de départ a été l'os de la cuisse.

La rapidité avec laquelle s'est développée cette affection, son étendue, le mouvement fébrile presque continu auquel P... est en proie, font considérer cette affection comme au-dessus des ressources de l'art. On s'en tient donc à un traitement palliatif, en insistant surtout sur les narcotiques.

Le volume du membre s'accroît de jour en jour; enfin le 27, dans la soirée, l'ouverture qui avait été pratiquée à la partie inférieure de la tumeur par la religieuse s'agrandit, et il s'en écoule une énorme quantité de sérosité sanguinolente.

Le malade meurt dans la nuit.

L'autopsie devait nous apprendre quel avait été le point de départ d'un mal dont la nature nous avait été révélée par les symptômes.

A la place de la tumeur existe une vaste poche à parois flasques et mobiles, contenant une substance analogue à de la pulpe cérébrale ramollie et des caillots fibrineux imbibés d'une sérosité rougeâtre.

Le fémur est brisé dans son quart inférieur; le canal médullaire, élargi dans toute sa circonférence, est rempli d'une espèce de sanie sanguinolente.

Le périoste est séparé de l'os dans toute l'étendue de sa diaphyse; le tissu compact est moins consistant; ses fibres, écartées les unes des autres, lui donnent l'aspect du tissu spongieux.

Dans son tiers supérieur, le fémur est parsemé d'excroissances osseuses analogues aux produits stalactiformes que l'on observe dans certaines formes de périostoses.

On comprend difficilement la présence de ces exostoses sur une portion d'os privé de son périoste. Il est à présumer que dans le principe la nature cherchait à suppléer au travail de destruction qui s'opérait dans les deux tiers inférieurs par une sécrétion de lymphe plastique, dont l'organisation rappelle le travail que l'on observe dans les nécroses lorsque le périoste se vascularise pour former l'os nouveau.

L'élargissement du canal médullaire, la perte de connexion du cylindre osseux plus prononcée en dedans qu'en dehors, la conversion de la moelle en un tissu fongueux, mou, pultacé, nous ont porté à considérer l'affection comme procédant de l'intérieur à l'extérieur de l'os, et ayant eu pour point de départ la moelle ou ses enveloppes. Est-ce la dilatation du canal osseux? Sont-ce les exostoses observées sur différents points de l'os qui ont porté le chirurgien anglais à désigner cette affection sous le nom d'exostoses fongueuses? Cela paraît assez probable.

Remède contre l'aménorrhée et la dysménorrhée.

Le docteur Ferrari (de Crémone) a communiqué à l'Académie de médecine de Turin la formule suivante, pour remplir cette indication. Bien que la savante compagnie n'ait pu en approuver l'emploi s'il était fait indistinctement dans tous les cas, elle a cependant reconnu que ce composé est susceptible de satisfaire à un besoin réel lorsque l'état dysménorrhéique dépend d'un défaut d'activité de la constitution ou de l'appareil génital. Cec posé, voici la formule :

Limaille de fer non oxydée. . . .	60	centigrammes.
Cannelle et rhubarbe en poudre. . .	8	—
Cantharides pulvérisées.	6	—

Mêlez et divisez en 24 prises, dont on prendra deux par jour, une le matin et une le soir (*Gaz. méd. de Lyon.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 septembre 1861. — Présidence de M. Robinet.

Correspondance officielle.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un mémoire de M. le docteur Jobert (de Guyonvelle), sur la vaccine. (Commission de vaccine.)

Correspondance manuscrite.

1° M. le docteur Jacquot (de Saint-Dié), adresse une note concernant l'usage en médecine et la défense de l'alun, accusé de graves méfaits (commissaires, MM. Guérard et Gobley);

3° M. le docteur Laballary (de Bourg-la-Reine), communique une observation de purpura simplex à type intermittent (commissaire, M. Devergie).

4° M. le secrétaire perpétuel donne lecture de la lettre suivante de M. Piorry :

« Monsieur le Président,

» Dans une des dernières leçons de ma clinique à la Charité, traitant par l'acide azotique l'urine très-foncée en couleur d'un malheureux atteint de cancer du foie diagnostiqué pendant la vie, cette urine prit la teinte vert sombre que l'on obtient en pareil cas. L'idée me vint, *à l'instant même et pendant la leçon*, de soumettre cette même urine, contenant de l'acide azotique, à l'action de la chaleur. L'ébullition fit prendre bientôt au liquide une couleur rouge brunâtre excessivement prononcée. Ce fait me paraît d'une haute importance. Je fis incontinent ajouter des quantités variables d'eau à l'urine du même malade; je la soumis encore à l'action de l'acide azotique et de la chaleur, le liquide prit des teintes rouges d'autant moins foncées que la proportion d'eau ajoutée était plus considérable. Je fis prendre sur trois, quatre personnes en santé, de l'urine à l'état normal, et ce fluide, traité par l'acide azotique, ne changea point de

couleur, tandis qu'il prit une nuance d'un rouge brunâtre lorsqu'on le fit chauffer à 100°. Quand l'acide azotique était en excès, l'urine se décolorait.

» M. Nadau, un de mes élèves, fut chargé de répéter cette expérience sur l'urine de beaucoup d'individus, et de me procurer de la bile de cadavre pour la leçon suivante.

Dans cette même leçon, j'ajoutai de cette bile cadavérique à de l'eau pure, et cela dans diverses proportions. Or, sous l'influence de l'acide azotique et de la chaleur, ce mélange prit des teintes rouges légères, qui disparurent encore lorsqu'on y ajouta une grande proportion d'acide azotique. M. Nadau, d'après mon invitation, recueillit plusieurs observations dans mon service, et ce sont ces mêmes observations qui ont été publiées samedi 7 septembre dans la *Gazette des Hôpitaux*.

» Ces faits me paraissent devoir être le point de départ de nombreuses recherches de la plus haute utilité au point de vue physiologique et pathologique. J'aurai plus tard l'honneur de communiquer ces recherches à l'Académie.

» Tout en sachant gré à M. Nadau du zèle et du soin qu'il a mis à réitérer mes expérimentations, je ne puis laisser passer la note qui a été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, et qui rapporterait à ce jeune élève la petite découverte dont il s'agit. Je profite de cette occasion pour déclarer bien haut que, dans un article de polémique précédent qui a paru dans le même journal, on me prête cette opinion, que les impressions morales n'agissent pas sur l'organisation, *opinion dont je ne suis en rien coupable*, et qui supposerait que j'oublie entièrement l'influence du moral sur les organes et sur les phénomènes de la vie.

» On a exagéré sans doute certains faits de ce genre, mais à coup sûr il faudrait renoncer à toute idée juste et raisonnable, comme à toute observation, pour nier l'immense influence que la pensée et les passions peuvent avoir sur l'organisme (1).

» Veuillez recevoir, Monsieur le président, l'assurance de mon profond respect, et donner connaissance de cette lettre à l'Académie.

» P. A. Piorry. »

Paris, le 10 septembre 1861.

Suite de la discussion sur la morve.

M. Leblanc, pour répondre aux reproches adressés par M. Bouillaud aux vétérinaires à la fin de la dernière séance, établit, conformément à l'opinion de tous les vétérinaires :

1° Que la morve, sous quelque forme qu'elle se présente, est une maladie spéciale, virulente, contagieuse, pouvant s'engendrer spontanément, qui se manifeste par des troubles fonctionnels, des altérations des liquides, des lésions des solides, parfaitement décrites.

2° Que les conditions dans lesquelles se développe cette maladie sont tellement bien connues, que la manière dont elles sont déterminées ferait envie aux partisans de la médecine dite exacte.

Que manque-t-il donc d'essentiel pour que M. Bouillaud puisse dire que les vétérinaires ne connaissent pas la morve ?

Si j'ai bonne mémoire, il me semble que les médecins eux-mêmes ont donné dans cette Académie la preuve que leurs opinions sont loin d'être mieux fixées sur beaucoup de maladies que celles des vétérinaires ne sont fixées sur la morve. Est-ce que la fièvre puerpérale, la syphilis, le choléra, sont aujourd'hui aussi bien connues que possible ?

Quant à la spontanéité de la morve, qui paraît être la cause principale de la dissidence entre M. Bouillaud et les vétérinaires, M. Sanson s'engage, pour convaincre notre collègue, à rendre ses chevaux morveux, s'il veut mettre son équipage à sa discrétion.

M. Bouillaud. M. Leblanc et ses collègues de la section de vétérinaire ont grand tort de se plaindre de moi. J'ai exprimé un doute sur un seul point de la discussion, sur la question d'étiologie, qui est une question de médecine générale, et encore l'ai-je fait en déclarant pour tout le reste mon incompétence, et en m'inclinant devant les lumières et les connaissances spéciales de MM. les vétérinaires. Il me semble que je ne pouvais être plus académique, et puisqu'il faut revenir encore sur ce sujet, je ne puis que répéter ce que j'ai dit, c'est que les causes éloignées signalées par MM. Renault et Bouley ne sont à mes yeux que des causes adjuvantes et non productrices. La vraie cause productrice est et doit logiquement être un principe *sui generis* qui ne ressemble pas plus aux autres causes, aux autres principes morbides, que la morve ne ressemble aux autres maladies.

On me propose de me donner aux dépens de mes chevaux une démonstration expérimentale de la spontanéité de la morve ; j'accepterais cette proposition si elle n'était faite par un vétérinaire membre de cette Académie, et si l'on convenait de me rendre ce qu'on m'aurait fait perdre dans le cas où après l'expérience mes chevaux seraient malades d'une autre maladie que la morve.

M. Leblanc persiste à affirmer que le cheval le plus sain, le plus exempt de tout germe et de toute prédisposition morbide, devient nécessairement morveux si on le place sous l'influence de ces causes éloignées dont M. Bouillaud nie l'efficacité.

M. Renault. Je prends la parole, Messieurs, sous l'influence d'un sentiment pénible, inspiré par les paroles peu bienveillantes que M. Bouillaud a laissé échapper dans la dernière séance et que je sais qu'il regrette aujourd'hui.

Il vous a dit qu'il avait écouté attentivement la discussion, qu'il attendait de nous de grandes lumières, et qu'au contraire l'obscurité s'était faite de plus en plus profonde ; qu'au lieu d'éclaircissements et de notions positives, nous n'avons apporté que des idées banales, triviales même, et connues de tout le monde, et que si nous n'étions pas plus avancés dans la connaissance des autres maladies que nous ne le sommes dans celle de la morve, il nous plaignait bien sincèrement. En vérité, Messieurs, on ne saurait s'éloigner plus complètement de la politesse académique, et ce manque d'égards nous a été d'autant plus sensible qu'il nous venait d'un homme du mérite de M. Bouillaud, et à l'exquise urbanité duquel nous étions depuis longtemps habitués.

M. Bouillaud. Je regrette que M. Renault se soit mépris sur la véritable portée de mes paroles. Quand j'ai dit que MM. les vétérinaires ne connaissaient guère la morve, je ne voulais parler que de la pathogénie de cette maladie. Personne plus que moi ne rend justice aux progrès accomplis par la médecine vétérinaire et aux immenses services qu'elle a rendus.

M. Renault. Je prends acte du témoignage d'estime que M. Bouillaud vient de donner à notre profession, et j'abandonne avec plaisir cet incident. Toutefois, je suis dans la nécessité de me plaindre encore de quelqu'un : cette fois c'est de M. Guérin.

M. Guérin ne s'est pas contenté de dire à cette tribune qu'en fait de morve nous avions laissé la science dans le désordre, la confusion et le chaos ; il a écrit à M. Amédée Latour une lettre dans laquelle il déclare n'avoir vu dans ce qu'ont dit les vétérinaires que des efforts stériles pour perpétuer l'obscurité. Nous n'avons soutenu la discussion qu'à l'aide de faux-fuyants et de commodes fins de non-recevoir. S'il en était ainsi, nous aurions pris à l'Académie une position peu honorable, puisque nous n'aurions échappé que par un manque absolu de bonne foi à la logique pressante de notre contradicteur. Avais-je, pour ma part, motivé une si désobligeante appréciation? Je suis sûr pourtant de n'avoir prononcé dans mes discours rien que des paroles confraternelles.

Ce n'est donc pas de la part de M. Guérin une représaille, il a attaqué le premier, vous voyez avec quelles armes. Mais laissons de côté ces questions toutes personnelles, et discutons sérieusement la science pour elle-même et par elle-même.

Au commencement de cette discussion, M. Guérin a donné à entendre que nous confondions les différentes manifestations de la morve pour en faire autant d'espèces morbides distinctes. Plus tard, il a modifié cette opinion sur notre compte ; il a reconnu que nous avions vu l'unité et l'identité de l'affection morveuse, mais il nous a reproché de n'avoir pas vu les conséquences de cette unité. Or, ces conséquences, qu'il avait, lui, le mérite d'apercevoir, étaient grosses d'une révolution dans les termes et dans la thérapeutique.

Quant à l'unité de la maladie, j'ai dit qu'on l'avait reconnue depuis longtemps, et à une époque fort antérieure à la fondation des écoles vétérinaires. L'art vétérinaire a donc fait par lui-même ce grand pas d'avoir démontré, malgré la diversité des formes qu'ils revêtent, la communauté d'origine de tous les accidents morveux ou farcineux. Pour ce qui est des *conséquences*, la révolution qu'elles ont engendrée est dans la classification de M. Guérin, classification parfaite d'après son auteur, puisqu'elle répond à toutes les exigences de la science, et ne laisse en dehors aucune des manifestations de la maladie. M. Guérin divise l'affection morveuse en morve aiguë et morve chronique ; cette division, nous la trouvons très bien motivée, et M. Guérin a bien fait de la conserver, après l'avoir d'abord blâmée. Nous adoptons beaucoup moins volontiers les autres divisions, — car les divisions et les subdivisions ne manquent pas ; — M. Guérin ne les a pas épargnées, bien qu'il professe entre autres principes philosophiques qu'il faut chercher l'unité dans les différences et non les différences dans l'unité.

A quoi bon vouloir instituer une morve muqueuse et une morve cutanée? La morve n'occupe pas d'autre muqueuse que celle des voies respiratoires, et il est extrêmement rare qu'elle n'ait pas d'autre siége que cette muqueuse, et qu'elle n'affecte pas simultanément d'autres organes. Quant à la morve cutanée, elle répond sans doute au farcin ; mais j'aime mieux le mot farcin, qui a l'avantage de ne pas indiquer que la morve a son siége exclusif à la peau. Or il n'y a pas de morve purement cutanée, pas plus qu'il n'y a une morve exclusivement muqueuse.

Je me demande aussi ce que veut dire la morve générale inscrite dans la nomenclature de M. Guérin. S'il y a une morve générale, il y en a donc une qui n'est que locale? celle-là, je ne l'ai jamais vue. Je pense, au contraire, et j'espère le démontrer tout à l'heure, que la morve n'est jamais locale, même quand elle est le produit d'une inoculation.

Enfin, M. Guérin propose d'appeler *cachexie morveuse* l'état dans lequel se trouve un cheval qui n'a plus de fièvre, plus de symptômes, plus de lésions actuelles. J'admettrai la cachexie morveuse quand M. Guérin m'aura dit à quels signes il la reconnaît, ce qui ne me paraît pas facile.

Si je trouve dans cette classification des divisions inutiles ou impossibles, je regrette, en revanche, de n'y point rencontrer la *diathèse morveuse*, qui est si réelle, et qui correspond à l'état dans lequel se trouve un cheval inoculé ou contagionné, que la maladie ait ou non fait explosion.

Je ne veux signaler qu'en passant l'erreur dans laquelle M. Guérin est tombé quand il a prétendu qu'avant les recherches de M. Rayer nous ignorions l'anatomie pathologique de la morve.

Je reviens maintenant à la question de la morve locale ou générale. M. Guérin ne veut pas qu'on l'accuse d'admettre une morve locale ; cependant il a parlé de la morve limitée d'abord aux fosses nasales et se *généralisant* aux poumons. Ce n'est évidemment que d'une maladie locale qu'on peut dire qu'elle se généralise. Voici, vous vous le rappelez, comment M. Guérin explique cette généralisation : La matière du jetage, amassée dans les fosses nasales, s'y putréfie, est résorbée et va infecter l'économie. Il y a dans tout cela bien des erreurs. D'abord la morve n'a aucun rapport avec une infection putride ou purulente, puis il n'est pas vrai que la matière du jetage se putréfie dans les fosses nasales ; cette putréfaction, quand par exception elle se produit, n'arrive qu'à la période extrême de la maladie, et quand il y a une gangrène de la muqueuse nasale.

M. Guérin. Je n'ai point parlé d'infection putride, mais d'une contagion en quelque sorte surchargée par l'absorption dans les voies respiratoires de l'air qui a été vicié dans les fosses nasales. Vous confondez la contagion et la putridité.

M. Renault. La contagion dont parle M. Guérin n'est pas acceptable, et ce n'est pas l'air imprégné des produits du jetage qui va déterminer les lésions pulmonaires. J'ai cité contre cette manière de voir sept expériences qui ont duré sept ou huit jours, et une heure chaque jour. J'ai dit comment je m'y étais pris pour faire respirer à un cheval sain l'air expiré par un cheval morveux, et rien que cet air ; j'ai rappelé qu'aucun des chevaux sains soumis à cette expérience n'avait contracté la morve. Pour M. Guérin, ces expériences prouvent simplement que les chevaux sur lesquels j'ai expérimenté n'étaient pas aptes à contracter la morve. Il ne s'étonne pas plus de l'immunité qu'ils ont présentée, que de celle que présentent parfois certains animaux dans un foyer de contagion. Quelle comparaison à établir entre les influences auxquelles sont soumis les chevaux dans des établissements où règne la morve, et les influences exercées par cette respiration continue et exclusive de naseaux à naseaux !

Pour qu'on ne pût m'objecter que j'avais expérimenté sur des chevaux qui n'étaient pas positivement morveux, j'ai inoculé sept chevaux sains avec la matière du jetage des sept chevaux mis en expérience. Les sept chevaux sains ont eu la morve. Ceux-là, à ce qu'il paraît, étaient aptes, et il faut que j'aie eu bien du malheur de tomber, pour mes expériences sur la respiration, sur sept chevaux réfractaires à la contagion.

En voilà assez, Messieurs, pour prouver la valeur de ces expériences, que M. Guérin a récusées parce qu'elles contrariaient ses idées.

Pourrait-on dire que la localisation de la morve n'est que temporaire, et n'existe que pour la morve communiquée? Pas davantage. En répondant à cette question, je répondrai en même temps au reproche que M. Bouillaud nous a adressé, de ne nous occuper nullement de la vraie morve, de celle qui est dans le sang.

J'ai déjà cité des expériences faites par Colmann en 1803, et qui prouvent que le sang d'un animal morveux donne la morve au cheval chez lequel est faite la transfusion. J'ai répété les expériences de Colmann, et j'ai constamment obtenu les mêmes résultats. Bien plus, j'ai démontré expérimentalement que le sang était altéré dès le principe, avant même qu'aucune manifestation locale ait eu le temps de se produire. Quelques heures après avoir inoculé à des chevaux le virus morveux, j'ai pris de leur sang et je l'ai injecté dans les veines de chevaux sains, et ces chevaux ont eu la morve. Quoi de plus concluant ! et comment M. Bouillaud pourrait-il nous reprocher encore de ne pas voir la morve qui est dans le sang? M. Bouillaud aurait voulu qu'on lui fît toucher du doigt l'altération du sang particulière à l'affection morveuse. Je suis désolé de ne pouvoir le satisfaire. Mais est-il plus sûr, que nous ne le sommes nous-mêmes pour la morve, de l'altération du sang existant dans quelque maladie que ce soit?

J'ai voulu d'ailleurs, après avoir démontré qu'il y avait altération, savoir en quoi elle consistait ; j'ai consulté à cet égard les chimistes, ils ont trouvé un peu d'eau, de fibrine, en plus ou en moins ; rien, en un mot, de spécial et de caractéristique.

Les micrographes n'ont pas été plus heureux ; ils n'ont rien vu.

Je ne pouvais plus consulter personne. Il fallait m'en tenir à la certitude que j'avais acquise de l'existence d'une altération du sang, et me résigner à ignorer jusqu'à nouvel ordre de quelle espèce est cette altération.

J'arrive maintenant aux objections adressées par MM. Bouillaud et Guérin à la morve spontanée. Ils ne comprennent pas comment une maladie spécifique et virulente comme la morve peut naître d'un ensemble de conditions hygiéniques mauvaises. Ces causes éloignées leur semblent aussi impossibles à invoquer pour la morve, qu'elles le seraient pour la syphilis, la rage ou la variole.

A cette objection j'ai déjà répondu par des faits, ou plutôt nous avons tous répondu en rappelant nos observations journalières. Il est hors de doute pour nous tous qu'un cheval surmené et mal nourri devient morveux. On ne peut dire qu'une nourriture insuffisante, qu'une aération incomplète, que des fatigues excessives, des refroidissements nombreux, soient des causes auxiliaires ou accessoires, puisque la morve succède directement à leur action, se manifeste dans les établissements où ces causes sont réunies, et disparaît quand ces causes disparaissent. Je ne nie pas le principe *sui generis* qui, pour M. Bouillaud, est indispensable au développement de la maladie ; mais je dis alors que ce principe se produit sous l'influence des causes que j'ai énumérées.

Je ne suis pas, comme on l'a dit, partisan absolu de l'incurabilité de la morve. Je pense que la morve déclarée est incurable, ou du moins que les exemples de guérison sont d'une rareté extrême; mais quand il n'y a encore que du jetage ou du glandage sans ulcérations, quand on peut soustraire les chevaux malades aux mauvaises conditions hygiéniques, il faut tenter la guérison. Encore suis-je loin d'espérer obtenir ces guérisons dans une proportion qui approche un peu de la proportion des guérisons obtenues par M. Guérin. Quand je songe au ton solennel et grave que M. Guérin a pris dans cette discussion, que je me rappelle la prétention qu'il n'a pas dissimulée de faire une vraie révolution dans la thérapeutique et dans l'histoire médicale de la morve, je m'étonne qu'il n'ait pas appuyé ses prétentions sur des faits plus précis et plus détaillés. Il nous a parlé d'une quarantaine de chevaux observés dans je ne sais quel établissement, de trente-cinq cas de morve terminés par trente guérisons : mais de description minutieuse des symptômes observés chez chaque cheval, de détails sur l'autopsie des chevaux qui ont succombé, il n'y en a pas de traces. Ce n'est pas, Dieu m'en garde ! que je mette ces faits en doute ; je les tiens, au contraire, pour constants ; mais tels qu'ils sont présentés, je les trouve bien incomplets et bien inexplicables.

Relativement au diagnostic, au lieu de se prononcer aussi décidément que le fait M. Guérin sur l'existence de la morve, je crois qu'il faut être très-circonspect quand on se trouve en présence de chevaux qui ont du glandage ou du jetage. Sans doute il faut tenir compte des circonstances étiologiques dans lesquelles ce jetage ou ce glandage se manifestent, mais ces seuls symptômes objectifs sont insuffisants, et beaucoup de chevaux que M. Guérin considérerait comme déjà morveux, seraient pour les vétérinaires simplement suspects de morve.

Je ne veux dire qu'un mot sur la confusion qu'on prétend que les hippiâtres ont faite entre la gourme et la morve. Je trouve, comme mes collègues, que M. Guérin a mal choisi ses autorités. Ni Gilbert, ni Girard père, ni Girard fils n'étaient de véritables cliniciens. Girard fils, j'en suis sûr, car je l'ai connu, n'avait jamais mis les pieds dans une infirmerie. L'orateur cite de nouveau l'observation de Dénoc, et démontre, texte en mains, que cette observation ne se rapporte nullement à un cas de morve. Aux arguments déjà fournis à cet égard par M. Bouley, il en ajoute un autre tiré de l'état d'embonpoint du cheval. Le cheval de Dénoc était resté gras, tandis qu'un cheval atteint de morve aiguë maigrit en quelque sorte à vue d'œil.

(1) Nous avons reçu de M. Piorry une lettre à peu près semblable, et qui contient la même réclamation. Celle-ci étant plus détaillée, nous avons pensé que ses intentions seraient encore mieux remplies en la publiant textuellement ici. Nous n'avons qu'une seule observation à faire, c'est que, dans l'article de notre *Revue clinique* auquel M. Piorry fait allusion, il est dit simplement que M. Nadau a bien voulu nous faire connaître les résultats des recherches en question, ce qui n'impliquait nullement dans notre pensée, ni dans celle de nos lecteurs sans doute, l'idée que ces recherches fussent de cet élève.

Quant à l'opinion que nous aurions prêtée à M. Piorry dans la polémique qu'il rappelle, et qui était bien effectivement énoncée dans sa lettre, nous sommes très-heureux d'apprendre qu'elle n'était que le résultat d'une erreur de rédaction, et que sur ce point il n'y a point le désaccord présumé entre l'honorable professeur et nous.

(*Note du Rédacteur en chef.*)

Cette discussion, je suppose, Messieurs, dit en terminant M. Renault, a suffi pour vous montrer que les vétérinaires sont aussi avancés sur l'anatomie pathologique, la symptomatologie et l'étiologie de la morve, que les médecins le sont pour les maladies qu'ils connaissent le mieux. On a donc eu tort de nous plaindre de notre ignorance.

— La séance est levée à cinq heures.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

M. REYNAL. Je désire exposer sommairement devant l'Académie le résultat des observations que j'ai faites sur la morve pendant dix années que j'ai exercé la médecine vétérinaire dans l'armée.

Tout d'abord, je dirai qu'avec tous les orateurs qui m'ont précédé à cette tribune, je reconnais :

1° Que la morve est une maladie générale, virulente et contagieuse;

2° Que les altérations qu'on observe dans divers points de l'économie sont l'expression locale d'un état morbide général.

Ces points de l'histoire de la morve étant admis, j'arrive à parler de la thèse, objet principal de la discussion.

M. Guérin admet qu'il existe de nombreux cas de morve amoindrie, des ébauches de morve, des manifestations graduées de la maladie, comportant des différences de gravité et de curabilité relatives depuis la bénignité qui permet la guérison spontanée, jusqu'à la malignité la plus extrême.

MM. H. Bouley, Renault et Delafond ont contesté la doctrine de M. Guérin. Je viens joindre ma voix à celle de mes collègues, et affirmer avec eux qu'il n'y a pas de morve amoindrie, de morve ébauchée. En effet, que la morve fasse une exception à la loi générale dont M. Guérin a parlé, toujours est-il que l'observation démontre : 1° que le glandage et le jetage sont presque toujours les signes certains de la morve; 2° que ces signes extérieurs peuvent varier en intensité, mais qu'ils indiquent toujours une seule et même maladie incurable dans la presque totalité des cas.

Une glande plus ou moins volumineuse, un jetage plus ou moins abondant, une ulcération plus ou moins profonde, plus ou moins étendue, n'indiquent nullement que les lésions internes, caractéristiques de la morve, sont légères ou graves. La morve, en effet, est une maladie si obscure dans son évolution, si variable dans sa marche, qu'on trouve souvent des désordres considérables dans les cavités nasales, dans les poumons, dans le système lymphatique, bien que les animaux n'aient présenté comme symptôme qu'une petite glande, qu'une ulcération légère, qu'un faible jetage, et fréquemment un seul de ces symptômes.

J'étais vétérinaire militaire à une époque où l'on ne croyait pas à la contagion de la morve; il était alors commun de trouver dans les rangs, à la visite de santé, des chevaux affectés d'une petite glande dans l'espace intermaxillaire. Cette première manifestation de la morve à l'extérieur était désignée sous le nom générique de *catarrhe nasal*, et les chevaux qui en étaient atteints étaient classés à part à l'infirmerie sous la dénomination de catarrheux. On croyait si peu à la gravité de ces symptômes, qui sont pour moi, comme pour la grande majorité de mes confrères, les symptômes de la morve, qu'on laissait souvent ces malades dans les escadrons.

Eh bien, il m'est arrivé de faire abattre des chevaux à cette période de la morve, et constamment j'ai trouvé à l'autopsie les lésions particulières à cette maladie. Cette explosion pour ainsi dire subite de la morve chez des chevaux ayant toutes les apparences de la santé n'est pas un fait rare, comme les médecins pourraient le croire. Tous les vétérinaires militaires, tous les vétérinaires des grandes administrations, ont remarqué cette particularité relative à l'histoire de la morve.

Voilà ce que j'ai fréquemment observé et ce qu'ont observé comme moi un grand nombre de vétérinaires.

J'ai hâte de donner satisfaction aux *desiderata* qui sont exprimés certainement par plusieurs membres de l'Académie.

Mais, me dira-t-on, étant admis que le glandage et le jetage, symptômes pour moi de la *morve*, pour M. Guérin de la *morve ébauchée*, et pour M. Leblanc du *premier degré de la morve*, n'y a-t-il pas avant leur apparition quelques manifestations morbides extérieures qu'on puisse considérer comme prodromiques de la morve?

Quand un vétérinaire a la direction sanitaire d'un grand nombre de chevaux réunis dans un même lieu, qu'il connaît leur origine, leur provenance, leur âge, leur constitution, le travail, le régime alimentaire auxquels ils sont soumis, il pourra soupçonner l'apparition prochaine de la morve, parce que l'expérience lui a appris que la morve est le complément de presque toutes les maladies qui ont pour résultat commun d'épuiser l'organisme.

Ces signes généraux sont très-vagues, ils appartiennent à toutes les maladies, mais, à proprement parler, ils n'en caractérisent aucune, et il est possible, en les observant, de dire que le cheval qui les présente va être atteint de la morve. Ce ne sont pas là des signes prodromiques de la morve, comme le veut M. Guérin; ils appartiennent aussi bien à d'autres affections essentiellement différentes par leur nature et par leur gravité.

M. Reynal passe ensuite à l'examen des faits que M. Guérin a invoqués à l'appui de sa doctrine sur la morve, et il s'attache à démontrer qu'aucun de ces faits n'a la valeur que lui a attribuée son collègue. Puis, arrivant à la question des symptômes considérés par M. Leblanc comme les prodromes de la morve, et par M. Guérin comme la morve ébauchée, la glande et le jetage, M. Reynal s'exprime en ces termes :

— La doctrine de M. Guérin, soutenue par M. Leblanc, relative à la valeur symptomatique de ces deux caractères de la morve, n'est pas nouvelle. Pendant trop longtemps cette doctrine a été celle des vétérinaires militaires. A une certaine époque, je l'ai dit tout à l'heure, une petite glande, un léger jetage, avaient à leurs yeux une importance minime. Aussi, comme M. Guérin, comme M. Leblanc, etc., ils en guérissaient, ou tout au moins ils en voyaient guérir un grand nombre. Moins heureux que mes honorables collègues, je n'ai constaté que quelques cas de guérison spontanée. Mais que l'Académie me permette de raconter l'histoire de ces chevaux qui entrent dans les infirmeries régimentaires avec ce petit jetage, cette petite glande, prodromes de la morve de M. Leblanc, morve ébauchée de M. Guérin.

Plusieurs vétérinaires avaient souvent signalé dans leurs rapports la guérison de ces chevaux après un séjour plus ou moins long à l'hôpital; mais dans l'armée, où l'on a l'avantage de suivre les malades, on avait presque constamment remarqué que ces chevaux, guéris en apparence, rentraient une, deux et trois fois à l'infirmerie, en présentant les mêmes symptômes; finalement, ils étaient presque toujours abattus pour la morve.

Les cas de guérison étaient si rares, si exceptionnels, que l'administration de la guerre dut limiter la durée du traitement : elle fixa d'abord à six semaines le temps de séjour à l'infirmerie (circulaire du 18 décembre 1846). A partir de cette époque, les chevaux atteints de glandage, de jetage, furent surveillés avec une plus grande attention que par le passé, et on acquit de nouvelles preuves que ces caractères étaient ceux non de la morve ébauchée, mais de la morve confirmée.

Depuis que ces mesures sont adoptées, on a fréquemment l'occasion dans l'armée de faire l'autopsie de chevaux à une époque plus rapprochée de la période d'apparition du glandage et du jetage. Eh bien, qu'on demande aux vétérinaires militaires s'ils n'ont pas toujours constaté les lésions les plus caractéristiques de la morve?

Sans prétendre que la morve ne puisse disparaître quelquefois spontanément, j'affirme que ces faits sont tellement exceptionnels, que la morve n'en doit pas moins être considérée comme incurable.

« Mais, me dira-t-on, que deviennent donc les chevaux atteints d'une glande, d'un jetage, quand cette maladie est abandonnée à elle-même? »

Les modifications que la morve imprime sont différentes, suivant les tempéraments, l'âge, les conditions de nourriture, de travail, d'hygiène, et quelques autres conditions qu'il serait trop long d'énumérer ici. Dans les infirmeries régimentaires, on voit le plus ordinairement les symptômes s'aggraver : la glande devient plus volumineuse, plus dure, plus adhérente; le jetage augmente, il est visqueux, gluant, collé aux ailes du nez; les ulcérations apparaissent, elles gagnent en largeur et en profondeur; chez certains chevaux cet état est compatible avec la santé; les ulcérations apparentes sur la cloison nasale se cicatrisent, la glande et le jetage persistent; chez d'autres, la nutrition est atteinte; les animaux ont moins d'appétit, ils maigrissent, les poils se hérissent, la peau est sèche et adhérente. D'autres fois, l'acuité de la maladie s'accuse de jour en jour davantage et en peu de temps elle revêt la forme aiguë, qui fait mourir les animaux rapidement.

D'autres fois encore les symptômes restent stationnaires pendant deux, trois, quatre mois; on observe même une amélioration telle qu'un homme trop confiant et trop peu circonspect croit à une guérison prochaine; mais tout à coup, souvent sous l'influence d'un changement de température, les symptômes revêtent leur gravité première; il survient une infiltration générale du tissu cellulaire des membres et des parties déclives.

Enfin, on trouve un autre groupe de chevaux chez lesquels la glande et le jetage disparaissent au bout d'un temps variable, soit spontanément, soit à l'aide d'un traitement très-différent, sans qu'il existe aucune manifestation extérieure, aucun signe, aucun caractère appréciable qui puissent faire prévoir cette issue en apparence heureuse.

C'est dans cette catégorie que se trouvent les chevaux qu'on croit avoir guéris parce qu'ils sortent une première fois de l'infirmerie.

Mais peut-on appeler guérison ce temps d'arrêt qu'on remarque quelquefois dans le cours de la morve? Peut-on considérer comme guéris les chevaux chez lesquels on voit disparaître les manifestations extérieures de cette maladie, la glande et le jetage?

Je le dis avec l'accent de la conviction la plus profonde, je ne crois pas qu'on puisse appeler guérison ce changement heureux survenu dans l'état extérieur de la maladie; la morve existe dans le sein de l'économie, et à la moindre cause occasionnelle la morve, momentanément cachée, fera de nouveau explosion au dehors : c'est l'enseignement qui découle de l'observation.

Ces considérations expriment nettement que je ne crois pas à la guérison de la morve.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Argelliès, né à Cibours (Basses-Pyrénées); *De l'hémorrhagie utérine dans les derniers mois de la grossesse et pendant le travail de l'accouchement.*

Prévost, né à Fontenay-Tresigny (Seine-et-Marne); *Hygiène de la première enfance.*

Gyoux, né à Objat (Corrèze); *De l'enchondrome du testicule.*

M. le docteur Joulin commencera un cours sur l'accouchement naturel, le lundi 16 septembre, à quatre heures et demie, à son amphithéâtre, rue Larrey, 8, pour le continuer les lundis, mercredis et samedis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis, le chancre simple et la blennorrhagie, et principes nouveaux d'hygiène, de médecine légale et de thérapeutique, appliqués à ces maladies, par J. ROLLET, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon (vénériens). Paris, 1861. Un fort volume in-8° avec 20 planches, dont 10 coloriées. — Les planches paraîtront fin septembre, et seront délivrées en échange d'un bon qui se trouve joint au volume. — Prix, *franco* par la poste, 14 francs. Chez F. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. ADDE-MARGRAS, de Nancy, médecin à Paris. Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 3 fr. 50 c.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 108. — SAMEDI 14 SEPTEMBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 108. — SAMEDI 14 SEPTEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Maladies régnantes ; pustules malignes. — Absinthisme chronique ; accès convulsis épileptiformes répétés ; mort. — De la vaccination des enfants nouveau-nés. — Observation de phlegmon péri-utérin. — Bains sulfureux artificiels. — Composition de l'air du mont Blanc. — Société de chirurgie, séance du 4 septembre. — Feuilleton. Revue bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. Pustules malignes.

L'état sanitaire de Paris, depuis nos derniers bulletins, s'est notablement amélioré. Les cholérines et les quelques cas d'affection cholériforme que nous avons signalés à deux reprises, ont complétement cessé. A peine observe-t-on çà et là quelques légers dérangements gastro-intestinaux sans gravité, et qui ne résistent pas à quelques jours de régime ou de soins les plus vulgaires.

Il en est de même des érysipèles, qui ne se montrent plus dans nos hôpitaux qu'exceptionnellement et dépouillés de ce caractère particulier de gravité qu'ils ont eu pendant si longtemps. Aussi nous abstiendrons-nous de reproduire les formules et les remèdes que répètent à l'envi tous les journaux. Nous demanderons aussi à ceux de nos honorables correspondants, qui ont bien voulu nous communiquer le résultat de leur expérience pratique en matière de traitement du choléra, la permission de garder en dépôt leurs communications pour une meilleure occasion (1). Mais l'état sanitaire de Paris ne doit pas seul nous occuper.

Voici quelques notes que nous transmet M. le docteur Froc, de Sermaises (Loiret), sur les cas de pustule maligne qui paraissent se présenter en assez grand nombre en ce moment dans cette contrée.

« Depuis quatre ou cinq années, nous écrit M. le docteur Froc, les pustules malignes, devenues plus rares dans nos contrées, ne s'étaient offertes à notre observation qu'en petit nombre et à de longs intervalles; mais en ce moment les cas se présentent si fréquents, qu'on croirait avoir affaire à une épidémie; je traite aujourd'hui le dixième depuis quelques semaines, et mes confrères voisins ont, comme moi, été frappés de cette recrudescence d'affections charbonneuses; deux de ces faits me paraissent dignes de quelques remarques, que je prends la liberté de vous soumettre; il s'agit d'inoculation par incision.

» Le premier malade est un jeune berger d'une ferme voisine, qui vint me consulter le 1er août.

» Le 25 juillet, me dit-il, il avait dépouillé un mouton dans les champs, et comme il manquait d'eau, il s'était contenté d'essuyer ses mains ensanglantées avec un peu d'herbe; or une de ces herbes imprégnées de sang avait fait une très-légère incision au doigt annulaire de la main droite; cependant pendant cinq jours il n'avait rien ressenti à cette blessure insignifiante; mais le sixième il survint de la démangeaison, et ce prurit fut bientôt des plus vifs; il survint en outre un gonflement qui du doigt gagna le dos de la main, et ce fut alors que le malade se décida à me consulter. L'incision a lieu sur la face dorsale de la deuxième phalange; elle a un centimètre d'étendue, et, vers sa partie moyenne, les lèvres sont éloignées l'une de l'autre de trois ou quatre millimètres : l'espace qui les sépare contient l'eschare brunâtre à forme ovalaire ou plutôt fusiforme; le tubercule accuse par le toucher cette même forme allongée dans le sens de l'incision; au lieu de la couronne vésiculeuse des pustules malignes, c'est un léger bourrelet qui borde les lèvres de la plaie; une déchirure de ce bourrelet donne issue à un peu de sérosité grisâtre; l'eschare centrale est insensible, la main participe au gonflement, qui cesse brusquement au poignet. On constate un ganglion sous-axillaire très-douloureux et du volume d'une grosse aveline; le pouls est à 90, un peu mou et dépressible, sans autres symptômes généraux. Je cautérisai avec la potasse caustique, et vingt-quatre heures après l'opération apparaissait le cercle franchement inflammatoire.

» L'autre sujet est encore un berger qui se présenta chez moi le 6 août. Celui-ci, dépouillant un mouton avec trop de précipitation, s'était enfoncé la pointe du couteau dans la cuisse gauche, à 10 centimètres au-dessus du genou; la plaie était large d'un centimètre et demi, et avait traversé tout le derme. Néanmoins il avait continué à travailler, et n'avait rien ressenti avant le cinquième jour, où survint le prurit, puis le gonflement. La complète analogie de ce fait avec le précédent me dispensera de tout détail.

» Il résulterait de plusieurs observations consignées dans les auteurs que, pour les charbons inoculés par piqûre ou incision, l'incubation doit être nulle, et les accidents locaux se manifester immédiatement. Tel est le cas de cet aubergiste que cite Duhamel, « qui, ayant été piqué par un os, vit au bout de » *quelques heures* s'élever une tumeur à l'endroit piqué »; tel est encore ce maréchal de village dont parle Chaussier, « qui se » piqua l'avant-bras en traitant un animal; il se forma *presque* » *aussitôt* un point gangréneux, et le malade mourut. » — Cependant, chez les deux sujets dont nous venons de rapporter l'histoire, il se passa cinq ou six jours avant l'apparition des premiers symptômes du mal.

» Ces pustules différaient aussi d'aspect avec les pustules malignes que l'on rencontre d'ordinaire, car elles participaient de la forme de la coupure sur laquelle elles étaient entées.

» Les dix sujets que j'ai eu à traiter, ajoute notre confrère, ont guéri, et ce n'est qu'exceptionnellement que la pustule maligne a une terminaison funeste dans nos contrées; l'art, en effet, est puissant tant qu'il n'y a pas d'intoxication générale, et le rôle du médecin est facile : il suffit de détruire le mal. Malheureusement il n'en est pas ainsi de l'œdème malin des paupières, car c'est là une affection charbonneuse dont le centre n'est nulle part; aussi, sur quatre sujets que j'ai traités en treize années de pratique, ai-je eu la douleur de compter quatre décès, malgré les applications toniques et stimulantes, malgré la cautérisation superficielle que conseille M. Bourgeois.

— On lit dans le *Journal du Loiret* une note qui est de nature à éveiller l'attention des praticiens sur la reproduction possible des graves accidents qui y sont annoncés, et à appeler la vigilance de l'autorité chargée de l'exécution des règlements de police sur les inhumations.

« Un chien mort dans la commune de Cortrat fut laissé dernièrement dans un fossé sans être enfoui; les mouches ne tardèrent pas à le couvrir et à se répandre de là dans la commune. Il en est résulté une épidémie charbonneuse qui a déjà enlevé une vache, deux chevaux, quarante moutons, et a failli coûter la vie à un jeune enfant, qui sans les soins d'un médecin habile eût succombé. »

(1) Nous mentionnerons seulement, par devoir d'impartialité, une réclamation que nous a adressée M. le docteur Léhu, relativement à notre article de Revue clinique du 24 août, où il est question des expériences de M. Burq sur l'action des métaux dans les crampes des cholériques. M. Léhu nous rappelle, à cette occasion, qu'en 1832, par conséquent longtemps avant les premières recherches de M. Burq, il avait recours, pour combattre ces crampes, à l'action thermo-galvanique d'un métal, le fer.

Absinthisme chronique ; accès convulsifs épileptiformes répétés ; mort.

Dans un article dont les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* doivent avoir conservé le souvenir, notre collaborateur M. le docteur Legrand du Saulle a exposé, d'après les intéressantes recherches de M. le docteur Auguste Moret, les effets habituels de l'absinthe et les graves désordres pathologiques qui résultent de l'abus de cette liqueur. Voici un fait recueilli dans le service de M. Félix Voisin à Bicêtre, et communiqué à la Société de biologie par le docteur Aug. Voisin, son neveu, qui vient montrer à quel degré de gravité peuvent s'élever les phénomènes morbides qui résultent de l'abus de l'absinthe :

Un homme âgé de trente-quatre ans, tailleur de pierres, est conduit à l'infirmerie de Bicêtre, dans le service de M. Voisin. Depuis longtemps cet homme se livre à de nombreux excès alcooliques, consistant surtout dans l'usage de l'absinthe. Il a déjà une fois été atteint de *delirium tremens*. Il n'est possible d'obtenir aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires, ni sur le mode d'invasion des accidents actuels.

Le 25 juin, cet homme est pris, sur la voie publique, de convulsions épileptiformes se succédant à de courts intervalles; il est conduit à la préfecture de police, où il tombe dans un accès de manie accompagné de violences. Il est amené à Bicêtre le lendemain, garrotté et couvert de liens. Voici ce que l'on constate à ce moment :

Agitation extrême; mouvements continus de la tête. Le corps est couvert de sueur; la face est vultueuse; les conjonctives sont rouges et présentent des taches ecchymotiques dans les régions externes des yeux. Il est impossible d'obtenir du malade aucune réponse, il ne prononce pas une parole. Il paraît étranger à tout ce qui se passe autour de lui; ses yeux sont fixes.

Dans la journée et dans la nuit, il est pris de dix à douze attaques convulsives épileptiformes. L'accès débute sans cri initial, par des secousses cloniques dans les membres inférieurs et supérieurs, dans les globes oculaires et les muscles de la face. Après quinze secondes au plus, la période clonique est remplacée par de la roideur et l'extension des membres inférieurs et supérieurs, et un peu d'opisthotonos; un peu d'écume sort de la bouche, et l'accès se termine, après une durée totale d'une minute au plus, par de l'assoupissement. Pour gagner son lit, il présente à un haut degré la titubation caractéristique de l'alcoolisme aigu. Le pouls est à 92, régulier et fort.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

L'année scientifique et industrielle, exposé des travaux scientifiques, inventions et principales applications de la science à l'industrie et aux arts, etc., par le docteur Louis Figuier, 5e année (1).

M. Louis Figuier poursuit avec une infatigable activité la tâche qu'il s'est imposée, de résumer chaque année dans un petit volume concis et cependant complet, les principales découvertes scientifiques et industrielles, ou les perfectionnements apportés à l'industrie et aux arts par les applications de la science. Le volume que nous avons sous les yeux est le cinquième de la collection, et il n'est ni moins intéressant ni moins attrayant que les précédents. Nous dirons plus, il nous semble que chaque année l'ouvrage gagne sous tous les rapports; les matières sont mieux classées, et c'est sur les sujets de l'intérêt le plus direct et le plus général que l'auteur s'étend avec le plus de détails.

Dans le recueil de cette année, l'astronomie ouvre la marche, et c'est à la médecine, en la personne de M. Lescarbault, que revient l'honneur du premier paragraphe. Puis arrivent successivement la fameuse éclipse de soleil du 18 juillet 1860; les aurores boréales, si fréquentes cette année; la belle carte de la lune dressée par M. Chapuis et par l'habile et infortuné Lecouturier, enlevé prématurément à la science par une de ces maladies qui ne pardonnent pas; et enfin un mot sur cette vive discussion qui éclata à l'Académie des sciences entre M. Leverrier et le Bureau des longitudes, et mit un instant le monde savant en émoi.

Dans la section de physique, nous signalerons comme pouvant avoir quelques applications avec la médecine, différentes modifications des piles et des appareils électriques, et en dehors de ces applications, l'analyse des recherches de M. Julien sur les courants et les révolutions de la mer, des considérations météorologiques utiles surtout aux habitants des campagnes, et la relation de quelques singuliers effets de la foudre.

La mécanique réunit à quelques pages de distance les objets des destinations les plus variées : le nouveau moteur à gaz de M. Lenoir, qui détrônera peut-être la machine à vapeur actuelle; le canon Armstrong, cette lourde machine qui devait assurer à ses possesseurs l'empire du monde et semble devoir réduire considérablement ses prétentions dès que l'on arrive à la pratique; enfin, le bras artificiel de Roger le chanteur, ce fils de plusieurs pères (nous parlons du bras), desquels nous ne citerons pas un seul, pour ne pas nous exposer à des réclamations sans fin.

C'est surtout dans la seconde moitié du volume que nous trouvons ce qui intéresse le plus le médecin : les métamorphoses du tænia et des entozoaires de l'homme, les générations spontanées, les moyens d'augmenter par la culture les vertus médicinales des plantes, travail de notre savant ami le professeur Champouillon, dont les lecteurs de ce journal n'oublieront pas qu'ils ont eu les prémices; l'exposé des tentatives d'acclimatation des plantes et des animaux destinés à augmenter les richesses de notre flore et de notre faune.

La physiologie, dont M. Figuier a résumé avec soin toutes les découvertes de quelque valeur, a été à notre avis moins heureuse que les autres branches. C'est d'abord l'hypnotisme, cette mystification que ses plus ardents défenseurs sont aujourd'hui trop honteux d'avoir prise au sérieux pour qu'il soit généreux de les en plaisanter; le curare, antidote du tétanos, de M. Vella (de Turin); la longévité de M. Flourens, qui assigne à la vie de l'homme une durée moyenne et normale de cent ans au moins, etc.

Sous plusieurs rapports, la médecine a été plus heureuse que la physiologie; les travaux de M. Sanson sur la rage et les moyens de la reconnaître; ceux de MM. Baillarger, Brierre de Boismont, Legrand du Saulle, etc., sur la paralysie générale; le laryngoscope, voilà des questions qui méritaient d'être étudiées avec soin par M. Figuier, et qu'il a exposées en effet avec un rare bonheur. La partie comique du chapitre, c'est la guérison de la surdi-mutité par la méthode de Mlle Cléret, l'acide arsénieux pour prévenir l'apoplexie; le perchlorure de fer, panacée universelle, auquel on vient encore de trouver une vertu, celle de prévenir la rage chez les individus mordus; c'est la découverte, *refaite* après soixante ans, de l'origine du virus-vaccin...; ce sont enfin les bains à l'hydrofère, sur lesquels

(1) 1 vol. in-18. Chez Hachette.

On prescrit comme traitement : ventouses scarifiées à la nuque (deux palettes); limonade citrique, et une pilule d'extrait thébaïque de 0,05.

Le 27 juin, les accès convulsifs persistent avec la même fréquence. Le malade prononce continuellement des mots sans suite, qu'il répète sans interruption. Même état de la face, même injection conjonctivale. Les pupilles sont resserrées, immobiles, le regard toujours fixe; langue humide, blanchâtre; soif intense; urines involontaires. Par moments, la figure prend un aspect souriant; d'autres fois il semble prononcer avec colère certains mots, qu'il répète, du reste, pendant plus de cinq minutes de suite, et d'une voix mâchonnée et enrouée. — Bain de deux heures; vésicatoire volant à une jambe; extrait thébaïque, 0,10 le soir; eau de Sedlitz, deux verres; diète absolue.

Dans la journée et la nuit le malade est pris de près de cinquante accès semblables, et il meurt le 28 au matin dans le coma, après avoir présenté depuis le 27 au soir une coloration de la peau de la face presque noire.

Voici les désordres que l'autopsie a fait reconnaître :

Marbrures violacées sur tout le corps, aussi bien dans les parties élevées que dans les parties déclives. La face, la partie antérieure de la poitrine, la verge et les testicules, les jambes principalement, sont d'un noir violacé. Le cuir chevelu présente une injection notable.

La dure-mère incisée laisse échapper une grande quantité de gouttelettes d'un sang noir et épais. La pie-mère est considérablement injectée et épaissie. Sérosité sanguinolente dans la cavité sous-arachnoïdienne, disséminée par plaques et surtout à la partie antérieure, ainsi qu'à la base du cerveau. Adhérence de la pie-mère à plusieurs points de la couche superficielle des hémisphères du cerveau, particulièrement au lobe antérieur de l'hémisphère droit; pointillé rougeâtre intense de toute la substance grise superficielle et de la substance blanche dans les parties les plus voisines de la surface. Point de liquide inter-ventriculaire.

Le cœur présente les particularités suivantes :

Une couche de graisse enveloppe presque complétement le ventricule droit. La paroi est entièrement formée de tissu adipeux dans les deux tiers de son épaisseur; l'autre tiers, plus intense, est d'un rouge pâle. Examinés au microscope, les deux premiers tiers présentent du tissu adipeux sans aucun mélange de fibres musculaires. L'autre tiers, qui à la vue simple paraît à peu près à l'état normal, présente au microscope quelques faisceaux musculaires pâles et un très-grand nombre de petites gouttelettes d'huile. La paroi du ventricule gauche est saine. L'endocarde du côté droit est comme teinte en noir par le sang épais que contenait le ventricule.

Cette autopsie confirme un fait que M. Voisin a déjà signalé, à savoir : la concordance de la dégénérescence graisseuse du cœur avec l'absinthisme chronique. Ainsi que notre confrère dit l'avoir toujours observé, l'altération portait principalement sur la paroi du ventricule droit, qui, dans ce cas particulier, semblait à l'œil nu entièrement adipeuse dans les deux tiers de son épaisseur.

Quant aux lésions de l'encéphale, congestion méningée intense accompagnée de suffusion séro-sanguine sous-arachnoïdienne, d'adhérences de la pie-mère avec la substance grise et d'un excès de vascularisation des couches cérébrales : elles étaient parfaitement en rapport avec les convulsions éclamptiques qui ont emporté le malade.

De la vaccination des enfants nouveau-nés.

L'article de notre dernière *Revue* sur la question de savoir s'il est convenable ou non de vacciner les enfants dans les premiers jours de la naissance, nous a valu plusieurs communications sur ce sujet qui nous ont paru apporter des éléments utiles pour la solution de cette question.

Voici d'abord une lettre de M. le docteur Le Barillier, médecin de l'hôpital des Enfants de Bordeaux, dont l'opinion, à ce titre, mérite d'être prise en sérieuse considération :

« Je ne suis pas partisan des vaccinations prématurées, nous écrit M. Le Barillier, en voici les raisons :

» Dans la section d'allaitement qui reçoit les enfants trouvés et les indigents, le règlement nous impose l'obligation d'envoyer à la campagne, quelques jours après leur admission, les enfants qui ne sont pas malades; pour nous conformer à cette condition, nous sommes obligés de faire vacciner les enfants dès le lendemain de leur arrivée; ces enfants, qui ont souvent souffert avant leur admission (soit par un défaut de soins, soit par un allaitement insuffisant), présentent dès le troisième ou le quatrième jour qui suivent la vaccination, des accidents variés; presque toujours de la fièvre, et, comme M. Blache, mon très-honoré maître, j'ai pu constater des inflammations violentes, des ulcérations profondes, etc., qui ont parfois enlevé nos enfants en quelques jours.

» Chez ceux, au contraire, que l'administration garde à l'hôpital, ou qu'une maladie survenue avant leur entrée nous permet de ne vacciner que plus tard, ces accidents sont bien moins fréquents. Je ne pense pas qu'à Bordeaux la vaccination devienne quelquefois indirectement une cause de mort, en retardant l'envoi à la campagne des enfants gardés à l'hospice, fait signalé par M. Hervieux à Paris; il est vrai que les conditions ne sont peut-être pas les mêmes dans les hôpitaux d'enfants. A Bordeaux, les enfants de l'hospice ont chacun une excellente nourrice, ce qui n'existait pas à Paris il y a plusieurs années.

» Je crois donc que, en général, dans les hôpitaux il est préférable de garder les enfants jusqu'au second ou au troisième mois avant de les vacciner. Un autre avantage de cette manière de faire sera de préserver les nourrices de la campagne auxquelles nous confions les enfants, de la contagion syphilitique; car souvent les manifestations de la syphilis infantile sont tardives (deux mois). Cette considération m'a toujours fait retarder la vaccination jusqu'au troisième mois chez les enfants suspects, et j'ai toujours eu à me louer de cette réserve, d'autant plus que la variole est très-rare avant l'âge de trois ou quatre mois.

» Un fait important à signaler à propos de vaccination est celui-ci :

» A l'hospice de Bordeaux, depuis le mois de mai jusqu'à la fin de juin (1861), nous n'avons pas pu vacciner un enfant sans voir survenir un érysipèle, souvent très-étendu, autour des boutons vaccinaux (huit fois cet accident a été observé : deux enfants ont succombé); trois fois les boutons vaccinaux ont servi de point de départ à des ulcérations gangréneuses très-étendues, qui ont emporté nos petits malades. Et cependant nous avions chaque fois le soin de nous servir d'un vaccin nouveau et provenant d'une source non suspecte. Une seule piqûre a été faite dans deux cas à chaque bras, l'érysipèle s'est néanmoins produit. (Une épidémie d'érysipèle régnait dans nos salles; on devrait donc s'abstenir de vacciner en temps d'épidémie d'érysipèle.)

— La seconde communication est de M. le docteur Alfred Liégard, de Caen. Voici ce que nous transmet notre confrère :

« Il y a environ vingt-cinq ans, dit-il, mon ami le docteur Casting n'avait que deux filles, lorsque sa femme accoucha d'un petit garçon, ce qui le rendit bien heureux. Il attendait qu'il eût au moins un mois pour le vacciner, lorsque, vers le sixième jour, cet enfant fut pris d'une petite vérole confluente à laquelle il ne tarda pas à succomber. La désolation de ce pauvre ami et les reproches qu'il se faisait de ne pas l'avoir vacciné dès les premiers jours de sa naissance me firent une forte impression, et depuis ce temps j'ai généralement pratiqué cette petite opération dans les huit ou dix premiers jours, et jamais je n'ai remarqué le moindre accident que l'on pût attribuer à cette pratique. J'en ai usé ainsi à l'égard de mes enfants : « mon fils aîné fut vacciné dans son troisième jour... » Notre savant maître Husson était aussi grand partisan des vaccinations pratiquées de très-bonne heure. Quelqu'un lui demandant un jour, en ma présence, à quel âge il avait vacciné son fils : « *A trois heures*, » répondit-il.

» Ce fait prouve quelle était la confiance de ce grand praticien dans les vaccinations précoces. Son opinion, ainsi que celle de M. Bousquet, qui est en tout semblable, doivent avoir un grand poids dans la balance.

» Je termine par deux faits tirés de ma pratique ordinaire.

» Le 3 mai dernier, à huit heures et demie du matin, Mme H... accouchait d'un garçon fort et parfaitement constitué. A midi (ce même jour), je devais pratiquer plusieurs vaccinations avec un très-beau vaccin que me donnait un enfant de quinze jours, lui-même aussi d'une très-forte santé; j'en profitai pour vacciner le petit garçon, venu au monde trois heures et demie auparavant : je fis six piqûres, qui nous donnèrent six magnifiques pustules.

» Huit jours après, par une singulière coïncidence, Mme P..., sœur de Mme H..., mit au monde, à sept heures du matin, une petite fille bien constituée, du poids de 3,500 grammes. Quatre heures après son petit cousin nous donna pour elle de son vaccin : je fis également six piqûres, qui nous donnèrent cinq belles pustules.

» Ces deux enfants n'ont pas plus que les autres été indisposés le moins du monde de cette vaccination si précoce. Le seul inconvénient que j'ai pu remarquer de la vaccination pratiquée ainsi quelques jours ou quelques heures seulement après la naissance, c'est que quelquefois, et plus particulièrement chez les enfants très-petits et très-faibles, les pustules ne se développent pas, et l'on est obligé de revacciner un peu plus tard. Chez ces très-chétifs enfants, je ne fais jamais qu'une ou deux piqûres à chaque bras. »

— Une troisième lettre sur le même sujet nous a été adressée par M. le docteur Delfrayssé (de Cahors).

M. Delfrayssé se préoccupe beaucoup moins des dangers que pourrait avoir la multiplication des inoculations chez les très-jeunes enfants, que de ceux qu'il attribue à leur insuffisance. Ainsi, à propos de la pratique du regrettable M. Legroux, consistant à ne pratiquer que deux ou même une seule piqûre à chaque bras pour éviter l'inflammation qui se manifeste souvent autour de ces pustules, il fait remarquer qu'à côté de cet avantage il y aurait un inconvénient qu'il a constaté plusieurs fois et qui l'a décidé à multiplier les piqûres, surtout chez les enfants peu vigoureux; c'est qu'un trop petit nombre de boutons ne suffit pas toujours pour provoquer un degré de réaction nécessaire au succès de la vaccination, et qu'il est facile d'ailleurs d'éviter l'inflammation produite par des pustules trop rapprochées en les éloignant à volonté. On peut et on devrait même, dit-il, pour atteindre toujours le but de cette opération, distribuer dix ou douze piqûres aux bras, aux cuisses, aux jambes et au tronc, car si la vaccine échoue quelquefois, il faut attribuer la plupart de ces échecs à une pustulation insuffisante, et par suite au peu de réaction qu'elle a produit. Je comprends difficilement, ajoute-t-il, pourquoi les vaccinateurs n'ont pas cherché dans la multiplication des pustules et leur distribution sur les diverses régions du corps, un moyen d'éviter les insuccès. Mon expérience m'autorise à proclamer, en effet, qu'on doit chercher la cause de ces insuccès le plus souvent, sinon toujours, dans le trop petit nombre de pustules qu'on place exclusivement sur les bras.

Pour éviter ce fâcheux résultat, il suffira donc ordinairement de mettre un bouton à la nuque, un autre à chaque bras, deux sur chaque région latérale du tronc, un à chaque cuisse et un à chaque jambe, si l'enfant est faiblement constitué. Par ce moyen on obtient une réaction suffisante, et on évite de produire une vive inflammation autour des pustules vaccinales.

— La question de la pratique des vaccinations dans les hôpitaux réservée, à cause des conditions toutes spéciales où s'y trouvent les enfants, les faits énoncés par nos confrères ne nous paraissent pas de nature à rien changer dans la proposition par laquelle nous avons résumé notre appréciation sur ce point de pratique dans l'avant-dernière *Revue*.

OBSERVATION DE PHLEGMON PÉRI-UTÉRIN;

Par M. le docteur QUANTIN.

Louise D..., âgée de vingt-trois ans, demeurant à Belleville, rue

---

M. Figuier déclare avec raison ne pas être suffisamment édifié pour admettre qu'ils remplacent *avec avantage* le bain vulgaire.

Nous trouvons dans le chapitre de l'hygiène l'histoire des allumettes chimiques et de leurs dangers, l'hygiène des théâtres, les citernes de Venise, et une note de M. Grimaud (de Caux) sur la manière de rendre aux eaux potables la limpidité et la fraîcheur désirables. Peut-être, à propos des allumettes chimiques, eussions-nous désiré que M. Figuier eût été moins absolu dans sa condamnation des allumettes au phosphore blanc, au profit des allumettes au phosphore amorphe. Nous avons eu ailleurs occasion de faire ressortir, au point de vue usuel, l'infériorité de ces dernières, qui, une fois égaré le frottoir spécial, ou lorsque l'obscurité empêche de le retrouver, ne sont plus que des morceaux de bois sans signification et sans utilité.

Nous mentionnerons, avant de terminer, les deux sections consacrées aux arts industriels et à l'agriculture, où l'auteur a rendu compte de la fabrication artificielle de la glace, de nouveaux procédés de panification, des résultats de plusieurs concours agricoles, envisagés surtout au point de vue des machines, et, entre autres, des machines à faucher, à faner, à moissonner; de l'éducation des nouveaux vers à soie de l'aylante et du ricin.

Le dernier paragraphe contient la description du magnifique Jardin d'acclimatation, destiné à doter notre pays d'espèces animales et végétales nouvelles pour nos climats, et à multiplier et répandre dans le public toutes celles qui paraîtront dignes d'intérêt par leur utilité ou leur agrément.

Nous ne saurions trop applaudir, nous le répétons, au zèle avec lequel M. Figuier cherche depuis cinq ans à rendre de plus en plus intéressante et utile à tous, la publication qu'il a entreprise. Son ardeur au travail, son talent de vulgarisation, la promptitude de son intelligence à saisir le côté pratique des questions, le but utile des découvertes et des inventions qui surgissent chaque jour au milieu d'une civilisation qui marche à pas de géant, nous sont un sûr garant qu'il parcourra longtemps encore et avec succès la voie qu'il s'est si courageusement et si honorablement ouverte. Dr A. FOUCART.

Bulletin bibliographique des sciences physiques, naturelles et médicales, publié par MM. J. B. BAILLIÈRE et fils (1re année, 1860. Un vol. in-8°. 2e année, 1861; fascicule 1).

Voici un recueil avec lequel nous sommes un peu en retard, et que les bibliophiles, non plus que ceux qui cultivent la littérature médicale, ne nous pardonneraient pas de passer sous silence.

MM. J. B. Baillière et fils ont entrepris, l'an dernier, la publication d'un catalogue de tous les livres imprimés en France et des plus importants parmi ceux parus à l'étranger, concernant les sciences physiques, naturelles et médicales; leur but a été de rendre service aux savants qui voudront se tenir au courant de tout ce qui paraît dans la spécialité de leurs études.

Leur Bulletin, divisé en deux parties, comprend : le titre, le format, le nombre de pages, le nom de l'éditeur et le prix de l'ouvrage, le tout accompagné d'une note complémentaire indiquant les travaux antérieurs les plus importants de l'auteur du livre dont il est question, et rappelant les sources où on les rencontrera. Dans la seconde section, les éditeurs donnent une liste d'ouvrages anciens ou modernes sur un sujet donné, épidémies, accouchements, oculistique, par exemple, formant ainsi un Index bibliographique du plus grand secours à ceux qui se livrent à des recherches de science pure ou de pratique.

Nous prédisons un légitime succès à cette publication, si les auteurs, comme nous n'en doutons pas, la continuent avec le même soin et la même intelligence. Dr A. F.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté de M. le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique en date du 7 septembre 1861, approuvé par M. le sénateur, préfet de la Seine, le 12 du même mois, MM. Monneret, médecin de l'hôpital Necker, et Guéneau de Mussy, médecin de l'hôpital de la Pitié, sont nommés médecins de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de MM. Piédagnel et Legroux, décédés.

— M. le docteur Emmanuel Soler et Espaller, professeur à l'École centrale de médecine de Madrid, chargé par son gouvernement de constater les progrès de la chirurgie dans les principales villes de l'Europe, vient d'arriver à Paris.

de Vincennes, me fait appeler le 13 juin 1860 pour un chancre et un bubon. Elle est maigre, a le teint jaune-paille, les lèvres décolorées, est en proie à une dyspepsie habituelle, et présente les apparences d'une constitution chétive et maladive. J'ordonne du vin de quinquina, et la fluctuation devenant manifeste le 23 juin, j'ouvre le bubon, qui donne issue à une quantité considérable de pus bien lié. Quelques jours après l'incision du bubon, la malade se plaint de vives douleurs à la marge de l'anus et à la partie inférieure de la fesse droite. Je prescris des frictions belladonées. Bientôt Louise D... perd l'appétit; ses forces diminuent, et une fièvre continue survient et ne la quitte plus. Je pratique les touchers anal et vaginal, et je sens dans le cul-de-sac postérieur du vagin une tumeur molle.

Il y a dans l'excavation pelvienne de vives douleurs augmentant par la pression. La fluctuation se manifeste dans l'abcès, qui vient de s'ouvrir le 5 juillet dans le milieu du pli qui sépare la grande lèvre droite de la petite lèvre du même côté. Issue d'une quantité considérable de pus très-mal lié et extrêmement fétide, si fétide même qu'il est permis de supposer qu'il contient des excréments.

Un cathétérisme de l'abcès, et l'usage de tisanes colorées au carmin, infirment cette supposition. L'état général est fort mauvais, car il y a une fièvre atroce, une insomnie habituelle, pas d'appétit, des vomissements et des frissons, et enfin des douleurs abdominales surаiguës et lancinantes, qui pourraient faire croire à une péritonite ou à une infection purulente.

Je commence le 20 des injections de teinture d'iode au cinquième dans le foyer de l'abcès, et dès les premières injections le pus paraît modifié et dans sa qualité et dans sa quantité.

Le 24, Louise D... va beaucoup mieux; sa figure est moins crispée, et a une expression plus tranquille; les vomissements et les frissons ont cessé. Les douleurs abdominales sont plus supportables.

Du 24 au 25, la nuit est bonne, et la malade a un sommeil tranquille. Je lui permets, sur sa demande, de prendre quelques aliments légers, qu'elle supporte du reste bien. Le décubitus dorsal est défavorable à la malade; le pus s'accumule dans le cul-de-sac de l'abcès, cul-de-sac situé à gauche, vers le sacrum. Cet abcès, passant à travers les muscles du périnée, débouche à droite. Je presse sur la peau amincie à la place du cul-de-sac, et je fais sortir par l'ouverture une certaine quantité de pus bien lié. Ce qui m'empêche d'ouvrir ce cul-de-sac, c'est la crainte de faire pénétrer trop facilement de l'air dans le foyer.

Le 28 juillet, l'état de la malade s'est fort amélioré, le pus a une belle couleur blanc-jaune; il est lié et peu abondant: il y a de l'appétit.

Le 3 août, j'injecte de la teinture d'iode presque pure; il y a peu de pus; la malade continue à avoir de l'appétit; elle dort bien et se lève un peu. Elle m'apprend alors que deux ans auparavant elle a été à la Charité, dans le service de M. Nonat, pour un abcès péri-utérin.

Le 4, le mieux continuant, Louise peut se lever deux fois et faire deux petites promenades.

Il n'y a plus de douleurs, et presque plus de pus, qui est du reste de très-bonne qualité.

Le 7, il n'y a plus du tout d'écoulement de pus; la malade va si bien qu'elle sort de chez elle trois ou quatre fois par jour.

Je cesse alors mes visites, et je ne revois plus Louise D... que le 25, jour où elle vient à ma consultation. J'introduis dans le trajet une mèche imbibée de vin aromatique.

Les 27, 28 et 30, je fais une injection iodée, et la malade étant guérie, je cesse tout traitement.

Louise D... a beaucoup engraissé; sa plaie ne suppure plus du tout; elle n'éprouve plus de douleurs d'estomac, et est fraîche et colorée. Tout ce qui lui reste de son affection est une fistule borgne, très-large, de la longueur du doigt, mais qui ne suppure plus. Cette femme, qui jouit d'une santé excellente aujourd'hui, est enceinte de huit mois, et sa grossesse n'a rien présenté d'anormal jusqu'à ce jour.

COMPOSITION DE L'AIR DU MONT BLANC,

Par M. Frankland.

Les échantillons d'air ont été pris à trois altitudes dans des tubes qu'on a eu la précaution de sceller sur les lieux mêmes. L'analyse a été faite avec les appareils de M. Frankland et avec les soins que cet habile chimiste met à tous ses travaux.

De ce travail découle un fait qu'on connaît déjà, en partie du moins; savoir, que les proportions d'acide carbonique augmentent avec l'altitude. Cependant l'auteur fait voir que cette conclusion est trop générale, attendu que passé une certaine hauteur, le gaz CO^2 diminue. Du reste, à une augmentation de ce gaz correspond toujours une diminution d'oxygène. Au surplus, voici un tableau résumant les principaux résultats de l'analyse.

Air pris.	Altitude.	CO^2	O
Aux Grands-Mulets.	11,000 pieds.	0,111	20,802
Au sommet du mont Blanc. .	15,732	8,061	20,963
A Chamounix.	3,000	0,063	20,894

(*Annal. der chem. und pharm.*)

BAINS SULFUREUX ARTIFICIELS.

Lorsque l'on prend un bain sulfureux artificiel, les effets produits sur l'économie peuvent être assez différents, parce que la composition en peut varier à l'infini, suivant, en quelque sorte, le caprice du pharmacien ou du baigneur, chacun d'eux variant, si le médecin abandonne son malade à leur initiative, pour le choix du sulfure alcalin et pour la dose. Or, comme l'action des divers sulfures n'est pas absolument la même, comme la différence des doses entraîne aussi des différences d'action, le médecin devra toujours formuler nettement quelle sorte de bain sulfureux artificiel il entend faire prendre à son malade. Il devra aussi faire attention à la déplorable habitude prise dans le commerce de faire des substitutions, qui, bien que paraissant au premier abord indifférentes, ne le sont peut-être pas au point de vue médical. C'est ainsi que, comme le rappelle M. Cazac (de Toulouse), aujourd'hui on vend dans la droguerie, sous le nom de *foie de soufre*, non plus du *sulfure de potasse*, mais du *sulfure de soude*, ou un mélange de sulfures de potasse et de soude, qui ont l'inconvénient grave de se décomposer beaucoup plus que le sulfure de potasse du Codex.

Pour obvier à cet inconvénient, et pour obtenir en même temps un produit moins coûteux, M. Cazac propose l'emploi de la combinaison suivante : Chaux vive, 120 parties ; soufre, 260. On délaye le tout, après extinction de la chaux, dans 2,000 parties d'eau ; on fait bouillir dans un vase de fonte, et on ajoute environ 200 parties de carbonate de potasse après que la chaux et le soufre se sont dissous ; on filtre, et on évapore jusqu'à ce que la liqueur marque 42 degrés à l'aréomètre Baumé. La liqueur représente un tiers de son poids de sulfure sec. Pour que cette préparation se fasse dans de bonnes conditions économiques, il est utile de préparer à la fois huit à dix bains. Cette préparation de bains sulfureux artificiels est incontestablement faite d'après un procédé pharmacologique régulier, et c'est à l'expérimentation thérapeutique à venir donner sa sanction au procédé. (*Journ. de méd., chir. et pharm. de Toulouse.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 septembre 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. Giraldès revient sur la petite malade présentée par M. Trélat. Cette enfant est dans son service, à l'hôpital des Enfants; et il pense qu'outre la luxation il y a une fracture de l'extrémité articulaire de l'humérus. Cette complication expliquerait la difficulté de réduction que M. Trélat a rencontrée. M. Giraldès ajoute qu'il a reçu aujourd'hui même une autre enfant, atteinte comme la première de luxation du coude, et que chez l'une comme chez l'autre il a trouvé des traces d'ancienne fracture.

RAPPORT.

M. Houel lit le rapport suivant, sur un travail communiqué par M. Dolbeau dans l'une des séances précédentes, et qui traite d'une variété d'arthrite;

Messieurs, dans une de vos dernières séances, M. Dolbeau, chirurgien du Bureau central, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, vous a lu un travail intitulé : *Mémoire sur une variété d'arthrite*. Une commission, composée de MM. Guersant, Richet, rapporteur, et Houel, a été chargée de vous rendre compte de ce travail.

Les lésions chroniques des articulations, malgré les nombreux travaux dont elles ont été l'origine, sont encore loin d'être complétement élucidées: tous les chirurgiens seront certes de mon avis; un des plus éminents, un de ceux qui se sont le plus occupés des lésions articulaires, disait encore dernièrement à sa clinique, qu'il n'existait point de lésions dont l'origine et la nature laissassent autant à désirer. Nous devons donc savoir gré à M. Dolbeau d'avoir touché un point aussi important de la pathologie chirurgicale.

M. Dolbeau, dans son travail, s'est borné à l'étude d'une variété des lésions articulaires, celle qui est aujourd'hui généralement désignée sous le nom d'*arthrite sèche*. Par une bizarrerie assez singulière, le symptôme sur lequel l'auteur a plus spécialement attiré votre attention, c'est *l'hydropisie de l'articulation avec dislocation ligamenteuse*.

Un de nos collègues, entendant cette lecture, s'étonna fort de cette qualification d'*arthrite sèche* donnée à une lésion qui se trouvait précisément caractérisée par une hydropisie articulaire. M. Dolbeau devant faire jouer un rôle important à l'hydarthrose, dès le début de son travail, blâme aussi cette expression, mais tout en reconnaissant cependant qu'il ne s'agit point dans cette forme de lésion d'une tumeur blanche ordinaire; et n'étant point plus heureux que ses devanciers, il n'ose créer pour cette maladie une qualification qui lui convienne mieux.

L'arthrite sèche n'est point une lésion qui ait été nouvellement décrite; elle était désignée sous le nom d'*arthrocace*, et M. Cruveilhier lui avait donné le nom d'*usure articulaire*, caractère anatomique emprunté à une altération spéciale des surfaces articulaires, os et cartilage, et qui indique aussi que dans l'esprit du savant professeur d'anatomie pathologique cette altération n'était point le plus souvent accompagée d'accumulation de liquide dans l'articulation. C'est en 1847 et 1848 que M. Deville insista pour appliquer plus spécialement à cette lésion le nom d'*arthrite sèche*, expression qui a été souvent critiquée, et qui me paraît cependant devoir être conservée jusqu'à ce qu'une dénomination plus heureuse soit proposée.

En effet, Messieurs, si dans cette forme de lésion on observe quelquefois des épanchements articulaires, le plus souvent ils ne sont qu'un accident de la maladie, ils n'en constituent point le symptôme le plus important. Ils manquent même souvent dans toutes les périodes de l'évolution de cette lésion articulaire, et les faits que nous a rapportés M. Dolbeau et que nous examinerons un peu plus loin, sont certainement rares.

La présence exceptionnelle d'un liquide, quelquefois même abondant dans l'arthrite sèche, a été reconnue par tous ceux qui se sont occupés de cette question; mais la plupart l'ont considéré comme la conséquence des corps étrangers, qui sont plus ou moins nombreux et volumineux dans cette forme de lésion des articulations. M. Dolbeau, tout en acceptant l'opinion que ces corps étrangers puissent produire par leur présence une hydarthrose, ne peut cependant admettre que cet épanchement de liquide ait toujours une cause mécanique; ce serait, dit-il, défendre une opinion qui ne répondrait point à la généralité des faits. Comme preuve à l'appui de cette manière de voir, il cite une observation venant du service de M. le professeur Denonvilliers, et dans laquelle ces corps manquaient, et cependant il y avait une hydarthrose.

Au début de son travail, l'auteur dit encore que dans un certain nombre de cas, l'hydropisie est tellement considérable, que l'on ne peut s'empêcher de la considérer comme la manifestation principale d'une diathèse, et que c'est pour cette raison qu'il prend la liberté d'attirer l'attention de la Société de chirurgie sur ce sujet.

M. Dolbeau attache donc une plus grande importance qu'on ne l'avait fait avant lui à l'hydarthrose articulaire dans l'arthrite sèche; il serait même tenté, je crois, de la considérer comme fréquente. Votre rapporteur ne peut accepter cette manière de voir; certes, à des époques variables de l'évolution de cette redoutable maladie, on trouve quelquefois des épanchements articulaires, mais ils sont généralement passagers, et ils peuvent même manquer complétement. C'est principalement dans la première période qu'on les observe, mais quand la synoviale est détruite, que les cartilages eux-mêmes ont été remplacés par un tissu fibreux dense, qu'il y a même usure et éburnation des surfaces articulaires, on se demande d'où pourrait provenir ce liquide. Je donne des soins dans ce moment à une dame qui est dans cette condition, et dans aucune des articulations il ne s'est produit d'épanchement.

Ce n'est pas seulement au point de vue des surfaces articulaires que nous reconnaissons la nécessité d'établir une différence entre l'arthrite sèche et les tumeurs blanches proprement dites, mais encore pour le squelette en général. Ce caractère, sur lequel je demande à la Société la permission d'insister, ne me paraît point encore avoir suffisamment attiré l'attention des observateurs. C'est à la comparaison simultanée d'un grand nombre de lésions articulaires, que je dois d'avoir fixé mon attention sur ce point.

Lorsque l'on examine le squelette d'une articulation qui a été atteinte d'arthrite sèche, voici ce que l'on constate : la lésion osseuse, quelle que soit la période d'évolution, est bornée à l'épiphyse et ne dépasse point les insertions ligamenteuses de la jointure. La maladie ne retentit donc point au loin sur le squelette; si, au contraire, l'articulation est atteinte de tumeur blanche proprement dite, outre que les altérations articulaires sont bien différentes de celles que l'on trouve dans l'arthrite sèche, la lésion osseuse s'étend plus ou moins loin sur les os voisins, qui présentent à un degré quelquefois très-avancé les caractères de l'ostéite. On voit se généraliser ce fait si intéressant qui a été bien étudié par Gerdy, à savoir, la facilité avec laquelle se propage l'inflammation d'un os à un autre à travers les articulations. Cette différence sur le squelette en général, que l'on trouve dans les tumeurs blanches et l'arthrite sèche, indépendamment de la lésion articulaire, démontre la différence qui doit exister dans le pronostic de ces deux maladies.

M. Dolbeau, pour démontrer l'importance des hydarthroses considérables dans l'arthrite sèche, s'appuie, dans son mémoire, sur trois observations très-intéressantes, que nous vous demandons la permission d'examiner; nous le ferons aussi brièvement que possible.

La première date de 1858 et a été prise dans le service de M. Velpeau. L'homme était âgé de soixante-deux ans ; malgré l'existence d'une hydropisie considérable, il semble bien ici qu'il s'agit d'une arthrite sèche; les altérations signalées par M. Dolbeau ne laissent aucun doute à l'esprit. L'auteur fait alors observer que quand l'arthrite est limitée à une seule articulation, quoique dans l'observation il soit dit qu'un certain nombre d'articulations faisaient entendre des craquements, elle a plus de gravité que lorsqu'elle occupe plusieurs régions; elle aurait en cela une certaine analogie avec le rhumatisme mono-articulaire.

Les deux autres observations rapportées par M. Dolbeau comme des exemples d'arthrite sèche avec hydropisie articulaire considérable, sont d'un grand intérêt; M. Dolbeau les a étudiées avec un soin digne d'éloges, d'autant plus que dans ces deux faits une erreur sur la communication des tumeurs situées sur le côté du tendon d'Achille avec l'articulation du genou était difficile à éviter.

Mais s'agit-il bien dans ces deux cas d'une arthrite sèche, ou bien n'a-t-on pas eu plutôt affaire à une de ces hydropisies considérables que l'on rencontre quelquefois dans certaines tumeurs blanches à forme spéciale, qui peuvent simuler une arthrite sèche? Me basant sur les faits précédemment indiqués, je pencherais volontiers vers cette dernière opinion. En effet, dans l'observation qui vient du service de M. Nélaton, il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, qui a fait une narration fantaisiste des débuts de la maladie qui siégeait sur le genou droit.

Il avait des douleurs rhumatismales depuis vingt ans, et quatre mois seulement avant son entrée à l'hôpital, les douleurs ont augmenté dans le genou siége de l'hydropisie. Ce gonflement a bientôt compris toute l'articulation, et, en l'espace de quelques semaines, la jambe, le pied, puis la partie inférieure de la cuisse, ont pris un volume considérable. Il s'est, au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, présenté des difficultés de diagnostic sur ces différents gonflements, difficultés que M. Dolbeau a rapportées avec détail dans son observation, en montrant avec quelle facilité une erreur aurait pu être commise relativement à la communication des tumeurs situées sur le côté du tendon d'Achille avec l'articulation du genou.

M. Dolbeau résume ainsi lui-même l'observation qu'il vous a fait connaître en détail : « Vaste collection synoviale occupant l'articulation du genou et s'étendant à la partie postérieure de la jambe, entre les couches musculaires jusque sur les côtés du tendon d'Achille. Distension énorme des ligaments; présence de quelques concrétions dans l'épaisseur de la capsule; craquements dans plusieurs articulations; état diathésique. »

Certes, chez cet homme, le chirurgien n'a point eu affaire à une tumeur blanche ordinaire, mais rien dans les antécédents ni dans les symptômes ne dénote d'une manière positive qu'il s'agissait bien d'une arthrite sèche, d'une simple usure articulaire. La présence de *quelques concrétions* dans la capsule et des craquements dans plusieurs articulations ne sont pas des symptômes suffisants pour l'établir. Dans les réflexions dont M. Dolbeau a fait suivre cette observation, il s'est surtout attaché au point intéressant de ce fait, à savoir l'hydropisie articulaire et sa communication avec les tumeurs liquides de la jambe; tous les membres de la Société liront cette observation avec grand intérêt, ainsi que la discussion qui l'accompagne.

La troisième observation du travail de M. Dolbeau, qui a été recueillie en 1854 dans le service de M. Velpeau, a beaucoup d'analogie avec la précédente sous le rapport de la double collection liquide, et les caractères généralement assignés à l'arthrite sèche y sont un peu plus évidents. Ici, en effet, il me paraît difficile de ne point admettre qu'il s'agit bien d'une hydropisie avec usure articulaire; mais je n'en persiste pas moins à considérer ces faits comme très-rares, qu'il faut signaler aux observateurs comme possibles.

Je me demande si dans ces bydropisies considérables, à une période avancée des arthrites sècbes, la lésion n'a point été mixte, c'est-à-dire, si au début il n'a point existé une véritable tumeur blanche, et si plus tard l'articulation, sous l'influence du traitement, n'a point revêtu les caractères de l'arthrite sèche, que je considérerais dans ce cas comme une modification bcurense dans les lésions des surfaces articulaires. Si la présence d'un liquide abondant dans l'arthrite sèche avait une tendance à se généraliser, il est certain que l'expression proposée par M. Deville serait à changer, car elle ne pourrait que propager une erreur dans l'esprit des observateurs. Mais, comme je l'ai dit plus haut, l'artbrite sèche ne peut encore, dans certains cas, qu'être difficilement distinguée de certaines formes de tumeurs blanches; et peut-être devra-t-on un jour faire encore une séparation entre l'usure articulaire et la maladie que M. Dolbeau a décrite.

Le travail que vous a lu M. Dolbeau sera, je n'en doute point, considéré comme digne de fixer l'attention des chirurgiens. En outre il se recommande par l'originalité propre à son auteur; aussi la commission vous propose-t-elle de l'insérer dans nos *Bulletins*.

Quant à l'auteur, il est assez connu de nous tous pour me dispenser d'insister plus longuement sur la place qui lui est marquée parmi nous.

Il a publié un certain nombre de travaux ayant trait à la chirurgie et dont le plus remarquable est relatif à cette question si intéressante et encore si neuve des enchondromes.

La position de M. Dolbeau, aujourd'bui chirurgien du Bureau central des bôpitaux, le recommande naturellement à vos suffrages; en outre, votre commission a l'honneur de vous proposer, comme dernière conclusion, de vouloir bien adresser des remercîments à l'auteur.

DISCUSSION.

M. GIRALDÈS. — M. le rapporteur a touché deux points dans son travail : l'un, qui est relatif à l'interprétation des faits, et sur lequel je n'insisterai point; l'autre à un point de doctrine, et qui peut soulever une discussion.

Il reproche à M. Dolbeau de vouloir faire intervenir, dans l'étiologie de l'arthrite sècbe, un état diathésique. Or l'opinion de M. Dolbeau me semble bien justifié par les travaux scientifiques antérieurs.

Celui qui a le plus étudié cette question, M. Robert Adams, chirurgien d'un des hôpitaux de Dublin, et qui a publié un livre avec plancbes, considère cette lésion comme dépendant d'une cause rbumatismale. Bien longtemps avant les recberches et les communications de M. Deville à la Société anatomique, M. Adams décrivait cette altération sous le nom d'*arthrite rhumatismale chronique*. Le rhumatisme est commun en Irlande, et M. Adams a pu suivre en quelque sorte l'évolution de l'arthrite sèche, indiquer les pbases de cette affection, et après avoir lu son beau travail, je pense comme lui que cette maladie se développe sous l'influence d'une diatbèse rhumatismale.

Quant au terme d'*arthrite sèche*, je pense que c'est une mauvaise expression. Il n'y a pas dans cette altération les caractères de l'inflammation, et le nom qu'on lui a donné semble pourtant indiquer un état inflammatoire.

Enfin, M. le rapporteur a trop négligé l'état de la synoviale; il ne faut pas se borner à étudier l'arthrite sèche sur le cadavre.

M. HOUEL. M. Giraldès m'a fait des objections qui ne devaient pas m'être adressées. Je n'ai pas fait la description de l'arthrite sèche, et surtout je n'ai jamais rejeté l'influence diathésique dans le développement de cette affection. J'ai seulement dans mon rapport examiné les points que M. Dolbeau avait plus spécialement étudiés dans son travail : la difficulté du diagnostic et la présence de liquide dans l'articulation. Je cite des cas où j'ai pu établir le diagnostic, et dans lesquels il n'y avait pas de liquide. Je dis que cette forme doit être décrite à part, et je rappelle les divers degrés admis par M. Deville. Je connais bien l'arthrite sèche, les publications dont elle a été le sujet, et le travail de M. Adams. Je possède aussi dans le Musée de nombreux exemples de cette lésion. Si M. Giraldès veut savoir mon opinion sur l'étiologie de cette maladie, je dirai que j'admets comme lui pour l'expliquer la diathèse rbumatismale.

M. MOREL-LAVALLEE réclame la priorité en faveur de M. Cloquet. Il y a au moins trente ans que M. Cloquet nous a fait voir des pièces sur lesquelles il décrivait les lésions de l'arthrite sèche sans se servir de cette expression.

M. HOUEL rappelle que c'est en 1832 ou 1833 que M. Cruveilbier a commencé à publier des planches sur cette altération, qu'il appelait l'*éburnation des surfaces articulaires*.

M. GIRALDÈS insiste sur la lacune qu'il a signalée dans le rapport de M. Houël, concernant l'état de la synoviale.

M. HOUEL répond qu'il n'a pas eu la prétention de donner tout le tableau de l'arthrite sèche, et qu'il s'est borné à faire un rapport sur une lecture faite à la Société.

La Société adopte les conclusions de la commission : *adresser des remercîments à l'auteur*; et décide que le travail de M. Dolbeau et le rapport de M. Houël seront imprimés dans nos *Bulletins*.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

Fongus pulsatile du sommet de la tête; hémorrhagies répétées; ligature de la carotide primitive gauche; hémorrhagies consécutives par le fait d'adhérence du caillot dans le bout supérieur; infection purulente; mort. — M. MOREL-LAVALLEE. Dans le fait dont je mets les pièces anatomiques sous vos yeux, plusieurs points m'ont paru dignes d'intérêt : d'abord l'étiologie du mal, puis le développement considérable des artères extra-crâniennes qui semblaient toutes converger vers la tumeur malgré son petit volume; enfin, la netteté du mécanisme de l'hémorrhagie par le bout supérieur de l'artère après la ligature de la carotide primitive.

Le 1er mai 1861 est entré dans mon service, à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, n° 32, François F..., âgé de trente-sept ans, demeurant rue de Meaux, 66.

Il y a deux mois qu'en chargcant sa voiture de sacs de sucre en poudre, il en reçut un de 10 centimètres de haut sur la tête. Il en résulta sur le sommet de la tête une plaie qui ne s'est pas cicatrisée, et au bout de deux mois elle devint le siége d'une bémorrbagie qui nécessita le tamponnement.

Le lendemain de l'entrée du malade à l'bôpital, cette bémorrhagie ne s'étant pas reproduite, l'appareil à l'aide duquel un médecin de la ville l'avait arrêtée fut laissé en place. Dix jours plus tard, j'enlevai le pansement.

Je constatai au sommet de la tête une tumeur de la grandeur d'une pièce de 5 francs, un peu plus épaisse, recouverte d'une peau en partie dénudée, et présentant çà et là comme des granulations rougeâtres. La tumeur est mollasse, d'une fluctuation équivoque, qui donne d'abord l'idée d'un épanchement sanguin; mais on s'aperçoit bientôt qu'elle est pulsatile, que les artères extérieures dilatées rampent vers elle en se dessinant à travers la peau comme des nervures animées de battements. On y entend un léger bruit de souffle; elle est peu sensiblement réductible par la compression. Volume, pulsations, souffle, rien n'est modifié par la compression de la carotide droite; celle de la carotide gauche suspend entièrement les battements et le souffle, et diminue un peu le volume de la tumeur.

Malgré l'absence d'élancements, l'irréductibilité presque complète de la tumeur, il n'était guère permis de songer à du tissu érectile pur. Cependant, comme on pouvait encore conserver un doute à cet égard, une espérance; comme surtout les hémorrhagies qui se répétaient à cbaque instant mettaient continuellement la vie en danger, je parlai au malade de sa seule cbance de salut, la ligature de la carotide gauche. Elle fut immédiatement acceptée; mais un érysipèle survint, et l'épidémie continuant, j'engageai le malade à sortir pour quelque temps.

Quinze jours après, le 1er août, il revint demander l'opération.

Le 7 août, je pratiquai la ligature de la carotide gauche, en présence de M. Vernois et d'un chirurgien distingué de Pise, M. Palamidessi.

Je marquai d'abord d'un trait de plume la direction et les limites de l'incision; puis je fis former à la peau un pli transversal, que je divisai d'un coup de bistouri de son sommet à sa base, en suivant la ligne tracée à l'encre. C'est le procédé que j'emploie, quand je le puis, dans les ligatures d'artères comme dans l'opération de la bernie étranglée. Les téguments ainsi divisés avec autant de précision que de sécurité, j'attaque les couches sous-jacentes avec la sonde cannelée et le bistouri. Une seule artériole fut coupée et liée immédiatement.

J'arrivai bientôt à l'artère. Je la reconnus au fond de la plaie à sa couleur blanchâtre. De l'index de la main gauche, qui en sentait les battements, je la refoulai en dedans; puis, par des mouvements de va-et-vient, je passai la sonde cannelée à son côté externe, et la serrant au plus près pour éviter le pneumo-gastrique, je la soulevai. A ce moment, la voix du malade, qui était restée normale jusque-là, se voila tout à coup, en même temps qu'il accusa une douleur dans l'œil correspondant. Je m'étais appliqué à reconnaître et à ménager tous les filets nerveux qui s'étaient présentés, et d'ailleurs ce n'était pas la section d'un nerf qui déterminait le phénomène, puisqu'il ne s'était manifesté qu'à l'instant où le vaisseau était soulevé.

J'examinai donc avec grand soin tout autour de la partie dénudée de l'artère, et je ne découvris aucun filet nerveux. Je passai et serrai le fil sans aucun incident nouveau. C'était un peu au-dessus de l'omo-hyoïdien. Je ne noterai plus que deux particularités : c'est d'abord la profondeur à laquelle il fallut aller chercher l'artère, à cause des contractions et de la saillie du sterno-mastoïdien; enfin, la jugulaire interne ne fut point aperçue. Depuis la ligature, les battements sont restés presque entièrement supprimés, et le bruit de souffle complétement.

Le 11, quatrième jour de l'opération, il se déclara une hémorrhagie qui céda à un léger tamponnement; elle se renouvela le 14, et fut arrêtée de même.

Les 15, 16, 17, un liquide chocolat s'écbappe par la plaie, surtout pendant la toux; des frissons irréguliers, suivis de chaleur et de sueurs, font craindre une infection purulente.

Le 16, il y eut deux hémorrhagies assez abondantes pour nécessiter l'emploi du perchlorure de fer. Ces hémorrhagies offrirent toutes ce caractère qu'elles semblaient provenir du fond de la plaie; et se faisaient lentement, comme en nappe, sans pulsations sensibles dans le liquide.

La pyoémie se prononce de plus en plus; la mort arrive le 18, à quatre heures du matin.

Autopsie le lendemain, à neuf heures du matin. — En découvrant le *foyer* par la section du sterno-mastoïdien, j'aperçus un gros caillot noirâtre, en éventail, dont le sommet adhérait à l'artère au niveau de la ligature, et dont la base aplatie s'étalait dans tout le creux sus-claviculaire et s'engageait même un peu sous la clavicule. Le liquide s'était en quelque sorte congelé sur la perforation. La source de l'bémorrbagie était à la carotide, au niveau de la ligature. Je détachai l'artère depuis son origine jusqu'au delà de sa bifurcation, et voici la pièce :

Dans le bout inférieur, le caillot est long, solide, intimement adbérent partout aux parois vasculaires; aussi n'a-t-il rien laissé passer d'une injection d'eau poussée de bas en haut. Dans le *bout supérieur*, au contraire, l'injection, poussée doucement, a suinté au niveau de la ligature. Aussi, dans ce bout, le caillot, quoique d'une longueur et d'une consistance à peu près égales, n'avait-il que de faibles adhérences; encore manquaient-elles dans toute sa hauteur sur un des côtés du vaisseau. C'était par ce décollement que le sang s'était insinué et s'était fait jour au dehors. Les caillots représentent, d'ailleurs, des cônes dont la base répond à la ligature.

J'ai laissé la ligature en place, et vous voyez qu'elle a laissé en dehors d'elle le pneumo-gastrique,

La *tumeur* de la tête pénètre dans le crâne, ou plutôt elle en sort, ainsi que nous l'établirons. Elle a un double épanouissement : l'un extérieur, aplati; l'autre intérieur, arrondi, séparé par un étranglement au niveau de la perforation osseuse. C'est la forme du double bouton de cbemise. La partie intra-crânienne adhère à la dure-mère, avec laquelle elle se confond. C'est évidemment du tissu encéphaloïde. L'os a été alentour en partie refoulé en debors, en partie attaqué par l'absorption; la tumeur n'adhère qu'aux points qu'elle a rongés. Le trou est du diamètre d'une pièce de 2 francs. Le cerveau offre une petite dépression au niveau de la tumeur.

Les *poumons* sont parsemés d'*abcès métastatiques*.

Il n'est pas possible de s'y tromper : la tumeur préexistait à l'accident qui l'a fait découvrir. Il n'y a jamais eu de symptômes cérébraux; mais le refoulement des os autour de la perforation ne montre-t-il pas la longue pression de la tumeur en ce sens, et conséquemment son origine intra-crânienne? C'est un fongus de la dure-mère, un cancer vasculaire par excellence.

Comment s'expliquer l'altération de la voix et la douleur de l'œil au moment de la ligature? La douleur ne fut qu'instantanée, et la voix recouvra peu à peu son timbre.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 109. — MARDI 17 SEPTEMBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 109. — MARDI 17 SEPTEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3.000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7.000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 SEPTEMBRE 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Jobert (de Lamballe), dans des communications précédentes, a déjà soumis à l'Académie plusieurs séries de recherches expérimentales ayant pour objet de faire connaître la succession des phénomènes physiques et physiologiques qui s'opèrent dans les parties vivantes après les diverses solutions de continuité. Il a cherché non-seulement à démontrer comment se produit la réparation des tissus divisés, mais encore à résoudre la question de savoir s'il y a, après les solutions de continuité, reproduction ou régénération de certains organes. Dans le nouveau travail dont il a donné lecture dans la dernière séance, M. Jobert, continuant cet ordre de recherches, s'est proposé d'abord d'examiner avec plus de détails les faits particuliers et d'appeler l'attention sur les phénomènes qu'offrent sous ce rapport les tendons, dont les altérations et le travail physiologique de réparation peuvent être facilement suivis en raison de leur position superficielle et de la simplicité de leur organisation.

La première partie de cette nouvelle série de recherches est consacrée à l'étude des dispositions anatomiques respectives des gaînes et des vaisseaux des tendons. On verra dans le compte rendu l'exposé de ces dispositions anatomiques et des modes divers de distribution des vaisseaux dans les gaînes tendineuses ou dans les tendons eux-mêmes, suivant leur étendue, leur siége et leurs fonctions. Nous suivrons les développements que M. Jobert se propose de donner à ce travail, dans des communications ultérieures.

M. Jobert, à la suite de cette lecture, a exposé, au nom de M. Serre (d'Alais), une modification que cet habile chirurgien a introduite dans l'opération de la cataracte par abaissement. Cette modification, ou plutôt ce procédé, dont l'objet est de prévenir l'inflammation, consiste à débrider le cercle ciliaire, soit après avoir pratiqué l'abaissement, soit avant, et dans ce cas l'ouverture faite au cercle ciliaire sert à l'introduction de l'aiguille.

Le mouvement de manége et la rotation du corps autour de son axe longitudinal, indiquent-ils une certaine affection de l'appareil nerveux central et le côté qui en est le siége? Telle est la question que M. Friedberg (de Berlin) s'est proposé d'étudier dans un ouvrage qu'il vient de publier sur ce sujet, et dont il a fait hommage à l'Académie. D'après les résultats des observations cliniques et des vivisections qu'il a pu réunir dans ce travail, M. Friedberg est arrivé à formuler ces propositions, savoir : que le mouvement de manége et de rotation du corps autour de l'axe longitudinal indiquent une affection du pédoncule moyen du cervelet, le plus souvent combinée avec une affection de l'hémisphère du cervelet; que cette anomalie de la motilité ne peut être admise comme un phénomène constant de l'altération de ces organes. Quant à la détermination du côté où siége la lésion, elle dépendrait des conditions de combinaisons diverses que présente le phénomène principal avec d'autres phénomènes d'irritation ou de paralysie de l'organe nerveux central.

M. le docteur Germain a soumis au jugement de l'Académie un mémoire sur les mouvements du cœur, dont on trouvera les conclusions dans le compte rendu de la séance.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Relevé statistique des observations de l'année scolaire 1860-1861.

(Recueilli par M. A. DESPRÉS, interne du service.)

907 malades sont entrés cette année dans le service de M. Velpeau, présentant sous des formes variées un bon nombre des affections chirurgicales graves ou légères sur lesquelles les praticiens ont à exercer le plus souvent leur science et leur habileté. 890 malades ont été soumis à une observation exacte. Le reste se compose d'individus paresseux ou complaisants pour eux-mêmes, auxquels aucun traitement n'a été appliqué.

890 observations constituent un chiffre assez imposant. Et si sèche que paraisse une statistique, si rebattues que soient certaines vues générales sur les maladies qui sont du ressort de la chirurgie, il sera néanmoins facile de trouver des enseignements dans l'ensemble des faits rapportés. Les réflexions, dues à l'expérience du maître, augmenteront le prix de ce compte rendu, où des conceptions nouvelles ne peuvent manquer de trouver quelque appui.

Sur 890 malades, il y a eu pour un service de 54 lits d'hommes, 690 malades, dont 505 guéris, 97 améliorés, 24 morts, et 64 qui ne sont restés que quelques jours dans la salle, parce que leur maladie était près d'être guérie ou qu'il convenait de les faire passer dans des hôpitaux spéciaux. Pour un service de 32 lits de femmes, il y a eu 200 malades, dont 122 guérirent, 36 furent améliorées, 24 passèrent ou sortirent dans le même état, et 18 moururent.

Ici se présente la vérification d'un fait, la proportion moins grande de femmes atteintes de maladies chirurgicales et de lésions traumatiques en particulier. Assurément une des causes de cette disproportion établie entre les deux sexes est due à ce que les travaux des femmes, tout en exigeant une assiduité plus grande, les exposent à moins de dangers; c'est encore la répugnance qu'ont les femmes pour les hôpitaux, et leur timidité pour montrer leur mal.

Les observations de lésions traumatiques nous apprennent que sur 261 lésions de ce genre, 31 seulement existent chez des femmes, encore les fractures y entrent-elles à elles seules pour plus d'un tiers. 13 fractures ont été observées chez des femmes.

Il y a eu 64 plaies de toute nature, plaies par instruments piquants, tranchants, contondants, plaies par arrachement, et une autre variété de plaies produites par une chute, et dans lesquelles les parties interposées entre le corps sur lequel elles se heurtaient et des os, étaient divisées comme par un instrument tranchant. Telles ont été certaines plaies des régions sourcilières. Peu d'hémorrhagies ont accompagné ces plaies, ou elles étaient si peu graves, qu'elles s'arrêtaient elles-mêmes par une compression légère.

Sur une plaie datant de huit jours, une hémorrhagie sérieuse a été arrêtée par une ligature dans la plaie; c'est le seul cas d'hémorrhagie à mentionner.

25 plaies, toutes chez des hommes, sur les doigts, 2 sur les mains, ont été traitées avec succès par les cataplasmes ou l'eau froide, puis les pansements simples, avec l'onguent de la mer. Une gangrène et un phlegmon ont été les deux seuls accidents qui aient retardé la guérison.

Il y a eu 15 plaies de tête et 4 de la face, qui donnèrent lieu à 8 érysipèles, dont 3 à la suite de plaies du cuir chevelu réunies par première intention, et 1 à la suite d'une plaie de la région parotidienne, traitée de la même façon. Une plaie du cuir chevelu, avec dénudation des os du crâne, a été suivie d'une méningite qui s'est développée neuf jours après l'accident.

Les érysipèles qui ont compliqué ces plaies ainsi que celles des amputés, ont été traités par les compresses d'eau de sureau, les frictions mercurielles, et rien n'a paru jusqu'ici légitimer une préférence pour l'un ou l'autre de ces topiques.

M. Velpeau s'est appesanti sur la gravité de ces complications, sur leur caractère contagieux. Et, bien que la cause de l'érysipèle et son mode de propagation restent encore inconnus, M. Velpeau pense que pour les plaies il s'introduit peut-être un élément septique susceptible de se transmettre par contagion directe et indirecte. L'encombrement des salles ne saurait être invoqué en ville; à la campagne, les érysipèles sévissent comme dans nos hôpitaux.

Les saisons mêmes ne peuvent être suspectées de les provoquer, puisque les érysipèles se sont présentés au nombre de 1 en août 1860, 1 en septembre, 1 en octobre, 2 en novembre, 3 en décembre, 6 en janvier 1861, 6 en février, 7 en mars, 1 en avril, 5 en mai, 5 en juin et 3 en juillet, et puisque août, septembre et octobre sont les mois où il se fait généralement le moins d'opérations.

Les faits ont encore vérifié les idées de M. Velpeau : la marche des érysipèles par période de quatre jours sur un même point. Ce laps de temps suffit à l'évolution des phénomènes cutanés, et la durée de l'érysipèle est liée surtout à l'étendue progressive qu'acquiert l'éruption. La présence d'un érysipèle après une brûlure, et une application de cautère sur un malade qui était passé de la salle de chirurgie des hommes dans un service de médecine, démontrent bien que, malgré l'opinion contraire de beaucoup de guérisseurs par les caustiques, la cautérisation ne saurait mettre à l'abri de l'érysipèle.

Les variétés d'érysipèles angioleuciques bronzés se sont rencontrées. Il y a eu même un cas d'érysipèle qui, dans le cours de sa marche erratique, est venu occuper une place où déjà il avait siégé.

Il a été facile de constater que la nature de l'érysipèle n'est pas tout inflammatoire, et si quelques-uns de nos malades ont succombé à une méningite, une pneumonie, dans d'autres cas, avec des érysipèles pâles, avec des accidents locaux qui paraissaient peu graves, nous avons vu les malades périr subitement. C'était une espèce d'empoisonnement.

L'apparition de cette complication des plaies a toujours été précédée par un frisson initial, quelquefois par des vomissements vingt-quatre heures avant l'invasion, et c'est en général quatre jours après la plaie produite ou l'amputation faite que la maladie s'est déclarée. Un malade a fait exception cependant. Un lipome lui avait été enlevé, et neuf jours après seulement l'érysipèle survint. Il n'eut, il faut le dire, aucune gravité, et le malade guérit en huit jours.

A côté des érysipèles, d'autres complications des plaies sont aussi venues exercer leurs ravages sur ceux de nos malades qui étaient atteints de plaies ou avaient subi une opération.

Nous avons assisté à six infections purulentes, à une infection putride suite de gangrène. Sur ces six malades, il y eut quatre femmes et deux hommes.

Un fait doit être rapporté à ce sujet. Un malade auquel une phalange nécrosée du pouce fut enlevée, fut pris d'un érysipèle phlegmoneux avec frissons violents; une suppuration abondante s'établit dans tout l'avant-bras, et gagnait la partie supérieure du bras, en même temps que l'état général du malade était des plus graves et qu'il existait déjà la teinte jaune de l'infection purulente arrivée à sa dernière période. Un vésicatoire fut appliqué aux limites de l'érysipèle phlegmoneux. Depuis quelques jours le malade prenait de l'alcoolature d'aconit; les accidents généraux s'amendèrent, et le malade finit par guérir.

Les fractures qui ont été observées ont inspiré à M. Velpeau les réflexions suivantes :

Un grand nombre de fractures guérissent bien lorsqu'elles sont simples, sans qu'il soit besoin de charger les malades d'un appareil gênant. Ainsi les fractures de côtes, les fractures de la mâchoire inférieure, les fractures de l'os iliaque, maintenues par des muscles puissants, dont l'action antagoniste immobilise les fragments. Dix fractures de côtes ont été guéries sans difformité. Le bandage de corps, employé six fois, n'avait d'autre but que de tranquilliser les malades et de maintenir des compresses d'eau blanche, ou de recouvrir les petites plaies de ventouses appliquées pour calmer les douleurs.

Il n'est pas jusqu'à trois fractures de l'extrémité inférieure du radius qui n'aient pu être traitées durant les quinze premiers jours par la simple position, la main pendant au-devant d'un coussin sur lequel reposait l'avant-bras; et les bandes dextrinées qui ont été placées ensuite, avaient pour but de permettre au malade de se lever.

Pour les autres fractures, les traitements classiques ont été employés.

Voici comment sont divisées les fractures cette année :

Crâne	4
Os propres du nez	2
Maxillaire inférieur	2
Côtes	10
Omoplate	1
Clavicule	6
Humérus	3
Avant-bras	4
Cubitus	1
Corps du radius	1
Extrémité inférieure du radius	8
Troisième métacarpien	1
Pubis	1
Extrémité supérieure du fémur	7
Corps du fémur	3
Extrémité inférieure	2
Rotule	3
Jambe	8
Péroné	13

Toutes ces fractures présentèrent la marche habituelle qu'on

leur connait. Les nombres corroborent les résultats statistiques obtenus jusqu'à ce jour. Il n'y a que les fractures du péroné qui atteignent un chiffre énorme, surtout relativement aux fractures de l'extrémité inférieure du radius et aux fractures de côtes, généralement plus fréquentes.

Parmi les 7 fractures de l'extrémité supérieure du fémur, il y avait 4 femmes et 3 hommes, ce qui confirme un résultat rapporté dans les traités sur les fractures : les fractures du col du fémur plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Comparativement aux fractures des autres os, les fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez les femmes ont été cette année dans le rapport de 4 à 13, tandis que chez les hommes le rapport a été de 3 à 76.

Trois fractures ont été compliquées de plaies. Dans une fracture des deux os de la jambe, fracture déjà comminutive, il y avait une plaie peu étendue, qui communiquait avec le foyer de la fracture. Le malade mourut d'infection purulente à la suite d'un phlegmon diffus de la jambe, qui commença au niveau de la fracture. Un second malade est entré avec une fracture des deux os de la jambe, telle que le fragment supérieur du tibia faisait une forte saillie sous la peau, qui menaçait d'être percée, et qui le fut même bientôt, grâce à la compression exercée par un premier appareil ; la pointe du fragment sortit par la plaie ; il y eut nécrose : le malade guérit néanmoins. Le troisième malade portait une plaie de la jambe, à environ 5 centimètres au-dessus d'une fracture du tibia et du péroné ; malgré un emphysème traumatique qui exista au moment même de l'accident, le malade guérit. Ces malades fournirent à M. Velpeau l'occasion de nous parler de deux genres de complication des fractures : les plaies au niveau des fractures et l'emphysème traumatique.

Les plaies dans les fractures n'entraînent pas toujours les mêmes dangers. La gravité tient moins à l'étendue de la plaie qu'à la communication avec le foyer de la fracture, et aux désordres nombreux qui existent au niveau de la solution de continuité des os. Les plaies produites par l'extrémité d'un fragment sont déjà moins graves ; celles qui sont produites loin de la fracture par la cause qui a déterminé cette fracture, en même temps qu'elle a blessé les téguments, le sont beaucoup moins. Celui de nos malades qui a succombé avait eu la jambe écrasée par une roue de voiture, et les parties molles avaient été déchirées, écrasées entre la roue et le tibia fracturé comminutivement. Chez les deux autres, il n'y avait qu'une fracture oblique.

Deux cas d'emphysème traumatique ont été observés. L'un était survenu à la suite d'une fracture des os propres du nez et des sinus frontaux, et provenait de l'air qui pénètre normalement dans les sinus annexés aux fosses nasales. Le malade guérit. Il avait présenté un emphysème qui rentre dans la classe de ceux qui sont dus aux phénomènes de la respiration.

L'autre emphysème, emphysème traumatique des membres, avait eu lieu précisément chez celui de nos malades atteint de fracture de jambe, et qui portait une plaie ne communiquant pas avec le foyer de la fracture. Ce cas, joint à un autre du même genre qui existe en ce moment dans la salle des hommes, doit être rapporté aux emphysèmes traumatiques des membres signalés par M. Velpeau pour la première fois en 1833, et sur lesquels la Société de chirurgie est venue, dans ces derniers temps, jeter les lumières de ses discussions. M. Velpeau pense, pour sa part, que l'air est le gaz qui produit ces emphysèmes des membres. Tous les faits qu'il a observés confirment son opinion ; les analyses de M. Marcet l'ont démontré. Et la plus grande proportion d'azote dans le gaz de l'emphysème, apprend tout simplement que dans les tissus où l'air est épanché il y a une absorption de l'oxygène.

Une preuve que ce ne sont point d'autres gaz qui se trouvent dans l'observation du malade du service : il avait fait quelques pas après avoir reçu le coup qui avait déterminé la fracture, et l'emphysème existait et remontait jusqu'au genou au moment où le jeune homme a été reçu dans la salle, c'est-à-dire une heure après l'accident. Il serait difficile d'accepter ici la théorie qui admet la production de gaz par une gangrène à marche très-rapide, comme le voulaient certains auteurs. Comment supposer qu'une décomposition des tissus puisse être assez active pour produire une quantité de gaz capable d'envahir toute la jambe en moins d'une heure? Du reste, les plaies dans les fractures sont loin de présenter, au moment où l'emphysème se déclare, le caractère inflammatoire, ce prélude au moins nécessaire de la gangrène par contusion. Les accidents qui surviennent par suite de l'emphysème tiennent à ce que le contact de l'air inclus dans le foyer de la fracture détermine la suppuration avec laquelle se forment des gaz qui s'unissent à l'air infiltré déjà dans le tissu cellulaire ; de là des phlegmons et l'infection purulente. Lorsque M. Velpeau exposa les premiers faits d'emphysème traumatique, il les croyait très-graves. Mais depuis deux guérisons obtenues par lui-même, depuis les guérisons signalées à la Société de chirurgie, depuis la guérison de notre malade, ces emphysèmes lui paraissent moins redoutables.

DE LA PELLAGRE

connue dans quelques localités sous le nom de mal Saint-Main ;

Par M. le docteur Leriche.

La pellagre, dont M. Landouzy s'occupe avec une ardeur si louable à l'hôpital de Reims comme d'une maladie qui serait demeurée inaperçue au milieu des villages des départements de l'Aisne et des Ardennes, où elle est endémique, a été au contraire l'objet de l'attention et des préoccupations les plus constantes, je ne dirai pas de la part des médecins, mais de la part des habitants de ces deux départements, qui la connaissent sous le nom de *mal Saint-Main*, désignation tirée sans aucun doute de son lieu d'élection le plus évident. Cette dénomination n'est pas exclusive au vulgaire, qui paraît cependant en avoir seul conservé le souvenir : elle a été usitée par plusieurs auteurs du siècle dernier ; mais ils ont décrit le mal Saint-Main avec tant de négligence, que tous leurs successeurs, sans exception que je sache, l'ont considéré à tort comme une variété de la lèpre ou de la gale, avec lesquelles elle n'a de commun que le prurit, qui constitue l'un de ses symptômes.

Les dangers qu'elle présente du côté des facultés intellectuelles, la terminaison funeste dont elle est souvent la cause, sont tellement connus dans les localités où elle sévit d'ordinaire, que les habitants ont institué de temps immémorial un pèlerinage dit de Saint-Main, où l'on conduit les pellagreux pour les soumettre à l'usage d'une eau que l'on puise à l'endroit même où le saint est honoré, et qui est regardée généralement comme capable de procurer une amélioration notable (peut-être même une guérison radicale).

Sans attacher plus d'importance qu'il ne convient au récit des merveilles opérées par l'eau de Saint-Main, on peut admettre, ce me semble, qu'il y aurait une certaine utilité à vérifier les résultats obtenus, dit-on, par l'usage longtemps continué de cette boisson que préconisent tous les empiriques des pays environnants, et dans laquelle les populations paraissent avoir une confiance illimitée. Ces expériences, fréquemment répétées, ont dû susciter des remarques dont la médecine rationnelle tirerait peut-être un bon parti.

J'ai eu l'occasion d'observer, il y a trois ou quatre ans, dans un village du département de l'Aisne, un cas de pellagre qui m'a donné lieu de reconnaître que l'eau dont il s'agit n'est pas dépourvue de toute propriété.

La maladie à laquelle je fais allusion m'a permis d'ailleurs de recueillir des renseignements qui sont de nature à confirmer les altérations encéphalo-rachidiennes que M. Landouzy a constatées, sans toutefois décrire aucun symptôme corrélatif. Je crois devoir les communiquer.

Ainsi, au début de l'affection, il s'est manifesté une douleur comme de compression aux tempes, puis une surdité qui a persisté jusqu'aux derniers moments, et qui a revêtu une intensité d'autant plus grande que la mort était plus prochaine. A peu près dans le même temps, une paralysie incomplète des muscles de la langue a rendu la parole difficile et donné lieu à un bredouillement qui devenait très-prononcé à l'approche de chacun des accès d'aliénation furieuse dont le malade a été atteint deux ou trois ans avant de mourir. Concurremment, une douleur vive à la région occipitale mettait souvent le malade à la torture et lui arrachait les plaintes les plus lamentables. Mais ce qui paraît devoir être pris en sérieuse considération, c'est la force irrésistible, au dire du pellagreux, qui le poussait en avant et le contraignait à fournir une longue course, au bout de laquelle il était pris de vertiges et tombait sans connaissance : il est resté jusqu'à trois ou quatre heures évanoui sur la route qu'il parcourait. Chaque année le retour de la maladie était annoncé par une agitation extrême, une insomnie continuelle et une loquacité intarissable. Une constipation opiniâtre était le seul signe qu'on pût saisir dans l'intervalle de chaque période annuelle. Quelques semaines avant de succomber, le malade fut atteint de tétanos et de convulsions toujours générales et violentes, puis d'anasarque.

Je l'ai interrogé à différentes reprises sur la cause de son état, dont il ne s'ouvrait qu'avec la plus grande répugnance : il m'a toujours répondu qu'il la voyait dans l'abus qu'il avait fait de pommes de terre malades, en vue d'expériences physiologiques, expériences dont il m'avait entretenu, en effet, longtemps auparavant.

Je ne terminerai pas sans dire un mot des remèdes qui ont été recommandés, en dehors de la pratique médico-religieuse rapportée plus haut, pour combattre le mal Saint-Main. Comme ils sont doués d'une efficacité qui a été constatée depuis longtemps contre des symptômes analogues à ceux de la pellagre, nous en pourrons tirer une nouvelle preuve à l'appui de l'identité que j'ai admise entre ces deux maladies, sur la foi de la tradition.

Les médicaments qui ont été vantés sont en assez grand nombre. J'en dois la première connaissance à un empirique à qui l'on attribuait beaucoup de succès et qui me les a vendus comme des *secrets* de famille ; mais je les ai trouvés plus tard mentionnés dans Fumonel et dans d'autres écrivains.

Je me bornerai à citer, parmi ceux que je crois les plus importants, la bryone et l'huile de tartre.

La bryone a été usitée ou préconisée contre les symptômes suivants de la pellagre : contre l'érythème des mains, par Matthiole, Fallope, Dioscoride, James ; contre les symptômes apoplectiques (chute sans connaissance), vertiges, surdité, par les mêmes ; contre l'aliénation mentale (mélancolie), le délire, les convulsions, par Avicenne, Arnaud de Villeneuve, Reussner, Sydenham ; contre les taches du visage, les éphélides, et contre l'aménorrhée par Mésué ; contre la fièvre intermittente, par Hispanus ; contre la polyurie, par un anonyme ; contre les coliques, par Desbois (de Rochefort), Landouzy ; contre la dysenterie, par Cazin ; contre le prurit, par Dioscoride et Galien ; contre les douleurs des membres, par Bomare et Cartheuser ; contre la paralysie, par Dioscoride ; l'anasarque, par Paullini Cartheuser, Murray.

L'huile de tartre a été également conseillée pour l'érythème et les taches du visage (Pline, Pedemontanus, Lémery, Fallope, Fumonel, Monget) ; pour la surdité (Lémery) ; pour l'hypochondrie et le délire (Lémery, Desbois (de Rochefort), James) ; pour l'amblyopie (Matthiole) ; pour l'aménorrhée (Monget) ; pour les coliques ou douleurs de ventre (Paullini, Hispanus, Arnoul) ; pour la diarrhée (Marcellus, Brunfels) ; pour le diabète et la paralysie (P. Louis Compy) ; pour le scorbut et le rhumatisme (Lémery) ; les pustules et les douleurs de reins (Marcellus) ; le prurit (Trousseau) ; l'hydropisie (Oribase), etc.

GUÉRISON RAPIDE DE LA TEIGNE DE LAIT

par la pommade à l'oxyde rouge de mercure.

Par M. le Dr Eug. Herpin, de Bréhémont (Indre-et-Loire).

Le 30 décembre 1851, je suis consulté par le nommé B..., maçon, pour une dartre survenue à la jambe à la suite de l'application d'un exutoire dont le pansement avait été mal fait (atteint d'un anus contre nature à cette époque, il en est guéri aujourd'hui).

La jambe était recouverte de squammes ; les poils, très-abondants, collés les uns aux autres, croisés et superposés, formaient un feutrage adhérent et inextricable ; dans plusieurs endroits, des croûtes épaisses, jaunâtres, recouvraient de petites plaies laissant écouler un liquide séreux, se concrétant à l'air libre et adhérant sur les points où il avait été sécrété.

Voyant quelque analogie entre cette lésion et l'affection des bulbes des poils des paupières dans la blépharite ciliaire, et ayant retiré constamment les plus grands avantages de la pommade à l'oxyde rouge de mercure, mise très-souvent en pratique et toujours avec avantage à l'hôpital de Tours par Tonnellé, je l'essayai sur la jambe de mon malade ; seulement j'incorporai une plus forte quantité d'oxyde de mercure.

Les résultats furent des plus surprenants : en quelques jours les squammes, les croûtes s'étaient détachées, les poils étaient devenus libres, les petites plaies étaient guéries, et la peau était rendue saine : la guérison ne s'est point démentie.

Quelque temps après, la femme N... réclame mes soins ; elle se trouvait dans les mêmes conditions que le malade dont je viens de parler : elle portait à la jambe le même mal survenu chez elle par la même cause. La même pommade à l'oxyde rouge, en huit jours, la débarrassa des squammes, des croûtes ; la peau redevint saine, et il n'y eut pas de récidive.

Ce fut après ces premiers résultats que j'employai la même pommade pour guérir les enfants de la teigne de lait.

Les enfants qui me sont présentés ont la tête en partie ou totalement recouverte de croûtes ; celles-ci, en partie sèches et en partie humides, sont formées par les cheveux croisés et appliqués les uns sur les autres ; une humeur collante et desséchée les unit entre eux et les rend adhérents au cuir chevelu ; cette humeur se reproduit et se concrète de nouveau toutes les fois que les croûtes sont enlevées, ce qui ne peut être fait sans arracher des cris à l'enfant et sans amener un suintement sanieux.

Ou bien, au lieu de croûtes humides (pseudo-teigne), ce sont de simples dépôts de matière sèche entre les cheveux. Ceux-ci conservent leur rectitude ; mais pris en pinceaux, la matière sèche y adhère, comme les dépôts de cristallisation s'attachent aux corps solides disposés dans les liquides pour faciliter leur formation. Ces croûtes sèches (favus) occupent la presque totalité du cuir chevelu, ou ne s'observent que sur des régions isolées, au sinciput, sur les régions temporales, d'un seul ou des deux côtés, à la région occipitale, au-dessus des tempes, du front. Il est facile de nettoyer la tête en coupant croûtes et cheveux en même temps et par petites portions, à l'aide de ciseaux. Au-dessous des croûtes, il n'y a pas de plaies comme dans la pseudo-teigne ; le cuir chevelu même paraît sain, ce qui ferait assez croire que dans cette dernière variété de teigne ce sont les follicules pileux qui sont le point de départ de la production sèche.

Dans l'un et l'autre cas, que la teigne soit humide ou qu'elle soit sèche, il est fréquent de trouver les ganglions cervicaux disposés en chapelet de chaque côté du cou. Je pourrais citer quelques enfants chez lesquels ils se sont enflammés et ont donné lieu à des engorgements et même à des abcès. Je dois dire également qu'il est arrivé aussi que ces engorgements s'accompagnaient de fièvre, dont le caractère septique ne laissait aucun doute sur la nature infectieuse, et qu'enfin beaucoup d'enfants ont succombé à l'infection putride alors qu'ils étaient atteints de pseudo-teigne.

C'est surtout en 1848, lorsque la laryngite couenneuse a sévi dans le pays et a fait de nombreuses victimes, et dans cette année 1860, que j'ai constaté la coïncidence des complications graves des pseudo-teignes avec les accidents qui accompagnent l'angine maligne et le croup.

Il est donc important de guérir en temps d'épidémie de croup les lésions du cuir chevelu, comme il est important de prévenir et de faire disparaître sans retard les lésions du pharynx, du larynx et des bronches.

Les bons effets que j'ai retirés de l'emploi de la pommade à l'oxyde rouge de mercure pour la cure de la teigne de lait me donnent le droit de vous exposer le mode de traitement qui m'a constamment réussi.

Je fais couper les cheveux sur les croûtes et dans l'intervalle pour les isoler ; je coupe également les croûtes par parties en les soulevant avec la lame des ciseaux passée sous leurs bords

et autant que cela est possible sans produire de douleurs. La tête en partie nettoyée, je fais mettre un cataplasme de farine de graine de lin à plat; le lendemain, le cataplasme est enlevé, la tête essuyée avec un linge sec, les cheveux et les croûtes coupés de nouveau; puis, sur trois ou quatre points, là où les croûtes paraissent se détacher et les petites plaies s'aviver, je promène le doigt enduit de la pommade en petite quantité; le reste du jour, la tête est recouverte d'une compresse sèche. Le soir, un nouveau cataplasme est réappliqué, et le lendemain matin les onctions renouvelées avec les mêmes indications.

J'ai toujours été surpris de la promptitude avec laquelle les croûtes se détachaient et la tête devenait nette, sans qu'il fût nécessaire de toucher tous les points malades avec le remède. Si le mal reparaissait après plusieurs semaines, la même pommade en avait promptement raison; je conseillais seulement de prolonger son emploi un peu après que le mal avait disparu, et, je dois le dire, les récidives ont été rares et toujours peu inquiétantes.

Par excès de prudence, j'ai pour habitude de placer un exutoire sur l'un des bras de l'enfant, et quelquefois de donner à l'intérieur la teinture d'iode, l'iodure de potassium en solution et le sirop antiscorbutique, ce qui ne m'empêche pas de rapporter entièrement au traitement local tous les résultats obtenus.

Voici la formule de la pommade :

Oxyde rouge de mercure. . . .	4 grammes.
Axonge.	40 —

Mêlez.

Je n'ai jamais vu survenir le moindre accident avec l'emploi local de l'oxyde rouge de mercure à cette dose; j'ajouterai encore que j'ai dû généraliser l'application de cette pommade, et qu'employée pour la guérison des affections cutanées de toute nature, depuis dix années, j'ai toujours été parfaitement servi par elle.

EMPOISONNEMENT PAR LE DATURA STRAMONIUM,

Par M. le Dr J. Larquet, de Wassigny (Ardennes).

Bien que les cas d'empoisonnement par le *datura stramonium* soient loin d'être rares, il m'a paru utile d'appeler l'attention des praticiens sur ce sujet, à une époque de l'année où cette plante, très-commune dans certaines localités, excite, par l'originalité de ses fleurs et surtout de ses fruits, la curiosité et parfois la gourmandise des enfants.

Le dimanche 1er décembre, vers onze heures du soir, je fus appelé dans un village voisin pour donner des soins à une petite fille de quatre ans qui, disait-on, n'était malade que depuis trois ou quatre heures. Ses joues étaient vivement colorées, le pouls très-accéléré, les pupilles dans le plus grand état possible de dilatation, les yeux hagards et effarés. Rien d'anormal du côté de la respiration; gargouillement intestinal, ballonnement du ventre. L'enfant ne comprenait rien aux caresses ni aux paroles affectueuses de sa mère. La soif était très-vive et les mains retenaient convulsivement le verre quand on voulait le retirer. Cris inarticulés et mouvements désordonnés de tous les membres. Elle avait apparemment des hallucinations, car parfois le regard était fixe, puis les mains semblaient vouloir écarter comme une vision fantastique.

Il n'y avait ni selles ni vomissements; parfois quelques moments de calme. J'appris que l'enfant était rentrée vers sept heures du soir, après avoir joué dans le jardin avec une de ses amies. Au moment de prendre son repas, les symptômes précédents s'étaient déclarés, et depuis lors n'avaient été qu'en augmentant.

En présence de cette maladie débutant avec tant de rapidité, eu égard surtout aux hallucinations et à la dilatation de la pupille, je songeai à un empoisonnement par la belladone ou la morelle. Mais une visite faite au jardin ne m'ayant fait découvrir que le *datura stramonium*, mon opinion fut fixée. L'amie de la petite malade, interrogée, nous raconta le lendemain qu'elles étaient allées au jardin, où elles avaient joué à la dînette. Les valves du fruit incriminé avaient servi d'assiettes, et contenaient les graines que l'une d'elles seulement avait mangées. Un vomitif fut administré de suite.

Dans les matières vomies, je n'ai pu retrouver que quatre ou cinq graines de datura. Un purgatif à l'huile de croton termina le traitement.

Après quelques selles, la malade dormit d'un sommeil agité pendant la plus grande partie de la journée suivante.

Le surlendemain elle était complétement rétablie.

SONDE ÉVACUATOIRE A DOUBLE COURANT.

Par M. le docteur A. Mercier.

Dans la dernière séance de l'Académie, M. Mathieu a présenté, comme l'ayant confectionnée d'après les indications de M. Voillemier, une sonde évacuatoire qui n'est qu'une imitation défectueuse de celle que j'ai imaginée en 1839, que j'ai décrite et figurée depuis nombre de fois, notamment dans mes *Recherches* de 1844 et de 1856, et que j'emploie journellement. En 1852, la commission d'Argenteuil l'a citée avec éloge dans son rapport.

Je dis que c'est une imitation, parce que les canaux inégaux et concentriques l'un à l'autre, l'agencement et le glissement des pièces qui les forment sont entièrement pareils dans les deux sondes.

J'ajoute que cette imitation est défectueuse, parce que, si elles diffèrent par le bec, cette différence est tout à l'avantage de la mienne.

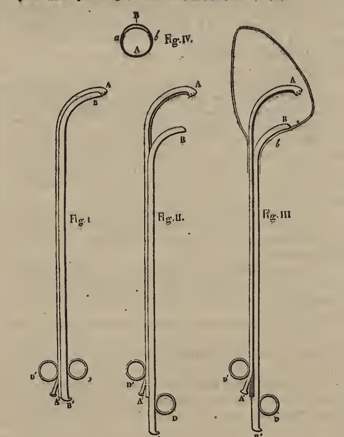
1° Dans les cas d'engorgement sénile de la portion sus-montanale de la prostate ou de la valvule musculaire du col vésical, qui sont ceux où la lithotritie a le plus besoin de ces auxiliaires, il est généralement reconnu aujourd'hui que les instruments fortement courbés entrent plus sûrement dans la vessie que ceux à bec allongé.

2° Quand on a ouvert le large canal de la sonde de ces messieurs, il est presque impossible que l'extrémité intérieure de la pièce mobile qui le ferme corresponde exactement au col vésical : si elle se trouve au-dessus, elle forme un obstacle à l'abordage des fragments; si elle se trouve au-dessous, les parties molles bouchent l'ouverture. Quand, au contraire, le bec de la mienne, auquel je ne donne pas actuellement plus de 25 millimètres de longueur, est tourné en arrière, et que ses deux branches ont été écartées, l'inférieure descend jusqu'au col de la vessie, y fait gouttière et entonnoir, et affaisse même les saillies morbides lorsqu'il y en existe.

3° Avec la sonde Mathieu-Voillemier le liquide injecté se dirige vers la partie supérieure de la paroi postérieure de la vessie; tandis qu'avec la mienne il est projeté dans le bas-fond, où les fragments sont rassemblés;

4° Enfin, avec la première, il faut que ceux-ci aillent gagner la partie antérieure de la vessie pour rencontrer le canal; avec la seconde, ils y sont poussés directement.

Je ne parle pas de deux autres sondes simples à double courant, qui sont basées sur les mêmes principes, et dont j'ai donné la description ainsi que la figure dans mes *Recherches* de 1856.



(La figure Ire montre ma sonde fermée; la IIe la représente ouverte; la IIIe offre une coupe longitudinale de l'instrument en action dans la vessie; et la IVe, une coupe perpendiculaire à l'axe.)

GELÉE DE BAUME DE COPAHU.

Par M. Caillot, de Grivesnes (Somme).

Baume de copahu.	60 grammes.
Sucre.	20 —
Eau simple.	40 —
Essence pour aromatiser. . . .	s. q.
Ichthyocolle ou gélatine pure. .	4 ou 5 grammes.

Versez la solution de gélatine et de sucre attiédie dans un pot avec le baume de copahu et l'essence; agitez rapidement le mélange avec une spatule jusqu'à consistance de crème épaisse et homogène; laissez reposer, et en moins de quelques minutes cette crème se prendra en une gelée blanche, ferme et élastique.

On peut ajouter à cette gelée le baume du Pérou, le baume de Tolu, l'essence de cubèbe, l'essence de matico.

Ces diverses substances se prêtent très-bien à la gélatinisation.

Nota. — Je ferai observer que la méthode de gélatinisation appliquée au baume de copahu a le double avantage d'élever cette substance au rang des médicaments de facile ingestion, et de l'offrir à la thérapeutique sous une forme rationnelle: la forme émulsive.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 septembre 1861. — Présidence de M. Duhamel, vice-président.

Régénération des tendons. — M. Jobert (de Lamballe) donne lecture d'un mémoire sur la régénération des tendons, au point de vue anatomique, physiologique et chirurgical.

Il n'entre pas dans mon plan d'exposer l'anatomie des tendons.

Il y a cependant deux points sur lesquels il est essentiel que je m'arrête tout d'abord, parce qu'ils ont une véritable importance pratique, et qu'ils offrent un lien intime avec les phénomènes physiologiques, pathologiques, dont il sera question bientôt. Je parle des *gaînes* et des *vaisseaux* des tendons.

1° *Gaînes des tendons.* — Depuis Béclard, les anatomistes ont attaché surtout le nom de *gaînes des tendons* aux anneaux aponévrotiques et aux expansions membraniformes de nature fibreuse, qui maintiennent les tendons à leur place. Ils ont trop oublié qu'en réalité ce nom doit avoir une signification moins limitée. Les faits anatomiques et l'étude physiologique démontrent, en effet, que la composition de ces gaînes est plus complexe qu'on ne pense, et qu'elles se composent non-seulement d'une couche de tissu fibreux, mais encore d'une seconde membrane, enveloppe de nature différente, qui, formant pour ainsi dire la première, constitue véritablement la *gaîne immédiate* du tendon.

Cette seconde membrane dont se composent les gaînes tendineuses, celle qui forme la doublure du feuillet aponévrotique, est intéressante à étudier, et mérite surtout d'une manière sérieuse l'attention du chirurgien.

Tous les muscles, comme on le sait, sont entourés par une membrane cellulaire générale, qui forme autour d'eux une sorte d'atmosphère; or, de même que l'aponévrose générale du membre se prolonge des muscles sur les tendons pour fournir le feuillet fibreux des gaînes, de même c'est la membrane cellulaire générale qui, se prolongeant à son tour sur les cordons tendineux, les entoure et les sépare de leur gaîne aponévrotique.

Cette gaîne immédiate des tendons tire donc son origine de la gaîne cellulaire des muscles. Elle forme tantôt une véritable membrane dartoïde, d'autres fois une sorte de bourse terminée en cul-de-sac, qui fournit un liquide lubrifiant, à l'aide duquel s'opère le glissement libre et facile du tendon. Dans quelques cas, on voit cette gaîne cellulaire envoyer entre les faisceaux tendineux des expansions qui adhèrent si fortement à ces faisceaux, qu'elles semblent plutôt constituer une poche particulière et isolée, qu'être un prolongement de la gaîne du muscle.

L'anatomie nous a montré encore que partout où cette disposition existe, et où l'on trouve une bourse muqueuse, il y a une adhérence intime entre le tendon et la gaîne cellulaire.

On peut enfin s'assurer, et dès à présent nous pouvons présenter ce fait comme une règle générale, que dans les mêmes circonstances on rencontre beaucoup de vaisseaux artériels, et que c'est sur ces points du système tendineux que s'observe la vascularisation la plus remarquable.

2° *Vaisseaux des tendons.* — Il résulte de ce qui précède que la vascularité des tendons est en rapport avec la manière dont leur gaîne immédiate est disposée. Elle est d'ailleurs proportionnée à l'étendue du tendon, à son siége et à ses fonctions.

Les tendons reçoivent-ils des artères directement, ou bien ces vaisseaux ne parviennent-ils jusqu'à eux que par une voie indirecte, et après s'être répandus et ramifiés dans les parties environnantes?

Les artères arrivent-elles en traversant les gaînes tendineuses ou par d'autres voies?

On peut établir en principe que les tendons ne reçoivent qu'indirectement des vaisseaux, et que le sang qui les nourrit leur parvient plus encore par les deux extrémités d'insertion musculaire et osseuse que par l'intermédiaire des gaînes. Le tendon d'Achille seul m'a paru recevoir directement des vaisseaux. J'ai vu deux branches artérielles du volume d'un fil de soie s'y distribuer par sa face postérieure; encore faut-il ajouter que dans plusieurs cas elles ne parvenaient jusqu'au tissu tendineux qu'après avoir alimenté le tissu adipeux voisin.

Enfin j'ai presque constamment observé une branche d'une artère calcanéenne qui, de même que les précédentes, avant d'arriver au tendon, se ramifie dans le tissu adipeux. L'examen anatomique démontre encore que la partie des tendons qui est en rapport avec les articulations reçoit une quantité de vaisseaux beaucoup plus considérable que les parties éloignées des jointures.

C'est ainsi que les tendons très-longs et grêles qui sont revêtus par une membrane lisse et lubrifiée par un liquide onctueux ne reçoivent qu'un très-petit nombre de vaisseaux nourriciers: tels sont, par exemple, les tendons des longs fléchisseurs des doigts, et certains tendons fléchisseurs et extenseurs des pieds. Au contraire, les tendons qui sont entourés par une lame cellulaire, ceux qui sont largement épanouis et fixés autour d'une grande articulation, comme au genou, au coude, à la partie antérieure et postérieure du cou-de-pied, reçoivent une remarquable quantité de vaisseaux.

En un mot, partout où se rencontrent une gaîne cellulaire forte, des muscles puissants, des cordons tendineux considérables, là aussi se présente une vascularisation notable.

On peut établir trois catégories dans le mode de distribution des vaisseaux aux tendons.

Voici, en peu de mots, les traits les plus remarquables que présente chacune de ces catégories. Dans la première, qui se rapporte surtout aux tendons volumineux à gaîne épaisse et se rattachant à un grand nombre de fibres musculaires, les vaisseaux arrivent au tissu du tendon par le périoste ou par le muscle d'où le tendon dérive. On observe, en effet, en étudiant la disposition des vaisseaux musculaires, que ceux-ci, par une distribution ascendante et descendante, tendent à gagner du centre aux deux extrémités terminales du muscle.

Ce mode de distribution se peut suivre d'autant plus loin que les fibres musculaires descendent davantage sur le tendon, et que la gaîne de celui-ci est plus épaisse, comme on le voit aux tendons du crural antérieur, du triceps, des jumeaux et solaires réunis. Dans ces cas, on voit distinctement les vaisseaux qui ont accompagné les fibres musculaires gagner la superficie du tendon, s'enfoncer ensuite dans sa profondeur, et s'y ramifier sous la forme de conduits très-fins et très-déliés.

Dans la seconde catégorie, qui comprend les tendons longs, aplatis, protégés par une expansion aponévrotique doublée d'un épanouissement cellulaire, on peut mieux constater le mode d'arrivée des vaisseaux qui parviennent au tendon par son insertion osseuse.

Les artères articulaires sont celles qui généralement fournissent des ramuscules pour cette destination.

Tantôt on voit ceux-ci parvenir directement et immédiatement aux tendons; d'autres fois, après s'être ramifiés dans le périoste, ils gagnent le point d'insertion des fibres tendineuses, et là, lorsque l'injection a bien réussi sur le cadavre, on est frappé en général de l'abondante vascularisation de cette partie du cordon tendineux. Cette vascularisation est du reste en rapport avec celle de la membrane d'enveloppe des os.

C'est chez les enfants et les jeunes sujets que cette disposition est surtout très-prononcée.

La troisième catégorie est formée par les vaisseaux qui se rendent aux tendons par l'intermédiaire de leurs gaînes d'enveloppe.

Deux cas se présentent dans le mode de distribution. Lorsque la double gaîne cellulo-fibreuse, serrée, est pour ainsi dire collée aux tendons, les vaisseaux qui s'y répandent parviennent promptement et directement à celui-ci, quoique par des réseaux extrêmement fins. Lorsque, au contraire, le tendon glisse dans une gaîne séreuse, lâche, les vaisseaux semblent se terminer dans cette même gaîne, et

l'on n'en peut suivre qu'un très-petit nombre jusqu'au tendon lui-même.

C'est ainsi que l'on voit à peine quelques vaisseaux dans les longs fléchisseurs des doigts.

En résumé, ce que je viens de dire sur les vaisseaux des tendons peut être formulé dans les propositions suivantes :

1° La vascularisation des tendons est très-variable.

2° Elle est d'autant plus grande que le sujet est plus jeune.

3° Elle est plus grande aussi dans les tendons qui entourent les articulations larges et enveloppés d'une double membrane fibro-celluluaire, que dans ceux qui sont longs et revêtus d'un sac séreux ou d'une bourse muqueuse.

4° Les vaisseaux arrivent aux tendons :

1° Par le muscle;
2° Par le périoste;
3° Par les gaînes proprement dites.

5° Les vaisseaux provenant du muscle sont plus considérables que ceux des autres origines.

Ajoutons que si on voit les vaisseaux se répandre à la surface des tendons, et que si on peut s'assurer qu'ils pénètrent dans leur substance, ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'on peut les suivre dans la profondeur de celle-ci, surtout lorsque les fibres tendineuses sont très-rapprochées entre elles, et là où le tendon éprouve un frottement considérable, la délicatesse des vaisseaux devient si excessive qu'on est tenté de dire qu'il n'y en a pas de traces.

— M. Jobert (de Lamballe) fait connaître ensuite une modification de l'opération par abaissement de la cataracte due à M. Serre (d'Alais), l'auteur des *Phosphènes*, qui l'a prié de faire à l'Académie l'exposé de son procédé.

M. Jobert rappelle l'origine de ce procédé, en disant que les écrivains allemands, entre autres M. Brucke, ont décrit un muscle tenseur de la choroïde et de la rétine, qui n'a pu être démontré en France sur l'homme. Il rappelle en outre que M. Hancock a fondé sur l'existence de ce muscle un procédé qui consiste à débrider le cercle ciliaire pour obtenir la guérison du staphylome et du glaucome. M. Serre (d'Alais) a appliqué ce procédé à l'opération de la cataracte. Sur plus de 120 malades il a pratiqué cette opération, et il n'a remarqué pour tout accident que la sortie de quelques gouttes de sang. Il prétend que ce débridement prévient l'inflammation.

M. Serre (d'Alais) dit avoir pratiqué le débridement du cercle ciliaire, tantôt après l'opération de la cataracte terminée, en plongeant le couteau de Wenzel entouré d'un fil ciré afin de limiter l'étendue du tranchant et de lui laisser seulement une ligne et demie, tantôt en pratiquant le débridement d'abord et en abaissant ensuite le cristallin avec l'aiguille à cataracte introduite par la même ouverture.

Mouvements du cœur. — **M. GERMAIN** communique un mémoire sur les mouvements du cœur dans lequel il s'est proposé de démontrer les propositions suivantes :

1° La portion du système veineux qui confine au cœur est le siége d'un mouvement régulier de contraction, et c'est elle qui en se contractant produit la diastole de l'oreillette.

2° La diastole des cavités du cœur est un mouvement purement passif.

3° La systole est la suite, par action réflexe, de la diastole. Arrivées à un certain point de dilatation, les parois du cœur entrent en contraction.

4° Le choc du cœur contre la paroi thoracique est le résultat de la courbure de l'aorte et de la variation de la pression à laquelle est soumis le liquide contenu dans le vaisseau. (Commissaires, MM. Serres, Flourens et Bernard).

Résultats de la lésion de certaines portions des centres nerveux. — **M. FRIEDBERG** (de Berlin), fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de son *Traité sur la séméiotique du mouvement de manége et de la rotation du corps autour de son axe longitudinal.* Le malade dont l'histoire est rapportée pages 9-15 de cet ouvrage, avait été soumis à la trépanation à cause d'une fracture de l'os pariétal droit. Cette opération avait eu un succès parfait. Mais dix mois après, se manifestèrent des symptômes encéphalopathiques : d'abord le diabète, puis le mouvement de manége et la rotation du corps selon l'axe longitudinal, puis hémiplégie droite; enfin, paralysie du nerf pneumo-gastrique. Cette paralysie fit succomber le malade vers la fin du quatorzième mois après la lésion de la tête, en dépit de la trachéotomie, à l'aide de laquelle l'auteur avait guéri un autre cas semblable de paralysie. L'ouverture du cadavre fit voir une fracture dans la fosse occipitale inférieure et un ramollissement superficiel du cervelet et de son pédoncule moyen du côté gauche.

Cette altération aurait-elle pu être diagnostiquée pendant la vie? Cette question méritait d'être l'objet d'un sérieux examen. On avait déjà, il est vrai, observé la rotation selon l'axe longitudinal par suite d'une lésion soit du cervelet, soit de ses pédoncules moyens, mais on en avait vu aussi à la suite d'une lésion d'autres parties de l'organe nerveux central. Il n'est donc pas démontré que ce phénomène indique à coup sûr la partie altérée chez l'homme? Puis, au cas qu'il l'indique, peut-on connaître sur quel côté elle siége? Les physiologistes ne sont pas d'accord. Les uns maintiennent que la rotation de l'animal se dirige du côté de la lésion; les vivisections pratiquées par d'autres ont eu un résultat tout à fait contraire.

Ces considérations, en posant la question, m'ont fait chercher à y trouver une réponse. La question, je le répète, est celle-ci : le mouvement de manége et la rotation du corps autour de son axe longitudinal indiquent-ils une certaine affection de l'appareil nerveux central et le côté qui en est le siége? Les observations cliniques, quoiqu'il n'y en ait que très-peu, et les vivisections instituées par les physiologistes, envisagées par rapport à cette question, m'ont fourni les résultats suivants :

1° Le mouvement de manége et la rotation du corps autour de l'axe longitudinal, indiquent une affection du pédoncule moyen du cervelet (*crus cerebelli ad pontem*) qui le plus souvent est combinée avec une affection de l'hémisphère du cervelet.

2° Il n'est pas prouvé que cette anomalie dans la motilité survienne si le cervelet est altéré seul sans que ce pédoncule le soit.

3° Cette anomalie de motilité ne peut être admise comme un phénomène constant de l'altération du cervelet et du pédoncule; la condition sous laquelle elle manque n'est pas connue.

4° Si le malade offre d'autres phénomènes d'irritation de l'organe nerveux central, on peut diagnostiquer le siége d'une affection irritante du cervelet ou du pédoncule sur le côté vers lequel l'arc de manége se dirige.

5° Si le malade offre d'autres phénomènes de paralysie de l'organe nerveux central, on peut diagnostiquer le siége d'une affection paralytique du cervelet ou du pédoncule du côté vers lequel l'arc de manége commence.

6° Si le malade offre d'autres phénomènes d'irritation de l'organe nerveux central, on peut diagnostiquer le siége d'une affection irritante du cervelet ou du pédoncule vers le côté sur lequel la rotation selon l'axe longitudinal commence.

7° Si le malade offre d'autres phénomènes de paralysie de l'organe nerveux central, on peut diagnostiquer le siége d'une affection paralytique du cervelet ou du pédoncule du côté vers lequel le malade roule.

— **M. LE MINISTRE DE LA GUERRE** adresse pour la bibliothèque de l'Institut un exemplaire du tome V de la troisième série du *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Courcelle-Duvignaud, né à Puynormand (Gironde), *Essai sur la médication hydrothérapique.*

De Ranze, né à Razimet (Lot-et-Garonne); *Considérations sur la nature et le traitement des névralgies.*

Bonin, né à Saint-Usuge (Saône-et-Loire); *De la mort subite.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Villars, ancien lauréat de la Faculté de Paris, médecin de l'hospice Saint-Louis à Avignon, a été nommé médecin en chef des hôpitaux de cette ville, en remplacement de M. le docteur Cassin, nommé chirurgien en chef.

M. le docteur Michel, médecin de l'hospice Isnard de la même ville, a été nommé médecin de l'hospice Saint-Louis.

— M. le docteur Aronssohn, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, a succombé le 8 de ce mois aux suites d'une longue et douloureuse maladie. M. Aronssohn était âgé de soixante-quatre ans.

— Le professeur Quekett, professeur d'histologie au Collége royal des chirurgiens d'Angleterre et conservateur du Musée huntérien, successeur du professeur Owen, vient de mourir à l'âge de 46 ans.

— La Société médicale du Panthéon vient de décider qu'elle prendrait dorénavant le titre de *Société médicale du Panthéon et du cinquième arrondissement.*

— La quarantième assemblée annuelle des médecins et naturalistes allemands se tiendra cette année à Spire (Speyer), vieille ville de l'Empire autrichien et remplie de curiosités antiques. Elle aura lieu le 17 septembre et finira le 24; les séances scientifiques commenceront dès huit heures du matin, et les soirées seront consacrées aux excursions.

La pensée de ces assemblées fut conçue par Oken, et feu de Ammon, à Dresde, fut un des promoteurs de l'idée, dont l'exécution eut lieu pour la première fois en Saxe en 1822. Tous les ans cette assemblée se transporte dans une autre ville, dont le choix a été fait dans l'avant-dernière séance générale. Le travail est distribué entre de nombreuses sections délibérant séparément et se réunissant trois fois en séance générale pour des sujets d'un intérêt plus général. A Vienne, en 1856, il y avait 1,700 membres et participants. Les savants étrangers sont toujours accueillis avec beaucoup d'empressement.

Les aliénistes allemands tiennent une séance préparatoire à Landau (tout près de Spire, dans le Palatinat).

— Le docteur Wilson, de Glascow, a été récemment appelé pour accoucher M[me] X... A son arrivée, M[me] X... lui annonce que vingt minutes auparavant elle était accouchée de deux jumeaux et que personne n'était présent pour lui porter aide. Le docteur trouva, en effet, deux gros garçons bien portants, situés à une égale distance des parties génitales, avec les têtes dirigées du côté des pieds du lit. Les cordons coupés, l'examen des placentas ne fait nullement reconnaître lequel des deux enfants a vu le jour le premier. M[me] X... déclare qu'un enfant fut expulsé immédiatement après l'autre, mais elle ne saurait dire lequel des deux est venu le premier.

Lequel de ces deux enfants est l'aîné? La question est fort embarrassante, dans le cas, par exemple, où il s'agirait d'une succession, ou dans toute autre question de jurisprudence. (*Medical Times.*)

— M. Leras, désireux de fournir à MM. les médecins de Paris et de la province l'occasion de vérifier l'efficacité du pyrophosphate de fer et de soude, les prévient qu'il met gratuitement à leur disposition, pour les hôpitaux, dispensaires et indigents, telle quantité qu'il leur plaira de ce nouveau ferrugineux. La pharmacie Dorvault, rue de la Feuillade, 7, est chargée de satisfaire à toutes les demandes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Études sur le cathétérisme curviligne et sur l'emploi d'une nouvelle sonde dans le cathétérisme évacuatif, par M. GÉLY, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nantes, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie. Un volume in-4° de 180 pages, avec 101 figures intercalées dans le texte. Prix : 7 fr. A la librairie médicale de Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine, à Paris.

Maladies vénériennes; paralysie syphilitique du nerf moteur externe de l'œil (sixième paire), par M. le docteur J. M. BEYRAN, membre de plusieurs sociétés savantes. 2[e] édition. Brochure in-8° de 31 pages. Prix : 1 fr. 25 c. A la librairie médicale de Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 110. — JEUDI 19 SEPTEMBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 110. — JEUDI 19 SEPTEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE (M. Godelier). Gangrène de la bouche localisée au niveau de la deuxième grosse molaire inférieure gauche; invasion rapide d'un état adynamique très-grave; mort; septicémie. — Nouveau tissu morbide d'origine probablement cancéreuse. — Dystocie par oblitération du vagin. — Doigts surnuméraires héréditaires pendant cinq générations. — Empoisonnement dû à l'extrait de belladone absorbé par la conjonctive. — Sirop de bourgeons de sapin. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 17 septembre. — Nouvelles.

PARIS, LE 18 SEPTEMBRE 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur la morve s'est terminée aujourd'hui par le résumé de M. Bouley. Ce résumé, fait avec le talent et la verve que l'on connaît à l'honorable rapporteur, n'a été, comme on devait s'y attendre, qu'une revue rapide, confirmative, et sans le moindre amendement ni la moindre concession de sa part, des faits et arguments opposés par l'École d'Alfort aux objections critiques et aux principes exposés par MM. Bouillaud et J. Guérin. Nous n'avons plus à revenir sur ce que nous avons dit à l'occasion de la précédente séance, au sujet des uns et des autres. Les lecteurs ont sous les yeux toutes les opinions, ils apprécieront.

Les conclusions du rapport, dont l'objet principal a été complétement perdu de vue dans cette discussion, ont été votées d'ailleurs sans la moindre opposition.

M. Gosselin a occupé la seconde partie de la séance par la lecture d'un rapport très-bien fait sur une communication relative à un cas de spina-bifida, et à l'occasion duquel M. Depaul a présenté quelques judicieuses observations.

La parole a été réservée pour mardi prochain à M. Blache, pour la lecture d'un rapport qui donnera probablement lieu à une nouvelle discussion, — c'est du moins l'opinion de M. le président. Nous n'en connaissons pas encore le sujet. — Dr Brochin.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. GODELIER.

Gangrène de la bouche localisée au niveau de la deuxième grosse molaire inférieure gauche. — Invasion rapide d'un état adynamique très-grave. — Mort. — Septicémie.

(Observation recueillie et rédigée par M. Amédée CHASSAGNE.)

B... (Jean), grenadier au 6e de ligne, est au service depuis deux ans; il exerçait avant son incorporation la profession de vigneron.

Il est lymphatique, et sa constitution paraît un peu fatiguée. Pendant la campagne d'Italie, il n'a contracté ni scorbut ni purpura. Il présente plusieurs dents cariées (molaires), *anamnestiques*. B... couche au deuxième étage de la caserne de Romainville; la chambre est vaste, bien aérée, exposée au midi et au nord. Il y a quinze jours, sans changement d'alimentation, il fut pris de ptyalisme, puis d'hémorrhagie gingivale localisée, si peu abondante, qu'il croyait *que ce ne serait rien*. Cette indisposition ayant persisté, il entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 8 février.

On le place dans le service de clinique de M. le professeur Godelier.

État du malade à son entrée. — Teinte jaune terreux, de la peau; pâleur des muqueuses; légère bouffissure de la face; un peu de diminution des forces; quelques vertiges et bourdonnements d'oreilles; céphalalgie vague.

Pouls normal; pas de bruit de souffle au cœur; bruit de souffle carotidien.

Les gencives correspondant aux alvéoles des canines, incisives et molaires droites, sont légèrement décolorées; celles qui correspondent aux molaires gauches sont très-pâles, fongueuses à la base; elles saignent au moindre contact. On remarque dans la bouche un sang clair, diffluent, se réunissant difficilement en caillots. Le malade en perd environ un décilitre par vingt-quatre heures.

Sur la joue gauche, au point correspondant aux gencives hémorrhagiques, on perçoit une tumeur circonscrite, dure, du volume d'une noix et très-douloureuse seulement à la pression.

Le malade n'accuse aucune douleur rhumatoïde des membres inférieurs ou des articulations; il n'y a ni ecchymoses ni taches de purpura.

L'exploration constate l'état normal des séreuses péricardique, pleurale et péritonéale.

Il y a peu de troubles digestifs, un peu de diminution d'appétit, mais ni dyspepsie ni diarrhée. — Tisane amère; gargarisme, chlorate de potasse, 4 grammes.

Le 10, l'hémorrhagie gingivale a persisté; douleur très-vive à la pression dans la tumeur jugale gauche.

Le 11, l'hémorrhagie se borne toujours aux gencives des molaires gauches; la fétidité de l'haleine qui s'est déclarée dès le début augmente; un examen peut-être un peu superficiel de la bouche, ne permet pas de distinguer une érosion probable de la muqueuse au niveau de la tumeur jugale. — Quart; côtelette, cresson; tisane amère, vin de quinquina, deux pilules de Vallet.

Le 12, réaction digestive et fébrile assez vive; diarrhée (six selles non sanguinolentes); inappétence; pouls petit, fréquent, à 80. — Suppression du régime, même médication.

Le 13, persistance de la diarrhée (huit selles); inappétence; pas de vomissements; pouls à 90. — Quart de lavement amylacé opiacé.

Le 14, diminution de la diarrhée (trois selles); la tumeur de la joue gauche est devenue de plus en plus douloureuse, sans augmenter de volume; tendance au sommeil. — Tisane amère, vin de quinquina, deux pilules de Vallet.

Le 15, le malade a dormi toute la journée et une partie de la nuit; il répond lentement; inappétence; pouls petit, à 90; subdelirium le soir; deux selles diarrhéiques.

Le 16, mêmes symptômes encéphaliques, un peu de dyspnée; l'exploration révèle un peu d'hypostase à la base du poumon gauche; pouls à 90, plus petit que la veille; rêvasseries.

Le 17, coma; le malade est insensible à l'appel de son nom et aux excitations physiques; l'examen de la bouche fait reconnaître une ulcération correspondant à la tumeur jugale et une alvéole entièrement dénudée; les gencives adjacentes sont sphacélées par plaques; on remarque des détritus de muqueuses dans le crachoir du malade. — Cautérisation au nitrate d'argent, plusieurs vins de quinquina; tonique anti-septique.

Le 18, coma; soubresauts des tendons, râle trachéal, submatité des deux poumons; respiration obscure, surtout aux bases; battements du cœur irréguliers et tumultueux; pouls filiforme. — Cautérisation du sphacèle gingival par M. l'agrégé Trudeau; cautère actuel; trois vins de quinquina.

Mort à midi.

Nécropsie pratiquée quarante-deux heures post mortem; *température ambiante* + 6°.

Aspect du cadavre. — Rigidité cadavérique très-prononcée; teinte terreuse de la peau et des muqueuses; amaigrissement à peu près nul.

Encéphale. — A la surface convexe du cerveau, suffusion sanguine par plaques de quelques centimètres carrés ne pénétrant pas dans la substance corticale, mais s'infiltrant entre les circonvolutions. Pas de sérosité dans les ventricules. La voûte des ventricules latéraux est parsemée de taches ecchymotiques.

Dans la substance blanche, au même niveau du côté gauche, à la jonction des lobes moyens et antérieurs, piqueté hémorrhagique abondant rappelant l'apoplexie capillaire de M. Cruveilhier.

Consistance normale du tissu cérébral, décoloration au point où il n'y a pas de pétéchies; mêmes altérations à la surface du cervelet; quelques pétéchies dans le tissu cérébelleux.

Le péricarde renferme environ 15 grammes de sérosité sanguinolente.

Cœur. — Nombreuses pétéchies sous-séreuses abondantes, surtout à la pointe; quelques-unes, soulevant la séreuse, y ont formé un petit noyau hémorrhagique de la grosseur et du relief d'une lentille. La substance musculaire du cœur est décolorée, rose pâle.

Quelques pétéchies abondantes, surtout dans la cloison. La consistance du tissu du cœur est au moins aussi ferme que de coutume. Quelques rares pétéchies sous-endocardiques.

Plèvres. — Une pétéchie sous-pleurale au niveau de la huitième côte.

Poumons. — Un peu d'œdème et d'emphysème; il s'en échappe par la pression des bulles d'eau et de la sérosité sanguinolente. Hyperémie hypostatique des deux bases sans noyau hémorrhagique; à gauche, sorte de carnification du tissu, quand il a été comprimé. (Pneumonie gauche il y a trois ans.)

Bouche. — Gencives terreuses au niveau des troisième et quatrième molaires; les gencives des premières molaires gauches sont sphacélées par plaques noirâtres, ainsi qu'une partie de la paroi jugale; ulcération à fond grisâtre, sanieux, à bords ramollis; le maxillaire inférieur est dénudé au niveau de l'alvéole de la première molaire gauche. Une dissection attentive de l'os permet de reconnaître une périostite légère siégeant au rebord interne de l'alvéole; il n'y a ni carie ni ostéite suppurée; le stylet permet de constater l'intégrité du canal dentaire; les incisives, les canines, ainsi que les molaires droites, ne présentent aucune altération alvéolaire; localisation à gauche.

Estomac. — Muqueuse violacée, boursouflée, épaissie; suffusion hémorrhagique sous-muqueuse de trois centimètres carrés au niveau de la grande courbure.

Intestin. — Psorentérie de l'intestin grêle; quelques pétéchies sous-muqueuses du côlon ascendant.

Rate très-peu volumineuse, dure, comme tannée; poids, 135 gram.; pas de pétéchies.

Foie. — Tissu de couleur feuilles mortes, très-résistant, induré; pas de pétéchies.

Vessie vide; muqueuse saine.

Muscles un peu pâles, décolorés; *pas d'épanchements sanguins intermusculaires ou dans les séreuses des articulations.*

Ainsi voilà un malade atteint de gangrène très-localisée de la bouche, de gangrène limitée à la première molaire gauche, qui subitement est pris d'un état adynamique des plus graves, et meurt en quarante-huit heures. Quelle est l'affection qui a causé la mort? quel est le diagnostic *à posteriori* à conclure de cette observation?

Cinq hypothèses se présentent à la discussion clinique de M. le professeur Godelier:

Est-ce un noma? une infection purulente? un scorbut? un *purpura simplex febrilis?* ou une infection putride (septicémie)?

1° Le noma est une affection presque toujours infantile; il ne se limite pas, perfore la joue, envahit le pharynx et l'orbite. La tuméfaction est considérable; les tissus sont tendus, luisants. Il entraîne un cortége de parotidites, d'engorgements cervicaux. La mort n'arrive qu'après une altération organique, une perte de substance considérable. (Constant, *Gangrène de la bouche chez les enfants*, BULLET. DE THÉRAP., t. VII.)

Cet exposé établit notre diagnostic. B... est âgé de vingt-trois ans, il vit dans un bon milieu hygiénique; sa gangrène est toute localisée, toute limitée (première molaire gauche). Il croit *que ce ne sera rien*, il est pris tout à coup de symptômes généraux *hors de rapport* avec l'affection locale. L'autopsie ne montre aucune altération organique qui puisse justifier la mort. Ce n'est pas un noma. C'est une gangrène, mais une gangrène incapable d'expliquer la mort par sa minime lésion locale. C'est le point de départ, non la cause.

2° Est-ce une infection purulente?

On a pu y penser au lit du malade; la marche, la nature des symptômes généraux, l'invasion brusque de la fièvre, du délire, de la forme adynamique, la teinte subictérique, militaient en faveur de ce diagnostic. Mais *à priori*, les observations de MM. de Castelnau et Ducrest venaient à l'encontre (*Recherches sur les cas dans lesquels on observe des abcès multiples*, MÉMOIRES DE L'ACAD. DE MÉDECINE, 1845, t. XII).

« Dans l'infection purulente, les frissons sont plus fréquents, » plus intenses; les vomissements, et surtout la diarrhée, plus » rares; la prostration moins considérable et plus tardive; » enfin il *n'existe point d'hémorrhagie*, *d'ecchymoses sous-muqueuses, de taches scorbutiques, comme dans l'infection putride.* »

Mais *à posteriori*, l'examen anatomique de l'os suspecté d'une part, de l'autre l'absence d'abcès métastatiques dans les parenchymes, conduisent à la radiation de cette hypothèse.

3° Le scorbut diffère de notre cas au triple point de vue hygiénique, clinique et anatomique.

Hygiénique. — Notre sujet n'a subi aucune altération de nutrition; il ne fait pas usage de viandes salées; sa chambre est bien aérée, sa vie active, son moral excellent; aucun de ses camarades n'a le scorbut.

Clinique. — Le scorbut est une maladie chronique longue, avec douleurs articulaires, œdème dur, sclérème des membres inférieurs, stomatite générale non localisée, enfin apyrexie complète. La fièvre ne survient que s'il y a complication pneumonique ou dyssentérique; elle est toujours ultime ou secondaire.

Anatomique. — Dans le scorbut, il y a des ecchymoses à la peau, des suffusions sanguines intermusculaires, des épanchements dans les séreuses viscérales ou intra-articulaires; enfin une stomatite générale non localisée, comme dans notre cas, où elle est causée par une carie dentaire; puis périostite secondaire et sphacèle consécutif des parties voisines, car l'autopsie permet de constater l'intégrité des autres dents et gencives.

Mais, nous dira-t-on, le scorbut ne se montre pas toujours avec cet étalage de symptômes. M. Tholozan (*Gaz. méd.*, 7 juillet 1855) dit que les suffusions profondes inter-musculaires manquent dans un dixième des cas.

M. Ritchie (*Contributions to the pathology and treatment of scorbutus*) cite sept cas de scorbut sans pétéchies.

Enfin, M. Haspel (*Maladies de l'armée d'Orient*, *Gaz. méd.*, 8 décembre 1855) rapporte quelques cas de scorbut qui semblent très-voisins de notre observation.

« Le scorbut a quelquefois donné lieu à la gangrène de la bouche; alors explosion de mouvements fébriles, sécheresse de la langue, lypothymie, symptômes adynamiques, haleine fétide, alvéoles dénudés; les téguments de la joue correspondant aux gencives *se tuméfient et acquièrent la dureté d'un os;* la joue devient très-douloureuse, l'intérieur de la bouche s'ulcère. Cette complication fait autant de victimes qu'elle attaque d'individus. »

Mais les prodromes, le milieu scorbutique, l'œdème dur, les douleurs articulaires, la stomatite générale, les ecchymoses à la

peau, la pyrexie primitive, la marche longue, enfin les lésions nécropsiques éloignent notre cas de ceux de M. Haspel.

La terminaison rapide, imprévue, de ces cas de scorbut, nous fournit un argument en faveur de la septicémie. Cette complication *qui fait autant de victimes qu'elle attaque d'individus*, qui s'annonce par cette explosion adynamique, c'est l'infection putride; le scorbut ne tue ni si vite ni si souvent; il use l'organisme par anémie, par débilitation progressive; à la longue, il empêche de vivre plus qu'il ne tue.

4° Nous arrivons au *purpura*. La marche, le mode de terminaison, l'état des téguments internes à l'autopsie, nous rapprochent du *purpura;* mais il nous manque les pétéchies cutanées et les hémorrhagies des muqueuses. En admettant qu'on pût nommer *purpura* une maladie *non pourprée*, nous ne pourrions avoir affaire qu'à un *purpura simplex* non *hæmorrhagica*. Or, dans ce cas, comment la mort pourrait-elle survenir sans complications? Il n'y a d'inflammation dans aucun organe : quelle était donc la cause de la fièvre?

Il existe dans la science quelques cas assez rares de *purpura* mortel; la terminaison funeste a toujours été la suite de larges hémorrhagies par les muqueuses.

Le docteur Hall (*Medico-chirurgical Review*, 1839) écrit : « Le » lundi (il s'agit d'un enfant de six ans) il y eut des hémorrha- » gies effrayantes par les selles, les urines, la bouche, le nez, » et même les conjonctives; le lendemain, les hémorrhagies » continuèrent, et la mort survint. »

« On voit survenir (Sabatier, *Considérations thérapeutiques sur le purpura*) l'épistaxis, l'hémorrhagie buccale, l'hématémèse, la métrorrhagie, l'hématurie, et souvent les selles sanglantes. »

Malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu trouver une seule observation de *purpura simplex* primitif suivi de terminaison funeste.

5° En dernier lieu se présente l'hypothèse septicémique.

Elle explique la fièvre, les symptômes généraux si graves, le délire, le coma, l'adynamie profonde, la diarrhée.

M. Bérard définit l'infection putride « la résorption des parties les plus fluides du pus ne causant pas d'abcès métastatiques. »

Dès 1832 (*Mémoire physiologique sur les maladies putrides*, JOURNAL DE PHYSIOLOGIE, tome II), M. Gaspard semble avoir décrit notre cas.

« Chez les animaux auxquels on a injecté dans les veines une quantité plus ou moins considérable d'un liquide septique, *des pétéchies, des ecchymoses nombreuses, sont répandues à la surface et dans la profondeur de la plupart des viscères, et spécialement du poumon, du cœur, de la rate et du cerveau.*

» Les cavités séreuses renferment une sérosité rougeâtre plus ou moins abondante; les muqueuses *sont d'une couleur livide, parsemées d'ecchymoses*, qui ont leur siége dans le tissu cellulaire sous-jacent; la surface cutanée de l'intestin est recouverte d'une couche mucoso-sanguinolente. »

M. Darcet (*Recherches sur les abcès multiples*, thèse de Paris, 1842) établit que la résorption de la partie solide du pus donne des abcès métastatiques (*infection purulente*); la résorption de la partie fluide du pus donne une altération marquée du sang, qui, agissant à la manière des levains, détermine la fermentation et corrompt ainsi toute la masse (*infection putride*).

Enfin M. Sédillot (*De la pyoémie*, 1849) a vu, à la suite d'injections de liquides putrides, la diarrhée et un état comateux survenir chez des chiens. A l'autopsie il a constaté une sérosité sanguinolente dans le péricarde, *des ecchymoses à la surface des poumons et des plèvres, la rate petite, dure, présentant des ecchymoses;* enfin, le cœur renfermant une fibrine molle, noirâtre, diffluente.

On s'étonnera peut-être de ne voir citer que des *experimenta* physiologiques; c'est que les observations, sinon les cas, ont manqué dans la science. « Tout est encore à faire sur ce sujet en pathologie humaine », écrivait M. Monneret il y a quelques années.

MM. Gaspard et Piorry pensent que le charbon, la pustule maligne et le scorbut, sont des variétés d'infection putride. « C'est à une résorption putride, dit M. Lenoir (*Gazette médicale*, 1855) qu'est due dans beaucoup de cas la fièvre puerpérale. »

Tous ces faits, dans lesquels la mort, précédée d'une adynamie rapide, survient sans lésion locale explicative, ces anthrax, ces furoncles, ces tumeurs charbonneuses que, par la prescience d'un travail morbide qui lui échappait, l'antique médecine disait malignes, ces cas de scorbut de M. Haspel, terminés subitement par des symptômes adynamiques mortels, ne sont-ils pas des variétés d'infection putride?

En présence de tous ces faits, de leur ressemblance clinique et anatomo-pathologique avec notre cas, de cette gangrène localisée, de ces symptômes généraux surgissant à l'improviste et promptement suivis d'une mort que rien n'explique, si ce n'est une infection générale, M. le professeur Godelier conclut à une septicémie due à l'absorption des détritus putrilagineux de la gangrène buccale.

NOUVEAU TISSU MORBIDE

d'origine probablement cancéreuse;

Par M. le docteur PAGÈS (de Castel-Sarrasin), ancien interne des hôpitaux de Paris.

S'il est en chirurgie des opérations dans lesquelles l'imprévu joue un rôle important, ce sont certainement celles qui composent les tumeurs en général, et surtout celles du sein. Malgré des travaux recommandables et les efforts de quelques praticiens qui en ont fait une étude spéciale, il n'est pas rare de trouver des cas analogues à celui dont je soumets l'observation à mes confrères.

Une femme de soixante-cinq ans, mère de plusieurs enfants, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, se présenta dans mon cabinet il y a environ huit ou dix mois, pour me consulter au sujet d'une maladie du sein qui, survenue sans cause connue, datait d'environ un an, disait-elle, et qu'elle n'avait jamais traitée qu'avec des cataplasmes et autres topiques du même genre.

Cette tumeur, sur laquelle elle avait jusqu'ici gardé un profond silence, même à l'égard de sa famille, affecte la totalité du sein gauche; elle adhère par sa partie moyenne à la peau, qui est rouge, paraît un peu amincie, et laisse suinter sur une surface assez étendue une sérosité sanguinolente assez abondante, qui provient de quelques légères exulcérations n'intéressant que l'épiderme.

Un ganglion de l'aisselle du même côté est engorgé, et présente le volume d'un œuf de poule.

La tumeur du sein n'est pas bosselée à la vue, mais elle l'est au toucher. Légèrement élastique, elle n'offre pas de fluctuation. Complétement confondue avec la glande mammaire, il est impossible de lui trouver la moindre continuité de tissu avec le ganglion de l'aisselle, dont elle est séparée par un espace complétement sain. Les douleurs, quoique rares, sont lancinantes. Le moral de la malade est cruellement affecté.

Tout autre moyen de guérison me paraissant impossible, je propose à cette femme l'ablation de cette tumeur et du ganglion de l'aisselle. Cette opération est énergiquement repoussée. Essai d'un traitement général et local, dont l'iodure de potassium forme la base.

Au bout de quelques mois, ayant complétement perdu de vue cette pauvre malade, on me prie de me transporter à 20 kilomètres de ma résidence (Auvillas); c'était auprès d'elle. Aujourd'hui elle réclame l'opération à grands cris. Mais le mal s'était considérablement aggravé. Voici l'état dans lequel je trouve cette malheureuse :

Le sein malade a presque doublé de volume : au milieu de cet espace où la peau rouge, violacée et légèrement ulcérée, laissait écouler une sérosité sanguinolente, s'ouvre une ulcération profonde, à bords lardacés et coupés à pic.

Le ganglion de l'aisselle a, lui aussi, doublé de volume; mais la peau qui le recouvre est saine : il n'est plus éloigné de la tumeur du sein que par un espace d'environ un centimètre, qui au reste n'offre aucune connexion avec ni l'une ni l'autre des deux tumeurs.

Malgré cet état local, grave et peu encourageant, le facies de la malade, toute remplie d'espoir, est rassurant. La face est colorée; aucune trace de diathèse ne se laisse apercevoir; l'opération est décidée, et avec l'aide de MM. Ducom et Fauret, elle est pratiquée de la manière suivante :

La malade est d'abord soumise aux inhalations de chloroforme. Mais, en proie à un éréthisme nerveux qui devient alarmant, l'éthérisation n'est continuée que jusqu'à une anesthésie insuffisante.

Quoi qu'il en soit, une première incision, partant de l'extrémité supérieure du creux axillaire, est dirigée dans le sens du milieu de la glande mammaire.

Cette incision divise en deux parties à peu près égales la peau qui recouvre le ganglion de l'aisselle, et vient s'arrêter à la partie supérieure de la glande mammaire. De là, deux incisions obliques, partant du même point, circonscrivent une ellipse dans laquelle se trouve comprise l'ulcération du sein, et les deux incisions viennent, comme les extrémités de son croissant, se réunir à la partie inférieure du sein.

Ainsi circonscrites, et présentant la forme d'une côte de melon, cette partie est immédiatement saisie par le bas avec une érigne, et vivement disséquée de bas en haut, malgré les adhérences au grand pectoral, auquel elle est fortement attachée, et qu'on est obligé d'intéresser profondément.

J'arrive ainsi jusqu'à la partie supérieure sans avoir besoin de faire des ligatures. L'hémorrhagie n'étant pas trop considérable, la dissection de la tumeur étant terminée, je séparai la partie supérieure de la tumeur, lorsque tout à coup, presque à mon dernier coup de bistouri, un flot de liquide rougeâtre, presque semblable à du marc de café clair, vient jaillir avec force et inonder mes mains.

Au même instant, la tumeur s'affaisse, et continuant à diviser l'espace qui me sépare du ganglion de l'aisselle, j'arrive à cette dernière tumeur qui se prolonge profondément dans le creux axillaire, et dont je poursuis le tissu au moyen du toucher jusqu'aux environs des gros vaisseaux.

Après une sollicitude bien légitime dans une région aussi périlleuse, je parviens, en usant tantôt du manche de mon scalpel, tantôt de ciseaux courbes, à enlever dans son entier cette tumeur, dont le volume est d'une grosse orange, mais dont les appendices se prolongeaient profondément sous forme d'oreillettes.

Mon doigt promené dans cette vaste plaie me désigne quelques tissus suspects par leur dureté; je les enlève avec soin.

Trois artères, donnant du sang d'une manière inquiétante, sont liées, et je procède immédiatement à un pansement à plat, vu l'impossibilité de rapprocher suffisamment les lèvres de la plaie, au moins à la partie inférieure, et devant m'attendre d'ailleurs à une cicatrisation longue et pénible.

L'opérée est pâle; elle a perdu beaucoup de sang; elle a des frissons et quelques accidents nerveux qui sont combattus par les moyens usités en pareil cas.

Aussitôt que l'opérée peut se passer de nos soins, nous avons hâte d'examiner les deux tumeurs.

Celle du sein offre un kyste du volume environ de la tête d'un enfant à terme. La paroi interne est lisse, semblable à celle d'une séreuse; la paroi externe ou plutôt la partie externe est composée d'un tissu jaunâtre durci, faisant suite au tissu cellulaire de la mamelle, ressemblant à du tissu adipeux fortement condensé.

C'est une espèce de sclérème tranché par le bistouri; il n'offre ni l'aspect du tissu fibreux ni celui du squirrheux ou de l'encéphaloïde; c'est un tissu particulier dont je ne puis donner une meilleure idée qu'en le comparant à du tissu adipeux, avec la coloration normale, mais avec une condensation qui le rend semblable à du semi-cartilage. Le ganglion de l'aisselle est divisé aussi, et laisse encore échapper un liquide de même nature que le précédent. C'est un kyste de la même espèce que le premier, avec lequel il n'a néanmoins aucun rapport de continuité.

Le premier problème qui se présente à résoudre est celui-ci : Quelle est la nature de ces tumeurs?

Avant l'opération le diagnostic ne me paraissait pas douteux : l'aspect de la tumeur vue en masse, les bosselures qu'elle présentait au tact, sa consistance semi-élastique, sa progression vers la peau, l'ulcération profonde qui était survenue par la suite, les douleurs lancinantes, la marche même de la maladie, nous amenaient à croire à un encéphaloïde qui avait retenti vers les ganglions de l'aisselle.

Après l'ablation de ce produit, le diagnostic me parut hasardeux et devoir être considérablement réservé. On ne trouvait là, en effet, aucun des caractères qui constituent le tissu encéphaloïde. Malgré l'absence de recherches microscopiques, il y avait si peu d'apparence et d'analogie avec ce tissu, qu'il n'était pas possible de s'y arrêter; il en est de même pour le tissu fibreux et le tissu squirrheux.

Le liquide qui s'écoule par le tranchant du bistouri est presque nul.

Et cependant, loin d'attirer la peau à elle, cette tumeur la repousse au contraire sous forme de bosselures en la colorant d'un rouge violacé. Les adhérences avec la peau adjacente sont complètes. Les douleurs sont lancinantes, et bientôt une ulcération profonde de forme cancéreuse constitue une caverne dont l'aspect seul témoigne une affection de nature spécifique.

N'ayant pas un microscope à ma disposition, et pensant au reste, comme M. Velpeau, que l'observation des caractères particuliers de ce genre de tumeurs suffit au praticien exercé pour asseoir un diagnostic sur la nature de ces affections, moins trompeur que celui que l'on a voulu baser sur des cellules, qui peuvent manquer dans de vrais cancers, et sur les caractères desquelles les micrographes ne sont pas d'accord, j'ai cru pouvoir me former l'opinion suivante, que je livre cependant avec toute réserve. Il est reconnu que les diverses affections cancéreuses peuvent se transformer les unes dans les autres. Beaucoup d'encéphaloïdes ont débuté par être des tumeurs squirrheuses, et il n'est pas rare de trouver dans un même tissu cette transformation à divers degrés.

Mais si l'on admet cette transformation d'un tissu en un autre d'une espèce différente, mais déjà connu et classé dans nos cadres, pourquoi ne pas admettre une dégénérescence en un tissu inconnu ou encore peu étudié en anatomo-pathologie. Qui peut borner les caprices de l'action vitale dans ses transformations morbides? Ces divers changements ne peuvent-ils pas au reste être considérés, comme le dit M. Velpeau, comme des altérations, comme de véritables maladies de ces tumeurs?

Au surplus, ce vaste épanchement séreux dont nous avons déjà parlé, et dont la profondeur avait empêché de reconnaître la fluctuation, ne prouve-t-il pas un travail qui s'est opéré dans ces tumeurs, et qui peut les avoir affectées au point de produire ce tissu tout particulier qui a fixé notre attention?

Au reste, au point de vue thérapeutique, ces kystes eussent-ils été reconnus qu'ils n'auraient modifié en rien notre détermination : ils étaient trop considérables, les parois en étaient trop épaisses et le tissu trop suspect, pour ne pas en réclamer l'ablation.

J'ajouterai que, malgré mes appréhensions, la malade a vu sa plaie complétement cicatrisée au bout d'un mois; elle a repris ses travaux : Dieu veuille que ce soit pour longtemps!

DYSTOCIE PAR OBLITÉRATION DU VAGIN.

Par M. LEYRAL fils, médecin à Voutezac.

Dans le numéro 96 (15 et 17 août 1861), la *Gazette des Hôpitaux* relate un cas de dystocie qui a un grand rapport avec le cas suivant, que j'ai rencontré dans ma pratique.

Au mois d'octobre 1852 je fus appelé pour donner des soins à la femme R..., de la commune de Voutezac (Corrèze). Cette femme était en travail depuis plusieurs heures, et les douleurs revenaient avec assez de fréquence et d'intensité. Il n'y avait auprès de la patiente qu'une de ces femmes qui, dans chaque village, prennent les enfants des malheureuses femmes en couches sans avoir aucune notion des secours à donner dans ces circonstances.

La matrone avait cependant fait quelques tentatives; car, à la suite d'une de ses manœuvres, il s'était écoulé du sang, ce qui avait été cause que j'avais été mandé.

Arrivé auprès de la femme R..., femme très-jeune et primipare, je lui fis les questions d'usage pour l'habituer à ma présence et la rassurer. J'examinai l'abdomen; pendant cet examen, je sentis une contraction de la matrice. Après ces préliminaires, je passai à l'examen des organes génitaux. La matrone, qui s'était placée dans un coin de la cheminée, riait sous cape à cette proposition. Sans avoir l'air d'y faire attention, je portai l'index droit à la vulve et cherchai à l'introduire dans le vagin. Je trouvai un cul-de-sac assez évasé et un pertuis central qui me permit avec un certain effort l'introduction du bout du doigt. Je poussai et fis pénétrer mon doigt un peu plus avant. Je fus arrêté par un second obstacle analogue au premier, que je franchis de la même façon; puis un troisième; enfin un quatrième. Après avoir franchi le dernier obstacle, je trouvai le col de la matrice dilaté et la poche des eaux commençant à se former. J'avais fait souffrir la femme R... par l'introduction forcée de mon doigt; au retour ce fut bien pis, quoique je profitasse des contractions de la matrice. Je déterminais des douleurs très-vives qui se traduisaient par des cris très-aigus.

Les circonstances nécessitant une décision prompte et active, je formai avec la phalangette pliée sur la phalangine un crochet, et exer-

ant un mouvement de torsion demi-circulaire, je déchirai la cloison la plus élevée en retirant mon doigt. Par la même manœuvre, je déchirai successivement les autres brides du vagin. Une heure après, l'accouchement fut terminé. L'enfant vint en première position de la tête. La femme R... mit au monde un enfant petit, viable, bien constitué, qui était plein de vie. Les suites de l'accouchement ne présentèrent aucun accident.

Après l'accouchement, je fis des questions au mari au sujet de ses rapports avec son épouse. Il me dit que depuis son mariage, qui datait de près de deux ans, il n'avait pu accomplir le coït, qu'il ne concevait pas comment sa femme avait pu devenir *grosse*. Je lui donnai des conseils pour prévenir le rétablissement de l'état défectueux que j'avais eu tant de peine à faire disparaître, et je me retirai.

Ce qu'il y a eu d'extraordinaire par la suite, cette femme qui lorsqu'elle présentait une disposition organique qui aurait dû l'empêcher de devenir mère, le devint. Depuis son accouchement, bien que les rapports sexuels s'exercent librement et que les fonctions des organes n'aient subi ni dérangement ni altération appréciables, la femme R... n'est plus devenue mère. C'est ce qui ressort des renseignements que j'ai recueillis depuis peu de jours.

DOIGTS SURNUMÉRAIRES HÉRÉDITAIRES

pendant cinq générations.

(Ling Island college hospital.)

Chez un enfant bien développé et d'une santé parfaite, il y avait à chaque main un doigt surnuméraire qui était attaché au côté externe du petit doigt, à peu près au milieu de la première phalange. Ces doigts surnuméraires étaient pourvus d'ongles, et s'attachaient, au point indiqué des auriculaires, par un pédicule épais. Au moment où ils furent enlevés avec l'instrument tranchant, il y eut un petit jet de sang artériel. On trouva dans chacun l'os bien développé et ayant le volume qui est ordinaire dans les doigts normaux. Les parents avaient eu déjà trois enfants avant celui dont il est question, et tous, à l'exception du second, avaient présenté la même anomalie.

Le premier de ces enfants avait un doigt surnuméraire à la main droite seulement, et au même point que chez le quatrième; le troisième en avait deux, un à chaque main, situés également en des points identiques, c'est-à-dire vers la partie moyenne de la première phalange des petits doigts normaux. La mère de ces enfants était née aussi avec un doigt de plus, implanté au même endroit, à la main droite. Chez leur grand'mère, c'est-à-dire chez la mère de leur mère, il y avait eu deux doigts surnuméraires, et il en avait été de même chez leur bisaïeule. Le frère de la grand'mère avait également des doigts surnuméraires à chaque main, et un de ses neveux présentait la même difformité; il en avait été même chez le père de la bisaïeule, au rapport de celle-ci. Enfin, l'un des cousins de l'enfant opéré à l'hôpital avait aussi des doigts surnuméraires. Voilà donc une difformité qui s'est perpétuée héréditairement pendant cinq générations. (*Union médicale.*)

EMPOISONNEMENT DU A L'EXTRAIT DE BELLADONE

absorbé par la conjonctive.

Le nommé L. C... fut admis à l'hôpital de Crémone pour une névralgie atroce du globe oculaire droit provoquée par un staphylome consécutif à une plaie de la cornée par instrument tranchant. Ayant reconnu l'inutilité de tout autre médicament, le docteur Ciniselli prescrivit des fomentations composées de 10 grains d'extrait de belladone dissous dans une once d'eau, à employer dans l'espace de vingt-quatre heures. La diminution consécutive du spasme encouragea l'auteur à augmenter la dose quotidienne du remède jusqu'à 15 grains. Le quatrième jour, la douleur avait cessé. A cette époque, il se manifesta un érysipèle qui envahit les côtés du cou, les oreilles, la joue, en provoquant la tuméfaction des parties affectées, ainsi que des phénomènes gastriques; cette complication morbide fut combattue par des laxatifs et par une *saignée de dix onces*. Après une nuit agitée, le malade tomba dans un état de coma; son visage était énormément gonflé et très-pâle, la respiration languissante, le pouls presque imperceptible, les extrémités froides ainsi que la langue, le décubitus indiquant une prostration complète.

L'auteur ayant jugé qu'il avait affaire à un empoisonnement par la belladone, détergea avec soin la région oculaire imprégnée de cette substance et mit en usage les révulsifs, les excitants, les analeptiques, à l'aide desquels il obtint la guérison dans l'espace de quatre jours, et la disparition simultanée de l'érysipèle. Dans le courant de la même année, on constata également des effets d'empoisonnement chez un autre malade auquel on avait appliqué de la strychnine sur les points lacrymaux. (*Gaz. méd. ital.*)

SIROP DE BOURGEONS DE SAPIN.

Par M. Dannecy.

Depuis quelques années le sirop de bourgeons de sapin paraît jouir d'une certaine faveur, et les praticiens le prescrivent souvent. Les formules publiées jusqu'à présent ne m'ayant pas paru fournir une préparation bien rationnelle, je l'ai modifiée de la manière suivante :

Je commence par distiller les bourgeons de sapin, après les avoir convenablement divisés, et leur ayant fait subir une macération de plusieurs heures, j'ajoute dans l'eau de la cucurbite, avant de distiller, 125 grammes de sucre incristallisable par kilogramme de bourgeons; j'obtiens 3 kilogrammes d'une eau très-aromatique, de laquelle je sépare une notable quantité d'huile essentielle; cette eau est mise à part. D'un autre côté, je prépare un extrait par l'évaporation du liquide resté dans la cucurbite; ces deux éléments obtenus, je procède à la préparation du sirop de la manière suivante :

Extrait de bourgeons de sapin.	100 grammes.
Eau distillée aromatique.	1000 —

L'extrait est dissous dans la liqueur aromatique, 2,000 gr., dont on active la dissolution à l'aide d'une chaleur douce, puis l'on filtre au papier. Le sirop obtenu par ce procédé renferme tous les principes volatils et extractifs solubles des bourgeons de sapin; son odeur aromatique et balsamique prouve surabondamment qu'il constitue un médicament véritablement sérieux, et sur l'action duquel on peut compter. (*Bull. de thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 septembre 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse :

1° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Charmasson, de Puy-Laval; sur le service médical des eaux de Carcanières (Ariége), par M. le docteur Champoussy.

2° Une copie du registre des maladies traitées en 1860 à l'hôpital thermal des bains de la Reine (province d'Oran), par M. le docteur Philippe. (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

L'Académie reçoit :

1° Une note de M. le docteur Friedberg (de Berlin), sur une affection rare de l'encéphale consécutive à une lésion de la tête, et sur la séméiotique du mouvement de manége et de rotation du corps selon l'axe longitudinal. (M. Bouvier, rapporteur).

2° Une note sur un nouveau tænifuge, le kamala, par M. Desnois, pharmacien à Paris.

3° Une note de M. Conte, chimiste, sur le traitement et la guérison de la morve par l'iode et l'iodure de potassium. (Renvoyé à M. Bouley).

4° Un pli cacheté renfermant une note sur la nécrose, qui complique les plaies par armes à feu, et sur les moyens de la prévenir, par M. le docteur Batailhé.

5° Un mémoire de M. le docteur A. Legrand, intitulé *De quelques tumeurs du sein, et de leur traitement médical et chirurgical.*

— M. BOUDET offre à l'Académie un mémoire de M. Condy, sur les propriétés désinfectantes et thérapeutiques des permanganates alcalins. Il présente à cette occasion quelques observations relatives à l'action oxydante de ces composés.

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. BOUDET lit ensuite en son nom et au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées à l'unanimité et sans discussion.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la morve.

Suite de la discussion sur la morve.

La parole est à M. H. Bouley pour résumer la discussion.

M. BOULEY. Ne soyez pas trop effrayés, Messieurs, de me voir paraître encore une fois à la tribune pour vous entretenir d'un sujet qui a peut-être lassé votre attention; cette fois sera la dernière, et je prends la parole pour en finir.

Je veux avant tout établir d'une façon précise les opinions que j'ai soutenues, je pourrais dire que nous avons tous soutenues, mes collègues les vétérinaires et moi. Ces opinions, je les formulerai dans les propositions suivantes :

« Lorsque l'organisme du cheval recèle le germe de la morve, *son virus*, que ce germe y ait été déposé ou qu'il se soit spontanément développé, toutes les chances existent pour l'évolution d'une maladie incurable, laquelle s'exprime principalement par des lésions de l'appareil respiratoire, tubercules, abcès métastatiques, pneumonie lobulaire, collection purulente des sinus de la tête, destruction ulcéreuse de la membrane nasale et de celle de la trachée; outre cela, l'état morveux se caractérise encore par une inflammation purulente des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, des abcès multiples dans le tissu cellulaire, des inflammations purulentes des testicules, des épididymes, des articulations, etc. Cette évolution peut être plus ou moins rapide ou lente, mais elle est fatale dans le plus grand nombre de cas.

» Restreint, très-restreint est le nombre des sujets privilégiés chez lesquels la maladie s'éteint en ne donnant lieu qu'à des lésions superficielles.

» Le plus souvent le virus morveux détermine des lésions viscérales, des lésions pulmonaires notamment, et ces lésions sont les premières en date après l'imprégnation de l'organisme. Les autres, celles qui consistent dans l'induration des ganglions lymphatiques et dans l'inflammation ulcéreuse de la membrane pituitaire, ne viennent qu'après. Elles sont l'expression dernière de l'état morveux; voilà pourquoi il n'est pas exact de dire que la gravité de la morve est proportionnelle à son mode d'expression par ses symptômes extérieurs; voilà pourquoi la mesure de la curabilité de cette maladie ne saurait être donnée par le nombre et l'intensité de ces symptômes.

» Un cheval chez lequel on constate *la glande* de la morve exclusivement, a déjà les lésions viscérales propres à cette maladie, et dans un temps plus ou moins long on voit se manifester chez lui les autres symptômes caractéristiques, le jetage et l'ulcération.

» Un cheval chez lequel on constate *le jetage* de la morve, jetage qui n'apparait presque jamais sans le glandage, a déjà les lésions viscérales propres à la morve, et dans un temps plus ou moins long on voit se manifester chez lui l'autre symptôme caractéristique, *l'ulcération*. Un cheval chez lequel on constate l'ulcération morveuse est morveux infailliblement sans aucun doute possible, si minime que soit cette ulcération. »

Sur quoi ces propositions sont-elles établies? Sur l'étude clinique des sujets morveux, sur les autopsies faites de ces sujets à toutes les périodes de la maladie, sur l'observation attentive de ceux de ces sujets qu'on laisse vivre, sur l'expérimentation par l'inoculation. On voit que ces propositions s'appuient sur des preuves variées et d'une valeur scientifique incontestable, tellement incontestable que nous avons tous été d'accord sans entente préalable. Pour essayer de saper dans sa base une telle doctrine, il a fallu toutes les audaces, toutes les témérités de... (je cherche un mot convenable, et je crois l'avoir trouvé) il a fallu, dis-je, toutes les témérités de l'inexpérience.

Si des faits nouveaux avaient été nécessaires pour confirmer ce que nous savons de la morve, ils m'auraient été fournis dans ces dernières semaines. J'ai le bonheur de jouir d'assez d'autorité pour trouver peu de personnes réfractaires à mes conseils quand j'ai jugé indispensable le sacrifice d'un cheval morveux. Eh bien, j'ai fait abattre dans ces derniers temps plusieurs chevaux qui ne présentaient pour tout symptôme que la *glande morveuse*, et ces chevaux, l'autopsie l'a prouvé, avaient dans les poumons les lésions les plus graves et les plus caractéristiques.

Mais je ne veux pas insister davantage sur la défense des opinions que j'ai soutenues; il me suffira d'ajouter que ce n'est pas seulement l'Ecole d'Alfort qui a été unanime sur tous les points capitaux de la discussion, mais que le professeur de l'Ecole de Lyon qui remplit dans cette ville les mêmes fonctions que moi à Alfort, s'est rangé de tous points à mon avis.

Voyons maintenant l'autre opinion, celle que M. Guérin a si courageusement défendue.

Il en est, a-t-il dit, de la morve comme de toutes les maladies contagieuses; elle a ses degrés de 0 à 100, Je ne comprends pas bien ce que peut être la morve occupant le degré zéro de ce thermomètre inventé par mon honorable contradicteur; mais passons. Ce qui est certain, c'est qu'au centième degré la morve est confirmée, *incurable*. Toutefois son incurabilité à ce degré n'est peut-être pas aussi certaine aux yeux de M. Guérin que je viens de le dire, car il n'a pas ménagé ses efforts pour faire admettre que même avec les trois symptômes cardinaux de la morve, les chevaux étaient susceptibles de guérir.

Quant aux degrés inférieurs, ils correspondent à une morve ébauchée et curable.

La morve ébauchée est même, vous le savez, guérissable dans le plus grand nombre des cas. Elle guérit, suivant M. Guérin, dans la proportion de 87 à 88 pour 100.

M. GUÉRIN. Je n'ai jamais dit cela; je suis étonné que depuis le commencement de la discussion vous ne soyez pas encore fixé sur des chiffres dont il a été tant de fois question. C'est vingt-cinq chevaux sur trente que j'ai vus guérir.

M. BOULEY. La communication de M. Guérin relative à l'histoire de ces quarante... chevaux destinés eux aussi à une certaine immortalité, a été faite d'une façon si vague, si peu précise, qu'il est bien permis de se tromper. J'admets donc la nouvelle proportion de M. J. Guérin; mais il me semble, sans que je sois un mathématicien consommé, que la proportion de 25 sur 30, si elle est un peu inférieure à celle de 88 pour 100, l'est de bien peu; et qu'on peut dire que le chiffre des guérisons obtenues par M. Guérin dépasse 80 pour 100.

J'admire, d'ailleurs, ce grand amour de M. Guérin pour l'exactitude mathématique, et je regrette qu'il n'en ait pas montré autant dans les... récits qu'il nous a apportés.

Je ne puis, en effet, appeler cela des observations, puisqu'on n'y trouve aucun des caractères exigibles d'observations vraiment scientifiques. Il y a des gens qui écrivent des observations sans idées, M. Guérin fait tout le contraire; il lance des idées sans observations. Cependant à défaut d'observations qui lui fussent propres, il en a emprunté aux autres, et vous savez comment il les a interprétées en faveur de sa morve ébauchée, et quels efforts il a fait pour transformer des cas de gourme en cas de morve.

M. Guérin a été chercher des renforts dans le camp même des vétérinaires, et il nous a montré victorieusement une espèce de protocole, qui est signé de MM. Charrier et Thiébault, et confirme, à ce qu'il croit, ses idées sur la morve ébauchée et guérissable.

Eh bien, Messieurs, je signerais volontiers moi-même la plupart des articles de ce protocole, avec quelques petites conditions.

J'appellerais des symptômes de morve ce que ces messieurs appellent des prodromes. Les chevaux qu'ils considèrent simplement comme *suspects*, comme menacés de morve, je les appellerais des chevaux morveux. Je conviendrais avec eux que parfois les symptômes de la morve disparaissent, surtout quand on isole les sujets malades et qu'on les place dans d'excellentes conditions hygiéniques; mais j'ajouterais que cette disparition n'est très-probablement que provisoire. Pour savoir ce que deviennent les chevaux morveux qui paraissent guéris, il ne faut pas les perdre de vue, il faut les suivre, comme l'a fait M. Reynal dans son régiment, et on verra, comme M. Reynal l'a vu, que tous ces chevaux finissent par périr morveux. Ce n'est pas la morve qui disparaît, ce sont les chevaux que les administrateurs font disparaître, profitant pour les vendre d'une guérison apparente.

Lorsque MM. Charrier et Thiébault écrivent qu'ils ont vu *des cas assez nombreux* de guérison spontanée de la morve générale, de la morve de consomption, ici je ne suis plus de leur avis; je maintiens que cette guérison spontanée est d'une rareté excessive, et que j'ai vu cette merveille deux ou trois fois dans ma vie.

Dans la discussion qui s'est élevée au sein de la Société impériale et centrale de médecine vétérinaire, sur le traitement de la morve par l'acide arsénieux, proposé par des praticiens de Turin, j'ai soutenu comme ici l'incurabilité presque absolue de la morve, et M. Charrier, qui assistait aux séances, ne m'a nullement contredit. M. Leblanc, qui à l'Académie a paru plus favorable que moi à l'idée de la curabilité, ne m'a pas fait non plus dans cette Société la moindre objection.

La doctrine de l'ébauche et de la curabilité n'a pas même le mérite de la nouveauté. Elle est vieille comme l'hippiatrie. C'est l'ancienne catégorisation des chevaux en chevaux suspects de morve et en chevaux atteints de morve confirmée. M. Guérin n'a changé qu'un mot : les chevaux ne sont plus suspects de morve, ils sont atteints de morve ébauchée.

La doctrine de M. Guérin est de plus dangereuse, puisqu'elle laisse à des chevaux morveux dont on attend la guérison le temps d'infec-

ter non-seulement d'autres chevaux, mais les hommes chargés de les soigner. Déjà M. Guérin s'est rendu presque coupable d'un homicide par imprudence, puisque son palefrenier n'a guéri que par une exception aussi heureuse que rare du farcin qu'il avait contracté au contact de quelques chevaux morveux.

Notre doctrine, à nous, nous rend plus expéditifs : nous tuons un cheval morveux comme on tue une vipère ou un serpent, et plus volontiers encore, puisqu'il y a des chevaux morveux qui n'inspirent aucune défiance et sont par conséquent plus dangereux. Notre doctrine est plus conforme aux intérêts des administrations, et plus favorable à la santé des hommes. C'est une doctrine de progrès, tandis que celle de M. Guérin est une doctrine de recul.

J'arrive enfin à la question des causes. Le grand reproche qu'on nous a adressé à cet égard, c'est de ne pas nous être attachés à la vraie cause, *veræ causæ* de Newton, et de n'avoir tenu compte que des causes éloignées. A ce propos, la *Gazette médicale* nous a très-fortement tancés; elle paraissait même si fort en colère, qu'elle m'a fait involontairement songer au *Journal du Père Duchêne*. Nous avons fait, a-t-elle dit, un *véritable gâchis*. Nous ne nous doutons pas de ce que c'est qu'un *contagium*, ou du moins nous n'en parlons pas. Mais n'avons-nous pas mille fois dit que la morve est une maladie contagieuse? Parler de la contagion, n'est-ce pas admettre un *contagium*, de même que dire qu'il est midi c'est admettre qu'il fait jour? Nous avons fait plus que de reconnaître l'existence d'un *contagium*, nous avons indiqué d'où il venait, nous avons déterminé les conditions de sa production. N'est-ce pas là un grand progrès accompli? Si nous pouvions en faire autant pour la clavelée, pour le typhus des bêtes à cornes, je crois que nous aurions rendu un immense service; car avoir reconnu les conditions étiologiques de la morve, c'est être en mesure de l'arrêter.

M. GUÉRIN. *Vous arrêtez* la morve, dites-vous?

M. BOULEY. J'aime à croire que M. Guérin est le seul à se méprendre sur le sens de ces mots. Tout le monde a compris que si j'arrête la morve, ce n'est pas chez les animaux déjà atteints, mais que j'en arrête les progrès dans le groupe des animaux exposés à la contracter.

Voici d'ailleurs un fait qui prouve de quelle façon la morve peut être arrêtée. Je l'emprunte à la pratique de mon père. Il y a vingt-cinq ans, on a proposé pour les chevaux une alimentation particulière prétendue économique. L'entrepreneur des eaux clarifiées, qui avait 150 chevaux au service de son exploitation, les soumit à ce régime, malgré les observations de mon père, qui voulait qu'il fît l'expérience sur quelques chevaux seulement, sous peine de voir la morve envahir ses écuries. Au bout d'un an, il avait 80 chevaux morveux. Heureusement la cause de la maladie était connue, et on put en arrêter les progrès en changeant l'alimentation et en isolant les chevaux morveux.

Puisque la préoccupation des causes éloignées peut produire de tels résultats, j'accepte comme un compliment le reproche d'avoir négligé la *vraie cause*, et je souhaite, si nous avons fait du *gâchis*, que M. Guérin gâche aussi serré, et que même pour la fièvre puerpérale il se puisse rendre un compte aussi exact des conditions qui favorisent son explosion.

M. Ch. Robin vous a dit sur la génération des virus des choses qui auraient dû peser davantage dans la discussion. Pourquoi, après les éclaircissements donnés par cet éminent physiologiste, M. Bouillaud s'est-il toujours obstinément refusé à admettre que des causes hygiéniques peuvent produire dans l'organisme du cheval le virus morveux? Est-ce là un phénomène plus surprenant que celui qui a été rappelé par M. Robin, je veux parler du phénomène de la production d'un virus dans les cadavres, virus susceptible d'être inoculé et de donner lieu aux accidents si graves que vous connaissez?

M. Bouillaud ne veut entendre parler que de causes spécifiques. Pour moi, je déclare que, comprenant bien ce qu'est une maladie spécifique, je ne comprends pas les causes spécifiques.

M. BOUILLAUD. Je crois qu'il est bon que nous nous entendions, nos adversaires et nous, sur la spécificité. M. Bouley reconnaît une maladie spécifique, mais il avoue qu'il ne sait pas ce que c'est qu'une cause spécifique; les deux choses étant corrélatives, déclarer qu'on ne sait pas ce que c'est qu'une cause spécifique, c'est nier les maladies spécifiques, ou la logique n'existe pas : c'est donc dans le cas actuel nier la morve.

M. BOULEY. Je voudrais savoir alors ce que M. Bouillaud entend par une cause spécifique.

M. BOUILLAUD. On la connaît à ses effets. Si je prends sur ma lancette du pus varioleux, je sais d'avance quelle maladie je vais reproduire sans avoir pu pénétrer la nature intime de ce pus; je sais, et cela me suffit, qu'il contient un virus, c'est-à-dire une cause spécifique, quoique je n'aie pu isoler ce virus. De même, dans l'air vicié par l'encombrement, il y a, sans que j'aie pu l'isoler, un virus qui peut donner le typhus, comme le virus incorporé au pus de la variole donne la variole.

M. BOULEY. Si ce sont là les causes spécifiques telles que les comprend M. Bouillaud, je les connaissais sans le savoir, comme M. Jourdan faisait de la prose; mais enfin je les connaissais aussi bien que M. Bouillaud et aussi bien que M. Jourdan connaissait la prose.

Les conclusions du rapport de M. Bouley sont mises aux voix et adoptées.

RAPPORT.

Hydrorachis. — M. GOSSELIN lit en son nom et au nom de MM. Blache et Bouvier, un rapport sur une observation d'hydrorachis traité avec succès par les injections iodées, par M. le docteur Sézérie, médecin à Saint-Barthélemy (Lot-et-Garonne).

Cette observation est relative à une enfant âgée de neuf mois et demi, atteinte de paraplégie et d'une paralysie incomplète des membres supérieurs.

La tumeur, grosse comme une orange, occupait la partie inférieure de la région lombaire. Elle diminuait sensiblement de volume par la compression, et s'était déjà ouverte deux fois spontanément.

M. Sézérie fit, le 12 mars 1859, une ponction avec un trocart à hydrocèle, évacua 30 grammes de liquide citrin; puis, pendant qu'un aide comprimait la base de la poche, il injecta environ 30 grammes d'un mélange de teinture d'iode iodurée et d'eau, à parties égales. Il laissa la solution séjourner pendant trois minutes, et la fit ensuite sortir presque en totalité. La tumeur ne se reproduisit pas. La paralysie incomplète des extrémités supérieures cessa bientôt; la paraplégie diminua aussi peu à peu, si bien que plus de deux ans après l'opération, l'enfant peut marcher, courir, etc. Elle conserve seulement une incontinence d'urine.

M. le rapporteur rappelle que des travaux intéressants sur le traitement du spina-bifida par les injections iodées ont déjà été publiés par MM. Debout, Ebra et Viard (de Montbard). En ajoutant les observations de ces trois médecins à celle de M. Sézérie, le total des cas dans lesquels ce traitement a été employé en France est de 11, dont 6 succès, 1 insuccès et 4 morts. M. Gosselin fait remarquer que le mot succès s'applique seulement à la disparition de la tumeur. Il est trop évident, dit-il, que l'injection iodée ne peut guère corriger les autres lésions qui accompagnent souvent le spina-bifida, savoir : les conformations vicieuses de l'axe encéphalo-rachidien et les paralysies qui en résultent.

Le succès dans le traitement du spina-bifida étant ainsi compris, il nous paraît que l'injection iodée est le traitement chirurgical auquel on doit aujourd'hui donner la préférence lorsqu'une opération paraît bien indiquée.

La commission propose :

1° D'adresser une lettre de remercîments à M. Sézérie;

2° De déposer honorablement son manuscrit dans les archives de l'Académie.

M. DESPORTES cite, à propos de ce rapport, un cas de guérison spontanée de spina-bifida qu'il a observé jadis chez le fils d'un médecin avec Dupuytren et Roux. Il conclut de cette heureuse terminaison de la maladie qu'il ne faut pas toujours se hâter d'opérer.

M. DEPAUL émet le vœu qu'une discussion s'engage sur le traitement du spina-bifida, afin de bien préciser les cas dans lesquels il faut intervenir et ceux où il faut s'abstenir de toute opération radicale. Il lui paraît que l'état de la peau, son degré d'amincissement ou d'inflammation, la connexion de la tumeur avec les éléments anatomiques de la moelle, sont autant de circonstances qu'il faut étudier avec soin, parce qu'elles peuvent fournir des indications importantes sur la conduite à tenir. Si une discussion s'engageait, il pourrait, en ce qui le concerne, fournir à ce sujet un certain nombre de documents qui lui semblent de nature à jeter quelque jour sur une question encore obscure.

Après une courte réponse de M. Gosselin, qui convient que la question du spina-bifida laisse encore beaucoup de *desiderata*, les conclusions du rapport sont adoptées à l'unanimité.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le discours de rentrée de la Faculté de médecine sera prononcé cette année par M. le professeur Moquin-Tandon. Le sujet est l'éloge de Duméril.

— Le concours pour les prix à décerner aux élèves externes et pour la nomination aux places d'internes dans les hôpitaux de Paris, commencera le 19 octobre prochain. Le registre d'inscription sera clos le 6 octobre.

— M. le docteur Pamard, maire d'Avignon, ancien médecin en chef des hôpitaux de cette ville, vient d'être nommé député au Corps législatif.

— Une enquête est actuellement ouverte à la mairie du 6e arrondissement, pour l'acquisition des maisons formant les coins de la rue Jacob et de la rue des Saint-Pères, destinées à l'agrandissement de la Charité.

Nous voyons avec plaisir qu'on a renoncé au projet qui voulait exproprier toutes les maisons comprises entre les rues Jacob et Taranne, Saint-Benoît et des Saint-Pères, afin de doubler l'importance de cet hôpital. Si les vastes hôpitaux présentent en effet certains avantages, ce n'est assurément pas au centre même d'une grande ville et sur un sol aussi peu élevé que celui de la rue Jacob.

— La question de la création d'un asile d'aliénés dans le département du Rhône vient de faire un pas décisif. Sur le rapport de M. le docteur Arthaud, le Conseil général a décidé que l'asile projeté contiendra 1,200 places, et que les magnifiques propriétés que possèdent les hospices sur les communes d'Oullins et de Saint-Genis-Laval seront affectées à cette création.

— Le professeur Porta ayant fait don à l'Université de Pavie de 1,200 pièces d'anatomie pathologique chirurgicale, le ministre de l'instruction publique a décidé que la collection prendrait le nom de *Musée Porta*; et le professeur lui-même a été nommé directeur de ce musée.

— Le docteur Burci a lu récemment à l'Académie des Géorgophiles, de Florence, un mémoire sur la nécessité de fonder sur l'une des collines voisines de la ville un hôpital pour les enfants rachitiques et scrofuleux. L'Académie a nommé une commission qui présentera ce projet au gouverneur de la Toscane.

Un hôpital existe à Lyon, dans des conditions admirables d'exposition et d'aération telles qu'on les désire à Florence : c'est l'Antiquaille. Il y a longtemps qu'il a fait ses preuves par l'amélioration de la santé de tous ceux (hommes ou enfants, malades ou pensionnaires, étudiants, etc.) qui l'habitent pendant un temps suffisant. Sa véritable destination serait donc de servir de lieu et de moyen de traitement aux enfants scrofuleux de la ville. Ne désespérons pas de voir cette affectation réalisée; on s'apercevra tôt ou tard qu'il y a tout avantage, qu'il y a même économie à substituer l'air et le soleil à l'huile de foie de morue. (*Gaz. méd. de Lyon*).

— La trente et unième session de l'Association britannique pour l'avancement des sciences a eu lieu à Manchester dans la première semaine de septembre. Outre les séances des sections, plusieurs soirées intéressantes ont été consacrées à entendre des dissertations, avec exhibition des objets appropriés, sur le microscope, sur l'analyse du spectre solaire, sur les appareils pour la télégraphie électrique, etc.

— M. le docteur Triquet commencera le lundi 23 septembre, à dix heures et demie du matin, à son dispensaire (impasse Larrey, 4), un cours particulier sur les maladies de l'oreille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique des maladies nerveuses, seconde édition, corrigée et considérablement augmentée), par MM. feu C. M. S. SANDRAS, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc., et H. BOURGUIGNON, médecin en chef de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, lauréat de l'Institut. Tome IIe, 1re partie. Prix des deux volumes, 12 fr. La deuxième partie du tome IIe paraîtra vers la fin de cette année. — A la librairie médicale de Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine, à Paris.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Intoxication saturnine par la poussière de cristal. — Hémiplégie syphilitique ; guérison rapide par l'iodure de potassium. — Du sillon des doigts et de sa valeur pronostique. — Purpura hæmorrhagica ; traitement par le perchlorure de fer sans succès. — Diarrhée liée à la dentition (cholera infantilis). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 11 septembre. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Intoxication saturnine par la poussière de cristal.

Il est une opération industrielle que l'on désigne sous le nom de contre-oxydation du fer, laquelle a pour but de recouvrir la surface de ce métal d'une couche vitreuse qui le rend inaltérable, et en raison de sa propriété isolante, permet de fabriquer des crochets suspenseurs du fil télégraphique, qui s'opposent à la perte du fluide électrique. On prépare des blocs d'un cristal particulier avec des débris de verre, du sable, un peu de manganèse, quelques fondants et une forte proportion de minium. Ce cristal est réduit en poussière très-fine dans des mortiers. Un autre temps de cette opération consiste à agiter au-dessus des pièces de fer que l'on veut recouvrir d'une couche vitreuse, et qui à cet effet ont été préalablement enduites d'une solution de gomme, un tamis chargé de poussière dont la partie la plus ténue tombe sur la gomme et y adhère. Ce sont habituellement des femmes qui sont chargées de ce travail.

Cette dernière manipulation surtout produit une poussière abondante, dont les particules les plus ténues remplissent continuellement l'atmosphère au milieu de laquelle vivent ces ouvrières. Or cette poussière est un silicate de plomb, qui se dépose en couches très-apparentes sur toutes les parties du corps qui lui sont accessibles, les cheveux, la face, le cou, les avant-bras et les mains. En même temps une grande quantité de cette poussière, entraînée dans l'acte de l'inspiration, vient se déposer sur la surface muqueuse des voies gastro-pulmonaires.

Ces quelques détails techniques étaient nécessaires pour arriver au point de pathogénie que nous voulions faire connaître, et qu'il nous reste à exposer d'après les recherches auxquelles s'est livré sur ce sujet M. le docteur Archambault dans un remarquable travail qui a été récemment l'objet d'un rapport à la Société médicale des hôpitaux.

M. le docteur Archambault, appelé à donner ses soins à des ouvrières employées dans une usine où se pratiquent ces opérations, ne tarda pas à reconnaître chez elles les symptômes de l'intoxication saturnine. Quelques-unes de ces malades furent dirigées à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Bernutz, suppléé à cette époque par M. Potain, qui reconnut également, sans en connaître la source, la nature de l'affection.

Ces faits en eux-mêmes n'étaient pas nouveaux. On sait, en effet, et M. Archambault l'a rappelé d'ailleurs dans son travail, que M. Ladreit de Lacharrière, qui avait vu des faits semblables à l'hôpital Cochin, dans le service de M. de Saint-Laurent, en a déjà fait le sujet d'un mémoire publié par les *Archives de médecine*. Mais les recherches de M. Archambault ont eu pour résultat de mieux faire connaître ce que ce genre d'intoxication a de particulier en raison des conditions spéciales dans lesquelles elle se produit, et de soulever un point intéressant de pathogénie. C'est ce qui nous a paru leur mériter une mention dans cette *Revue*.

Voici les faits principaux qui ressortent de ces recherches, d'après l'excellent rapport de M. Potain, publié dans les *Comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux* :

M. Archambault a observé pendant six mois 21 personnes occupées au travail en question. Sur ces 21 personnes, 19 ont été atteintes d'accidents saturnins divers et plus ou moins intenses, depuis la colique légère jusqu'à l'encéphalopathie la plus grave (3 femmes ont succombé). C'est dans les premiers accidents manifestés chez ces ouvrières, que M. Archambault a remarqué surtout quelque chose de spécial. Une exagération singulière de l'appétit pendant quelques jours, un peu de salivation, puis de l'anorexie, en marquaient le début. L'augmentation de l'appétit a été un fait général ; les ouvrières le signalaient d'elles-mêmes pour la plupart. Cette sorte de boulimie pas sagère ne durait pas longtemps ; la faim devenait moins vive, puis diminuait peu à peu, et chaque jour prenait le caractère inverse, c'est-à-dire que l'appétit se trouvait à peu près complétement supprimé quelque temps avant que survinssent les symptômes les plus sérieux. En même temps, presque toutes les ouvrières éprouvaient la sensation d'une poussière craquant entre les dents, puis elles commençaient bientôt à saliver plus que d'habitude. Chez quelques-unes, M. Archambault a constaté un véritable ptyalisme, qui a persisté coïncidemment avec un état fongueux des gencives.

Plus tard survenaient des vomissements, qu'on voyait persister quelquefois assez longtemps avant qu'il survint rien de plus grave, et qui dégénéraient en une sorte d'habitude pour la plupart des sujets.

Quant à la colique, qui se montrait tôt ou tard, elle était aussi un peu différente de ce qu'on la voit être le plus souvent chez les peintres et les cérusiers : douleurs moins vives, constipation nulle ou peu prononcée, ventre sans réaction notable et cédant aisément aux purgatifs, tels étaient les traits spéciaux qui la caractérisaient, sans empêcher toutefois qu'on y reconnût très-positivement l'affection saturnine.

Les caractères de la cachexie ont été ce qu'ils sont habituellement : décoloration des téguments et teinte subictérique de la peau, sensibilité au froid, faiblesse musculaire, œdème des extrémités, etc.

Du côté du système nerveux, M. Archambault a noté une céphalalgie habituelle avec sentiment de compression des tempes ; des douleurs dans les extrémités inférieures peu prononcées et sans caractère bien arrêté ; la diminution de la sensibilité, sinon une analgésie complète, aux avant-bras surtout, dans un grand nombre de cas.

La connaissance de ces faits devait naturellement conduire à l'application des mesures prophylactiques adoptées pour les fabriques de céruse, et à la recherche de quelques moyens spéciaux commandés par la nature même des occupations auxquelles se livrent ces ouvrières. C'est ce qui a été fait.

Restait un point de physiologie pathologique intéressant à étudier. Partant de ce principe admis en physiologie qu'une substance n'est absorbable qu'autant qu'elle est dissoute ou susceptible de se dissoudre à la surface de la membrane avec laquelle elle est mise en contact, M. Archambault a cherché d'abord quels étaient les agents capables de dissoudre le plomb contenu dans la poudre de cristal, et il a trouvé que les acides minéraux ou organiques jouissaient seuls de cette propriété.

Voilà donc la faculté d'absorber les molécules saturnines réservée par ce fait aux surfaces de la peau et de l'estomac, les seules qui présentent une réaction acide. La peau, malgré l'acidité de la sueur, lui a semblé être peu propre à cette absorption, tant à cause de la très-minime proportion d'acide qu'elle fournit dans les circonstances habituelles, qu'en raison de l'obstacle qu'oppose à la pénétration le revêtement épidermique. Il a été expérimentalement prouvé pour lui, d'ailleurs, que la poussière de cristal n'y abandonnait pas de plomb en quantité appréciable, car jamais la moindre coloration brune ne s'est montrée chez les ouvrières qui prenaient des bains sulfureux.

Restait donc l'estomac, lequel contient un liquide acide en quantité assez grande pour opérer la dissolution et préparer l'absorption du plomb apporté par la poudre de cristal. L'expérience a montré que cette dissolution s'y opérait en effet ; car dans les vomissements des malades qui ont été analysés, M. Archambault a toujours trouvé une notable quantité de plomb à l'état soluble. Pour complément de preuve, il a lui-même avalé de cette poudre insoluble, et il a vomi du plomb dissous. Enfin il a démontré, par d'autres expériences sur lui-même, que la proportion de poudre de cristal dissoute dans l'estomac variait avec le degré d'acidité du liquide de l'estomac. Il ne peut donc plus subsister de doute à cet égard. Or, c'est là un point capital dans l'histoire des intoxications saturnines, qui éclaire un grand nombre de circonstances et de variations dans les effets des poisons plombiques, restées jusque-là obscures, et fournit à la prophylaxie des données nouvelles d'une grande importance. C'était là surtout ce que nous tenions, avec M. Potain, à faire ressortir dans les intéressantes recherches de M. Archambault.

Hémiplégie syphilitique. Guérison rapide par l'iodure de potassium.

Le 22 mars dernier entrait dans le service de M. Colin, professeur agrégé à l'hôpital du Val-de-Grâce, salle 26, n° 44, un guide de la garde, nommé Jacques D..., évacué de l'hôpital de Compiègne sous la rubrique hémiplégie. Agé de trente-quatre ans, soldat depuis quatorze ans, cet homme est d'une vigoureuse constitution ; depuis qu'il est sous les drapeaux, il n'est entré qu'une fois à l'hôpital, il y a trois ans, pour une fluxion de poitrine. En garnison à Compiègne, il ressent depuis le mois de décembre 1860 une douleur continue sans exaspération nocturne, parfaitement limitée à la bosse frontale gauche, douleur du reste supportable et qui n'a pas entravé un seul jour son service. Sans autre prodrome, le 13 février dernier, au milieu de son repas du matin, D... est frappé de perte subite de connaissance avec résolution musculaire ; transporté de suite à l'hôpital civil de l'endroit, il revient à lui au bout de vingt minutes. Cette attaque lui laissait à peine quelque faiblesse ; mais, quinze jours plus tard, il lui sembla que son côté droit, particulièrement le membre supérieur, s'affaiblissait d'une manière notable et progressive.

Le 23 mars, jour de son évacuation sur Paris, la main droite fournit à peine une pression légère ; le malade marche encore, mais, en traînant la jambe. A la face, également à droite, hémiplégie incomplète, très-manifeste seulement dans le rire et les autres grands mouvements des muscles de cette région ; parole un peu embarrassée, sans altération de la mémoire ni de l'intelligence. Intégrité parfaite de la sensibilité générale et spéciale de la peau ; du côté des autres sens, amblyopie à gauche, progressive aussi depuis une quinzaine de jours. La faradisation dénote la conservation de la sensibilité et de la contractilité électriques. Ce qui fatigue le plus le malade, c'est la persistance de la douleur, toujours continue, toujours limitée à la bosse frontale gauche, douleur qui, sans prendre la nuit de caractère paroxystique, l'empêche le plus souvent de goûter le moindre repos. Il déclare aussi que depuis environ trois semaines, par conséquent depuis le début de son hémiplégie, il éprouve à intervalles assez réguliers de deux ou trois jours, un accès convulsif sans perte de connaissance, dont on peut résumer ainsi la manifestation : constriction laryngée, contracture des masséters, grincements de dents, sans la moindre sensation vertigineuse, le tout ne durant qu'une ou deux minutes ; le malade demeure indifféremment debout, assis ou couché, pendant cette petite crise que les assistants ne soupçonnent qu'en le voyant interrompre subitement soit son repas, soit sa conversation.

M. Colin pensa tout d'abord, en raison de la céphalalgie prodromique, persistante et limitée, en raison de l'aggravation progressive de la paralysie avec conservation de la sensibilité, en raison des accès de contracture, à un ramollissement aigu probablement secondaire à une production intra-crânienne, vu la parfaite intégrité de l'intelligence. Trois saignées avaient été pratiquées avant que le malade arrivât au Val-de-Grâce ; on chercha à combattre la céphalalgie par des applications de sangsues, des vésicatoires volants, des révulsifs cutanés et intestinaux, et de tous ces moyens on n'obtint que peu d'amendement.

Vingt jours après son entrée, le 12 avril, sans que l'hémiplégie faciale paraisse augmentée, le malade accuse une plus grande gêne dans l'articulation des mots. En examinant la langue, M. Colin est frappé pour la première fois de la présence, dans l'épaisseur de cet organe, de deux petites bosselures qui en occupent le bord gauche ; de la grosseur d'un pois, ces bosselures sont de consistance fibreuse, adhèrent à la muqueuse, qui est violacée à leur surface, et présentent, en un mot, tous les caractères des tubercules syphilitiques.

Alors seulement fut complétée l'investigation diagnostique, qui avait été insuffisante à l'entrée du malade. Celui-ci rappela qu'en 1852 il avait eu un chancre, puis des taches rouges, puis des croûtes aux jambes, où l'on trouvait encore cinq ou six macules d'ecthyma.

La date de l'infection, les tumeurs linguales, indiquaient bien à quelle période de la syphilis était le sujet.

Le 15 avril, on commence l'administration de l'iodure de potassium associé au sirop de gentiane, et l'action du spécifique fut si merveilleusement rapide qu'en quelques jours le nouveau diagnostic pouvait être complétement affirmé : hémiplégie syphilitique.

L'amblyopie d'abord, puis les crises de contracture, disparaissaient dans les huit premiers jours du traitement ; la céphalée dont le malade souffrait depuis quatre mois n'existait plus le 1er mai ; enfin, au bout de six semaines de traitement, l'amélioration de la motilité du côté paralysé était telle que la main droite serrait presque aussi énergiquement que la gauche, et que le malade, se promenant toute la journée, n'éprouvait plus la moindre faiblesse dans la jambe droite. Parallèlement à la lésion cérébrale, les tubercules de la langue avaient rétrocédé, et le 19 juin, jour de la sortie du malade, à peine percevait-on encore un peu d'induration dans la pointe de la langue qu'ils avaient envahie.

Ainsi, voilà un sujet qui à la troisième période de l'infection vénérienne est subitement frappé d'attaque apoplectique (d'après le travail de M. Ladreit de Lacharrière (*Thèse* de Paris, 1861, n° 56), c'est surtout à l'époque des accidents secondaires qu'on observe cet accident) ; puis survient progressivement une hémiplégie accompagnée de symptômes d'irritation cérébrale, hémiplégie qui rétrocède complétement devant le traitement spécifique des accidents tertiaires. Cette rapidité d'invasion d'une

part, de l'autre la rapidité de rétrocession des troubles nerveux, peuvent-elles, dans ce cas particulier, faire accepter le dogme d'une influence purement dynamique du virus sur les centres nerveux? Il y avait tout lieu de croire au contraire, suivant M. Colin, à une manifestation organique de l'infection vénérienne dans la trame cérébrale, et plusieurs raisons le portent à présumer que là, comme sur la langue, cette manifestation a été le tubercule syphilitique. D'abord les tumeurs de la langue sont arrivées à leur maximum de développement en même temps que l'hémiplégie; elles ont rétrocédé avec elle sous l'influence commune de la même médication. N'est-il pas rationnel, dit-il, vu la tendance ordinaire de ces tubercules à se multiplier dans l'économie et à envahir même les organes les plus profonds, de supposer identité de manifestations dans la langue et dans le cerveau? Ce n'est là qu'une application d'une méthode réputée rigoureuse dans le diagnostic des affections hétérologues dont les atteintes profondes ne se révèlent le plus souvent que par l'invasion simultanée d'organes accessibles à nos explorations.

D'autre part, la persistance de la sensibilité et de la contractilité électriques dans le côté paralysé constitue un argument de plus en faveur de la présence du produit morbide dans le cerveau lui-même; sans cette considération, l'amblyopie, siégeant à gauche, alterne par conséquent avec l'hémiplégie, pouvait faire supposer une tumeur intra-crânienne, mais extra-cérébrale, comprimant à la fois et le nerf optique et l'hémisphère gauche; mais la fréquence des exsudats plastiques et des périostoses de l'orbite, à cette même période de la syphilis, lui a paru suffire pour expliquer l'amblyopie d'une manière complétement indépendante des autres troubles névropathiques, au point de vue de la lésion locale dont elle est résultée (voir Deval, *Amaurose*).

Enfin, l'attaque apoplectiforme du début est un fait beaucoup plus commun dans la syphilis cérébro-spinale directe que dans les affections nerveuses symptomatiques d'altération des tissus voisins (exostose, périostose, etc.), ainsi qu'il résulte des observations de MM. Gros et Lancereaux (*Affections nerveuses syphilitiques*, page 349).

Il y a lieu de noter, en passant, que chez ce malade aussi cette attaque avait été précédée pendant plusieurs mois d'une céphalée fixe, limitée, prodrome presque obligé de toutes les manifestations syphilitiques vers l'encéphale, quelle que soit la rapidité de leur invasion.

Du sillon des ongles et de sa valeur pronostique.

La valeur séméiologique du sillon des ongles, dont nous avons entretenu plusieurs fois déjà nos lecteurs, se confirme à mesure que les occasions se présentent d'observer ce signe. Deux nouvelles observations nous sont adressées à ce sujet par M. Alliot, médecin à Levet. La relation très-sommaire de l'une d'elles sera suffisante pour attirer sur ce point l'attention des praticiens.

D..., âgé de trente-huit ans, postillon, a eu deux poussées tuberculeuses, l'une en 1859, la seconde en 1860.

Le 25 janvier 1861, il contracta une pneumonie qui envahit successivement les deux poumons. Le poumon gauche est le dernier affecté.

Sous l'influence de cette inflammation, la phthisie reprend une marche très-aiguë, et vers le quinzième jour le mal a fait de tels progrès, que la mort paraît imminente.

Nous ne relaterons ni les phases de la maladie, ni le traitement, dont les vésicatoires et les cautères ont fait les principaux frais; nous dirons seulement que le 8 mars, six semaines après l'invasion de la pneumonie, le malade se lève et fait pour la première fois une promenade dans sa maison.

La fièvre a baissé, mais le pouls est encore à 100-104 le matin, 116-120 le soir.

La toux et l'expectoration n'offrent aucune modification favorable; les signes physiques fournis par l'auscultation et la percussion ne se sont point modifiés.

Les sueurs nocturnes, la diarrhée continuent. L'amaigrissement est extrême. D... n'est plus qu'un squelette. Il y a dix ans, il pesait 56 kilogr., et le 8 mars 1861 la bascule indique seulement 45 kilogr.

Les jours suivants, la faiblesse paraissait moins grande; mais, à cela près, aucune amélioration ne pouvait faire espérer une terminaison favorable, lorsque le 15 mars, en examinant les ongles des pouces, M. Alliot fut assez heureux pour reconnaître le sillon qui commençait à abandonner la bandelette épidermique qui limite le bord postérieur de la lunule. Il était encore tellement caché par le repli épidermique, qu'il fallait beaucoup d'attention pour le reconnaître.

La vue de ce sillon lui fit changer immédiatement son pronostic, et il assura au malade que prochainement il reprendrait son service.

Dix jours, en effet, ne s'étaient pas écoulés, que D..., qui est très-courageux, remontait sur sa diligence.

Le 6 avril, M. Alliot a revu D..., et il a constaté que le sillon est parvenu à 3 millimètres environ de la zone épidermique. Tous les symptômes s'étaient un peu améliorés, et le malade pesait à ce moment 45 kilogr. 750 gram. Du 8 mars au 6 avril, il avait gagné 750 gram.

Est-ce à dire que ce malade doive être considéré comme guéri? Ce n'est pas la pensée de notre confrère.

Tous les signes physiques et rationnels nous prouvent le contraire, dit-il; mais nous pensons que l'affection peut maintenant rester stationnaire ou marcher très-lentement pendant un temps plus ou moins long, si quelque accident ne vient pas lui donner une nouvelle impulsion.

En effet, si, comme on peut le penser, le sillon est dû au vice de nutrition pendant la période la plus aiguë de la maladie, ne doit-on pas admettre qu'il apparaît alors que ce vice a diminué ou disparu?

Et si, chez un phthisique surtout, les fonctions de nutrition se rétablissent, n'est-il pas rationnel de croire que la maladie est enrayée? La phthisie à un état aigu, même léger, est une des maladies qui déterminent le plus facilement la production du sillon. Un grand nombre d'observations justifient cette opinion, fondée sur ce que la phthisie est une des maladies qui entravent le plus la nutrition.

Comment et en quel point de la racine de l'ongle se forme le sillon?

Pour la solution de cette question, voici la théorie que propose M. Alliot: lorsque les fonctions de nutrition s'altèrent sensiblement, l'ongle cesse de croître; le bout parabolique que forme le derme en se réfléchissant sur la face dorsale de l'ongle, presse aussi longtemps que la croissance de l'ongle est arrêtée, sur une même ligne de la racine, d'autant plus molle et mince que la nutrition est plus altérée. Cette pression détermine le sillon, qui sera d'autant plus profond que l'organisme aura été plus gravement atteint.

Aussi longtemps que l'ongle cessera de croître, le sillon sera masqué par la zone épidermique, qui s'avance au delà du derme sur la face dorsale de l'ongle, et il deviendra apparent alors seulement que la nutrition ayant repris une certaine activité, l'ongle aura pu croître d'une longueur égale à la largeur de la zone.

Les cheveux et les ongles présentent une grande analogie de nature, de structure et de développement. La chute des cheveux et le sillon des ongles, dans les maladies graves, démontrent que la même analogie se retrouve dans les altérations que peuvent subir ces productions épidermiques.

PURPURA HÆMORRHAGICA.

Traitement par le perchlorure de fer sans succès,

Par M. le Dr E.-T. CAUSSIN, de Ligny-en-Barrois (Creuse).

Les trois observations de purpura hæmorrhagica que M. le docteur A. Garnier a publiées dans le numéro 95 de la *Gazette des Hôpitaux*, soulèvent des questions du plus haut intérêt.

Dans cette note, je mets de côté la relation qui a existé entre l'impétigo et le purpura. Je veux appeler l'attention sur le purpura seul; je désire, par une série de questions, éclairer ma religion. Cependant ces questions n'auront tout leur intérêt que placées à la suite d'une observation qui par elle-même est déjà intéressante au point de vue du traitement. Je veux parler de l'emploi du perchlorure de fer.

Mlle M... est âgée de quarante ans; elle n'a jamais joui que d'une santé médiocre. La mort d'un frère qui laissait cinq ou six enfants orphelins, lui occasionna un violent chagrin. A ma première visite, ce qui me frappe tout d'abord, c'est la présence de larges ecchymoses sur les deux paupières; je lui demande si elles sont le résultat d'un coup ou d'une chute: « Non, me répond-elle, elles sont venues sans que je sache comment, et depuis quelques jours il s'est produit de pareilles taches sur les jambes, dans le dos... »

J'avais donc affaire à un purpura hæmorrhagica.

Questionnée longuement, Mlle M... m'apprend ceci: depuis la mort de son frère, arrivée un an à peu près avant, elle sent ses forces s'en aller de jour en jour, et cela à tel point que, s'il lui arrive de rester quelques instants debout, elle a bientôt une demi-faiblesse qui la ferait tomber si elle ne se couchait immédiatement.

Depuis deux ou trois mois, contrairement à ce qui existait par le passé, elle a vu ses règles non-seulement revenir plus fréquentes, mais aussi très-abondantes, et au lieu de durer deux jours, elles fluent en grande quantité pendant six ou huit jours.

Ne rencontrant ici qu'un purpura hæmorrhagica simplex, je le traitai par les toniques et les amers; les accidents allant en augmentant, je me rappelai les merveilles que le perchlorure de fer avait faites. Je le donnai en potion pendant plusieurs jours de suite; le mal empira; j'augmentai la dose et je le donnai jour et nuit; le mal continua à augmenter. Il ne se fit plus d'hémorrhagie dans le tissu de la peau, mais les règles reparurent sous forme de pertes que rien ne put arrêter; elles coulèrent pendant six jours, se supprimèrent, revinrent quelques jours plus tard et disparurent définitivement au bout de peu de temps. Bientôt des vomissements glaireux et bilieux se montrèrent; je fis cesser le perchlorure par la bouche et le fis prendre en lavements.

Les accidents parurent à différentes reprises s'amender; la malade buvait et mangeait, puis bientôt les vomissements reparaissaient.

Ces alternatives se montrèrent deux ou trois fois. Enfin le délire survint, une diarrhée sanglante apparut, en même temps que de violentes coliques; la faiblesse alla en augmentant, et la malade mourut dans une syncope.

Et maintenant que ma malade est morte malgré le fameux spécifique, j'arrive aux questions de doctrine.

Qu'est-ce que le purpura? Il me semble que l'on peut avoir le purpura sans purpura. Si une métrorrhagie avait enlevé Mlle M... avant l'apparition des taches ecchymotiques, auriez-vous dit que le purpura l'avait fait mourir?

Si une hémorrhagie intestinale, si une hématémèse l'avaient enlevée dans l'espace de quelques jours, auriez-vous dit qu'elle était morte du purpura? Enfin, Mlle M... avait-elle un purpura quand elle perdait une si grande quantité de sang au moment de ses règles, pendant trois ou quatre mois, avant l'apparition des premières taches ecchymotiques à la peau? Et pourtant elle était malade de la même manière qu'elle devait l'être plus tard, et elle est morte de cette première maladie.

Qu'est-ce donc que le purpura? Peut-être me répondra-t-on que c'est une maladie du sang. Mais de quelle nature est l'altération, dans lequel de ses éléments le sang est-il malade?

Et si vous parvenez à me le dire, n'appelez plus cette maladie du nom de purpura, car ce nom ne lui convient pas, pas plus que celui d'hématémèse, d'entérorrhagie, etc. De nouvelles recherches sont nécessaires, un nouveau nom est nécessaire. Et dès lors quelle transformation dérive de cette connaissance: un crachement de sang se produit; la vue du sang, son analyse, m'apprennent que ce n'est pas l'ulcération tuberculeuse, que ce n'est pas l'apoplexie qui a amené cette hémoptysie; voici une métrorrhagie: l'étude du sang m'enseigne que ce n'est ni le sang des menstrues (quoique l'hémorrhagie soit mensuelle), ni le sang d'une fausse couche, ni celui d'un polype, etc.

D'un autre côté, si vous me répondez que les hématologistes ne vous ont rien appris de ce que je vous demande, faut-il rester les bras croisés et laisser nos malades passer de vie à trépas? Non, assurément. Un pas est fait dans cette voie; elle est ouverte par conséquent.

Suis-je le premier qui s'étonne de notre ignorance en hématologie? Non, mille fois! Et pourtant personne ne pousse à la roue; les Académies, qui offrent cent mille francs à celui qui découvrira le remède du choléra, devraient renverser les termes du problème; elles devraient offrir un million à celui qui nous apprendra à diagnostiquer dans le sang toutes les maladies du sang, et alors, purpura, scorbut, choléra peut-être, et bien d'autres non meilleures, ne seraient plus une énigme indéchiffrable.

DIARRHÉE LIÉE A LA DENTITION (CHOLERA INFANTILIS).

Potion de M. SÉBASTIAN (de Béziers).

Eau de laitue.	100	grammes.
Gomme arabique.	3	—
Sous-nitrate de bismuth. . .	2	—
Rhubarbe pulvérisée.	30	centigrammes.
Poudre d'ipécacuanha	20	—
Pepsine (Corvisart et Boudet). .	1	gramme.
Sirop de symphitum.	30	—

On ajoute deux ou trois gouttes de laudanum, suivant l'âge de l'enfant.

M. S. A. Une cuillerée à café toutes les demi-heures.

Pour tisane, un peu d'eau rougie avec le vin de Madère.

N. B. Cette potion, qui est très-agréable à prendre, me rend les plus éclatants services dans le *cholera infantilis*, qui sévit ici depuis deux mois.

Sur soixante-cinq enfants qui ont pris cette potion, *deux seulement sont morts.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 septembre 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

COMMUNICATION.

Tumeur maligne de la cloison recto-vaginale. Extirpation à l'aide de l'écrasement linéaire. Facilité du manuel opératoire, simplicité des suites. Examen de la pièce anatomique. — M. VERNEUIL. En communiquant cette observation à la Société, je veux surtout fixer l'attention de mes collègues sur le manuel de l'opération, réservant et le côté clinique, et les indications que j'ai cru légitimer ma résolution, et les suites ultérieures qui d'ailleurs me sont encore inconnues, puisque l'opération est toute récente. Si l'opportunité de l'ablation des cancers du rectum était mise en jeu, si on était effrayé d'une mutilation qui, en cas de guérison, mettra l'opérée dans la position fâcheuse des femmes qui ont une rupture complète du périnée, j'accepterais volontiers le débat sur ce terrain et ferais valoir mes motifs; mais si on veut n'examiner avec moi que la méthode et le procédé mis en usage, je m'efforcerai de démontrer que, grâce à l'emploi de l'écrasement linéaire, j'ai pu, sans rencontrer la moindre difficulté et sans provoquer le moindre accident, mener à bien une opération grave, dans une région périlleuse, entreprendre en un mot, sans hésitation et sans préoccupation, une besogne devant laquelle j'eusse peut-être reculé si je n'avais eu à ma disposition que les méthodes et les procédés antérieurs à la belle découverte de M. Chassaignac.

Voici d'abord le fait. Je fus consulté le 3 septembre par une dame de soixante et un ans, brune, grande, maigre, très-robuste et très-énergique, qui souffrait depuis huit mois d'une affection de l'anus. Les renseignements fournis par une interrogation attentive permettent de faire remonter le mal à une époque plus reculée; mais l'invasion des douleurs éveilla seule l'attention de la malade, qui, fort laborieuse et s'écoutant peu, n'avait attaché aucune importance aux premiers symptômes de sa maladie.

Il y a huit mois donc, elle commença à éprouver quelques douleurs en allant à la selle. La constipation étant son état ordinaire, elle ne consulta personne et se contenta de prendre quelques légers purgatifs à des espaces assez rapprochés, et de faire quelques lotions avec l'eau tiède. Les matières fécales devenant plus ténues et les selles plus fréquentes, un soulagement notable s'ensuivit. Mais bientôt les garde-robes devinrent sanguinolentes et des cuissons de plus en plus vives se montrèrent à la région anale. La malade calmait ses douleurs en plongeant le siége dans un vase rempli d'eau chaude, et comme les souffrances se répétaient à de courts intervalles, il lui arrivait dans ces derniers temps de recourir au même expédient jusqu'à douze ou quinze fois dans les vingt-quatre heures.

Dans l'intervalle, cette dame reprenait ses rudes travaux sans se plaindre. Un médecin consulté examina la région à l'intérieur et déclara qu'il n'y avait rien de grave. Aux symptômes précités se joignit bientôt l'écoulement d'une humeur brunâtre sécrétée en très-grande abondance et qui entretenait dans la région malade un sentiment de cuisson et de brûlure insupportable. Des lavements furent fréquemment administrés conjointement aux bains locaux dont j'ai parlé. Mais bientôt l'introduction de la canule fut difficile et douloureuse. Au reste l'état général ne trahissait pas les désordres locaux. L'appétit restait bon, les forces convenables; le sommeil était tranquille après les journées laborieuses, et la malade ne soupçonnait point la gravité de la lésion rectale.

Dans le courant du mois dernier, M. le docteur Josset, des Ternes, fut appelé, et après avoir examiné reconnut une affection de mauvaise nature. Malgré sa résolution, la dame était très-impressionnable, elle accusait une sensibilité extrême lorsqu'on cherchait à explorer le rectum, et ne voulait consentir à cet examen qu'à la condition d'être chloroformée. Ceci concédé, elle acceptait tout ce qu'on voudrait faire pour la guérir.

M. Josset réclama mon avis, et nous constatâmes les particularités suivantes :

Le pourtour de l'orifice anal est le siége d'une rougeur érythémateuse assez forte ; en écartant les fesses, on aperçoit l'ouverture de l'anus très-contracté en apparence, sain toutefois en arrière, mais masqué en avant par deux tumeurs aplaties d'avant en arrière et séparées par une incisure profonde.

Ces tumeurs, du volume d'une amande chacune, étaient d'un rouge livide, fermes, peu mobiles, charnues, lisses et non ulcérées. Le sillon qui les séparait, profond de plus d'un centimètre, était au contraire recouvert d'une pulpe grisâtre, friable, ramollie, exhalant une odeur forte : c'était évidemment une ulcération en forme de fissure, reposant sur un fond carcinomateux.

Le toucher rectal démontra que la production morbide s'étendait à plus de 5 centimètres en hauteur ; elle formait dans le rectum une masse fongueuse, lobulée, inégale, dure, ulcérée, composée de mamelons volumineux séparés par des incisures profondes; elle occupait toute la moitié antérieure de l'intestin et présentait au moins 4 centimètres dans son diamètre transversal. Cependant ses limites latérales étaient bien circonscrites, et en dehors de ses bords épais et brusquement circonscrits on retrouvait la paroi intestinale molle et souple. Les limites supérieures étaient tout aussi bien définies, et en poussant le doigt profondément, on sentait le bord supérieur de la tumeur arrondi et surmonté par les parties saines. Le doigt sortait du rectum couvert de sanie sanguinolente, et quelques gouttes de sang suintaient de la surface de l'ulcération.

Le toucher par le vagin fournissait à son tour des renseignements précieux. La masse morbide, en effet, proéminait beaucoup dans le vagin dont elle comblait en partie la cavité ; elle formait de ce côté une saillie fortement convexe dans le sens vertical et dans le sens transversal. La moitié postérieure de la circonférence du vagin était envahie. En haut, on atteignait sans peine le sommet de la tumeur, séparé de la lèvre postérieure du col de l'utérus par un espace où la paroi était saine ; il en était de même pour la paroi antérieure.

La muqueuse du vagin, munie de ses rides et de ses plis, recouvrait la tumeur en y adhérant ; elle était même perforée dans un point, et l'ulcération était de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

Il résultait de cet examen que la tumeur occupait environ les trois quarts inférieurs de la cloison recto-vaginale, qu'elle avait ménagé en bas les téguments du périnée, qu'elle s'étendait latéralement jusqu'aux bords latéraux du vagin et du rectum ; qu'elle mesurait en épaisseur, c'est-à-dire d'avant en arrière, 4 centimètres; qu'elle avait débuté par l'intestin, et n'avait envahi le vagin que consécutivement; qu'elle était bien circonscrite, mobile de haut en bas et libre par conséquent de toute adhérence profonde; qu'enfin, partout entourée de parties saines, elle était assez loin du cul-de-sac péritonéal pour que l'ablation en fût chirurgicalement possible.

L'état général ne contre-indiquait pas d'ailleurs cette tentative. La malade était vigoureuse, pleine d'énergie; les grandes fonctions s'exerçaient bien. Il n'y avait point de signes de cachexie, point de tuméfaction du ventre, point d'engorgement ganglionnaire appréciable. Les douleurs devenaient vives; l'écoulement âcre et cuisant venu de la surface ulcéré, était très-abondant, infect, et irritait beaucoup les téguments. Enfin, le développement du mal menaçait cette malheureuse dame de toutes les tortures d'une obstruction anale avec rétention des matières, accident qui rend si cruelle l'évolution du cancer rectal.

D'après ses caractères physiques, la tumeur paraissait appartenir à la classe des épithéliomas, dont la récidive peut tarder à se produire et dont la guérison radicale après une extirpation suffisante n'est point impossible.

Tous ces motifs me décidèrent à proposer une opération, qui fut acceptée sur-le-champ. Je ne me dissimulais cependant ni les difficultés d'exécution ni les dangers inhérents à cette tentative. L'hémorrhagie primitive et consécutive, la nécessité de l'hémostase, l'infection putride, le phlegmon pelvien, l'érysipèle, étaient autant de complications à redouter. De plus, en supposant ces accidents écartés ou conjurés, je songeai aux dégâts que l'extirpation occasionnerait de toute nécessité. Il ne fallait, en effet, rien moins que détruire la moitié antérieure du rectum et la moitié postérieure du vagin, en un mot la cloison tout entière. En supposant la cicatrisation obtenue, je produisais de cette manière un vaste cloaque ayant pour parois les moitiés respectées du rectum et du vagin, séparées par un tractus cicatriciel vertical, cloaque dans lequel s'aboucherait le col de l'utérus et que baigneraient les matières fécales dont, faute de sphincter, l'incontinence devenait imminente. Toutefois cette incontinence, outre qu'elle donne lieu à des accidents moins sérieux que la rétention par rétrécissement, pouvait être palliée par la portion restante du sphincter, qui par les progrès de la cicatrisation devait venir s'insérer en avant sur les bandes cicatricielles verticales, et sinon fermer totalement du moins rétrécir et infléchir le canal recto-vulvaire de manière à entraver l'issue trop prompte des fèces.

Toutes ces considérations mises dans la balance, et l'avenir étant acceptable, il s'agissait encore d'atteindre cet avenir, c'est-à-dire d'employer un procédé qui exposât le moins possible la vie pendant les premières phases de l'opération. Pour des raisons que je développerai plus loin, je rejetai la ligature, la cautérisation et aussi l'instrument tranchant; si j'avais en particulier adopté cette dernière méthode, les sections latérales auraient porté sur les côtés du vagin et du rectum, c'est-à-dire dans le point précisément où ces conduits reçoivent leur principaux vaisseaux.

J'adoptai de préférence l'écrasement linéaire, et procédai de la manière suivante, le 5 septembre, assisté de M. le docteur Josset et de MM. Dubreuil et Bergeson, internes à l'hôpital Saint-Louis :

Le chloroforme administré, la malade fut couchée sur le côté gauche au bord de son lit et dans l'attitude usitée pour l'opération de la fistule à l'anus. J'introduisis dans le rectum un spéculum métallique univalve, la gouttière tournée vers le vagin, sa convexité répondant au sacrum; un aide tenait ce spéculum et dilatait l'intestin. Ayant reconnu par le toucher les limites supérieures du mal avec l'index gauche introduit dans le vagin, ce doigt me servit à conduire l'extrémité d'un grand trocart courbe, avec lequel je transperçai la cloison recto-vaginale à un 1 centimètre au-dessus de la tumeur, et, comme celle-ci s'étendait plus à gauche qu'à droite, je fis la ponction à droite, afin de faire d'abord une section verticale correspondante au bord droit de la tumeur. Le spéculum univalve servant de gorgeret, j'enfonçai hardiment le trocart à travers la cloison sans craindre de blesser la paroi postérieure du rectum. Le poinçon retiré, je conduisis à travers la canule une sonde flexible munie d'un fil qui entraînait après lui la chaîne d'un écraseur droit. Je formai avec cette chaîne une anse verticale, qui divisa la cloison de haut en bas sur le bord droit de la tumeur. La peau étant, comme on le sait, difficile à couper avec la chaîne, je l'incisai superficiellement depuis le côté droit de l'anus jusqu'à la réunion du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de la grande lèvre droite; le sillon ainsi formé par le bistouri servait à loger la chaîne; celle-ci étant serrée, la section fut commencée.

Je me servais de l'écraseur de M. Chassaignac, auquel je n'hésite pas à accorder la préférence sur tous les instruments de cette nature, et je faisais quatre crans à la minute. La première section fut effectuée en quinze ou seize minutes. Il s'écoula un peu de sang dans les manœuvres qui précédèrent le placement de la chaîne; la tumeur en fournit une certaine quantité également lorsqu'elle commença à être étreinte et condensée, mais la surface de section elle-même resta tout à fait exsangue.

Ce premier temps donna de suite beaucoup d'espace. Je pus alors porter sur la tumeur, qui ne tenait plus que par son bord gauche et son extrémité supérieure, trois érignes : l'une sur la portion périnéale, l'autre sur la portion moyenne de la tumeur, la troisième sur la cloison recto-vaginale.

A l'aide de ces trois instruments, je pus attirer la tumeur presque entièrement au dehors; il me fut alors facile de circonscrire la tumeur en employant cette fois un écraseur courbe, dont la concavité répondait à la masse morbide. Même incision cutanée périnéale que du côté droit; même lenteur dans la constriction, et au bout de dix-sept ou dix-huit minutes, chute de la tumeur, qui offrait le volume d'une pomme de moyenne grosseur.

Il ne s'écoula pas une goutte de sang. Les deux sections étaient lisses, nettes, régulières ; elles portaient évidemment sur des tissus sains dans leurs 5/6es inférieurs. Mais en reportant le doigt à la partie la plus élevée de la vaste excavation que je venais de produire, je reconnus sur les parties latérales du rectum deux points indurés qui paraissaient suspects. Ils étaient très-accessibles, grâce à la large perte de substance que je venais de faire. Une érigne double, implantée dans la première de ces tumeurs, l'abaissa, l'attira vers l'intérieur; un fil ciré servit à former un pédicule artificiel, sur lequel la chaîne fut jetée ; en trois ou quatre minutes, ce tubercule fut enlevé. J'en fis autant pour le second point induré; mais soit maladresse, soit précipitation, je m'aperçus en serrant la chaîne, que l'érigne était comprise dans l'anse, alors que celle-ci était trop serrée pour qu'il fût possible de dégager l'instrument étreint. Je dus me décider à réséquer avec le bistouri la petite tumeur à laquelle étaient fixés l'érigne et l'écraseur.

La portion que je dus diviser ainsi n'était certainement pas aussi volumineuse que la dernière phalange de mon doigt auriculaire, et cependant, sur ce champ si limité, se trouvaient trois artérioles dont l'ouverture fournit en quelques instants beaucoup plus de sang qu'il ne s'en était perdu dans toute l'opération antécédente ; une ligature jetée aussitôt sur le plus gros des trois vaisseaux, la pression du doigt, continuée quelques moments sur les deux autres, firent cesser aussitôt l'hémorrhagie. Mais ce petit incident me prouvait en passant la supériorité de l'écraseur et le nombre infini de vaisseaux que j'aurais ouvert si j'avais opéré avec le bistouri ; la démonstration était péremptoire.

L'opération était terminée, et j'avais sous les yeux une large brèche infundibuliforme, n'ayant guère moins de 10 centimètres d'avant en arrière, et 7 environ de hauteur. Je la remplis mollement de charpie fine. Un épais plumasseau imbibé d'eau fraîche, des compresses, un bandage en T, terminèrent le pansement.

L'opération, y compris l'anesthésie préparatoire, avait duré bien près d'une heure, mais tout avait réussi à souhait.

Dans les premiers moments, et lorsque le réveil était encore incomplet, la malade s'agita, cria et accusa de la douleur dans la région opérée ; puis tout se calma rapidement; une heure n'était pas écoulée, que toute trace de sensibilité avait disparu. J'ordonnai pour le reste de la journée un bouillon, du potage même, et en raison de l'excitabilité très-grande de la malade, je conseillai pour la nuit quelques cuillerées d'une potion calmante.

La nuit fut excellente; le lendemain il n'y avait ni fièvre, ni douleurs, ni accident quelconque. La partie extérieure du pansement fut seule renouvelée. Elle n'était pas souillée par une seule goutte de sang. La malade prit avec le plus grand plaisir du bouillon, du vin de Bordeaux, une côtelette de mouton et une croûte de pain. Le tout fut très-bien digéré.

Discussion à l'occasion du procès-verbal.

M. Verneuil. Je désire donner quelques renseignements sur mon opération. Elle date de neuf jours. Les suites ont été naturelles : pas de fièvre, pas d'agitation. Comme il n'y avait pas de selles, j'ai donné un léger purgatif. Au quatrième jour, les surfaces se sont détergées de cet enduit blanchâtre qui les couvre souvent. Aujourd'hui la plaie est réduite d'un tiers, la suppuration est de bonne nature; tous les tissus ambiants sont souples. Ainsi l'état général et l'état local sont excellents. Je veux faire remarquer la bénignité absolue des suites de cette opération, surtout après une perte de substance si considérable.

Les causes qui ont amené ce résultat avantageux sont nombreuses. La première, c'est l'absence de douleur pendant toute la durée de l'opération; la seconde, c'est l'ablation de la tumeur sur-le-champ; la troisième, c'est l'absence de l'hémorrhagie. Il n'est pas indifférent, en effet, de laisser perdre du sang à un malade déjà affaibli. Or c'est là un des plus grands avantages de l'écraseur. La quatrième, enfin, tient à ce que la plaie étant exsangue, les pansements ultérieurs sont simples, pas de styptiques, pas de tamponnements, etc. Il suffit de quelques bourdonnets, de compresses imbibées d'eau fraîche. Tous ces avantages ne se trouvent pas dans les autres méthodes. Si, il y a dix ans, on avait entrepris l'ablation d'une tumeur semblable, il aurait fallu employer le bistouri, puis des ligatures multiples, et peut-être la cautérisation, pour empêcher ou arrêter une hémorrhagie. Si la Société me le permet, je ferai une comparaison rapide entre les méthodes anciennes et la méthode de l'écraseur.

Par le bistouri, les difficultés et les dangers entouraient l'opération. Il aurait fallu aller vite, et l'on aurait ouvert nécessairement des veines volumineuses ; d'où l'obligation d'avoir recours à l'hémostasie, aux astringents, au perchlorure de fer et à la cautérisation au fer rouge, etc. ; or tous ces moyens sont plus ou moins dangereux. Si on avait employé le tamponnement, on aurait pu avoir des inflammations consécutives, en l'appliquant dans des cavités profondes et irrégulières. Avec l'écrasement linéaire, rien de semblable ne nous a menacé.

Si on avait employé la ligature multiple, on aurait fait une opération laborieuse, non précise et dont l'inconvénient le plus grave était la douleur, non-seulement pendant, mais après la manœuvre. Les phénomènes consécutifs à cette ligature sont la mortification et l'élimination des tissus. Si dans cette méthode les phénomènes primitifs sont moins effrayants, s'il y a moins à redouter l'hémorrhagie, il faut reconnaître que les phénomènes consécutifs, tels que l'inflammation et la suppuration, sont très-redoutables. Or, l'écrasement linéaire ne nous expose point à tous ces inconvénients.

La cautérisation nous offre-t-elle quelques avantages? Voyons-le. Dans ce cas, il n'y avait pas à penser à l'emploi du fer rouge, qui n'aurait pas pu détruire toute la masse morbide. Il fallait dès lors se résigner à employer les flèches. Or, ces agents destructeurs rassurent bien contre l'hémorrhagie; mais la cautérisation est longue, incertaine, douloureuse ; les pansements sont difficiles, elle est donc accompagnée d'inconvénients nombreux que nous évitons sûrement avec la méthode de l'écrasement linéaire. En effet, dans l'opération que j'ai pratiquée, j'ai eu tous les avantages des méthodes anciennes sans en subir les inconvénients. Ces avantages sont : la promptitude, la précision, l'absence de douleur primitive et consécutive, l'absence d'hémorrhagie, la facilité des pansements. Tout prouve donc que dans ces opérations la méthode de M. Chassaignac est infiniment supérieure.

Je ne veux pas terminer cette communication sans faire ressortir une autre considération importante en faveur de la méthode de M. Chassaignac. Quelquefois le chirurgien se trouve en présence de tumeurs malignes tellement étendues, qu'il n'ose rien faire parce qu'il sait que l'ablation de ces tumeurs, même lorsqu'elle n'est que partielle, est susceptible d'amener toute une série d'accidents souvent graves. Eh bien, la méthode de l'écrasement linéaire nous paraît appelée à rendre des services dans ces circonstances. L'écraseur peut servir à faire des opérations palliatives, puisqu'avec son emploi on ne craint plus les accidents primitifs des opérations chirurgicales.

M. Chassaignac. Si je prends la parole, ce n'est point pour prôner ma méthode, mais pour rappeler des faits analogues à celui que M. Verneuil vient de nous communiquer.

Avant d'avoir trouvé cette méthode, je fus appelé à l'hôpital Necker à enlever une tumeur volumineuse de la cloison recto-vaginale. Je fus obligé, dans cette circonstance, de cerner la tumeur par une série de ligatures. Pour prévenir l'hémorrhagie, il n'y avait pas possibilité d'aller au fond de la plaie saisir les vaisseaux ouverts, de sorte que j'étais alors dans une grande perplexité. J'ai, du reste, publié ce fait dans la *Gazette des Hôpitaux* ; aujourd'hui je pense que cet embarras n'existe plus quand on emploie l'écraseur linéaire.

Le fait de M. Verneuil me rappelle une condition importante pour l'ablation des cancers du rectum. D'un grand nombre d'opérations pratiquées par moi pour ces affections, il résulte qu'il faut établir une distinction, suivant que le sphincter est intact ou qu'il est atteint.

Dans le premier cas, l'affection est toute bénigne, elle est cachée, elle se développe dans l'excavation. Rien, dans les fonctions, n'avertit les malades. Au contraire, quand le sphincter est touché, il existe une série d'accidents vraiment intolérables, si bien qu'alors on est heureux de pouvoir faire une opération même palliative.

Or, sans l'écraseur linéaire, quel est le chirurgien qui voudrait se hasarder à enlever une partie de cette tumeur? Avec l'écraseur, au contraire, l'opération est facile, et ses résultats sont des plus satisfaisants. Le malade se trouve, en effet, considérablement soulagé; bien plus, l'amaigrissement cesse et l'embonpoint revient; la cachexie dite *cancéreuse*, et que je regarde comme produite uniquement par l'absorption de matières putrides, disparaît à son tour.

Un autre fait m'a beaucoup frappé : je croyais qu'après les ablations partielles les matières ne seraient point retenues, eh bien, il n'en est point ainsi. Voici ce que j'ai observé : D'abord, il y a incontinence des matières fécales, puis la suppuration s'établit. Peu à peu la sanie purulente diminue, et à la fin les matières sont retenues. J'ai observé cette rétention consécutive, même dans les cas où j'avais opéré très-haut. L'intestin a le pouvoir de se *sphinctériser*, si je puis me servir de cette expression. J'ai dans mon service, en ce moment, un malade que j'ai opéré il y a six ans. Actuellement il est bien guéri et il conserve parfaitement ses matières. Il existe seulement un léger suintement quand les matières sont liquides.

Ainsi, pour me résumer, je crois que certains états qui sont au-dessus des moyens curatifs, peuvent être efficacement attaqués par des moyens palliatifs, surtout quand ces moyens n'offrent aucun danger dans leur emploi. Or, l'écraseur linéaire est précisément dans ces bonnes conditions. L'ablation partielle des tumeurs nous paraît donc une opération qui est bonne et qui deviendra plus générale, grâce à notre méthode.

Je ne veux ajouter que quelques mots sur l'opération de M. Verneuil. Je vois avec plaisir que le spéculum univalve a été employé pour protéger les tissus contre la pointe des aiguilles qui sont passées à la base de la tumeur; c'est là une bonne méthode.

Il y a eu aussi une circonstance que je veux expliquer. Ainsi, quelquefois, quand l'écraseur est poussé jusqu'au bout, il arrive qu'il ne peut ni marcher ni reculer. Dans cette circonstance, on se laisse tenter et l'on coupe avec le bistouri ou des ciseaux le pédicule qui reste. Il ne faut point agir ainsi, parce que l'on peut avoir une hémorrhagie par cette petite incision. Il suffit pour faire marcher l'instrument, de faire quelques efforts de pression sur les côtés de l'instrument, qui est immédiatement dégagé.

J'ajouterai encore un mot sur les phénomènes consécutifs aux opérations. Ce qui compromet souvent leur succès, c'est ce que j'appelle le *trombus post-opératoire*, autrement dit les petites hémorrhagies. Quand cet accident se déclare, on est obligé de défaire le pansement. Or cela produit toujours une impression pénible sur le malade et une irritation fâcheuse sur la plaie. Le tout s'accompagne nécessairement d'une douleur plus ou moins vive. L'écraseur n'expose pas à cet accident, et ces avantages se montrent surtout dans les ablations du sein. Quelques personnes ont trouvé mauvais que je cherche à donner une grande extension à ma méthode; mais le but que je cherchais à atteindre est ma justification : je voulais être utile.

M. RICHARD. Je professe pour l'écraseur linéaire une profonde estime; j'ai pour lui un amour filial, mais non paternel. Ainsi, je ne suivrai point M. Chassaignac quand il veut en faire l'application à l'ablation des tumeurs du sein. Quant aux hémorrhagies qui surviennent quelques heures après l'opération, je crois qu'elles tiennent uniquement à ce que la ligature des artères a été incomplète. Eu égard aux suites de l'extirpation de la zone sphinctérienne dans les cancers du rectum, je pense que M. Chassaignac a trop embelli le tableau; il ne faudrait pas accepter sa manière de voir dans toute son extension. Quant à moi, contrairement à M. Chassaignac, j'affirme que la règle, dans ces cas, c'est qu'après l'ablation du sphincter le malade ne peut plus retenir ses matières fécales. Je m'explique: les malades peuvent bien, à la vérité, se maintenir propres, mais ils n'ont pas d'autres avantages; ils ne peuvent pas aller à la garde-robe à volonté. L'opération partielle, dans les cas de cancer rectal, laissant le tube intestinal dégénéré au-dessus du point coupé, ce tube est inerte, non contractile, et il est évident que dans cette circonstance les matières seront encore plus difficilement maintenues. Je viens donc prier notre collègue de vouloir bien nous donner quelques explications sur des appréciations que je regarde comme empreintes d'exagération.

M. CHASSAIGNAC. Au début de mes recherches sur l'application de l'écraseur, j'avais entrepris l'ablation du sein avec mon instrument; cependant je n'avais pas été satisfait, et je l'avais abandonné pour me servir du bistouri. Mais j'ai vu survenir des accidents nombreux, tels que : érysipèle, phlegmons, hémorrhagies, etc. C'est alors que j'ai songé à l'emploi des caustiques; mais leur emploi est long, douloureux, incertain; de sorte que, sans y mettre de l'obstination, j'en suis revenu à ma méthode. A partir de ce moment, j'ai eu beaucoup moins d'accidents; j'ai bien vu quelques érysipèles se manifester dans l'épidémie que nous venons de traverser; mais c'est tout ce que j'ai observé. Pour tous ces motifs, je crois qu'il y a un avantage marqué en faveur de l'écrasement linéaire.

Quant à la question du sphincter, M. Richard a touché un point très-important, et il a fait des remarques très-justes. Je reconnais avec lui que dans le cancer du rectum, si l'ablation est partielle, il est certain qu'il y aura incontinence des matières; mais je maintiens que si l'ablation est totale, les matières seront retenues, non pas toutefois avec la même énergie que dans l'état naturel, mais d'une manière assez complète.

M. HUGUIER. Je veux dire deux mots sur l'ablation du sein par l'écraseur linéaire. Je crois la méthode de M. Chassaignac excellente dans son principe général. Cependant, pour le sein, je pense qu'il ne faut l'employer que dans les cas exceptionnels. Elle sera bonne, par exemple, si le cancer est squirrheux et si la glande est pédiculisée, et encore, dans cette circonstance, je serais d'avis de faire une incision circulaire sur la peau avec le bistouri. Mais elle ne sera pas applicable dans deux autres variétés de cancer mammaire :

1° Quand la tumeur aura contracté des adhérences avec le grand pectoral;

2° Chez les femmes grosses et grasses, chez lesquelles le cancer est ramescent et quelquefois disséminé par noyaux.

Je sais que M. Chassaignac va nous dire qu'après l'ablation de la tumeur principale on peut procéder à l'extirpation des tumeurs accessoires. Mais si pour cela on emploie le bistouri, les avantages de l'écrasement linéaire disparaissent complétement. Je n'ai pas besoin d'ajouter que les cancers du sein qui auraient contracté des adhérences aux côtes seraient inopérables par l'écraseur.

M. CHASSAIGNAC. Je reconnais toute la valeur des observations faites par M. Huguier. Cependant, pour les cancers multiples, je pense qu'après l'ablation de la tumeur principale, comme il reste une surface plane, on pourrait avec des aiguilles courbes pédiculiser les tumeurs accessoires et passer la chaîne au-dessous des fils. En sacrifiant un peu plus de tissu sain, l'écraseur est donc encore possible dans cette circonstance.

Quant aux cancers du sein en particulier, je crois que si leur ablation donne lieu à des accidents, c'est uniquement parce que l'on a employé d'autres moyens que l'écraseur. Tout récemment, avec un médecin de l'hôpital Lariboisière, j'ai enlevé en ville une tumeur du sein au moyen de l'écraseur. L'opération était terminée, lorsque j'aperçus un noyau induré à la surface du grand pectoral. J'en fis l'extirpation au moyen d'un coup de ciseaux. Je fis le pansement comme à l'ordinaire. Cinq ou six heures après, vers trois heures de l'après-midi, on vint me chercher en toute hâte pour une hémorrhagie. En arrivant, je trouvai la malade expirante. Un médecin avait été appelé, le pansement avait été enlevé. Une artère, battant et donnant du sang précisément au niveau du coup de ciseaux, était la cause de l'hémorrhagie. Il n'y eut pas de suites fâcheuses; mais si la plaie eût été anfractueuse, il y aurait eu une certaine gravité.

M. HUGUIER. Dans les observations que j'ai faites, je n'ai eu qu'un but, celui de m'éclairer. Ainsi, je crois qu'il y a une autre complication du sein qui ne se prête pas à l'écrasement; c'est l'engorgement des ganglions lymphatiques qui se trouvent sous le bord inférieur du grand pectoral. Dans une bonne opération, il faut les enlever. Or comment les atteindre avec l'écraseur? Cela me paraît bien difficile, tandis qu'avec le bistouri on les enlèvera plus facilement. Si on a employé l'écraseur, il faudra dès lors faire une opération mixte qui n'offrira aucun avantage réel.

M. RICHET. Je ne veux pas parler de l'ablation du sein; mais je veux revenir sur ce que M. Chassaignac appelle la *sphinctérisation* de l'intestin. Des faits nombreux observés par moi me permettent d'affirmer que cette propriété est loin d'être aussi évidente que M. Chassaignac le croit. Parmi les opérés que j'ai soumis au procédé de M. Denonvilliers, qui consiste à enlever le rectum et son sphincter en pratiquant une longue incision sur les côtés du coccyx, je puis citer un malade que j'ai observé d'une manière spéciale. C'était un garçon qui ouvrait les voitures sur la place du Parvis Notre-Dame. M. Marjolin l'avait d'abord opéré d'un cancer du rectum, pendant son séjour à l'hôpital Saint-Antoine. Plus tard, ce malade revint au même hôpital, croyant y trouver encore M. Marjolin, et je pus observer qu'il y avait récidive et que l'opération était encore praticable. J'enlevai les tissus dégénérés aussi haut que possible; et ayant employé le procédé de Récamier à anses multiples, je ne suis pas sûr de ne pas avoir intéressé le péritoine. Quoi qu'il en soit, cet homme guérit fort bien. Quatre ans après cette dernière opération, il est venu me voir à l'hôpital Saint-Louis. Je l'ai examiné et touché attentivement; j'ai vu une petite ulcération au pourtour de l'anus nouveau. Je lui ai demandé comment il allait à la selle. Il n'a pas de sphincter. Le rectum est collé sur les parois du bassin; si on introduit le doigt dans l'anus, on pénètre facilement, sans vaincre d'obstacle; si le malade fait des efforts, il n'y a aucun effet produit sur le doigt. Les matières solides sont retenues pendant trois, quatre et quelquefois cinq heures tout au plus. Quand le besoin se fait sentir, il ne peut différer; les matières s'échappent aussitôt. Quand les matières sont liquides, elles s'écoulent involontairement et continuellement, de sorte que le malade est obligé de se garnir.

J'ai examiné ce malade avec d'autant plus de soin, que j'étais en discussion sur ce sujet avec M. Malgaigne, et je puis affirmer que chez lui comme chez beaucoup d'autres, les matières ne sont pas retenues après la destruction du sphincter naturel.

M. CHASSAIGNAC. Quand j'ai parlé de la sphinctérisation, je ne voulais pas être absolu. Je n'ai pas prétendu que la volonté eût de l'influence sur ce nouveau sphincter. Ce qui se produit, c'est évidemment un sphincter imparfait; c'est, si l'on veut, un orifice un peu résistant qui est facilement vaincu par les moindres efforts musculaires. J'ai actuellement dans mon service un malade qui pourrait servir à juger la question.

Chez le malade observé par M. Richet, je m'explique l'incontinence par la récidive qui existe manifestement, puisqu'il y a une ulcération sur la cicatrice. Cette propriété de l'intestin m'a fort surpris; mais il faut l'accepter, parce qu'elle repose sur une observation rigoureuse, et je la signale à la Société pour la soumettre à son contrôle.

M. RICHET. Je n'ajouterai qu'un mot. Ce n'est pas évidemment la récidive qui peut avoir produit l'incontinence. Cet homme est dans cet état depuis trois ans, bien avant l'apparition de l'ulcération.

M. LABORIE. La thèse soutenue par M. Chassaignac a été aussi soutenue par Lisfranc, qui s'expliquait la rétention des matières par les sinuosités de la cicatrice.

— M. TRÉLAT. Je demande pardon à la Société de revenir sur la luxation du coude que j'ai présentée. M. Giraldès a affirmé qu'il y avait non-seulement luxation, mais fracture. Quant à moi, je ne pense pas qu'il y ait fracture. Voici les raisons sur lesquelles je me fonde pour être aussi explicite :

1° Après avoir examiné de nouveau, je n'ai pas pu découvrir de fracture;

2° Tous les membres de la Société qui ont fait ici le même examen, n'en ont pas trouvé non plus;

3° Les mensurations les plus complètes et les plus précises déposent en faveur d'une luxation et non en faveur d'une fracture.

Telles sont les raisons générales sur lesquelles je m'appuie; voyons maintenant les raisons spéciales. En supposant l'existence d'une fracture, quelle serait cette fracture? Je ne trouve les caractères de fracture ni dans l'épitrochlée, ni dans l'épicondyle, ni dans la trochlée, ni dans l'apophyse coronoïde, ni dans l'extrémité inférieure de l'humérus.

M. GIRALDÈS. M. Tréiat a raison de nous faire part de ses doutes; mais je vais, à mon tour, exposer les motifs qui ont servi de base à mon diagnostic. L'examen de la luxation me prouve que c'est une variété assez rare, et en cela je suis de l'avis de M. Trélat. Quant à la fracture, je la crois indubitable. Seulement aujourd'hui c'est une fracture consolidée, et par conséquent plus difficile à reconnaître. Néanmoins, si l'on considère qu'il existe en arrière de l'humérus une saillie que l'on ne trouve pas du côté sain, l'on sera bien obligé de reconnaître qu'il y a eu fracture complète ou incomplète dans ce point. Il n'y a là rien de surprenant, quand on pense à la fréquence des fractures sans déchirure du périoste chez les enfants, fractures qui laissent moins de traces que chez les adultes.

M. TRÉLAT. Dans la pensée de M. Giraldès, il y aurait eu fracture de l'épicondyle ou dans son voisinage. Or, je ne vois pas comment cette fracture aurait pu devenir un obstacle à la réduction de la luxation en s'opposant à la descente du cubitus. Comme le radius n'a pas changé de position, je persiste dans mes doutes.

(La suite au prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 22 juillet 1861, M. Thibault, chirurgien de 1re classe de la marine, a été promu au grade de chirurgien principal.

— M. Rouchoux, docteur en médecine à Puiseaux (Loiret), vient d'être nommé médecin cantonal, en remplacement de M. Chambon, décédé.

— M. Saboureau, premier pharmacien en chef de la marine, a succombé le 4 août dernier à Vichy, où il était allé faire usage des eaux thermales.

— M. le docteur Villars, récemment nommé médecin en chef des hôpitaux d'Avignon, n'est point, comme nous l'avons dit par erreur, lauréat de la Faculté de Paris, mais de celle de Montpellier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Œuvres complètes d'Hippocrate, traduction nouvelle avec le texte grec en regard, etc., par M. E. LITTRÉ (de l'Institut). Tomes IXe et Xe (dernier). Paris, 1861, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Monographie des hémorrhoïdes, on Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 112 — MARDI 24 SEPTEMBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 112. — MARDI 24 SEPTEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PARIS, LE 23 SEPTEMBRE 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. le docteur Guyon a entretenu l'Académie, dans cette séance, d'un phénomène pathologique signalé depuis longtemps déjà dans la fièvre jaune, et qu'il a eu l'occasion d'observer pendant l'épidémie qui a régné il y a quelques années à Lisbonne ; c'est la suspension du pouls et des contractions du cœur accompagnée d'un refroidissement cadavérique et d'autres phénomènes qui simulent la mort, avec le maintien de la vie et l'intégrité des facultés intellectuelles.

M. Guyon a constaté dans l'un de ces cas cette circonstance particulière, dont les nombreux médecins qui ont écrit sur cette maladie ne paraissent point avoir fait mention, que les contractions du cœur étaient remplacées par des battements énergiques de l'artère cœliaque, qui semblait ainsi suppléer l'organe central de la circulation.

M. Guyon incline à penser que ces battements cœliaques, que le hasard lui a fait rencontrer dans ce cas, et qui ont été constatés soit par d'autres médecins, soit par lui-même, dans des cas de fièvre intermittente pernicieuse, devaient exister très-probablement dans les faits cités par les auteurs.

M. le docteur Fournié (de l'Aude) a lu dans cette même séance un mémoire sur la pénétration des corps pulvérulents volatils, gazeux, solides ou liquides, dans les voies respiratoires, au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique.

Nous publierons dans un prochain numéro les conclusions générales de ce travail, qui se rattache, comme son titre l'indique, à une question de thérapeutique vivement discutée dans ces derniers temps. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Relevé statistique des observations de l'année scolaire 1860-1861 (1).

Il y a eu 76 contusions récentes ou anciennes, parmi lesquelles deux viscérales, une contusion du poumon avec hémoptysie, et une rupture du foie promptement suivie de mort, et qui n'a pu être diagnostiquée sur le vivant. Une douleur vive dans le côté droit de la poitrine, une agitation extrême et de la pâleur ont été les seuls symptômes pendant les douze heures qui ont séparé l'entrée du malade de son décès.

8 contusions étaient très-légères ; 61 présentèrent plus de gravité, mais guérirent néanmoins, et ne furent compliquées qu'une fois d'une angioleucite sans gravité.

5 hématocèles ont été observées : une qui datait de deux ans, et sur laquelle deux incisions furent portées pour évacuer les caillots fibrineux qu'elle renfermait. Le malade est mort du tétanos, et a été l'objet d'une des leçons cliniques de M. Velpeau.

Chez une femme, une hématocèle développée dans le cul-de-sac supérieur externe de la synoviale du genou, avec laquelle il ne communiquait plus, offrit un exemple de transformation d'une hématocèle en hydrocèle.

Les trois autres malades furent soumis à la compression, qui réussit dans deux cas. Dans le dernier cas, M. Velpeau dut recourir à un procédé qui lui a souvent donné de bons résultats, et qui consiste à transformer un épanchement ancien en un épanchement récent, en écrasant l'hématocèle et détruisant ainsi l'enveloppe kystique qui tend à emprisonner les caillots sanguins.

Deux épanchements de sang dans l'articulation du genou ont été guéris sans accidents.

Il a été traité 15 malades atteints de brûlures. Cinq ne présentaient que le 2e et le 3e degré. Le sous-nitrate de bismuth a été employé comme poudre dessiccative. Une complication étrangère au traitement a été observée une fois, un érysipèle.

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 septembre.

Les autres brûlures, au 3e et au 4e degré, ont été traitées par les pansements simples, et deux malades ont offert des exemples d'ulcérations consécutives difficiles à guérir.

Trois malades ont été traités par le repos pendant une semaine, en moyenne, pour des douleurs de reins à la suite d'un effort musculaire dans lequel il y avait eu probablement déchirure de quelques fibres musculaires des muscles qui occupent les gouttières lombaires.

8 entorses simples ont atteint 6 hommes et 2 femmes.

9 luxations ont été observées : une du coude, complète en arrière, avec fracture de l'apophyse coronoïde, qui se reproduisait avec facilité, chez une femme qui s'était jetée dans la rue de la hauteur d'un troisième étage, et qui portait en même temps une fracture sous-trochantérienne du fémur droit. La malade, indocile et dans un état mental voisin de l'aliénation, empêcha le chirurgien de prévenir l'ankylose de l'articulation du coude.

Une luxation sous-scapulaire, une sous-pectorale de l'épaule, toutes deux récentes, ont été réduites. Il y a eu 6 luxations de l'extrémité externe de la clavicule, pour lesquelles M. Velpeau prescrit simplement le repos pendant quelques jours, le temps nécessaire à la disparition de la douleur. Le membre, par le fait de la luxation, ne perd pas ses fonctions. Les ligaments coraco-claviculaires maintiennent encore la clavicule en rapport avec l'omoplate ; les mouvements du bras n'empêchent pas une nouvelle capsule de se former autour de l'articulation acromio-claviculaire, et sa déformation finit même par diminuer. Les appareils destinés à maintenir réduites ces luxations, suivant M. Velpeau, devraient être gardés trop longtemps et souvent inutilement ; il blâme leur usage.

Le relevé statistique contient 47 phlegmons diffus ou circonscrits des différentes régions du corps. 44 phlegmons des doigts ou panaris, ce qui est tout un. Ces derniers, comme les phlegmons, reconnaissent pour cause une plaie, une contusion et surtout la malpropreté et l'insouciance des malades qui ne savent point se soigner à temps. Quant à la vieille théorie, qui attribue à des piqûres les panaris, deux observations seules l'ont appuyée. 36 hommes et 8 femmes ont eu des phlegmons des doigts ; 17 occupèrent le tissu cellulaire sous-cutané ou la pulpe des doigts ; 4 envahirent les gaines tendineuses ; 2 panaris de la gaine du pouce fusèrent vers l'avant-bras. Un du médius fut suivi de l'inflammation de la paume de la main. Il y a eu 11 panaris profonds, dont 4 entraînèrent la perte de la phalange. 2 panaris sous-épidermiques ; 6 anthracoïdes. Quant aux panaris en boutons de chemise, ils se présentèrent surtout dans les panaris sous-cutanés.

Comme toujours, les panaris ou phlegmons des doigts cette année furent plus graves à la face palmaire des doigts qu'à leur face dorsale. Des incisions furent faites dans 37 cas et hâtèrent singulièrement la guérison, comparativement aux 7 panaris ouverts seuls, avant l'entrée des malades, sous l'influence des pommades variées que prescrivent les charlatans.

28 abcès phlegmoneux, 3 abcès hématiques, 18 anthrax et furoncles ont été ouverts et tous guéris, à l'exception d'un anthrax du cou, qui fut suivi d'accidents ataxo-adynamiques qui emportèrent le malade.

Il y a eu 20 angioleucites, c'est-à-dire qu'il est entré à l'hôpital 20 malades avec une angioleucite, car ces maladies étaient toutes le résultat d'une petite plaie ou écorchure mal soignée. Il est né sous nos yeux 12 angioleucites à la suite de plaies, phlegmons, nécroses, arthrites ulcérées, ulcères ; elles entraînèrent trois fois la mort, tandis que les premières ne furent suivies qu'une fois de décès ; ce qui s'explique facilement, si l'on songe à la gravité différente des maladies qui donnèrent lieu à l'angioleucite.

Les adénites sont au nombre de 35 ; 18 cervicales, traumatiques, c'est-à-dire consécutives à une angioleucite passagère et symptomatique de carie dentaire ; 9 axillaires et 8 inguinales, dont 3 syphilitiques, renvoyées dans les hôpitaux spéciaux.

Il s'est présenté 25 ulcères, dont 14 manifestement variqueux. Deux de ceux-là devinrent calleux. Plusieurs ulcères paraissaient syphilitiques, et tous les malades en général attribuaient à un coup le développement de leur mal. Ils ne séjournèrent que quelques jours à l'hôpital.

Deux malades ont eu une phlébite siégeant dans une varice.

Un malade est entré dans le service avec une varice rompue par une cause traumatique ; elle donna une hémorrhagie facilement arrêtée par la compression.

Il y a eu deux inflammations des gaines tendineuses de l'avant-bras ; une dans la coulisse des radiaux externes, et une dans les gaines des abducteurs et extenseurs du pouce.

3 inflammations des bourses séreuses ; bourse prérotulienne, 1 ; bourse olécrânienne, 2, dont une suivie de phlegmon de l'avant-bras, phlegmon traité par la compression, et qui guérit.

Ajoutons aux maladies des bourses synoviales 2 kystes séreux dans les bourses tendineuses du creux poplité et des péroniers latéraux.

3 périostites, 3 ostéites aiguës et chroniques, 1 nécrose du maxillaire supérieur par le phosphore ; 7 nécroses simples, qui ont nécessité 6 extractions de séquestre ; 7 caries, 5 abcès par congestion, et 17 abcès froids venant d'un même ordre de lésion des os, carie ou tubercules : telles sont les différentes maladies du système osseux qui ont été vues cette année.

Les maladies des articulations sont ainsi divisées : 22 arthrites, 11 hommes, 11 femmes. Ce dernier chiffre indique que les arthrites ont été plus fréquentes chez le sexe féminin, puisque nous avons eu avec moins de lits un nombre relativement moins grand de femmes. L'état puerpéral nous donne une des raisons de la prédominance des arthrites chez les femmes. Il y a eu dans nos malades 3 arthrites puerpérales. Mais si ces dernières sont fréquentes, elles sont généralement les moins graves, et M. Velpeau a obtenu dans les arthrites de ce genre, dans les trois cas, un succès presque complet au moyen de l'appareil inamovible. Deux malades guérirent complétement ; la troisième conserva une fausse ankylose incomplète, dont elle pourra plus tard être débarrassée.

6 hydarthroses ont été guéries ou améliorées ; 11 arthrites ou ostéites péri-articulaires, passées à l'état de tumeurs blanches, se sont présentées dans le service : 7 femmes et 4 hommes. 3 femmes furent opérées et guérirent, quoique l'une d'elles eût eu un érysipèle. Une malade avait présenté des symptômes de tuberculisation pulmonaire qui avaient empêché de songer à une opération, et qui entraînèrent bientôt la mort.

Les deux autres malades furent soumises à l'application d'un bandage inamovible pendant quelque temps. Elles sortirent ensuite dans un état voisin de celui où elles se trouvaient à leur entrée.

Un seul homme fut amputé : il portait une tumeur blanche ulcérée du coude. Il guérit sans accidents. Les trois autres malades passèrent.

Nous avons eu six individus atteints d'abcès strumeux, c'est-à-dire d'abcès ganglionnaires chez des individus à constitution lymphatique.

Huit malades atteints de syphilis : une vaginite avec chancres mous multiples ; des gourmes ulcérées chez deux malades ; un onyxis syphilitique ; des plaques muqueuses à l'anus. Trois bubons et deux amauroses syphilitiques n'ont séjourné que quelques jours dans nos salles.

Les maladies de l'appareil oculaire ont été ainsi réparties :

6 tumeurs lacrymales, dont 5 ont été opérées par l'excision des points lacrymaux ; 4 guérirent, une fut améliorée.

Il y a eu 6 blépharites ; une d'entre elles présenta les signes de la blépharite diphthéritique de M. Velpeau, et fut traitée avec succès par la pommade au nitrate d'argent et au calomel. 13 conjonctivites, 13 kérato-conjonctivites, 11 kératites inflammatoires ou constitutionnelles. Plusieurs étaient des récidives, et toutes ont été traitées par le collyre au nitrate d'argent, la pommade au nitrate d'argent, au précipité blanc uni au calomel à dose fractionnée à l'intérieur, et aux purgatifs. Des cinq iritis qui ont été observées, une seule était de nature syphilitique ; la cause spécifique était moins facile à saisir dans deux autres cas, qui ont laissé des doutes.

14 cataractes ont été opérées, 12 par abaissement et 2 par broiement.

7 malades obtinrent un heureux résultat de l'opération ; il y a eu une ophthalmite, une cataracte secondaire, et, chose extraordinaire, un malade mourut d'érysipèle à la suite de l'opération. Les autres malades sortirent à peu près dans l'état où ils étaient avant l'opération.

6 malades affectés de strabisme convergent congénital et accidentel, strabisme musculaire, furent opérés, et 4 guérirent radicalement ; les deux autres eurent seulement une modification de la convergence des axes optiques.

2 otites externes ont passé dans le service.

5 malades affectés de hernies ont été reçus dans les salles. Une femme est entrée avec une hernie crurale réduite sans amendement dans les symptômes d'étranglement, et mourut rapidement. L'autopsie vint démontrer l'existence d'un étranglement par le collet du sac rentré dans la cavité abdominale.

Une autre femme fut opérée pour un étranglement récent d'une hernie crurale, et succomba deux jours après, par suite du défaut de rétablissement du cours des matières fécales.

Un homme atteint de hernie inguinale étranglée périt de la même façon.

Un second, qui portait également une hernie inguinale étranglée, est mort d'une péritonite suraiguë. Il avait présenté une particularité remarquable : l'étranglement d'une hernie volumineuse. Pendant l'opération, l'explication de ce fait singulier fut trouvée : une portion de l'intestin, normalement contenue dans un sac volumineux, s'était introduite dans un sac secondaire plus petit, où s'étaient passés les phénomènes de l'étranglement.

5 abcès à la marge de l'anus ont été suivis de fistules. 18 fistules établies, dont 14 chez des individus qui ne présentaient aucun symptôme rationnel ou physique de tubercules, furent opérées par la méthode de l'incision combinée à l'excision.

7 fissures simples, sans contraction du sphincter, ont été traitées par les mèches enduites d'onguent de la mère ; puis l'incision et l'excision dans quatre cas.

3 hémorrhoïdes, dont une avec tumeur volumineuse qui a été détruite par le caustique de Vienne appliqué directement sur la tumeur, ont été guéries.

Il a séjourné quelque temps dans nos salles quatre individus atteints de cancer du rectum, parmi lesquels se trouvait une femme de trente ans. Puis trois malades atteints, l'un de rectorrhée avec hypochondrie, un autre de chute du rectum, et le troisième d'eczéma.

Il y a eu 70 affections des organes génitaux chez les hommes.

22 orchites, 16 blennorrhagiques, 3 uréthrales de M. Velpeau, 1 traumatique, 2 avec oreillons. M. Velpeau a interrogé avec le plus grand soin tous les malades qui se sont présentés, et a fait la remarque que dans les orchites, même blennorrhagiques, les efforts, les chutes et la marche, entraient dans la production comme cause occasionnelle de la maladie, et que la réaction inflammatoire leur devait au moins son intensité. Un de nos malades surtout en fournit un exemple. Il continua son métier de porteur à la halle pendant les huit premiers jours de son orchite ; l'inflammation fut extrêmement violente et le testicule suppura.

2 varicocèles ont été opérées par l'écrasement linéaire des veines spermatiques au milieu du cordon ; et 11 hydrocèles ont été ponctionnées et injectées avec la teinture d'iode. Un accident se déclara cette année à la suite de cette opération très-bénigne ; il y eut un phlegmon des bourses. Le malade guérit néanmoins.

Trois testicules tuberculeux se sont présentés dans le service. Dans deux cas, il y avait épanchement de sérosité dans la tunique vaginale. Une ponction et une injection furent faites dans l'hydrocèle concomitante. M. Velpeau, depuis longtemps, a constaté les bons effets de ce traitement, qui permettent de porter ainsi la teinture d'iode presque sur les tubercules. Un seul des malades offrait les symptômes de la tuberculisation pulmonaire.

Un testicule syphilitique a été également observé.

Il y a eu deux malades affectés d'encéphaloïde du testicule. Un fut opéré et guérit ; l'autre fut renvoyé. Il portait une induration du cordon correspondant au testicule malade, et un engorgement des ganglions de la fosse iliaque du même côté.

Un malade atteint de cystite vint dans les salles à la suite d'un accident qui se rencontre quelquefois par suite de l'introduction de sondes à demeure. La sonde s'était d'abord introduite dans l'urèthre, puis les efforts qui avaient été tentés pour la retirer n'avaient eu d'autre résultat que de l'introduire dans la vessie. L'extraction de ce corps étranger fut accomplie avec succès au moyen de l'instrument de M. Mercier.

Une gangrène spontanée de la verge a été observée. Il y eut des eschares étendues qui détruisirent la moitié la verge, sans que les cicatrices aient entraîné plus tard des troubles fonctionnels de cet organe.

Un phlegmon, une gangrène des bourses guérirent également.

A la suite d'une blennorrhagie, nous avons observé une phlébite de la veine dorsale de la verge, qui se traduisait par une induration sur le trajet de cette veine, et permettait de distinguer la maladie. Des indurations propres aux chancres indurés, et qui se prolongent quelquefois assez haut sur le corps de la verge.

1 abcès de l'urèthre, 8 rétrécissements fibreux et élastiques, 5 fistules uréthrales complètent les maladies des organes génitaux de l'homme qui ont passé sous nos yeux.

MORVE AIGUE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE.

Accouchement. — Mort.

Par M. le docteur Maugeret, de Tours.

A l'occasion de la discussion sur la morve qui vient de se clore à l'Académie de médecine, et où a été si complétement mis de côté tout ce qui a trait à la transmission de la morve du cheval à l'homme, aux caractères de cette affection chez les sujets de notre espèce, et à son traitement, — c'est-à-dire tout ce qui se rattachait directement au sujet même du rapport, — M. le docteur Maugeret, de Tours, nous a communiqué le fait suivant, dont il a été récemment témoin, et qui présente sous ces divers points de vue un intérêt d'actualité qui lui assigne ici sa place.

La femme Ch..., chiffonnière à Tours, âgée de trente-neuf ans, de petite taille, mais vigoureuse et bien portante, d'un tempérament sanguin, enceinte de sept mois, a éprouvé pendant le cours de cette grossesse, qui est sa quatrième, divers accidents sans gravité. Vers le cinquième mois elle a eu des fièvres d'accès, qui ont été suspendues par le quinquina.

Cette femme est laborieuse, et passe sa vie dans un local étroit, sale et encombré, au milieu des vieux métaux, des os, des volailles, des peaux de lapins, des vieux chiffons et débris animaux de toute espèce destinés à composer des engrais.

Le 15 juin dernier, après avoir bu coup sur coup deux verres d'eau froide, ayant le corps en sueur, elle a été prise immédiatement de frisson suivi de fièvre, avec toux catarrhale.

Le 16, nouvel accès avec frisson, douleur erratique dans le côté droit, suivi de sueur au déclin.

Le 17, accès plus violent, avec vomissements bilieux.

Le 18, jour de ma première visite, rémission complète de la fièvre et de la douleur. — Apozème purgatif (quinquina, sel, séné).

Le 19, accès anticipé, frissons, vomissements bilieux prolongés, défaillances, cardialgie, fièvre violente, qui se termine au bout de dix-huit heures par une sueur abondante ; toux et douleur erratique au côté droit. L'auscultation ne révèle aucun signe de pneumonie. — Sulfate de quinine, 1 gramme en deux doses, à douze heures d'intervalle ; la première au déclin de l'accès.

Le 20, la fièvre reparaît, mais sans frissons ni vomissements. Le soir, la douleur se fixe sous le sein droit ; le crachat devient plus épais, rouillé ; la toux est douloureuse et plus fréquente, et l'auscultation révèle l'existence d'une pleuro-pneumonie du lobe inférieur du poumon droit, caractérisée par un râle muqueux, crépitant, et une matité relative. Le pouls est développé, modérément fréquent ; la peau est chaude et sèche ; le visage animé, avec céphalalgie et courbature. — Douze sangsues sont appliquées sur la douleur ; cataplasmes émollients ; tisane pectorale ; potion kermétisée ; un vésicatoire volant est appliqué sur le côté.

Le lendemain et le jour suivant, on administre à la malade de l'huile de ricin émulsionnée, qui produit des selles abondantes et un soulagement très-marqué.

Le 23, la fièvre avait disparu avec la douleur ; la toux était plus rare, la respiration plus facile. Cependant des douleurs atroces se sont établies dans les jambes, les bras, à droite surtout, autour des articulations, qui sont peu gonflées, excepté celle de l'épaule droite, qui est très-douloureuse et reste immobile. En même temps on remarque sur la jambe droite quelques bosselures comme érythémateuses. — Bain entier ; boissons diaphorétiques ; potion avec l'oxyde blanc d'antimoine opiacé.

Le 24, neuvième jour, M. le docteur Thomas, chirurgien en chef de l'hôpital, est appelé en consultation, et constate avec nous que la pleuro-pneumonie est en voie de résolution.

Notre attention se fixe sur les douleurs des jambes, qui depuis quarante-huit heures arrachent des cris à la malade et la tiennent dans une agitation extrême et une cruelle insomnie. L'épaule droite est très-gonflée, et le bras immobile et douloureux au moindre mouvement, comme dans le rhumatisme articulaire aigu. Les genoux et les cous-de-pieds, surtout à droite, sont un peu gonflés, très-douloureux au toucher, et nous remarquons avec étonnement, le long des membres, de petites tumeurs sous-cutanées, molles, sans rougeur, peu douloureuses, puis des pustules comme varioliques répandues çà et là sur le devant des jambes. Des tumeurs semblables se remarquent au pli du bras gauche et au-devant du poignet. — Nouvelle dose de quinine ; un second bain ; frictions narcotiques ; pilules d'extrait thébaïque d'heure en heure, et qui procurent enfin un peu de sommeil, de calme et de rémission qui dure vingt-quatre heures.

Le 26, onzième jour, les douleurs, un instant apaisées, se réveillent avec une nouvelle intensité. En même temps le pouls s'agite, se trouble et s'abaisse, et les traits s'altèrent visiblement. La scène va changer.

Sur le côté gauche du nez, près de l'angle interne de l'œil, apparaît une pustule de mauvaise nature, comme charbonneuse, promptement ulcérée à son sommet, qui est plein de pus sanguinolent, entourée à sa base d'un cercle rouge violacé, d'un gonflement œdémateux qui gagne la paupière et le front. Le nez rougit et se tuméfie, il y a enchifrènement, avec écoulement séreux.

On croit à l'apparition d'un anthrax ou d'un érysipèle, nouvelle complication dont le lien de connexion allait enfin se révéler. — Lotions alcooliques et de quinquina camphré ; pilules de quinquina opiacées ; ceinture de vésicatoires volants sur le front, dans le but d'arrêter la phlegmasie et l'œdème ; alimentation.

Cependant une éruption pustuleuse confluente, d'abord groupée sur le nez et le front, occupe en deux jours tout le visage et va couvrir l'épaule droite, toujours œdématiée. Le nez, devenu énorme et impropre à la respiration, laisse écouler sans cesse une sérosité jaunâtre qui se coagule sur la lèvre. Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires se tuméfient promptement, et augmentent encore le volume de la tête, qui devient hideuse.

La triste vérité s'est manifestée, et tous les symptômes de l'empoisonnement infectieux se déclarent avec le délire et tout le cortége des troubles ataxo-adynamiques. Des taches scorbutiques nombreuses recouvrent la poitrine et les membres, toujours agités par les douleurs ostéocopes. Les gencives laissent exsuder un sang noirâtre qui encroûte les dents et les lèvres, en se mêlant au produit de la sécrétion nasale. M. Thomas confirme le diagnostic porté de la morve et du farcin, et approuve le traitement antiseptique employé.

Déjà depuis quelques jours j'avais remarqué, non sans en être frappé, dans la cour de Ch... et presque dans sa maison, buvant au bassin de la pompe, un affreux petit cheval maigre et décharné, couvert de maux et de sétons et pelé de presque tout le corps. Quelque temps auparavant, au début de sa maladie, alors qu'on le croyait atteint de paralysie des jambes, ce cheval avait reçu des soins de la femme Ch.... Il était d'ailleurs presque le commensal de la famille ; je l'avais vu boire dans les plats qui sortaient de la cuisine.

Quelques jours plus tard, le cheval était reconnu, par des gens de l'art appelés sur ma demande, atteint de la morve et du farcin, et abattu sans retard avec toutes les précautions d'usage en pareils cas.

Nul doute qu'il ne fût la source du terrible mal qui allait sous peu d'instants enlever une malheureuse mère de famille.

Les 29 et 30, la face continue de se gonfler, et devient hideuse et livide, couverte de croûtes et de phlyctènes noirâtres qui s'étendent sur le haut de la tête. Le jetage du nez est incessant, sanieux et fétide, les paupières énormes et collées par le pus qui découle des yeux ; la respiration haletante ; la langue est noire, épaisse, sèche, et tend à être rejetée hors de la bouche, qui reste béante. La fièvre est extrêmement intense ; le pouls irrégulier, filiforme ; l'ataxie, la carphologie, l'agitation, les cris et l'angoisse vont croissant à mesure que l'infection augmente ; les évacuations sont involontaires, et la malade ne peut qu'à grand'peine avaler une cuillerée de liquide.

Son corps se couvre d'une sueur fétide, de tumeurs multipliées ; son haleine est tellement infecte, qu'on ne peut résister auprès d'elle ; on ne peut plus trouver personne en dehors de la famille pour nous assister dans les soins si nécessaires.

C'est dans cet horrible état que la malheureuse, avertie et réveillée par les douleurs de l'enfantement, trouve encore la force de réclamer sa sage-femme, qui s'était courageusement jointe à nous, et met au monde en peu de temps, et avant terme, un enfant du sexe féminin, arraché sain et vivant, mais peu viable, de ce foyer d'infection.

Cet enfant n'a vécu que vingt-quatre heures, juste assez pour être enterré avec sa mère, qui a enfin succombé le 30 au soir, dans les plus horribles angoisses, en proie à une putréfaction générale de la tête, augmentée par les fortes chaleurs orageuses, et qui a nécessité une prompte inhumation pour cause de salubrité publique.

Déjà les précautions étaient prises pour pratiquer l'accouchement par l'opération césarienne au moment du décès, bien qu'il restât peu de chances de rencontrer encore la vie chez cet enfant, voué à une mort certaine.

En jetant un coup d'œil rétrospectif sur la marche de cette singulière maladie, et si nous cherchons à analyser ses éléments pour expliquer les difficultés du diagnostic jusqu'à une certaine époque, nous trouvons les phases suivantes.

Pleuro-pneumonie aiguë, masquée au début par des accès de fièvre intermittente double-tierce.

Au huitième jour, résolution de la phlegmasie pulmonaire, remplacée par un rhumatisme péri-articulaire extrêmement douloureux. Eruptions pustuleuses sur les jambes ; tumeurs fluctuantes, sous-cutanées, sur la longueur des membres et le trajet des vaisseaux lymphatiques (farcin).

Au onzième jour, pustule maligne sur le nez, qui se tuméfie, rougit, se bouche ; œdème violacé, érysipèle phlycténoïde. En quatre jours, éruption confluente qui occupe tout le visage et jusqu'à l'épaule droite (morve).

Abcès multiples, empoisonnement farcineux.

Jetage par les deux narines, engorgement glandulaire.

Fièvre très-active vers la fin ; état typhoïde ataxo-adynamique ; taches pétéchiales sur tout le corps.

Accouchement spontané le treizième jour, enfant vivant.

Morte en état de putréfaction de la tête le quinzième jour du début, le huitième de l'affection morveuse.

Triste conquête ajoutée depuis vingt-cinq ans à notre cadre nosologique déjà si riche. L'affection morveuse est assez rare chez l'homme pour que nous ne l'ayons encore jamais rencontrée dans le cours d'une pratique qui compte déjà près de trente années. Rien d'étonnant qu'elle nous ait ici surpris dans son évolution complexe, surtout à l'état de *farcin* déguisé sous l'apparence d'un rhumatisme articulaire aigu, ne se laissant bien reconnaître qu'au jour où la manifestation morveuse proprement dite s'est montrée avec ses caractères spécifiques de jetage, de glandage et d'infection si rapidement mortelle. Encore fallut-il pour se pénétrer d'une vérité que la raison repousse, surprendre le fait d'un misérable cheval d'apparence malade.

La fièvre rémittente du début, bien qu'à l'état de récidive, docile au spécifique, et d'ailleurs si commune en nos contrées ; la pneumonie, bien écrite au côté droit et qui a cédé en quatre jours au traitement rationnel ordinaire, étaient-elles bien des maladies franches, complètes, isolées ?

N'ont-elles fait, dans leur cours, que hâter le développement de la principale et dernière maladie, dans laquelle elles se sont absorbées en mettant l'économie dans des conditions de soumission favorables et restées jusque-là rebelles à l'explosion ?

L'affection morveuse restée latente, aurait-elle été retardée par l'état de grossesse, comme on le voit quelquefois pour la phthisie pulmonaire ?

L'état de gestation est assez souvent, dans le cours des affections épidémiques les plus contagieuses, une cause apparente et temporaire d'immunité, qui cessant tout à coup après la couche et par le seul fait de la déplétion, laisse les malheureuses femmes en proie à des invasions subites et parfois foudroyantes des maladies au milieu desquelles elles avaient vécu jusque-là bravement et sans danger.

Il serait permis de croire, après réflexion, que la morve au contraire a toujours dominé l'état morbide, lequel s'est divisé en plusieurs périodes distinctes et correspondant aux envahissements successifs des divers tissus et appareils qui en ont été le siége.

Comme toutes les affections virulentes, la morve a un temps d'incubation variable, et ses premières et plus importantes manifestations sont d'ordinaire à l'appareil pulmonaire. C'est là qu'en effet on trouve, à tous les temps de la maladie, ces collections purulentes dont le produit infectieux est si facilement résorbé, transporté dans le torrent de la circulation, d'où il se dépose çà et là sous forme de collections toutes faites dans le tissu cellulaire sous-cutané, où il prend le nom de farcin, identique à la morve.

Cette forme particulière de l'affection morveuse, le plus souvent chronique et suppurante, siégeant à la peau, et que l'on ne peut appeler morve des jambes, pas plus qu'on ne peut appeler croup la diphthérie de la vulve ou de la peau du dos, peut donner naissance par transmission à une affection aiguë qui sera indistinctement la morve ou le farcin, selon les prédispositions.

C'est ainsi que les choses paraissent s'être passées chez notre malade, qui a présenté la forme complexe de l'affection morveuse dans sa double manifestation.

En effet, le cheval qui lui a communiqué sa maladie, soit par inoculation, soit par contagion, à une époque impossible à dé-

terminer, n'avait probablement à ce moment que la maladie de la peau.

L'autopsie cependant a révélé plus tard l'existence d'abcès au poumon et au cœur, des ulcérations aux naseaux, et l'enquête a mis hors de doute la présence d'un jetage abondant, mais plus récent et dont les ignorants n'avaient soupçonné ni la nature ni les dangers.

Quoi qu'il en soit, un pareil état morbide chez une femme jeune et saine, avait tout droit de nous surprendre.

Et dans un embarras qu'il est inutile de dissimuler, nous cherchions en vain, pour asseoir un diagnostic satisfaisant, une source d'infection qui expliquât et l'acuité des douleurs et les poussées purulentes vers la peau. Il n'existait chez la malade aucune diathèse purulente ou syphilitique.

La pneumonie en voie de résolution franche ne pouvait fournir une source de résorption malfaisante. Les douleurs si atroces des jambes, qui ont signalé l'invasion du farcin et qui avaient leur siége dans la moelle des os, semblaient présager une fausse couche prochaine, plutôt encore qu'un érythème noueux. Cependant l'enfant, par ses mouvements répétés, décelait une existence manifeste, et nul écoulement fétide à la vulve n'annonçait un décollement prématuré du placenta.

La source d'infection était dans l'économie, et la triste vérité n'a pas tardé à se manifester avec l'éruption pustuleuse et caractéristique du nez.

Pour être plus édifiés, nous n'étions malheureusement pas plus armés contre une affection si constamment rebelle à tous les moyens curatifs connus, et dont le diagnostic est au début parfois si difficile à établir avec justesse et précision.

Notre traitement, à défaut de spécifique, a été tonique, antiseptique, nourrissant, hygiénique, réconfortant, mais il n'a pu retarder un instant la marche fatale de la redoutable et horrible maladie, compliquée d'une grossesse avancée, dont nous avions encore à considérer et sauvegarder le triste produit.

L'accouchement, qui s'est effectué spontanément au milieu de cette longue et cruelle agonie, a été un effort bien inespéré de la nature, qui, près de succomber, n'a pas voulu ensevelir la vie avec la mort, et nous a exonéré du soin pénible et dangereux d'une délivrance artificielle à pratiquer au moment du décès.

L'autopsie n'offrant plus d'intérêt pratique, nous ne l'avons pas sollicitée, et nous avons dû réclamer une prompte inhumation et prescrire d'autorité toutes les mesures sanitaires et hygiéniques, malheureusement trop négligées dans cette maison.

PHLEGMATIA ALBA DOLENS

survenant dans deux cas de fièvre typhoïde.

Par M. le Dr Léon Sorbets, d'Aire (Landes).

La *phlegmatia alba dolens* est en général liée à l'état puerpéral. Cependant l'œdème douloureux de la jambe a été observé comme complication de quelques maladies graves. La science compte ces cas rares. Au petit nombre déjà connu, il est bon d'ajouter les deux suivants, qui prouvent que la *phlegmatia alba dolens* n'est pas spéciale à l'état puerpéral, puisque cette maladie peut se montrer dans le cours ou comme terminaison de la fièvre typhoïde. La dénomination d'*œdème des nouvelles accouchées* doit être rejetée, aussi bien que celle de *dépôt laiteux*, pour lui conserver la dénomination plus propre de *phlegmatia alba dolens*, les hommes n'en étant pas plus indemnes que les enfants.

B... (Jeanne), née à Duhort (Landes), âgée de dix ans, éprouve les symptômes d'une fièvre rémittente continue, à type tierce. Ces accès rémittents cèdent à l'usage du sulfate de quinine et du vin de quinquina. Cependant, huit jours après la disparition des accès périodiques, la fièvre devient continue, et voici la nouvelle série de phénomènes observés que nous rapportons à la fièvre typhoïde ataxique :

La jeune malade accuse une céphalalgie frontale vive qui lui arrache des cris assez analogues aux cris hydrencéphaliques (ce dernier symptôme prouverait l'inflammation des méninges); épistaxis et bourdonnements d'oreilles; divagation; délire fugace; somnolence; réponses lentes; face exprimant l'abattement et l'étonnement; décubitus dorsal; soubresauts des tendons.

A ces phénomènes nerveux s'ajoutent les symptômes suivants des voies gastriques : Langue blanchâtre; bouche pâteuse; inappétence; soif vive; le ventre est douloureux à la pression, et sensiblement météorisé; gargouillement perçu à plusieurs reprises dans la fosse iliaque droite; diarrhée. La palpation fait reconnaître la rate, qui est augmentée de volume.

Sur la paroi thoracique antérieure gauche et sur les parois abdominales, éruption de taches rosées lenticulaires de grandeur variable, disparaissant momentanément sous la pression du doigt. Enfin, pouls précipité, 130 pulsations à la minute; toux, râles muqueux à la partie postérieure de la poitrine; faiblesse générale.

Le traitement suivant est mis successivement en usage : application de six sangsues aux apophyses mastoïdes et de réfrigérants sur la tête; emploi de purgatifs salins et huileux; cataplasmes émollients laudanisés sur le ventre; lavements émollients, sinapismes promenés aux extrémités inférieures; diète, chiendent.

Cependant, après des alternatives d'amélioration et d'aggravation de l'état de la jeune malade, les symptômes graves diminuent. La stupeur disparaît, la position sur les côtés est possible; la fièvre tombe, l'appétit renaît. La malade s'intéresse à tout ce qui se passe autour d'elle. Tout faisait présager une guérison prochaine.

Elle était entrée en convalescence, lorsque vers le vingt-huitième jour depuis le début des accidents, Jeanne B... accuse une douleur extrêmement vive au mollet de la jambe gauche, avec lourdeur du membre. Les douleurs sont très-vives, surtout à la pression. Bientôt se fait remarquer une tuméfaction qui s'étend de bas en haut. L'infiltration gagne toute la jambe gauche, qui se fléchit légèrement et qui jouit d'une grande sensibilité. Rénitence diffuse.

Peau luisante, d'un blanc mat, ne conservant pas l'impression du doigt; au creux poplité, sensation d'un cordon dur; les ganglions inguinaux ne sont pas engorgés; température du membre sensiblement élevée; veines superficielles dilatées; marche impossible.

Quant à l'état général, on constate une réaction fébrile assez intense; soif vive, appétit perdu; le phénomène le plus caractéristique consiste dans des sueurs abondantes se déclarant pendant la nuit.

A cause de la faiblesse générale de la malade et des circonstances exceptionnelles dans lesquelles se montre cette grave complication, nous proscrivons toute émission sanguine. Le membre gauche est placé dans une position convenable. Des frictions et des onctions sont alternativement faites avec des pommades et des liniments narcotiques. Puis des cataplasmes émollients laudanisés, maintenus à une température convenable, recouvrent la jambe entière. Enfin, des fomentations répétées avec une décoction de feuilles de pavot, complètent les divers moyens thérapeutiques mis en usage. Le bandage roulé est rejeté pour ne pas entraver la circulation collatérale qui s'établit.

Les symptômes d'engorgement de la jambe persistèrent pendant trois septénaires. A cette époque je constatai à la hauteur du mollet la présence d'une collection probablement purulente, cette présomption étant appuyée sur certains signes fournis par le foyer. Je plongeai un bistouri droit dans les couches profondes de la jambe. Un pus séreux, mal lié, vint sourdre à l'ouverture. Une mèche, enduite de cérat, maintint à distance les lèvres de la plaie, et la région fut recouverte d'un cataplasme émollient.

La mèche tient écartées pendant quelques jours les lèvres de la plaie. L'écoulement continue, et le membre diminue de volume.

Trois semaines après, l'écoulement cesse par la plaie. Le membre pelvien a recouvré ses dimensions ordinaires. La marche devient possible, et avec elle la guérison.

Le père de la jeune malade, homme d'une cinquantaine d'années, éprouva en même temps une céphalalgie frontale vive, et tous les symptômes d'une fièvre typhoïde à forme adynamique. La prostration extrême des forces, la céphalalgie qui ne céda qu'à une application de sangsues aux apophyses mastoïdes, la petitesse et la fréquence du pouls, furent les phénomènes principaux de cette fièvre typhoïde, qui mit en danger les jours du malade. Les symptômes abdominaux, gargouillement dans la fosse iliaque, et les phénomènes cutanés, se montrèrent à l'époque accoutumée pour confirmer le diagnostic.

La convalescence semblait sur le point de s'établir vers le vingt-sixième jour, lorsque le malade se plaignit tout à coup de douleurs dans la jambe gauche. La plus vive était fixée aux muscles jumeaux, car c'est là son lieu d'élection et de début. Il comparait cette douleur à celle qui suit l'introduction dans les chairs d'un instrument piquant. Elle gagne la partie inférieure du membre pelvien gauche et l'articulation coxo-fémorale du même côté; lourdeur du membre, qui ne paraît pas cependant infiltré; veines superficielles dilatées; impossibilité de la marche.

La *phlegmatia alba dolens* n'eut pas une grande gravité. Après trois semaines de traitement, frictions et applications narcotiques et émollientes; les phénomènes s'amendèrent. Bientôt après la disparition de la douleur, la marche devint possible.

Cette grave complication n'ayant pas été suivie de nouvel accident, la convalescence s'établit franchement. Le malade se rendit aux eaux de Bagnères-de-Bigorre, où il recouvra rapidement la santé.

En adressant à l'Académie de médecine son mémoire intitulé *De quelques tumeurs du sein, et de leur traitement médical et chirurgical*, M. le docteur A. Legrand avait accompagné cet envoi de la lettre suivante adressée au président :

« Monsieur le Président,

» Je n'ai point eu la prétention, en rédigeant ce modeste travail, de faire un traité des maladies du sein; seulement, entraîné par suite de mes récentes recherches sur l'emploi des caustiques et de mes anciens travaux sur certaines maladies diathésiques, à m'occuper de quelques maladies de cet organe, je suis venu communiquer à l'Académie tous les faits que j'ai eu l'occasion d'observer. Mais, en publiant mes succès, j'ai eu le soin de ne pas dissimuler mes revers; de sorte qu'il sera loisible au lecteur d'apprécier les cas où il faut préférer les caustiques au bistouri, et ceux, au contraire, où l'instrument tranchant offre plus d'avantages que la cautérisation.

» Je commence par établir qu'il faut employer de préférence à l'instrument tranchant la *cautérisation linéaire* (c'est-à-dire celle qui n'a d'autre but que de diviser la peau,) dans les cas de *tumeurs enkystées*, qui peuvent se développer dans les seins ou dans leur voisinage; la cautérisation linéaire et destructive dans les cas de petites tumeurs qui ont leur siége dans le tissu adipeux-périphérique de la glande mammaire, et par conséquent de trop fortes adhérences pour pouvoir être enlevées par le premier mode de cautérisation seul. Je m'efforce de démontrer, par les faits relatés dans mon mémoire, les avantages de l'emploi des caustiques dans les cas de ce genre.

Ces procédés de cautérisation sont sans doute applicables à la destruction sur place des tumeurs fibreuses. Mais celles-ci occupent presque toujours les parties profondes du sein; de sorte qu'avant de les attaquer directement, il faut d'abord les atteindre à l'aide de la cautérisation linéaire, puis les détruire couche par couche à l'aide de plusieurs applications caustiques : double résultat qu'on ne peut obtenir qu'au prix de beaucoup de temps et de beaucoup de souffrances. Aussi je crois que, dans les cas de ce genre, il faut donner la préférence à l'instrument tranchant sur les caustiques, et les faits que j'ai pu mettre en regard les uns des autres sont de nature à faire partager mes convictions.

» Si dans tous les cas que je viens d'indiquer, il me paraît incontestable que la chirurgie peut seule intervenir efficacement, je crois pouvoir dire qu'elle doit s'abstenir : toujours dans les cas d'engorgement hypertrophique de la glande mammaire, presque toujours dans les affections cancéreuses du même organe. Celles-ci, de même que les premières, sont presque exclusivement du ressort de la médecine.

» Aux engorgements hypertrophiques du sein (souvent confondus anciennement avec le squirrhe), j'ai opposé une médication encore peu connue et qui consiste dans une combinaison des oxydes d'or avec les préparations de ciguë administrées *intus et extra*. Les succès que j'ai obtenus et que j'ai rapportés dans mon mémoire m'ont facilement amené à employer la même médication dans le traitement des affections cancéreuses du même organe. Mais dans les cas de ce genre, je n'ai obtenu que des améliorations passagères, et je n'ai réussi qu'à suspendre pour un temps plus ou moins long la marche de la maladie, qui s'est toujours terminée par la mort! J'ai donc vu ces affections retomber dans le domaine de la chirurgie, qui ne fournit cependant que des résultats désespérants, qu'on ait recours à l'instrument tranchant ou aux caustiques, qui n'ont pas plus le privilége que le premier d'empêcher des récidives incessantes et une issue fatale, qu'on ne réussit même pas toujours à retarder.

» En présence de cette impuissance des thérapeutiques médicale et chirurgicale, il n'y avait plus à opposer à cette cruelle maladie que la sage expectation proposée par Ambroise Paré, ou une médication nouvelle, dont on pût espérer de meilleurs résultats que ceux obtenus jusqu'à ce jour.

» C'est celle-ci que j'ai exposée dans un paquet cacheté, que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie le 8 mai 1860, et dont je viens, Monsieur le Président, réclamer l'ouverture. Il renferme l'histoire d'une dame atteinte d'une affection du sein reconnue *cancéreuse* par plusieurs chirurgiens distingués, qui n'avaient vu pour elle de chances favorables que dans l'opération. Cette personne est *aujourd'hui guérie* par une double médication : l'une interne, l'autre locale, que j'ai sans doute suivie et surveillée, mais que je n'ai pas l'honneur d'avoir conseillée.

» La médication générale, employée déjà depuis longtemps (et souvent avec succès, ainsi que j'ai pu m'en assurer) par M. le docteur Lamarre-Piquot, médecin à Honfleur, et indiquée par lui, a consisté dans l'usage longtemps prolongé (un an à dix-huit mois) de l'*eau de mer*, prise chaque matin à jeun à dose légèrement purgative.

» La médication locale a été conseillée un peu plus tard, et alors que déjà l'eau de mer avait procuré une amélioration marquée, par M. le docteur Chabrely père, demeurant à Cénon-la-Bastide (près Bordeaux); elle consistait dans l'usage d'une *poudre iodée* (fécule de pommes de terre et iode) projetée sur une ouate maintenue appliquée sur le sein malade à l'aide d'un morceau de taffetas ciré, de façon que cet organe se trouvât sans cesse plongé dans une atmosphère de vapeur d'iode. La première idée de cette médication locale me paraît appartenir à un médecin allemand ou belge, à MM. les docteurs Eichman ou Hamon.

» Je dois ajouter, en terminant cette lettre, que l'observation que renfermait le paquet cacheté n'est point un fait isolé, puisque MM. Lamarre-Piquot et Chabrely possèdent chacun de leur côté des faits dont j'ai enregistré quelques-uns à la suite de l'histoire de ma malade, et qui tendent à affirmer la valeur de chaque médication, valeur qui s'augmenterait nécessairement de leur combinaison.»

Le mémoire de M. Legrand a été renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau et Malgaigne.

FORMULE DE M. HORACE GREEN,

contre certains désordres de la respiration.

Iodure de potassium.	8 grammes.
Décocté de polygala.	100 —
Teinture de lobélie.	25 —
Teinture d'opium camphré. . . .	25 —

Deux ou trois petites cuillerées par jour.

Nous employons avec grand succès cette mixture, dit M. le docteur Green, dans le traitement de l'asthme, surtout lorsque cette maladie est compliquée d'inflammation des bronches.

(*Bull. de thérap.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 septembre 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

Des battements ou contractions de l'artère cœliaque dans un cas de fièvre jaune. — M. GUYON communique un travail sur ce sujet; en voici un extrait :

On rencontre quelquefois dans la fièvre jaune un état particulier consistant dans la suspension du pouls et des contractions du cœur, accompagnée d'un refroidissement cadavérique et d'autres phénomènes simulant la mort, le tout coïncidant avec le maintien de la vie et l'intégrité des facultés intellectuelles. Des cas en ont été observés et signalés par bon nombre de médecins étrangers.

Les médecins anglais, de l'un et de l'autre monde, désignent ces cas de fièvre jaune sous les noms de *cas perniciœux* et de *fièvre pernicieuse*, de *variété algide* (algid variety). Le médecin espagnol Aréjula en parle sous le nom de *cas avec froid de marbre* (frio marmoreo), et son compatriote Lafuente sous ceux de *cas lipirique* (lipirico, lipiricos).

Le docteur Jamieson croit avoir obtenu la guérison de l'un de ces cas par le sulfate de quinine à haute dose. Le malade était un sergent du 60e régiment de ligne, nommé Hugh.

Deux cas de fièvre jaune semblables existaient en même temps à l'hôpital de la marine de Lisbonne, sur la fin de l'épidémie de cette ville, en 1857.

Le premier était un marin d'une constitution robuste, arrivé depuis peu de l'Afrique méridionale. Il était étendu sur le dos dans toute sa longueur, immobile et d'un froid de marbre, sans pouls, sans mouvement ni du cœur ni de la respiration; les yeux étaient ouverts, mais fixes et immobiles, comme les autres parties du corps. Cet état existait depuis la veille, et on eût pu croire, avec tous les servants qui l'entouraient, avoir affaire à un cadavre. Je n'en explorai pas moins le corps avec la main. Or mon étonnement fut grand lorsque, la passant de la région du cœur sur celle de l'épigastre, je la sentis vigoureusement soulevée par des battements ou contractions, *à la fois fortes, fréquentes et tumultueuses*, de l'artère cœliaque, qui semblait s'être ainsi substituée au cœur, en devenant en quelque sorte un nouveau centre de circulation.

Je ferai remarquer que dans le cas dont il s'agit je ne me suis pas aidé de l'auscultation pour m'assurer du silence absolu du cœur,

mais je l'eusse sans doute fait si les étranges battements de l'artère cœliaque ne m'avaient donné une explication satisfaisante du phénomène que j'avais sous les yeux. Toutefois, ce que je n'ai point fait dans cette circonstance, le médecin du malade peut l'avoir fait, ce que j'ignore ; il peut l'avoir fait, et chez le malade dont nous parlons, et chez celui que je n'ai pas vu, ce qui est resté dans mes regrets.

L'existence des battements ou contractions de l'artère cœliaque dans les cas de fièvre jaune que je viens de rapporter, porterait à croire que ces mêmes battements ou contractions existaient aussi dans les faits analogues cités par les auteurs. Et que penser, sous le même point de vue, de la suspension du pouls et des contractions du cœur, avec refroidissement cadavérique, etc., également observée dans d'autres maladies ? Le temps nous l'apprendra. M. Guyon rapporte quelques exemples observés dans des épidémies de fièvre intermittente, et dans deux cas d'inflammation hémorrhagique.

— M. C. MATTEUCCI lit un mémoire sur l'*Application du principe des polarités secondaires des nerfs à l'explication des phénomènes de l'électrotone.*

— M. FOURNIÉ lit des extraits d'un travail ayant pour titre : *Mémoire sur la pénétration des corps pulvérulents volatils, gazeux, solides et liquides, dans les voies respiratoires, au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique.* (Commissaires, MM. Rayer, Bernard).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 11 septembre 1861. — Présidence de M. LABORIE.

M. BÉRAUD lit la note suivante sur l'application de l'électricité proposée par M. Kuhn pour expulser le placenta retenu dans la cavité utérine.

Dans la précédente séance, M. le président nous a communiqué une lettre de M. le Dr Kuhn, dans laquelle ce médecin dit avoir retiré un bon résultat de l'emploi de l'électricité dans la rétention du placenta. Aucun membre de la Société n'a pris la parole à l'occasion de cette communication. M. Laborie, notre honorable président, me pria alors de faire un résumé de l'observation de M. Kuhn pour l'insérer dans nos *Bulletins*. Tout en remplissant la tâche qui m'était confiée, je me suis bientôt aperçu que si l'observation était digne d'intérêt, l'explication donnée par l'auteur et les déductions qu'il en avait tirées étaient attaquables.

Mais avant de vous présenter quelques objections, permettez-moi de vous rappeler en quelques mots l'observation qui fera le sujet de cette petite discussion.

Le 17 décembre 1860, dit M. Kuhn, je suis appelé auprès d'une femme multipare et bien conformée. L'enfant se présente en première position du sommet; les contractions utérines sont peu énergiques. Quoique à terme, l'enfant offre en naissant un développement peu avancé; le cordon est long et grêle. Pour opérer la délivrance, une demi-heure après l'expulsion de l'enfant, j'exerce des tractions légères sur le cordon, qui se rompt immédiatement, et le placenta ne sort point. Une demi-heure après, l'orifice utérin est fermé; je donne plusieurs doses de seigle ergoté, sans autre résultat qu'une sorte de frémissement continu de la matrice, non suivi d'efforts d'expulsion.

Au bout de dix-huit heures, j'ai recours au galvanisme pour obtenir des contractions.

L'un des pôles de la pile de Legendre fut appliqué sur le fond de l'utérus à l'hypogastre, et l'autre dans l'orifice du col, au moyen d'une sonde de femme. A peine le circuit était-il établi, qu'une forte contraction se produisit dans l'utérus, et instantanément le délivre poussant la sonde au-devant de lui, vint se montrer à l'orifice vulvaire.

Telle est en résumé l'observation que nous a communiquée M. le docteur Kuhn. Voyons maintenant les réflexions dont il l'a accompagnée.

Il est possible, dit notre honorable confrère, il est même probable que de pareilles tentatives ont été faites soit avant, soit après la mienne, et que ceux qui y ont eu recours se sont promis comme moi d'y revenir, le cas échéant. Ce mode d'administration du fluide électro-magnétique est sans contredit le moyen le plus énergique et le plus instantané dans ses résultats, à savoir la contraction utérine.

Je sais, ajoute-t-il, qu'il a été employé avec succès dans les cas d'hémorrhagies foudroyantes, et je pense que la petite pile de Legendre devrait avoir sa place dans toutes les boîtes obstétricales et ne jamais quitter les accoucheurs.

Ainsi, dans ce cas, pour M. Kuhn, c'est bien l'électricité qui a provoqué la contraction dont la conséquence a été l'expulsion du délivre. M. Kuhn ne met aucun doute sur son explication. En effet, suivant les apparences, il semble au premier abord qu'il n'y a pas d'autre explication ; l'électricité est appliquée, il y a contraction ; donc, c'est l'électricité qui a produit cet effet. Eh bien, malgré cela, nous croyons qu'il y a dans cette explication une erreur.

L'utérus est un muscle de la vie organique; or, les muscles de cette sorte ont une différence très-grande avec les muscles de la vie animale. Tandis que ceux-ci se contractent instantanément sous l'influence d'un excitant quelconque, les autres ne se contractent que d'une manière lente, graduelle, et ils ne répondent à l'excitation que longtemps après. Tandis que les muscles de la vie animale se contractent énergiquement, brusquement, promptement, pour rentrer dans le repos dès que l'excitation a cessé, les muscles de la vie organique se contractent avec lenteur et ne rentrent dans le repos que quelques instants après l'excitation ; en d'autres termes, l'effet se prolonge plus longtemps que la cause. Si ces données physiologiques sont vraies, comment accepter alors les paroles suivantes de M. Kuhn : « A peine le circuit était-il établi, qu'une forte contraction se produisit, et *instantanément* le délivre fut expulsé. »

L'explication est donc en opposition avec les saines données de la physiologie. Comment alors pouvons-nous rendre compte de cette contraction si énergique observée par M. Kuhn ? Voici notre opinion à cet égard. Nous pensons que la titillation de l'orifice utérin a été la cause véritable de cette contraction. En effet, tous les accoucheurs savent que les attouchements du col provoquent les contractions du corps utérin. Or voici que M. Kuhn, en plaçant la sonde dans le col de l'utérus, a fait à son insu une manœuvre dont l'effet a été la production d'une contraction qu'il a attribuée à tort, selon nous, à l'électricité.

Du reste, cette influence de la titillation du col sur les contractions utérines, n'a rien qui doive nous surprendre ; elle est parfaitement en rapport avec cette loi physiologique qui nous montre que tous les réservoirs se contractent quand on touche, quand on irrite leurs orifices.

Ainsi agissent les suppositoires pour les contractions du rectum, les irritations de l'embouchure du canal cholédoque sur la vésicule biliaire, les irritations de la gorge pour l'estomac et les inflammations du col de la vessie pour le réservoir urinaire.

Nous basant sur les données de la physiologie, nous rejetons donc l'explication de M. Kuhn et nous la remplaçons par une autre qui est incontestable.

Si la théorie de M. Kuhn n'avait pas soulevé une question de pratique obstétricale, nous ne l'aurions pas attaquée. Mais si nous avons démontré que l'électricité n'est pour rien dans les contractions obtenues, il en résulte que les déductions relatives à l'emploi de l'électricité dans ces circonstances nous paraissent peu justifiées, et, disons-le de suite, nous ne fondons pas plus d'espérance sur l'emploi de cet agent pour combattre les hémorrhagies utérines.

M. DEPAUL. Sans adopter les vues de M. Kuhn, je pense qu'il faut les examiner attentivement. M. Béraud nous assure que le fait de M. Kuhn ne prouve rien ; je ne suis point aussi affirmatif, et je crois qu'il faudrait examiner la question d'une manière spéciale. Quand M. Kuhn s'est servi du mot instantanément, il n'a pas voulu exprimer sans doute que la contraction a suivi immédiatement l'application du courant électrique ; il est probable que cette contraction ne s'est manifestée que quelques secondes après; alors il n'y aurait rien que de naturel dans l'explication proposée par notre confrère.

M. VERNEUIL. Je veux seulement faire remarquer que dans une question semblable il ne faut pas seulement invoquer les saines données de la physiologie, il faut avant tout s'appuyer sur des expériences directes.

M. BÉRAUD. Je répondrai à M. Verneuil que j'ai eu l'occasion de vérifier que l'électricité ne provoque pas instantanément les contractions de l'utérus. C'est un fait qui s'est passé sous mes yeux à la Maternité. Une femme avait une hémorrhagie due à l'insertion du placenta sur le col. La version et l'extraction du fœtus étant faites, l'hémorrhagie persistant, on eut recours à l'électricité, qui fut impuissante à provoquer des contractions dans le corps de l'utérus. Quant aux observations de M. Depaul, je pense qu'elles ne peuvent pas corroborer l'opinion de M. Kuhn. M. Depaul est obligé de donner au mot instantanément employé par M. Kuhn une extension et un sens qu'il ne saurait avoir. Je n'ai pas voulu insinuer que le fait de M. Kuhn ne prouve rien, j'ai seulement voulu rejeter l'explication qu'il en a donnée.

M. DEPAUL. Je pense que l'utérus peut se contracter instantanément sous l'influence d'excitations diverses, et dès lors le fait de M. Kuhn rentre dans la règle générale. Entre l'explication proposée par M. Kuhn et celle de M. Béraud, je préfère la première, et si M. Béraud a vu que l'hémorrhagie ne s'est point arrêtée sous l'influence de l'électricité, il n'a pas le droit d'en conclure que l'électricité n'a pas agi. Dans ce cas spécial, il n'y a rien de surprenant de voir le sang continuer à s'écouler, parce que les vaisseaux ouverts sont sur le col, et, quelle que soit la contraction du corps, elle est impuissante à fermer les orifices béants.

M. BÉRAUD. Je n'ai pas nié que l'utérus ne pût se contracter instantanément sous l'influence d'une excitation; mais j'ai voulu seulement établir que l'électricité était impuissante à produire ce résultat. Du reste, dans le cas que j'ai observé, comme l'utérus venait d'être désempli, il était dans des conditions on ne peut plus favorables pour répondre à l'excitation électrique ; or il resta impassible. Dans le cas de M. Kuhn, les conditions sont tout opposées; l'utérus est revenu sur lui-même depuis dix-huit heures, et vous voulez que sous l'influence d'un excitant, de l'électricité, il se contracte instantanément ! Je ne saurais partager cette manière de voir.

M. LABORIE. Je ferai remarquer que l'appréciation de M. Kuhn a été faite avec la plus grande réserve ; il soumettait plutôt une opinion à notre appréciation qu'il n'avait voulu en formuler une à lui.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. HUGUIER présente deux pièces.

La première se rapporte à une *tumeur fibreuse* et à des polypes fibreux intra-utérins.

Cette observation se faisait remarquer par les caractères suivants :

1° Pendant la vie, on sentait à l'hypogastre deux tumeurs, dont une molle, souple, comme fluctuante, l'autre dure, rénitente.

2° Sortie de la tumeur polypeuse hors de l'utérus *post mortem.*

3° Ulcération des deux tumeurs sur leurs faces correspondantes.

4° Pédicule dans la tumeur intra-utérine.

5° Composition anatomique mixte du polype, ce qui, au point de vue anatomique, forme un polype fibro-utérin.

6° Au point de vue opératoire, la tumeur inférieure présentait un pédicule formé par du tissu utérin dans lequel il y avait des vaisseaux.

7° La partie inférieure de la tumeur formée par du tissu utérin avait subi une hypertrophie notable, pendant que le pédicule s'est allongé, atrophié en quelque sorte.

La seconde pièce a trait à une observation de cancer épithélial de la langue, ayant envahi en même temps la partie antérieure du plancher buccal.

— M. DEPAUL présente un polype qu'il a enlevé récemment dans l'utérus.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

L'un des secrétaires annuels, BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les concours qui vont s'ouvrir le 1er octobre dans les Ecoles de médecine navale, auront pour objet :

A Brest : 7 places de chirurgien de 1re classe ; — 11 places de chirurgien de 2e classe ; — 14 places de chirurgien de 3e classe ; — 1 place de pharmacien de 1re classe ; — 2 places de pharmacien de 2e classe ; — 2 places de pharmacien de 3e classe.

A Toulon : 5 places de chirurgien de 1re classe ; — 9 places de chirurgien de 2e classe ; — 7 places de chirurgien de 3e classe.

A Rochefort : 1 place de chirurgien professeur ; — 2 places de chirurgien de 1re classe ; — 4 places de chirurgien de 2e classe ; — 4 places de chirurgien de 3e classe.

— L'Empereur vient d'accorder sur sa cassette une pension de 1,200 fr. à la veuve de M. le Dr Chaillon (de Montoir), mort victime des soins qu'il a donnés aux malades atteints de l'épidémie qui s'était récemment manifestée à Saint-Nazaire.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 113 — JEUDI 26 SEPTEMBRE 1861. (34e ANNEE.) N° 113. — JEUDI 26 SEPTEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 25 septembre 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a entendu hier la lecture du rapport de M. Blache, qui avait été annoncé dans la dernière séance. Ce rapport, qui a pour objet la communication que M. le docteur P. Garnier a faite à l'Académie en septembre 1858, sur l'influence de l'atmosphère marine sur la phthisie, n'est pas moins remarquable par la sévérité avec laquelle l'honorable rapporteur a jugé ce travail, que par l'excellent esprit dans lequel il est écrit et par la manière aussi juste qu'élevée dont y est envisagée cette importante question, sujet d'appréciations si diverses et si contradictoires. Une discussion nouvelle étant à la veille de s'engager au sujet de ce rapport, nous en mettons les principaux passages sous les yeux de nos lecteurs.

L'Académie a entendu ensuite une lecture de M. le docteur Burguières, médecin sanitaire au Caire, sur le dragonneau ou ver de Médine. On trouvera dans le compte rendu de la séance un résumé de cette intéressante communication.

Nous signalerons également à l'attention de nos lecteurs deux pièces de la correspondance, qui présentent de l'intérêt à des titres divers.

L'une de M. le docteur Kuhn, de Gaillon, est relative au spina-bifida, dont il a eu l'occasion d'observer un assez grand nombre de cas et d'étudier plusieurs particularités anatomiques. Dans la pensée que le rapport de M. Gosselin sur ce sujet pourrait devenir le sujet d'une utile discussion, M. Kuhn communique à l'Académie les résultats de ses observations et de ses recherches.

La seconde communication est de M. Demarquay; elle est relative à la question de la pénétration des liquides pulvérisés dans les voies respiratoires. On la trouvera textuellement plus bas. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Relevé statistique des observations de l'année scolaire 1860-1861 (1).

Les maladies des organes génitaux (femmes) sont au nombre de 42; 7 métrites chroniques, dont 2 avec granulations du col, pour lesquelles M. Velpeau emploie la cautérisation avec le nitrate acide de mercure, répétée tous les huit jours seulement.

3 hémorrhagies utérines, dont deux symptomatiques d'une métrite et d'un corps fibreux, et une symptomatique d'une fausse couche.

5 corps fibreux portés par des femmes d'un âge différent, les uns accompagnés de douleurs caractéristiques, les autres d'hémorrhagies répétées. Un vésicatoire appliqué sur l'abdomen procura un soulagement à deux malades qui souffraient assez pour exiger un traitement quelconque.

5 cancers du col de l'utérus, 1 du corps; 1 polype fibreux double de l'utérus.

4 engorgements des ligaments larges; 2 phlegmons de la fosse iliaque suppurés chez des malades récemment accouchées.

5 kystes de l'ovaire ont été observés. Un ne fut pas opéré, c'était un kyste multiloculaire; la malade ne resta que quelques jours dans les salles. Un kyste fut ponctionné et vidé; le volume énorme de la tumeur avait empêché de faire une injection iodée : la malade succomba à une péritonite quelques jours après. Deux autres kystes furent ponctionnés et injectés avec la teinture d'iode; les deux malades sortirent guéries : une d'elles cependant est rentrée depuis quelques semaines à l'hôpital avec une récidive.

Une autre malade présenta un kyste purulent de l'ovaire, qui fut guéri par une ponction.

Enfin, sur une malade qui avait été atteinte d'un érysipèle de la jambe, à l'autopsie un kyste pileux de l'ovaire a été rencontré.

Il y a eu 1 kyste sanguin de la paroi postérieure du vagin, 1 kyste hématique des grandes lèvres, 5 abcès de la même région, 1 gangrène spontanée de la vulve, 1 cystite; enfin un corps étranger de la vessie, une épingle à cheveux, qui a pu être extraite par l'urèthre au moyen d'un instrument spécial de Leroy (d'Etiolles).

En fait de maladies de la mamelle, il s'est présenté dans la salle Sainte-Catherine 13 adénites, qui donnèrent lieu à des abcès ouverts seuls ou qui ont été ouverts; 2 chez des femmes enceintes et 11 chez des nouvelles accouchées, 2 abcès sous-mammaires, 1 abcès sous-cutané chez une nourrice, 1 abcès froid chez une vieille femme de la campagne qui ne put s'habituer au séjour de l'hôpital, et succomba dans un état intermédiaire à l'infection putride et purulente.

6 tumeurs bénignes du sein ont été enlevées; 2 tumeurs hypertrophiques, 4 adénoïdes, dont 2 furent suivies d'érysipèle qui se compliqua une fois d'infection purulente : les deux malades moururent; une troisième malade avait une tumeur de cette nature sous le grand pectoral; elle fut opérée, eut un érysipèle, et guérit ainsi que la quatrième.

18 malades affectées de tumeurs malignes ont été admises à l'hôpital; 17 furent opérées, 4 succombèrent, 3 par un érysipèle et 1 par une variété de tétanos signalée dans une des leçons cliniques de M. Velpeau publiées dans ce journal. Sur les 18 tumeurs malignes, il y avait 11 squirrhes et 7 encéphaloïdes.

Une tumeur papillaire a été vue sur le mamelon d'une femme âgée de trente-deux ans, qui portait cette affection depuis dix-sept ans et n'avait eu aucun antécédent syphilitique, ainsi que l'aurait pu faire supposer l'aspect de la tumeur.

Dans ces maladies, plusieurs points importants ont été appréciés par M. Velpeau; l'âge des malades, par exemple. Il en résulte que les adénoïdes ne sont pas le triste privilége des jeunes femmes, à l'exclusion des vieilles, puisque sur 4 malades atteintes de tumeur adénoïde, une n'avait pas moins de soixante-neuf ans; et puisque, d'un autre côté, il y a eu une femme de vingt-huit ans qui portait une tumeur encéphaloïde, et une autre femme de trente-quatre ans affectée d'un squirrhe.

Dans un autre ordre d'idées, un fait de tumeur du sein doit encore être mentionné : c'est le fait d'une malade revenue à l'hôpital deux ans après avoir été opérée d'une tumeur adénoïde, avec une tumeur encéphaloïde dans les restes du même sein. Les tumeurs, examinées les deux fois au microscope, ne laissent aucun doute.

Chez les hommes, 2 tumeurs de la mamelle ont été observées : 1 abcès de l'auréole, et 1 kyste séro-sanguin traité par la ponction et l'injection iodée. L'abcès a été ouvert. Les deux malades guérirent.

1 vice de conformation de la lèvre supérieure, 1 bec-de-lièvre unique compliqué a été opéré avec succès chez un enfant de sept ans.

1 cicatrice vicieuse de la lèvre inférieure, avec adhérence à l'arcade alvéolaire, a été également opérée avec succès.

Des tumeurs de diverses natures ont été vues : une grenouillette a été opérée par excision et guérie; 1 polype naso-pharyngien, faisant saillie dans le pharynx, a été opéré en deux fois. La portion qui descendait dans le pharynx a été enlevée avec l'écraseur, et, trois semaines après, M. Velpeau a procédé à l'arrachement de la portion restante par la fosse nasale. Le malade guérit.

Sur 9 cancroïdes, 6 ont été enlevés : 1 a été détruit par le caustique, chez une femme qui avait peur du bistouri. Son cancroïde se reproduisit; les six autres furent guéris.

6 cancers en différents points du corps se sont présentés; mais il n'était pas possible de songer à les faire disparaître par une opération, à cause des complications que présentait la maladie.

Il y a eu 2 tumeurs mélaniques. Un vieillard a été envoyé dans un hospice : il portait une dégénérescence mélanique des ganglions du membre inférieur. Une malade a été opérée d'une mélanose développée dans la parotide.

2 tumeurs fibro-plastiques étaient portées par des femmes; la tumeur siégeait chez l'une à la partie supérieure externe du genou. Chez l'autre, elle occupait la fosse sous-épineuse, sans adhérer à l'omoplate. Les deux tumeurs furent enlevées, et la réunion secondaire tentée eut un plein succès.

Nous avons eu 3 enchondromes, 1 sur la paroi abdominale antérieure, 1 à la région parotidienne, et que M. Velpeau considéra volontiers comme une tumeur adénoïde. Ces deux tumeurs ont été extirpées, et les malades ont guéri. Le troisième malade portait un enchondrome parvenu à un développement énorme; la tumeur était formée de masses cartilagineuses et de kystes remplis d'un liquide visqueux dont la nature put être constatée par une ponction exploratrice. M. Velpeau ne voulut point tenter l'opération de cette tumeur, dont le volume égalait au moins trois fois celui d'une tête d'adulte, se fondant pour s'abstenir sur les adhérences que la tumeur, née de l'humérus, avait contractées avec la clavicule et l'omoplate, et sur deux faits antérieurs observés par Roux et publiés par M. Velpeau lui-même. Les malades étaient morts, dans les deux cas, sans complications, sans accidents, peu d'heures après l'opération, comme si l'économie, habituée au séjour de la tumeur, avait tout d'un coup perdu son équilibre.

Sur 3 lipomes qui existaient chez des hommes, 1 à la nuque, 2 à la région fessière, deux seulement ont été enlevés; celui qui existait à la nuque était un lipome fibreux; le malade qui le portait fut opéré, eut un érysipèle léger et guérit. L'autre malade guérit sans accidents, après avoir été soumis au pansement à l'eau froide.

3 kystes hydatiques ont été observés; 2 occupaient le foie. Le diagnostic fut confirmé par une ponction exploratrice. La présence de crochets d'échinocoque dans le liquide évacué compléta la certitude. La tumeur d'une femme diminua après quelques phénomènes généraux qui suivirent la ponction exploratrice.

Le dernier kyste existait à la partie postérieure gauche du thorax chez un homme. Le diagnostic était fort difficile; en aucun point on ne sentait le froissement hydatique. Une ponction avec le bistouri éclaira sur la nature du contenu, et l'issue de pus avec des hydatides flétries expliqua le défaut de froissement. La tumeur avait perdu ses caractères en suppurant.

Enfin, il y a eu dans les salles un goître vasculaire chez un homme qui présentait des phénomènes congestifs, et un kyste du corps thyroïde chez une femme de la Savoie, à qui une ponction avec injection fut faite et suivie d'injection iodée. La malade sortit très-améliorée; sa tumeur avait diminué au moins des deux tiers sous l'influence d'un vésicatoire qui fut appliqué en dernier lieu.

Un malade qui portait une hypertrophie ganglionnaire, ne séjourna que quelques jours dans les salles.

Indépendamment des incisions faites sur des abcès, panaris, hématocèles, les opérations pratiquées dans le service ont été au nombre de 135, à la suite desquelles il y a eu 14 morts par :

Erysipèle.	8
Infection purulente.	2
Péritonite ou défaut de rétablissement du cours des matières fécales.	3
Tétanos.	1

21 malades ont été améliorés, 100 guéris, au moins momentanément; on comprend que cette restriction doit être faite pour des maladies telles que les cancroïdes ou les tumeurs malignes du sein. Les plaies des amputations ont été guéries, mais les malades ne sont pas à l'abri d'une récidive.

Voici un tableau des grandes opérations et des morts :

Amputation des membres,	3	morts,	0
— des doigts,	2	»	0
Ablation de tumeurs du sein,	21	»	8
— de tumeurs diverses,	17	»	0
Débridement dans les hernies,	3	»	3

Il établit hautement la gravité relative, peut-être exagérée cette année, des opérations qui se pratiquent sur la mamelle. Quant aux hernies, si considérable que soit le nombre des morts, il faut néanmoins considérer les faits, tels que ceux qui ont été observés, comme très-rares.

Outre les abcès devenus fistuleux, outre les fistules à l'anus, dans lesquelles des injections iodées ont été faites, 14 ponctions ont été portées sur des kystes de diverses natures, et ont été suivies d'injections iodées qui toutes ont amené de bons résultats.

En résumé, dans ce compte rendu des faits qui se sont présentés dans le service cette année, on peut voir des maladies rares, des lésions accompagnées de symptômes exceptionnels. On voit des complications peu communes dues à des influences nosocomiales et des constitutions médicales sur la nature desquelles les faits n'ont point encore donné d'éclaircissement.

On voit les dangers qui entourent les opérés, malgré les soins de l'opérateur. Au point de vue des indications thérapeutiques, les observations témoignent, M. Velpeau l'a répété bien souvent, que les meilleurs médicaments peuvent échouer et réussir dans des cas analogues; mais que, en général, l'efficacité d'un médicament ou d'une médication tient beaucoup à l'exactitude de son application, et que les opérations ont d'autant plus de

(1) Suite. — Voir les numéros des 17 et 24 septembre.

chances d'échapper aux conséquences funestes du génie épidémique, que le chirurgien a mieux rempli les conditions dont il est en son pouvoir de disposer.

DOUBLE OPÉRATION DE CATARACTE.

Résorption tardive et partielle d'un des cristallins. — Daltonisme ou anachromie; explication de ce phénomène. — Appréciation des divers procédés de scléroticonyxis.

Par M. le docteur Gouriet (de Niort).

Jean R..., âgé de cinquante-cinq ans, ancien roulier, fort et vigoureux, d'une taille moyenne, d'un tempérament sanguin, me consulte au commencement de l'automne de 1859 pour cause de cécité. Je reconnais une double cataracte lenticulaire. Du côté gauche, la vision est abolie depuis dix ans; du côté droit, elle a commencé à s'affaiblir il y a deux ans, et depuis plusieurs mois elle est totalement perdue. De grands yeux bleus, des pupilles très-contractiles et parfaitement libres d'adhérence, favorisent l'opération.

Le 8 octobre, saignée de 400 grammes; le 9, purgation avec de l'eau de Sedlitz; pendant ces deux jours, onctions matin et soir sur les tempes et les sourcils avec de la pommade belladonée, moyen traditionnel, qui, sans irriter la surface de l'œil, fait aussi bien dilater la pupille que les instillations intra-palpébrales mises en vogue dans ces dernières années.

Le 10, j'opérai les deux yeux en présence de M. le docteur Barbette, qui voulut bien me prêter son concours.

A l'aide de l'aiguille de Scarpa, je ponctionne la sclérotique de l'œil gauche au lieu d'élection, et j'arrive dans la chambre postérieure; je fais plusieurs petites scarifications superficielles intéressant à la fois la capsule et les couches corticales du cristallin; puis, portant l'instrument au bord supérieur de ce dernier organe, je détache par un trait horizontal son enveloppe d'avec le corps ciliaire, et je déprime l'appareil cristallinien en masse, en le réclinant en bas et en arrière. Après plusieurs tentatives, pendant lesquelles cet appareil tend à remonter, je finis par le fixer d'une manière définitive. Le malade reconnaît certains objets.

Du côté droit, je veux mettre en œuvre le même procédé, mais mon aiguille enfonce avec trop de facilité dans la subtance cristalline et la traverse sans l'entraîner à sa suite. J'ai recours alors au broiement pur et simple : j'exécute une série de hachures en différents sens et j'abaisse les principaux débris à plusieurs reprises. R... voit le jour, mais ne distingue aucun objet, le champ pupillaire n'ayant pas été débarrassé tout d'une pièce comme du côté gauche.

Je couvre d'un bandeau les yeux de mon opéré; je le fais coucher dans une chambre noire, et je prescris une diète sévère. Toutes les cinq minutes, on verse de l'eau fraîche sur les compresses; le lendemain on en met toutes les dix minutes, et ainsi de suite, en augmentant les intervalles de cinq minutes par jour. Je ne permets quelques potages que le quatrième jour, et je fais suspendre les irrigations le cinquième. Il n'y a eu pendant tout ce temps ni fièvre ni vomissement; tous les matins une onction belladonée a été faite.

Le 17, le bandeau est enlevé avec précaution, et dans un demi-jour le malade reconnaît les objets qu'on lui présente. Toutefois il ne voit que de l'œil gauche, dont la pupille est très-noire; du côté droit, les fragments sont remontés, on dirait *une cataracte qui n'a pas été opérée*. Les deux cornées, parfaitement nettes, sont entourées d'une injection et d'une inflammation assez vives de la conjonctive scléroticale.

Les moyens appropriés sont mis en œuvre : collyres légèrement astringents, onctions napolitaines sur les tempes et les sourcils, purgations réitérées, larges vésicatoires derrière le cou. C'est ce dernier agent qui semble avoir fourni les meilleurs résultats.

Un mois après l'opération, il reste à peine quelques petits filets vasculaires qu'un collyre au nitrate d'argent fait promptement disparaître. Pendant ce temps le malade se lève et se tient dans une demi-lumière. Du côté gauche la vision est parfaite : avec des lunettes à cataracte R... lit le journal, distingue les objets les plus ténus et des nuances de couleur très-fines.

Une seule, *la couleur rouge, donne la sensation du gris*. Je reviendrai sur cette anomalie, qui a duré plus de six mois.

Du côté droit, ai-je dit, la vision était demeurée nulle, à cause de la réascension des fragments. Cet état se prolongeait et je n'espérais rien de cet œil; sur ces entrefaites, vers le 25 décembre, la chambre antérieure me parut remplie comme d'un nuage gris terne ou blanchâtre, qui dérobait les couleurs de l'iris, et qui, par la teinte pâle qu'il imprimait à la cornée, faisait croire à une kératite plastique à marche lente et chronique. Cela dura bien deux mois. A ma grande surprise, vers la fin de février 1860, cette teinte nébuleuse commença à disparaître; l'uvée s'offrit librement au regard, et en même temps R... prétendit percevoir la lumière. J'examinai l'œil avec une forte loupe, et voici ce que je constatai : le champ pupillaire était en partie obstrué par deux sortes de substance; l'une, d'un gris sombre, faisant pour ainsi dire le fond de l'opacité, présentait des lignes courbes, disposées en plusieurs faisceaux. Dans chaque faisceau ces lignes ou stries étaient parallèles; mais celles des divers faisceaux ne l'étaient point entre elles, et s'entrecoupaient sous divers angles. Je supposai que c'étaient des fragments du cristallin, qui, malgré leur désagrégation, avaient conservé leur texture régulièrement stratifiée. Sur cette première substance on voyait irrégulièrement dispersées des taches blanches présentant un reflet chatoyant et micacé, qui tranchait vivement avec ce fond gris obscur. Je les attribuai à des opacités partielles et consécutives de la capsule du cristallin. De ce côté la vue s'améliorait peu à peu, et tous les huit jours, observant l'œil à la loupe, je voyais la teinte gris pâle de plus en plus raréfiée. Je pus suivre ce travail de résorption jusqu'au mois de juin 1860, époque depuis laquelle il ne s'est plus effectué de progrès. Depuis l'opération il s'était écoulé neuf mois, et bien que la résorption du côté droit ne fût pas complète, elle n'avait cessé de se manifester jusqu'à une époque aussi reculée. Au moment où j'écris ces lignes (mars 1861), la vision de l'œil gauche est toujours parfaite, et quoique l'œil droit laisse beaucoup à désirer, mon opéré voit assez pour se conduire et se garer des gros objets.

Cette observation présente plusieurs points à considérer :

1° L'œil gauche, dont la vision s'est complétement rétablie, était cataracté depuis dix ans. Les cas de ce genre ne sont pas rares, et cet exemple montre une fois de plus, contrairement à l'opinion de certains auteurs, avec quelle difficulté une cataracte même ancienne peut déterminer une amaurose proprement dite.

2° La résorption s'est manifestée bien longtemps après le broiement du cristallin, et alors que l'œil droit laissait bien peu d'espoir.

Dans de semblables conditions, la résorption se fait d'habitude en quinze jours ou un mois.

Dans des conditions moins avantageuses, lorsque le cristallin est simplement dépouillé du segment antérieur de la capsule, M. Jungken (de Berlin) l'a vu disparaître en quelques semaines.

Dupuytren, dans sa *Clinique* (t. III, p. 321), parle d'un cristallin passé en entier dans la chambre antérieure et résorbé au bout d'un mois.

Quand l'organe a été assez finement divisé, la résorption rapide est la règle; ce délai de neuf mois pour une absorption incomplète m'a paru digne d'intérêt.

3° Je n'ai pas été peu surpris de constater la non-perception d'une couleur aussi tranchée en apparence que le rouge; j'ai cherché à me rendre compte de ce phénomène, et voici l'explication qui m'a semblé la plus satisfaisante :

On sait que les diverses couleurs du spectre solaire ne jouissent pas toutes des mêmes propriétés, tant physiques que chimiques. Ainsi, le pouvoir absorbant est minimum au centre du spectre, et augmente à mesure qu'on avance vers les extrémités, ou, ce qui revient au même, le pouvoir éclairant ou réflecteur complémentaire du pouvoir absorbant, est maximum dans le vert et minimum dans le violet et dans le rouge. Il en résulte que pour impressionner également la rétine, il faut une plus grande quantité de rayons de ces dernières couleurs, ou une concentration plus prononcée de ces mêmes rayons. On conçoit dès lors que l'absence du cristallin rendant cette concentration moins puissante, doive rendre plus difficile la perception des couleurs extrêmes du spectre. Comment, avec cette théorie, s'expliquer que cette aberration ait disparu après avoir duré plus de six mois? On ne peut s'en rendre compte qu'en admettant une accommodation de l'œil aux couleurs comme il en est une pour les distances; l'anomalie disparaîtrait par une sorte d'éducation du sens de la vue. (*Voir*, à propos de l'éducation de ce sens, Dupuytren, *loco citato*, t. III, p. 290.)

La *Gazette des Hôpitaux* du 29 mars 1860 rapporte le cas d'une dame qui fut affectée de *daltonisme* pendant sa grossesse; il est probable qu'alors, comme dans le cas d'hérédité, cela tient à une modification spéciale de l'innervation de la rétine plutôt qu'à une modification physique des milieux que traverse la lumière. On conçoit toutefois que le résultat doive être le même, soit que les rayons lumineux frappent la membrane sensorielle avec moins d'intensité, ou que cette membrane elle-même soit moins sensible. Dans cette dernière supposition, on pourrait faire de cette anomalie une forme spéciale d'amaurose. Il serait intéressant de chercher si, dans les amauroses à marche lente, on voit des exemples où, à une époque voisine du début de la maladie, les couleurs moyennes du spectre sont seules perceptibles. Rappelons que l'œil gauche était cataracté depuis dix ans.

Au mot *daltonisme*, qui n'exprime rien qu'une infirmité du chimiste Dalton, aux expressions *achromatopsie*, *dyschromatopsie*, etc., employées pour désigner cette singulière anomalie, je propose de substituer celles d'*anachromie* et de *dyschromie*, plus euphoniques et plus conformes aux règles de l'onomisme pathologique.

4° J'arrive à une question de nature complexe et de solution difficile. Je veux parler du choix à faire entre les divers procédés de la méthode par scléroticonyxis. Dans ce qui suit, je n'ai en vue que la cataracte dure.

L'abaissement de l'appareil cristallinien en masse expose à la réascension de la cataracte.

L'abaissement du cristallin seul est plus rarement suivi de cet accident, mais la capsule qui demeure en place expose à une cataracte secondaire de cause traumatique, pour peu qu'elle ait été irrégulièrement déchirée.

Le broiement, lorsqu'il est possible, ne détruit jamais complétement la capsule, et les lambeaux qui ont conservé leur insertion peuvent amener également une cataracte secondaire.

Le broiement suivi du rejet des fragments dans la chambre antérieure, expose en outre à blesser l'iris, accident que peut causer la main la plus habile.

Le procédé qui me semble offrir le plus de chances (dans le cas de cataracte dure, je le répète) est un procédé mixte empruntant ses éléments au broiement, à l'abaissement et à la réclinaison. Voici en quoi il consiste : on fait quelques incisions superficielles à la capsule et au cristallin, mais non de manière à les broyer; on divise les attaches supérieures de la capsule cristalline avec le corps ciliaire; on abaisse en masse et en réclinant. C'est ainsi que dans l'observation précédente fut opéré l'œil gauche. De cette manière on a presque tous les avantages et peu d'inconvénients : on a la chance de fixer définitivement le cristallin et sa capsule au-dessous du champ pupillaire; en admettant que le cristallin remonte avec sa capsule, les quelques incisions exécutées à la surface permettront qu'il se résorbe; quant à la capsule elle-même, ses insertions au corps ciliaire étant détruites, elle ne peut pas amener de cataracte secondaire.

Pour toutes ces raisons, je préfère l'abaissement en masse à l'abaissement du cristallin seul, et à l'abaissement en masse pur et simple, la même opération précédée de quelques hachures superficielles intéressant la capsule et la couche externe de la cataracte.

Je m'explique sur le déplacement en masse. Admis presque généralement, il vient d'être mis en doute par M. Nélaton et par M. Sappey. Le premier de ces auteurs ne le croit possible que quand la capsule elle-même est opaque : dans ce cas, l'adhérence au corps ciliaire serait assez faible, tandis que quand cette membrane est transparente elle se romprait plutôt que de se détacher. (*Thèse de concours*, 1851.)

De son côté, M. Sappey a fait sur des yeux de cadavres des expériences favorables à cette assertion. (*Anatomie descriptive*, t. II, p. 696.) Tout en tenant compte de ce résultat, voici une objection qui laisse des doutes dans mon esprit : qu'on lise dans les anciens auteurs la description des procédés employés pour abaisser la cataracte. Ils se préoccupent peu s'ils ont affaire à la capsule ou au cristallin; ils ne parlent pas de faire une incision à la capsule, de désenchatonner le contenu et de le plonger ainsi dénudé dans l'humeur vitrée. Voyez ce qu'ils font : ils dirigent leur instrument vers la partie la plus élevée de l'opacité quelle qu'elle soit, et ils *l'abattent*, comme ils disent dans leur naïf langage.

Si, dans cette manœuvre, la capsule, trop adhérente à la zone de Zinn, se rompait par le bas, on verrait, à cause de l'irrégularité de cette déchirure, se produire très-souvent une cataracte secondaire, accident assez rare après l'ouverture nette et régulière que détermine le couteau dans la méthode par extraction; or, ces mêmes auteurs ne font que signaler (ceux mêmes qui le signalent) ce fâcheux événement; il n'était donc pas plus fréquent autrefois. Jusqu'à nouvel ordre, on est fondé à croire à la possibilité de l'abaissement en masse exécuté d'après le procédé classique; cette possibilité devient incontestable si avant d'abaisser on rompt par une incision préalable les attaches supérieures de la capsule, ainsi que le font MM. Bergeon et Goyrand. (Vidal, de Cassis, 4e édition, t. III, p. 196.)

Dans le cas de cataracte molle reconnue à l'avance, on détacherait l'appareil cristallinien d'avec le corps ciliaire; on abaisserait ensuite en réclinant, sans avoir fait d'incisions superficielles sur le cristallin et sa capsule : on comprend aisément pourquoi.

Un mot encore avant de terminer cet article. Dans un livre aujourd'hui presque ignoré, remarquable cependant par ses descriptions élégantes, par ses nombreuses applications pratiques et par la mise en honneur de cette anatomie des régions dont on glorifie un peu trop les modernes, voici ce qui est dit à propos de la cataracte :

« Cette maladie est rarement causée par une pellicule formée dans l'humeur aqueuse, comme l'ont voulu les anciens et comme le prétendent encore aujourd'hui quelques auteurs. Des oculistes modernes très-habiles, tels que MM. Brisseau, Maître-Jean, Heister, Petit le médecin, Saint-Yves et autres, ont prouvé par quantité d'expériences que presque toutes les cataractes guérissables par l'opération ne sont causées que par l'altération du cristallin. » (Palfin, *Anatomie chirurgicale*, édition refondue par A. Petit; Paris, 1753, t. II, p. 422, note au bas de la page.)

Quelques pages plus loin, l'auteur réunit avec beaucoup de peine plusieurs cas de cataractes membraneuses constatés par Woolhouse et ses adhérents. Dès cette époque, la presque totalité des grands oculistes regardait donc comme très-rare la forme capsulaire. Qu'on songe à leur étonnement si on leur eût dit qu'un siècle après (1841), la restauration de cette vérité en tribune académique trouverait une opposition à peine éteinte de nos jours!

MÉMOIRE

sur la pénétration, dans les voies aériennes, des liquides pulvérisés.

(Communiqué à l'Académie de médecine par M. Demarquay chirurgien de la Maison de santé.)

A l'exemple de M. le professeur Trousseau, j'ai employé depuis plus d'un an l'appareil à pulvérisation de MM. Tirman et Mathieu au traitement des maladies chroniques du pharynx et du larynx. Les résultats heureux que j'ai obtenus dans ces cas avec l'eau pulvérisée tenant en dissolution divers agents médicamenteux, m'ont déterminé à faire des recherches afin de voir jusqu'à quel point ces liquides pulvérisés et projetés dans le pharynx pénétraient dans les voies respiratoires. Pour arriver à ce résultat, j'ai fait un grand nombre d'expériences à la Maison municipale de santé, en présence des élèves attachés à cet établissement, et avec le concours de mon ami M. Leconte, pharmacien en chef de la Maison.

Première série d'expériences. — Sur un grand nombre de lapins, j'ai projeté dans le pharynx de ces animaux de l'eau finement pulvérisée et tenant en dissolution 1 gramme de perchlorure de fer pour 100 grammes d'eau distillée. La gueule de ces animaux était modérément ouverte à l'aide d'une pince dilatatrice spéciale, afin que la projection de la poussière d'eau se fît parfaitement. L'expérience était continuée pendant cinq minutes seulement, en laissant l'animal se reposer au bout de chaque minute. Cela fait, les animaux pleins de vie furent ou sacrifiés immédiatement ou abandonnés à eux-mêmes.

Chez les premiers, nous avons constamment, à l'aide d'une solution de cyanure jaune de potassium, trouvé la preuve de la pénétration du liquide dans les voies respiratoires; en effet, si, après avoir pris toutes les précautions désirables, on porte avec une baguette de verre de la solution de cyanure de potassium dans le larynx, la trachée, les bronches et le parenchyme pul-

monaire, on obtenait partout une coloration bleue des plus évidentes; et si, comme l'a conseillé M. Mialhe, on vient après ce premier contact porter quelques gouttes d'acide acétique sur les parties touchées par les deux substances signalées plus haut, on augmente l'intensité de la coloration. Toutefois, je dois ajouter que la quantité de perchlorure de fer qui pénètre dans le parenchyme pulmonaire n'est pas la même chez tous les animaux. Il importe de faire observer que les animaux, continuant à avaler pendant l'expérience, font pénétrer de la sorte une notable quantité de perchlorure de fer dans l'œsophage et l'estomac.

Les lapins chez lesquels nous avons fait pénétrer de l'eau pulvérisée contenant une dissolution de perchlorure de fer, et qui furent abandonnés à eux-mêmes, succombèrent presque tous au bout de douze ou vingt-quatre heures, aux suites d'une violente broncho-pneumonie, nouvelle preuve de la pénétration du liquide pulvérisé.

Deuxième série d'expériences. — Pour rendre le fait encore plus évident, j'ai répété la même expérience sur des chiens avec des résultats à peu près identiques; avec cette différence néanmoins que sur ces animaux je n'ai point encore retrouvé dans le parenchyme pulmonaire le liquide pulvérisé. Après cinq minutes de pulvérisation, le larynx, la trachée, les bronches, l'œsophage et l'estomac, étaient pénétrés par le sel de fer. Dans ces expériences comme dans les premières, je laissai reposer les animaux après une pulvérisation d'une minute. Sur les chiens, il importe d'avoir soin, la gueule étant ouverte et maintenue dans cet état avec des compresses, de passer un fil dans la langue, d'abaisser cet organe en l'attirant un peu en dehors, sans quoi elle vient s'appliquer sur la voûte palatine et empêche la pénétration du liquide pulvérisé dans le pharynx.

Pour rendre le fait de la pénétration des liquides pulvérisés dans les voies respiratoires plus frappant, je pratiquai la trachéotomie sur un chien, et quand la plaie fut en voie de guérison, je pulvérisai de l'eau tenant en dissolution du tannin (1 gram. pour 100 gram. d'eau); la plaie de la trachée fut fermée avec soin, et au bout de quelques minutes un papier trempé dans du perchlorure de fer et séché au four, fut introduit dans la trachée et ramené tout imprégné de taches noires, signe certain de la pénétration de l'eau pulvérisée.

Troisième série d'expériences. — Non content de ces preuves tirées de nos expériences sur les animaux, nous nous sommes soumis avec quelques élèves de la Maison de santé à l'expérience suivante ; si on reçoit dans le pharynx de l'eau pulvérisée tenant en dissolution 1 ou 2 grammes de tannin pour 200 grammes d'eau, on éprouve d'abord un sentiment de constriction dans le pharynx; mais si on continue l'expérience en respirant, on sent bientôt dans le larynx et la trachée une sensation particulière assez pénible, et qui indique la pénétration du liquide. Enfin, pour rendre cette série d'expériences aussi concluante que possible, j'ai fait venir de l'hôpital Beaujon une infirmière qui ne respire qu'à l'aide d'une canule; celle-ci fut enlevée, et cette femme reçut dans le pharynx la solution pulvérisée de tannin, signalée plus haut. La malade respira comme elle le put sans sa canule, et l'orifice trachéal parfaitement bouché. Malgré les mauvaises conditions dans lesquelles nous nous placions, nous trouvâmes des traces non douteuses de la pénétration de la solution tannique à l'aide du papier réactif signalé plus haut.

Ces expériences, faites à un point de vue tout différent de celui auquel se sont placés mes amis Briau et Pietra-Santa, n'infirment nullement les recherches de ces habiles médecins. Mon but, en publiant cette note, est d'attirer l'attention de l'Académie sur un fait physiologique digne d'intérêt, et dont les conséquences pratiques méritent également de fixer l'attention.

Pour éviter autant que possible toute erreur, j'ai, il y a peu de jours, répété une partie de mes expériences devant MM. Mialhe, Sée, Pietra-Santa et Giraud-Teulon. Prochainement je publierai les détails de ces recherches, qui remontent à un temps déjà assez éloigné, et je chercherai à démontrer les conséquences pratiques qui en découlent.

LIPOME DE NEUF A DIX KILOGRAMMES.

L. A..., âgé de trente-deux ans, journalier, sans aucune prédisposition pathologique héréditaire, entre le 23 novembre 1859, à l'hospice général de Madrid, salle Saint-Vincent, n° 37, service du professeur Morales. Il présente à la partie antéro-inférieure droite du tronc une énorme tumeur, dure, inégale, indolente, légèrement aplatie, sans changement de couleur avec la peau, mobile, attachée et comme suspendue par des brides lâches, partant surtout du ventre et du scrotum. Elle part de la région hépatique inférieure et descend jusque sur le tiers supérieur de la cuisse, cachant le scrotum de ce côté. Ses diamètres sont de 45 pouces en circonférence, de 20 en hauteur, et, transversalement, de 19 en haut, de 14 au centre et de 9 en bas. Le malade la porte ordinairement enveloppée dans un morceau de linge en forme de sac caché sous ses vêtements.

Cette tumeur a commencé, il y a dix ans, par une grosseur comme une noisette, dans la région inguinale, et s'est développée ainsi progressivement, malgré tous les caustiques, les fondants, les émollients, dont la superficie présente des traces.

Le lendemain, à huit heures et demie, le malade étant chloroformisé, cette tumeur est enlevée par dissection, en présence d'un grand concours de médecins et d'élèves, sans qu'il survienne aucun accident. La plaie en résultant est large, et en régularisant les lèvres, elle a 20 pouces de haut en bas, partant de la partie interne et supérieure de la cuisse jusqu'au-dessus de l'épine iliaque, où elle forme un angle rentrant sur l'abdomen de 5 pouces environ. Douze points de suture, des bandelettes agglutinatives, renfermant deux ligatures d'artères et un bandage approprié, terminent cette opération.

La tumeur séparée pèse de 18 à 19 livres et mesure de 6 à 7 pouces d'épaisseur.

L'opéré, soumis à un régime convenable, ne présenta qu'une réaction modérée. Suppuration abondante au neuvième jour, que les lotions chlorurées diminuent graduellement.

Un mois après l'opération, la cicatrisation étant presque complète, le malade sortit débarrassé de cette énorme tumeur, dont le développement l'avait condamné à une vie misérable pendant les dix plus belles années de sa vie. (*Siglo medico.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 septembre 1861. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des médecins des épidémies de l'Oise, de l'Hérault, de la Saône. (Commission des épidémies).

2° Des échantillons d'une eau minérale découverte dans le département de la Nièvre. (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note sur la pénétration des liquides pulvérisés dans les voies respiratoires, par M. le docteur Demarquay.

2° Une note de M. le docteur Bomba, d'Athènes, contenant l'indication d'un remède contre le choléra. (Commission des remèdes secrets et nouveaux).

3° **Spina-bifida.** — M. LE Dr KUHN, de Gaillon, adresse à M. le secrétaire perpétuel la lettre suivante :

« Comme il est présumable que la question du *spina-bifida*, agitée dans la dernière séance, fera l'objet d'une prochaine discussion, je prends la liberté de soumettre à la savante Compagnie les observations que j'ai faites depuis longues années sur la nature et la composition anatomique de ces anomalies, et sur quelques autres particularités que l'on n'avait pas notées, que je sache.

» Ayant eu, depuis vingt-cinq ans, l'occasion de voir et de disséquer un nombre assez considérable de cas de *spina-bifida* (comprenant la plupart des variétés connues de cette affection), j'ai été à même de constater certaines dispositions encore inconnues, et qui pourront contribuer, je pense, à élucider différents points de la question et à fournir quelques nouveaux éléments à la discussion.

» Mais comme la plupart des sujets sur lesquels ont porté mes investigations appartiennent à d'autres personnes, et notamment à M. J. Guérin (qui, tout en les ayant examinés à des points de vue différents du mien, n'en restent pas moins légitimes propriétaires des observations détaillées), l'on conçoit que je me borne à formuler en quelques propositions succinctes les vues qui me sont propres. Ce simple énoncé me paraît d'ailleurs suffisant; car ce sont des faits matériels qu'il sera toujours possible de vérifier.

» *Proposition I.* — Le spina-bifida est constitué par la hernie soit de la moelle épinière avec ses enveloppes, soit simplement par la hernie d'une portion des méninges rachidiennes, à travers une ouverture accidentelle du canal vertébral.

» *Proposition II.* — Il reconnaît pour cause une accumulation de liquide, soit dans la cavité des méninges (*hydrorachis extramédullaire* ou *périphérique*), soit dans l'épaisseur même de la moelle (*hydrorachis intramédullaire* ou *centrale*).

» *Proposition III.* — De là immédiatement cette différence capitale dans la composition des poches hydrorachiques, à savoir : que tantôt leurs parois sont exclusivement formées par les téguments et les méninges, et que d'autres fois la couche intérieure de ces poches est constituée par la substance même de la moelle, dilatée par une accumulation de liquide dans son centre, et réduite en une simple coque ou pellicule.

» *Proposition IV.* — Cette différence de composition anatomique de la poche hydrorachique (sans préjudice des lésions, généralement plus graves, qui accompagnent l'hydrorachis central), influe nécessairement sur les résultats de la ponction, attendu que dans un cas l'instrument ne peut éviter de léser la moelle, tandis que dans l'autre il ne peut atteindre cet organe.

» *Proposition V.* — J'ai tout lieu de croire, sans pouvoir affirmer toutefois la constance du fait, qu'il est possible, et souvent même facile, de distinguer sur le vivant l'hydrorachis central de l'hydrorachis périphérique, au moyen de pressions exercées sur la tumeur; dans le premier cas, on détermine instantanément des signes de paralysie dans le train inférieur, résultat qu'on obtient difficilement dans l'hydrorachis périphérique.

» Après ces données, il me semble inutile d'insister longuement sur les indications pratiques. La conclusion est facile à tirer.

» *Proposition VI.* — L'ouverture accidentelle du canal vertébral (celle qui livre passage à la poche hydrorachique) existe toujours (?) sur la ligne médiane. Elle résulte d'un écartement lent et successif, soit des arcs postérieurs (apophyses épineuses), soit des arcs antérieurs (corps) des vertèbres; de là une nouvelle distinction en *spina-bifida postérieur* et en *spina-bifida antérieur* (ce dernier beaucoup plus rare).

» *Proposition VII.* — Le *spina-bifida postérieur* peut occuper toutes les régions de la colonne vertébrale; mais on le rencontre le plus souvent dans la partie inférieure, sacrée ou lombo-sacrée. Il est un peu moins fréquent dans la région lombaire; on le rencontre encore assez souvent dans la région occipito-cervicale et cervicale supérieure, combiné alors avec l'hydrocéphalie ou l'anencéphalie; mais il est rare dans les régions intermédiaires de la colonne vertébrale.

» *Proposition VIII.* — Le *spina-bifida postérieur* peut ne comprendre qu'une seule apophyse épineuse; mais d'habitude il s'étend à plusieurs arcs vertébraux ; il n'est pas rare de le voir envahir la moitié, les deux tiers, et même la totalité de la colonne et du sacrum, en comprenant même assez souvent une partie des vertèbres céphaliques. Dans ces cas extrêmes les centres nerveux sont détruits, et l'on ne retrouve que des traces de leurs enveloppes et quelques débris des racines nerveuses, flottant dans le liquide de la poche ou dans les eaux de l'amnios.

» *Proposition IX.* — Quant au *spina-bifida antérieur*, je n'en ai observé que deux cas; l'un dans la région cervicale, l'autre dans la région sacrée. Les deux sujets étaient des fœtus monstrueux, intéressants sous plusieurs rapports, mais dont je me bornerai à citer ce qui a trait à l'hydrorachis.

» Le premier (*spina-bifida antérieur cervical*) appartient à M. Serres; il figure également dans l'*Atlas* de M. J. Guérin, et présente, entre autres anomalies, une division médiane des cinq ou six dernières vertèbres cervicales, dont les moitiés latérales, refoulées de chaque côté, laissent une large ouverture, tandis qu'il y a intégrité des arcs postérieurs.

» Chez l'autre sujet, anatomisé en 1837, et qui existe dans la collection de M. J. Guérin, il y avait, entre autres anomalies et difformités, un écartement des arcs antérieurs des deux ou trois dernières vertèbres sacrées. De ce point partait une poche piriforme, à grosse extrémité dirigée en bas, qui traversait le petit bassin et venait former sous le périnée une tumeur du volume d'une petite noix, simulant un scrotum. Ayant ouvert cette poche, je fus bien étonné de trouver sa paroi interne formée par le tissu propre de la moelle, envoyant par les deux côtés des filets nerveux de *bas en haut !*... C'était l'extrémité inférieure de la moelle épinière, garnie latéralement des racines des dernières paires spinales (queue de cheval), qui de leur point d'émergence ont dû *remonter* pour gagner leurs trous de conjugaison respectifs.

» *Proposition X.* — Le prolongement de la moelle épinière au-dessous de ses limites normales, dans le spina-bifida, a été déjà constaté par plusieurs observateurs, par M. Cruveilhier entre autres; mais personne, que je sache, ne l'avait encore vu descendre au point de dépasser le niveau du plancher périnéal.

» Avant d'avoir vu le cas ci-dessus et constaté cette rétrocession des nerfs de la queue de cheval, j'attribuais le prolongement de la moelle épinière, dans le spina-bifida, à la persistance d'un état embryonnaire ; mais s'il est vrai, comme je suis porté à le croire, que cette élongation n'existe que dans les cas d'*hydrorachis centrale*, il y a évidemment à cela une autre cause, à savoir, la force expansive du liquide épanché dans l'intérieur de la moelle : comme le canal vertébral ne cède pas toujours, la distension ne peut s'opérer alors que dans le sens longitudinal, et la moelle s'allonge jusqu'à ce qu'elle rencontre un point moins résistant par où elle puisse s'échapper.

» *Proposition XI.* — L'on rencontre chez beaucoup de sujets, et notamment chez la plupart de ceux qui naissent avec des difformités musculaires des membres inférieurs, une *dépression infundibuliforme*, espèce de cicatrice en cul-de-poule, quelquefois très-profonde, toujours intimement adhérente aux tissus fibreux de la colonne, et se continuant avec la membrane qui tapisse l'orifice inférieur du canal sacré. Elle est toujours située sur la ligne médiane, vers le niveau de l'articulation sacro-coccygienne.

» La conformation singulière de cette cicatrice et son adhérence avec les tissus qui bouchent l'orifice inférieur du canal vertébral, indiquent une étroite connexion avec ce canal, et permettent de supposer, non sans quelques motifs, qu'elle est la trace d'un *hydrorachis périphérique* des premiers temps de la vie embryonnaire, ouverte et puis cicatrisée. Cette disposition est très-commune; on la rencontre une fois sur quatre ou cinq individus, et, dans les établissements orthopédiques, au moins une fois sur trois.

» *Proposition XII.* — Les poches hydrorachiques ne sont pas recouvertes par la peau dans toute leur étendue. Les enveloppes de la moelle se présentent à nu dans la partie saillante des tumeurs, et c'est principalement à cette circonstance qu'elles doivent leur grande tendance à s'ouvrir spontanément. Or, je me demande si, dans les cas assez nombreux où il est possible de faire rentrer sans accident, au moyen d'une compression méthodique, le contenu de la poche dans le canal rachidien, il n'y aurait pas avantage, à l'aide d'une dissection soigneuse de la peau qui entoure la base de la tumeur, et par la réunion des lèvres de cette *dissection* par-dessus la poche méningée, de recouvrir, protéger et en même temps comprimer celle-ci, et amener ainsi une occlusion qui n'offrirait pas les dangers des ponctions et des injections dans ce redoutable voisinage ? »

— M. LARREY dépose sur le bureau un travail de M. le docteur Braud, sur le *traitement du scorbut par le chlorate de potasse*.

— M. J. GUÉRIN demande qu'il soit fait mention au procès-verbal de la rectification qui suit ;

Dans son résumé, M. Bouley a persisté à prétendre que j'avais considéré comme des ébauches de morve et guéri ou vu guérir comme tels des chevaux atteints de *jetage*, de *glandage* et même d'*ulcérations*. L'Académie se rappelle que j'ai interrompu M. Bouley pour protester contre cette prétention. Dans son discours imprimé, notre collègue n'a pas tenu compte de cette rectification. Voici ce qu'on y lit :

« Les degrés inférieurs de l'échelle de M. Guérin correspondent à » ce qu'il appelle la morve ébauchée, celle qui ne serait caractérisée » que par un seul ou deux symptômes, l'*ulcération* comprise, car, » malgré ses dénégations ultérieures, il a *positivement* dit et, qui pis » est, *écrit* dans sa première communication qu'il avait vu guérir des » chevaux qui n'avaient que des ulcérations miliaires. » (*Union médicale*, 24 septembre, p. 587.)

Or voici ce que j'ai dit et écrit dans ma première communication :

« Les chevaux chez lesquels j'ai eu occasion d'observer les trois » symptômes cardinaux réunis ont succombé; les uns ont été abattus, les autres sont morts de la maladie ; mais le plus grand nombre des autres chevaux atteints ne présentaient *isolément* que quelques-uns des symptômes de la maladie, soit le jetage, le glandage, » ou des éruptions miliaires des muqueuses nasales, et ils ont tous » guéri. » (*Gazette médicale*, 22 juin, p. 402.)

Je désire qu'il reste bien établi que ma réclamation était fondée, et que M. Bouley n'en a pas tenu compte.

RAPPORTS.

Influence de l'air marin sur la phthisie. — M. BLACHE, au nom d'une commission composée de MM. Guérard, Beau et Blache, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Garnier, intitulé : *De l'influence de l'air marin sur la phthisie pulmonaire, d'après la statistique officielle de la mortalité dans les hôpitaux maritimes*.

On n'a pas oublié, dit M. le rapporteur, l'excellent mémoire que M. Jules Rochard soumit à l'Académie en 1855, et auquel fut décerné son prix annuel. Les conclusions de M. Rochard étaient diamétralement opposées aux notions hygiéniques acceptées jusqu'ici comme articles de foi. C'est avec un profond sentiment de désespoir que M. Rochard a déroulé dans son mémoire cette longue série de faits, de tableaux statistiques, base de ses convictions décourageantes, qui

seront partagées par bien des praticiens. Tous ces jeunes gens, nous dit-il, d'une poitrine faible, manifestement prédisposés à la phthisie, ou atteints déjà de cette maladie, qui arrivent en foule dans nos ports sur le conseil de médecins imbus des idées de Laënnec, tous ou presque tous sont voués à une mort certaine s'ils tentent les hasards et les fatigues de la mer. A bord des navires, la phthisie marche avec plus de rapidité qu'à terre. Les hôpitaux des ports, des stations navales, les infirmeries des escadres, sont encombrés de phthisiques qui viennent expirer là misérablement, loin de leur famille, fatales victimes de la mer, des climats et d'une funeste erreur médicale. Ainsi tout ce qu'ont écrit les auteurs sur l'admirable vertu tonique de l'atmosphère maritime, sur la vivifiante salubrité des vents du large, tout cela n'est qu'illusion ! Il faut de fortes poitrines pour aspirer impunément un air chargé d'humidité, pour résister aux brusques changements de température, aux orages et aux tempêtes. Toutes les constitutions entamées par la phthisie s'épuisent rapidement, se fondent en quelque sorte sous l'incessante action de ce grand souffle imprégné de vapeurs salines irritantes.

Les chiffres de M. Rochard montrent que la nature n'est guère plus favorable aux phthisiques dans les pays chauds de la zone extra-tropicale, dans ceux mêmes qui jouissent de la plus antique réputation, et qui attirent de toutes parts les malades par les charmes de leur climat. Sous toutes les latitudes, la phthisie fait de nombreuses victimes. Rien de plus navrant, dit M. le rapporteur, que ce voyage médical autour du monde que nous fait faire l'auteur.

Telles sont les conclusions désespérantes, mais rigoureuses, du mémoire couronné par l'Académie.

J'ai cru devoir rappeler ces conclusions, dit M. le rapporteur, et voici pourquoi : Trois ans après, un autre observateur, M. le docteur Garnier, lisait dans cette enceinte le travail qui fait l'objet de ce rapport. Les résultats auxquels l'auteur était arrivé lui paraissaient de nature à élucider, sinon à résoudre l'importante question sur laquelle il s'afflige de voir régner tant d'incertitude et même d'indifférence. C'était une tentative de réaction. Mais ce retour vers les idées anciennes était-il heureux ? Pouvait-il ramener un espoir évanoui, ébranler les convictions récentes et atténuer la pénible impression qu'avait laissée dans les esprits le remarquable mémoire de M. Rochard ? C'est là ce qu'il s'agissait d'examiner.

M. Garnier avait obtenu du ministère de la marine l'autorisation de compulser les registres nécrologiques de son département; mais comme ces registres ne mentionnent ni la maladie des marins décédés ni la cause des décès dans les hôpitaux des colonies, il lui fut impossible d'arriver à un résultat positif. Heureusement ces omissions n'existaient pas pour les hôpitaux maritimes de France. Les malades admis dans les hôpitaux de Toulon, Rochefort, Lorient, Brest et Cherbourg, ne sont pas tous des marins; ceux-ci constituent même la très-faible minorité. Presque tous se recrutent parmi les ouvriers du port, les apprentis matelots, les soldats de l'infanterie de marine, ayant ou n'ayant pas navigué. Donc on ne trouve pas dans ces établissements les éléments nécessaires pour apprécier l'influence de la navigation sur la marche de la tuberculisation pulmonaire. M. Garnier en convient : aussi renonce-t-il à élucider cette question. Toutefois, ajoute-t-il, ces documents sont trop précieux pour n'être pas interrogés avec soin. Qu'ils aient ou qu'ils n'aient pas navigué, tous les matelots ont été plongés pendant un certain temps au sein de l'atmosphère maritime. Dans le port, sur les navires de la rade, sur la côte, ils aspirent à pleins poumons toute la journée un vent imprégné des vapeurs de la mer. C'est là le point de départ de l'auteur. Cette considération l'induit à penser que des tableaux statistiques indiquant la fréquence relative de la mortalité de la phthisie dans nos cinq ports de guerre, pourront permettre d'apprécier d'une manière rigoureuse l'influence de l'atmosphère maritime sur la marche de la tuberculisation pulmonaire. M. Garnier a donc fait un relevé annuel de la mortalité dans les hôpitaux de ces cinq ports pendant une série d'années qui varie pour chacun d'eux, et qui est de quinze ans pour Toulon, de douze pour Brest, Cherbourg et Lorient, et de cinq ans pour Rochefort. Comme résultat général des cinq tableaux statistiques de M. Garnier, nous trouvons 847 morts de phthisie sur 8,997 décès, c'est-à-dire un peu moins de 1/10e. C'est donc à tort, dit M. Garnier, qu'on a nié systématiquement l'influence favorable de l'air marin sur la tuberculisation pulmonaire. Quoique très-notable, cette proportion diffère beaucoup de ce qui a lieu dans le reste de la population, où elle est en général de 1/5e, c'est-à-dire de plus du double.

Le tableau des résultats partiels pour ces cinq ports prouve qu'il existe une différence immense entre la mortalité par phthisie dans les hôpitaux de Toulon et de Lorient, différence telle qu'il serait presque permis de douter de l'exactitude des registres nécrologiques. En présence de ces résultats contradictoires, M. Garnier se demande s'il faut rejeter ou admettre définitivement l'action de l'air marin sur la tuberculisation, ou bien s'il faut persévérer dans un doute stérile et fatal ?

L'influence de l'atmosphère maritime lui paraît évidente pour Toulon. Ailleurs, il n'en est malheureusement plus ainsi ; mais, quoique l'effet ne soit pas constamment le même, on ne peut douter, dit-il, de l'influence de l'air marin. Seulement son action ne s'exerce pas d'une manière uniforme ; elle est essentiellement variable ; elle agit tout différemment suivant les localités, en vertu de certaines conditions particulières encore inconnues dans leur essence, qu'il serait important de déterminer.

L'auteur termine son mémoire par les conclusions suivantes :

1° L'influence de l'atmosphère maritime sur la tuberculisation ne s'exerce pas uniformément partout où elle règne ; elle varie suivant les conditions climatériques des pays et des lieux.

2° Elle est très-manifeste dans les hôpitaux maritimes de Toulon, de Madère, et dans plusieurs lieux situés sur la Méditerranée.

3° Elle est nulle dans les autres hôpitaux maritimes de France.

Tel est le résumé du travail de M. Garnier. Est-il de nature, dit M. le rapporteur, à modifier notre manière de voir, en apportant à la science un contingent de choses nouvelles, une solution inattendue ? Je ne le pense pas. Il me semble que l'auteur s'en est tenu trop exclusivement à la statistique, et qu'il n'a pas jugé à un point de vue suffisamment médical les faits qu'il a réunis dans ses tableaux. Une statistique ne peut avoir d'autorité aux yeux des gens de notre art qu'autant que tous les éléments qu'elle embrasse ont été préalablement soumis à un contrôle rigoureux. L'esprit médical doit toujours dominer la méthode et jamais la méthode l'esprit médical ; or, je ne crois pas me tromper en avançant que dans le mémoire de M. Garnier le médecin est effacé par le statisticien. Ainsi il parle d'ouvriers du port, de soldats de marine, d'apprentis matelots, de marins convalescents, etc., en un mot d'une variété d'individus exerçant des professions très-diverses et placés souvent dans les conditions hygiéniques générales les plus opposées ; et il ne dit pas d'où ils viennent, combien de temps ils ont séjourné dans le milieu dont il cherche à déterminer l'influence ; quelle a été la marche de leur maladie ; quelles sont sa nature et ses complications, etc.? Pas un seul élément pathologique et pathogénique propre à nous éclairer ; rien qu'un fait brut : la mort avec l'étiquette *phthisie !* Et puis l'auteur pose en principe que tous les individus morts de phthisie dans nos ports vivaient au milieu de l'atmosphère maritime. Mais rien n'est moins évident. Dans l'air confiné des ateliers, fait-on de l'inhalation marine ? Dans les forges, au milieu d'un air brûlant, chargé de poussière de charbon, fait-on de l'inhalation marine ? Dans la cale infecte d'un navire au radoub, dans les casernes souvent très-éloignées du port ou abritées des vents du large par toute l'étendue d'une ville, fait-on constamment de l'inhalation marine ? Et en ferait-on, comme le prétend l'auteur, il y a dans le fait même des occupations spéciales de chaque individu, des circonstances qui doivent agir plus puissamment sur sa constitution que l'influence équivoque d'une atmosphère maritime dans tous les cas fort altérée.

Ainsi, contrairement à M. Garnier, nous pensons que les ouvriers et les soldats des ports ne peuvent pas être considérés comme directement soumis à l'influence de l'atmosphère maritime. Cependant c'est là un point capital dans la question que l'auteur cherche à élucider....

Il résulte de tout ce que nous venons de dire, poursuit M. le rapporteur, après quelques réflexions critiques sur les résultats différents constatés dans les divers ports, que la question mise au concours par l'Académie, en 1855, reste toujours avec la réponse de M. Rochard. Aucun travail sérieux n'est encore venu ébranler ses conclusions. Et cependant, comme M. Grisolle, je crois que le dernier mot à ce sujet n'est pas encore dit. La statistique, lorsqu'elle opère sur de grandes masses, est nécessairement incomplète, et nous avançons hardiment que si tristes qu'en soient les résultats, on peut trouver en elle-même des motifs de l'en consoler. Il est impossible, en effet, qu'une statistique ainsi généralisée n'omette pas une infinité de circonstances qu'il serait de la dernière importance d'apprécier, pour se former une opinion raisonnée et vraiment médicale sur telle ou telle question. Elle nous dit, par exemple : Tant d'individus prédisposés à la tuberculisation ou déjà tuberculeux se sont embarqués, tous sont morts, tous ont présenté une accélération notable de leur maladie ; et elle en conclut que la navigation est nuisible à la phthisie pulmonaire.

Sans doute, au point de vue du statisticien, cette conclusion est rigoureuse; mais un médecin peut-il s'en contenter ? Non, car un chiffre ne pourra jamais embrasser toute la vie pathologique d'un individu. N'étant pas assez compréhensible, il est insuffisant. Un chiffre n'exprime qu'un fait ; or la vie physiologique ou morbide est un ensemble de faits réagissant de mille manières les uns sur les autres, et subissant à chaque instant l'influence variable du milieu qui les entoure. Une observation minutieuse, active, l'œil toujours ouvert sur le mobile théâtre de la vie, serait donc seule capable de nous donner ce qui nous manque, ce qu'on n'obtiendra jamais par la statistique, c'est-à-dire non-seulement les phénomènes, mais les rapports qui existent entre eux et leurs causes, leur évolution, leur pathogénie ; le mode, le degré, la mesure des modifications que leur ont fait subir tels ou tels agents hygiéniques d'une nature déterminée.

Le rapporteur, conduit par ce qui précède à la question d'hygiène, termine par quelques considérations générales sur l'hygiène thérapeutique, science et art tout à la fois, dit-il, qui sera constitué par l'expérimentation hygiénique médicalement dirigée, et à laquelle les progrès de toutes les sciences et la marche ascendante de la civilisation moderne promettent un magnifique avenir. Il propose ensuite pour conclusions :

1° D'adresser des remerciments à M. Garnier pour sa communication ;

2° De l'encourager à poursuivre ses recherches;

3° De déposer son mémoire aux archives.

M. Piorry est inscrit pour prendre la parole sur ce rapport. La discussion est remise à la séance prochaine.

LECTURE.

Dragonneau. — M. le docteur BURGUIÈRES, médecin sanitaire au Caire, lit un mémoire sur le dragonneau ou ver de Médine. Voici les faits principaux énoncés dans ce mémoire :

Le ver dragonneau a son siége de prédilection aux membres inférieurs; sur 249 vers, 223 affectaient ce siége ; 26 ont été extraits de différentes parties du tronc et des membres supérieurs.

Un seul sujet peut présenter plusieurs dragonneaux : 178 malades ont présenté 249 vers; un malade en avait 8, un autre 5, un 4, sept 3, quarante-trois 2, et cent vingt-cinq 1 seul.

La longueur moyenne du dragonneau est de 40 à 50 centimètres ; le diamètre de 1 millimètre à 1 millimètre et demi. L'extrémité céphalique se termine d'une manière abrupte par une bouche cruciforme; la queue, plus allongée, par un appendice conique effilé et recourbé en crochet.

Le dragonneau adulte est rempli d'un liquide laiteux qui renferme une myriade d'embryons microscopiques. La vitalité de ces germes est très-persistante, et lorsqu'ils sont desséchés on peut les rappeler à la vie en les humectant avec un peu d'eau.

Dans les cas où le ver est situé superficiellement, on le sent sous la peau sous la forme d'une corde tendue semblable à une veine ou à un vaisseau lymphatique engorgé ; quand il est situé profondément, il donne lieu à un empâtement général du membre.

Suivant la profondeur du siége, l'expulsion spontanée du dragonneau se fait d'après deux modes : le mode phlycténoïde et le mode phlegmoneux.

On a beaucoup exagéré les accidents causés par le dragonneau, et particulièrement par sa rupture lorsqu'il est encore engagé dans les chairs.

Le traitement est simple, et consiste tout entier dans les moyens propres à favoriser l'expulsion spontanée du ver.

Le dragonneau paraît se propager au moyen des eaux stagnantes dans lesquelles les germes peuvent vivre très-longtemps. C'est également par l'intermédiaire de ces germes que l'on peut expliquer les faits de transmission de dragonneau par voie de contagion.

La période d'incubation après l'absorption des germes est quelquefois de plus d'une année. (Commissaire : M. Moquin-Tandon.)

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Une belle collection de la *Gazette* depuis son origine (1828), reliée, et les années 1834, 1835, 1836, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1850, 1855, sont à vendre au bureau du journal.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la cataracte diabétique.

Il y a deux ans environ, nous avons exposé ici les intéressantes recherches cliniques que M. le docteur Lecorché, ancien interne de M. Rayer, avait entreprises sous la direction de ce savant maître sur les altérations de la vision dans leurs rapports avec l'albuminurie. Dès cette époque déjà nous savions que ce laborieux confrère se livrait à l'étude d'un point de pathogénie analogue, et qui en était en quelque sorte comme une déduction naturelle; nous voulons parler des rapports des altérations de la vision, et plus particulièrement de la cataracte avec le diabète. Cette question, dont on s'était beaucoup occupé depuis quelques années en Allemagne et en Angleterre, était alors beaucoup moins connue en France. Et parmi le petit nombre d'auteurs qui en avaient parlé, il semblait y avoir plus de tendance à ne voir entre le diabète et la cataracte observés chez certains glycosuriques, qu'une simple coïncidence, qu'à reconnaître entre ces deux états morbides un lien pathologique direct.

Témoin de plusieurs faits dont il a recueilli avec soin tous les détails dans les divers services des hôpitaux où il a été attaché, et qui lui ont paru établir l'existence d'une relation intime entre la glycosurie et la cataracte dont les malades étaient atteints, M. Lecorché, réunissant ces faits aux observations assez nombreuses rapportées par les auteurs étrangers, a fait de cette étude le sujet d'une petite monographie pleine d'intérêt qu'il vient de publier tout récemment (1). C'est à ce travail que nous empruntons les indications suivantes, sur les caractères et la symptomatologie de la cataracte diabétique, qui nous paraît devoir être admise désormais comme espèce morbide spéciale dans l'histoire des cataractes, ou plutôt comme l'un des symptômes secondaires du diabète.

La cataracte qui survient dans la glycosurie n'est pas l'effet d'une simple coïncidence; en d'autres termes, il existe une cataracte diabétique qui ne se rencontre que dans le diabète confirmé, qui a ses caractères propres, et réclame un mode opératoire particulier. Telles sont, en effet, les propositions que M. Lecorché a formulées d'après l'analyse de tous les faits de cette nature qu'il a pu recueillir. Voici les résultats principaux des recherches auxquelles il s'est livré sur ce sujet :

L'âge lui a paru avoir une influence marquée sur le développement de cette cataracte. C'est de 25 à 40 ans qu'elle s'est montrée le plus ordinairement; on l'a vue même assez souvent au-dessous de vingt-cinq ans.

Nous avons dit que la cataracte ne se rencontrait que dans le diabète confirmé. Comme l'amblyopie grave, elle est étrangère, en effet, à ces diabètes légers, continus ou intermittents, qui surviennent dans certaines circonstances accidentelles.

L'amblyopie ne paraît point étrangère à son apparition. M. Lecorché a réuni plusieurs cas où la cataracte est survenue après une ou plusieurs attaques d'amblyopie légère, ou même dans le cours d'une amblyopie grave et permanente. Dans un cas dont il a été témoin lui-même dans le service de M. Rayer, à la Charité, la cataracte a été suivie d'amblyopie, et il a pu constater l'affaiblissement prononcé et même la disparition de quelques-uns des phosphènes, et à l'autopsie il fut frappé de l'exiguïté des vaisseaux de la rétine.

Bien qu'il n'y ait aucun signe prodromique qui puisse d'une manière certaine faire redouter l'apparition de la cataracte glycosurique, M. Lecorché a remarqué cependant qu'elle était assez souvent précédée de névralgies temporales ou sus-orbitaires, de fièvres intermittentes, en général rebelles au quinquina. Une fois, elle se manifesta pendant la convalescence d'une variole. Mais ces divers troubles morbides lui paraissent devoir être considérés comme des causes éloignées plutôt que comme des prodromes. L'amblyopie seule lui paraît avoir une valeur réellement prodromique.

Quels qu'aient été les symptômes avant-coureurs de la cataracte, c'est dix-huit mois ou deux ans après le début du diabète, et souvent peu de temps avant la mort, qu'elle se montre. Son apparition coïncide parfois avec un changement notable de l'urine, qui contient plus de sucre.

La marche de la cataracte diabétique n'est pas toujours la même : parfois elle envahit rapidement les deux yeux et devient complète en quelques jours; d'autres fois elle débute lentement, et l'on peut suivre les différentes phases de son développement. On constate alors à la face postérieure du cristallin des stries qui de la périphérie convergent vers le centre, et qui, devenant chaque jour plus nombreuses, envahissent peu à peu toute la lentille, si la mort n'est pas trop prompte et laisse à l'opacité le temps de se généraliser.

Lorsque la cataracte est complète, le cristallin présente fréquemment à sa surface des lignes d'étendue variable, qui se distinguent par leur teinte de l'opacité générale moins prononcée qui les environne, et sont les vestiges des stries du début.

Cet aspect de la cataracte glycosurique, à certaines périodes de son évolution, que M. Lecorché a constaté sur quelques-uns des malades dont il a pris les observations, le porte à croire que cette forme de cataracte, la cataracte striée, qui n'est qu'une des variétés de la cataracte molle ou demi-molle, est probablement celle que revêt le plus habituellement la cataracte glycosurique.

Lorsque cette cataracte se développe, les malades se plaignent d'avoir la vue masquée par un brouillard léger, qui, limité à un œil, le droit ordinairement, s'étend à l'autre dans un laps de temps qui varie de quelques jours à quelques semaines. Les particularités d'aspect des corps, dont ils ne saisissent bien que les contours, leur échappent insensiblement; bientôt ils n'aperçoivent plus que les objets volumineux, et encore seulement quand ils sont fortement éclairés. Bien différents des malades atteints de cataracte dure, les diabétiques cataractés recherchent la lumière directe et fuient la lumière diffuse.

Lorsque cette cataracte est complète, la lentille est volumineuse et comme soufflée, uniformément blanchâtre, teintée de bleu. L'examen ophthalmoscopique, qu'on pouvait encore pratiquer malgré la présence des stries, devient impossible; l'opacité périphérique et centrale du cristallin oppose une barrière infranchissable à l'entrée de tout rayon lumineux; la chambre postérieure a diminué et même disparu; l'iris est en contact avec la lentille, qui le pousse en avant. La rétine est dans un état d'intégrité parfaite.

La cataracte diabétique affecte-t-elle une forme particulière? Cette question, qu'on s'est posée dans ces derniers temps et qui est encore en litige aujourd'hui, M. Lecorché la résout affirmativement. La tendance de la cataracte diabétique à revêtir la forme molle ou demi-molle, constitue, suivant lui, nonobstant quelques rares exceptions, un de ses caractères les plus certains.

Une fois commencée, l'opacité du cristallin se développe quelquefois lentement, mais envahit, quoi qu'on fasse, toute l'épaisseur de la lentille. Il ne reste qu'un seul moyen de rendre la vue au malade, c'est l'opération.

Voici quelles sont, suivant lui, les indications tirées de l'état local et de l'état général du sujet :

Si l'on n'a point eu l'occasion de suivre le développement des troubles visuels, ou si la cataracte existe depuis longtemps, on recherchera quel est l'état de la rétine; on examinera si elle n'est point le siége d'hémorrhagie ou d'atrophie; on s'enquerra des divers troubles visuels passagers ou permanents qui existaient avant la cécité; on recherchera si le malade a conservé la sensation de la lumière, si l'on peut encore déterminer les mouvements oscillatoires des pupilles; on notera quels sont les phosphènes qui ont disparu, quels sont ceux qui persistent. Si l'on est en droit de présumer que la rétine est saine, on pourra opérer, après avoir toutefois consulté l'état général.

L'une des premières contre-indications tirées de l'état général est la complication du diabète par l'albuminurie. L'opération dans ce cas ne doit pas être tentée; elle sera également contre-

(1) *De la cataracte diabétique,* par M. le docteur E. Lecorché. Broch. in-8°. Paris, 1861. Chez Asselin, place de l'École de Médecine.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'épispadias ou fissure uréthrale supérieure et de son traitement, par le docteur Dolbeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux (1).

L'hypospadias a dans la science un véritable pendant, c'est l'épispadias; toutefois, si la première de ces malformations est actuellement bien étudiée, on doit dire que la deuxième n'est guère connue que de nom. Les ouvrages classiques, à l'exception de celui de M. Nélaton, en font à peine mention; la plupart l'ont passée sous silence. Cette lacune très-évidente vient d'être comblée par M. le docteur Dolbeau, et nous sommes heureux d'annoncer son travail au public médical.

Le mémoire de M. Dolbeau se compose de deux parties qui sont également intéressantes; dans la première, le vice de conformation est étudié au point de vue anatomique et physiologique; la deuxième partie est consacrée à la thérapeutique. Nous allons examiner rapidement les différents chapitres de ce travail, en insistant sur les points importants.

M. Dolbeau définit l'épispadias : une fissure en haut plus ou moins étendue de la portion spongieuse de l'urèthre. Il n'admet pas l'épispadias chez la femme. Cette définition est précédée de nombreuses considérations qui ont pour but de prouver :

1° Que la fissure ne porte jamais au delà de la partie spongieuse de l'urèthre.

2° Que l'épispadias n'est pas le premier degré de l'exstrophie de la vessie, mais que ce sont deux vices de conformation qui peuvent exister simultanément, et qui sont indépendants l'un de l'autre.

Comment l'urèthre, non fermé à la partie supérieure, apparaît-il sur la face supérieure de la verge; est-ce à la faveur de l'écartement des corps caverneux, comme le disent tous les auteurs? M. Dolbeau s'inscrit contre cette proposition généralement admise : il démontre que dans l'épispadias il y a transposition de l'urèthre, qui occupe la face supérieure des corps caverneux.

Les arrêts de développement portent toujours sur la face inférieure de l'urèthre, c'est-à-dire sur la partie libre de ce canal; quand il y a transposition de l'urèthre, la fissure occupe encore la partie libre, qui, cette fois, est supérieure au lieu d'être inférieure.

Pour M. Dolbeau, l'épispadias est exactement le même vice de conformation que l'hypospadias; c'est la même fissure, le même arrêt de développement portant sur un canal transposé. On doit reconnaître que cette vue toute nouvelle est très-séduisante.

M. Dolbeau divise l'épispadias en complet et incomplet. La première classe comprend l'épispadias balanique et le spongo-balanique.

Après avoir très-bien décrit toutes ces variétés de la même malformation, l'auteur étudie successivement l'influence de la fissure sur la contention des urines, et ses conséquences au point de vue de la génération.

Le chapitre sur l'incontinence d'urine est très-intéressant, on y trouve des explications très-ingénieuses.

Dans un chapitre consacré aux complications, M. Dolbeau a signalé l'écartement des corps caverneux, qu'il considère comme un signe absolu d'incurabilité. Cette assertion a été vérifiée chez un malade placé dans le service de M. le professeur Gosselin. Il s'agissait d'un épispadias spongo-balanique, compliqué d'écartement des corps caverneux. Il était question de tenter une opération pour remédier à l'incontinence d'urine; l'existence de l'écartement des corps caverneux fit déclarer à M. Dolbeau que toute opération qui serait inutile pourrait être nuisible. Le malade a été renvoyé avec un urinal approprié.

Arrivé à la question du traitement, M. Dolbeau déclare qu'il ne faut rien tenter que dans les cas seulement où il y a incontinence d'urine. « L'opération, dit-il, a pour but de guérir quelques malades; mais, le plus souvent, le résultat qu'on doit chercher, c'est de replacer les parties dans des conditions favorables à l'application d'un bon appareil prothétique. » L'opération, d'après M. Dolbeau, ne doit pas être tentée pour les épispadias incomplets.

L'autoplastie a été pratiquée trois fois par M. Dolbeau; il a, du reste, employé le procédé si ingénieux de M. Nélaton, auquel il a fait subir quelques modifications qui paraissent avoir leur valeur. Nous ne voulons pas entrer dans les détails de cette opération, nous renvoyons le lecteur à l'excellent mémoire que nous analysons.

Le travail de M. Dolbeau est une contribution à la chirurgie restauratrice; notre collègue ne pouvait mieux faire que de féconder les idées de son maître, et nous devons les féliciter tous les deux.

Le mémoire de M. Dolbeau a été imprimé avec un grand luxe, et l'on trouve à la fin quatre belles planches destinées à faire voir les différents degrés des vices de conformation, les différents temps de l'opération, et les résultats successifs qui doivent être obtenus.

Cette publication fait honneur à son jeune éditeur, M. Adrien Delahaye.

A. J.

(1) Paris, chez Adrien Delahaye, 1861.

Du chancre produit par la contagion des accidents secondaires de la syphilis, par M. le docteur Ed. Langlebert (1).

Établir le mode de contagion des accidents secondaires, en revendiquer la priorité, tel a été le but de l'auteur en publiant ce livre.

M. Langlebert, par son enseignement libre sur les affections syphi-

(1) Paris, Adrien Delahaye, 1861.

indiquée s'il existe des lésions organiques au-dessus des ressources de l'art, telles que tubercules pulmonaires, du marasme et des troubles profonds des fonctions d'assimilation. Il est encore d'autres cataractes diabétiques que M. Lecorché est aussi d'avis de respecter, ce sont celles qui apparaissent chez des glycosuriques essentiellement nerveux : « Dans ces cas, dit-il, il semble que le trouble de l'innervation est si prononcé que la moindre opération doive suffire pour causer la mort. » Si, au contraire, le diabète ne dure que depuis quelque temps, ou si, quoique d'invasion ancienne, il ne s'est point compliqué d'affections pulmonaires ou intestinales graves; s'il s'agit enfin de l'un de ces diabètes qui, bien que datant de plusieurs années, ne sont pas accompagnés de signes sensibles de détérioration, on peut entreprendre l'opération.

Quant au choix à faire entre les divers modes opératoires, il a ici une importance particulière. La méthode à lambeau ayant donné dans ce cas des résultats presque constamment fâcheux entre les mains des plus habiles opérateurs, M. de Graefe a eu l'idée d'appliquer dans cette circonstance l'extraction linéaire simple, qui a donné entre ses mains et entre les mains des chirurgiens qui l'ont imité depuis les plus heureux résultats.

Bien que le plus souvent on puisse employer ce procédé, la cataracte diabétique étant habituellement molle, il est arrivé cependant qu'il a fallu le modifier dans quelques cas, où de légères adhérences de l'iris au cristallin créaient des difficultés imprévues. M. de Graefe a combiné à cet effet ce mode opératoire avec l'iridectomie, et il a réussi.

Que si l'on se trouve exceptionnellement en présence d'une cataracte dure, auquel cas l'extraction linéaire, même modifiée, devient impraticable, M. Lecorché est d'avis qu'il faut encore imiter l'exemple de M. de Graefe, qui, dans un cas de ce genre, forcé d'avoir recours à la méthode à lambeau, et voulant se mettre à l'abri des accidents qu'elle peut déterminer, fit l'opération en deux fois. Il commença par pratiquer une pupille artificielle; puis, quand les plaies furent cicatrisées, n'ayant plus à redouter la contusion de l'iris par le cristallin, ni le décollement du lambeau par une sécrétion trop abondante de l'humeur aqueuse, ou par une hernie de l'iris congestionné, il procéda au second temps de l'opération, c'est-à-dire à l'extraction du cristallin par la méthode à lambeau.

Enfin M. Lecorché condamne formellement en pareil cas la méthode de l'abaissement, qui, à sa connaissance, n'a jamais donné un seul succès, et a été, d'après lui, cause de la mort du sujet dans le seul cas où elle a été mise en pratique.

Hydrophobie rabique communiquée par un chien enragé. — Quarante-trois jours d'incubation. — Mort après trois jours de maladie confirmée.

Informé, il y a quelque temps, par la rumeur publique, qu'il venait de se passer dans le voisinage un de ces funestes événements qui ont le privilége d'exciter toujours une profonde et trop légitime émotion, la manifestation chez une jeune femme d'une hydrophobie rabique, nous nous empressâmes d'aller aux sources demander des renseignements dont la science pût tirer au moins quelque profit. Des motifs particuliers de discrétion nous firent renoncer alors à en entretenir nos lecteurs. Ces mêmes motifs n'existant plus aujourd'hui, nous mettons sous leurs yeux la relation de cette observation tristement intéressante, d'après la communication que M. F. Bricheteau, interne à l'hôpital Necker, a faite à ce sujet à l'une des dernières séances de la Société de biologie.

Une fille de trente-quatre ans, Clémence X..., domestique, entre à l'hôpital Necker le 15 mai dernier, dans le service de M. le professeur Natalis Guillot. Cette femme possédait une petite chienne griffon âgée de huit mois, qui, dans le courant de février, avait été mordue par un chien que l'on disait enragé. Vingt-deux jours après, on s'aperçut que cette petite bête commençait à devenir triste, qu'elle ne mangeait plus, mordillait continuellement et hurlait de temps à autre la nuit. Transportée à l'hôpital des chiens (boulevard d'Enfer), on reconnut de suite chez elle les symptômes de la rage, on l'empoisonna immédiatement.

Pendant tout le temps que cet animal avait été malade, il n'avait cessé de coucher avec sa maîtresse, qu'il léchait continuellement, comme d'habitude, à la figure. Il paraîtrait même, malgré les dénégations formelles de la malade à cet égard, que le jour même où il fut sacrifié, l'animal aurait mordu sa maîtresse au doigt à travers un gant. Quoi qu'il en soit, la fille Clémence ne parla nullement à ses maîtres de la rage de son chien, et les jours qui suivirent, on ne s'aperçut d'aucun changement dans sa manière d'être.

Le 12 mai elle commença à éprouver un malaise général avec céphalalgie, coryza, larmoiement et démangeaison dans le nez.

Le lendemain 13, insomnie toute la nuit, excitation générale, perte d'appétit.

Le 14, après une nuit très-agitée, elle manifeste pour la première fois, le matin, de la répulsion pour les liquides; elle s'efforce cependant d'avaler une tasse de tilleul dont l'ingestion provoque de nombreux vomissements.

Vers le soir l'excitation augmente : loquacité excessive, céphalalgie intense; la malade se disant enragée veut se jeter par la fenêtre. Plusieurs crises se passent de la sorte, chaque fois qu'on veut la faire boire. La vue seule d'un verre rempli d'eau la met dans un état indescriptible. On essaye inutilement de la calmer avec des potions laudanisées (elle a pris 2 grammes de laudanum de Rousseau sans aucun résultat).

Enfin, le 15 au matin, au moment où on l'amène à l'hôpital, elle frappe tout d'abord l'attention par l'expression de son visage, qui peint la crainte et l'effroi; elle tressaillait au moindre bruit, ne voulait pas qu'on l'approchât, répondant cependant aux questions qui lui étaient adressées. M. N. Guillot prescrit un bain. Grand effroi à la vue de l'eau; mais elle se calme et reste dans le bain assez tranquille durant quatre heures, à deux reprises.

Le soir, l'agitation est plus marquée; il y a hyperesthésie de tous les sens; un peu de nymphomanie; loquacité avec hallucinations; impossibilité d'avaler la moindre gorgée de liquide; dès qu'elle essaye, elle est prise immédiatement de constriction spasmodique du pharynx avec rejet du liquide. La glace en morceaux même n'est pas supportée. On réussit cependant à lui faire sucer quelques oranges. On commence à remarquer un peu de sputation. — Pilules d'extrait thébaïque, 0,05, toutes les heures.

Le 16, à cinq heures du matin, la malade est en proie à une agitation convulsive telle qu'il faut l'attacher. On ne peut y réussir qu'en la soumettant aux inhalations du chloroforme, qui la calment quelque temps. Puis apparaissent bientôt des crises caractérisées par un spasme des muscles inspirateurs avec dyspnée intense, projection du tronc en avant, et rejet abondant d'une salive écumeuse. Facies affreux, lèvres violacées, yeux saillants, hors de l'orbite. En même temps, cris, imprécations; jamais d'ailleurs la malade n'a manifesté la moindre envie de mordre.

Une injection sous-cutanée de solution de sulfate d'atropine est faite à neuf heures du matin (2 centigrammes); une seconde, à la même dose, est faite une demi-heure après. Repos pendant une heure. Troisième injection avec 4 centigrammes, — mais le tout inutilement; les crises se succèdent avec rapidité, et la malade meurt asphyxiée à trois heures après midi.

L'autopsie n'a donné que des résultats négatifs.

L'aspect extérieur du cadavre n'offrait rien de particulier à noter; la rigidité cadavérique était ordinaire. Quoi qu'il fît chaud à cette époque, la décomposition putride signalée par quelques auteurs à la suite de cette maladie, n'était nullement avancée.

Le menton présentait une surface dure, comme parcheminée, tenant à une eschare qui s'est formée pendant les dernières heures de la vie au contact de la salive qui coulait sans cesse. La face externe de la lèvre, ainsi que la face inférieure de la langue, présentaient plusieurs traces de morsure. La bouche ne contenait pas de salive; la muqueuse buccale était sèche, nullement congestionnée. Le voile du palais était sain, ainsi que les amygdales. L'œsophage n'offrait rien de particulier.

La langue, examinée avec soin, n'a point présenté les lésions qui ont été regardées comme caractéristiques de la rage. La face inférieure était parfaitement saine; on n'y voyait aucune trace de ces pustules qui ont été décrites sous le nom de *lysus*.

Les glandes sous-maxillaires et sublinguales n'étaient nullement hypertrophiées.

La muqueuse laryngienne était intacte.

La muqueuse trachéale était recouverte d'une écume bronchique épaisse, qu'on retrouvait jusque dans les dernières divisions des bronches.

Les poumons étaient congestionnés. Le cœur renfermait un sang noir, fluide, sans caillots.

La seule altération qui ait paru avoir quelque importance est celle du sang. Ce liquide était d'une couleur noir verdâtre foncée, ressemblant à celui que l'on trouve à l'autopsie d'enfants qui ont succombé à une diphthérie maligne. Nulle part le sang n'était coagulé; il formait seulement une boue liquide, visqueuse, tenace, qu'on avait beaucoup de peine à enlever par le lavage.

C'est, comme on le voit, par des caractères nécroscopiques négatifs, et qui infirment la valeur que l'on avait cru pouvoir assigner à quelques lésions accidentelles, que se distingue plus particulièrement cette observation.

Rupture par contre-coup de la sclérotique et ptosis traumatique incomplet.

M. le docteur Francisco de Argilagos, dont nous avons déjà publié quelques travaux sur l'ophthalmologie, ayant été chargé temporairement de la direction du service de l'hôpital ophthalmique de Rouen, a eu l'occasion, pendant la courte durée de son exercice, d'observer plusieurs cas intéressants d'affections ou de lésions oculaires, qu'il a bien voulu nous communiquer.

Voici un de ces cas, qui est un exemple remarquable de rupture de la sclérotique par contre-coup :

Mlle D..., âgée de dix-neuf ans, se présente à l'hôpital ophthalmique de Rouen pour un coup qu'elle a reçu un mois auparavant dans l'œil gauche. Cette jeune fille exerce la profession de tisserand, profession qui expose très-fréquemment aux blessures des yeux. Quatre ouvrières, dans l'espace d'un mois, se sont présentées pour des accidents semblables. C'est par le choc d'une navette mue avec une grande force et une grande vitesse que sont ordinairement produites ces blessures.

Chez Mlle D..., la navette avait frappé le sourcil gauche et divisé les téguments jusqu'à l'os.

Cet œil ne présentait plus de cristallin; de plus, au côté interne et supérieur, il s'était fait une large pupille artificielle. Le corps vitré était encore en partie rempli de sang. Ce sang, au

---

litiques, enseignement fait depuis plusieurs années avec un zèle infatigable, s'est déjà acquis une place recommandable parmi la jeune phalange des syphiliographes modernes.

Après avoir été l'un des disciples fervents de l'École du Midi, dont il enseignait et propageait les doctrines dans un langage pittoresque et souvent spirituel, il a bientôt, comme la plupart des élèves de M. Ricord, après une observation attentive, commencé à douter, puis à ne plus croire à cet échafaudage de lois, dressé avec tant d'habileté sous les tilleuls de l'hôpital du Midi.

M. Langlebert avec M. Ricord enseignait la non-contagion des accidents secondaires, lorsque plusieurs cas de contagion, observés avec soin et avec toutes les garanties désirables, le font changer brusquement de direction. En février 1856, il annonce la contagion des accidents secondaires, et il formule devant la Société médicale du Panthéon que *l'accident initial produit par la contagion des symptômes secondaires de la syphilis est constamment un chancre.*

La contagion des accidents secondaires était admise déjà depuis longtemps, mais le mode de contagion était loin d'être démontré, il avait échappé aux observateurs les plus sagaces; ainsi on avait admis des accidents secondaires engendrant de toute pièce une vérole constitutionnelle, etc. Le docteur Langlebert a-t-il dit le dernier mot sur la contagion syphilitique des accidents secondaires? Nous ne le croyons pas; mais il a du moins fait faire un grand pas à la question.

L'épigramme placée en tête de l'ouvrage :

> Ego hos versiculos feci, tulit alter honores;
> Sic vos non vobis, etc.

montre toute l'importance qu'attache notre honorable confrère à la question de priorité.

Que d'autres avant lui aient soupçonné la contagion des accidents secondaires, c'est certain; que même quelques-uns aient entrevu ce mode de contagion, c'est possible; mais où en est la preuve?

Ce n'est, en effet, qu'en 1859 que M. Rollet (de Lyon), dans les *Archives générales de médecine*, fait connaître au monde médical ses recherches sur la contagion des accidents secondaires.

En 1856, M. Langlebert annonçait la loi générale suivant laquelle se transmet la syphilis secondaire (*Bulletin de la Société médicale du Panthéon*, février 1856).

En décembre 1858, le *Moniteur des Hôpitaux* publie un mémoire du docteur Langlebert, mémoire reproduit tout au long de la brochure que nous analysons, et ayant pour titre : *De la contagion des accidents secondaires de la syphilis.*

Dans une première partie, l'auteur indique comment il a été conduit à formuler *sa loi* de transmission des accidents secondaires, et par ses observations propres, et par celles de J. Hunter, de G. Babington, Falre, Benjamin Bell, Bosquillon.

M. Langlebert a tort, il me semble, de se servir de cette expression *ma loi;* c'est là trop de prétention, et puis, où en sommes-nous avec toutes les lois en médecine?

Dans une seconde partie, sous forme d'épître à M. Diday, publiée déjà en décembre 1859 dans la *Gazette médicale de Lyon*, M. Langlebert se pose cette question importante : Le chancre produit par la contagion d'une lésion syphilitique secondaire offre-t-il quelques caractères particuliers? L'auteur la résout par l'affirmative. Si le chancre infectant, dit-il, provient de l'inoculation d'un accident secondaire, il sera sous la forme d'une simple érosion papuleuse, superficielle, indolente, suppurant peu, à surface rouge, plus ou moins large et mal circonscrite, érosion quelquefois fortement indurée, mais le plus souvent parcheminée, ou même, dans quelques cas rares, ne présentant aucune induration sensiblement appréciable.

Ces distinctions si bien établies par M. Langlebert sont-elles réelles? Un des élèves les plus distingués de M. Ricord, jeune médecin très-compétent en pareille matière, le docteur A. Fournier, dans son remarquable mémoire sur la contagion syphilitique (1), n'est pas si explicite : ce début, dit-il, peut être une ulcération légère et superficielle est remarquable, mais est-il pathognomonique? Appartient-il au chancre qui provient d'une lésion secondaire? On l'a prétendu à tort, selon moi; j'ai observé plus d'une fois le même fait sur des chancres transmis par des chancres de même nature.

La dernière partie de l'ouvrage est consacrée aux moyens préservatifs des maladies vénériennes. En présence de la contagion des accidents secondaires, M. Langlebert veut une vigilance plus active de la part de l'administration : il demande que les filles traitées à Saint-Lazare pour une vérole constitutionnelle soient soumises à des visites particulières pendant un an, dix-huit mois après leur sortie de l'hôpital, c'est-à-dire pendant tout le temps que peuvent récidiver les accidents secondaires; sera-t-il écouté?

La prophylaxie privée, les précautions à prendre contre la syphilis et les autres maladies vénériennes, sont habilement traitées. Nous félicitons M. Langlebert, en proposant un liquide préservatif, de n'avoir pas craint l'excommunication de la cour de Rome; l'époque n'est pourtant pas bien éloignée (c'était en 1826) où le pape Léon XII frappa d'anathème un des préservatifs les plus connus, comme entravant les décrets de la Providence, qui a voulu punir les créatures par où elles avaient péché!

D^r^ Ad. T.

(1) A. Fournier. *De la contagion syphilitique.* Chez A. Delahaye.

L'assemblée des naturalistes et médecins allemands, dans sa séance du 19 septembre, a désigné Carlsbad comme lieu de réunion de la prochaine assemblée, et a nommé MM. Loschner et Hochberger chargés d'affaires. Parmi les discours prononcés dans cette séance, on a remarqué particulièrement celui de M. le professeur Virchow, qui a parlé de l'influence de l'étude des sciences naturelles sur la culture du peuple, et recommandé chaleureusement les exercices corporels. (*Journal de Francfort*).

dire de la malade, couvrait complétement son œil, et le médecin qui lui avait donné les premiers soins l'avait retiré au moyen d'une incision. Il s'était donc frayé un passage au-dessous du tissu cellulaire sous-conjonctival; il provenait de l'intérieur du globe.

Le jour où la malade se présente, M. de Argilagos constate que le globe avait repris sa blancheur normale. La cornée était transparente et ne présentait aucun signe de blessure. L'iris était de couleur normale, et on ne constatait qu'une perte de substance à l'endroit indiqué plus haut. La vue de ce côté est complétement nulle. Les phosphènes sont perçus, mais vaguement; la malade a la perception des changements de clarté, lorsqu'on passe une main devant son œil.

On remarque du côté de la pupille artificielle traumatique et sur la sclérotique, trois traînées noirâtres longues de 4 ou 5 millimètres, et dont une est plus large du triple que les deux autres. La conjonctive qui les recouvre est salie par cette coloration noirâtre. Ces stries ne sont autre chose que des ruptures de la sclérotique à travers laquelle est sorti le cristallin. Le sang épanché de l'humeur vitrée sous le tissu cellulaire conjonctival, et le pigment choroïdien également sorti par la violence de l'accident, ont taché les bords rapprochés et cicatrisés de la plaie sclérotiale, ainsi que de la conjonctive.

Comment s'est produite cette rupture, puisque l'instrument n'a touché que l'arcade orbitaire à son côté externe, sans léser le moins du monde le tissu des paupières? M. de Argilagos pense que c'est par l'effet du contre-coup éprouvé au côté opposé par la violence de la projection de la navette.

Il est encore à remarquer que quoique les paupières n'aient été nullement blessées, la supérieure présente cependant un certain degré de *ptosis*; elle couvre presque un tiers de la circonférence de la cornée. Cette procidence de la paupière, qui en apparence n'a aucune raison d'être, puisque le corps n'a porté que sur l'arcade orbitaire, atteste une lésion des filets du nerf de la cinquième paire (racine motrice), qui fournit les rameaux surciliers et palpébraux supérieurs, et dont le tronc principal passe par le trou sus-orbitaire.

Cette observation a donc ce point d'intéressant, et elle montre en outre comment on peut interpréter les cas assez fréquents de rupture de la sclérotique.

DE LA LIGATURE DE L'ARCADE PALMAIRE SUPERFICIELLE,

Par M. le docteur E. Boeckel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Tous les chirurgiens connaissent la gravité des blessures de l'arcade palmaire superficielle, gravité qui n'est nullement en rapport avec le calibre de l'artère. La difficulté de l'hémostasie provient d'une part, de ce que le sang arrive des deux côtés en quantité presque égale, et d'autre part de la naissance de nombreuses collatérales dans un espace restreint. De là, impossibilité presque absolue de la formation d'un caillot obturateur solide dans les bouts artériels. Enfin, la position superficielle de l'arcade dans une partie aussi exposée aux accidents que la paume de la main, rend compte de la fréquence relative de ces blessures.

D'ordinaire, on commence par essayer la compression, qui réussit momentanément; mais bientôt l'abondance des hémorrhagies secondaires force de recourir à des moyens plus radicaux. Si le malade est de la classe ouvrière, il entre aux hôpitaux, où on lui pratique avec plus ou moins de succès une série de ligatures artérielles; d'abord de la radiale et de la cubitale, puis de l'humérale; bien heureux encore si l'on n'est pas obligé de remonter jusqu'à l'axillaire, et si le malade en réchappe avec la vie sauve et un membre en état de servir.

La ligature des deux bouts de l'artère blessée faite au moment de l'accident, ou même dans la période de suppuration, éviterait toutes ces perplexités. Malheureusement ce précepte, donné dans tous les livres, n'est presque jamais suivi, parce qu'on n'a pas de données suffisantes sur la position de l'arcade palmaire, et qu'on craint, non sans raison, d'augmenter les délabrements par des recherches intempestives.

Ce n'est donc pas un pur amusement d'amphithéâtre que de s'exercer à la ligature de l'arcade palmaire, et je crois pouvoir donner des indications assez précises pour cette opération.

Voici les points de repère qui m'ont servi jusqu'à présent dans tous les cas où j'ai recherché cette artère sur le cadavre.

Mettez le pouce dans la plus grande abduction possible, puis, dans le prolongement de son bord cubital, tracez une ligne à travers la paume de la main. Au-devant de cette première ligne, que je pourrais nommer ligne de recherche, tracez-en une seconde parallèle à la première et d'un centimètre plus rapprochée des doigts, ou, pour mieux dire, placée au milieu entre la première ligne et le pli cutané moyen de la paume; vous serez alors exactement sur le trajet de l'arcade superficielle. Il suffira d'inciser la peau et les fibres de l'aponévrose palmaire pour voir apparaître l'artère couchée sur un coussinet graisseux qui la sépare des tendons et des nerfs. On n'a donc pas à craindre la lésion de ces organes. On les voit à peine dans une ligature régulièrement faite. Toute la portion transversale de l'arcade, qui a une étendue de 3 centimètres, peut être ainsi mise à découvert.

On m'objectera peut-être que l'arcade palmaire est sujette à trop d'anomalies pour être soumise à une règle fixe; mais il faut remarquer que ce qui varie ce n'est pas tant la position de l'arcade que le calibre de ses branches d'origine. Sur une vingtaine de cadavres où j'ai essayé cette ligature, je n'ai jamais manqué de trouver le vaisseau à la place indiquée.

Enfin, la connaissance exacte de la position de l'arcade palmaire a un but encore plus utile que celui de faire trouver l'artère, c'est celui de l'éviter. On est souvent obligé d'ouvrir des phlegmons sous-aponévrotiques de la main situés précisément dans la couche de l'artère, et ce n'est jamais sans une certaine hésitation qu'on prolonge les incisions vers la racine du membre. Les indications que j'ai données permettront de faire ces débridements avec plus de hardiesse et de sûreté en même temps, et j'ai déjà eu l'occasion de m'en servir avec avantage.

(*Gaz. méd. de Strasbourg*).

TRAITEMENT DES ULCÈRES INDOLENTS PAR LA VAPEUR D'IODE.

Depuis longtemps déjà les propriétés excitantes et désinfectantes de l'iode sont mises à profit pour modifier l'état des surfaces et les qualités de la suppuration dans le traitement des abcès froids, des foyers purulents, des trajets fistuleux, des ulcères indolents, sanieux, etc. Dans ce dernier cas, le docteur Brainard, de Chicago (Canada), se sert aussi de ce métalloïde, mais sous une forme particulière, celle de vapeurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 septembre 1861. — Présidence de M. Laborie.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

— M. le docteur Rouyer, médecin à Recey-sur-Ource (Côte-d'Or), adresse à la Société la relation très-succincte de trois observations relatives à des corps étrangers arrêtés dans l'œsophage.

Dans le premier fait, il s'agit d'une femme de cinquante-neuf ans atteinte d'un rétrécissement de l'œsophage. Déjà, à plusieurs reprises, le bol alimentaire s'était arrêté momentanément au niveau du rétrécissement, et les accidents avaient disparu spontanément; un jour, la déglutition devint impossible, et M. Rouyer fut appelé. Il parvint à faire disparaître les accidents, en refoulant le bol alimentaire à l'aide d'une éponge fixée à l'extrémité d'une baleine.

Le deuxième cas est plus intéressant. C'est un fragment d'os (d'une côte) qui a été avalé par mégarde. Le jeune homme, âgé de vingt-trois ans, avait mangé sa soupe, et un vomitif ayant été ordonné par M. Rouyer, le malade rendit le corps étranger avec les matières renfermées dans l'estomac.

Dans le troisième fait, il s'agit encore d'un fragment d'os arrêté dans l'œsophage. Le malade, âgé de trente-huit ans, n'avait pas mangé, et M. Rouyer ne crut pas devoir prescrire un purgatif. Il se servit d'une éponge fixée au bout d'une baleine, et la fit parcourir l'œsophage. L'éponge dépassa le corps étranger, mais celui-ci fut accroché et ramené avec l'éponge. Il n'y eut pas d'accidents.

— M. Giraldès fait part à la Société de la mort d'un de ses correspondants, le docteur Mathieu Jones, chirurgien à l'hôpital de Jersey. C'est une perte très-grande pour la science. Notre confrère s'était déjà signalé par des travaux remarquables sur les résections articulaires. Il a succombé aux suites d'une affection contractée en soignant ses malades avec un dévouement au-dessus de tout éloge.

— M. le président prie M. Giraldès de transmettre à la famille les regrets de toute la Société.

DISCUSSION A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE.

M. Huguier. Les faits relatés par M. Rouyer sont intéressants et importants pour la pratique; mais il ne faudrait pas les laisser passer sans porter sur eux une appréciation. Un jeune chirurgien ne doit pas les regarder comme un modèle à suivre. Une pièce de monnaie se trouve engagée dans l'œsophage, elle produit des accidents; il n'y a rien de plus naturel que de la faire tomber dans l'estomac; c'est là une bonne pratique. Mais il s'agit d'un os arrêté dans ce canal. La première condition, c'est de ne pas le faire voyager. Si, avec un instrument, vous le poussez vers l'estomac, vous vous exposez à une perforation presque certaine de l'œsophage. Si, voulant le faire remonter, vous introduisez un instrument dont l'extrémité est armée d'une éponge, vous ne pouvez le ramener au dehors qu'à la condition de faire des éraillures plus ou moins profondes à la muqueuse œsophagienne. Notez bien que je ne parle pas de cet autre accident qui peut survenir quand on emploie l'éponge pour remonter le corps étranger.

Il arrive quelquefois, en effet, que l'éponge s'imbibe de liquides, et alors, après avoir passé au-dessous du corps étranger, elle ne peut plus être extraite sans accident sérieux. Pour toutes ces raisons, je pense que dans les cas cités par M. Rouyer, il vaudrait bien mieux avoir recours à la pince de M. Charrière ou aux instruments lithotriteurs.

M. Larrey. Je partage entièrement la manière de voir de M. Huguier, et si je prends la parole, c'est uniquement pour dire qu'il ne faudrait pas oublier la pince de M. Jules Cloquet, qui saisit le corps étranger et l'attire sans inconvénient. Quant aux principes généraux qui doivent guider le chirurgien dans l'extraction des corps étrangers de l'œsophage, ils ont été discutés dans la Société un si grand nombre de fois, qu'il serait aujourd'hui superflu d'y insister.

— M. le Président annonce à la Société que dans la séance prochaine il y aura un comité secret pour la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante de membre titulaire.

M. le président annonce en outre que, dans la séance du 12 juin 1861, après la lecture du travail de M. Goyrand sur les hernies ombilicales, il fut décidé que la discussion serait renvoyée à une époque plus éloignée. MM. Richet et Huguier se sont inscrits pour prendre la parole sur ce sujet, et M. Huguier ouvrira la discussion dans la prochaine séance.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. Chassaignac. Le fait de la sphinctérisation est très-important à établir. Dans ce but je vais présenter à la Société un malade qui a subi trois fois l'opération. Son observation offre toute l'authenticité voulue. Les renseignements que nous possédons sur son compte sont précis, et ils ont été publiés par M. Eugène Nélaton. L'examen de la tumeur a été fait par M. Ch. Robin, qui reconnut un épithélioma. Actuellement je veux démontrer et faire constater que cet homme garde ses matières. Leur rétention a lieu pendant cinq, six, huit et même douze heures, et jamais il n'est souillé par leur contact. Les observations de mes collègues se trouvent donc en contradiction avec ce fait. Si on compare un opéré de cancer du rectum avec un individu portant un anus contre nature, eu égard à la rétention des matières, on ne pourra s'empêcher de trouver une grande différence.

L'examen de l'état actuel de ce malade nous démontre les faits suivants. La région anale est profondément enfoncée. Cet homme est averti du besoin d'aller à la garde-robe, et il peut résister à ce besoin pendant dix minutes et même pendant un quart d'heure.

Je ferai remarquer aussi que c'est là un fait digne d'intérêt au point de vue du résultat. C'est, en effet, la constatation de la guérison d'un cancer épithélial. Ce malade est bien guéri depuis six ans. Cela n'offre pas le moindre doute. J'insiste sur ce point, parce qu'il y a beaucoup de médecins qui, effrayés par la récidive, ne veulent pas laisser pratiquer une opération. Or ce malade est un exemple bien convaincant de la possibilité de la guérison de ces sortes de tumeurs.

M. Richet. Je viens d'examiner le malade de M. Chassaignac. Il offre une telle ressemblance avec le mien, qu'au premier abord j'ai cru que c'était lui. Il présente en effet une ulcération dans la région anale qui m'a fait de suite penser à celle que j'ai observée chez mon opéré. Je craignais la récidive chez lui; mais la présence de cette ulcération chez le malade de M. Chassaignac me rassure pour le mien.

Quant à la question de la sphinctérisation, voici ce que j'ai constaté : J'ai introduit mon doigt dans l'anus, je n'ai pas trouvé de sphincter. J'ai bien senti un petit resserrement à l'orifice anal, mais ce n'est pas là ce qu'on peut appeler un sphincter. Les fesses se rapprochent fortement et ferment ainsi l'orifice de l'intestin. Tel est l'état anatomique de la région.

Physiologiquement parlant, le malade retient ses matières quand elles sont solides. Il va deux fois par jour à la garde-robe. Le besoin se fait sentir d'une manière instantanée, pressante, et il ne peut y résister tout au plus que dix à quinze minutes, exactement comme mon malade. Mais quand il a la diarrhée, il a à peine le temps de descendre du lit : cela a été observé récemment à l'occasion d'un purgatif qui lui a été administré. Chez lui l'orifice anal est plus étroit que chez le mien; mais, je le répète, il n'y a point de contraction, il n'y a pas de sphincter.

M. Chassaignac. M. Richet a peut-être un peu oublié ce qu'il nous a dit dans la précédente séance à propos de son malade. Il nous avait affirmé qu'il ne pouvait résister au besoin d'aller à la selle; or, maintenant, il avoue qu'il peut différer ce besoin pendant près d'un quart d'heure. Le fait à constater est celui-ci : le malade que je présente est-il soumis à une infirmité aussi dégoûtante que celle d'un anus contre nature? Non. Il y a entre ces deux états une différence radicale. Le fait même du purgatif n'est pas une condition normale; il ne faut donc pas en tirer une conclusion pour l'état régulier des fonctions. Il n'y a aucune similitude à établir, et ce que j'ai dit reste intact.

Quant à la sphinctérisation, je n'ai pas voulu dire que l'orifice anal fût sous l'influence de la volonté. M. Richet croit que le rapprochement des fesses contribue à retenir les matières; mais M. Richet sait très-bien que du moment que les matières seraient au contact de la peau, elles ne pourraient plus être retenues. Je suis donc autorisé à maintenir les propositions que j'ai avancées.

M. Richet. Je n'ai pas dit que les malades opérés du cancer du rectum avaient une incontinence de matières; j'ai dit seulement qu'ils n'avaient pas de sphincter. Mon malade n'avait pas une incontinence. Dans toute cette discussion, je n'ai fait que combattre l'existence d'un sphincter, survenant après l'ablation des tumeurs carcinomateuses de l'anus et du rectum.

M. Chassaignac. Il y a un fait positif, certain, acquis à la science, c'est qu'il existe un obstacle à l'issue des matières fécales; que cet obstacle consiste seulement dans un rétrécissement de l'orifice, c'est tout ce que je voulais établir.

— M. Huguier. Le malade que j'ai opéré d'un cancer de la langue, et dont j'ai entretenu la Société, va très-bien. Il ne s'est point déclaré d'accidents. J'ai enlevé les épingles qui avaient servi à faire la suture de l'incision verticale pratiquée sur la lèvre inférieure. Les bords sont parfaitement réunis. Il ne reste plus qu'à obtenir la guérison de la plaie qui résulte de l'emploi de l'écraseur linéaire. J'avais fait dans cette circonstance une opération mixte.

— M. Depaul. A la fin de la dernière séance j'avais mis sous les yeux de la Société un corps fibreux que je venais d'extraire de la cavité utérine. Sous certains rapports, il y a une assez grande analogie entre mon observation et celle de M. Huguier, présentée dans la même séance. Dans le cas de M. Huguier, il y avait, en effet, deux corps fibreux, l'un situé près du col, et l'autre plus profondément caché dans la cavité du corps de l'utérus.

Dans mon observation il y avait aussi deux corps fibreux, mais leur situation n'était pas la même. Ainsi, tandis que l'une des tumeurs se présentait à l'orifice utérin, l'autre faisait saillie du côté de la cavité péritonéale.

Je signale à l'attention de la Société la question de diagnostic dans mon observation. Il y a dix-huit mois que j'avais diagnostiqué un corps fibreux; j'avais dès cette époque prédit tout ce qui est arrivé. Voici leurs indices. On m'avait fait appeler pour une hémorrhagie utérine qui se renouvelait fréquemment. L'utérus n'était pas volumineux; je dus admettre qu'il y avait un corps fibreux qui se développait du côté de la cavité utérine, et que c'était là la véritable cause de ces hémorrhagies.

Je veux aussi profiter de cette circonstance pour demander à M. Huguier et à mes collègues quelques éclaircissements sur la structure du pédicule des polypes et des corps fibreux.

Ce pédicule est, dit-on, constitué par du tissu de l'utérus. Mais n'y a-t-il que cela? N'y aurait-il pas en même temps un peu du corps fibreux? Or on ne sait rien de précis à cet égard. Pour ma part, j'ai cherché à résoudre ce problème, et malgré des investigations nombreuses, soit dans les mémoires, soit dans les amphithéâtres, je n'ai rien trouvé de positif.

Il y a bien dans la science quelques observations où l'on voit le corps fibreux concourir à la constitution partielle du pédicule; mais ces observations sont rares. Ainsi, un médecin fort instruit, M. le

docteur Marie, vient de présenter à l'Académie de médecine un mémoire sur un procédé qu'il croit nouveau, et qu'il désigne sous le nom d'*éradication*. Ce procédé consiste à faire une incision circulaire sur le pédicule du polype, de manière à ne couper qu'une mince couche de tissu et à laisser intact le corps fibreux qui est au centre de ce pédicule, et que l'on énuclée ensuite. M. Marie ne s'est point contenté de la théorie; il a recueilli un fait fort curieux à ce point de vue. Je présente un corps fibreux enlevé par lui au moyen de son procédé. Or il est parvenu à faire sortir une racine constituée par le corps fibreux.

L'on comprend que la structure du pédicule intéresse la médecine opératoire à un haut degré. Les procédés doivent, en effet, varier suivant que le pédicule contient ou ne contient pas une racine du corps fibreux; il ne sera pas indifférent d'employer soit l'écraseur, soit la section avec le bistouri, suivant telle ou telle circonstance. Ainsi s'il y avait une racine du corps fibreux dans le pédicule, et si l'on employait l'écraseur ou la section complète avec des ciseaux ou le bistouri, on laisserait fatalement une portion du corps fibreux dans le corps ou dans le col de l'utérus. M. Marie a vu un cas dans lequel cette partie de tumeur a continué à se développer; il y a eu récidive, et cette récidive aurait pu être prévenue si on avait énucléé la racine.

Puisque l'occasion est favorable, je vais présenter un autre corps fibreux de l'utérus extirpé par M. le docteur Duboué, ancien interne des hôpitaux.

Voici le fait en quelques mots :

Lors de mon dernier voyage à Pau, je vis, avec M. Duboué, une jeune femme qui portait un corps fibreux engagé en partie dans l'orifice utérin, déjà passablement dilaté. En introduisant mon doigt dans l'orifice, j'arrivai sur le pédicule inséré à la partie supérieure du col. Je pensai qu'il n'y avait rien autre chose à faire qu'une opération. Je donnai à notre confrère quelques conseils. Aujourd'hui il m'a envoyé la relation de cette observation, et je vois qu'il a suffi de quelques légères tractions pour extirper ce polype.

Je terminerai cette communication en ajoutant une simple réflexion sur l'observation de M. Huguier.

Notre collègue nous a dit que, dans le cas observé par lui il serait convenable, pour désigner la constitution du polype, de lui donner le nom de *polype utéro-fibreux*. Les raisons sur lesquelles s'appuie M. Huguier ne me paraissent pas justes. Ainsi il invoque cette considération que le polype était constitué à la fois par du tissu utérin et par le corps fibreux. Mais il faut faire remarquer que la couche utérine était ulcérée dans une certaine étendue. Il est vrai que M. Huguier ajoute qu'en bas elle était très-épaisse. Mais cette disposition, que j'ai observée moi-même, n'infirme en rien la disposition la plus commune, connue sans doute des anciens, mais bien constatée surtout dans ces derniers temps par M. Hervez de Chégoin, disposition en vertu de laquelle la muqueuse qui revêt le corps fibreux va en s'amincissant depuis le pédicule jusqu'au point le plus culminant du polype. Je pense qu'il faut expliquer la disposition accidentelle trouvée par M. Huguier par un travail pathologique, tel que l'infiltration, l'inflammation, l'ulcération, ou bien par l'effet de la compression exercée par les deux tumeurs l'une sur l'autre. Ce qui le prouve, c'est que dans d'autres cas l'épaisseur plus considérable du tissu utérin se trouvera non plus dans la partie la plus déclive, mais dans tout autre point de la surface du polype. Quoi qu'il en soit, l'hypertrophie signalée par M. Huguier explique parfaitement les hémorrhagies fréquentes observées chez sa malade. Je pense, du reste, avec tout le monde, que les hémorrhagies utérines qui accompagnent les corps fibreux viennent non pas de ce corps, mais des parois de la face interne de la cavité utérine elle-même. Cela s'explique très-bien par l'irritation et la congestion de la muqueuse utérine, inséparables de la présence d'un corps contenu dans cet organe.

Pour tous ces motifs, je pense qu'il faut rejeter la dénomination nouvelle proposée par M. Huguier, dénomination qui n'aurait que l'inconvénient de s'ajouter à bien d'autres qui encombrent la science. Il y a dans chaque maladie un type autour duquel il faut rattacher les variétés, sans imposer à celles-ci un nom nouveau. Ainsi, ici, le type, c'est le corps fibreux qui entre pour la plus grande partie dans la constitution de la tumeur; il faut donc conserver à ce polype son nom de corps fibreux.

M. HUGUIER. Il y a deux choses dans l'argumentation de M. Depaul : une question d'anatomie pathologique et une question de principe de nomenclature. J'aborderai d'abord la question d'anatomie pathologique, c'est-à-dire la structure du pédicule de certains polypes fibreux. D'après mes observations, qui sont au nombre d'une centaine, je puis dire que M. Depaul a raison en affirmant que c'est l'exception de voir le corps fibreux concourir à la formation du pédicule.

Cette disposition s'explique par plusieurs circonstances : ainsi, plus la masse est considérable, plus il y aura de chance de voir le corps fibreux envoyer une racine dans le pédicule. Mais le siége de la tumeur est surtout la cause principale qui peut amener telle ou telle disposition anatomique. Si le corps fibreux se développe non loin de la muqueuse, il fera facilement saillie dans la cavité utérine; celle-ci lui formera bientôt une enveloppe, et il n'y aura pas de trace du corps fibreux dans le pédicule. Si, au contraire, le corps fibreux naît dans l'épaisseur du tissu propre de la matrice, il n'en sera plus de même. Ce corps ne pourra plus s'isoler, faire saillie; le tissu utérin le retiendra au milieu de lui, et s'il parvient à proéminer soit dans la cavité du corps, soit dans la cavité du col, il y aura toujours une couche épaisse de ce tissu et une partie du corps fibreux dans le pédicule. C'est ainsi que sera le pédicule tant que le corps fibreux sera récent, et que le pédicule lui-même sera court. Mais plus tard, le pédicule devenant plus long, il en résultera un isolement plus complet du corps fibreux, qui dès lors ne fera plus partie intégrante de ce pédicule.

Il est une autre circonstance dans laquelle on voit le corps fibreux participer à la constitution du pédicule; c'est lorsque plusieurs corps fibreux sont nés à côté les uns des autres. Par l'effet de leur rapprochement, ils peuvent se souder, former une sorte de chapelet, et quand l'un fait saillie dans la cavité utérine, le pédicule peut renfermer une partie de l'autre, ou bien la portion rétrécie qui les unit. Je ne veux pas insister davantage sur ce sujet, qui prêterait facilement à une longue dissertation.

Relativement à la récidive qui peut suivre les ablations de ces polypes qui ont une partie du corps fibreux dans leur pédicule, voici ce que j'ai observé : Si on a passé l'écraseur autour de ce pédicule, si on a employé le bistouri ou les ciseaux pour le couper, il restera, en effet, sur le moignon une partie du corps fibreux. Eh bien, cette portion peut-elle devenir la base d'une nouvelle tumeur, comme le pense M. Depaul, et comme M. le docteur Marie en a observé un exemple? Déjà Lisfranc, qui avait porté son attention sur ce sujet, a dit que dans ce cas le restant du corps fibreux tombait à l'instar du cordon ombilical qui se sépare de la cicatrice ombilicale, quel que soit le point sur lequel la ligature ait porté. Ce que Lisfranc avait appris par l'expérience, je l'ai vérifié par l'anatomie pathologique. En effet, les corps fibreux sont unis au tissu utérin par une sorte de gangue de tissu cellulaire. Or, après l'ablation, le reste du pédicule s'enflamme; cette couche participe à son tour à une légère inflammation, elle se gonfle, elle suppure, et c'est ainsi que la racine fibreuse se trouve expulsée, énucléée.

Est-ce à dire pour cela qu'après la section d'un pédicule ainsi constitué, il n'y a pas menace de récidive? Je n'oserais pas le soutenir. Dans une discussion qui s'établit dans le sein de la Société, près de son origine, j'avais fait remarquer à M. Laugier, qui croyait à la fréquence de ces récidives, que ce n'était pas, à proprement parler, une récidive que l'on avait observée dans les cas cités. Voici, en effet, ce qui a lieu : si, après avoir enlevé un corps fibreux, il y en a un autre dans les parois de l'utérus, ce qui est assez commun, ce corps, trouvant de l'espace dans la cavité utérine, va s'y porter, et bientôt, reprenant la place de celui qui l'avait précédé, il produira les mêmes phénomènes morbides. Mais peut-on, dans ce cas, dire qu'il y a récidive? Je ne le pense pas.

Je vais aborder maintenant la seconde question. M. Depaul a parlé de la portion du tissu utérin qui accompagne les corps fibreux. En signalant ce fait, j'avais eu soin de faire remarquer qu'il était exceptionnel. J'ai dit ensuite qu'en règle générale le tissu utérin s'atrophie à mesure que la tumeur fait plus de saillie dans la cavité utérine, et que le plus grand amincissement de cette muqueuse ou de ce tissu avait lieu au point le plus culminant de la tumeur. Le fait que j'ai présenté était important en ce que cette couche de tissu utérin était très-épaisse, non pas dans toute l'étendue de la tumeur, mais seulement vers sa partie la plus inférieure. Il résulte de cette disposition que si on avait fait dans ce point une incision même profonde, on n'aurait intéressé que le tissu de l'utérus.

M. Depaul m'a reproché d'avoir adopté un mot nouveau; je ne m'y suis décidé que pour avertir les jeunes chirurgiens sur la nature de ces polypes. Ce caractère n'était pas dû à une cause purement accidentelle, comme l'a avancé M. Depaul. En effet, les deux polypes se regardaient et se touchaient de telle sorte, que la muqueuse et le tissu utérin lui-même étaient ulcérés dans le point de contact. Or, la couche la plus épaisse était en avant et en bas, dans la partie qui était le moins soumise à la pression, ce qui nous permet de croire que l'hypertrophie n'était pas le résultat de la compression ni celui de l'irritation. Je dois donc maintenir cette dénomination pour exprimer un fait anatomique réel.

Je le maintiens encore au point de vue de la médecine opératoire. L'on sait que Dupuytren faisait toujours la section de ces polypes. J'ai été deux ans comme interne dans son service, et je lui ai vu souvent pratiquer ces opérations. Or, si l'on agissait suivant la pratique de Dupuytren dans ces sortes de polypes, on aurait certainement une hémorrhagie. Dans les corps fibreux simples, il n'y a aucun danger d'avoir cet accident; mais s'ils sont accompagnés de tissu utérin, il y a presque certitude d'hémorrhagie; car ce tissu renferme des artères et des veines non-seulement nombreuses, mais encore d'un volume considérable. Je veux conserver la dénomination que j'ai proposée, afin que l'on sache bien ce que ces polypes présentent de spécial. J'avais, du reste, observé moi-même ces hémorrhagies dans ces circonstances, et j'en avais été si frappé, que j'avais résolu de les combattre par un traitement spécial. Qu'ici M. Chassaignac ne trouve pas mauvais de rappeler ce que j'ai fait avant lui, je suis, du reste, prêt à reconnaître le mérite et la priorité de son invention; j'avais bien avant lui cherché à faire construire un instrument, sorte d'écraseur consistant dans une longue tige creuse dans laquelle passait une anse de fil métallique. J'avais fait construire cet instrument pour enlever un polype dans lequel je sentais des pulsations, ce qui me menaçait d'une hémorrhagie. Je n'aurais jamais osé employer dans ce cas l'instrument tranchant. J'entrepris donc l'ablation de ce polype vasculaire avec mon instrument, qui à la moindre traction se recourba, parce qu'il était en argent. Je recommençai l'opération avec un instrument semblable, mais en acier. J'eus l'occasion de montrer cet instrument à la Société. Telle est la manière dont il faut traiter ces polypes, que j'appelle fibro-utérins; c'est là une variété de polype très-importante, et quand une dénomination répond à une conséquence dans la pratique, il est incontestable qu'il faut la conserver.

— M. BÉRAUD communique à la Société une observation de calcul volumineux qu'il a extrait de l'urèthre de l'homme.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BÉRAUD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Frontera, né à Soller (île Majorque); *De l'accouchement prématuré artificiel.*

Bayard, né à Waltrelos (Nord); *De la métrorrhagie dans l'état de vacuité de l'utérus.*

Pourat, né à Grenoble (Isère); *De l'ankylose rectiligne du coude.*

Mirza, né à Tauris (Perse); *Du diagnostic et du traitement des hydropisies enkystées des ovaires.*

Gouin, né à Legé (Loire-Inférieure); *De l'angine de poitrine.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebobda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Traité de physiologie, par F. A. Longet. Deux volumes grand in-8° de 2372 pages, avec nombreuses figures dans le texte, et accompagné de 3 planches, dont 2 coloriées. Paris, chez Victor Masson et fils, place de l'École de Médecine. Prix : 30 fr.

Les souscripteurs sont priés de retirer le complément de l'ouvrage, qui comprend :

1re partie : Introduction. — 2e partie, fascicule 3 : Circulation, sécrétion, nutrition, chaleur animale. Grand in-8°, p. I à XXVIII, et 683 à 1152.

Les souscripteurs à la première édition, qui ont payé l'ouvrage complet, recevront ce dernier fascicule *gratis*. Il leur sera adressé *franco* par la poste, contre l'envoi de 80 centimes en timbres-poste.

Les souscripteurs à la deuxième édition auront à payer 4 francs pour prix du fascicule, et 4 francs 80 centimes s'ils désirent le recevoir *franco* par la poste.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 115. — MARDI 1er OCTOBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 115. — MARDI 1er OCTOBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRÂCE (M. Baizeau). De la cystite hémorrhagique du col compliquant l'uréthrite, et de son traitement par les balsamiques. — Note sur la physiologie et la pathologie du cœur. — De la pénétration des corps pulvérulents, gazeux, liquides et solides dans les voies respiratoires, au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique. — Concrétion calculeuse dans la cavité nasale. — Chlorate de potasse contre la fétidité de l'haleine. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 23 septembre. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE, séance du 4 juillet.

PARIS, LE 30 SEPTEMBRE 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

Aucune lecture médicale n'a été faite dans cette séance. Parmi les pièces peu nombreuses de la correspondance, nous signalerons la communication de M. A. Legrand sur deux cas curieux de *tumeurs composées*, enlevées à l'aide de la cautérisation. L'auteur désigne ainsi des tumeurs de nature différente superposées l'une à l'autre. Nous publierons plus tard le mémoire qui renferme les détails circonstanciés de ces deux faits, dont nous ne donnons aujourd'hui qu'un simple énoncé.

Les autres communications sont ou des travaux imprimés, dont nous aurons l'occasion de faire connaître ailleurs le contenu, ou des mémoires destinés au concours pour les prix. — Dr Brochin.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAIZEAU, professeur agrégé.

De la cystite hémorrhagique du col compliquant l'uréthrite, et de son traitement par les balsamiques.

Parmi les complications de l'uréthrite, il en est une qui, bien qu'assez fréquente, est à peine signalée dans les traités de chirurgie ou dans les ouvrages spéciaux de maladies vénériennes; c'est l'inflammation hémorrhagique du col de la vessie. Confondue en général avec les différentes variétés d'hémorrhagies uréthrales, il ne semble pas qu'on ait entrevu sa véritable nature ou qu'on ait cru utile de s'en occuper. Cependant, malgré sa bénignité et son innocuité, elle ne laisse pas quelquefois d'être un embarras pour le médecin et un sujet d'inquiétude pour le malade.

La cystite hémorrhagique se remarque rarement dans les premiers jours de la blennorrhagie; l'inflammation siége alors dans les parties antérieures de l'urèthre, et le col vésical reste en dehors du travail phlegmasique; ce n'est que plus tard, les phénomènes les plus aigus ayant déjà disparu, lorsque l'écoulement est réduit ou même presque complétement nul, que l'inflammation, après avoir cheminé vers les parties profondes de l'urèthre, atteint le col vésical et produit cette affection. Toutefois, on peut la voir survenir dès le début, dans le cas où l'uréthrite a été transportée brusquement au fond du canal à l'aide d'injections irritantes. Le point de départ de cette complication échappe parfois au médecin, car il est assez commun de l'observer chez des personnes qui nient l'existence de tout écoulement uréthral. Mais, en remontant aux antécédents, on apprend presque toujours qu'il a existé une blennorrhagie à une époque plus ou moins reculée, et, si on examine attentivement le méat urinaire en pressant le canal, on retrouve ordinairement les traces d'une inflammation mal éteinte, méconnue par le malade ou qu'il cherchait à cacher.

Se manifestant chez quelques-uns sans cause appréciable, elle est presque toujours provoquée par des excès de coït, la masturbation, l'abus de la bière ou des liqueurs spiritueuses, par un régime échauffant, une trop grande fatigue, l'équitation, assez souvent par des injections irritantes, principalement avec le nitrate d'argent, enfin par tout ce qui peut surexciter la muqueuse uréthrale. Cette affection se voit aussi en dehors de la blennorrhagie; elle peut être déterminée par le passage de graviers, de calculs, par l'introduction de sondes ou de bougies dans l'urèthre, et par toutes les manœuvres portant sur le col vésical ou toute inflammation développée dans son voisinage, surtout du côté de la prostate.

Elle débute presque toujours brusquement, surprend les malades au moment où, rassurés sur les suites de leur blennorrhagie qui touche à sa fin ou paraît même terminée, ils négligent toute précaution et reprennent leurs habitudes. Elle s'annonce par des envies fréquentes d'uriner, avec dysurie, ou est précédée par une sensation de brûlure, de chaleur dans la partie profonde de l'urèthre, à laquelle vient s'ajouter une pesanteur vers le périnée et une douleur sourde partant de la région prostatique et s'irradiant vers l'anus. Le besoin d'uriner va en augmentant avec l'accroissement de la maladie; quelquefois il est incessant et se renouvelle dix et quinze fois par heure; ordinairement sa fréquence est beaucoup moindre, les malades n'urinent que toutes les demi-heures, toutes les heures, ou même à de plus longs intervalles. Mais, en même temps qu'ils sont sollicités par l'envie de vider la vessie, ils éprouvent une difficulté extrême à la satisfaire, et ce n'est qu'après des efforts pénibles et assez prolongés, qu'ils parviennent à vaincre la résistance spasmodique du col.

L'urine est évacuée en petite quantité; les premières portions sont claires et limpides, à moins que la cystite ne soit généralisée; dans quelques cas, le premier jet est coloré par le sang qui est resté au fond du canal depuis la dernière évacuation de la vessie, et souvent il chasse devant lui quelques filaments muqueux. A la fin de la miction, l'urine arrive teinte en rouge, puis du sang pur, quelques gouttes seulement, s'échappe et produit en traversant le canal un sentiment d'ardeur ou de brûlure assez vif, mais qui ne dure que quelques instants.

Toute l'urine peut être sanguinolente; alors l'inflammation est étendue à toute la vessie, à moins que le sang, passant de l'urèthre dans la cavité vésicale, ne soit mélangé préalablement à l'urine. Après chaque miction, le col se contracte convulsivement, et le malade éprouve un ténesme qui se prolonge dix à quinze minutes; puis la douleur qui l'accompagne finit par se calmer et se confondre avec les sensations de pesanteur et de gêne qui existent d'une manière continue à la région prostatique.

La fréquence de l'hémorrhagie dans cette inflammation trouve son explication dans la structure très-vasculaire de la muqueuse du col et dans la compression résultant des énergiques efforts que fait la vessie pour chasser les dernières gouttes d'urine. Du reste, on sait que toute la muqueuse génito-urinaire offre une grande disposition à ces exhalations sanguines, qui ne sont pas rares dans les inflammations un peu vives de l'urèthre, et qu'on observe surtout fort souvent à la suite des injections irritantes.

Ici, comme dans l'orchite blennorrhagique, l'écoulement subit l'influence de la nouvelle affection. Le suintement, d'ordinaire fort léger avant l'invasion de la cystite, reste stationnaire ou augmente; dans certains cas il diminue ou disparaît, soit définitivement, soit passagèrement, pendant la durée des accidents aigus.

La cystite hémorrhagique du col, lorsqu'elle est intense, fatigue beaucoup les malades; elle les agace, les inquiète, les prive de sommeil, en les forçant à se lever fréquemment la nuit. Mais en réalité elle est toujours sans gravité et ne s'accompagne jamais de troubles généraux. Sa durée est assez courte : peu à peu l'inflammation tombe, les envies d'uriner deviennent moins fréquentes, la douleur disparaît, et, après huit à quinze jours, la guérison est complète.

Subordonnée à la cystite, l'hématurie en suit les phases, mais elle dure moins que l'inflammation. Dès que cette dernière a perdu son acuité, le sang cesse de se montrer dans les urines, il n'y a hémorrhagie que pendant cinq ou six jours; cependant elle peut se prolonger, et je l'ai vue se continuer quinze et vingt jours.

Lorsque le traitement a été mal entendu et les soins insuffisants, la cystite passe à l'état chronique, et alors les malades conservent l'habitude fort désagréable d'uriner à de courts intervalles, et il leur est impossible de garder une grande quantité d'urine dans la vessie; le col, sollicité par le contact de ce liquide, amène un besoin tellement impérieux et pressant qu'on est obligé d'y céder, quelques efforts que l'on fasse pour se retenir.

Cette disposition morbide astreint donc les personnes qui en sont atteintes à une vie très-sobre, les met dans la nécessité d'éviter la moindre fatigue, les excès de table ou vénériens, même les plus légers, qui amèneraient inévitablement une recrudescence de la cystite. Quelquefois la phlegmasie du col se propage au corps de la vessie, comme je l'ai deux fois observé, ou réagit sympathiquement sur les reins et détermine une néphrite.

Enfin il faut être prévenu que chez quelques malades l'inflammation ayant disparu, il reste, par suite d'habitude ou d'une sensibilité exagérée du col vésical, un besoin fréquent d'uriner qui peut faire croire à la persistance de la cystite.

L'hémorrhagie et l'inflammation sont liées étroitement l'une à l'autre; il est difficile de méconnaitre leur relation; cependant, avec un esprit inattentif, on serait facilement trompé par les malades, qui, effrayés surtout par l'hémorrhagie, n'appellent l'attention du médecin que sur ce point. La fréquence de la miction, la présence du sang avec les dernières gouttes d'urine et le ténesme vésical suffiront pour éviter toute erreur. Dans la cystite généralisée, l'urine est trouble et charrie du pus ou des mucosités épaisses et glutineuses.

L'inflammation hémorrhagique du col peut se guérir spontanément; mais, sans traitement, elle se continue souvent pendant un temps prolongé. J'ai rencontré plusieurs fois des malades qui, pour éviter de rentrer à l'hôpital, ont attendu longtemps et en vain leur guérison.

Les antiphlogistiques, tels que sangsues au périnée ou ventouses scarifiées à l'hypogastre, grands bains et demi-bains, tisanes délayantes de mauve ou de graine de lin, constituent la base ordinaire et rationnelle du traitement qu'il convient d'employer.

Les purgatifs ne m'ont pas paru très-avantageux; ils ne sont indiqués que dans le cas d'embarras de l'intestin, et encore, toute irritation de la portion inférieure du gros intestin ayant de la tendance à réagir sur le col vésical, faut-il éviter de prescrire l'aloès et des purgatifs trop actifs. Les lavements émollients, huileux, renfermant du camphre, du laudanum ou tout autre narcotique, sont d'une grande utilité pour apaiser les souffrances, diminuer le ténesme et le besoin d'uriner. Les potions calmantes et les émulsions camphrées donnent les mêmes résultats. Cette médication suffit la plupart du temps pour arrêter assez vite les accidents. Mais on rencontre quelquefois des affections plus tenaces.

Je me rappelle un officier atteint d'uréthrite, pour laquelle on avait eu la singulière idée de conseiller des injections de sulfate de quinine. Ayant été pris d'une inflammation hémorrhagique du col, on n'arriva, malgré l'emploi énergique des antiphlogistiques, qu'avec beaucoup de peine à calmer la cystite, et ce ne fut qu'après plus de deux mois qu'on parvint à régulariser les émissions de l'urine et à faire disparaître la douleur et le spasme de la vessie.

Chez un autre malade, fusilier au 89me de ligne, entré en 1855 à l'hôpital militaire de Saint-André, à Rome, une cystite hémorrhagique se développa à la suite d'injections de sulfate de zinc, destinées à mettre fin à un très-léger suintement. Le besoin d'uriner était pressant, se renouvelait tous les quarts d'heure; les urines étaient claires, limpides; mais à la fin de la miction le col vésical, convulsivement contracté, laissait transsuder à travers la muqueuse une petite quantité de sang qui, en passant dans le canal, produisait un sentiment de vive cuisson.

Ces accidents furent en vain combattus par plusieurs applications de sangsues au périnée, des bains, des boissons délayantes. Des émulsions camphrées, des lavements opiacés et belladonés, deux vésicatoires placés sous le serotum, ne furent pas plus efficaces.

Le malade était découragé, fatigué par l'insomnie; de mon côté j'étais assez embarrassé, lorsqu'il me vint à l'idée d'employer le copahu. Je pensais que ce médicament, dont l'influence est si marquée dans l'uréthrite, même à la période aiguë, pourrait avoir une action tout aussi avantageuse sur la muqueuse vésicale.

J'eus lieu de me féliciter de cette tentative : 5 grammes de copahu furent administrés en une seule fois; le lendemain je constatai un mieux notable; la médication fut continuée; le troisième jour il n'y avait plus de sang dans les urines, et les envies d'uriner ne se faisaient plus sentir que toutes les deux heures; le sixième jour la guérison était complète.

Quelques jours après j'eus l'occasion de faire un nouvel essai sur un soldat du 25e de ligne, qui ayant un suintement uréthral, fut atteint sans cause connue de cystite hémorrhagique assez vive. Au lieu de commencer le traitement par les antiphlogistiques, et de chercher à calmer d'abord l'acuité des accidents, je prescrivis immédiatement une émulsion avec 5 grammes de copahu. L'amélioration fut très-sensible dès le premier jour, comme dans le cas précédent; le troisième jour l'hématurie avait cessé, et le malade ne tarda pas à être entièrement rétabli.

Depuis lors j'ai obtenu les mêmes résultats sur un grand nombre de malades ayant des cystites hémorrhagiques du col à des degrés divers. La guérison n'a pas toujours été aussi prompte que dans les exemples que je viens de citer; mais je ne crains pas d'affirmer que, en général, elle a été beaucoup plus rapide qu'elle ne l'aurait été avec l'aide des autres moyens thérapeutiques. L'action du copahu est-elle constante? Pendant longtemps je l'ai cru; mais j'ai remarqué chez deux malades, à la suite de cette médication, une légère augmentation des troubles vésicaux; ce qui se voit aussi quelquefois dans l'uréthrite ai-

guë. Bien que ces échecs soient rares, il faut savoir les éviter. Pour cela, j'ai l'habitude de commencer le traitement par une petite dose de copahu; j'en prescris 4 grammes, puis j'augmente jusqu'à 6, et parfois 10 grammes, si le canal est tolérant, et si la maladie se montre un peu tenace. Ordinairement je m'arrête à 5 grammes, dose qui ne dérange pas les malades, ne donne ni coliques ni diarrhée, et qui cependant est suffisante pour obtenir la disparition des accidents.

Il y a des personnes qui se décident avec peine à prendre du copahu, soit par répugnance, soit qu'elles le digèrent difficilement. Je le remplace alors par la térébenthine cuite, qui est moins désagréable à avaler et mieux supportée par l'estomac. Je l'ai essayée chez plusieurs malades atteints de cystite du col à forme hémorrhagique, et j'ai constaté son efficacité. Je la donne à la dose de 4, 6, 8 grammes, prise en deux fois dans la journée; toutefois l'action du copahu est plus énergique. La térébenthine doit aussi être préférée dans les cas exceptionnels où le copahu augmente l'irritation du col.

On pourrait penser que le poivre cubèbe, en raison de ses propriétés anti-blennorrhagiques, aurait quelque influence sur la cystite; mais quelques faits m'ont démontré qu'il était plutôt nuisible qu'utile, principalement dans la période aiguë.

Lorsque la maladie a perdu son intensité et que, se prolongeant elle est passée à l'état chronique, les balsamiques sont encore indiqués, et réussissent généralement. S'ils venaient à échouer, on aurait recours aux révulsifs; premièrement, aux vésicatoires ammoniacaux placés au périnée ou à l'hypogastre, et plusieurs fois renouvelés; ensuite aux cautères, aux moxas ou aux sétons, appliqués dans les mêmes régions. C'est encore dans cette période qu'on devrait, à l'exemple de Lallemand, pratiquer la cautérisation du col avec le nitrate d'argent, ou faire usage des eaux alcalines de Vichy, de Contrexéville, d'Evian. Je dois avouer que jamais je n'ai eu besoin d'employer les révulsifs ou d'autres moyens. Une seule fois j'ai fait mettre des vésicatoires au périnée; mais à cette époque je ne connaissais pas l'avantage que l'on peut retirer des balsamiques.

Ainsi on peut résumer ce qui suit en disant :

1° Que l'inflammation du col de la vessie complique assez fréquemment la blennorrhagie;

2° Qu'elle se montre rarement au début de l'uréthrite, mais plutôt dans les cas chroniques; qu'elle est ordinairement déterminée par des excès alcooliques et vénériens, ou par des injections irritantes;

3° Qu'elle s'accompagne presque toujours d'hémorrhagie légère, arrivant à la fin de la miction;

4° Qu'elle est heureusement modifiée par les balsamiques, et surtout par le copahu, quelle que soit son acuité.

Je terminerai ce travail par quelques observations. J'aurais pu les multiplier, mais elles ont entre elles une ressemblance si grande, que j'ai cru utile d'en restreindre le nombre.

Obs. I. — V..., fusilier au 89e de ligne, entre à l'hôpital pour une uréthro-orchite. L'affection du testicule est traitée par les cataplasmes, et après la disparition des accidents inflammatoires, il fait quelques injections avec une solution de sulfate de zinc au centième. Au bout de quelques jours, le 10 mai, il est pris d'un besoin d'uriner se renouvelant tous les quarts d'heure. L'émission de l'urine, qui est claire et limpide, est difficile et pénible; elle se termine par la sortie de quelques gouttes de sang pur, dont le passage dans l'urèthre produit une vive cuisson.

Après chaque miction, le col vésical se contracte avec force pendant quelques instants, et devient alors le siége de douleurs violentes qui s'irradient vers l'anus. Dans l'intervalle des mictions, le calme renaît, et le malade n'éprouve qu'une sensation de pesanteur et de gêne vers la région prostatique.

La nuit les accidents se continuent et amènent l'insomnie et la fatigue, qui en est la conséquence; pas de troubles généraux.

Le premier jour, je prescris de la tisane de lin, une émulsion opiacée et un bain.

Le lendemain, les accidents étant les mêmes, 20 sangsues sont appliquées au périnée.

Le 12, nouvelle émission sanguine locale, bain, lavement laudanisé à 12 gouttes.

Le 13 et le 14, amélioration légère, constipation. On continue l'émulsion, la tisane de lin, les bains de siége, et j'ajoute un lavement huileux.

Les jours suivants n'amènent aucun changement; les envies d'uriner sont toujours fréquentes, l'hématurie persiste et la miction n'est pas moins douloureuse, bien que deux vésicatoires ammoniacaux aient été placés au-dessous du scrotum.

Le 25 mai, j'ai recours au copahu, qui est administré à la dose de 4 grammes. Après cette première prise, il y a un mieux notable; l'hémorrhagie a diminué, et le ténesme vésical est moins pénible. Le copahu est continué à la même dose; le troisième jour, le sang a entièrement disparu des urines, la miction est beaucoup plus rare, et le 1er juin la guérison est complète.

Obs. II. — L..., grenadier au 58e de ligne, entre à l'infirmerie pour une inflammation du col vésical à forme hémorrhagique. Deux mois auparavant il avait eu une uréthrite dont il se croyait guéri; un matin, il va à la cantine, où il boit 200 grammes d'eau-de-vie; à midi, le même jour, il est pris de douleurs vives vers le col vésical, d'envies assez fréquentes d'uriner, avec ténesme et hémorrhagie à la fin de chaque miction.

Pendant six jours, il reste dans cet état sans demander conseil, se bornant à boire de la tisane de lin; enfin, ses souffrances augmentant et ne pouvant plus continuer son service, il vient réclamer mes soins.

Je le soumets immédiatement au traitement par le copahu à petite dose, qui amène une amélioration très-prompte, et bientôt la disparition définitive du trouble des voies urinaires. Mais la sécrétion uréthrale, qui a reparu avec l'inflammation du col vésical, se continue encore pendant quelques jours.

Obs. III. — G..., voltigeur au 41e de ligne, entre à l'infirmerie avec une uréthrite chronique remontant à dix-huit mois. N'ayant obtenu que peu d'effet de l'emploi du copahu, il fait des injections avec le nitrate d'argent (5 décigrammes pour 100 grammes d'eau distillée). Une cystite du col avec hémorrhagie en est la conséquence : besoin fréquent d'uriner, hématurie à la fin de la miction, dysurie, ténesme, pesanteur au périnée; douleurs se propageant jusqu'au méat, constipation, insomnie.

Le lendemain de l'arrivée de cette complication, j'administre à ce malade 6 grammes de térébenthine cuite à prendre en deux fois. Il se trouve promptement soulagé; le huitième jour, la cystite est guérie, et la blennorrhée est sensiblement diminuée.

Obs. IV. — B..., caporal au 25e de ligne, vient dans mon service pour se faire traiter d'une uréthrite chronique compliquée depuis quatre jours d'une cystite hémorrhagique du col.

Ce militaire était sorti depuis quinze jours de l'hôpital, où il avait été guéri d'une uréthro-orchite. Il ne voyait plus, dit-il, aucun écoulement; mais une semaine après son retour à la caserne, à la suite d'une marche prolongée, il éprouve en urinant de la douleur dans le fond de l'urèthre, du ténesme du col vésical et des envies fréquentes d'uriner.

Les deuxième et troisième jours, les souffrances deviennent plus intenses, et il remarque un léger écoulement de sang en finissant d'uriner. 15 grammes de poivre cubèbe sont pris en deux fois; mais les accidents augmentent, le malade se plaint de pesanteur avec battements à la région prostatique, et l'hématurie devient plus abondante. Le poivre cubèbe est supprimé le troisième jour, et remplacé par la térébenthine cuite à la dose de 6 grammes. Amélioration rapide et progressive.

Le septième jour, la guérison est complète.

NOTE SUR LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOLOGIE DU COEUR.

Par M. le docteur Joire,

professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Lille.

C'est un procédé scientifique assez répandu encore de nos jours de faire ressortir dans l'exposition des faits les conditions spéciales qui permettent de répondre aux théories généralement admises, et de laisser un peu dans l'ombre, quand toutefois on n'omet pas de les mentionner, les particularités qui pourraient devenir pour ces mêmes théories un point de départ de contradictions sérieuses.

Cette réflexion m'est venue dernièrement à propos de la lecture devant la Société de chirurgie d'une observation de mort subite par suite d'une insuffisance aortique.

L'honorable président de cette Société, M. Laborie, remarquait chez un sujet admis depuis quelques jours dans son service de Vincennes, les signes d'une énorme hypertrophie du cœur et l'existence d'un bruit de souffle très-énergique à gauche de l'organe; la mort arriva subitement au milieu d'un accès de suffocation.

On constate à l'autopsie une énorme dilatation du ventricule gauche, avec épaississement notable de ses parois; une production ossiforme considérable dans l'épaisseur de la valvule mitrale, annexée vers sa base à des productions analogues envahissant les valvules aortiques. Celles-ci, immobilisées par ces concrétions, devaient laisser constamment béante une ouverture irrégulière ayant à peine 1 centimètre de diamètre. La crosse de l'aorte était fort dilatée.

Or je constate dans ces détails bien d'autres lésions que celles que comporte le titre de l'observation. Remarquons d'abord un *desideratum* regrettable dans les résultats de l'auscultation. Il y est fait mention d'un bruit de souffle très-énergique perçu à gauche de l'organe; mais la place qu'il occupait par rapport aux bruits normaux n'est malheureusement pas signalée. Ensuite, je trouve bien stipulée l'inflexibilité des valvules aortiques par les incrustations osseuses donnant lieu à l'insuffisance : mais le rétrécissement considérable de cet orifice offrant à peine *un centimètre de diamètre*, rétrécissement énorme eu égard à l'hypertrophie ventriculaire et à la dilatation aortique, pourquoi n'en pas tenir compte? Prétendrait-on qu'il n'a été pour rien dans les conséquences advenues, et que dans ce fait, comme dans plusieurs autres analogues, il faut rattacher la mort subite à l'insuffisance des valvules aortiques? Je ne suis pas de cet avis; et s'il fallait apprécier, au point de vue des manifestations fonctionnelles, laquelle de ces deux lésions, du rétrécissement ou de l'insuffisance, peut déterminer dans les actes de la vie des désordres plus graves, il me semble qu'on devrait faire à la première la part d'influence plus grande.

Envisagé par rapport à l'hypertrophie du cœur, le rétrécissement artériel, qui impose à l'organe un surcroît considérable d'énergie, doit bien plus facilement, à mes yeux, entraîner l'accroissement en capacité et en puissance que l'insuffisance valvulaire, qui peut déterminer d'ailleurs les mêmes conséquences, mais dans une mesure, ce semble, bien moins intense.

La question dont il s'agit pourrait facilement, dira-t-on, être vidée par l'examen des faits dans lesquels l'une de ces lésions existe isolément. J'estime que ces faits, s'ils se sont rencontrés, sont du moins très-rares; ils sont tous vraisemblablement de la nature de celui qui a donné matière à ces réflexions : on y signale l'insuffisance, et on omet le reste.

De l'aveu d'ailleurs d'un bon nombre d'auteurs, les deux ordres d'altérations se remarquent presque toujours simultanément au même orifice, et les partisans des diverses théories relatives aux bruits du cœur et au rhythme de ses mouvements, se servent de l'une ou de l'autre de ces lésions, au gré de la doctrine qu'ils ont adoptée. Tout aboutit donc ici à la question des théories physiologiques et pathologiques de l'organe central de la circulation.

Il y aurait bien lieu de s'étonner, ce semble, qu'après tant de travaux, après de si nombreuses recherches expérimentales, l'interprétation des bruits et des mouvements du cœur soit encore l'objet d'opinions si divergentes. Cependant, entre tous les actes de l'organisme vivant, il en est peu qui offrent à l'observateur plus de facilités d'investigation, puisque, à côté des impressions reçues par l'auscultation et par les chocs au contact de la région précordiale, il possède encore l'immense ressource des vivisections.

Mais celle-ci est encore sujette à erreur, eu égard aux désordres fonctionnels inhérents aux opérations elles-mêmes. Tous les physiologistes reconnaissent ces désordres, ce qui ne les empêche pas de donner comme physiologique le résultat d'observations recueillies dans de si fâcheuses conditions. Heureusement les animaux à sang froid ne sont pas aussi profondément troublés par l'opération préalable, et les actes de la circulation continuent de s'accomplir après avec régularité. La lenteur des mouvements du cœur chez ceux-ci rend encore l'investigation plus facile.

Mais cette fonction s'exécute-t-elle ici de la même manière que chez les mammifères?

On l'a nié quelque temps, mais sans jamais dire pourquoi. On ne le nie plus aujourd'hui; et c'est l'étude de cette fonction chez les reptiles qui a permis, de nos jours, d'en mieux apprécier les phénomènes et d'apporter d'importantes modifications aux théories anciennes. Mais, chose étrange, les observateurs n'ont pas toujours, dans l'examen des mêmes faits, reconnu les mêmes choses. Parfois aussi les dissidences n'ont porté que sur l'interprétation des phénomènes. Assurément, sous ce dernier rapport, il y aura à un moment donné conciliation devant l'évidence; mais entre les théories anciennes et les interprétations modernes l'entente sera difficile. Tout le monde sait la confusion qui règne entre les premières; beaucoup ont eu pour point de départ l'examen de faits irréguliers, c'est-à-dire de vivisections de grands animaux, alors que les suprêmes efforts d'une imminente agonie et l'insufflation pulmonaire avaient bouleversé toutes les fonctions.

Quelques-unes de ces théories ont vécu un moment abritées sous le patronage d'un grand nom; mais rien ne passe vite, de nos jours, comme le respect des grandeurs. D'autres traduisent leur faiblesse par de flagrantes contradictions. Je ne citerai à cet égard que la théorie émise par M. Pigeaux, qui, admettant la coïncidence de la systole ventriculaire et du premier bruit, attribuait celui-ci au choc de l'ondée sanguine venant de l'oreillette contre les parois ventriculaires, sans songer, comme M. Bérard le lui a fait remarquer, à l'impossibilité de la réplétion et de la systole ventriculaires simultanément produites. Toutes enfin ont donné matière à des objections insolubles. Celles qui ont permis une explication quelque peu rationnelle des différents bruits anormaux, ont conservé un instant faveur; et telle est encore en ce moment la raison d'une certaine vogue accordée par les pathologistes à la théorie de M. Rouannet, bien qu'elle soit passible comme les autres d'objections fort sérieuses.

Or, le premier fait qui pose toutes ces théories en contradiction avec la rigoureuse investigation des phénomènes, c'est qu'ils admettent la coïncidence du premier bruit et de la systole ventriculaire.

Qu'observe-t-on, en effet, dans l'examen des mouvements du cœur sur l'animal vivant?

On a trop souvent oublié, à cet égard, les remarques si précises et si exactes de Haller, à la suite de ses nombreuses vivisections. Je m'étonne même que les auteurs qui les ont citées aient cru en devoir tenir si peu compte. Qu'a observé Haller, en effet, dans ses nombreuses expériences? J'extrais au hasard de son journal, dit Bérard : « Le mouvement du cœur se faisait en bon ordre; les oreillettes se contractèrent les premières, les ventricules suivirent. » Et ailleurs : « Je vis fort bien le mouvement synchronique des deux oreillettes, que suivait le mouvement pareillement synchronique des deux ventricules. » Tel est, en effet, le premier fait qui frappe l'attention dans l'examen des mouvements du cœur sur l'animal vivant dont on vient d'ouvrir la poitrine : la contraction des oreillettes. Or, ce mouvement brusque et rapide a pour but la projection du flot sanguin dans le ventricule; il faut bien dès lors qu'il soit immédiatement suivi de la dilatation de ce dernier.

La logique de ce fait défie, à mes yeux, toutes les objections. On a beau me dire, ce que je conteste d'ailleurs, que la diastole a précédé, que le sang de l'oreillette tombe dans une cavité préalablement ouverte, on ne peut pas nier que le ventricule ne demeure dilaté jusqu'après la systole auriculaire. Ce dernier mouvement doit donc être reconnu en coïncidence avec la diastole ventriculaire. Voilà le fait que les vieilles théories s'obstinent à laisser dans l'ombre.

Mais ce mouvement systolique de l'oreillette par suite duquel se remplit le ventricule est immédiatement suivi de la contraction de celui-ci.

La succession de ce dernier phénomène aux deux précédents est très-rapide, il faut le reconnaître; mais jamais on ne parviendra à les faire considérer comme simultanés.

Après la systole des ventricules, on place leur diastole suivie d'un temps de repos.

Mais je le demande, si après la contraction ventriculaire, que la plupart s'accordent à reconnaître brusque, rapide, instantanée, mouvement qui, dans la révolution complète de l'organe, n'occuperait dès lors qu'à peine un tiers de la durée, quelle

serait la force qui ferait marcher le sang pendant les deux tiers de cette période? Il faudrait faire bien large la part d'énergie attribuée à la réaction élastique des parois artérielles; il faudrait leur reconnaître une puissance supérieure à celle des ventricules eux-mêmes, et en même temps une action plus durable.

Or on sait que la réaction des parois artérielles à la suite de la diastole est, comme la systole ventriculaire, brusque et rapide. Le sang cependant ne s'arrête pas et ne ralentit même pas son cours. Que faut-il donc pour rendre logiquement raison de ce fait? Rien que ce que l'investigation attentive du phénomène fait constater, et ce qu'exige *à priori* l'application rigoureuse des lois de l'hydraulique. Il faut l'action continue d'une puissance qui soutienne l'impulsion donnée au sang par la systole ventriculaire. Et quelle peut-être cette puissance, sinon la contraction des parois ventriculaires continue pendant toute la durée du temps assigné par toutes les théories au repos de l'organe?

Voici, dira-t-on, une grande innovation introduite dans la théorie des mouvements du cœur; aucune jusqu'ici n'avait refusé au cœur l'octroi d'un instant de repos, placé par les uns après la diastole, par les autres après la systole ventriculaire. Je ne suis guère effrayé, je l'avoue, de mon isolement dans l'opinion que je soutiens depuis plus de six ans; car, outre les raisons que j'ai données alors à l'appui, il me serait facile de rencontrer des auteurs qui l'admettent implicitement ou qui, l'ayant constaté dans leurs expériences, n'ont donné à ce fait qu'une rapide et superficielle mention sans lui attacher la moindre valeur.

Ainsi que je l'ai signalé plus haut, si on borne la systole ventriculaire à ce mouvement brusque et rapide qui succède immédiatement à la contraction auriculaire, il y aura pour les anciennes théories qui font venir à la suite la diastole et le repos des ventricules, un temps d'une durée relative immense pendant lequel le sang sera soustrait à l'action impulsive du cœur, et les lois de l'hydraulique, qui, dans la circulation bien plus que dans toutes les autres fonctions organiques, trouvent dans la mesure que permet la vie de si rigoureuses applications, ne laissent pas admettre une pareille condition. Les mêmes motifs doivent faire également écarter l'idée d'un repos prolongé à la suite de la systole ventriculaire, comme l'admet la doctrine nouvelle: mais pour celle-ci la systole du cœur ne se borne déjà plus à ce premier mouvement de réaction rapide qui ne constitue, à mes yeux, que le commencement de la systole ventriculaire; elle admet que la contraction se soutient quelque temps, et je rentre ici dans les preuves expérimentales du fait en question.

Qu'il me soit permis de citer les propres expressions de M. Beau à la suite de ses expériences: « La diastole ventriculaire, dit-il, est suivie sans intervalle appréciable de la systole » ventriculaire. Le ventricule est alors pâle, d'un fort petit volume, immobile, vide, conique et acuminé. Il reste dans cet » état jusqu'à ce que l'oreillette, qui se remplit précisément dans » le même moment, lui envoie par une nouvelle contraction » une nouvelle ondée pour faire une autre révolution du » cœur. »

Tel est dans sa rigoureuse réalité le phénomène observé sur la grenouille. Mais évidemment cette contraction du ventricule, soutenue pendant toute la durée de la réplétion de l'oreillette, se rapproche bien de ce que j'ai avancé à cet égard. Il faut toutefois faire ressortir les dissidences qui me séparent ici de M. Beau.

Pour lui, la systole ventriculaire est toute constituée par la réaction brusque et rapide qui succède à la diastole, et le cœur demeure contracté et en repos jusqu'à l'arrivée de l'ondée auriculaire, qui détermine une diastole nouvelle.

Je ne puis pas admettre que les choses se passent ainsi pour plusieurs raisons: d'abord le ventricule qui vient de recevoir instantanément le flot sanguin tombé de l'oreillette, ne peut pas expulser de sa cavité avec la même rapidité cette masse liquide, qui doit passer non plus dans une cavité libre et égale à la sienne, mais dans des canaux déjà remplis et distendus. Le premier mouvement systolique brusque et rapide ne fait que constituer du sang ventriculaire et de celui des artères une colonne unique, qui a besoin pour progresser d'une impulsion continue. On voit donc qu'*à priori* et en dehors de toute investigation expérimentale sur l'animal vivant, on ne peut admettre une systole ventriculaire aussi rapide, et on est forcé de reconnaître que le mouvement du cœur qui succède immédiatement à la diastole, commencé par une réaction rapide et violente, se continue plus lentement et jusqu'au retour de la systole auriculaire.

Ensuite telle est aussi l'impression recueillie de l'observation des animaux vivants: la contraction ventriculaire, commencée par un mouvement très-rapide, se continue avec une certaine lenteur et ne cesse tout à fait qu'au moment où une brusque diastole fait l'espace libre devant le flot de l'oreillette.

DE LA PÉNÉTRATION

des corps pulvérulents, gazeux, liquides et solides dans les voies respiratoires, au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique.

Par M. le docteur Fournié (de l'Aude).

(Conclusion du mémoire lu sous ce titre devant l'Académie des sciences, dans la séance du 16 septembre.)

1° Les poussières assez ténues pour rester quelques instants suspendues dans l'atmosphère, peuvent pénétrer avec l'air dans les voies respiratoires.

2° Cette pénétration exige la réunion de plusieurs circonstances favorables, parmi lesquelles nous mentionnerons: la respiration par la bouche, une dilatation suffisante de cette cavité, et, comme conséquence, le chant, le rire, etc.

3° Les poussières insolubles qui pénètrent dans les tuyaux bronchiques sont le plus souvent rejetées au dehors par les mouvements des cils vibratiles et par l'expectoration.

4° La pénétration journalière des poussières insolubles dans les poumons peut, à la longue, troubler les fonctions de ces organes, au point qu'ils perdent l'aptitude de rejeter ces mêmes poussières, qui s'accumulent alors dans les poumons.

5° Une maladie antérieure, une prédisposition aux affections pulmonaires, favorisent l'accumulation des poussières dans les voies respiratoires, et la présence de ces corps étrangers favorise à son tour le développement d'un germe qui, sans eux, serait resté peut-être à l'état latent.

6° Les poussières solubles (le plomb, l'arsenic, le mercure, etc.) sont en grande partie absorbées par les fosses nasales, la cavité buccale et l'estomac; l'absorption par les poumons est relativement moindre.

7° Les ateliers dans lesquels les ouvriers sont exposés à respirer une poussière quelconque doivent être suffisamment aérés; l'air y doit être renouvelé par tous les moyens possibles.

8° Dans ces ateliers on doit parler à voix basse, éviter les grands mouvements respiratoires ou les actions qui les provoquent.

9° Une fontaine donnant de l'eau en grande abondance doit être à la portée des ouvriers, afin que plusieurs fois par jour ils puissent faire d'abondantes ablutions. L'ablution avant le repas est la plus importante.

10° Les hommes qui vivent au milieu d'une poussière toxique soluble ou pouvant le devenir par son ingestion dans l'estomac, doivent se laver très-souvent la bouche, les fosses nasales, et se gargariser. Il est à désirer que la chimie puisse mettre à leur disposition un liquide variable selon la nature des poudres, et qui neutraliserait ces dernières dans tout le parcours du tube digestif.

11° L'emploi des tubes recourbés à l'une de leurs extrémités est le seul moyen rationnel d'insuffler les poudres médicamenteuses dans le larynx.

12° Pour faire pénétrer avec succès des poudres médicamenteuses solubles dans les bronches, il faut obtenir une atmosphère pulvérulente, et faire en sorte qu'elle ne provoque ni la toux ni aucune sensation désagréable; nous avons réalisé ces conditions avec un petit appareil très-commode.

13° Les liquides pulvérisés qui, par leur pénétration dans les poumons, auraient pu rendre de si grands services à la thérapeutique des affections pulmonaires, ne pénètrent pas, d'après nos expériences, dans les voies respiratoires.

14° Les corps volatils, les gaz, les vapeurs, sont d'excellents moyens pour modifier les lésions de l'appareil pulmonaire, à cause de leur pénétration facile. Le gaz acide sulfhydrique qui se dégage des eaux thermo-sulfureuses, est un des principaux agents de la curation des maladies de la poitrine par son contact direct avec les lésions.

15° La fumée du tabac pénètre, quand elle est avalée, non pas dans l'œsophage, mais dans les bronches.

CONCRÉTION CALCULEUSE DANS LA CAVITÉ NASALE.

Un tailleur ambulant consulta le docteur William Brown pour une tumeur du nez. M. Brown reconnut, en effet, que la moitié droite du nez était considérablement tuméfiée, et l'aile du nez correspondante pressée en dehors comme par un corps volumineux, élargissant la narine; une membrane fermait la narine gauche complétement, et ne laissait à la narine droite qu'une ouverture centrale petite. Cette occlusion résultait d'une variole qui avait atteint le malade dans son enfance; un chirurgien, il y a de nombreuses années, avait tenté une opération, mais sans résultat. Une sonde mince, introduite dans l'ouverture de la narine droite, rencontrait un corps dur, rugueux, un peu mobile, qui l'empêchait de pénétrer plus avant. Le malade déclara qu'il portait ce corps dur dans la cavité nasale depuis huit ans; c'est avant ce temps qu'il s'en ressentit pour la première fois, alors que celui-ci était de la grosseur d'un petit pois; à cette époque, il pouvait encore facilement le mouvoir de haut en bas à l'aide d'une aiguille à tricoter, ce qui depuis longtemps déjà est devenu impossible.

L'opération proposée fut immédiatement acceptée et pratiquée le jour suivant. Après l'incision de la membrane occlusive de la narine, une petite pince à polypes fut introduite, et un calcul rugueux fut extrait sans la moindre difficulté; il présentait le volume suivant: le plus grand diamètre, un 3/8° de pouce; dans le sens de la largeur, 1 pouce; dans le sens de la longueur, en un endroit, presque un demi-pouce; poids, 2 drachmes et 33 grains. — La section présentait une structure polie, compacte, disposée en couches nombreuses, concentriques et d'un gris blanc; le noyau formait un corps d'une couleur sombre, plus mou, de la grosseur d'un petit pois. L'analyse chimique constata dans le noyau une masse graisseuse contenant du fer; dans le reste, du carbonate et du phosphate de chaux.

(*Edinburgh medical journal.*)

CHLORATE DE POTASSE CONTRE LA FÉTIDITÉ DE L'HALEINE.

Le *Pacific medical and surgical Journal* indique le moyen suivant pour détruire la fétidité de l'haleine que l'on remarque chez certaines personnes, sans qu'on puisse la rattacher à la carie dentaire ou à la malpropreté de la bouche. Cette mauvaise odeur, alors, peut provenir des poumons ou de l'estomac, mais neuf fois sur dix elle provient de l'estomac; voici dans ce cas un remède prompt et certain.

Prendre trois heures après les repas une cuillerée à café de la solution suivante:

Chlorate de potasse.	6 grammes.
Eau sucrée.	120 —

Se rincer en même temps la bouche avec cette solution.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 septembre 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

Tumeurs composées; ablation par le caustique. — M. A. Legrand adresse à l'Académie deux observations de lipomes enlevés à l'aide de la cautérisation.

J'ai déjà entretenu l'Académie, dit-il dans sa lettre d'envoi, du premier de ces deux faits (séance du 11 mars dernier), en lui annonçant l'ablation heureuse et rapide de la première de ces deux tumeurs. Mais, chose digne de remarque, c'est que le lendemain même du jour où je proclamais hautement ce que je considérais comme un beau succès, la nature paraissait me donner un démenti, car la tumeur semblait s'être reproduite!

Il n'en était cependant rien.

C'était une autre tumeur, *une tumeur fibreuse que coiffait le lipome*, et qui devenue libre avait obéi à un besoin d'expansion que rien ne contrariait plus, et qui lui permettait de remplir, et au delà, toute la cavité laissée libre par le lipome enlevé. M. le docteur Lebert est le premier qui ait signalé dans son grand *Traité d'anatomie générale* (en voie de publication) ce genre assez exceptionnel de productions pathologiques, et que j'ai cru pouvoir spécifier par le nom de *tumeurs composées*.

La seconde observation du petit mémoire que je prends la liberté de soumettre au jugement de l'Académie, offre un second exemple de ce genre de tumeurs, avec cette circonstance aggravante d'un long pédoncule fibreux, qui allait s'insérer sur l'apophyse acromion par une assez large base qui se confondait avec le périoste.

L'Académie comprendra sans peine que l'ablation de ces deux tumeurs, quoique menée à bonne fin, ait exigé plus de temps, plus de peine, un plus grand nombre de cautérisations que celle d'un simple lipome; mais elle n'en a pas moins eu lieu avec la même sécurité, car malgré l'épidémie d'érysipèle qui régnait alors (du 15 février au 15 juin), il ne s'est jamais manifesté chez mes deux malades le moindre symptôme d'inflammation érysipélateuse! (Commissaires: MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert.)

M. Polli adresse au concours, pour les prix de médecine et de chirurgie, deux ouvrages écrits en italien, l'un *Sur les maladies à ferment morbifique et leur traitement*, l'autre *Sur les sulfites et hyposulfites médicinaux*.

Ces pièces seront réservées pour la future commission des prix de médecine et de chirurgie (concours de 1862).

M. le Secrétaire perpétuel présente, au nom de M. Rayer, le tome II de la 3e série des *Mémoires de la Société de biologie*, et indique les principaux travaux dont il est rendu compte dans ce volume.

— M. le Secrétaire perpétuel signale parmi les pièces imprimées de la correspondance:

1° Un numéro du *Bulletin du Conseil central d'hygiène publique et de salubrité du département des Hautes-Alpes*, envoyé par le préfet du département;

2° Un mémoire de M. Decharme sur les propriétés et la composition de l'opium indigène.

Un des résultats que M. Decharme considère comme acquis, c'est que, d'après les expériences faites par plusieurs professeurs de l'École de médecine d'Amiens, les effets produits par l'opium de l'œillette n'ont été dans aucun cas inférieurs à ceux qu'on a obtenus par comparaison avec l'opium exotique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 juillet 1861. — Présidence de M. P. Dubois.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. le docteur Fauconneau-Dufresne fait hommage d'un livre intitulé *Guide du diabétique*. (M. Foucart.)

Tympanite péritonéale. — M. le Dr Labalbary, membre correspondant, adresse l'observation d'un cas remarquable de *tympanite péritonéale*. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 5 septembre.)

Tumeur congénitale enkystée de la région sus-orbitaire. — M. Legrand présente un malade qui portait à l'angle externe du sourcil gauche une tumeur enkystée située de telle sorte que, penchant vers l'œil, elle gênait la vision en dehors. Du reste, très-mobile, sans changement de couleur à la peau, elle était insensible même au toucher. Observée dès la naissance, les parents du malade l'avaient vue rester longtemps stationnaire. Peu à peu, cependant, et fort lentement, elle avait fini par grossir et prendre le volume et la forme d'une chevrotine.

M. Legrand pratiqua une première cautérisation linéaire d'environ trois centimètres de longueur, suivant le grand axe de la tumeur, inclinée vers la commissure externe des paupières. Il ne revit son opéré qu'au bout de seize jours, époque à laquelle il fendit l'eschare, ce qui fut fait sans la moindre douleur, sans perte de sang. Il s'écoula un liquide citrin, onctueux, semblable à de l'huile; quatre jours après, en pressant le kyste, on en fit sortir une matière blanchâtre, grumeleuse, et on le vida entièrement.

Mais, lorsqu'il voulut enlever les parois du kyste, qui avait près de deux centimètres de profondeur, M. Legrand le trouva si fortement adhérent qu'il y dut renoncer. Il porta alors le caustique dans l'intérieur même du kyste, répéta cette opération à cinq reprises, faisant sortir chaque fois quelques débris de la poche; la cicatrisation ne fut complète qu'au bout de six semaines. L'opération n'a laissé qu'une trace insignifiante, à peine visible.

Ces cautérisations ont été à peine douloureuses, et, cependant, la première, *celle qui l'a été le moins*, a presque déterminé une syncope, qui s'est reproduite quand M. Legrand a fendu l'eschare, ce qui n'excite aucune douleur, puisqu'on incise des tissus frappés de mort, deux phénomènes qui ne trouvent leur explication que dans l'impressionnabilité exagérée du sujet, et qui font comprendre que certains malades aient été pour ainsi dire foudroyés, ainsi que notre collègue en a constaté un exemple par la vue et par l'action du bistouri pour ouvrir un abcès.

M. Guersant. Le fait cité par notre confrère est un nouveau cas de succès du caustique de Vienne dans l'ablation des tumeurs enkystées et des loupes en particulier. Ce moyen a été préconisé il y a bien des années déjà par Dupuytren et J. Cloquet, et l'on a lieu de s'étonner de ne pas le voir plus répandu. Les accidents qui survien-

nent à la suite de l'emploi du bistouri sont très-fréquents. Nous avons encore été témoin, il y a quelques jours, de la mort d'une dame à la suite d'une semblable opération. Par le caustique de Vienne, je n'ai jamais vu d'érysipèle, même en temps d'épidémie, et certes je puis dire que j'ai usé largement de ce caustique, puisque j'ai appliqué jusqu'à quarante cautères autour des articulations du genou et de la hanche. Il y a des médecins qui cependant ont eu des érysipèles après avoir employé le caustique de Vienne, mais cela tient à ce qu'ils n'ont pas pris certaines précautions; ces chirurgiens ont voulu hâter la chute du kyste, en l'arrachant et en déterminant ainsi une certaine irritation fâcheuse.

M. DUHAMEL. J'approuve entièrement les idées de notre confrère. Nous avons en ce moment une épidémie d'érysipèle. Il y a quelques jours, dans une maison où un domestique était atteint de cette affection, j'ai enlevé à une dame une loupe par le caustique de Vienne, sans aucune complication fâcheuse.

M. COURSSERANT. Le mois dernier, j'ai enlevé dix-sept loupes à une seule malade; quinze ont été enlevées par la cautérisation linéaire, telle que la préconise M. Legrand. Le temps m'ayant manqué, j'ai dû enlever les deux autres par le bistouri. J'ai fait dans ces cas une remarque que je crois avoir déjà consignée ici. En fendant l'eschare avec le bistouri, j'ai constaté au-dessous un léger écoulement de sérosité; le caustique agit donc comme vésicatoire; il se fait entre le kyste et la paroi une exsudation séreuse, ce qui explique comment, dans ces cas, l'énucléation des loupes est si facile.

Injections iodées dans un kyste ovarique. — M. LEGRAND communique le fait suivant, dans lequel il croit pouvoir rapporter la cause de la mort à une injection iodée pratiquée quelque temps auparavant.

Mme de ..., âgée de vingt-trois ou vingt-quatre ans, avait une hydropisie enkystée d'un des ovaires, qui remontait déjà à plus de deux ans; et comme elle devenait monstrueuse, on lui fit une première ponction palliative qui procura l'évacuation de vingt et un litres d'une sérosité citrine et limpide. L'épanchement ne tarda pas à se reproduire, et on fit une seconde ponction qui fournit onze litres du même liquide et qui fut immédiatement suivie d'une injection iodée. Il ne tarda point à se manifester des symptômes de péritonite, qu'on parvint cependant à maîtriser en partie, et la malade entra dans une espèce de convalescence qui lui permettait de se lever et de se mettre sur son canapé. Mais l'hydropisie se reproduisit lentement, la malade s'affaiblissait, et un jour on la trouva étendue sur son tapis, sur lequel elle était tombée de son canapé. Elle était expirante, et, reportée dans son lit, elle ne tarda pas à succomber.

M. Legrand oppose à ce fait, où l'influence fâcheuse de l'injection iodée ne saurait être niée, l'observation suivante, qui lui a été communiquée par son collègue M. le docteur Faure, ancien interne des hôpitaux.

« Mme S..., âgée de trente ans environ, fut prise en 1848 d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, et en peu de temps elle devint si volumineuse, qu'un fauteuil ordinaire ne pouvait plus la recevoir. Sa peau devint terreuse; ses membres, les jambes surtout, étaient amaigris, ou pour mieux dire desséchés d'une manière incroyable. Les progrès de cette maladie étaient venus compliquer le développement normal d'une grossesse terminée par un accouchement heureux, quoique fort difficile, mais qui n'apporta aucune modification favorable dans la maladie de l'ovaire. Mme S..., fort sceptique à l'endroit de la médecine, ne se prêta à aucun traitement ni avant ni après son accouchement, et elle en arriva à un état tel, qu'on dut concevoir les craintes les plus légitimes pour une issue fatale et prochaine; quand un jour, sans aucune raison appréciable, elle fut prise d'une diurèse abondante, diminua de volume, et en peu de jours toute trace de son kyste avait disparu. Il y a aujourd'hui dix ans de cela, et Mme S... jouit d'une santé magnifique; elle ne parle plus de son ancien état que pour en faire l'objet de quelques railleries plus ou moins mordantes, quoique, en définitive, imméritées, contre la médecine. »

Des tumeurs lacrymales et de leur traitement par la méthode de Bowman. — M. DOUMIC lit sur ce sujet un travail qui sera publié ultérieurement.

M. COURSSERANT ne conteste point les succès réalisés par la méthode de M. Bowman; car en ouvrant largement les conduits lacrymaux jusqu'à leur embouchure dans le sac lacrymal, elle permet au muco-pus, secrété dans la cavité malade, de s'écouler librement au dehors au fur et à mesure de sa formation, en même temps que la sécrétion lacrymale, mise ainsi librement en contact avec la cavité malade, en nettoie et en lubrifie à chaque instant les parois. Or s'il est vrai que pour ramener les surfaces malades à leur état presque physiologique, et obtenir la cessation de la sécrétion muco-purulente, la première condition, la condition presque indispensable, soit le non-séjour dans le sac lacrymal des liquides pathologiquement sécrétés, il est évident que la méthode du chirurgien anglais a de grands avantages sur tous les autres procédés de dilatation progressive, continue ou intermittente, proposés jusqu'à ce jour.

En effet, dans la manière de faire ordinaire, les corps dilatants, clous en plomb, clous en ivoire préparé, cordes à violon, sétons, etc., bouchent presque hermétiquement les ouvertures par lesquelles le muco-pus du sac pourrait s'écouler soit au dehors par l'ouverture cutanée, soit dans les fosses nasales par le canal nasal: de telle sorte que les liquides morbides contenus dans le sac, filtrant pour ainsi dire incessamment entre les paupières par les points lacrymaux, irritent la conjonctive, provoquent, excitent et entretiennent cette conjonctivite symptomatique si désagréable, si inquiétante pour les malades, et que Scarpa regardait à tort comme étant le point de départ de la tumeur lacrymale.

Ainsi, en empêchant les liquides de séjourner dans le sac lacrymal, M. Bowman modifie avantageusement les surfaces muqueuses malades, et les rend plus aptes à supporter le contact des corps dilatants dont l'emploi dans l'immense majorité des cas devient nécessaire pour obtenir la résolution des tissus engorgés, conditions que M. Coursserant réalise par l'établissement permanent ou provisoire de fistules capillaires, dont quelques praticiens ont fait semblant de rire, probablement parce qu'ils avaient oublié que cette méthode n'est autre chose que celle par laquelle la nature arrive souvent à des guérisons solides et durables, et qu'ils n'avaient pas assez tenu compte de la nature et du siége des altérations organiques qui se rencontrent dans la tumeur lacrymale.

Si l'analogie et son expérience personnelle le portent à croire à l'efficacité de la méthode de son confrère d'outre-mer, il ne saurait concéder ce que M. Doumic avance d'après les recherches nécroscopiques entreprises par M. Bowman, à savoir : que la cause principale de la tumeur lacrymale réside, dans l'immense majorité des cas, dans un rétrécissement manifeste des conduits lacrymaux à leur embouchure dans le sac lacrymal. M. le docteur Béraud, dont les patientes recherches ont jeté tant de lumière sur ce sujet d'anatomie pathologique, n'a rien noté de semblable dans son important et si consciencieux travail, basé sur le nombre immense de cent ouvertures de cadavres faites à l'amphithéâtre de Clamart.

Quant à la guérison radicale de la tumeur lacrymale par l'oblitération du sac, sans vouloir, tant s'en faut, l'ériger en méthode générale, je la considère comme ayant réalisé un progrès important dans la pratique ophthalmologique, surtout dans certains cas de désorganisation avancée des tissus où tous les autres procédés, toutes les autres méthodes, luttent en vain contre l'incurabilité de la maladie. Les cicatrices plus ou moins difformes dont parlent les adversaires de cette méthode, le larmoiement consécutif et durable, etc., sont autant d'objections mal fondées et que l'expérience de chaque jour réduit à leur véritable rôle d'exagération ou de *craintes hypothétiques*.

M. MAGNE. Je ne saurais me dispenser, tous nos collègues le comprennent, de prendre la parole sur la question qui vient d'être traitée. Je tiens à vous dire tout d'abord que je partage complétement l'opinion de M. Coursserant sur la canule de Dupuytren. J'ai peine, en effet, à comprendre comment un homme doué à un si haut point du bon sens chirurgical, ait pu, à un moment donné, se laisser aller à un si monstrueux égarement. La canule n'est plus aujourd'hui qu'à l'état de souvenir.

J'arrive à la communication de M. Doumic.

Dans notre séance dernière, notre collègue nous avait annoncé cette communication avec une assurance telle, que je croyais voir tomber en ruines l'échafaudage élevé par moi avec tant de peine depuis treize ans. Je me demandais néanmoins comment il avait pu surgir, sans que j'en eusse eu la moindre idée, une méthode destinée à remplacer avec avantage celle de l'*oblitération du sac*. Si pourtant cette méthode eût existé, je n'aurais pas hésité à l'adopter, tout en regrettant mes longs efforts perdus.

Eh bien, je le déclare, j'ai été complétement trompé dans mon attente, et je m'en félicite. La méthode de M. Bowman, dont M. Doumic vient de vous entretenir, n'a rien de neuf; elle rentre dans la série des procédés qui ont vainement essayé de rétablir le cours normal des larmes : c'est une sorte de cathétérisme forcé. Mais que peut faire la dilatation ? Elle ne saurait supprimer l'inflammation du sac lacrymal; cette inflammation, qui verse incessamment du pus sur les conjonctives, entretient l'inflammation de ces membranes et ne cesse que quand le sac lui-même a été oblitéré.

M. Doumic nous dit : Attaquez le sac autrement que par sa face externe, et vous n'aurez pas de cicatrice; et il cite le malade opéré par moi et présenté dans la dernière séance par M. Legrand. Mais il ne serait pas juste de parler de la cicatrice qui existe chez ce malade. D'abord, M. Legrand ne l'a présenté que pour vous montrer que la cicatrisation était complète au bout de trois semaines.

M. LEGRAND. Le fait est exact. La cicatrice venait à peine d'être fermée; j'ai revu le malade, je le présenterai de nouveau à la Société. La cicatrice aujourd'hui ne se voit plus.

M. MAGNE. Et, d'ailleurs, je ferai observer à M. Doumic que je ne suis responsable que des cicatrices qui sont de mon fait. Quand j'opère une tumeur lacrymale grâce au *spéculum du sac*, la cicatrice est invisible; mais quand j'opère une fistule, quand les téguments ont été perforés et indurés par suite d'inflammations successives, et c'est le cas du malade présenté par M. Legrand, je régularise la cicatrice le mieux possible, mais je ne puis la dissimuler complétement. En somme, la méthode de M. Bowman est, comme toutes les autres, une méthode insuffisante, et je n'ai rien à changer à mon procédé d'oblitération.

M. GUERSANT, tout en approuvant l'oblitération et en reconnaissant qu'elle ne laisse pas de cicatrice, croit cependant que la canule a pu avoir quelque succès.

M. COURSSERANT. Je n'admets pas que l'oblitération du sac doive être employée généralement, mais je reconnais qu'elle a rendu un très-grand service à la chirurgie oculaire; j'entre donc très-volontiers dans une partie des convictions de M. Magne.

Quant à la canule, je me rappelle que M. Guersant a bien voulu me montrer une malade chez laquelle l'application de la canule paraissait avoir été suivie de succès. Je fis par le point lacrymal inférieur une injection qui reflua par le point lacrymal supérieur. Rien ne passa par le canal nasal. Peut-être la guérison avait-elle eu lieu par oblitération.

M. MILON. C'est sans doute le seul cas où la canule ait réussi, et elle aurait réussi, comme M. Magne le propose, par l'oblitération.

M. DOUMIC. Mais enfin on n'admet donc pas alors qu'il y ait une méthode générale de guérir la tumeur lacrymale?

M. MAGNE. Au contraire, *l'oblitération du sac*, toutes les fois que ce sac contient du pus depuis longtemps, et que le traitement général a échoué.

Phlegmon péri-utérin. — M. le docteur E. QUANTIN donne lecture de l'observation suivante (voir la *Gazette des Hôpitaux* du 14 septembre).

Le secrétaire annuel, Dr ELLEAUME.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Barré, né à Thouars (Deux-Sèvres); *Hygiène du premier âge. Des soins que réclame l'enfant, depuis la naissance jusqu'après le sevrage.*

Planque, né à Sailly-sur-la-Lys (Pas-de-Calais); *De l'étranglement herniaire et des indications qu'il présente.*

Laure, né à Toulon (Var); *De l'ulcère contagieux de Mozambique chez les Cafres, et de son traitement.*

Drouet, né à Creton (Eure); *De la cystocèle vaginale simple.*

Guernier, né à Saint-Contest (Calvados); *Du traitement de l'amaurose.*

La note suivante a été communiquée au *Moniteur* :

« Les craintes que l'événement de l'*Anne-Marie* avait fait concevoir un instant pour l'état sanitaire de Saint-Nazaire étaient complétement dissipées, les quarantaines ordonnées en Espagne et en Portugal ont été abolies, et les provenances de Saint-Nazaire sont de nouveau admises en libre pratique. »

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 116 — JEUDI 3 OCTOBRE 1861. (34ᵉ ANNÉE.) N° 116. — JEUDI 3 OCTOBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 OCTOBRE 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

On s'attendait à voir engager une nouvelle discussion sur le rapport de M. Blache. Il y avait, en effet, dans cet excellent travail auquel la presse médicale tout entière s'est plu à rendre un juste hommage, de quoi défrayer de longs et intéressants débats. Mais l'élément essentiel de toute discussion, la contradiction, a fait défaut. Deux membres seulement ont pris la parole, et tous deux pour abonder dans le même sens que le rapporteur et pour appuyer l'esprit, sinon le texte même, de ses conclusions. Le silence des membres qui prennent habituellement une part active aux travaux et aux débats de l'Académie, ne peut évidemment, en présence d'un sujet d'une pareille importance, être interprété que comme une adhésion tacite.

Du reste, pour avoir été courte, la discussion n'a pas manqué d'intérêt; et l'on peut inscrire parmi les bons et utiles discours les deux dissertations de M. Piorry et de M. Bouchardat.

M. Piorry, au nom des principes rigoureux d'une saine observation, a fait une critique très-sensée et très-juste des statistiques qui ne s'appuient pas sur une analyse médicale des éléments qu'elles mettent en œuvre. Si les considérations qu'il a émises sur ce sujet ne sont pas entièrement neuves, elles n'en sont pas moins bonnes, et par conséquent utiles à répéter à l'occasion.

Quant à M. Bouchardat, il a exposé, avec cette abondante facilité et cette communicative animation qui traduit également chez lui la chaleur et l'honnêteté de ses convictions, le système de pathogénie de la tuberculisation pulmonaire qu'il a déjà eu l'occasion de développer dans son cours d'hygiène de la Faculté et dans de récentes publications.

C'est dire assez qu'en somme la séance a été bonne et instructive. — Dʳ Brochin.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Quelques considérations sur certaines formes de plaies péri-articulaires et sur les hémorrhagies auxquelles elles donnent lieu.

(Par M. LAUNAY, interne du service.)

Le meilleur, pour ne pas dire le seul moyen d'arrêter d'une manière définitive une hémorrhagie artérielle, est sans contredit la ligature. C'est seulement ainsi qu'on peut se mettre en garde contre les hémorrhagies secondaires. En effet, pour peu que le vaisseau artériel coupé ait un calibre d'une certaine importance, les hémostatiques ordinaires n'agissent que d'une manière provisoire. Lorsque par suite de la suppuration qui surviendra dans la plaie leur action cessera, l'écoulement sanguin ne pourra manquer de reparaître, et cette fois d'une façon d'autant plus grave que la ligature sur des tissus enflammés sera plus difficile, et que le malade étant épuisé par des pertes de sang antérieures, l'hémorrhagie aura par cela même moins de tendance à s'arrêter. Or il est des cas dans lesquels la ligature des artères ouvertes ne peut se faire immédiatement. Le malade dont nous publions plus loin l'observation en offrait un curieux exemple; il s'agissait, en effet, chez lui d'une plaie faite par un instrument piquant et tranchant à la fois, un couteau à lame longue et mince. Cette arme, en pénétrant dans l'épaisseur du deltoïde, avait produit une plaie profonde à orifice étroit, et par laquelle le sang s'échappait en abondance.

On comprend que dans ce cas il était complétement impossible de lier les artères coupées, leurs orifices étant situés dans l'épaisseur du muscle, ou mieux entre la face profonde du membre et l'articulation, car la lame avait rasé la capsule articulaire. Les ouvertures artérielles étant donc à une distance plus ou moins grande de la plaie extérieure, le chirurgien ne pouvait espérer de les atteindre.

On trouve dans la thèse de M. Mesnet, en 1852, une observation qui offre avec celle-ci la plus grande analogie. La relation de ce fait, recueilli dans le service de M. Michon, est accompagnée de réflexions pleines d'intérêt et qui peuvent s'appliquer presque complétement au cas que nous publions. Il s'agissait d'une plaie faite à la partie supérieure et interne de la cuisse; elle se dirigeait d'avant en arrière, et pénétrait à une grande profondeur.

La ligature immédiate des artères coupées était, comme chez notre malade, complétement impossible. La première indication paraissait être la compression; elle fut faite et maintenue en place pendant plusieurs jours, au bout desquels l'hémorrhagie reparut assez abondante pour donner des inquiétudes sérieuses sur la vie du malade. Il fallait donc agir immédiatement, le danger était imminent. M. Mesnet se demande ce que devait faire le chirurgien dans un cas aussi grave. L'idée qui s'offrait la première à l'esprit, c'était de faire la ligature de la fémorale au-dessus de la plaie. Mais ne sait-on pas que les artérioles qui émergent de ce tronc communiquent largement avec les branches de l'iliaque interne? Et d'ailleurs la compression sur la fémorale avait été faite et n'avait modifié en rien l'hémorrhagie. Il ne fallait pas même songer à lier l'hypogastrique et moins encore l'iliaque primitive : c'eût été un remède plus dangereux que le mal même.

Un autre moyen se présentait, qui paraissait offrir plus de chances de succès. Il consistait à agrandir largement la blessure, à transformer une plaie profonde et cachée dans l'épaisseur des tissus en deux surfaces saignantes et sur lesquelles on pourrait lier facilement toutes les artérioles. Ce moyen fut employé et réussit pleinement.

Dans notre observation les faits se passent de même; la compression est faite pendant plusieurs jours, puis, malgré ce moyen de traitement, l'hémorrhagie reparaît et met le malade dans un pressant danger. Ici, de même, deux moyens seulement peuvent être mis en usage : la ligature du tronc principal ou l'agrandissement de la plaie. M. Demarquay se décide également pour ce dernier moyen, dont nous verrons plus loin avec M. Mesnet les avantages et les désavantages.

Etudions d'abord en peu de mots comment se comportent les vaisseaux dans les deux points où se sont présentées les plaies dont nous venons de parler.

A la partie supéro-interne de la cuisse, les branches de la fémorale sont nombreuses; il n'y a point là de vaisseaux importants, mais une grande quantité d'artérioles s'anastomosant largement avec les ramifications de l'hypogastrique; de sorte que, dans une plaie profonde faite en ce point, chaque bout des vaisseaux coupés donne issue à l'écoulement sanguin. Quand même on pourrait arrêter complétement l'hémorrhagie fournie par les vaisseaux venus de la fémorale, le sang ne continuerait pas moins à couler par les anastomoses dont nous avons parlé plus haut.

A l'épaule, la disposition des branches artérielles offre la plus grande analogie avec celle que nous venons d'indiquer à la cuisse. Nous trouvons à la face profonde du deltoïde, au niveau de la capsule articulaire, des artérioles nombreuses qui émergent des deux circonflexes, et qui, s'anastomosant entre elles, vont fournir à l'articulation une grande quantité de ramifications. Ces artérioles rampent sur la face externe de la capsule. Un peu plus bas, on rencontre, en arrière, le tronc même de la circonflexe postérieure accompagné du nerf circonflexe. Cette artère importante, née de l'axillaire, passe au-dessus, puis en arrière de l'articulation, contourne le col chirurgical de l'humérus, en décrivant ainsi les trois quarts d'un cercle, et vient se terminer dans la couche de tissu cellulaire lâche qui sépare le muscle de l'os et de la capsule articulaire.

En avant et au même niveau que la précédente est la circonflexe antérieure, qui naît quelquefois d'un tronc commun avec la postérieure, décrit comme elle un arc de cercle en passant en avant de l'articulation, et se termine de même sous la face profonde du deltoïde. Les deux circonflexes s'anastomosent largement entre elles par leurs dernières ramifications; elles forment donc autour du col chirurgical de l'humérus un cercle artériel partout continu avec lui-même. La ligature de l'une d'elles ne pourrait arrêter l'écoulement sanguin, et comme dans ce cas les ramuscules coupés par l'instrument vulnérant sont inaccessibles à la ligature, il faut donc immédiatement recourir à un moyen plus sûr d'arrêter l'hémorrhagie, et l'agrandissement de la plaie est le seul qu'il soit raisonnable d'employer.

La ligature du tronc principal pourra mettre fin à l'écoulement sanguin; mais les accidents qui peuvent résulter de cette opération toujours grave par elle-même se joindront à ceux que doit entraîner à sa suite une plaie profonde à orifice étroit : des abcès, des fusées purulentes, l'infection qui pourra résulter du croupissement du pus au fond de ce clapier, etc.

En agrandissant la blessure, on aura l'avantage d'avoir une plaie simple, à ciel ouvert, et on sera également à l'abri des hémorrhagies secondaires. On aura donc pour soi toutes les chances de succès désirables, à moins pourtant qu'il ne survienne, comme dans le cas que nous publions, une de ces complications terribles qui emportent le malade contre toutes les prévisions du chirurgien.

M. Mesnet, à propos de l'opération pratiquée par M. Michon, s'est demandé avec raison si dans une section transversale faite ainsi sur des muscles importants, il n'y avait pas à craindre de détruire dans ces organes l'innervation. C'est là une question importante, moins peut-être pour le malade de M. Michon que pour le nôtre, car dans le cas que rapporte M. Mesnet, il y avait seulement section de quelques muscles de la partie supéro-interne de la cuisse; les mouvements de flexion, d'extension, d'abduction du membre, étaient conservés. Chez notre malade il fallait couper toute l'épaisseur du deltoïde à sa partie supérieure. Or on sait combien sont importants les mouvements produits par ce muscle, et quels inconvénients nombreux entraîne sa paralysie. M. Mesnet s'appuie à ce sujet sur l'autorité de M. Malgaigne, qui conclut avec MM. Lantenois et Chassaignac que les nerfs ne pénètrent dans les muscles ni au-dessus du quart supérieur de la portion charnue, ni au-dessous du quart inférieur. Cette assertion s'est trouvée confirmée chez son malade, qui même avant la cicatrisation de sa plaie exécutait des mouvements d'adduction. Quant au nôtre, sa plaie, dirigée d'avant en arrière et un peu de haut en bas, traversait, il est vrai, toute l'épaisseur du deltoïde, mais passait au-dessus du tronc du nerf circonflexe, qui, comme nous l'avons dit, accompagne l'artère circonflexe postérieure. On eût donc eu tout au plus une perte d'innervation dans le lambeau supérieur, dont la hauteur n'égalait pas le quart de celle du deltoïde.

Pour que nos lecteurs puissent juger combien il y avait de rapports entre ces deux faits, nous joignons à notre observation un résumé de celle de M. Mesnet, qui a bien voulu mettre sa thèse à notre disposition.

Observation de M. Mesnet.

J..., portefaix, âgé de vingt-huit ans, entre le 26 mai 1850 à la Pitié, dans le service de M. Michon. Il avait reçu la veille, à la partie supéro-interne de la cuisse droite, une large blessure produite par un couteau à lame très-épaisse, très-large, à pointe brusquement arrondie, et longue de 20 centimètres.

Un bandage compresseur, appliqué immédiatement, n'a arrêté le sang que d'une manière incomplète.

A la visite du 27, on constate l'existence d'une plaie longue de 10 centimètres, à bords nettement tranchés. Son angle supérieur est à 5 centimètres de l'arcade de Fallope; elle est de plus à 4 centimètre et demi en dedans du trajet de la fémorale; sa direction est antéro-postérieure. Le doigt arrive avec peine au fond de la blessure; il en sort du sang vermeil, mêlé d'un peu de sang noir, mais sans impulsion.

M. Michon fait sur la plaie une compression qu'il maintient à l'aide du spica de l'aine.

Rien de nouveau jusqu'au 5 juin; il suinte toujours un peu de sang à travers le bandage.

Le 5, l'hémorrhagie apparaît avec un caractère franchement artériel; elle est assez abondante pour donner des inquiétudes sérieuses.

Le 6, M. Michon se décide à agrandir la plaie.

Le malade étant chloroformé, le chirurgien porte l'indicateur de la main gauche au fond de la plaie, et dirige sur ce doigt un long couteau tranchant sur un seul bord, qui traverse d'un seul coup les parties molles qui correspondent au fond de la plaie et vient sortir à la partie postéro-interne de la cuisse; puis, inclinant le tranchant en dedans et en bas, il taille un vaste lambeau comparable dans certaines limites au lambeau du premier temps de la désarticulation de la cuisse.

Des ligatures sont faites. Quelques points fongueux sont cautérisés au fer rouge; la plaie est en outre laissée trois quarts d'heure à découvert, puis une compression est faite sur toute sa surface avec une large rondelle d'amadou.

Le 10, ce pansement est enlevé, et les lèvres de la plaie sont réunies autant que possible avec des bandelettes de diachylon; les cuisses sont maintenues rapprochées.

Depuis cette époque, l'état du malade a toujours été en s'améliorant; le 30, il se promenait dans les cours de l'hôpital.

Le seul obstacle à la cicatrisation qui se soit présenté, a été l'écartement progressif des lambeaux; il fut nécessaire d'exercer une compression continue sur le lambeau supérieur, et même en arrière; il fallut faire une suture enchevillée dont les fils, passés à une grande profondeur et venant s'enrouler sur deux épais rouleaux de linge, rapprochèrent les lèvres de la plaie dans toute leur épaisseur.

Observation recueillie dans le service de M. Demarquay.

C... (Ferdinand), âgé de trente ans, pâtissier, entre le 5 juin 1861 à la Maison de santé. Cet homme est fort, robuste, d'une santé d'ordinaire excellente; il a reçu, il y a cinq jours, un coup de couteau dans l'épaule droite. L'arme dont on s'est servi était un couteau de pâtissier à lame longue, flexible et terminée par une pointe très-acérée. L'instrument vulnérant a pénétré à la partie antérieure de l'épaule, à 4 centimètres au-dessous de l'acromion. La plaie extérieure est longue de 6 centimètres, sa direction est oblique en bas et en dedans. Quant à la plaie profonde, elle s'enfonce dans l'épaisseur du membre en se dirigeant en arrière et un peu en bas.

Immédiatement après ce coup de couteau, il se fit par la plaie une hémorrhagie très-abondante; le sang était rouge, spumeux; on le vit même sortir par jets saccadés. Le médecin de la Maison, et ensuite A. Richard, firent des tentatives pour arrêter cet écoulement sanguin; mais ils ne purent parvenir à lier aucun vaisseau; ils se contentèrent de tamponner la plaie avec des boulettes de charpie. Le malade reste dans cet état jusqu'au jour de son entrée à la Maison de santé.

Le 6 au matin, la plaie est examinée; les tampons de charpie sont retirés de son intérieur, et on se contente de faire un pansement simple avec de la glycérine.

M. Demarquay recommande de surveiller beaucoup le malade; car il se fera presque nécessairement, dit-il, une hémorrhagie secondaire.

La journée se passe aussi bien que possible; le malade a un peu de fièvre; l'appétit est à peu près perdu; les bords de la plaie sont légèrement enflammés. Rien de nouveau jusqu'au lendemain soir 7 juin, époque où l'hémorrhagie reparaît. En quelques instants le malade est inondé de sang qui sort en abondance de sa blessure. On ne remarque point de jets saccadés; c'est un flot continuel de sang rutilant et spumeux. L'interne de garde étant appelé, agrandit la plaie de 2 centimètres environ, dans l'espoir de pouvoir lier les artères qui sont la source de l'hémorrhagie; mais bientôt il acquiert la conviction qu'il lui sera impossible d'atteindre les vaisseaux lésés. En sondant la plaie avec le doigt, il sent d'une manière évidente que l'arme a rasé la capsule articulaire, l'a contournée en décrivant une courbe à convexité externe et s'est arrêtée en arrière à une très-petite distance de la peau; il ne peut faire aucune ligature, et se contente de tamponner avec des boulettes de charpie garnies de fils, pour que l'on puisse les retirer facilement; le tout est maintenu à l'aide de bandelettes de diachylon.

Le lendemain matin, M. Demarquay craignant le retour de l'hémorrhagie, se décide à agrandir la plaie afin de pouvoir lier toutes les artères coupées.

Le malade avait perdu la veille une quantité de sang considérable, il était pâle, exsangue, dans un état de prostration extrême; son affaiblissement ne permet pas de le soumettre aux inhalations du chloroforme. Le chirurgien, avec un bistouri ordinaire, incise les tissus en suivant la plaie intérieure dans toute son étendue; il est obligé pour mettre à nu toute la surface intéressée par le couteau, de faire une section presque complète du deltoïde; son incision est à peu près transversale, un peu oblique en bas et en arrière; il l'a faite le plus près possible de l'insertion supérieure du muscle, pour ne pas intéresser le nerf circonflexe; il ne reste plus intacts du deltoïde que deux faisceaux musculaires très-petits, l'un en avant, l'autre en arrière; le reste est divisé en deux parties, dont la supérieure forme une sorte d'épaulette. La rétraction des tissus relève assez fortement ce lambeau. On a de la sorte deux surfaces saignantes qui s'écartent à angle aigu; au fond de la plaie, on voit le trajet parcouru par le couteau.

Cette large blessure donne du sang en abondance: cependant on ne constate aucun jet artériel volumineux. On voit le sang jaillir d'un grand nombre de petits orifices; on fait environ une douzaine de ligatures, l'écoulement sanguin est arrêté complétement. Une large rondelle d'amadou est appliquée sur la surface de la plaie; pansement simple à la glycérine; l'avant-bras est maintenu fléchi et rapproché du tronc.

Le malade a perdu peu de sang pendant l'opération; on a eu soin de lier les artères à mesure qu'elles se présentaient.

Le 9, rien de nouveau, peu de fièvre; le pansement est imbibé d'un liquide roussâtre et sanguinolent, comme il arrive toujours dans les plaies qui intéressent l'épaisseur des muscles; le malade est, comme nous l'avons dit, dans un état d'anémie extrême; on lui fait prendre du vin, des potages; on essaye le plus possible de relever ses forces épuisées.

Le 10, même état le matin; mais vers deux heures de l'après-midi il est pris d'un frisson violent qui dure jusqu'à quatre heures; le soir, la fièvre est très-vive; inappétence complète; insomnie.

Le 11 au matin, on constate l'existence d'un érysipèle qui couvre presque tout le dos. La rougeur est peu intense, elle est disséminée par plaques irrégulières; fièvre vive, anorexie, dégoût, langue sale, recouverte d'un enduit grisâtre; prostration excessive.

Le 13, ces symptômes n'ont fait qu'augmenter; l'érysipèle s'est agrandi; il couvre maintenant toute la face postérieure du tronc; la langue devient sèche et noirâtre; la fièvre est toujours très-intense.

Les jours suivants, son état s'aggrave; l'érysipèle pâlit au dos, mais il gagne toute la poitrine et le bras gauche.

Le 16, le bras est, ainsi que l'avant-bras, le siége d'un gonflement œdémateux très-prononcé. Le malade ne veut rien prendre, il se plaint de souffrir au niveau du sternum; respiration gênée, crachats muqueux adhérents au fond du vase; râles sous-crépitants dans les deux poumons, surtout en bas et en arrière; un peu de délire dans la nuit; agitation; anxiété.

Le 18 au matin, la face est grippée, la respiration est très-anxieuse; le pouls est filiforme; dans la journée il survient un délire violent, et la mort arrive le soir à huit heures.

On voit que dans le cas rapporté par M. Mesnet, le résultat fut aussi satisfaisant que possible. Si notre malade a succombé à la complication terrible qui est survenue, peut-être faut-il s'en prendre à l'état de débilité extrême dans lequel l'avait mis l'énorme quantité de sang qu'il avait perdue. Si l'on songe néanmoins à la forme de sa blessure, à la nécessité où l'on se trouvait de mettre un terme à ces hémorrhagies successives, il ne nous semble pas qu'on puisse douter que le moyen employé n'ait été aussi rationnel que celui mis en usage par M. Michon.

— Ces deux observations peuvent servir de guide dans un grand nombre de circonstances semblables. Ce qui est arrivé chez ces deux malades, à la cuisse et à l'épaule, peut se présenter dans d'autres régions, et surtout au niveau des articulations, qui toutes sont entourées d'un réseau de ramuscules artériels largement anastomosés entre eux. Mais c'est principalement au niveau des articulations scapulo-humérale et coxo-fémorale que ces cas peuvent se présenter avec leur gravité la plus grande. Là, en effet, sont des masses charnues considérables qui permettent à l'instrument vulnérant de pénétrer à de grandes profondeurs en intéressant les nombreuses artérioles qui forment dans ces points de riches réseaux anastomotiques.

FUSION COMPLÈTE

des extrémités supérieures des radius avec les parties correspondantes des humérus, observée chez un nouveau-né.

Par M. Lejeune (de Rumegies).

Eugénie B..., âgée de trente-huit ans, mariée depuis quatorze ans, domiciliée à Rumegies, est accouchée le 2 mai, à terme, d'un enfant du sexe masculin, chétif et mal constitué. Cette personne, d'un tempérament lymphatique, a eu auparavant cinq enfants, dont trois existent et se portent bien, et dont deux sont morts, l'un du croup et l'autre d'une rougeole compliquée d'une pneumonie. Les cinq premières grossesses ont été très-heureuses; la sixième n'a rien présenté d'insolite pendant les sept premiers mois de gestation; mais pendant les deux derniers, cette femme a été tourmentée par un rhumatisme articulaire subaigu des extrémités, lequel a résisté à tous les moyens employés pour le combattre, et a disparu en quelques jours sans traitement après la délivrance. Cette affection était accompagnée d'un gonflement assez considérable au niveau des petites articulations des pieds et des mains, d'un peu de rougeur et surtout d'une gêne dans les mouvements; la sensibilité était aussi un peu diminuée.

L'accouchement eut lieu le 2 mai. L'enfant était en position occipito-iliaque gauche antérieure. Le travail a marché assez régulièrement, mais lentement; aussi l'enfant était-il cyanosé, et fallut-il avoir recours pour le rappeler à la vie à une saignée du cordon ombilical, à l'immersion du corps dans l'eau tiède et à la respiration artificielle. La mère, d'un autre côté, perdait une assez grande quantité de sang, qui s'est arrêté heureusement après l'application sur le ventre de compresses trempées dans l'eau froide, et l'administration en deux fois de 1 gramme de seigle ergoté. Je ne revis l'enfant que deux jours après l'accouchement. Il est petit, chétif et très-amaigri; la tête est très-volumineuse relativement au reste du corps; ses membres thoraciques forment une courbe à concavité tournée en dedans et en avant; les avant-bras sont à demi fléchis sur les bras; ils sont dans une légère pronation. Au niveau du coude, le diamètre transversal n'a presque pas changé, tandis que le diamètre antéro-postérieur est augmenté; l'épitrochlée forme une saillie en dedans, tandis que l'épicondyle semble être projeté en avant; l'extrémité supérieure du cubitus a conservé ses rapports normaux avec l'humérus; quant à l'extrémité supérieure du radius, il est impossible de reconnaître le sillon inter-articulaire qui la sépare de l'humérus; son bord antérieur est mousse, et paraît se continuer sans ligne de démarcation avec l'humérus.

L'articulation du coude est tout à fait immobile. J'ai essayé à différentes reprises, en saisissant de la main gauche l'extrémité inférieure de l'humérus, et de la main droite les os de l'avant-bras, de faire exécuter un léger mouvement, soit de flexion, d'extension ou de supination, mais sans obtenir aucun résultat. Pendant quinze jours, j'ai répété les mêmes manœuvres avec le même insuccès. Toutes les autres articulations étaient à l'état normal.

L'enfant s'affaiblit de plus en plus, et mourut trente-deux jours après sa naissance.

Après la mort, je cherchai de nouveau à plier les bras en employant une force plus grande; au moyen d'une pression lente et progressive, j'obtins la flexion de l'avant-bras sur le bras, mais en déterminant une fracture de l'humérus. En disséquant, je vis que le cubitus avait conservé ses rapports normaux avec l'humérus; l'extrémité supérieure du radius ne présentait ni tête, ni col, ni tubérosité bicipitale, et elle se continuait sans aucune trace d'articulation avec le bord externe de l'humérus.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre:

1° Par sa rareté;

2° Par la difficulté où l'on se trouve d'expliquer le véritable mode de formation de cette soudure;

3° Par la conclusion pratique que l'on peut tirer de ces faits.

1° Les soudures osseuses chez le nouveau-né doivent être assez rares, car les ouvrages de pathologie que j'ai entre les mains, et qui traitent assez longuement des luxations congénitales et de l'ankylose, ne disent pas si ces soudures ont quelquefois été remarquées chez le fœtus; mais dans ces luxations où le tissu osseux a été profondément altéré, on retrouve encore les traces d'une ancienne ou d'une nouvelle articulation; ce qui n'a pas lieu dans le cas qui fait le sujet de l'observation.

2° Je crois qu'il est assez difficile d'affirmer si cette soudure n'a eu lieu que consécutivement à une affection de l'articulation, ou bien si la soudure s'est formée d'emblée.

3° La conclusion pratique que l'on peut tirer de ce fait, c'est de s'assurer, avant d'étendre ou de fléchir un membre ankylosé, si l'ankylose est complète ou incomplète; car, dans un cas de soudure osseuse, si l'on voulait forcer l'articulation, il arriverait ce qui a été déterminé après la mort, une fracture de l'un des os.

Il est assez difficile, en effet, de déterminer exactement l'origine de cette ankylose. Dans les cas ordinaires, elle commence par le cubitus; ici les articulations huméro-cubitales sont intactes.

L'ankylose a eu lieu par fusion et a préexisté à toute articulation; des deux côtés, la continuité des deux os est aussi nette que possible; il n'y a pas la moindre trace de séparation antérieure, pas le moindre sillon à la surface; l'extrémité supérieure du radius, au lieu d'être arrondie, est devenue triangulaire; cela s'explique facilement.

Dans tous les cas d'ankylose osseuse, les os tendent à augmenter dans le sens où ils sont le plus sollicités et peuvent prendre ainsi un accroissement considérable; ici, l'effort tendant surtout à plier le bras, c'est la partie la plus concave du coude qui s'est chargée de tissu osseux de manière à former une arête vive étendue du radius à l'humérus.

Si l'on pratique une coupe longitudinale des deux os, on voit que la soudure est formée par du tissu spongieux à lamelles épaisses, entourées de tissu compacte, comme éburné; cette éburnation remonte assez loin du côté de la diaphyse humérale, rétrécissant le conduit médullaire presque jusqu'à l'oblitération.

Cette altération est bien plus prononcée du côté du radius, où le canal médullaire a complétement disparu et a été remplacé par du tissu éburné qui tranche par sa densité et sa couleur blanche sur la couche compacte qui entoure la diaphyse de l'os à l'état normal. En présence de ces dispositions, à quelle cause devons-nous rapporter cette ankylose?

POTION CONTRE LA DIARRHÉE REBELLE LIÉE A LA DENTITION,

choléra infantilis,

Par M. le docteur Sébastian (de Béziers),

Eau de laitue.	120	grammes.
Gomme arabique	3	—
Sous-nitrate de bismuth	2	—
Rhubarbe pulv.	30	centigrammes.
Poudre d'ipécacuanha	15	—
Pepsine (p. corv. et B.)	1	—
Sirop de symphytum	30	—

M. S. A.

Une cuillerée à bouche toutes les heures. (*Abeille méd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er octobre 1861. — Présidence de M. Bouillaud.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus de MM. les médecins inspecteurs des bains de mer de Boulogne et de Calais et des eaux minérales de Chaudes-Aigues, pour l'année 1860. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend:

1° Une note de M. le docteur Boëns-Boisseau sur la fièvre lente, ses caractères et son traitement, et une deuxième note du même auteur sur un cas d'asphyxie par le charbon;

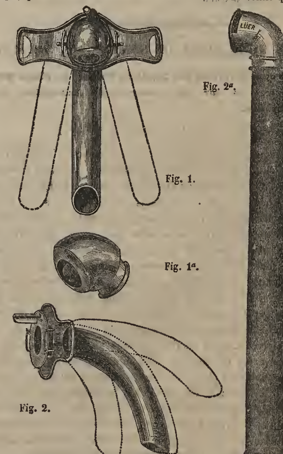
2° Une note de M. le docteur Ricou sur l'influence du séjour dans les écuries sur le vaccin (commission de vaccine);

3° Un mémoire intitulé: *Supplément à la statistique médicale de la fièvre typhoïde*, par M. le docteur J. Hryniewiski (commission des épidémies);

4° Une note de M. le docteur Dubouy (de Marmande) sur un nouveau cas de guérison du spina-bifida par le procédé de l'ablation (commissaire, M. Gosselin);

5° Une note sur l'emploi du chlorate de potasse dans le scorbut, par M. le docteur Brault;

6° **Canules à trachéotomie.**—M. Luër, fabricant d'instrumnts de chirurgie, présente à l'Académie deux canules à trachéotomie qui ont été



faites à la demande de MM. Trousseau et Demarquay. Ces deux canules, devant rester à demeure pendant un temps très-long, ont été fabriquées dans le but de permettre à l'opéré de parler. A cet effet elles présentent à leur partie supérieure une large ouverture qui permet à l'air de passer par le larynx; seulement, pour prévenir l'inconvénient

des canules ordinaires destinées à cet usage, le trou qui permet le passage à l'air est placé très-bas, afin de prévenir l'introduction de bourgeons charnus dans l'intérieur même de la canule.

La canule n° 1 est terminée par un renflement dans lequel se trouve placée une boule mobile en aluminium. Chaque fois que le malade veut parler, cette boule mobile vient fermer l'orifice de la canule, et l'air alors passant par le larynx permet une émission parfaite des sons.

L'avantage de cette canule est celui-ci : les mucosités ne viennent pas, comme dans les canules à soupape, gêner le jeu de ce petit appareil, de plus l'inclinaison de l'extrémité terminale de la canule fait que l'air n'arrive dans les bronches qu'après avoir subi une heureuse modification dans sa température.

Dans le modèle n° 2, on arrive au même résultat avec un tube en caoutchouc qui termine la canule. Ce tube, placé sous la cravate et dans la poitrine de l'opéré, ne laisse pénétrer dans les voies pulmonaires qu'un air chaud, et quand le porteur de la canule veut parler, il n'a qu'à comprimer doucement ce tube au-devant de la poitrine, et l'air alors passe par le larynx.

Grâce à ces perfectionnements, il est facile aux malades qui ont subi la trachéotomie et qui doivent conserver leurs canules, de parler parfaitement.

Ces deux appareils, nécessaires à l'émission de la voix, ont été fixés sur la canule mobile dont M. le docteur Roger a entretenu l'Académie il y a deux ans.

7° **Respiration des liquides pulvérisés.** — M. le docteur Fournié (de l'Aude) adresse la lettre suivante, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture :

« Dans la séance du 24 septembre, M. le docteur Demarquay a fait une communication au sujet de la pénétration des liquides pulvérisés dans les voies respiratoires. Les conclusions de ce travail sont complétement opposées à celles que j'ai données dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences (séance du 16 septembre), et ayant pour titre : *De la pénétration des corps pulvérulents, gazeux, volatils, solides et liquides, dans les voies respiratoires.* M. Demarquay prétend que les liquides pulvérisés pénètrent; moi j'affirme qu'ils ne pénètrent pas.

» La presse médicale s'est vivement émue de ces contradictions, basées des deux côtés sur l'expérimentation, et l'on a accusé l'expérience d'être trompeuse. *Experientia fallax*, a-t-on dit. Il est évident que les conditions seules de l'expérience peuvent tromper, à cause de leur grande variabilité.

» C'est pourquoi, non content de répéter mes propres expériences, j'ai voulu exécuter celles de mon honorable contradicteur. A cet effet, je me suis rendu à l'hôpital Beaujon pour y trouver la femme trachéotomisée qui avait servi de sujet à M. Demarquay, et avec le concours intelligent de M. Esmenard, interne en pharmacie dans cet établissement, j'ai pu réaliser mon projet.

» Dans un premier essai, j'ai fait respirer à cette femme de l'eau pulvérisée chargée de tannin (2 pour 100) pendant qu'un papier réactif au perchlorure de fer était dans la trachée. Lorsqu'à la fin de l'expérience nous avons retiré ce dernier, il était *humecté* par les mucosités bronchiques, mais nullement coloré par la réaction du tannin sur le fer.

» Dans un second essai, le tannin a été remplacé par de l'iodure de potassium, qui donne avec le fer une réaction beaucoup plus sensible. Le papier réactif n'a pas plus varié que la première fois.

» Appuyé sur ces nouvelles recherches, j'affirme plus que jamais que les liquides pulvérisés ne pénètrent pas dans la trachée, et en attendant qu'une voix plus autorisée que la mienne se fasse entendre, je proteste dès à présent devant l'Académie de médecine contre les opinions contradictoires qui ont été émises dans la dernière séance. »

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Bricheteau, déjà souffrant depuis quelque temps, est atteint d'une affection cérébrale grave.

M. le président annonce ensuite que M. Haime, de Tours, correspondant de l'Académie, est présent à la séance.

— M. BOULEY demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Je déclare, dit-il, accepter la rectification faite par M. J. Guérin dans la dernière séance relativement au passage de mon discours dans lequel je lui avais fait dire *ulcérations miliaires* au lieu d'*éruption miliaire*. Mais je poserai à M. Guérin le dilemme suivant : ou bien l'éruption miliaire a été suivie d'ulcération, ou bien il n'a pas observé cette éruption dans des cas de morve, car dans ces cas elle aboutit toujours à des ulcérations.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Blache. La parole est à M. Piorry.

Discussion sur l'influence de l'air marin sur la phthisie.

M. PIORRY. M. Garnier s'en est tenu trop exclusivement à la statistique, et il n'a pas jugé à un point de vue suffisamment médical les faits qu'il a réunis dans son mémoire. « Pas un seul *élément* pathologique et pathogénique propre à nous éclairer! Rien *qu'un fait brut* : la mort avec l'étiquette *phthisie*. C'est trop peu pour nous satisfaire... etc. »

Ces paroles de votre honorable rapporteur M. Blache, sur le mémoire de M. Garnier, sont l'expression réelle et bien sentie de cette médecine sévère et positive qui constitue la science moderne; elles pourraient être appliquées à presque tous les écrits qui se publient sur la pathologie; elles sont complétement en rapport avec les doctrines que je ne cesse de proposer et de défendre.

On s'en est trop tenu à la mauvaise statistique médicale, c'est-à-dire à celle qui repose sur des chiffres de maladies prises en masse et se rapportant à de prétendues unités morbides, qui sont des assemblages confus de lésions et de symptômes n'ayant entre eux de commun que l'étiquette posée par la routine sur ces collections de phénomènes énumérés plutôt qu'observés.

Certes, quand M. Louis a fait de la statistique, il a voulu additionner des unités comparables ou identiques, et à ce point de vue l'organopathologisme est entièrement d'accord avec les idées de cet observateur ; ce qui est mauvais et extrêmement dangereux au point de vue pratique, c'est de poser, comme fondement de calculs, des faits complexes dont les éléments pathologiques diffèrent les uns des autres par leurs causes, leurs caractères, leurs phases, leur degré et leur durée.

Les unités qui composent toute statistique positive doivent être simples, définies, semblables entre elles, comparables sous tous les rapports, et alors les additions que l'on en fait conduisent à des résultats qui ont l'éloquence de la vérité.

Or l'étiquette phthisie est un titre malheureux imposé à une maladie dont les éléments pathologiques sont excessivement nombreux et variables. Qui dit phthisie, parle de la maladie chronique avec sueurs, diarrhée, amaigrissement progressif, et quand on y ajoute l'épithète pulmonaire, on fait jusqu'à un certain point de l'organopathisme, pour rapporter aux poumons la cause et le siége du mal. Or il y a un grand nombre de lésions pulmonaires qui donnent lieu aux symptômes dits phthisie; il en est ainsi, par exemple, des cavernes qui suivent la pneumonite aiguë, la pneumo-nécrosie, certaines pneumorrhémies, la pleurite avec formation de pus et perforation de la trachée ou des bronches; il en est encore ainsi des abcès ouverts dans les voies de l'air, et encore, si l'on prend le mot phthisie dans le sens que lui donnent bien des gens, il arrive que de petites fièvres avec redoublement le soir, un peu de toux, et accompagnées d'amaigrissement, sont considérées comme telles; dès lors un grand nombre de maladies qui n'ont rien de commun avec les tubercules, sont notées dans les hôpitaux ou sur les registres des médecins constatant les décès, et dans les souvenirs de praticiens à études légères, comme étant des phthisies.

Mais lors même qu'il s'agit de tubercules, le nombre de ceux-ci est tellement varié, les désordres qu'ils causent sont si divers, les phases de leur développement établissent de si grandes différences d'un individu à un autre, les états pathologiques coïncidents sont si variés et si multiples, qu'en vérité la statistique appliquée au traitement de la phthisie est la source des plus grandes erreurs.

Ce qui malheureusement se voit par cette statistique, comme par l'anatomie pathologique, par la simple pratique, et je dirai par la raison, c'est que le tubercule en lui-même n'est presque en rien accessible à nos moyens thérapeutiques. Comment, en effet, espérer pouvoir agir utilement sur des masses amorphes qui ressemblent à des fragments de caséum induré et altéré, et qui, n'ayant ni vaisseaux ni nerfs, ne présentent en conséquence ni circulation ni phénomènes de sensation ? Ce que l'expérimentation démontre, c'est que les tissus qui entourent les phymies sont heureusement modifiés par des médications hygiéniques et pharmaceutiques ; ce qui est encore constaté par l'observation, c'est qu'il arrive pour les tubercules pulmonaires ce qui a lieu pour les phymo-ganglionies cervicales, dites scrofules, c'est-à-dire que les productions phymiques provoquent des troubles dans les parties qui les entourent, qu'il en résulte d'abord des exhalations de liquides ramollissant les tubercules, puis la formation d'abcès qui, lorsqu'ils sont peu nombreux, sont susceptibles de se guérir.

Il est donc possible à la science d'améliorer l'état des phthisiques, et même de les mettre dans de telles conditions qu'ils guérissent ; mais ce n'est pas sur des données de statistique générale que l'on démontrera quelles sont dans de tels cas les médications utiles ; ce sera par l'étude attentive des cas particuliers, par la détermination exacte des masses tuberculeuses, de leur volume, de leur limitation avant et après tel ou tel traitement ; par l'appréciation rigoureuse, soit de la constitution et des proportions de liquides circulants, soit des états pathologiques que les bronches, les poumons, le cœur, le foie, la rate, le tube digestif, etc., peuvent présenter ; par la précision apportée dans l'examen des cavernes ou des indurations, que l'on saura quels sont les moyens de modifier avantageusement les phymies.

Avant donc de préconiser un remède, une médication contre la phthisie, il faut, par une suite de recherches vraiment scientifiques, avoir caractérisé les cas dans lesquels on a cru utile de guérir un malade. Or, il convient de le dire bien haut et de ne pas craindre de le proclamer, ce n'est pas ainsi que l'on a établi les expérimentations thérapeutiques des maladies en général, et de la phthisie pulmonaire en particulier. On a accueilli des résultats d'ensemble dont les éléments étaient vaguement indiqués ; on a créé de toutes pièces des unités morbides que l'on a très à tort supposées comparables, et employant empiriquement et en quelque sorte au hasard tel médicament ou telle médication elle-même complète, on a esquissé des traitements de la phthisie qui n'ont même pas été fondés sur la décevante moyenne d'une statistique mal établie.

C'est de cette façon que l'on a vanté l'emploi de telles ou telles eaux minérales, sulfureuses ou non sulfureuses, chaudes ou froides, bromurées ou iodées, prises en bains ou en boisson, dans les montagnes ou dans les plaines, etc.

Les eaux n'ont pu tenir leurs promesses, parce que les médecins qui adressent les clients aux établissements thermaux ne se donnent pas, en général, la peine de déterminer au juste les lésions existantes, parce que leur diagnostic est plus qu'imparfait.

Des considérations du même genre sont applicables au traitement des phthisiques par les émanations maritimes, par les voyages sur mer, recommandés par Gilchrist; par les exhalations du varech, employées par Laënnec; par l'huile de foie de morue, empiriquement administrée, et elles le seraient aussi à l'iode, aux respirations d'iode, si l'on s'y fût pris, pour établir l'efficacité des préparations iodées, de la même façon que l'ont fait la généralité des praticiens.

Tout est confusion, contradiction, incertitude dans ce que l'on a dit de l'action des émanations maritimes sur la phthisie. M. Garnier n'a en rien ébranlé les conclusions du judicieux docteur Rochard. Ce n'est pas avec les résultats incomplets et décevants de la statistique telle que M. Garnier l'a faite, que l'on infirmera le travail de M. Rochard. Je ne pense donc pas qu'il y ait lieu d'encourager M. Garnier dans ses tentatives numériques; en ce sens, je pense que les conclusions de M. Blache doivent être modifiées de la façon dont l'Académie et notre collègue le jugeront convenable.

M. BOUCHARDAT. Je demande la permission à l'Académie de lui soumettre, à l'occasion de l'excellent rapport de M. Blache, quelques considérations sur un point spécial de la genèse de la tuberculisation pulmonaire qui me paraissent de nature à jeter quelque jour sur la question qui en fait l'objet.

Tous les médecins qui se sont occupés du diabète sucré ont remarqué que les malades qui arrivaient épuisés dans les hôpitaux et qui succombaient à cette période de marasme propre aux diabétiques, offraient des tubercules dans les poumons. Pour mon compte, j'ai assisté à l'autopsie de dix-neuf malades présentant ces caractères, et dans ces dix-neuf cas des tubercules ont été observés dans les poumons.

Il est deux conditions indispensables pour que ce résultat fatal arrive; j'exprime ces conditions par deux mots : *quantité*, *continuité*.

Je ne connais aucun exemple cité par les auteurs ni observé par moi dans lequel la tuberculisation pulmonaire ait précédé la glycosurie : toujours c'est la glycosurie qui conduit à la tuberculisation; ce n'est pas dans le début de l'affection première qu'apparaît la complication, elle ne survient souvent que plus d'une année après l'invasion de la première maladie.

Cette continuité dans l'action de la même cause est indispensable à la production du phénomène. Si nous voulons rechercher une explication de ce fait, nous dirons : Les tubercules n'apparaissent que lorsque les ressources de calorification sont bien près d'être épuisées par la glycosurie, et que par suite de cet épuisement les fonctions du poumon et de l'ensemble des appareils de calorification sont notablement ralenties.

Si aux aliments, tels que les sucres, les féculents, qui sont si facilement et pour ainsi dire si entièrement convertis en glycose dans l'organisme vivant, on substitue partiellement ou en totalité des aliments de calorification, tels que les corps gras, les alcooliques qui n'éprouvent plus la transformation glycosique, deux cas peuvent alors se présenter : ou la glycose disparaît des urines, ou la quantité éliminée dans les vingt-quatre heures diminue considérablement. Dans ces deux cas, si les tubercules n'existaient pas dans les poumons, ils ne s'y développent que dans des conditions exceptionnelles. J'ai suivi pendant bien des années des malades affectés de glycosurie non-seulement en France, mais dans les contrées les plus diverses pour le climat, en Danemark, en Angleterre, en Italie, en Algérie, aux Indes. Quand la nutrition était suffisante et que la quantité de glycose éliminée dans les vingt-quatre heures ne dépassait pas 100 grammes, les tubercules ne se développaient plus dans les poumons. Voici donc en quels termes je formule aujourd'hui la loi de coïncidence de la glycosurie et de la tuberculisation pulmonaire.

Des tubercules apparaissent toujours dans les poumons des glycosuriques, quand l'élimination de la glycose a lieu en proportion considérable pendant un temps assez long.

Le fait le plus considérable dans la santé d'un glycosurique est cette élimination de glycose qui dans quelques conditions peut s'élever à 1 kilogramme par jour; cette formation et cette élimination s'effectuent par suite de la non-utilisation de la masse principale des aliments et des réserves de l'économie. Le rôle du principe éliminé est bien évidemment, à l'état physiologique, de pourvoir aux besoins de la calorification. Or un glycosurique est donc en définitive dans une condition telle qu'il élimine sans l'utiliser une quantité considérable du principal aliment de la calorification.

Recherchons maintenant si dans certaines conditions où se trouvent placés quelques-uns de nos animaux domestiques, nous ne verrions pas se réaliser un phénomène présentant la plus grande analogie physiologique avec l'élimination de la glycose par le malade affecté de glycosurie, et ce qu'il surviendra dans la santé de ces animaux.

Ces expériences ont été exécutées sur une grande échelle par les nourrisseurs des environs de Paris, avant l'établissement des chemins de fer.

Comme le lait avait à cette époque, à Paris, une valeur plus considérable qu'aujourd'hui, il s'agissait d'en faire produire à un animal le plus longtemps et le plus possible; on était arrivé par une observation empirique à des résultats vraiment extraordinaires.

Les vaches étaient entassées dans des étables d'où elles ne sortaient pas; là, pas d'exercice, une température élevée et par conséquent la dépense des aliments de la calorification réduite à son *minimum*. Toute l'attention du nourrisseur se dirigeait du côté de l'alimentation.

On leur donnait, à mesure de l'accroissement de l'appétit, des aliments à discrétion, consistant en fourrages et en racines féculentes et sucrées.

Sous l'influence de ce régime bien gradué, leur appétit croissait rapidement et la somme des boissons et des aliments ingérés dépassait bien vite ce qu'on observait dans les conditions ordinaires de la santé. Deux choses se présentaient alors : ou les vaches engraissaient rapidement en produisant peu de lait, elles étaient alors livrées au boucher, ou, c'était la grande majorité, quand elles avaient été bien choisies, elles étaient converties en véritables *machines à fabriquer du lait*.

On arrivait à leur faire produire après un an ou dix-huit mois de vêlage, 18 à 20 litres de lait, au lieu de 7 litres que donne au *maximum* une vache dans les conditions ordinaires et à cette époque éloignée du part.

Comme les glycosuriques, ces vaches étaient en proie à une soif très-vive et à une faim insatiable.

Il est facile d'apercevoir là les deux conditions essentielles de la santé des glycosuriques fortement atteints : perte considérable des aliments de la calorification, continuité dans cette perte.

Qu'arrive-t-il aux vaches soumises à ce régime? Précisément ce qu'il advient aux glycosuriques : toujours des tubercules se développent dans leurs poumons. Si l'on ne se hâte de les livrer au boucher, elles maigrissent, ou sont enlevées en vingt-quatre heures par une pneumonie foudroyante, comparable à celle qu'on observe si souvent chez les glycosuriques. De la comparaison et de l'interprétation de ces faits, nous pouvons déduire la première formule générale de l'étiologie de la tuberculisation que nous exprimons ainsi :

« La continuité, dans la perte des aliments, de la calorification, en proportion considérable, conduit à la tuberculisation pulmonaire. »

Un autre exemple va nous offrir la même netteté dans les résultats.

Il est d'observation constante que les singes qui sont transportés des pays intertropicaux dans nos régions du Nord, après quelques mois ou quelques années de séjour, finissent par succomber; et à l'autopsie *on trouve toujours des tubercules dans leurs poumons.*

Dans les administrations publiques, comme le Muséum d'histoire naturelle de Paris, on a tout fait cependant pour rendre leur acclimatement facile : température artificielle, quand le froid est trop rigoureux ; alimentation semblable à celle qu'ils ont dans leurs conditions de liberté, et cependant la phthisie pulmonaire les moissonne tous, quand ils ont vécu quelques années sous notre ciel inclément.

Or ce sont précisément ces soins attentifs pour leur donner le régime de leur pays natal, qui les conduisent nécessairement au résultat fatal.

C'est qu'il y a quelque chose de plus fort que les soins de l'homme, c'est l'habitude, l'instinct, qui, pour chaque pays, a créé des condi-

tions uniformes de régime, que non-seulement les animaux, mais l'homme lui-même, conservent dans les pays où ils sont transportés. Ainsi, le Cosaque du Nord, dans ces jours de douloureuse mémoire où il a envahi nos campagnes, ne recherchait-il pas, pour engraisser son potage, jusqu'aux chandelles qu'il dérobait aux ménagères.

M. DUBOIS (d'Amiens). C'est faux ; c'est un conte gratuit. J'ai habité la Russie, et je déclare que jamais ni les soldats ni les paysans de ce pays n'ont fait ce qu'on dit là.

M. BOUCHARDAT. Soit. Du moins ne niera-t-on pas qu'ils font un grand usage des corps gras, qui ne leur étaient plus nécessaires dans nos contrées.

Nos soldats, qui ont si longtemps fait la guerre à l'Arabe, qui se porte si bien en mangeant quelques dattes et son couscoussou, n'ont pas imité sa sobriété : il a fallu leur transporter en Afrique les alcooliques qui leur étaient utiles sous le ciel parisien, et on a pu dire avec justesse qu'en Algérie l'eau-de-vie et l'absinthe avaient plus tué d'Européens que le plomb des Arabes. L'homme conserve donc, en changeant de climat, ses habitudes de régime, même dans ce qu'elles ont de nuisible dans ces conditions nouvelles ; l'animal, qui n'a pas la raison pour l'éclairer, est encore, quand il le peut, plus tenace dans ses habitudes.

Or, quel est l'ennemi qui agit constamment sur l'animal du Midi transporté dans le Nord ? C'est le froid, auquel il faut incessamment résister. Si pour maintenir sa température constante de 38 degrés, par exemple, la moyenne de température étant beaucoup plus basse que celle de son pays natal, si ses ressources de calorification restent les mêmes, il y aura insuffisance.

C'est précisément le cas du singe des régions intertropicales transporté chez nous. La continuité dans l'*insuffisance* des aliments de calorification, eu égard aux besoins de son organisation, le conduit à la tuberculisation pulmonaire ; comme la continuité dans la *perte* des mêmes aliments y conduit le glycosurique et la vache laitière soumise au régime que j'ai fait connaître.

Ce que j'ai dit des singes peut s'appliquer à presque tous les animaux des contrées méridionales transportés dans le Nord, quand on ne change rien à leur régime.

Les faits que nous venons d'exposer se vérifient pour l'homme avec moins de netteté que pour les animaux : outre que les conditions expérimentales manquent de la fixité et de la durée que nous avons trouvées dans nos observations sur les animaux, l'homme a pour se défendre son intelligence, qui quelquefois est pour lui un bon guide ; puis la règle, soit de la famille, soit des corporations dans lesquelles il est assimilé, et qui changent malgré lui les conditions normales de régime de son pays natal, pour lui imposer le régime des gens du lieu où il est. Malgré tout, la loi se vérifie encore.

Il est d'observation admise par tous ceux qui ont pu et su bien observer, que les noirs transportés d'un pays chaud dans un pays froid, payent, toutes choses égales, un tribut beaucoup plus élevé à la phthisie pulmonaire que l'homme du Nord placé dans les mêmes conditions que lui.

Les relevés qui nous ont été donnés par les médecins anglais, des causes de mortalité chez les troupes noires et chez les troupes blanches habitant des pays tempérés ou froids, ne laissent aucun doute à cet égard.

Nos médecins de marine, qui ont exercé dans les hôpitaux des bagnes des ports de l'Océan, où se trouvaient réunis les forçats de la France et les forçats noirs de nos colonies des Antilles, ont toujours signalé une mortalité par la phthisie beaucoup plus considérable chez ces derniers que chez les premiers.

Je vais aborder maintenant un problème plus complexe. Il est deux mots qui, pour leur signification réelle, ont des rapports bien intimes, ce sont ceux d'insuffisance et de misère.

Le bilan le plus net de ce ver rongeur, la misère, est :

1° Privation de bons aliments de la calorification ;
2° Privation de moyens suffisants de chauffage ;
3° Privation de bons vêtements de laine ;
4° Habitations froides.

Tout cela se résume en définitive par une insuffisance continue dans les moyens de résistance au froid extérieur, eu égard aux besoins de l'organisation.

L'influence de la misère sur le développement de la phthisie pulmonaire dans nos grands centres, est un résultat général d'observations admis par tous ceux qui ont examiné ces questions de près. Si nous ne retrouvons pas ici la netteté des résultats auxquels nous sommes arrivé précédemment, cela nous paraît tenir à des différences dans les conditions expérimentales.

Le glycosurique qui perd toujours une même masse de glycose, la vache laitière soumise au régime forcé qui élimine toujours une même quantité élevée de beurre et de lactine, le singe d'Afrique transporté au Muséum, sont toujours dans les mêmes conditions. Il y a continuité non interrompue de la même cause, perte ou insuffisance des aliments de la calorification ; la misère présente au contraire ses phases d'intermittences, qui tiennent aux conditions de travail, aux aliments de saison, aux variations annuelles de température, et à mille causes dont il est plus facile de comprendre que de préciser l'importance. La condition de continuité n'étant pas le plus souvent remplie, nous n'apercevons plus cette constance qui nous a frappé dans nos premiers résultats ; toujours est-il qu'un examen approfondi des faits nous a montré que des causes très-dissemblables en apparence pouvaient être ramenées par une analyse rigoureuse des phénomènes à une cause unique.

On m'objectera sans doute que les glycosuriques, les hommes transportés au Nord, ceux qui endurent des privations ne sont pas les seuls exposés à la tuberculisation pulmonaire. C'est ici qu'il est utile de faire une distinction sur laquelle j'ai insisté dans mes cours à bien des reprises, celle de la misère réelle et de la misère physiologique. Dans le sens grammatical, on comprend sous le nom de misère la privation forcée par défaut de ressources des choses nécessaires à la vie ; mais il peut se présenter une foule de circonstances dans lesquelles la privation ne dérive pas d'un défaut de ressources, mais de conditions d'organisation qui ne permettent pas une réparation suffisante de l'économie : c'est la misère des riches, la privation au milieu de l'abondance. Tels sont les cas de chlorose, d'anorexie, de convalescence prolongée, les chagrins, etc.

La continuité dans la dépense insuffisante des aliments de la calorification, l'inertie, cette forme spéciale de la misère physiologique, agit moins puissamment que la perte ou l'insuffisance des aliments de calorification, pour produire la tuberculisation, mais elle agit dans le même sens.

Quand il y a perte ou insuffisance pour une cause ou pour une autre des aliments de la calorification, la dépense est toujours diminuée. Les manifestations de cette diminution sont les suivantes : exhalation moindre d'acide carbonique dans un temps donné, diminution dans la quantité d'urée produite, abaissement de la température animale d'un demi et quelquefois d'un degré et plus, refroidissement plus fréquent et plus durable de la périphérie. Sous l'influence des causes de froid, réaction moins prompte, sécheresse de la peau, diminution très-notable de l'évaporation cutanée.

Il semble que l'organisme devant satisfaire à cette condition de maintenir une température constante de 37 degrés 5 dixièmes, le fasse avec la plus grande économie, pour ne détruire que le plus lentement les matériaux en réserve. Cette diminution dans la quantité de chaleur produite dérive-t-elle principalement de la diminution pondérable des matériaux facilement destructibles, et de la décroissance inévitable dans la dépense de forces vives, décroissance qui accompagne fatalement le dépérissement général ?

Le repos des forces musculaires, l'inertie, conduisent au même résultat définitif que la perte ou l'insuffisance des aliments de la calorification, diminution dans la production de la chaleur animale.

La diminution ici ne tient pas à un épuisement ou à une insuffisance des réserves, mais bien à un emploi incomplet des ressources. Les deux états présentent de grandes ressemblances, cependant ils ne sont pas identiques. L'inertie est une condition, au reste, moins durable, moins permanente que la perte ou l'insuffisance ; la condition de continuité n'étant pas toujours exactement remplie, il s'ensuit que la loi d'évolution des tubercules pulmonaires présente des exceptions qui, en réalité, ne sont qu'apparentes. M. Bouchardat montre ici par des exemples qu'en choisissant des cas de permanence dans l'inertie, la tuberculisation pulmonaire se montre comme dans les cas d'insuffisance d'aliments de la calorification.

Je pourrais multiplier les exemples ; mais je m'arrête ici, croyant avoir atteint mon but, qui était de ramener, par une saine et rigoureuse interprétation des faits, à une formule générale, les causes qui, à un premier aperçu, paraissaient les plus disparates, de l'évolution des tubercules dans les poumons.

Je suis parti, comme on l'a vu, des observations les plus simples pour arriver aux plus complexes. J'ai rapproché, autant que je l'ai pu, des faits qui présentent par leur généralité la netteté expérimentale la moins contestable, de ceux qui au premier abord ne paraissent pas aussi concluants, parce qu'une condition importante de l'expérience avait manqué (1).

Pour appliquer tout ce que je viens de dire au sujet du rapport de M. Blache, n'en doit-on pas conclure qu'une statistique administrative qui ne porte que sur des éléments bruts, sans tenir compte de l'analyse physiologique des conditions du développement de la phthisie, doit nécessairement conduire à des résultats erronés ? Telle est, à mon avis, la statistique de M. Garnier. Faut-il cependant, comme le propose M. Piorry, refuser à l'auteur des encouragements ? Loin de là, tout travail, à mon avis, mérite d'être encouragé. Voilà pourquoi je m'associe aux conclusions de M. le rapporteur.

Personne ne demandant la parole, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Letellier, né à Lisieux (Calvados) ; *De l'allaitement.*

Maurizot, né à Bonnieux (Vaucluse) ; *De la vision distincte à des distances variables, au point de vue physiologique et au point de vue pathologique.*

Chompret, né à Cousances-aux-Forges (Meuse) ; *Études sur le muguet.*

Pouillot, né à Brienon-l'Archevêque (Yonne) ; *Essai sur les rétrécissements de l'utérus.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour la nomination aux places d'élèves externes dans les hôpitaux de Paris commencera le 4 novembre prochain. Le registre d'inscription sera ouvert jusqu'au 19 octobre.

— On lit dans le *Moniteur* :

Des navires arrivés de la Havane, où régnait la fièvre jaune, ont donné lieu, dans ces derniers temps, à des accidents d'une certaine gravité à Saint-Nazaire. Grâce aux mesures énergiques prises par le gouvernement, et en particulier à un système de lazaret flottant établi hors de la rade, ces accidents ont été promptement arrêtés. La population même n'a jamais été sérieusement compromise.

Aujourd'hui tout est complétement terminé. Depuis plusieurs semaines il n'y a plus aucun malade suspect à Saint-Nazaire, et tous les navires qui auraient pu inspirer quelque crainte ont été isolés et assainis.

Le docteur Mélier, inspecteur général des services sanitaires, envoyé à Saint-Nazaire à cette occasion, est rentré à Paris, sa présence sur les lieux ayant cessé d'être nécessaire. Toutefois, les dispositions organisées sont maintenues pour le cas, peu probable, où de nouveaux arrivages pourraient réclamer quelque précaution.

Mémorial de thérapeutique à l'usage des médecins praticiens, par M. le docteur F. Foy. Un fort volume in-8° de 1225 pages en deux parties. Prix : 14 fr. Chez Germer-Baillière, 17, r. de l'École de Médecine, à Paris.

L'eau de Seltz et la fabrication des boissons gazeuses ; Aperçu historique, physiologique et médical, par M. le docteur Aug.-Alph. Legrand. Un volume in-18 de 108 pages. Prix : 75 centimes. Chez J.-B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, à Paris, 19, rue Hautefeuille.

(1) Nous renverrons ceux de nos lecteurs qui voudraient connaître les développements que M. Bouchardat a donnés à cette thèse au supplément de l'*Annuaire de thérapeutique* pour l'année 1861, chez Germer Baillière.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 117. — SAMEDI 5 OCTOBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 117. — SAMEDI 5 OCTOBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Deux cas de démence consécutive à une série d'attaques d'apoplexie, avec lésions importantes de la couche corticale des circonvolutions.

On sait l'importance que les anatomo-pathologistes ont attachée dans ces derniers temps aux rapports qui existent entre les lésions des couches corticales du cerveau et les troubles des fonctions intellectuelles. Cependant, dans les relations d'autopsies de sujets morts en état de démence sénile ou alcoolique, on ne voit mentionner le plus souvent que des altérations chroniques de l'encéphale, anciens foyers cicatrisés, ramollissements limités, désorganisations consécutives plus ou moins étendues du cerveau ; toutes altérations qui rendent bien compte, dans la plupart des cas, des désordres constatés dans les mouvements pendant la vie, mais dont on n'aperçoit pas aussi bien la liaison avec les troubles et l'affaiblissement graduel de l'intelligence qu'ont également présentés ces malades. Dans deux cas de démence consécutive à des hémorrhagies cérébrales répétées, dans lesquels MM. Marcé et Luys ont procédé avec le plus grand soin à l'examen des organes encéphaliques, ces deux habiles observateurs ont constaté à côté des lésions produites par l'épanchement sanguin, des altérations concomitantes de la structure des circonvolutions jusqu'alors méconnues, et auxquelles il leur a paru rationnel d'attribuer un rôle dans la production de la démence. Voici la relation succincte de ces deux observations, que nous empruntons aux *Comptes rendus de la Société de biologie*, où elles ont été communiquées :

Un homme, âgé de soixante-sept ans, entre à Bicêtre dans la deuxième section des aliénés, le 24 mars dernier. Cet homme, ancien cocher, avait coutume de s'enivrer avec de l'eau-de-vie ou autres liqueurs ; jamais il n'a eu d'attaque d'apoplexie ni d'accès de *delirium tremens*. On raconte seulement qu'il y a six ou sept mois, étant en état d'ivresse, il fit une chute du haut de son siége : depuis ce moment son intelligence, qui déjà faiblissait chaque jour, s'altéra plus rapidement encore. Pendant tout son séjour à Bicêtre, le malade resta dans le même état. Au début, il était un peu agité ; mais au bout de huit ou dix jours cette agitation cessa ; le malade était calme ; il avait oublié son nom, son âge, sa profession, se perdait dans les salles, ne reconnaissait personne, gâtait, riait et pleurait sans motif. Jamais il n'a eu de délire, à proprement parler ; l'articulation de la parole était restée nette et précise ; la démarche était incertaine, mais il pouvait cependant sans peine aller d'une salle à l'autre. Cet homme succomba, à la fin d'avril, à une diarrhée dyssentérique.

Voici les particularités principales qu'a présentées l'examen des organes encéphaliques :

La dure-mère n'offre rien de saillant à l'extérieur ; mais à droite, en l'incisant, on trouve au-dessous d'elle une fausse membrane épaisse, étendue d'arrière en avant sur la face convexe de l'hémisphère droit, qui n'offre d'ailleurs en ce point aucune dépression sensible. Tomenteuse et vasculaire par la face externe qui adhère à la dure-mère par des tractus celluleux faciles à rompre, cette membrane est au contraire lisse et blanche par sa face inférieure, qui est séparée de la première par un peu de sérosité.

En l'enlevant, on constate qu'elle est moins épaisse en avant qu'en arrière, où elle semble contenir un reste d'épanchement sanguin ; c'est qu'en effet elle-même est constituée par deux feuillets juxtaposés, faciles à déplisser, qui ne sont autre chose que les parois d'un kyste sanguin en voie de résorption, adossées l'une à l'autre après la disparition du liquide. Dans la matière noirâtre située à la partie postérieure du kyste, se retrouvent des globules sanguins altérés comme dans tous les anciens épanchements.

Les méninges, légèrement épaissies en certains points, sont fortement injectées ; elles n'offrent aucune adhérence et peuvent être séparées des circonvolutions sans entraîner avec elles la moindre parcelle de couche corticale.

Les circonvolutions sont fermes. La substance blanche a une consistance poisseuse légèrement élastique ; la substance grise n'offre de diffluence en aucun point ; la coloration, uniformément rosée dans les couches profondes, est plus prononcée par places dans les couches superficielles. A cela près toutes deux semblent à l'œil nu parfaitement normales.

Mais l'élément vasculaire présente des modifications pathologiques importantes : dans la substance blanche et dans la substance grise les capillaires sont turgides, et les globules qui les remplissent sont condensés les uns sur les autres. Quand on suit les sinuosités de ces vaisseaux à travers le réseau de la couche périphérique, on voit qu'ils cessent d'être perméables environ à peu près à moitié de l'épaisseur de la substance grise. Là, leurs parois vides de sang se présentent sous l'aspect de lambeaux noirâtres déchiquetés. Les éléments de ces capillaires oblitérés ont subi une sorte de nécrose.

L'examen microscopique du tissu nerveux montre une atrophie et une dégénérescence des divers éléments de la substance grise d'abord et de la substance blanche ensuite, qui sont probablement consécutives aux lésions du système vasculaire, devenu impropre à la circulation des portions les plus importantes de la masse encéphalique.

— Le second sujet était un homme âgé de cinquante ans, entré le 5 mai dernier à Bicêtre dans le service des aliénés. Cet homme a eu, il y a deux ans, une première attaque d'apoplexie avec paralysie complète du côté droit et perte de la vue. Au bout de trois mois les mouvements reparurent en grande partie et la vue devint à peu près normale. Huit mois après, nouvelle attaque sur laquelle on n'a pu avoir de renseignements. On a su seulement qu'il était survenu un affaiblissement manifeste de l'intelligence, et que le malade, devenu méchant, irritable, impossible à gouverner, dut être transféré à Charenton, où il est resté jusqu'à son passage à Bicêtre. Il avait alors la figure colorée et hébétée ; il riait et pleurait sans motif, et dès qu'on l'interpellait, il était incapable de répondre à la moindre question, n'ayant pas conscience de son état et reconnaissant à peine ses parents ; il n'avait d'ailleurs aucune idée délirante. Il n'y avait pas d'hémiplégie appréciable ni à la face ni aux extrémités ; la langue n'était nullement déviée ; la démarche, incertaine, titubante, était telle néanmoins que le malade se promenait dans l'infirmerie et descendait dans les cours ; la sensibilité était partout obtuse sans être abolie ; les selles et les urines étaient rendues involontairement.

Le 15 mai, le malade se promenant dans la cour, tomba sans connaissance ; on le transporta à l'infirmerie, où on lui pratiqua une saignée ; mais la respiration s'embarrassa tout aussitôt, et il succomba en moins d'une demi-heure.

Voici les lésions constatées à l'autopsie :

1° Pie-mère épaissie, infiltrée par une quantité considérable de sérosité, et s'enlevant avec la plus grande facilité dans toute l'étendue des circonvolutions. Sinus de la dure-mère distendus par du sang.

2° A gauche, à la partie antérieure et saillante du corps strié, traces d'une hémorrhagie récente de la grosseur d'une petite noisette, recouverte par un opercule de substance grise.

3° En arrière, à la partie inférieure et moyenne de la couche optique, cicatrice jaunâtre de 1 centimètre 1/2 d'étendue, correspondant probablement à la première apoplexie.

4° Dans le même hémisphère ramollissement rouge des circonvolutions, situé à la face postérieure et inférieure de la corne postérieure gauche, de 3 centimètres d'étendue et offrant une teinte rougeâtre qui pénétrait à plusieurs millimètres de profondeur.

5° A droite, petit foyer très-ancien situé dans le corps calleux et au-dessus du ventricule latéral droit.

6° Dans l'intervalle qui sépare la couche optique droite du corps strié, la substance cérébrale est rougeâtre, éraillée et ramollie. La même altération se rencontre à la partie inférieure du lobe cérébelleux droit.

7° Les circonvolutions sont remarquables par leur aspect bosselé et irrégulier ; les couches qui les constituent sont inégales, et c'est ordinairement la couche superficielle qui est érodée ou qui a perdu sa fermeté normale. A la coupe on constate une décoloration très-nette de cette couche superficielle, dans toute son étendue ; elle a revêtu un aspect jaune ambré dû à la dégénérescence spéciale subie par les éléments nerveux, tandis que la couche profonde est d'un rose très-vif.

Tous les éléments, tubes et cellules, ont subi une altération remarquable.

Voici les lésions principales constatées à l'examen microscopique : dégénérescence très-prononcée et destruction de toutes les cellules nerveuses des deux couches des circonvolutions cérébrales ; lésions corrélatives de la substance blanche, phénomènes antérieurs d'infarctus vasculaires, avec altération des parois vasculaires, rupture, issue de globules et formation de néoplastes. En certains points, véritables hémorrhagies capillaires.

Quelles sont les relations de ces lésions de la périphérie avec les lésions des parties centrales du cerveau et leurs connexions avec les symptômes observés pendant la vie? C'est ce que MM. Marcé et Luys se réservent de rechercher plus tard, se bornant pour le moment à les indiquer.

De l'emploi du poivre cubèbe dans le traitement de l'uréthrite simple chez la femme.

Quand le poivre cubèbe fut introduit pour la première fois en Europe dans le traitement de la blennorrhagie, on redouta d'abord l'effet excitant de ce médicament ; mais l'expérience ne tarda pas à démontrer l'inanité de ces craintes, le cubèbe se montrant au contraire d'autant plus efficace que la blennorrhagie s'accompagnait d'un appareil inflammatoire plus intense. Aussi n'a-t-on pas craint depuis de l'employer dans les affections purement irritatives des membranes muqueuses génito-urinaires. M. Trousseau, à qui nous l'avons vu prescrire plusieurs fois à l'Hôtel-Dieu, a recours depuis plus de vingt ans à cette méthode de traitement pour combattre l'uréthrite simple chez la femme, affection commune, et qui, pour être peu grave en elle-même, n'en préoccupe pas moins très-vivement les malades qui en sont affectées.

Assez fréquente chez les jeunes filles, dit M. Trousseau dans une note insérée récemment dans le *Bulletin de thérapeutique*, auquel nous faisons cet emprunt ; plus fréquente chez les femmes mariées, l'irritation aiguë de la muqueuse uréthrale est caractérisée par un besoin d'uriner souvent renouvelé, avec cuisson vive pendant la miction, et ténesme vésical, persistant encore quelques minutes après. Il est de ces malades qui sont obligées de se présenter à la garde-robe dix et quinze fois par heure, et qui, après avoir rendu quelques gouttes d'urine, poussent encore durant une minute et davantage, tant est impérieuse la sensation du besoin d'exonérer la vessie, qui pourtant est parfaitement vide.

Quelquefois, au moment où le premier jet d'urine est lancé, d'autres fois, lorsque la malade fait de derniers efforts, il s'échappe une petite glaire sanguinolente semblable à celles de la colite aiguë ou de la dyssenterie. La phlegmasie, dans ces cas, s'est probablement propagée de la membrane muqueuse uréthrale à la membrane muqueuse de la vessie ; il n'est pas rare alors de voir cette irritation s'accompagner de douleurs de reins, de douleurs hypogastriques, en un mot de symptômes analogues à ceux que l'on observe dans la cystite et dans la métrite.

M. Trousseau dit avoir observé quelquefois cette uréthrite simple à l'état épidémique dans les pensionnats de jeunes filles ; on constate alors assez souvent du muguet vulvaire.

Cette uréthrite est assez commune après l'accouchement, après les fausses couches et au moment des règles. Dans ce cas, elle est transitoire ; souvent aussi elle persiste longtemps après la cause qui semble l'avoir déterminée.

Enfin elle paraît être liée, dans certains cas, à une diathèse herpétique qui se révèle en même temps par de petites éruptions eczémateuses à la face interne et supérieure des cuisses et en dedans des grandes lèvres.

C'est dans ces diverses circonstances que M. Trousseau s'est bien trouvé de l'usage du cubèbe, mais employé à des doses moindres que celles qui sont réclamées généralement par le traitement de la blennorrhagie.

En général, on prescrit cette substance en poudre à la dose de 2 à 4 grammes, deux fois par jour, au moment des repas. M. Trousseau aime mieux le faire prendre avec les aliments ; il lui a paru plus facilement supporté de cette manière et produire plus rarement la diarrhée, les éructations et le dégoût dont se plaignent souvent les malades. Il le fait continuer pendant plusieurs jours et tant que durent les accidents ; du moment où ceux-ci sont dissipés, il ne donne plus le cubèbe qu'une fois par jour, durant une semaine ; et la semaine qui suit, si l'amélioration continue, il prescrit le cubèbe de deux jours l'un seulement.

Bien que ce médicament suffise le plus souvent à lui tout seul pour amener la guérison, M. Trousseau n'en recommande pas moins concurremment quelques précautions hygiéniques, telles que des boissons abondantes, un régime alimentaire peu excitant, etc.

Dans les phlegmasies uréthrales avec muguet vulvaire, telles que celles qui sévissent quelquefois épidémiquement dans les pensionnats de jeunes filles, le cubèbe, d'après ce professeur, ne

doit point être l'agent principal de la médication; il est encore utile dans ce cas, mais à titre d'agent secondaire. La médication principale consiste dans l'usage de lotions souvent répétées avec des solutions boratées très-chaudes, dans la proportion de 15 grammes de borax pour un litre d'eau; les solutions cuivreuses, dans la proportion de 1 à 3 grammes de sulfate de cuivre pour 1 litre d'eau chaude; le cubèbe n'est employé qu'accessoirement. Mais il devient très-utile lorsque l'uréthrite persiste après la guérison du muguet; il reprend en quelque sorte alors ses droits de première indication.

Dans l'uréthrite liée à la diathèse herpétique, et qui est ordinairement consécutive à l'affection herpétique de la vulve et du vagin, chez les femmes un peu avancées en âge particulièrement, M. Trousseau fait usage des topiques alcalins, et principalement des topiques mercuriels. 10 à 30 centigrammes de sublimé corrosif dissous dans 1 litre d'eau très-chaude, 1 à 3 grammes de sous-carbonate de soude dissous dans le même véhicule, employé matin et soir en lotions longtemps répétées, en injections vaginales, font cesser le prurit et l'irritation, et le plus ordinairement l'uréthrite herpétique disparaît en même temps que l'inflammation de la membrane muqueuse vulvaire. Mais on a encore ici l'occasion, ajoute M. Trousseau, d'utiliser le poivre cubèbe, si le besoin d'uriner, si le ténesme vésical, si les cuissons uréthrales ne cèdent pas à la médication locale antiherpétique.

Les indications de l'emploi du poivre de cubèbe en thérapeutique ne se bornent pas d'ailleurs au traitement des affections irritatives, simples ou spécifiques, des membranes muqueuses génito-urinaires. L'action physiologique générale, encore très-peu connue de cet agent, sur l'économie, permettra sans doute, quand on l'aura mieux étudiée, d'étendre le champ de ses applications thérapeutiques. Un travail très-remarquable publié récemment dans le même recueil par M. le docteur Debout a révélé dans cet agent des propriétés très-peu connues jusqu'alors, et qui en feraient un médicament précieux pour combattre certaines affections vertigineuses. Nous reviendrons sur ces faits intéressants dans l'une des prochaines *Revues*.

Vaccinations précoces.

La question des vaccinations précoces; question qui n'a été soulevée, on s'en souvient, qu'au point de vue seulement de la pratique nosocomiale et en vue des conditions particulières dans lesquelles se trouvent placés les enfants nés ou apportés immédiatement après leur naissance à l'hôpital, ne pourra être résolue qu'après que l'on aura réuni et comparé les résultats de la pratique des médecins placés à la tête des maisons de maternité, des hôpitaux d'enfants et des dépôts de nourrices. C'est ce qui nous fait accueillir avec empressement les documents que veulent bien nous transmettre sur ce sujet ceux de nos confrères qui se trouvent dans ces conditions.

Nous avons déjà exposé l'opinion de plusieurs de nos confrères des départements à cet égard. Nous mettons aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs le document suivant, qui nous est communiqué par M. le docteur A. Godefroy, professeur d'accouchement à l'École préparatoire de médecine de Rennes.

« Conservateur du vaccin pour le département d'Ille-et-Vilaine, nous écrit M. Godefroy, je vaccine depuis 1831 tous les huit jours, et depuis 1840 je pratique cette petite opération sur tous les enfants nés à la Clinique d'accouchements de l'École préparatoire de médecine de Rennes, postérieurement à ma dernière vaccination. Les plus âgés de ces enfants n'ont donc pas plus de sept jours, et les plus jeunes peuvent être âgés de moins d'une heure. Je pratique à chaque enfant six piqûres (trois à chaque bras); je n'ai pas toujours six boutons, il n'y en a quelquefois que deux ou trois; mais qu'il y en ait plus ou moins, je puis affirmer n'avoir *jamais* vu se développer ni érysipèle, ni phlegmon, ni tout autre accident.

» Ces enfants, il est vrai, étant généralement nourris par leurs mères et tenus chaudement, se trouvent par conséquent dans de meilleures conditions que ceux qui sont reçus dans les hôpitaux d'enfants trouvés de Paris. Ceux-ci étant souvent malades lorsqu'ils arrivent à l'hospice, et y recevant une nourriture artificielle, là gît très-probablement, suivant moi, la cause des accidents signalés.

» Le vaccin que j'emploie dans mes vaccinations est généralement pris sur des enfants âgés de deux et trois mois. Je comprends très-bien la répugnance que l'on peut éprouver à prendre du vaccin sur des enfants de quelques jours, et dont la santé peut être douteuse; mais autre chose est de ne vouloir prendre du vaccin sur un très-jeune enfant ou de ne pas le vacciner.

» En vaccinant l'enfant à sa naissance, on le préserve de la variole et on l'empêche de devenir à son tour un foyer d'infection; mais on a raison de s'abstenir de puiser du vaccin à cette source, qui peut être impure, quoique aucun symptôme ne vienne révéler une syphilis constitutionnelle. »

M. Godefroy croit, en résumé, d'après une expérience de vingt années, qu'il n'y a aucun inconvénient à vacciner les enfants aussitôt leur naissance.

ÉPIDÉMIE DE VARIOLE A PARIS.

Par le Dr A. FOUCART.

Les cas de variole observés à Paris depuis le commencement de cette année ont été assez nombreux pour que je croie pouvoir affirmer qu'ils ont constitué une véritable épidémie. Pour ma part, je n'en ai pas observé moins de dix, et ils ont présenté, au moins pour quelques-uns, des particularités assez curieuses, quant à la gravité, au mode de filiation, et eu égard à cette circonstance que tous les sujets que j'ai eu à traiter avaient été vaccinés, sauf un.

Le premier fait est celui d'une jeune femme, Mme G..., blanchisseuse, rue de l'École de Médecine, qui, accouchée vers le milieu de février, présenta trois semaines après sa couche quelques phénomènes fébriles assez inquiétants au premier abord, avec douleurs abdominales. Ces symptômes cependant cédèrent assez facilement à la diète, au repos, à l'emploi d'un vomi-purgatif et à quelques doses de sulfate de quinine prises en potion.

Cette femme était tout à fait rétablie depuis une quinzaine de jours, lorsque vers le 20 mars elle fut prise de nouveau d'une fièvre violente, avec chaleur excessive de la peau, pouls à 120, soif vive, nausées suivies de vomissements bilieux.

Le 23 mars, la peau du visage et de la plus grande partie du corps se couvrit de rougeurs saillantes, acuminées, qui ne laissaient aucun doute sur la nature de la maladie. C'était bien une éruption variolique; la malade nous déclara qu'elle n'avait pas été vaccinée.

Du 24 au 29 mars, je vis la malade, chez laquelle l'éruption se faisait très-régulièrement, mais excessivement confluente. Dès le premier jour de l'apparition des pustules, elle s'était fait transporter rue Larrey, 5, chez sa sœur, domestique, qui habitait une petite chambre malsaine, au rez-de-chaussée, sur une cour humide et privée de soleil.

Le 29 mars, l'éruption était complète, les pustules remplies de pus; la face gonflée ainsi que les mains et les pieds; les paupières étaient fermées; la malade, peu patiente, poussait des cris continuels et empêchait tout le monde de dormir dans la maison. Dès que commença la dessiccation des pustules, dans les premiers jours d'avril, je dus céder aux instances qui m'étaient adressées de toutes parts, et je fis transporter sur un brancard la malade bien chaudement enveloppée, dans le service de M. Briquet, à l'hôpital de la Charité.

Pendant son séjour à l'hôpital, qui se prolongea plus de six semaines, j'eus l'occasion de la voir plusieurs fois. Elle guérit; mais la convalescence fut longue, et on fut obligé de lui ouvrir plusieurs abcès qui se formèrent aux membres inférieurs.

2e *fait*. — Le 13 avril, j'étais appelé pour voir sa sœur, jeune fille de vingt-trois ans, celle-là même qui pendant une douzaine de jours avait donné asile dans sa chambre à la malade précédente, qui l'avait soignée avec le plus grand dévouement et avait passé toutes les nuits à la veiller.

Celle-ci avait été vaccinée; elle avait une fièvre violente, un sentiment de courbature extrême, et elle avait aussi eu des vomissements. Je crus d'abord qu'il ne s'agissait que de fatigue; mais, dès le lendemain, des rougeurs couvraient la face; nous avions affaire à une éruption variolique; sans être aussi confluente que celle de la précédente malade, l'éruption ne fut pas cependant ce que l'on peut appeler discrète. Elle fut, du 14 au 23, accompagnée d'un mouvement fébrile excessif; pendant tout ce temps, il y eut une agitation extrême; pendant trois nuits même, un peu de délire. Puis la dessiccation survint, les croûtes se détachèrent peu à peu, et le rétablissement était complet le 12 mai.

Déjà même, à partir du 5, on pouvait considérer la guérison de la variole comme parfaite; mais du 5 au 12, quelques imprudences de régime avaient déterminé une diarrhée intense qui nécessita l'emploi d'une médication assez énergique.

Dans ce cas, évidemment, l'éruption variolique avait parcouru toutes ses périodes beaucoup plus rapidement que dans la variole ordinaire. On avait eu affaire à une variole modifiée par la vaccine, mais qui n'avait cependant pas laissé que d'être grave au point de vue des phénomènes généraux.

Les pustules étaient moins profondes que chez la première malade; aussi, tandis que celle-ci est et restera fortement marquée, c'est à peine si la seconde présentera quelques légers stigmates de son affection.

3e *fait*. — A peu près à la même époque, le 3 avril, je voyais pour la première fois une jeune femme de vingt-quatre ans, mariée depuis un an, Mme A..., rue de l'École-de-Médecine, 90; cette malade présentait depuis la veille quelques rougeurs sur la poitrine et sur les mains. Ce n'était que depuis le matin qu'elle s'était aperçue que ces taches avaient envahi le visage. Le pouls était fréquent, mais sans excès, à 92; céphalalgie, malaises, nausées.

La malade était enceinte de quatre mois et demi environ. Elle avait été vaccinée dans son enfance, et était habituellement d'une bonne santé.

Sans entrer dans des détails aussi circonstanciés pour cette femme que pour les deux précédentes, je me bornerai à dire que l'éruption se fit facilement, assez confluente, surtout au visage, où la réunion des pustules constituait un véritable masque sans aucune solution de continuité.

Les phénomènes généraux furent peu intenses; la malade, du reste, était d'un calme et d'une résignation exemplaires.

Le 13 avril, au dixième jour de la maladie, elle fit une fausse couche presque sans douleur, et expulsa vers six heures du matin un enfant mort paraissant être entre quatre et cinq mois de grossesse. Les suites de couches, que je redoutais, furent des plus simples. Il n'y eut pas le moindre accident, et le 5 mai, au bout de trente-deux jours, le visage et le corps étaient presque entièrement débarrassés des croûtes.

J'ai revu cette femme il y a peu de jours; sauf les ailes du nez, où elle [illegible]ché les croûtes qui s'étaient formées et qui pour cette fa[illegible] sont assez gravement entamées, le visage ne présente que çà et là de petites marques peu profondes qui ne la défigureront pas.

Interrogée par nous, elle nous a déclaré qu'elle était allée voir quelques jours avant de tomber malade une de ses amies atteinte de petite vérole.

Ici encore il y eut une variole modifiée par la vaccine, et j'attire l'attention sur la circonstance de la fausse couche, qui, survenant en pleine éruption, ne fut la cause d'aucun accident.

4e *fait*. — Le 6 juillet, je fus appelé pour voir Mme Ch..., carrefour de l'Odéon, 14, âgée de vingt-neuf ans, d'une forte et robuste constitution, ma cliente depuis plusieurs années, et qui n'avait jamais fait de maladie sérieuse.

Elle était depuis la veille prise de ces malaises que l'on observe également au début des fièvres typhoïdes et des fièvres éruptives : fièvre, courbature, céphalalgie, anorexie, envies de vomir. Le pouls à 96, fort, développé. Je fais prendre un vomitif, suivi le lendemain d'une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 8 au matin, le visage est couvert de rougeurs très-confluentes; quelques-unes des taches sont acuminées; il est facile de reconnaître qu'il s'agit là d'une variole commençante. La malade a été vaccinée dans son enfance; elle nous dit avoir été en rapport récemment avec un enfant qui avait la petite vérole.

Sous l'influence de la diète, du repos au lit, de quelques boissons légèrement chaudes, l'éruption se fait bien, mais excessivement confluente; gonflement bien régulier de la face et des mains. Tout à coup, dans la nuit du 12 au 13, la malade est prise d'agitation, de délire; le pouls monte à 140; pendant la journée, elle redevient calme; mais la nuit le délire revient plus fort que jamais. La malade se lève de son lit, court nu-pieds à sa fenêtre en criant à l'assassin, malgré les efforts de sa garde-malade et d'une de ses sœurs qui veulent la recoucher, et brise à coups de poing les douze carreaux de vitre qui garnissent les châssis de la croisée.

Par une chance extraordinaire, la malade s'était blessée très-légèrement à la main droite, et à la main gauche ne s'était fait qu'une très-petite entaille au petit doigt, de la largeur à peu près d'une pièce de 20 centimes. Cette plaie avait donné beaucoup de sang; je la réunis facilement avec un peu de taffetas.

Dans la journée, le délire persistait au plus haut degré; il redoublait chaque nuit, et l'on fut obligé de mettre plusieurs personnes près de son lit pour l'empêcher de renouveler des scènes de ce genre.

Cependant l'éruption suivait son cours normal : les pustules étaient toujours bien pleines, la face et les extrémités très-gonflées, les paupières fermées.

M. Vigla, auquel je fis voir la malade, fut d'avis que l'on avait affaire là plutôt à un délire nerveux qu'à toute autre forme; il m'engagea à essayer l'emploi de l'opium à haute dose.

Du 13 au 19, la malade prit chaque jour, dans les vingt-quatre heures, cinq pilules d'extrait gommeux d'opium de 0,05 chacune. De plus, toutes les deux heures, une cuillerée d'un julep contenant avec 40 grammes de sirop de morphine, 75 centigrammes d'abord, puis 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 18, dans la journée, vers trois heures de l'après-midi, tout d'un coup le délire cessa et la malade recommença à raisonner très-juste sur tout ce qui l'entourait, demandant pardon aux assistants *des misères qu'elle leur avait faites*, et conservant, chose curieuse, un souvenir bien complet de tout ce qui s'était passé pendant son délire.

Mais alors elle commença à se plaindre vivement du malaise qu'elle éprouvait, des douleurs causées par ses pustules, etc.; elle ne faisait que se retourner d'un côté sur l'autre; et malgré la cessation du délire, je jugeai à propos de continuer l'usage de l'opium, en en diminuant seulement un peu la quantité. La malade ne prit plus que trois pilules par jour; on les continua jusqu'au 25.

On comprend facilement l'inquiétude des personnes qui entouraient la malade. Tous la croyaient perdue, et en effet, les phénomènes généraux dont nous venons de parler, comme aussi une fièvre qui dépassait parfois 130 par minute, étaient de nature à inspirer les plus vives appréhensions.

Et cependant, la marche régulière de l'éruption pendant tous ces désordres m'avait laissé grand espoir de tirer la malade d'affaire. J'avais le pressentiment que nous n'aurions pas un malheur à déplorer.

Disons pour en finir sur-le-champ que le 22 juillet, la malade commença à prendre du bouillon; le 27, elle mangeait un peu de viande. Elle prit un bain le 30 juillet. Les croûtes se détachèrent assez vite, sauf celles du cuir chevelu. On a dû couper les cheveux complétement ras.

Le visage est assez uniformément grêlé, mais sans coutures, et assez superficiellement pour qu'il soit permis d'espérer que, sauf à la pointe du nez et près de la commissure droite des lèvres, il ne restera dans quelques mois aucune trace de la maladie.

Evidemment, pour moi, la vaccine a dû modifier cette variole. Si la malade n'eût pas été vaccinée, il est douteux qu'elle eût pu échapper à une aussi violente attaque. Je dois dire cependant que jamais jusqu'à présent, dans aucun cas de variole, chez des sujets vaccinés ou non, je n'avais vu de délire aussi violent et aussi prolongé, et j'insiste sur les merveilleux résultats de l'opium employé à haute dose comme moyen de calmer ce délire nerveux.

(*La fin au prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 septembre 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

M. le docteur Kuhn adresse à la Société une lettre en réponse aux objections qui ont été adressées à l'interprétation qu'il a proposée sur un fait de sa pratique, dans lequel le placenta retenu dans la cavité utérine a été expulsé à la suite de l'excitation électrique.

« Ainsi que M. Laborie l'a fort bien fait remarquer, dit M. Kuhn, mon appréciation était proposée avec la plus grande réserve.

» Mais je dois un mot de réponse à mon honorable confrère M. Béraud attribue à la légère titillation produite par l'introduction d'une sonde de femme dans ou plutôt sur l'orifice utérin, la contraction instantanée si énergique qui a produit immédiatement l'expulsion du placenta.

» L'utérus, dit mon savant contradicteur, est un muscle de la vie organique... Au lieu de se contracter instantanément sous l'influence d'un excitant quelconque, ainsi que le font les muscles de la vie animale, il ne se contracte que lentement, et ne rentre dans le repos que quelques instants après. « Tous les accoucheurs savent, etc. »

» A quoi je répondrai que je crois être également un peu accoucheur, voire même quelque peu physiologiste, et cela depuis pas mal d'années. Il ne faut pas s'imaginer que j'étais homme à rester pendant dix-huit heures absolument inactif.

» J'ai, au contraire, *titillé* de toutes les façons, mais sans obtenir la plus légère contraction. Vous n'aurez pas de peine à croire que j'ai tenté la dilatation du col, essayé différents excitants, et ce n'est qu'après avoir épuisé la liste des moyens connus, que l'idée m'est venue d'essayer de la pile. Or l'effet de cette application a été si *instantané*, si extraordinaire, que, malgré mes trente années d'expérience, j'en suis resté tout étonné.

» Comment voulez-vous que j'attribue cet effet à la simple introduction d'un corps aussi inoffensif qu'une sonde de femme, alors que depuis dix-huit heures j'avais fait tant d'autres essais infructueux ?

» Comment voulez-vous que j'attribue toute cette somme d'action si énergique, au simple contact d'une sonde, et que je refuse toute influence quelconque à un agent aussi puissant que le courant développé par la pile de Legendre ?

» Et puis enfin, le fait brutal, l'*instantanéité* de l'effet, subsiste toujours, et je ne supose point que la simple titillation ait à cet égard le privilége de réaliser ce que le courant électrique serait impuissant à produire.

» En vérité M. Verneuil avait bien raison de dire que, « dans une » question semblable, il ne fallait pas seulement invoquer les saines » données de la physiologie ; mais qu'il fallait avant tout s'appuyer » sur des expériences directes. » Il aurait pu ajouter : « Et tenir » compte des idiosyncrasies. »

» Quoi qu'il en soit, et pour finir, je dois déclarer que si, par habitude et par tempérament, je fais volontiers bon marché des théories et des interprétations, je me dois à moi-même de maintenir la rigoureuse exactitude des faits, et, dans l'espèce, le fait est tel que je l'ai annoncé. La seule concession que je puisse faire aux scrupules de M. Depaul, c'est qu'il a pu s'écouler *deux* secondes au lieu d'*une* entre le moment de l'établissement du *circuit* électrique et la présentation du placenta à l'orifice vulvaire ; mais à coup sûr il ne s'en est pas écoulé *trois*. »

M. Larrey présente, de la part de M. Secourgeon, médecin en chef de l'hôpital militaire de Perpignan, une pièce anatomique et une observation complète de la désarticulation de la cuisse faite consécutivement à une fémoro-coxalgie. Cette opération pour laquelle la Société avait été consultée, faisait espérer d'abord le résultat le plus heureux ; mais une phthisie aiguë s'étant déclarée vers le 30e ou 35e jour de l'amputation et après la cicatrisation définitive, a entraîné la mort de l'amputé.

L'observation, recueillie avec soin par M. le médecin-major Combes, fournit tous les détails désirables sur la maladie de la hanche, sur l'opération elle-même et sur les altérations anatomiques produites par la carie ou la nécrose articulaire et par la phthisie.

Nous donnons ici un long extrait de cette intéressante observation ; quant à la pièce anatomique, elle a été déposée au Musée du Val-de-Grâce.

Coxalgie. — Amputation coxo-fémorale. — Suites. — Mort. Autopsie. — L... (François), ouvrier du génie, né à Norroy (Meurthe), âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament lymphatique, entra comme jeune soldat au 3e régiment d'infanterie de ligne, en avril 1859, et fut versé, deux mois après son incorporation, dans la 2e compagnie d'ouvriers du génie, en garnison à Alger.

L... ne se rappelle pas avoir été malade avant son départ pour l'Afrique ; il n'a jamais eu de maladie vénérienne ni autre affection diathésique ; ses parents sont âgés et ont toujours joui d'une bonne santé, ainsi que ses huit frères ou sœurs.

L... était depuis deux mois à Alger, travaillant dans l'atelier du corps, de son état de forgeron, lorsque, sans cause connue, sans avoir éprouvé aucun accident local, sans avoir fait aucune imprudence dont il ait le souvenir, il commença à ressentir dans l'articulation coxo-fémorale droite une douleur sourde augmentant par la station et la marche.

Pendant quelque temps, cette douleur fixe fort peu son attention, mais sa persistance et son intensité toujours croissantes le forcent, après deux mois d'hésitations, à se présenter à la visite du médecin, qui l'envoie à l'hôpital du Dey, le 10 septembre 1859.

Le traitement consista en émissions sanguines locales, vésicatoires volants, moxas, etc. Ces moyens, continués trois mois, ne produisent aucune amélioration, et L... est envoyé en convalescence au dépôt à Montpellier (10 décembre 1859).

Dix jours après, le malade entre à l'hôpital de Montpellier, où il suit un traitement par l'huile de foie de morue et le fer. Jusque-là, pas de gonflement appréciable, mais des douleurs profondes vers le pli de l'aine, augmentant par les mouvements, sont les seuls accidents observés.

Le 14 avril 1860, le traitement restant sans effet, L... est dirigé sur Amélie-les-Bains, où il séjourne trois mois, prend quarante bains et autant de douches ; mais son état ne fait qu'empirer ; les douleurs deviennent de plus en plus vives ; les nuits sont sans sommeil ; la fièvre survient avec des redoublements le soir ; une tumeur fluctuante commence à se former au voisinage du grand trochanter ; la médication thermale est aussitôt suspendue, et quelques jours après le malade est évacué sur l'hôpital de Perpignan, où il arrive le 14 juillet 1860, onze mois après l'invasion des premières douleurs.

Le 16 avril 1860, nous constatons l'état suivant :

Pâleur de la face exprimant de longues et vives souffrances ; amaigrissement ; faiblesse générale prononcée ; la cuisse droite présente un volume moindre que celle du côté opposé ; la mensuration comparative donne 38 centimètres pour la cuisse gauche et 32 pour celle du côté malade ; la jambe est fléchie à angle obtus sur la cuisse, et sa flexion et son extension complètes sont impossibles ; le pourtour de l'articulation coxo-fémorale droite est le siége d'une tuméfaction peu prononcée, molle, patente, non circonscrite, douloureuse par une forte pression, et présente la forme d'un cône dont la base répond à la racine du membre et le sommet à quelques centimètres au-dessous des trochanters ; la fesse correspondante n'a subi aucune déformation ; la peau n'offre dans sa partie tuméfiée aucune modification dans sa couleur ; une tumeur fluctuante de la grosseur d'un œuf de poule soulève les téguments un peu au-dessous et en avant du grand trochanter ; les mouvements d'abduction et d'adduction déterminent des douleurs aiguës et profondes, répondant à l'articulation ; la mensuration en longueur donne deux centimètres de raccourcissement sur celui du côté sain.

Les fonctions digestives sont en bon état ; le pouls est régulier, sans accélération ; la respiration est légèrement rude sous la clavicule droite ; l'expiration est prolongée ; un peu d'insomnie est provoquée par les douleurs, qui s'exaspèrent la nuit.

Le malade prend de nouveau de l'huile de foie de morue et du fer. L'abcès est ouvert à l'aide du caustique de Vienne ; des pansements méthodiques sont pratiqués ; on prescrit un régime léger et nutritif.

Pendant les premiers mois qui suivent, tantôt les douleurs diminuent, tantôt elles acquièrent plus d'intensité ; les changements de temps semblent leur imprimer une nouvelle activité ; la suppuration est quelquefois phlegmoneuse et liée ; plus souvent elle est abondante, séreuse et fétide ; on tente l'emploi des injections iodées, qui ne peuvent arriver jusqu'au siége du mal ; le stylet introduit dans le trajet fistuleux ne peut pénétrer au delà de quelques centimètres, et s'égare dans les plans aponévrotiques et musculaires de la partie antéro-externe de la cuisse.

Au mois de mars 1861, les douleurs sont beaucoup plus vives et plus persistantes ; le moindre mouvement suffit pour les exaspérer au plus haut degré ; le décubitus dorsal est devenu presque impossible ; le malade est constamment couché sur le côté sain, le membre malade incliné de ce côté et pendant hors du lit. S'il vient à se mettre sur le dos, il est obligé de tenir jour et nuit sa cuisse avec les mains afin d'empêcher tout mouvement ; le pied et la partie inférieure de la jambe sont le siége d'une infiltration séreuse prononcée ; la suppuration est plus abondante, séreuse et très-fétide. En même temps survient un peu de toux, suivie d'une expectoration muqueuse assez abondante ; le bruit respiratoire est rude et obscurci dans l'espace sous-claviculaire droit ; des râles sous-crépitants sont perçus dans toute l'étendue de la poitrine et principalement à la base ; ces accidents s'accompagnent d'un mouvement fébrile avec redoublement le soir, suivi de sueurs nocturnes. Le malade s'affaiblit, ses souffrances sont intolérables ; il demande qu'on le débarrasse à tout prix par une opération du supplice qu'il éprouve.

Le 15, les accidents thoraciques, qui pouvaient faire craindre la tuberculisation, se calment peu à peu ; la respiration est normale dans toute l'étendue de la poitrine, mais un peu rude sous la clavicule droite ; les sueurs nocturnes cessent complétement.

Le 16, plusieurs médecins de la ville et de la garnison de Perpignan sont réunis en consultation. La majorité, persuadée que l'affection a surtout pour siége les parties dures de l'articulation, et que la carie a peu près certaine des surfaces articulaires a déjà pu atteindre une bonne partie de l'os des îles, se prononce pour l'abstention de toute opération.

Devant ce défaut d'accord, M. le médecin en chef de l'hôpital, de plus en plus pressé par l'insistance que le malade met à se faire opérer, porte la question devant la Société de chirurgie, par l'intermédiaire de M. le baron Larrey. Il expose l'état du malade, le genre d'affection dont il est atteint, et demande l'avis de cette Société sur l'opportunité d'une opération qui s'écarte, il est vrai, de la règle commune, mais qui est réclamée par le malade avec insistance.

A la suite d'une discussion sur ce sujet au sein de la Société de chirurgie, l'opération est approuvée en principe par la majorité, qui laisse toutefois à l'opérateur le soin de se laisser guider, quant au choix à faire entre la résection et la désarticulation, par l'appréciation directe de l'état général et local de son malade.

Le 15 avril, une nouvelle consultation a lieu à l'hôpital de Perpignan, à l'effet de décider si l'état actuel du malade peut autoriser une opération, et, dans le cas de l'affirmative, de déterminer le choix à faire entre la résection et l'amputation dans l'article.

Avant de donner leur avis, MM. les médecins consultants jugent indispensable, pour mieux préciser le diagnostic, de soumettre le malade à l'action du chloroforme, et de profiter de la période anesthésique pour faire exécuter au membre des mouvements qui indiqueront :

1° S'il y a luxation, et dans ce cas, carie de l'extrémité supérieure seule du fémur, et possibilité de tenter la résection ;

2° Ou si les surfaces articulaires ayant conservé leurs rapports, on peut admettre comme certain qu'elles sont également malades, et dans ce cas la nécessité de recourir à l'amputation dans l'article.

A la faveur de l'insensibilité obtenue en quelques minutes, on fait exécuter à la cuisse des mouvements de latéralité, d'extension et de flexion, qui produisent un bruit de frottement, sensible à l'oreille de l'assistance, et qui donne à la main de l'opérateur la sensation de deux surfaces rugueuses frottant l'une contre l'autre.

Pendant cette exploration, une suppuration abondante, sanieuse, fétide, s'écoule par l'ouverture du trajet fistuleux ; un flot de suppuration s'échappe au dehors à chaque mouvement imprimé à la tête du fémur.

La certitude que la cavité cotyloïde est profondément altérée, rien ne pouvant indiquer l'étendue de l'altération, et tenant compte d'ailleurs de l'état général du malade, les consultants repoussent à l'unanimité toute opération.

Le 28, les souffrances sont intolérables ; le malade se plaint le jour et la nuit ; une main est sans cesse occupée à maintenir dans l'immobilité le membre malade. Il redoute le sommeil, qui l'expose à des mouvements involontaires. C'est en pleurant qu'il demande tous les jours l'opération.

L'opération est fixée pour le 30 avril.

Le 29, l'état du malade est le suivant : dépérissement général ; anémie ; faciès pâle et grippé ; le membre inférieur droit est dans un état d'émaciation extrême ; toute saillie musculaire de la cuisse a disparu ; une tuméfaction peu prononcée, molle, pâteuse, peu douloureuse superficiellement, s'étend de la racine du membre jusqu'au-dessous des trochanters ; la palpation fait reconnaître, sur un plan sous-jacent à cette tuméfaction, des parties dures, serrées, très-douloureuses, s'étendant depuis le voisinage de l'articulation coxo-fémorale jusqu'au-dessous des trochanters, et semblant faire corps avec le fémur ; les muscles fessiers correspondants sont aplatis, en partie atrophiés ; un trajet fistuleux, à large ouverture, existe un peu au-dessous et en dedans du grand trochanter ; le stylet ne peut pénétrer au delà de quelques centimètres ; la jambe est fortement fléchie sur la cuisse, et celle-ci se trouve dans la demi-flexion sur le bassin ; le pied et le genou n'ont subi aucune déviation, la mensuration du membre donne 4 centimètres de raccourcissement ; la jambe du côté sain est également fléchie sur la cuisse, et ne peut être ramenée à l'extension complète.

L'infiltration séreuse qui s'était manifestée au pied et à la jambe du côté malade, depuis déjà deux mois, s'est prononcée depuis quelques jours sur le pied et sur la jambe du côté gauche.

Les fonctions digestives s'exécutent d'une manière assez satisfaisante. Il n'y a jamais eu de diarrhée.

Du côté droit et sous la clavicule, la percussion donne de la matité dans une certaine étendue, et l'auscultation y fait percevoir une diminution et une rudesse prononcée du murmure respiratoire ; la toux et les sueurs nocturnes ont complétement disparu depuis quelques jours ; le moral est excellent.

L'amputation dans l'article est pratiquée le 30 avril par M. le médecin en chef Secourgeon, d'après un procédé ovalaire mixte, et de la manière suivante :

Le malade, couché horizontalement sur le lit d'opération, le corps légèrement penché sur le côté sain, est préalablement chloroformé. L'opérateur, placé en dehors du membre malade, porte la pointe du couteau sur le milieu de l'espace compris entre l'épine iliaque supérieure et antérieure et le grand trochanter, et pratique une incision qui divise les parties molles jusqu'à l'os, et descend jusqu'à 2 centimètres au-dessous et un peu en avant du grand trochanter ; de ce point le couteau, n'intéressant alors que la peau, est conduit suivant une ligne oblique sur la région antérieure, puis interne de la cuisse, contourne la partie postérieure en passant à 6 centimètres environ de l'ischion, et arrivé à la partie externe du membre, va regagner, par une ligne oblique semblable à la première, son point de départ au-dessous du grand trochanter. La peau est alors retirée autant que possible. La compression de l'iliaque externe est confiée à un aide intelligent et vigoureux, qui doit la pratiquer avec ses doigts sur la branche horizontale du pubis. La peau se trouvant assez rétractée, les chairs sont coupées d'un seul coup jusqu'au col, à la partie antérieure et interne du membre ; la crurale, la fémorale profonde et quelques rameaux musculaires, sont immédiatement liés sans aucune perte de sang artériel. Le couteau est alors porté sur la capsule ; le membre est luxé par un mouvement d'abduction et d'élévation, et l'ablation du membre s'achève par la section des parties molles du côté externe et postérieur de la cuisse, au niveau de l'ovale tracé par l'incision de la peau. Dans ce moment, l'ischiatique, la fessière et l'obturatrice donnent à la fois ; mais elles sont liées très-rapidement, de telle sorte que la perte de sang est presque insignifiante.

L'amputation, y compris les ligatures, n'a duré que huit minutes. La perte totale de sang a été presque nulle. Néanmoins, on remarque chez le patient un état d'affaissement général assez inquiétant : la face est pâle, le pouls presque insensible et très-fréquent, la respiration lente et faible ; la syncope est imminente. Des frictions sèches sont pratiquées sur la poitrine, des lotions vinaigrées sont faites sur le front et sur les tempes ; peu à peu l'opéré revient à lui, répond aux questions qu'on lui adresse, et l'on parvient à lui faire avaler quelques cuillerées de vin sucré.

Avant de procéder au pansement, on explore la cavité cotyloïde, et l'on remarque que le rebord de cette cavité ne présente aucune trace des ligaments capsulaire et cotyloïdien auxquels elle donne attache ; ce rebord est dépourvu de périoste dans toute sa circonférence et dans une étendue de 2 centimètres. Le tissu osseux, ainsi à découvert, présente une coloration d'un gris brunâtre ; il est rugueux et comme hérissé d'une multitude de fines aspérités. Toute trace du cartilage d'incrustation qui revêt la cavité cotyloïde à l'état normal a entièrement disparu. Le tissu osseux, entièrement dénudé, offre une teinte d'un gris sombre, et se trouve imprégné d'un liquide sanieux d'une odeur fétide. Le doigt, promené dans la cavité, y perçoit la sensation de rugosités, de sillons comme ondulés, et dans quelques points un véritable ramollissement. Quelques débris osseux d'un très-petit volume, à surface rugueuse, libres de toute adhérence, se trouvent rassemblés dans l'arrière-fond de la cavité.

Des injections à grande eau sont immédiatement pratiquées. On s'assure qu'il n'y a pas de communication du fond de la cavité cotyloïde avec l'intérieur du bassin ; cette certitude acquise, on enlève à l'aide de la rugine et d'un fort scalpel toutes les parties que l'instrument peut atteindre, et quatre cautères rougis à blanc sont rapidement promenés sur toutes les surfaces malades. D'abondants lavages d'eau froide sont alors pratiqués dans la cavité cotyloïde ; les lèvres de la plaie sont réunies à l'aide de quatre points de suture, et le pansement ordinaire des amputations est appliqué au moignon.

Le soir, huit heures après l'opération, on remarque un peu de réaction ; le pouls commence à se relever ; le moignon est alors le siége de douleurs vives, mais ne s'étendant pas à l'abdomen, qui reste souple.

Examen anatomique de la cuisse amputée. — La section des parties molles à la partie supérieure de la cuisse présente un plan oblique de dehors en dedans et de haut en bas ; la partie la plus élevée de cette section correspond au grand trochanter, et sa partie inférieure dépasse de 4 centimètres le petit trochanter. En avant de la cuisse, l'incision a porté sur le trajet fistuleux ; au niveau de ce trajet, le

tissu cellulaire et les muscles sont intimement confondus en une masse lardacée, infiltrée de sérosité et baignée d'une suppuration sanieuse ; cette altération s'étend en arrière et en bas le long de la ligne âpre jusqu'à la partie moyenne du fémur. A partir du point de leur section, les parties molles de la région interne du membre ne présentent rien d'anormal, si ce n'est une décoloration et une atrophie. Les vaisseaux artériels sont sains. La veine crurale se présente sous la forme d'un cordon dur, plein, tendu, sans altération apparente de son tissu ; incisée, elle est trouvée entièrement remplie par un caillot fibrineux, décoloré, en grande partie organisé, et adhérent en quelques points à la paroi interne du vaisseau. Ce caillot présente le même degré d'organisation dans tout le trajet de la veine crurale, dans les veines profondes de la jambe et dans la saphène externe ; la saphène interne est perméable dans toute son étendue.

La tête du fémur, presque entièrement détruite par la carie, présente une surface lisse et aplatie, sans aucun vestige de cartilage ; ce qui reste de cette éminence peut être évalué au tiers de son volume normal et offre une teinte d'un rouge sombre ; il est friable et ramolli ; le stylet le pénètre avec la plus grande facilité ; par la pression, il s'en écoule un liquide sanieux d'une grande fétidité. Le col, entièrement dépouillé du périoste, est hérissé d'une multitude d'aspérités s'étendant aussi entre les trochanters jusqu'à 2 centimètres au-dessous de ces tubérosités. Le périoste qui revêt le corps de l'os est altéré jusqu'à la partie moyenne du fémur ; il est épaissi, infiltré de sérosité, et se décolle par la plus légère traction.

Le corps du fémur, scié à sa partie moyenne, présente un diamètre bien inférieur à celui d'un sujet sain du même âge. La portion compacte paraît très-amincie ; la portion spongieuse a presque complétement disparu ; la cavité médullaire est agrandie aux dépens de la substance compacte ; la moelle, ramollie, est d'un rouge foncé.

Le 1er mai, sommeil de quelques heures pendant la nuit ; les douleurs ressenties dans le moignon à la suite de l'opération ont entièrement disparu. Pouls fréquent, assez développé ; chaleur modérée de la peau ; langue humide, un peu blanche. L'appareil, pénétré par une quantité notable de sérosité rougeâtre, est renouvelé seulement dans les parties extérieures. — 4 bouillons ; infusion de tilleul, 3 litres.

Le 2, nuit bonne ; accélération du pouls ; chaleur modérée de la peau. Le malade accuse un bien-être à lui inconnu depuis longtemps. L'infiltration du pied gauche a envahi le membre entier ; le moral est excellent. — Soupes, bouillons, pruneaux, fromage frais ; chocolat le matin ; infusion de tilleul, 3 pots.

Le 3, même état que la veille. — Même prescription.

Le 4, l'appareil est renouvelé ; la plaie est réunie dans son tiers externe et interne ; la suppuration est peu abondante et liée ; l'infiltration du membre inférieur gauche a fait de nouveaux progrès ; l'état général est satisfaisant ; l'accélération du pouls persiste. — Un quart de pain, pruneaux, œufs, chocolat le matin, demie de vin.

Le 5, même état que la veille. — Même prescription.

Le 6, douleurs dans le moignon ; rougeur et tension de la lèvre inférieure de la plaie en regard de la cavité cotyloïde. La pression exercée sur ce point en fait sortir une assez grande quantité de pus de bonne nature. L'état général est satisfaisant ; l'appétit se soutient. — Même prescription.

Les 7 et 8, la plaie est solidement réunie dans son tiers externe et interne ; les fils des sutures sont coupés et enlevés ; la suppuration est peu abondante, de bonne nature, et fournie par une ouverture qui est restée béante vers le milieu du moignon. L'infiltration séreuse du membre inférieur gauche s'est étendue au scrotum, à la région fessière et à l'aine. La veine saphène interne est fortement distendue et saillante sous la peau ; elle n'est pas douloureuse à la pression ; la circulation n'y paraît pas interrompue. — Même prescription.

Du 9 au 11, toutes les fonctions se font bien, le sommeil seul est de courte durée et très-léger ; la suppuration toujours peu abondante, de bonne nature, sans odeur appréciable, s'écoule moins facilement dans les pièces de l'appareil. La pression exercée sur la hanche en regard de la cavité cotyloïde en amène au dehors une assez grande quantité. La veine saphène interne gauche donne au toucher la sensation d'une corde tendue et résistante ; elle est le siége d'une légère douleur ; son oblitération paraît imminente.

Du 15 au 20 mai, une petite perforation s'est faite vers la partie externe de la cicatrice, à peu près en face de la cavité cotyloïde. La suppuration est plus abondante, moins liée, d'un odeur forte ; et en même temps un peu de diarrhée avec coliques et ténesmes ; les matières sont séro-bilieuses et peu abondantes. L'infiltration du membre gauche est moins prononcée ; mouvement fébrile le soir. — Soupe, bouillons, riz, gomme et potion opiacée.

Du 21 au 30, diarrhée persistante ; mouvement fébrile prononcé tous les soirs, suivi de sueurs nocturnes ; suppuration très-abondante, séreuse et fétide.

Injections iodées dans le trajet fistuleux et pénétrant dans la cavité cotyloïde ; régime alimentaire léger ; riz, gomme édulcorée ; potion avec sous-nitrate de bismuth, 4 grammes.

Du 30 mai au 4 juin, les forces, qui s'étaient relevées au point de permettre au malade de se lever et de passer plusieurs heures tous les jours dans un fauteuil, commencent à diminuer ; la diarrhée persiste ; le sommeil est interrompu par des besoins fréquents d'aller à la garde-robe ; la suppuration est toujours abondante, séreuse, fétide.

Quatre bouillons ; tisane de riz avec gomme ; potion avec sous-nitrate de bismuth, 4 grammes.

Du 4 au 10, les digestions sont laborieuses ; des coliques surviennent après chaque repas ; mouvement fébrile, sueurs nocturnes, affaiblissement progressif, découragement.

Quatre bouillons ; blanc de volaille ; deux quarts de lavement avec extrait de ratanhia, 0,5 ; potion opiacée.

Du 10 au 20, une douleur, d'abord vague, puis aiguë et pongitive, se déclare dans le côté droit de la poitrine ; en même temps survient un peu de toux suivie d'expectoration mucoso-purulente abondante ; bruit de gargouillement sous la clavicule droite ; la fièvre est continue, avec redoublement le soir.

Même régime alimentaire ; riz, gomme édulcorée ; potion opiacée (2) ; lavement avec extrait de ratanhia, 0,5.

La toux est incessante, l'expectoration puriforme est des plus abondantes ; fièvre continue avec sueurs profuses pendant la nuit ; abattement des forces ; la cicatrice du moignon est restée intacte et solide ; la suppuration est presque nulle.

Bouillon, infusion pectorale, potion opiacée.

Du 22 au 24, fièvre continue ; dyspnée violente ; la toux et l'expectoration sont incessantes ; anxiété, plaintes, refroidissement général.

Mort le 24 juin à onze heures du matin.

Autopsie. — La cicatrice du moignon est intacte dans toute son étendue, si ce n'est à la partie moyenne, où l'on trouve l'ouverture d'un trajet fistuleux pouvant recevoir une plume d'oie à son orifice, et qui va en s'élargissant à mesure que l'on se rapproche des surfaces osseuses malades ; par une incision cruciale, on constate que le tissu cicatriciel est intact et bien organisé, et on arrive dans un clapier rempli de détritus noirâtres et fétides, dont la cavité cotyloïde forme le centre, et qui s'étend en dehors sous le muscle petit fessier décollé et réduit en bouillie ; la cavité cotyloïde ne présente pas de communication avec le bassin ; sa surface est rugueuse, noirâtre et se laisse facilement entamer par le scalpel ; ses bords sont inégaux, raboteux, presque entièrement effacés par le travail ulcératif et hérissés dans tout leur contour de très-fines aspérités. On peut suivre cette déposition de matière osseuse en dehors dans la fosse iliaque externe, et dans les autres directions sur la tubérosité ischiatique, le corps et les branches du pubis ; un peu en dehors de l'éminence iléo-pectinée et au niveau de la coulisse des muscles psoas et iliaque, se voit l'ouverture très-étroite d'une petite cavité contenant une substance pierreuse, de la grosseur d'un gros pois, d'un blanc de chaux, non enkystée, intimement adhérente au tissu osseux voisin, et qui paraît être un tubercule ayant subi la transformation crétacée.

L'artère fémorale a contracté des adhérences intimes avec les parties voisines, et se trouve oblitérée dans une étendue de 3 centimètres ; la veine iliaque externe est remplie par un caillot consistant, organisé, qui s'étend jusqu'à son confluent avec la veine hypogastrique ; la partie du bassin correspondant en dedans à la cavité cotyloïde ne présente rien d'anormal quant aux parties molles qui le tapissent ; le périoste néanmoins est considérablement épaissi et se décolle avec la plus grande facilité ; la surface osseuse sous-jacente offre des rugosités au toucher, sans aucune trace de perforation.

Les principales veines du membre inférieur gauche sont entièrement oblitérées par un caillot dense, décoloré, organisé à divers degrés.

L'iliaque externe et la fémorale sont oblitérées dans toute leur étendue, ainsi que la saphène interne ; la tibiale postérieure et la saphène externe présentent à la jambe la même oblitération ; la tibiale antérieure est perméable dans les trois quarts inférieurs de son parcours.

Le sommet du poumon droit est creusé par une caverne qui pourrait recevoir un œuf de poule, et qui communique avec la cavité pleurale ; celle-ci contient, au niveau du lobe supérieur seulement, une certaine quantité d'un liquide séro-purulent circonscrit de toutes parts par des adhérences anciennes et qui communique largement avec l'intérieur de la caverne ; le lobe moyen est farci de tubercules à l'état d'infiltration ; le lobe inférieur en contient quelques-uns disséminés dans son parenchyme.

Le poumon gauche est sain, complétement libre d'adhérences, et n'offre aucune trace de tubercules.

Les autres organes, examinés avec soin, ne présentent rien d'important à considérer.

— La Société se réunit en comité secret pour la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante de membre titulaire.

L'ordre de présentation proposé par la commission est le suivant :

1° M. Blot.
2° M. Dolbeau.
3° M. Legendre.

L'élection se fera dans la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Béraud.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les pharmaciens du Puy (Haute-Loire) ont intenté récemment une poursuite contre les administrateurs et les religieuses de l'hospice de cette ville, où les préparations se font et se débitent au dehors, sous le couvert d'un gérant diplômé. Leur demande a été rejetée par le tribunal du Puy.

Ce jugement est en tous points et par tous ses considérants en opposition complète avec les jugements rendus depuis un an par d'autres tribunaux (Paris, Fontainebleau, Cusset, etc.), comme avec la décision de la Cour de cassation, qui a force de loi et qui est journellement exécutée par la pharmacie parisienne et appliquée par les jurys médicaux. On nous assure que les pharmaciens du Puy vont appeler de ce jugement.

— L'*American medical Times* raconte un moyen ingénieux employé par un charlatan de la Nouvelle-Orléans pour se faire une immense réputation. Il rapportait toutes les maladies des femmes à une tumeur de la matrice, et, dès qu'il était appelé auprès d'une malade, sous prétexte d'examiner les organes génitaux, il introduisait jusque dans la matrice un petit morceau de viande crue. Survenaient bientôt des douleurs intolérables. « Très-bien : le remède opère, disait notre homme, et je n'en donne pas pour longtemps à la tumeur avant qu'elle soit obligée de vider la place. » En effet, la viande était enfin expulsée, et en même temps les douleurs s'effaçaient comme par enchantement. La malade, *guérie*, pouvait palper la prétendue cause de ses maux et payait en conséquence !

Le misérable qui se livrait à cette spéculation a été condamné à 5,000 francs d'amende.

Du diagnostic différentiel, à l'aide de l'ophthalmoscope, des amauroses vraies et simulées dans les conseils de révision, par M. le docteur Guérineau, professeur à l'École de médecine de Poitiers. Un volume in-8° avec 21 planches coloriées et dessinées d'après nature, à l'aide de l'ophthalmoscope. Prix : 5 fr. *franco*. A Paris, chez P. Asselin, libraire, place de l'Ecole de Médecine.

De la Digitale et du meilleur mode d'emploi de cette plante, par Labélonye, pharmacien de l'Ecole spéciale de Paris, ancien président de la Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine, etc. Paris, 1859, chez Labé, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 23. — M. Labélonye, qui s'est particulièrement occupé de l'étude de la digitale, démontre, dans cette brochure, que cette plante doit ses propriétés si diverses et qui en font à la fois un excellent sédatif et un puissant diurétique, non à un principe unique, mais à la réunion des divers principes qui entrent dans sa composition, et que l'alcool à 60° en est le meilleur dissolvant. — Il prépare, à l'aide de ce menstrue, dans le vide, à l'abri de toute altération, un extrait qui contient tous les principes auxquels on peut attribuer les propriétés de la digitale, et, pour en rendre l'emploi plus facile, il l'unit à un sirop dans la proportion de 5 centigrammes pour 31 grammes de sirop. — Les succès qu'obtiennent tous les jours les praticiens de l'emploi du Sirop de Labélonye (à la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19) dans les maladies organiques ou non organiques du cœur, dans les affections pulmonaires, bronchiques, et dans les hydropisies, prouvent, en effet, qu'il jouit de toutes les propriétés sédatives ou diurétiques de la digitale.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 118. — MARDI 8 OCTOBRE 1861 (34e ANNÉE.) N° 118. — MARDI 8 OCTOBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 OCTOBRE 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Jobert (de Lamballe) a communiqué dans cette séance la suite de ses recherches anatomiques et physiologiques sur les tendons. Ces recherches devaient naturellement le conduire à la question longtemps discutée de la sensibilité des tendons. M. Jobert a été amené par le concours de l'observation clinique et des expériences, à constater, ainsi que l'avait déjà fait M. Flourens en 1821, et plus récemment en 1856 et 1857, que les tendons, insensibles physiologiquement, peuvent devenir sensibles dans l'état pathologique, et particulièrement sous l'influence d'un travail inflammatoire. Plusieurs témoignages cliniques étaient déjà venus confirmer les résultats des vivisections faites par M. Flourens pour résoudre cette question. Le nouveau témoignage apporté par M. Jobert donne à cette proposition un appui décisif.

M. Chauveau (de Lyon), dont nos lecteurs connaissent les premières recherches relatives à l'influence de la moelle sur les contractions de l'iris, a exposé dans une nouvelle communication, faite également dans cette séance, les résultats définitifs de ses expériences sur ce point de physiologie, lesquels se résument en ceci, savoir : que le phénomène de la contraction et de la dilatation de l'iris se manifeste exactement dans les mêmes conditions que les convulsions des muscles volontaires, et qu'il est le résultat d'une action réflexe, et non point, comme on l'a cru longtemps, un effet direct analogue à celui qui est obtenu par l'excitation du sympathique ou des racines motrices de la deuxième paire dorsale.

C'est encore par deux notes de rappel que MM. Decharme et Armand ont exposé, le premier la suite de ses études sur la combustion de l'opium et la volatilisation de la morphine ; le second de nouveaux renseignements sur les remèdes antirabiques usités en Chine. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Des affections cérébrales et des maladies qui les simulent.

(Leçons recueillies et rédigées par M. DUMONT, chef de clinique.)

Depuis plus d'un quart de siècle j'enseigne publiquement, et j'ai publié dans mes livres des faits appartenant à la pathologie cérébrale. Les recherches que j'ai faites, il y a longtemps déjà, soit sur les animaux vivants, soit sur les malades, soit enfin sur le cadavre, jointes à celles des observateurs éminents qui se sont distingués dans le même ordre d'études, Morgagni, Gall, Spurzheim, Calmeil, Tiedemann, Abercrombie, Georget, Magendie, Lallemand, Foville, Serres, Baillarger, Rostan, Pinel-Grandchamp, ont eu pour résultat la découverte de vérités dont plusieurs ont été élevées à la hauteur d'une loi pathologique.

C'est ainsi que l'on admet aujourd'hui comme des lois scientifiques la coïncidence des troubles fonctionnels du côté droit du corps avec une lésion des centres nerveux dans l'hémisphère cérébral opposé, et spécialement avec une lésion des corps striés et des couches optiques; vous croirez à une lésion des hémisphères cérébelleux quand vous observerez un trouble dans l'équilibration des mouvements. Vous admettrez aussi avec moi la coïncidence de la perte de la parole et des lésions portant sur les lobes antérieurs du cerveau.

Les maladies cérébrales sont plus que jamais en ce moment à l'ordre du jour. On se presse en foule autour de nos Sociétés savantes, dans l'espoir, quelquefois déçu, d'y puiser de nouvelles lumières.

Une bonne fortune ayant semé cette année dans nos salles presque tous les exemples, tous les types des affections cérébrales, je vais saisir cette occasion de vous les signaler.

C'est d'abord le n° 9 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, frappé d'une hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie *à gauche* et perte absolue de la parole; il n'a conservé des souvenirs d'une instruction suffisante que deux mots inconnus, inintelligibles pour lui comme pour nous, *sicolar, sicoli;* c'est le dernier vestige d'une fonction éteinte; pressez-le de questions, pour toute réponse il ne trouve qu'un juron pour trahir son désespoir.

Vous avez étudié sous mes yeux les lésions cadavériques offertes par ce pauvre malade : l'extrémité antérieure de l'hémisphère gauche présentait une liquéfaction presque complète des parties profondes, et à la superficie vous m'avez vu démontrer l'adhérence complète entre les méninges et la substance cérébrale. J'enlevai la pie-mère avec soin, et je vous montrai que sa face profonde était recouverte d'une couche de substance grise.

Est-ce assez démontrer l'existence d'une encéphalite superficielle et profonde, et l'existence évidente d'une corrélation entre les lésions de l'extrémité antérieure des lobes cérébraux et les troubles de la parole?

Voyez le n° 4 de la même salle, il est atteint d'une hémiplégie *à gauche.* A la suite d'une apoplexie cérébrale, ce malade vous a présenté tous les symptômes d'une encéphalite autour du foyer apoplectique.

A plusieurs reprises vous l'avez vu atteint de roideur, de contracture, dans les membres jusque-là paralysés. Il avait du délire; sa tête était chaude et douloureuse; ses yeux étaient congestionnés; puis des vomissements survenaient et terminaient la scène. Une émission sanguine locale conjurait tous les accidents, et le malade rentrait avec calme dans sa paralysie. Sa raison se troublait aussi par moments. Vous l'avez vu prendre comme à plaisir ses excréments avec les mains et les entasser avec un sourire de satisfaction dans son urinoire, et celà en dépit de toutes les observations.

Vous avez vu enfin ce malade, dans une dernière période, revenir à lui, à la raison, au mouvement, se promener dans les jardins et demander enfin et obtenir sa sortie. Les fonctions intellectuelles s'accomplissaient alors assez régulièrement, et il marchait à l'aide d'une canne, en traînant, il est vrai, la jambe gauche; le bras du même côté est presque immobile et à demi fléchi au-devant de la poitrine.

L'autopsie nous fait ici défaut pour vérifier l'exactitude du diagnostic. Mais n'est-il pas évident qu'il y a eu dans ce cas : foyer apoplectique hémorrhagique dans le corps strié et les couches optiques à droite; inflammation des parois du foyer, désorganisation consécutive; puis guérison incomplète de cette encéphalite profonde, avec persistance d'un certain degré de désorganisation ?

Voulez-vous lire dans l'avenir de ce malade? Il est bien triste, car ce malheureux est menacé presque à coup sûr d'hémorrhagie nouvelle. La même cause persistant produira les mêmes effets; à leur défaut, l'encéphalite demeurera toujours imminente et entraînera le même cortége de symptômes que vous avez déjà constatés pendant toute la période que le noyau apoplectique ancien n'aura pas été résorbé.

Une hémiplégie faciale du côté gauche s'observait encore au n° 15 de la salle Saint-Jean-de-Dieu et au n° 7 de la même salle; ce sont deux tuberculeux arrivés à la dernière période, offrant tous deux une otorrhée considérable; ils sont exempts de paralysie du côté gauche du corps. Tous deux viennent de mourir, et nous ont offert une carie manifeste du rocher.

Le rocher du malade n° 15 vous a présenté une perte de substance capable de loger une noisette. La dure-mère correspondant à la face supérieure était ulcérée et permettait un rapport direct entre l'hémisphère cérébral gauche et le foyer creusé dans le rocher et rempli de pus. Le cerveau est à peine teinté en brun. Nous sommes étonné de voir l'impossibilité fonctionnelle et l'intégrité du cerveau dans des conditions si nécessaires d'encéphalite. A peine voit-on un point de la largeur d'une pièce de 0,50 offrant une teinte brunâtre témoignant d'une macération ou d'une imbibition opérée après la mort, sans altération de texture.

Les observations de convulsions abondent. Le n° 25 de la salle Saint-Jean-de-Dieu est un albuminurique. Son visage est bouffi, ses pupilles dilatées et immobiles, et ses yeux présentent à l'ophthalmoscope les lésions spécifiques de cette variété d'amaurose et de la lésion organique du rein décrite par Bright.

Tout à l'heure, pendant notre clinique, je vous parlais de la congestion cérébrale apoplectiforme, pour l'évaluer à sa plus juste valeur, et vous venez d'entendre un cri et le bruit d'une chute partis du n° 20; c'est l'éclat d'une attaque chez un malheureux peintre *saturé de plomb*, paralysé des avant-bras, amaurotique souvent transporté d'un délire furieux.

Le n° 6 vous offrait un exemple frappant de *méningite* dans sa forme tuberculeuse et dans sa période comateuse.

La *méningite rhumatismale* n'a pas fait une seule apparition dans notre service, pourtant si fécond en rhumatismes de tous les degrés, fébriles ou apyrétiques, localisés ou généralisés, simples ou accompagnés d'arthrite cardiaque.

J'en ai vu beaucoup en ville, chez des malades non traités comme les nôtres et chez lesquels, au contraire, on n'avait pas ménagé l'emploi du sulfate de quinine.

L'*hémorrhagie cérébrale* abonde ici : le n° 1 des femmes en est le plus bel exemple.

Les *épanchements séreux* sous forme aiguë se rencontrent chez nos albuminuriques si nombreux : chez le n° 10 qui dort toujours (maladie de Bright, anasarque); chez le n° 26 (même affection, mêmes symptômes), et surtout jusqu'à l'évidence, dans les ventricules du cerveau ouvert ce matin à l'autopsie du n° 25 (maladie de Bright, amaurose, convulsions). Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien était gonflé de sérosité; les ventricules en contenaient une cuillerée à café, et le triple de cette dose s'observait après l'ablation du cerveau dans les parties déclives de la fosse cérébrale postérieure.

L'*épanchement séreux chronique* se présente bien souvent sous vos yeux, à l'autopsie des malades qui succombent aux affections du cœur et spécialement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Le *delirium tremens* s'observait au n° 23 : la gaieté et les convulsions n'ont cessé de se mêler jusqu'aux derniers moments; la dose énorme de 2 grammes de laudanum en vingt-quatre heures a seule ramené le malade à la vie.

La *méningo-encéphalite diffuse* du n° 12 vous a présenté une série de symptômes des plus frappants : tristesse profonde, hébétude, silence et mutisme absolus opposés à toutes les questions; calme trompeur, paroxysme de fureur, tentatives de suicide, refus d'aliments, enfin l'aliénation mentale la plus complète, qui vient de lui ouvrir les portes de Bicêtre.

L'*épilepsie* était bien reconnaissable chez le jeune enfant du n° 7. Nous n'avons pas été témoin oculaire de ses attaques; c'était la nuit qu'elles se manifestaient au veilleur et aux voisins. La visite nous montrait seulement des yeux ecchymosés, une langue mordue, une hébétude poussée jusqu'à la somnolence.

Même observation pour le malade du n° 2 déjà cité.

L'*hystérie* vous a offert un exemple complet au n° 16 *ter* des femmes pour la *forme convulsive*, au n° 5 pour la *forme paralytique*; la *forme ordinaire* s'est montrée par sa fréquence digne de son nom.

Enfin, l'*ataxie locomotrice* s'observait au n° 19 *bis*, aujourd'hui placé à Bicêtre, et chez le n° 1 des hommes.

Et la *chorée* chez cet ancien marin du n° 24 des hommes, dont les muscles des mains et des membres se livrent sous la moindre excitation aux grimaces les plus variées, aux folies et à l'ataxie les plus désordonnées.

Groupez autour de ces faits tous les cas moins tranchés qui s'y rattachent, et vous jugerez dans quelle richesse de maladies cérébrales ou nerveuses nous avons puisé sous vos yeux, pendant le cours de cet exercice clinique, pour débrouiller, s'il se peut, le chaos.

ÉPIDÉMIE DE VARIOLE A PARIS (1).

Par le Dr A. FOUCART.

Evidemment, ai-je dit, dans ce cas la variole avait été modifiée par la vaccine; sans quoi, en présence d'accidents aussi terribles, il y a tout lieu de croire que le malade aurait succombé. Peut-être ce mot est-il trop absolu, et ferais-je mieux de le remplacer par une formule plus dubitative. En effet, en même temps j'observais, chez un sujet vacciné aussi, un fait du même genre et qui ne se terminait pas de la même manière.

5e fait. — Le lundi 8 juillet, je fus appelé chez M. P..., rue Sainte-Placide, 24. C'était un homme fort, d'une vigoureuse constitution, vacciné; il était malade depuis trois jours, et avait éprouvé tous les malaises que nous avons mentionnés chez les sujets précédents. Lorsque je le vis pour la première fois, l'éruption commençait à se manifester sur la face et sur la poitrine. La fièvre n'était pas extrêmement forte; le pouls donnait 84 seulement. Je prescrivis un vomitif qui fut administré le même jour, et pendant toute la fin de la semaine la maladie suivit son cours ordinaire bien régulièrement. La plupart des pustules étaient ombiliquées.

Le vendredi 12, l'éruption était très-confluente, principalement sur le visage; les pustules, peu volumineuses, étaient en pleine suppuration; la réaction n'était pas très-forte. Mais le

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

malade, homme d'un caractère très-pusillanime, se désolait de son état; il s'inquiétait si la maladie durerait longtemps, si elle laisserait des traces, etc.

Dans la nuit du 12 au 13, il y eut un peu d'agitation, qui persista pendant la journée. La nuit suivante, l'agitation redoubla; le malade se leva plusieurs fois pieds nus sur le carreau, malgré les efforts de sa femme, ouvrit la fenêtre pour avoir de l'air, disait-il, et on eut beaucoup de peine à le faire coucher.

Le 14, il était excessivement abattu et délirait un peu.

Le 15, je constatai que le gonflement de la face avait presque complétement disparu; les pustules étaient en grande partie affaissées; le pouls était petit, misérable. Je prescrivis en vain des boissons toniques chaudes, quelques stimulants diffusibles... Le malade mourut le 16, dans la journée.

Comme ensemble symptomatologique, sous le rapport de la confluence de l'éruption, ce malade était en apparence bien moins gravement pris que celle de la quatrième observation. Tous deux étaient vaccinés. Tous deux, presque au même moment, commettaient la même imprudence, se levaient la nuit et s'exposaient au froid. Chez Mme Ch..., il n'y eut aucune suite fâcheuse; chez celui-ci, l'éruption se flétrit; peut-être y eut-il quelque infection, quelque résorption purulente; ce qu'il y a de certain, c'est qu'en moins de quarante-huit heures le sujet avait succombé.

Si dans la grande, dans l'immense majorité des cas, la vaccine préserve de la variole; si dans les cas exceptionnels où elle ne préserve pas complétement les vaccinés, elle modifie assez la maladie pour la rendre le plus souvent légère et de courte durée, cependant les faits du genre de celui-ci, et ils ne sont pas excessivement rares, montrent que quelquefois l'affection peut être assez violente pour emporter le malade, surtout lorsque des imprudences sont commises.

6e et 7e *faits*. — Le 14 juillet, je voyais chez M. K..., rue de Madame, une jeune femme de vingt-huit ans, nourrice, qui était prise de malaises, de courbature, de diarrhée, avec un peu de fièvre, et chez laquelle, le 16, apparaissaient quelques pustules sur la face et sur les membres. Cette femme avait été vaccinée.

Les pustules furent très-peu nombreuses, peut-être trois cent cinquante ou quatre cents sur tout le corps; elles étaient groupées par deux ou trois; un petit nombre seulement étaient ombiliquées. La fièvre était peu intense. Dès le 21, tout était terminé, et la malade, complétement remise, ne présentait plus que quelques croûtes peu épaisses. Elle recommençait à manger; mais son lait, qui du reste n'était plus très-abondant depuis quelque temps, était complétement tari, et nous profitâmes de l'occasion pour faire sevrer l'enfant, âgé de treize mois.

Le 15, je recevais à ma consultation un jeune homme de vingt-quatre à vingt-cinq ans, M. S..., rue Fontaine-Molière, 8, qui venait me demander un conseil pour quelques boutons qui lui étaient poussés sur le visage et sur le corps. Sujet vacciné; pas de fièvre; à peine un peu de lassitude. Il se sentait si peu malade que j'eus beaucoup de peine à le décider à garder le lit pendant quelques jours, en lui annonçant qu'il avait une varicelle, qui, comme la précédente, fut très-légère et dura à peine une semaine.

Je n'ai mentionné ces deux faits que pour donner une statistique complète de ce que je persiste à appeler une épidémie de variole, puisqu'en moins de trois mois j'en ai observé dix cas chez des sujets qui, pour plusieurs, ne se connaissaient pas, et chez lesquels on ne pouvait invoquer la contagion.

J'ai raconté un peu longuement l'histoire de ma quatrième malade, parce que c'est son observation qui m'a paru la plus curieuse et que c'est un des plus graves des faits que j'ai observés cette année. Il mérite encore de l'intérêt sous un autre rapport : c'est que Mme Ch... a été le point de départ de cinq autres varioles ou varioloïdes.

Mme Ch... a deux sœurs, l'une qui porte le même nom qu'elle (les deux sœurs ont épousé les deux frères), et demeure à Paris, rue Jean-Jacques-Rousseau; l'autre, Mme F..., habitant à Arcis-sur-Cure.

A la nouvelle de la grave maladie de la première, les deux sœurs arrivèrent près de la patiente, et passèrent plusieurs jours et plusieurs nuits à la soigner, sans quitter sa chambre un seul instant.

8e *fait*. — Le 23 juillet, au moment où la première commençait à se trouver dans un état plus satisfaisant, la sœur de la rue Jean-Jacques-Rousseau, âgée de trente-cinq ans, me faisait appeler, et je constatais chez elle une éruption peu confluente de pustules varioliques, sur le visage principalement. Quelques-unes s'ombiliquèrent.

La fièvre fut peu intense, le pouls ne monta pas au-dessus de 96; mais pendant quarante-huit heures il y eut d'assez grands malaises, et surtout des envies de vomir qui persistèrent tant que la malade, assez peu commode d'abord, refusa de se laisser soigner. Un vomitif, qui détermina l'expulsion d'une assez grande quantité de bile, suffit pour dissiper tous les symptômes inquiétants; les pustules séchèrent promptement, et le 1er août, la malade, entièrement remise, pouvait reprendre ses occupations, malgré la persistance de quelques croûtes sur le visage.

9e *fait*. — Si la varioloïde de cette malade a été presque insignifiante, cette bénignité ne l'a pas empêchée de communiquer à son mari une variole beaucoup plus sérieuse, sur la gravité de laquelle je suis resté assez indécis pendant quelques jours, et qui a fini, sous une influence que je n'ai pu connaître, par se terminer d'une manière funeste.

M. Ch... a ressenti quelques malaises le 26 juillet, et s'est mis au lit; il n'avait pas la moindre fièvre, le pouls était à 72; il se plaignait de brisement des membres et de perte de l'appétit. Pensant n'avoir affaire qu'à un peu de courbature causée par la fatigue physique, les préoccupations et l'inquiétude de la maladie de sa femme, je me bornai à une médication expectante, boissons aromatiques tièdes et diète.

Le 28 apparurent des boutons sur la face et sur le corps.

Le 30, le visage était littéralement couvert de pustules peu volumineuses, très-confluentes, se touchant toutes, paraissant encore assez superficielles.

Le 31, le visage était énormément et affreusement tuméfié, augmenté de près d'un quart de son volume; cependant le pouls restait toujours à 80.

Le 1er août, le gonflement avait gagné la partie supérieure du cou, prodigieusement élargie, et se confondant avec les joues sans ligne de démarcation. L'angle de la mâchoire a disparu. Les pustules sont remplies d'un pus jaune, épais, parfaitement homogène, tel qu'il doit être dans la variole normale.

Dans la nuit du 1er au 2 août, le malade est un peu agité; il ne délire pas précisément, mais de temps en temps les idées cessent d'être moins nettes, bien qu'à la moindre interpellation la mémoire et la présence d'esprit reviennent sur-le-champ. Le pouls est à 84.

Je prescris une pilule d'*extrait gommeux d'opium* de 0,05, toutes les huit heures. Toutes les deux heures, on fait prendre une cuillerée d'une potion calmante contenant 40 grammes de sirop de morphine et 0,75 de sulfate de quinine.

Le 4 août au matin, les personnes qui gardent le malade me font remarquer qu'il présente sur le bras droit deux pustules qui, au lieu d'être blanches comme les autres, sont bleuâtres. En découvrant le malade, j'en trouve dix ou douze pareilles sur le tronc et les jambes. J'en perce deux avec une épingle, et j'en fais sortir un pus coloré en rouge vineux par du sang. Le pouls a un peu augmenté de fréquence; il est à 92-96. L'agitation est la même pendant la nuit, pas plus forte.

Continuer les *pilules; la potion au sulfate de quinine, 1 gramme; un bouillon coupé.*

Le 5 août, même état; les pustules du front et celles du menton sont presque complétement sèches. La face commence à se dégonfler. Langue toujours blanche, sèche, le malade respirant par la bouche.

Même traitement, même régime.

Le 6 au matin, le malade est toujours assez bien; cependant il est un peu agité, et veut se lever, disant qu'il est guéri. Les pustules de la face et du tronc sont toutes sèches, celles des membres ne le sont pas; quelques-unes de celles des mains sont bleuâtres, remplies d'un pus roussâtre; d'autres sont un peu ridées et semblent s'affaisser. Pouls à 96.

A deux heures de l'après-midi, un peu de stupeur; le malade répond difficilement aux questions qu'on lui adresse. Langue sèche; pouls à 112.

Il succombe à neuf heures du soir.

Une voisine, interrogée par moi, me dit que le matin ou la nuit on a fait une imprudence; mais elle ne peut ou ne veut m'en dire davantage, et je ne puis savoir ce qui s'est passé.

Ce cas a été très-singulier sous plusieurs rapports; il y a eu une éruption variolique extrêmement confluente, et la maladie avait été communiquée par une personne qui avait eu à peine quelques boutons sur le corps, sans réaction fébrile intense; cette éruption, quoique très-abondante, n'a été accompagnée que d'une fréquence du pouls extrêmement modérée; enfin, notons que pendant les premiers jours le sujet était d'un caractère excessivement calme; la maladie marchait de la manière la plus satisfaisante; la face et le tronc étaient en pleine dessiccation; enfin tout faisait prévoir la terminaison la plus heureuse, lorsque, tout d'un coup, sans cause connue, quelques-unes des pustules se remplissent d'un pus sanguinolent, d'autres s'affaissent, le pouls s'élève et le malade meurt au bout de quelques heures.

Qu'est-il arrivé là? Est-ce à la forme hémorrhagique qu'a revêtue partiellement la maladie dans les deux derniers jours, et l'on sait que la variole hémorrhagique est toujours fort grave; est-ce à une imprudence de régime ou de toute autre espèce qu'il faut attribuer ce malheur? C'est une question que je n'ai pu élucider.

10e *fait*. — Le dixième et dernier fait que j'ai observé est celui de la troisième sœur, Mme F..., d'Arcis-sur-Cure, âgée de quarante-cinq ans. J'ai dit que cette dame était venue soigner sa sœur et avait passé plusieurs jours et plusieurs nuits près d'elle.

Elle a ressenti les premiers malaises le 25 juillet; mais elle n'a présenté qu'une varioloïde assez légère, peu confluente, non accompagnée de réaction violente. Cependant, inquiète, impatientée, elle a dû pendant quatre jours prendre le soir deux pilules d'opium.

La maladie a marché rapidement chez elle, car le 3 août elle se trouvait assez bien pour se faire transporter à Saint-Denis, chez sa fille.

Ajoutons enfin, pour donner au complet l'histoire de cette famille, que la fille de cette dernière malade étant venue une fois voir sa tante, remporta à Saint-Denis le germe de l'affection dont elle fut atteinte dans les derniers jours de juillet, et qu'une cousine, habitant Bercy, fut également atteinte de variole légère.

— Je ne voudrais pas faire de ces quelques observations l'objet de bien longues réflexions. Cependant, je ne puis m'empêcher de signaler quelques-uns des points qui m'ont paru le plus intéressants.

Et d'abord, les bons effets du vomitif au début de la fièvre éruptive; cette médication, outre qu'elle soulage le malade, favorise souvent l'éruption et abrége la durée de ses périodes.

Puis, les excellents résultats de l'opium à haute dose dans le délire nerveux qui accompagne quelquefois les fièvres éruptives.

Enfin, comme filiation des cas, j'insiste sur cette production de six cas de variole plus ou moins intense, plus ou moins modifiée, survenus successivement chez six personnes de la même famille, et sur cette bizarrerie d'une confluence et d'une gravité extrêmes chez quelques-uns des membres de cette famille, tandis que chez les autres la maladie s'est réduite à fort peu de chose.

ABCÈS DU POUMON

causé par la présence d'un corps étranger; évacuation par les bronches, puis par l'ouverture spontanée des parois thoraciques; guérison.

Par sir Henri Cooper.

G. J..., âgé de vingt-six ans, forgeron, entra à l'hôpital le 5 avril 1860, dans un état d'affaiblissement considérable, amaigri, épuisé, ayant un aspect d'anxiété extrême, et expectorant une grande quantité de pus. Il existait une tumeur au niveau de la septième côte du côté gauche, à environ quatre pouces du sternum : l'amincissement de la peau qui recouvrait cette tumeur, sa coloration livide, la fluctuation qu'on y sentait, démontraient l'existence d'un abcès sur le point de s'ouvrir.

A la fin de 1859, étant dans un état de santé parfaite, il avait avalé, en prenant son repas, une portion d'os d'une tête de mouton, ayant à peu près un demi-pouce de long sur un quart de pouce de large, et cet accident avait été immédiatement suivi de suffocation.

Un chirurgien appelé sans retard n'avait pu reconnaître la présence du corps étranger ni en débarrasser le patient. Celui-ci avait d'abord rejeté un peu de sang; puis il était survenu de la toux suivie d'expectoration, dont la matière, après quelques jours, était entièrement formée de pus, et qui graduellement devint de plus en plus abondante.

Au bout d'un mois, maigrissant, perdant ses forces et continuant à cracher du pus, il réclama les avis d'un médecin aux soins duquel il resta confié jusqu'à l'époque où il entra à l'hôpital. Pendant tout ce temps, c'est-à-dire pendant plus de deux mois, l'expectoration purulente s'éleva à environ une pinte toutes les vingt-quatre heures, et il fut presque constamment alité. Environ six semaines après l'accident, il rejeta le morceau d'os dans un violent accès de toux. Quelque temps après de la douleur se fit sentir du côté gauche; il commença à s'y développer une tumeur dont le volume augmenta peu à peu.

Lors de l'entrée à l'hôpital, le côté droit de la poitrine était sain; la respiration s'entendait normalement dans la moitié supérieure environ du côté gauche; mais la région occupée par l'abcès et les parties environnantes présentaient de la matité à la percussion et l'absence du murmure respiratoire. Il n'existait aucun signe de tubercules dans aucun des deux poumons. Le traitement prescrit consista en 1 once d'une mixture expectorante à prendre trois fois dans la journée, une pilule d'un demi-grain d'hydrochlorate de morphine pour la nuit, et l'application de cataplasmes de farine de lin.

L'abcès, qu'on ne crut pas à propos d'ouvrir avec la lancette, s'ouvrit spontanément au bout de quelques jours, et il s'en écoula une grande quantité de pus; le pus évacué par cette voie était plus ténu que celui qui était expectoré.

En même temps les crachats devinrent moins abondants, preuve que la matière de l'expectoration et celle qui sortait par l'ouverture de l'abcès provenaient de la même source. En même temps le murmure respiratoire naturel put être perçu beaucoup plus bas que précédemment.

Le 12 avril, l'état du malade s'était de tout point notablement amélioré : le sommeil était bon, l'appétit excellent, l'expectoration moins abondante, et la maigreur semblait diminuer. Sous l'influence d'un régime réparateur, l'amélioration continua et fit de nouveaux progrès : l'expectoration disparut entièrement, la plaie du côté finit par se cicatriser, les forces revinrent tout à fait, et J..... sortit le 10 mai, parfaitement rétabli. (*Union médicale*).

DES MALADIES DES HORLOGERS

produites par le cuivre et l'absorption des molécules cuivreuses;

Par le docteur Perron (de Besançon).

L'industrie des montres a pris à Besançon, depuis quelques années, une importance considérable. Cette ville compte aujourd'hui près de trois cents ateliers d'horlogerie qui font sa richesse dans le présent et qui assurent sa prospérité dans l'avenir. Plus de trois mille ouvriers y sont occupés à façonner des montres : l'un polit des roues (polisseur), finit des mouvements (finisseur), repasse les pièces finies et les agence (repasseur, remonteur, visiteur, etc.); l'autre tourne des plaques, des boîtes ou des cuvettes (arrondisseur, monteur de boîtes, etc.); un autre encore grave au burin des dessins ou des légendes (graveur, guillocheur, etc.); tous manipulent sans cesse un métal, or ou cuivre, dont les parties sont absorbées soit par les poumons, soit par la peau.

Le cuivre absorbé occasionne certains accidents gastriques sur lesquels M. Perron a cru devoir attirer l'attention de la Société médicale de Besançon. Ils constitueraient tous les symptômes de l'empoisonnement, à l'intensité près.

Ces intoxications successives altèrent la santé de l'ouvrier et constituent pour lui une prédisposition puissante à la phthisie. Elles lui rendent nécessaires les exercices corporels, la fatigue même, et légitiment l'emploi fréquent des évacuants et des sudorifiques.

Elles doivent faire interdire formellement la manipulation du

cuivre, comme des métaux en général, à tous ceux qui sont maigres et excitables, d'un tempérament sec, bilieux (Patissier), et qui ont une disposition congénitale ou acquise à la tuberculisation pulmonaire.

On préviendra cette affection par l'usage d'aliments succulents et de boissons toniques, par l'aération quotidienne des ateliers, par une grande propreté et l'emploi fréquent des bains tièdes, par le port de la moustache, etc.

Si la phthisie débute et qu'elle ne soit pas le fait d'une diathèse congénitale, la cure en est souvent facile; si, au contraire, les tubercules sont en voie de ramollissement, l'événement est très-incertain.

Tel est le résumé d'un très-intéressant mémoire dont on pourra trouver les développements dans les *Annales d'hygiène publique* de juillet 1861.

DE LA CURE RADICALE DES HERNIES.

(Note communiquée à l'Académie de médecine par M. Le Belleguic, orthopédiste des hôpitaux de Paris.)

La cure radicale des hernies sans opération chirurgicale a toujours été l'objet de la préoccupation des chirurgiens. La quantité considérable de personnes atteintes de cette infirmité, et le grand nombre d'opérations si souvent mortelles qu'elle occasionne, ont fait écrire à un des plus illustres chirurgiens de l'Hôtel-Dieu que chercher à obtenir la cure radicale des hernies est en soi une chose bonne et utile, et qu'y parvenir serait rendre un immense service à l'humanité. Des essais nombreux ont été tentés dans ce but, et depuis les emplâtres *contra rupturam* des vieilles pharmacopées jusqu'aux topiques astringents et aux sachets aromatiques préconisés par les générations médicales qui nous ont précédés, l'histoire de la chirurgie nous atteste que, du moins depuis l'époque reculée où C. Celse écrivait *De re medicâ*, la médecine a cherché les moyens de prévenir les effets funestes des opérations que nécessite l'étranglement des viscères herniés. Mais, soit par l'insuffisance des méthodes, soit par la négligence que l'on mettait à les employer, la cure radicale est tombée de nos jours en complète désuétude; si bien que l'idée préconçue de l'impossibilité d'une guérison obtenue par des moyens extérieurs ou médicaux, menace *à priori* de discrédit toute tentative qui oserait aller à son encontre.

Pour poser seulement la question, il fallait donc être bien persuadé que l'on pourrait la résoudre; et avant de heurter le préjugé, il fallait avoir la certitude de le renverser. Telle est la position dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui, après quelques années de travaux assidus, après des expériences sérieuses et probantes, faites dans les formes scientifiques et sous les yeux des chirurgiens les plus considérables, et dont la critique la plus difficile en expérimentations chirurgicales ne récusera pas le témoignage. Témoins de guérisons dont ils ont suivi la marche, comme ils avaient primitivement constaté la réalité de l'affection, ils n'ont pas hésité à donner l'attestation écrite des faits qu'ils ont pu bien apprécier.

Ainsi, M. Demarquay, chirurgien de la Maison municipale de santé, constate, le 10 novembre 1859, que J..., mécanicien, est atteint d'une hernie inguinale gauche, grosse comme une pomme et descendant jusqu'au cordon testiculaire, et qu'il est guéri le 22 avril 1860. Le même fait est constaté par trois autres docteurs, dont deux médecins des hôpitaux.

M. Després, chirurgien de Bicêtre, nous confie un jeune homme, Aug. Quazzolo, potier de terre, atteint d'une hernie volumineuse descendant dans les bourses, et quelques mois après il est si bien guéri de son affection, que, ayant été renversé et couvert par un éboulement de briques d'un poids de plusieurs milliers qui lui fractura le bras, tout son corps fut longtemps enseveli sous cette énorme pression sans que la hernie se soit reproduite. M. Maisonneuve a vu et attesté le fait, ainsi que M. Després.

Ces mêmes chirurgiens répètent l'épreuve du traitement sur le nommé A..., forgeron en voitures, âgé de trente-deux ans, et constatent le même succès, ainsi que M. Demarquay, qui en a été aussi témoin.

A l'hôpital Saint-Louis, où nous avons encore aujourd'hui quelques malades en traitement, M. le docteur Richet, qui, dans l'attestation de guérison d'A..., croyant pouvoir attribuer peut-être le succès obtenu à la forme du brayer et à sa rigoureuse application, n'en constate pas moins qu'un jeune homme, entré dans son service le 1er août 1860 pour y être traité d'une hernie inguinale droite, avec dilatation de l'anneau externe, en est sorti guéri le 7 janvier 1861. Le même chirurgien donne encore une semblable attestation sur le hernieux J..., sortant guéri de son service après cinq ou six mois de traitement.

Si le témoignage d'hommes aussi considérables dans la science ne permet pas d'émettre un doute sur la réalité des guérisons que nous avons obtenues, même dans des cas de hernies congénitales qui de prime abord ne nous avaient pas fait concevoir de grandes espérances, l'Académie n'aura-t-elle pas sa religion complétement éclairée, lorsqu'elle aura vu les faits que nous venons d'énumérer confirmés par le témoignage d'un homme dont la science est aux yeux de tous à la hauteur de la position officielle qu'il occupe? Nous voulons parler du savant professeur de pathologie externe de la Faculté de Paris, M. Denonvilliers.

Ce professeur atteste que le 25 septembre 1860 est entré dans son service le nommé B..., atteint d'une hernie inguinale scrotale droite, datant de huit ans, du volume du poing, et qui a été la cause de sa réforme du service militaire. La hernie était étranglée au moment de son entrée à Saint-Louis, et M. Verneuil, suppléant en ce moment M. le professeur Denonvilliers, eut beaucoup de peine à la réduire. « Après quatre mois de » traitement, lorsque le malade sort de l'hôpital, le 16 janvier » 1861, l'anneau est resserré et la hernie ne sort pas sous l'ef- » fort de la toux, etc. Revu le 15 février, il est encore dans le » même état; on peut donc considérer ce jeune homme comme » guéri. Mais cette guérison se maintiendra-t-elle? Sera-t-elle » radicale? Il y a lieu de l'espérer. Toutefois, l'observation ul- » térieure pourra seule nous donner toute certitude à cet » égard. »

Voilà en quels termes s'exprime M. le professeur Denonvilliers. Mais, selon sa demande, l'ex-malade lui a été présenté de nouveau le 4 juin passé, et il a renouvelé l'attestation que la hernie n'existe pas, et que l'anneau se resserre de plus en plus.

Les faits attestés auraient pu s'accroître considérablement, si nous avions voulu leur adjoindre les cas nombreux de guérison recueillis dans la pratique particulière, et parmi lesquels nous pourrions citer un employé supérieur du ministère des finances complétement débarrassé de deux hernies inguinales par un traitement de quatre à cinq mois qui s'achève à peine. Mais le fait seul de neuf malades entrés à Saint-Louis pour subir le traitement, et tous sortis guéris sans récidive, pourra faire pénétrer au sein de l'Académie la persuasion que le traitement radical des hernies sans opération n'est pas une chimère; qu'au moyen d'applications internes et externes que nous aurons l'honneur de lui faire connaître, on peut prévenir la nécessité d'une opération dont la fréquence égale le danger.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 septembre 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

Usages et propriétés des tendons. — M. Jobert (de Lamballe) lit un nouveau mémoire sur la physiologie des tendons.

Les tendons sont-ils des parties uniquement destinées à la transmission des mouvements et à la fixation des muscles aux leviers osseux? Ne possèdent-ils pas, au contraire, une sensibilité et une action propres?

L'un des principaux caractères du tissu des tendons, caractère indispensable au rôle mécanique qu'ils ont à remplir entre les os et les muscles, c'est l'inextensibilité et la force de cohésion. Ce caractère est si tranché, qu'on les voit, lorsqu'on leur fait subir un trop fort tiraillement, se rompre plutôt que de céder et de se laisser distendre.

Il ne faut pas oublier, cependant, qu'on peut voir les tendons éprouver un certain degré d'allongement lent, de même qu'ils subissent un raccourcissement : mais il est évident, dans ces cas, que le changement de longueur n'est pas dû à une propriété inhérente à la fibre tendineuse; c'est toujours un fait anormal, lié à un état pathologique ou à une modification dans le mode de nutrition.

Nutrition. — Au point de vue de la nutrition, les tendons sont sous l'influence des mêmes lois que les autres organes vivants. Il est certain seulement que la nutrition et la vitalité n'y sont pas les mêmes à toutes les époques de la vie. Ils sont cependant susceptibles de réparation, différant en cela essentiellement des cartilages articulaires, qui une fois divisés ne se réunissent pas, et qui une fois détruits ne paraissent pas se reproduire.

Sensibilité. — On a longuement discuté, sans s'entendre, sur la sensibilité des tendons, et on les a tour à tour doués et privés de cette propriété. Généralement on les a comparés aux cartilages, à l'émail, et aux divers produits inorganisés que l'on trouve dans le corps humain; comparaison mal fondée, car ces derniers ne sont que de simples dépôts, tandis que les tendons sont de vrais organes, puisqu'ils renferment tous les éléments de la nutrition.

Mais pour qu'un organe soit doué de sensibilité, il faut qu'il reçoive des nerfs, élément indispensable de toute sensibilité. Or, comme nous le verrons bientôt, les tendons ne reçoivent pas de filets nerveux. Leur continuité avec les muscles avait pu faire croire à leur sensibilité; mais ces fausses apparences n'ont pas tenu devant les lumières apportées par les vivisections.

Haller, le premier, par une série d'expériences rigoureuses, a établi péremptoirement l'insensibilité des tendons.....

Ainsi, les expériences de Haller venaient directement à l'encontre des opinions professées par la Faye, par Heister, par Garengeot, et pour ramener à la vérité, ce n'était pas trop d'une autorité semblable à une époque où il était admis non-seulement que les tendons étaient sensibles, et par conséquent douloureux, lorsqu'ils étaient intéressés, mais encore que leur lésion était grave et dangereuse. Haller avait cherché dans l'anatomie elle-même les raisons des différences capitales qu'il observait entre la vive sensibilité des muscles et la complète insensibilité du tendon. Il les trouvait dans l'abondance des filets nerveux au sein du tissu musculaire et dans l'absence de ces filets dans le tissu du tendon. Je n'insisterai pas sur la démonstration de ce fait anatomique, qui ne peut pas être sérieusement contesté. Je dirai seulement qu'en admettant que les tendons ne sont point pénétrés par des nerfs, je me suis assuré qu'on en trouve à leur surface. Il m'a semblé même, en examinant quelques-uns de ces faisceaux aponévrotiques qui servent à former les gaînes, que des filets nerveux s'y engageaient avant leur terminaison. Or, ce fait permettrait d'expliquer jusqu'à un certain point cette impression douloureuse que les malades accusent au moment de la rétraction des deux bouts d'un tendon coupé par la ténotomie.

Il est donc établi que les tendons sont insensibles, à l'exception de quelques-uns, dont la gaîne immédiate est accompagnée par des filets nerveux.

Toutefois, des médecins ont déclaré avoir trouvé une sensibilité dans des tendons malades, sur lesquels on n'avait jamais découvert l'existence de cette propriété lorsqu'ils étaient à l'état sain.

L'illustre investigateur, M. le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, a, par des vivisections intéressantes, démontré que les tendons soumis à un travail pathologique quelconque pouvaient devenir sensibles.

Il m'a semblé qu'on pouvait regarder cette sensibilité accidentelle comme étant produite par le travail inflammatoire siégeant dans la gaîne; travail qui détermine ici les mêmes effets que la péritonite sur les nerfs voisins.

Avant de terminer cet aperçu sommaire de la physiologie des tendons, je crois devoir ajouter quelques mots sur leurs gaînes, dont il a été question au point de vue anatomique. Les usages de ces enveloppes se bornent-ils, comme on l'a déjà vu, à prévenir des déplacements dangereux, à favoriser le glissement, à rendre les frottements moins fatigants, à coopérer enfin par leur vascularité à la nutrition des tendons? Ne peut-on pas leur reconnaître encore une autre destination et les comparer au périoste, principalement au point de vue du rôle qu'elles peuvent jouer dans la régénération des tendons? Je dois dire tout d'abord que les expériences que je rapporterai dans la suite prouvent clairement qu'il faut aller chercher ailleurs que dans les gaînes les éléments essentiels de cette régénération. On doit admettre cependant que les gaînes et le tendon lui-même peuvent contribuer dans une certaine mesure à la réparation de la partie détruite. Haller, dont je me plais ici à suivre la trace lumineuse, aussi longuement que le permettent les limites de ce travail, a donné un aperçu de ce mode de réparation.

Un passage de ses ouvrages prouve déjà que les tendons coupés se réparent, et tout au moins qu'il se produit après leur section une *lame cellulaire* qui fait l'office du tendon naturel.

Je vais passer maintenant à l'histoire de cette réparation et à la reproduction des tendons. Mais, avant d'exposer mes travaux personnels et mes expériences sur ce sujet, je crois utile de passer en revue les travaux et les théories qui forment, pour ainsi, l'état présent de la science. On s'assurera aisément, en comparant ce tableau aux données positives de l'observation, que souvent la conception théorique a précédé la constatation des faits, et que certaines doctrines sont loin d'être l'expression de la vérité.

J'ai cherché, pour ma part, à prendre uniquement la nature pour guide. Je me suis attaché à l'épier jour par jour et à ne formuler, parmi les résultats de mon observation, que ceux qui m'apparaissent avec une irrécusable évidence.

Pendant le cours de ces recherches, je me suis encore confirmé dans cette conviction que, dans la thérapeutique comme dans la physiologie, les vrais principes ne peuvent découler que de cette observation lente, patiente, je dirai presque servile de la nature. Quelque longue et pénible que soit cette voie, j'ai acquis l'assurance que si on s'était borné à la suivre, on serait arrivé plus tôt, non-seulement à la véritable théorie, mais encore aux véritables méthodes de traitement.

M. Flourens. J'ai écouté avec attention le mémoire très-intéressant de notre savant confrère M. Jobert (de Lamballe), et je le remercie d'avoir cité les travaux sur la *sensibilité des tendons*, de la *dure-mère* et du *périoste*, que j'ai présentés à l'Académie en 1856 et en 1857.

J'ai répété et constaté toutes les expériences de Haller : tant que le tendon est à l'état sain, point de sensibilité. La question nouvelle était de découvrir ce qui arriverait au tendon, porté à l'état d'inflammation. Il est résulté de mes expériences la démonstration de ce fait, que le tendon sain est dépourvu de sensibilité, et que le tendon enflammé a une sensibilité très-vive.

Elles ont toutes accusé la sensibilité des parties fibreuses et tendineuses, latente ou cachée à l'état sain, et manifeste, patente, excessive, à l'état malade....

La sensibilité est donc partout, disais-je, et dans les parties même (les tendons, les ligaments, la dure-mère, le périoste) où habituellement elle est le plus obscure, il suffit d'un degré d'irritation ou d'inflammation donné, pour la faire passer aussitôt de l'état latent et caché à l'état patent et manifeste.

C'est un vice radical de la physiologie d'Haller que de s'arrêter toujours à l'état sain, et de ne tenir jamais compte de l'état malade. L'état malade n'est pourtant pas moins nécessaire à connaître que l'état sain; et de là vient que les observations de médecine et de chirurgie, quand elles sont bien faites, sont de véritables expériences de physiologie.

Mode d'action de la moelle dans la production des mouvements de l'iris. — M. A. Chauveau adresse sur ce sujet un nouveau travail.

J'ai eu l'honneur, dit-il, de communiquer à l'Académie une série de faits relatifs à l'excitabilité de la moelle épinière du cheval, desquels il résulterait que cet organe, considéré de nos jours comme pouvant, par l'irritation de ses colonnes antéro-latérales, provoquer directement, dans l'appareil locomoteur de la vie animale, des contractions musculaires au même titre que les racines rachidiennes motrices, ne donnerait réellement lieu qu'à des convulsions réflexes par l'excitation des cordons postérieurs, au même titre que les racines sensitives.

Il m'a paru important de rechercher si l'action des irritations de la moelle sur les organes contractiles soustraits à l'influence de la volonté s'exercerait suivant le même mode, et j'ai choisi dans ce but pour sujet de mes nouvelles investigations la région cilio-spinale, dont l'influence sur l'iris a été si nettement démontrée par MM. Budge et Waller.

Après avoir, sur des lapins, dénudé la région cilio-spinale de la moelle épinière, j'ai excité successivement chacun des cordons de l'organe, de l'un et de l'autre côté, avec les courants d'une petite machine à induction très-facile à graduer, et en employant l'électricité à dose suffisamment faible pour que l'action irritante fût parfaitement localisée au point d'application des électrodes. J'ai vu :

1° Que la galvanisation des cordons antéro-latéraux ne produit pas le moindre effet sur l'iris;

2° Que l'excitation des cordons postérieurs détermine la dilatation de la pupille des deux yeux, et plus particulièrement, quelquefois exclusivement, dans l'œil du côté excité;

3° Que conformément aux observations antérieure, cet effet se manifeste avec d'autant plus d'intensité que l'excitation des cordons postérieurs est pratiquée plus près du centre de la région, c'est-à-dire du point d'origine de la deuxième paire dorsale;

4° Que le phénomène se produit seulement quand l'excitation est assez forte pour déterminer des secousses réflexes énergiques dans le côté du corps qui répond au cordon postérieur excité;

5° Que l'agrandissement de l'iris peut se montrer également quand, avec des courants employés trop forts pour être localisés, on pro-

voque ces mêmes secousses réflexes, en appliquant les électrodes sur les cordons antéro-latéraux.

Ainsi, il n'est pas indifférent d'exciter tel ou tel point de la surface de la moelle épinière pour déterminer la dilatation de la pupille. Seuls les cordons postérieurs jouissent de la propriété d'être impressionnés par les excitations de manière à provoquer la naissance du phénomène, c'est-à-dire que ce phénomène se manifeste exactement dans les mêmes conditions que les convulsions des muscles volontaires. Donc, en raison de cette analogie, le phénomène d'agrandissement de la pupille ne serait pas un effet direct analogue à celui qui est obtenu par l'excitation du sympathique ou des racines motrices de la deuxième paire dorsale, mais bien le résultat d'une action réflexe.

J'en ai trouvé une autre preuve dans une seconde série d'expériences dont je me contenterai d'indiquer les résultats sans y joindre aucune réflexion : quand, au lieu d'exciter la moelle elle-même, on électrise les racines sensitives de la région cilio-spinale, on obtient la dilatation de la pupille comme dans le cas où l'on agit sur les cordons postérieurs.

Combustion de l'opium et de la morphine. — M. C. DECHARME communique la relation de nouvelles expériences sur la combustion de l'opium et de la morphine et sur la volatilisation de cet alcaloïde.

« J'ai eu l'honneur, dit l'auteur, d'adresser à l'Académie, en 1855, une note relative à des expériences faites, en collaboration avec M. Bénard, pour savoir si, dans la combustion de l'opium ou de la morphine, cet alcaloïde se sublimait, du moins en partie, et si l'on devait attribuer à ce principe, volatilisé ou entraîné d'une manière quelconque, libre ou combiné, les effets physiologiques observés sur les personnes qui fument l'opium. De ces expériences j'ai pu conclure qu'en effet, dans cette circonstance, la morphine n'était pas entièrement décomposée, puisqu'on en retrouve des traces très-appréciables dans les produits gazeux de la combustion, soit de la matière première, soit de son principal alcaloïde. J'ai repris en 1860 les expériences de 1854, mais sur une plus grande échelle, avec plus de soin encore que la première fois, en variant les circonstances de la combustion et le traitement des produits. Je suis parvenu à mettre la morphine en telle évidence dans les produits, que le doute n'est plus possible...

» De l'ensemble de ces nouvelles expériences, je crois pouvoir conclure que dans la combustion, soit de l'opium indigène ou exotique, soit de la morphine seule, provenant de l'un ou de l'autre suc, cette base se volatilise partiellement, lorsqu'une autre partie brûle et se décompose. Or, si l'on rapproche les phénomènes physiologiques observés sur les personnes qui prennent habituellement de l'opium en nature ou qui le fument, on reconnaît une analogie frappante, une similitude incontestable (eu égard aux doses) entre les effets narcotiques dans l'un et l'autre cas. Si, d'un autre côté, on remarque que les effets de la morphine sont de même nature que ceux de l'opium, on ne saurait refuser d'admettre, comme conclusion logique, que c'est à la morphine (peut-être à la morphine seule) qu'on doit attribuer les phénomènes qui résultent de l'emploi de l'opium en fumigations.

» Enfin, il est une autre conséquence à déduire des faits qui précèdent, c'est celle qui leur donne un caractère de généralisation : on sait que plusieurs plantes renfermant des principes vireux sont usitées en thérapeutique sous forme de fumigations, telles que le pavot blanc, le coquelicot, la grande éclaire (*chelidonium majus*), la pomme épineuse, la belladone, la jusquiame, etc. Il est probable, d'après ce qui vient d'être dit, que leurs principes narcotiques ou âcres se subliment en partie, sans subir de décomposition, avant d'arriver aux organes qui les absorbent, et en assez grande quantité pour produire les effets physiologiques de ces principes eux-mêmes administrés en nature. C'est d'ailleurs la seule manière rationnelle de justifier l'emploi efficace de ces plantes en matière médicale. »

Remèdes antirabiques en Chine. — M. ARMAND, médecin-major de l'hôpital militaire de Saigon, adresse de ce lieu une note sur de prétendus remèdes antirabiques employés en Chine et en Cochinchine.

Ces remèdes, auxquels on doit avoir recours avant que les premiers accidents se soient déclarés, consistent principalement en une décoction de feuilles de *datura stramonium*. Sous l'influence de ce médicament, le malade ne tarde pas, disent les praticiens du pays, à éprouver un accès de rage très-manifeste, mais qui d'ordinaire ne se termine pas d'une manière fatale. L'auteur rappelle que, dans une précédente communication (séance du 8 avril 1861), il a indiqué une autre plante narcotique, la jusquiame, comme douée, au dire des médecins chinois, de propriétés analogues. (Renvoi à l'examen des commissaires précédemment nommés : MM. Andral, Bernard.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale encore parmi les pièces imprimées de la correspondance une note écrite en anglais et adressée de Kurnool (Hindoustan) par M. J. Ratton, intitulée : *Traitement de l'urémie dans le choléra-morbus par l'application de sangsues sur la région des reins*, l'auteur annonce avoir envoyé précédemment un mémoire manuscrit sur ce même sujet, mais beaucoup plus développé ; cette pièce, destinée au concours pour le prix du legs Bréant, a été remise par erreur à l'Académie de médecine ; M. Ratton désirerait que l'Académie des sciences pût la réclamer. Il pense que les observations qu'il y a consignées sont de l'ordre de celles que l'Académie a voulu récompenser par les prix annuels dont elle dispose aussi longtemps qu'elle n'a pas décerné le prix de 100,000 francs. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale.)

La vingt-huitième session du congrès scientifique de France, tenu à Bordeaux, vient de se clore, et nous croyons intéresser nos lecteurs en leur donnant une analyse rapide des travaux médicaux qui s'y sont produits.

Ce sont d'abord, et nous les réunissons à dessein, deux mémoires : l'un de M. Ancelon (de Dieuze), l'autre de M. Nittinger (de Stuttgard). Le premier, dont tout le monde connaît les travaux sur l'influence de la vaccine comme cause de la fièvre typhoïde, est venu soumettre ces mêmes idées au congrès, qui a confirmé le jugement déjà porté sur elle. Quant à M. Nittinger, c'est bien autre chose ; son mémoire, intitulé *Réfutation de la doctrine de Jenner*, est loin de répondre à ce qu'on est en droit d'attendre d'un auteur qui touche, pour le renverser, à l'un des points de la science qui ont pour eux la sanction de l'expérience. « La diminution considérable du nombre des vario- » leux depuis l'an 1801, a coïncidé avec l'apparition de la vaccine ; » mais l'accroissement de la chaleur tellurique et de celle du sang » de l'homme explique bien mieux que ne saurait le faire la vaccine, » le grand changement opéré dans les conditions de la santé publi- » que. » Telle est en peu de mots la pensée de l'auteur.

Un mémoire de M. Bonnet (de Bordeaux) sur la folie transitoire homicide, a suscité une importante discussion à laquelle ont pris part MM. Dégranges, Rey et Desmaisons. M. Bonnet concluait à la non-admission de la folie transitoire homicide dans le cadre nosologique.

M. Dégranges a démontré le danger que pouvait avoir le mémoire de M. Bonnet entre les mains des magistrats, déjà trop disposés à ne pas s'en rapporter à la science médicale. MM. Rey et Desmaisons sont venus aussi apporter les lumières de leur savoir et de leur expérience, et la section, bien que disposée à admettre sous certaines réserves les opinions de M. Bonnet, a néanmoins rejeté des conclusions trop fortement prononcées, et qui ne tenaient pas compte de certaines questions touchées, dans le cours du mémoire, sur la responsabilité des épileptiques et des hystériques.

M. le docteur Rey a donné lecture d'un important mémoire sur l'hérédité.

M. le docteur Gintrac fils a abordé une question fort intéressante pour les médecins de la Gironde et de quelques autres parties de la France. La pellagre a été l'objet de ses études, et c'est le résultat des observations qu'il a recueillies sur les causes de cette affection qu'il a soumis à ses confrères.

M. le docteur Marchand (de Sainte-Foy) est venu lire au congrès une note sur le bruit carotidien normal chez les enfants.

M. Riboli (de Turin) a communiqué deux observations intéressantes et une note sur la théorie du docteur Maschi (de Parme) sur la pathologie du sang.

Enfin le congrès s'est terminé par une lecture de M. Sarraméa sur l'établissement à Arcachon d'un asile destiné aux enfants débiles, scrofuleux ou tuberculeux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour la nomination d'un chef-interne des hospices civils de Toulon, s'ouvrira dans cette ville le 12 décembre prochain.

Les candidats doivent avoir vingt et un ans au moins ; le diplôme de docteur ou le titre d'officier de santé n'est pas exigé.

Le temps d'exercice du chef-interne est de trois ans, à dater du 1er janvier 1862 ; il pourra être prolongé.

Les émoluments sont fixés à 500 fr., une subvention de 200 fr. est allouée comme répétiteur du cours d'accouchement. Il est de plus logé, nourri, éclairé, chauffé, blanchi dans l'établissement.

— M. le docteur Renaudin, directeur-médecin en chef de l'asile des aliénés d'Auxerre, est nommé directeur-médecin de l'asile de Dijon.

M. le docteur Poret, directeur-médecin de l'asile de Rennes, est nommé directeur-médecin en chef de l'asile d'Auxerre. Ce fonctionnaire est élevé en outre à la première classe de son grade.

M. le docteur Le Messant des Chaisnais, médecin-adjoint du ministère de l'intérieur, est nommé directeur-médecin de l'asile de Rennes.

M. le docteur Réber, directeur-médecin de l'asile de Dijon, est nommé médecin-adjoint du ministère de l'intérieur.

M. Cochard, médecin-adjoint au lycée impérial de Nantes, est nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. Le Ray, dont la démission est acceptée.

M. Calloch, docteur en médecine, est nommé médecin-adjoint au lycée impérial de Nantes, en remplacement de M. Cocbard, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Haumonté, ancien chirurgien militaire, vient de mourir à Bar-sur-Aube. Il était âgé de quatre-vingt-dix ans.

— Ces dernières années ont été bien fatales au corps médical de Dublin. Graves, Harrison, Crampton, Montgomery, Marsh, Porter et Rynd, tous praticiens de la plus haute distinction, ont disparu dans l'espace de quelques années. Aucune perte, cependant, ne paraît plus sensible que celle que l'Ecole de Dublin vient de faire. Cusack, chirurgien ordinaire de la reine, en Irlande, et professeur de chirurgie de l'Université au collége de la Trinité de Dublin, vient de mourir à l'âge de soixante-quatorze ans, à la suite d'une violente bronchite.

Il serait trop long d'énumérer les nombreux titres qui recommandaient cet éminent praticien à la considération de tous.

Il y a deux ans à peine, trois maisons de Merrions quare, North, à Dublin, les nos 7, 8 et 9, étaient occupées par les docteurs Cusack, Montgomery et Marsh, tous trois célèbres, l'un comme chirurgien, l'autre comme accoucheur, le troisième comme médecin, et ces trois maisons sont vides aujourd'hui. En décembre 1859 mourait le docteur Montgomery ; Marsh était enlevé subitement en décembre 1860, et le 25 septembre 1861 succombait Cusack, le vénéré doyen de la chirurgie d'Irlande.

— Voici une relation assez piquante concernant l'origine de l'asile des aliénés de Rio-Janeiro. Les fonds nécessaires à la fondation d'un établissement de ce genre manquant complétement, le ministre de l'intérieur du Brésil eut l'idée de frapper un impôt sur la vanité de ses administrés, en vendant des ordres de chevalerie. Le moyen réussit au delà de toute espérance. On se demande si les plus fous furent ceux qu'on renferma dans l'asile !

— Le docteur Francis Médina, médecin en chef de la marine espagnole, a reçu la mission de parcourir les principales contrées civilisées pour y étudier l'état sanitaire.

— Le docteur Yunge, de Saint-Pétersbourg, vient d'être envoyé à Utrecht pour y étudier le mode de traitement qu'emploient contre l'ophthalmie granuleuse les docteurs Donders et Snellen. Cette maladie ferait, dit-on, de grands ravages en Russie.

— Le roi de Danemark vient d'envoyer les insignes de chevalier de l'ordre du Dannebrog au célèbre professeur de clinique chirurgicale d'Edimbourg, Jame Syme.

— Le *British medical journal* rapporte que dans les trois villes de Plymouth, Stonehouse et Devenport, sur une population de 123,000 habitants, 2,500 femmes vivent du salaire de la prostitution ; soit une femme sur 12 environ.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 119. — JEUDI 10 OCTOBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 119. — JEUDI 10 OCTOBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 OCTOBRE 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous nous demandons ce que nos lecteurs doivent penser de la méthode des inhalations de liquides pulvérisés récemment introduite dans la pratique, en présence des résultats contradictoires que donne l'expérimentation sur le fait fondamental qui lui sert d'appui, savoir : si les liquides pulvérisés pénètrent ou ne pénètrent pas dans l'arbre aérien. Ils ont eu sous les yeux les deux communications récentes de MM. Demarquay et Fournié (de l'Aude), l'un affirmant, l'autre niant la pénétration des liquides pulvérisés dans les bronches, et parlant tous deux au nom de la méthode expérimentale.

Hier encore, M. le docteur Prosper de Piétra-Santa est venu lire une deuxième note confirmant les conclusions qu'il avait formulées dans la première, relativement aux effets de la pulvérisation sur les Eaux-Bonnes ; et en faisant le dépouillement de la correspondance, M. le secrétaire perpétuel a donné lecture d'une nouvelle lettre de M. Demarquay, qui tend à infirmer à plusieurs égards la valeur des conséquences pratiques qui semblaient se déduire des résultats énoncés dans sa communication précédente.

Ce qui ressort le plus clairement de tout ceci, c'est que la question n'est ni aussi simple ni aussi facile à résoudre qu'on a pu le croire au premier abord, et que les expériences ont besoin d'être répétées encore et variées en raison des éléments complexes que paraît renfermer le problème, avant d'en tirer des conclusions définitives.

C'est le cas, ou jamais, d'en appeler à l'intervention de l'Académie. Un ensemble d'expériences faites par les membres d'une commission qui serait à même de réunir tous les éléments et toutes les conditions nécessaires pour une pareille étude, nous semble être le seul moyen de sortir de ces perpétuelles fluctuations et de fixer définitivement l'opinion des praticiens sur la valeur réelle de la méthode et sur le degré de confiance qu'ils lui devront accorder.

On se rappelle que M. Piorry, après les quelques considérations présentées au sujet du rapport de M. Blache, relativement à l'influence de l'atmosphère marine sur la phthisie, avait demandé que la parole lui fût réservée dans l'une des prochaines séances pour développer ses idées sur le traitement de la phthisie.

Le Bureau et M. Piorry ont également tenu leur engagement, et nous avons pu entendre l'exposé des principes que le médecin de la Charité applique au traitement des diverses phases de la tuberculisation pulmonaire.

On trouvera dans le compte rendu de la séance les termes presque textuels de ce nouveau manifeste de médecine pratique.

La séance a été terminée par la lecture d'un rapport de M. Briquet sur le mémoire de M. le docteur Duchesne, concernant les accidents toxiques auxquels donne lieu le travail de l'émaillage du fer. Nos lecteurs ont été mis au courant de cette question intéressante de pathogénie et d'hygiène professionnelle par l'analyse que nous avons publiée du travail de M. Duchesne et du remarquable mémoire de M. Archambault sur le même sujet. — Dr Brochin.

HOPITAL DE BESANÇON. — M. CHENEVIER.

Tétanos suivi de guérison. — Récidive. — Mort.

Le nommé V..., amputé au lieu d'élection le 15 juin pour une ulcération de la jambe qui occasionnait depuis quelque temps des hémorrhagies graves et répétées, n'offre rien de remarquable pendant les quinze premiers jours qui suivent l'opération. Mais alors la suppuration diminue ; la plaie, de rosée qu'elle était, devient grisâtre et d'une sensibilité excessive ; le malade se plaint de soubresauts dans le moignon, et son œil gauche se ferme convulsivement.

La nuit du 1er au 2 août, V..., en dormant, se mord violemment la langue. A la visite du matin, il a de la difficulté pour parler ; il éprouve des douleurs dans les muscles des joues, et ne peut ouvrir la bouche qu'incomplétement. Pendant qu'il fait des efforts pour l'ouvrir, sa langue s'engage entre ses dents, et une contraction survient, qui la déchire de nouveau. — *Prescription :* Potion avec 4 grammes de chloroforme, et liniment avec la même substance pour frictions sur les joues.

Le 3 août, aux symptômes de la veille, qui se sont aggravés, viennent successivement se joindre une difficulté sensible dans la déglutition, une propension invincible de la tête à se renverser en arrière, des douleurs dans les reins, une dureté considérable des parois abdominales avec douleur très-aiguë au niveau de l'arcade crurale gauche, puis une difficulté de respirer telle qu'à chaque instant la suffocation est imminente. Le malade est atteint de tétanos. (Inhalations de chloroforme poussées jusqu'à résolution générale.) Sous l'influence de ce moyen, bien que la résolution n'ait pas été obtenue aussi complète que possible, les convulsions cessent d'abord comme par enchantement, pour reparaître après un quart d'heure environ, aussi fréquentes il est vrai, mais beaucoup moins vives. Le même moyen, employé de nouveau, amène encore le même résultat. Aussi son usage est continué pendant plus de deux heures, et c'est à peine si pendant cet intervalle le malade a eu deux ou trois faibles accès. Mais fatigué par le chloroforme, il ne veut bientôt plus le supporter. Alors la jambe saine est prise de convulsions, et le malade éprouve dans la région inguinale droite les mêmes douleurs qu'à gauche. Tout son corps, à l'exception des membres supérieurs, est sous l'influence tétanique. Cependant, la nuit suivante et le lendemain, les accès sont peu rapprochés, et pendant la nuit du 5 au 6 août, le malade ne se réveille pas une seule fois.

Le 6, bien qu'on n'ait eu recours à aucun médicament, les accès ne reparaissent pas ; et le 7, la déglutition est possible.

Dans la nuit du 8 au 9, nouveaux accès, qui cèdent encore à l'emploi du chloroforme en inhalations.

A partir du 10, le malade prend chaque nuit une potion avec 30 gouttes de laudanum.

Le 12, les membres supérieurs sont atteints pour la première fois de quelques contractions ; mais le malade n'est pas plus oppressé, et les jours suivants il y a alternative de mieux et de plus mal.

Le 20, la dose de laudanum est réduite à 20 gouttes, et peu de jours après à 10 gouttes.

A partir du 2 août, l'amélioration est sensible. Cependant le malade éprouve encore, surtout le soir, un malaise marqué du côté de la respiration ; mais l'usage continué pendant trois jours d'une potion avec 1 gramme de sulfate de quinine et 1 gramme de laudanum le fait disparaître complétement. Quelques symptômes d'hydropisie abdominale cèdent aussi très-facilement à l'emploi des diurétiques et des drastiques. De telle sorte que le 20 août V... peut être considéré comme guéri du tétanos. Il se lève, et, à l'aide de béquilles, descend au promenoir. Son moignon cependant n'est pas complétement cicatrisé : il présente encore une petite ulcération avec trajet fistuleux de 2 centimètres environ de profondeur.

Le 3 septembre, des symptômes de lymphangite s'étant déclarés dans la cuisse gauche, un traitement émollient, puis résolutif, en amena au bout de peu de jours la disparition.

Le 10, une hémorrhagie considérable se produit par le trajet fistuleux que présente le moignon ; la perte de sang peut être évaluée au moins à 800 grammes. Malgré la compression et le tamponnement au perchlorure de fer, l'hémorrhagie se reproduit, peu considérable il est vrai, le 11 au matin. Dès ce moment, le malade tombe dans un profond abattement.

Le 12, le moignon se gangrène, et pendant la nuit un délire tranquille mais presque continuel se manifeste.

Le 13, à sept heures du soir, le malade est atteint de contractions d'abord des muscles constricteurs des mâchoires, le 14 au matin des muscles de la région sus-hyoïdienne, et le soir de ceux de la région sous-hyoïdienne.

Enfin le 15, pendant la nuit, les contractions ayant probablement descendu graduellement sur les muscles de la poitrine, V... meurt avec toute sa connaissance.

Autopsie. — Le cervelet, complétement décoloré, a la consistance d'une pulpe très-molle. La moelle épinière présente les mêmes altérations, mais avec une particularité remarquable : sur une longueur de 5 centimètres environ, au niveau de l'origine du plexus sacré, la moelle est comme indurée à la périphérie et ramollie au centre. Cette dureté est telle qu'en suivant la moelle et en la serrant entre le pouce et l'index, les doigts sont nettement arrêtés lorsqu'ils arrivent au niveau du cylindre induré.

Le foie a son volume normal ; mais sa consistance augmentée et sa coloration jaunâtre indiquent un commencement de cirrhose. La vésicule biliaire a une longueur de 15 centimètres, et dans sa partie moyenne son diamètre est de 4 centimètres environ. Elle renferme un liquide presque incolore, et de plus un calcul unique, gros comme une olive, ayant la coloration du foie à l'état normal et une assez faible consistance.

La gangrène du moignon s'étend à 2 centimètres de profondeur. En suivant le trajet fistuleux par lequel s'est produite l'hémorrhagie, on arrive au point où l'artère poplitée se divise en tibiale antérieure et tronc tibio-péronier. Cette dernière branche a presque complétement disparu par la suppuration : il ne reste qu'un lambeau de la tunique interne, et un peu plus haut, du côté de la poplitée, il y a épaississement des trois tuniques du vaisseau.

Tous les autres organes soumis à l'investigation n'ont rien présenté d'anormal.

Si maintenant l'on recherche les causes des accidents tétaniques qu'a offerts le sujet de cette observation, il est peut-être permis d'en accuser la fâcheuse disposition d'esprit où il était avant l'opération, et surtout le tiraillement et la constriction du nerf tibial antérieur. En effet, l'artère de ce nom s'étant à plusieurs reprises déchirée sous la ligature, on avait été obligé, pour la lier, de comprendre avec elle les tissus lardacés environnants ; et c'est à l'origine du plexus d'où provient le nerf tibial antérieur comprimé, qu'a été trouvée l'induration de la moelle. Si la saison avait été froide et humide, si l'hôpital avait été encombré, on serait tenté de ranger ces conditions parmi les causes de l'affection qui nous occupe. Mais des circonstances tout à fait contraires existaient alors. Peut-être cependant peut-on y voir une prédisposition spéciale dans certaines conditions qui échappent comme toutes les influences épidémiques.

Pendant une période de près de trois années, en effet, un seul cas de tétanos s'est présenté à l'hôpital, tandis que dans les quatre derniers mois trois malades ont succombé à cette grave complication.

Quant à la guérison des premiers accidents tétaniques présentés par notre malade, doit-on l'attribuer au chloroforme en inhalations ? Si l'on fait attention à la rapidité avec laquelle les accès ont à deux reprises disparu d'abord sous son influence, à leur moins grande intensité après leur réapparition, et à l'absence dans le principe de toute médication concomitante, on se range volontiers à cette opinion. Le chloroforme avait au moins fait passer pour ainsi dire le tétanos à l'état chronique et permis par conséquent à la nature, aidée par l'art, de réagir avec plus de chances de succès contre le mal.

NOTE SUR LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOLOGIE DU COEUR.

Par M. le docteur JOIRE, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine de Lille (1).

Lorsque par leur contraction continue les parois ventriculaires arrivent presque au contact, on remarque un ralentissement progressif de cette action ; mais pour quiconque veut observer le phénomène avec toute l'attention qu'il mérite, il est facile de reconnaître que ce mouvement n'a pas complétement cessé ; que si chez les grands animaux les apparences semblent favoriser l'idée d'un repos avant le retour de la diastole, il est bien permis d'admettre qu'elles tiennent à la diversité et à la durée variable de contraction des diverses couches musculaires du cœur.

Tous ces faisceaux, si diversement disposés, se contractent vraisemblablement à la fois ; mais il en est sans doute qui continuent plus longtemps leur action. Les couches superficielles, qui dans les mammifères appartiennent aux deux cœurs, se contractent d'abord, puis celles qui sont propres à chacun des deux ventricules, et c'est alors que se produisent ces modifications de formes de l'organe : la tonicité, signalée par M. Beau comme produite après le premier mouvement brusque de la systole, la torsion vermiculaire, les rides transversales et la projection antérieure de la pointe. Les faisceaux les plus profonds soutiennent seuls la contraction des derniers instants, et comme alors, chez les animaux à cœur non transparent, les fibres superficielles se relâchent pour rendre plus facile la diastole qui se prépare, on a admis à ce moment, ou un instant de repos, ou un commencement de diastole avant la réplétion du ventricule. Mais si j'observe avec M. Beau le cœur transparent de l'anguille, je constate dans toute son évidence le fait que je viens de signaler.

« Immédiatement après la systole, dit-il, le ventricule, au lieu de rester à l'état de retrait et d'immobilité, comme dans la grenouille, se relâche et s'étale en largeur ; en même temps il se colore d'une légère nuance de rouge. Mais en y regardant de près, on voit que cette nuance tient à la pénétration du sang dans les capillaires des parois ventriculaires relâchées, et qu'il n'arrive pas la moindre goutte de sang dans la cavité ventriculaire elle-même. Pourquoi, dit un peu plus loin le même observateur, le ventricule, dans l'anguille, se relâche-t-il au second temps pendant la diastole de l'oreillette, et pourquoi ce relâchement ne fait-il pas arriver le sang de l'oreillette dans la cavité ventriculaire ? » M. Beau n'en sait rien, mais il est sûr du moins que les faisceaux musculaires de l'orifice auriculo-ventriculaire ne cessent pas de se contracter. Quant à moi, je n'hésite pas à

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 octobre.

admettre que toutes les couches musculaires profondes des parois ventriculaires sont maintenues alors en contraction.

Mais ce n'est pas de nos jours seulement que de l'observation attentive du phénomène a surgi l'idée de la contraction soutenue des parois ventriculaires, et il me paraît évident que le fait n'a pas échappé à Harvey. Je cite à dessein le passage qui s'y rattache : « Quo (ventriculo) repleto, cor sese erigit, continuo omnes nervos tendit, contrahit ventriculos et pulsum facit; quo pulsu immissum ab auriculâ sanguinem *continenter* protendit in arterias... » (Harvey, G., *De motu cordis et sanguinis; Exerc. anat.*, cap. V.)

Un seul mot vient ici témoigner à mes yeux que pour Harvey le mouvement de systole ventriculaire n'est pas borné à ce choc brusque et rapide qui succède à la diastole, c'est l'adverbe *continenter*, appliqué là pour caractériser la forme du passage dans les artères de l'ondée sanguine venue de l'oreillette, et ce terme me semble bien choisi pour exprimer la continuité régulière et modérée de ce passage.

Telle est, à mon point de vue, la succession des divers phénomènes des mouvements du cœur observés sur les animaux vivants, toutes les fois que les opérations préliminaires n'ont pas trop profondément troublé l'exercice fonctionnel de cet organe ; et tels sont les motifs qui m'ont déterminé depuis six ans à faire ressortir l'importance de la systole continue du ventricule pendant toute la durée du temps attribué au repos de l'organe.

Je n'ai tenu compte en aucune sorte du rapport des divers mouvements du cœur avec les bruits soit normaux, soit pathologiques perçus par l'auscultation. Cette étude, sur laquelle planent encore tant d'incertitude et de si nombreuses dissidences, me permettrait d'exposer quelques considérations importantes à l'appui de l'opinion que je soutiens. Mais je ne puis reproduire les développements que comportent les deux mémoires publiés sur ce sujet il y a six ans. (*Revue médicale*, 1855 et 1856.) Je pèserai seulement ici sur un fait relatif aux bruits anormaux du cœur laissé dans l'ombre, comme tout ce qui est gênant aux théories, et qui vient, à mes yeux, confirmer l'idée développée plus haut de la systole ventriculaire soutenue pendant toute la durée du prétendu repos.

C'est un fait admis, je crois, par tout le monde, que si des bruits anormaux perçus par l'auscultation peuvent quelquefois avoir leur point de départ en dehors du cœur, un bon nombre de ceux-ci trouvent leur cause déterminante dans les lésions siégeant aux divers orifices de l'organe lui-même. La nature et la forme de ces lésions déterminent les caractères spéciaux de ces bruits.

Les rapports de ceux-ci avec les bruits normaux et l'interprétation prêtée par les diverses théories à ces derniers, dans leur coïncidence avec les mouvements qui constituent l'évolution complète de l'organe, forment la base de nos déductions pathologiques.

On peut, d'après cela, apprécier combien nombreuses doivent être les dissidences sur la nature et le siége des lésions que révèlent ces différents signes ; elles doivent nécessairement varier autant que les théories elles-mêmes, et tel est en effet, à l'heure qu'il est, l'état de la science à cet égard. Il ressort aussi de là qu'il faut, à quiconque veut se rendre compte de ces bruits, une théorie préalablement adoptée, et celle-ci puisera un degré plus élevé de certitude rationnelle selon qu'elle pourra mieux se rattacher aux conditions pathologiques.

Aussi, dans ce dédale de théories si variables, a-t-on accordé faveur à celle qui rend un peu plus facile l'explication des bruits pathologiques, bien qu'on avoue ne pas trouver en elle une explication en tout point satisfaisante.

Il est un caractère des bruits anormaux du cœur qui jusqu'ici n'a pas recueilli à mes yeux toute l'attention qu'il mérite ; je veux parler de la durée. Les bruits de souffle, quelle que soit la place qu'ils occupent par rapport aux bruits physiologiques, ne présentent pas tous le même degré de prolongation ; les uns sont de durée assez courte, d'autres occupent une partie considérable du temps de la révolution de l'organe. Or, quelle peut être la cause des bruits de souffle en général, quelle est la cause des bruits prolongés?

L'ondée sanguine traversant les orifices du cœur dans les conditions physiologiques, ne donne lieu à aucun bruit particulier ; mais si une cause intervient qui intercepte plus ou moins à leur niveau le passage du sang, celui-ci, parcourant un canal rugueux et inégal, y subira un certain degré de frottement traduit à l'auscultation par un bruit spécial.

Ces mêmes orifices se trouvent à certains moments fermés par le rapprochement des valvules destinées à intercepter le retour anormal du sang vers son point de départ ; celles-ci peuvent, dans certains cas d'altération spéciale, remplir mal leur office et ne s'opposer qu'incomplétement au reflux de l'ondée sanguine ; et de là une cause nouvelle de bruits de souffle manifestés pendant le temps où cet orifice devait normalement se trouver fermé. C'est donc ou un rétrécissement, ou l'occlusion insuffisante de l'un des orifices du cœur qui détermine les bruits de souffle perçus par l'auscultation. L'ondée sanguine parcourt ces passages sous l'empire de causes diverses ; pour les orifices auriculo-ventriculaires, sous l'action systolique des oreillettes ou sous celle des ventricules ; pour les orifices ventriculo-artériels, sous l'influence de la contraction ventriculaire ou de la réaction élastique des parois artérielles.

On voit, d'après cela, que la cause efficiente de ces bruits gît dans l'action contractile d'une partie du cœur ou des artères. Il est évident dès lors que la durée de ces bruits anormaux deviendra le signe révélateur de la durée d'action de chacune de ces parties. Si la contraction des oreillettes et celle des ventricules avaient constamment une égale durée, les différents bruits de souffle n'offriraient jamais de différence sous ce rapport.

Si en dehors des mouvements systoliques un temps de repos était acquis à l'organe central de la circulation, nul bruit pathologique n'en viendrait jamais prendre la place, quand même ce bruit aurait sa cause en dehors du cœur.

Or personne n'oserait affirmer que les choses se passent ainsi ; il est, au contraire, reconnu de tout le monde que les bruits de souffle sont perçus tantôt de courte durée, tantôt beaucoup plus prolongés, et qu'ils se continuent alors pendant la durée du temps attribué par les auteurs au repos du cœur.

Voyons leurs rapports avec les bruits physiologiques. Deux bruits se font entendre à l'état normal : le premier, assez fort et sourd, manifeste son maximum d'intensité au niveau de la pointe du cœur ; le deuxième, plus éclatant, laisse percevoir au niveau de la base de l'organe sa plus grande énergie ; à celui-ci succède un moment de silence révélant pour la plupart un repos de l'organe.

Un bruit de souffle est perçu quelquefois en coïncidence avec le premier bruit normal. Objet dans ces derniers temps d'une étude attentive et sérieuse, ce bruit a été reconnu précédant toujours le bruit physiologique et cessant constamment avec lui. On l'a nommé avec raison présystolique. Un bruit au premier temps ne peut évidemment coïncider qu'avec la systole auriculaire, puisque c'est le premier acte de la révolution du cœur ; à ce moment l'ondée sanguine chassée de l'oreillette tombe dans le ventricule en traversant l'orifice auriculo-ventriculaire, et ce passage, aphone à l'état normal, s'accompagne d'un bruit de frottement ou de souffle toutes les fois qu'il existe là une cause de rétrécissement. Maintenant, si ce bruit précède un peu le premier bruit normal, il faut bien admettre que ce dernier a sa cause efficiente ailleurs, et ce fait vient jeter quelque lumière sur l'acte physiologique qui le produit. Le choc de l'ondée sanguine contre les parois du ventricule au moment de la diastole de celui-ci, est pour plusieurs théories la cause du premier bruit ; et cette opinion, rigoureuse expression de la vérité à mes yeux, trouve dans ses rapports avec le bruit de souffle présystolique un puissant témoignage en sa faveur.

Pour les théories qui placent la systole ventriculaire au premier temps, le bruit de souffle dont il s'agit ici n'aura non plus qu'une durée très-courte, puisque pour elle la diastole ventriculaire succède immédiatement. Mais sa cause ne sera plus la même ; il faudra ici ou un rétrécissement ventriculo-artériel, ou bien une insuffisance auriculo-ventriculaire.

Voyons maintenant le bruit de souffle au second temps. Un bruit pathologique coïncidant avec le deuxième bruit normal est loin d'être rare ; il commence avec lui ; il peut, quand il est fort, le couvrir en partie ; souvent il n'en détruit pas le caractère spécial : je veux dire son analogie au bruit d'une soupape. Mais le trait important de ce bruit, c'est sa prolongation après la cessation du bruit physiologique et sa continuation pendant toute la durée du grand silence ; de sorte qu'il n'a d'autre terme que le retour du premier bruit normal. C'est donc un souffle presque continu que perçoit alors l'auscultation ; un choc sourd et profond le termine, puis vient le temps du court silence auquel succède le bruit clair, et simultanément le bruit de souffle.

Quelle peut être la cause de ce bruit prolongé? D'immenses difficultés, on le conçoit, doivent se rencontrer dans l'explication de ce fait, en admettant comme exactes les théories anciennes ; s'il était vrai que les deux mouvements de diastole et de systole des ventricules s'accomplissent avec la rapidité que ces théories supposent, et si chacun de ces mouvements était suivi d'un repos de l'organe, il serait impossible de rendre raison de ce bruit prolongé. Cependant le phénomène existe incontestablement ; il n'est pas possible d'avoir perçu quelquefois par l'auscultation le bruit de souffle au deuxième temps sans être convaincu de sa prolongation pendant une durée bien plus longue que celle de chacun des deux mouvements du cœur ; et, soit qu'on admette que ce bruit coïncide avec la diastole, soit qu'on reconnaisse qu'il est simultané avec la systole ventriculaire, l'explication est impossible, le phénomène échappe à toute analyse. Voyons la solution.

Le grand silence, je l'ai dit, n'est autre chose que le temps consacré par le ventricule à l'accomplissement de sa contraction commencée par un mouvement brusque et rapide ; la systole ventriculaire, une fois la colonne sanguine mise en mouvement par la première impulsion, se continue ensuite silencieuse et insensible, quand nul obstacle sur la voie de passage du sang ne donne lieu à aucun frottement ; mais dès que la moindre cause vient troubler ce silence, un bruit particulier anormal la révèle. Telle est l'explication du bruit de souffle dont il s'agit. Si après le mouvement brusque, qui constitue, dit-on, toute la systole du ventricule, le cœur cessait tout mouvement et prenait son grand repos, il n'y aurait pas alors de bruit possible ; mais ce bruit de souffle ne s'arrête pas, il persiste avec une force égale à son commencement. Ce phénomène ne peut s'expliquer qu'en admettant que pendant le grand silence le ventricule continue sa contraction jusqu'à l'instant de la diastole, et le frottement de l'ondée sanguine contre les inégalités qui rétrécissent le lieu de son passage est la cause de ce bruit prolongé.

Mais quels sont les orifices que le sang doit traverser pendant la systole ventriculaire? Dans l'état normal une seule demeure ouverte, c'est l'orifice ventriculo-artériel ; c'est donc par cette voie que le sang est chassé du ventricule. Or on sait combien sont fréquentes les altérations organiques qui ont pour siége les valvules de cet orifice. Des concrétions calcaires s'incrustent à leur base et parfois dans toute leur épaisseur ; de là une diminution du calibre de l'orifice, des saillies rugueuses à son pourtour ; bien souvent aussi la rigidité des valvules ne permet plus qu'une occlusion incomplète, et de la simultanéité des deux lésions, rétrécissement et insuffisance, qui, comme je l'ai remarqué déjà, permettent à toutes les théories possibles de fournir à leur point de vue une explication plausible du bruit anormal.

Mais une autre lésion ayant son siége à l'orifice auriculo-ventriculaire peut aussi donner lieu au bruit de souffle du deuxième temps, c'est l'état béant de ces valvules, c'est-à-dire l'insuffisance de l'occlusion de cet orifice, qui permet pendant la systole ventriculaire le reflux vers l'oreillette d'une petite quantité de sang.

C'est donc encore un bruit prolongé qui se produit alors, et si la forme et les dimensions de ce passage anormal peuvent faire revêtir au bruit de souffle quelques caractères particuliers, rien n'est changé, du moins quant à la prolongation de sa durée.

J'ai à peine besoin de faire remarquer que l'insuffisance auriculo-ventriculaire est presque toujours en coïncidence avec le rétrécissement de cet orifice déterminé par des adhérences anormales à la base de ses valvules, accompagnées de la dégénérescence cartilagineuse, de l'incrustation calcaire, et par suite de la rigidité de celles-ci, double altération qui comporte d'ailleurs les mêmes remarques au point de vue des interprétations théoriques. Mais ici encore je ne vois d'explication possible du bruit de souffle prolongé que dans l'admission du fait de la systole ventriculaire continuée pendant toute la durée du temps attribué au repos du cœur.

Ces considérations me paraissent suffisantes pour faire ressortir l'importance de quelques modifications à apporter aux idées anciennes pour rendre raison des phénomènes physiologiques et pathologiques de l'organe central de la circulation. Je n'ai pas assurément l'espoir de voir les miennes immédiatement accueillies avec faveur ; mais il m'est permis du moins d'espérer que les dissidences qui règnent parmi ceux qui admettent les théories dites classiques, les objections graves et insolubles qui leur sont opposées, l'exposition de théories nouvelles basées sur l'investigation attentive et rigoureuse des phénomènes physiologiques, détermineront tous ceux qui recherchent la vérité scientifique à de nouvelles études expérimentales, qui, j'en ai la certitude, finiront par donner à chaque chose sa place : aux vieilles théories leur repos dans l'histoire, et aux idées nouvelles, défendues avec la persévérance que donne la conviction du vrai, leur juste et rigoureuse appréciation.

DEUX FAITS DE VACCINATION AU MOYEN DU LAIT DE VACHES préalablement vaccinées;

Par M. le docteur Soubie, de Libourne.

Des expériences nombreuses ont prouvé que le virus-vaccin de l'homme était transmissible à la vache et à d'autres animaux (ânesse, chèvre, etc.), mais je n'ai vu nulle part aucune tentative faite sur le lait de la vache vaccinée, et sur la propriété qu'il acquiert.

En face de la difficulté où je me trouverai probablement au mois de mai prochain pour avoir à ma disposition des vaches laitières, afin de continuer en grand une expérience bien concluante à mes yeux, à moins que je ne me trouve avoir expérimenté sur deux sujets réfractaires à la vaccine, je m'empresse de les porter à la connaissance de mes confrères, pour engager ceux d'entre eux qui sont placés dans des conditions plus favorables que moi, à continuer une recherche qui rendrait de grands services à l'humanité.

L'épouse P... allaitait son enfant de quatre mois, lorsqu'elle fut atteinte de la variole ; elle continua à nourrir ; l'enfant eut la fièvre, mais pas d'éruption. J'ai vacciné cet enfant à l'âge de deux et cinq ans. Cette année même, ce jeune homme, âgé aujourd'hui de seize ans, s'est fait revacciner, et toujours sans résultat.

Pour moi, il est évident que ce jeune homme a été inoculé d'un virus varioleux puisé dans le lait de sa mère.

Encouragé par ce fait, j'ai eu l'idée d'expérimenter le lait d'une vache au pis de laquelle j'avais inoculé du vaccin qui produisit deux belles pustules.

J'ai fait boire du lait de cette vache à deux enfants, l'un âgé de six mois, nourri au biberon, et l'autre de quatorze mois, qui était sevré. Le premier en a bu pendant deux jours, le cinquième et le sixième jour de la vaccine, et le second un seul jour, c'était le huitième de la vaccine ; ce dernier en a bu environ 300 grammes ; le premier en avait bu le double.

Un mois après cette expérience, j'ai voulu vacciner ces deux enfants ; ma tentative a été nulle, et cependant ce vaccin a très-bien pris sur un autre enfant vacciné à la même heure et avec le même sujet.

Si l'expérience vient confirmer ce fait, combien de jeunes filles qui fuient devant une piqûre de lancette et qui s'empresseront de boire tous les trois ou quatre ans un plein verre de lait qui devra les préserver de la variole !

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 octobre 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

4° Des échantillons de substances médicinales envoyées de Chine par M. Eugène Simon, chargé d'une mission agricole dans ce pays. (Commissaires, MM. Guibourt et Chatin).

2° Deux rapports de M. le docteur Beaupoil, sur les épidémies d'angine couenneuse et de croup qu'il a observées dans le canton d'Ingrandes (Indre-et-Loire) en 1859 et 1860.

3° Des rapports de MM. les docteurs Dupland et Cazes, sur les épidémies qui ont régné en 1860 dans les arrondissements de Tarbes et de Bagnères-de-Bigorre. (Commission des épidémies).

4° Un mémoire de M. le docteur Dubreuilh, intitulé *Histoire de la vaccine dans le département de la Gironde.* (Commission de vaccine).

5° Les rapports sur le service médical de l'hôpital militaire de Baréges, par M. le docteur Gamma, et de l'hôpital militaire d'Hammam-Righa (Algérie), par M. le docteur Groz. (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Réveil, qui se porte candidat à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

2° Une lettre de M. le docteur Mordret, du Mans, qui sollicite le titre de correspondant. (Commission des correspondants).

3° Une note de M. Aubrée, médecin-pharmacien à Burie, sur un nouveau traitement de l'asthme.

4° **Température des liquides pulvérisés.** — M. DEMARQUAY adresse sur ce sujet la lettre suivante, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture :

La question qui s'est élevée à propos de la pénétration des poussières liquides dans les voies respiratoires, soulève à sa suite plusieurs questions secondaires. Nous citerons parmi elles le refroidissement de l'eau minérale ou médicamenteuse, à la sortie de l'appareil, et la déminéralisation de cette eau dans certaines circonstances. Nous laisserons aux chimistes le soin de déterminer ces circonstances et leur mode d'action; mais nous voulons nous occuper de l'abaissement de température signalé par les différents observateurs qui se sont avant nous occupés de cette même question.

Disons d'abord que rien n'est plus simple et plus obligé que cet abaissement notable de température. L'air accumulé dans le récipient y est soumis à une pression d'une atmosphère et demie (plus ou moins); il y subit une condensation en rapport avec cette pression. Quand on ouvre le robinet, il en jaillit avec une vitesse plus ou moins considérable, et passe très-rapidement, presque subitement, de la pression d'une atmosphère et demie à celle de 76 centimètres de mercure. Il est donc nécessaire qu'il prenne à tous les corps qui l'environnent au moment où il change d'état (1) la quantité de chaleur nécessaire à ce changement d'état. L'eau qui l'accompagne à sa sortie, l'air au milieu duquel il se précipite, fournissent à cette nécessité, et il est probable que c'est à cette déperdition instantanée de chaleur, que les molécules d'eau doivent la faculté de demeurer suspendues à l'état de poussière dans ce nouveau milieu; car la grande vitesse dont elles sont animées devrait en déterminer la vaporisation en plus ou moins grande quantité. Il suit même de là que la conservation de l'eau à l'état de poussière suspendue dans l'air doit se lier comme effet à cet abaissement de température.

Quoi qu'il en soit, désirant déterminer les circonstances et les variations de cet abaissement de température, nous avons soumis à l'expérimentation thermométrique le jet d'air et d'eau pulvérisée à leur sortie du tuyau de l'appareil. La boule de l'appareil Mathieu a été successivement remplie d'eau à la température ambiante (22°), à une température notablement plus élevée (40 à 50°), enfin à 4° seulement au-dessus de 0.

Voici ce que nous avons observé : dans le premier cas, l'eau de la boule, l'appareil et l'atmosphère ambiante étant à 22°, le jet d'air et d'eau nous a donné de 21° à 18°, suivant qu'on tenait la boule du thermomètre à un pied et demi de l'orifice du jet, c'est-à-dire à l'extrémité du nuage d'eau poudroyée, ou qu'on le rapprochait, au contraire, de l'orifice, point auquel l'abaissement était le plus grand. Tel est le phénomène dans son expression la plus simple : l'air, pour passer de la pression intérieure à celle du dehors, emprunte à tous les corps avec lesquels il est en contact la quantité de chaleur nécessaire à son nouvel état d'expansion : cette quantité de chaleur est mesurée par les différents degrés de température aux différentes distances de l'orifice.

Si maintenant nous portons l'eau de la boule (seule) à une température relativement élevée, 50 à 60°, nous observons encore le même phénomène : l'air, à sa sortie, présente à peu de chose près les mêmes différences; seulement, au lieu de 21 à 18°, on observera 22 à 20°.

C'est que l'eau qui accompagne l'air expulsé n'est pas en quantité suffisante pour fournir à la consommation de calorique nécessaire à celui-ci. Celui qu'elle apporte est une décimale auprès de celui absorbé par l'air qui se dilate; et la température de l'eau de la boule se trouve élevée presque en pure perte. Il est tout simple dès lors qu'on n'observe pas un changement bien notable dans les résultats à la suite de cette modification.

Si au lieu d'élever la température de l'eau de la boule, on l'abaisse au contraire, on modifiera les résultats des premières expériences en sens inverse, et l'eau froide de la boule prendra aussi, pour se mettre en équilibre avec la température ambiante, une portion de la chaleur de l'air au milieu duquel elle est projetée.

Alors les premiers résultats seront altérés du côté des basses températures, et on notera de 21 à 16° où nous avions observé dans le premier cas de 21 à 18°.

La seule manière de relever la température du jet sera d'élever le degré de la température ambiante ou du lieu de l'inhalation ; mais on aura toujours à lutter contre les différences d'état de l'air sous le rapport de la dilatation qu'il doit prendre et de la température nouvelle avec laquelle il doit se mettre en équilibre. Ainsi ; dans une chambre à 30°, le jet du liquide à sa sortie ne s'est élevé qu'à 24 ou 25°. Dans une atmosphère à 40°, peut-être irait-il jusqu'à 30° dans la région où il obéit encore à la force de projection nécessaire à sa pénétration facile dans les voies respiratoires.

Néanmoins il y aura toujours là un écueil à éviter, c'est la vaporisation de l'eau pulvérisée si la température du milieu est considérablement accrue, ou si, comme il a été conseillé de le faire, on chauffe légèrement le jet entre l'orifice et la bouche des sujets au moyen d'un bec de flamme alcoolique. Mais, dans ce cas, si l'on augmente un peu la température, est-il bien certain qu'on fournisse aux sujets de l'eau en poussière ?

En résumé, l'eau médicamenteuse ne paraît pouvoir être véritablement et bien positivement introduite dans les voies respiratoires avec tous ses principes, c'est-à-dire en poussière suspendue, qu'à la condition d'y être projetée avec une certaine force, de ne point être notablement échauffée à sa sortie de l'orifice, et enfin de ne contenir en fait de principes utiles que des principes assez stables.

Tel est le point de détail que nous nous sommes proposé d'éclaircir sur cette question, qui peut en ces termes entrer dans le domaine des applications, et conséquemment de l'observation lente et réfléchie qui y apporteront assurément de nouveaux enseignements.

Toutes ces expériences ont été faites avec le concours de mon ami M. Giraud-Teulon, connu par ses applications des sciences physiques à l'étude des phénomènes physiologiques; elles démontrent de la manière la plus évidente la propriété que possède l'eau pulvérisée de perdre sa température pour se rapprocher de celle ambiante, ainsi que M. de Pietra-Santa l'avait constaté aux Eaux-Bonnes.

— M. DESPORTES offre en hommage à l'Académie un mémoire de M. Mordret sur les affections nerveuses dépendantes de la chloro-anémie.

— M. MICHEL LÉVY fait hommage, au nom de M. Fonssagrives, d'un ouvrage relatif à l'hygiène des valétudinaires et des convalescents.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le docteur GOYRAND (d'Aix) est présent à la séance.

LECTURES.

Pulvérisation aux Eaux-Bonnes. — M. le docteur PROSPER DE PIETRA-SANTA lit une deuxième note sur la pulvérisation aux Eaux-Bonnes.

Voici en quels termes il termine et résume ce travail ;

Mes nouvelles recherches confirment les précédentes, et mes deux propositions restent inattaquables :

D'une part, l'abaissement considérable de la température de l'eau par le fait de la pulvérisation ;

D'autre part, la perte considérable de sulfure de sodium dans l'acte de la pulvérisation de l'eau de Bonnes ;

Et comme conséquences pratiques, les seules intéressantes pour le moment :

1° La suppression de la salle de pulvérisation des Eaux-Bonnes ;

2° La création d'une salle d'inhalations à l'instar de celle de la Mothe-les-Bains : vaporarium à la partie inférieure ; colonne d'eau venant se briser, se fragmenter à la partie supérieure, pour répandre dans cette atmosphère une plus grande quantité d'acide sulfhydrique ;

3° Libre disposition d'appareils pouvant projeter au fond de la gorge, soit en douche, soit en poussière, avec une pression modérée, de l'eau chargée de principes médicamenteux particuliers.

— M. Piorry a la parole pour la lecture d'un travail sur le traitement de la phthisie , pour laquelle il s'était fait inscrire dans la précédente séance.

Traitement de la phthisie pulmonaire. — M. PIORRY, après avoir jeté un coup d'œil rapide sur les diverses médications et les remèdes innombrables proposés contre l'unité morbide *phthisie*, se propose de rechercher la voie qu'il convient de parcourir pour arriver au résultat si désirable et si vainement cherché, la guérison de cette cruelle maladie. Commençons, dit-il, par établir les bases sur lesquelles les indications peuvent être ici posées.

1° La tuberculisation pulmonaire ou *pneumophymie* est très-loin d'être toujours la phthisie ; beaucoup de gens portent un, deux, trois, vingt tubercules qui n'offrent aucun des attributs des phthisiques et qui paraissent être en santé. Il en est beaucoup parmi ceux-ci qui parviennent à un âge avancé et dont les poumons présentent, lors de la nécroscopie, des cicatrices ou des phymies devenues crétacées. Les tubercules en eux-mêmes ne causent pas la fièvre hectique ; ils n'occasionnent pas les phénomènes de la phthisie. Ils ne déterminent guère la mort que par les modifications pathologiques dont ils sont le siége ou qui surviennent dans les tissus voisins.

Supposons qu'un homme ait exclusivement des tubercules non transformés en pus; qu'il y ait des masses indurées sans symptômes et dont le plessimétrisme et l'auscultation démontrent la présence ; évidemment trois indications principales existeraient : la première serait de faire disparaître les phymies, en agissant sur elles par une médication spécifique ; *mais on ne connaît aucune substance* (pas plus l'iode que toute autre) qui exerce cette action salutaire.

La seconde serait de faire résorber la matière tuberculeuse , et en vérité je ne vois pas comment on parviendrait à obtenir un tel résultat.

La troisième serait de transformer cette matière en produits crétacés , parce que dans cet état, et malgré l'opinion de Bayle sur la phthisie calculeuse, les phymies passées à l'état calcaire sont à peu près inoffensives. Dans un cas pareil, l'emploi des phosphates et des carbonates calcaires serait donc tout à fait raisonnable, et il conviendrait d'y avoir recours.

Sur de semblables personnes, il serait surtout utile d'empêcher la formation nouvelle de phymies, et c'est à ce point de vue que les moyens hygiéniques recommandés par les praticiens les plus estimables ont une immense utilité et qu'il est bon d'ajouter au régime réparateur que doivent suivre les malades, les respirations profondes et accélérées réitérées fréquemment, l'iodure de potassium à l'intérieur et l'inspiration modérée des vapeurs iodiques. Bien entendu que dans les cas précédents c'est encore à combattre les troubles de circulation pulmonaire autour des masses indurées qu'il faut s'attacher, car ces troubles de circulation sont susceptibles de donner lieu à la tuberculisation. Ce qui est vrai de quelques tubercules indurés et isolés, alors que rien ne les complique, le serait encore de phymies nombreuses et au même état existant dans les poumons.

2° Si des congestions sanguines stasiques, ou même légèrement phlegmasiques, viennent à se déclarer à l'entour des masses tuberculeuses isolées ou multiples, il convient tout d'abord d'avoir recours à ces respirations profondes et réitérées dont il a été parlé ; sous leur influence (ainsi que l'a fait si bien constater la limitation plessimétrique des points congestionnés et indurés), les parties malades diminuent presque instantanément d'étendue et de dureté. Plus de cinquante faits de ce genre , que l'on peut renouveler à volonté, le démontrent jusqu'à l'évidence.

Ces inspirations seront dans ce cas continuées, et cela très-fréquemment, plusieurs jours de suite. Dans les cas supposés, il convient encore de faire placer habituellement le malade dans une position du corps telle que le point hyperémié soit placé plus haut que les autres parties des poumons. Si la phlegmasie qui entoure la masse tuberculeuse est aiguë, intense, il peut être utile de saigner et de le faire même largement; mais il ne convient d'en agir ainsi que lorsque l'on se sera assuré par la mesure organique que le cœur, le foie, les poumons, les artères, les veines, etc., contiennent de notables proportions de liquides sanguins. C'est une faute énorme que de saigner un malheureux dont les organes donnent au plessimétrisme, au palper et à l'inspection des signes manifestes d'hypémie; il en est surtout ainsi lorsque d'abondantes évacuations entretiennent cette exténuation du malade.

3° La présence de mucosités, de sang, de pus, de matières phymiques ou d'une matière liquide quelconque dans le conduit de l'air et dans ses divisions est chez un phthisique une source d'indications de premier ordre. Si elles y séjournent, si elles ne sont pas expectorées, c'est la mort qui survient; si elles sont laborieusement rejetées, c'est une souffrance de plus pour le malade, bientôt suivie de congestion pulmonaire, de troubles de la circulation, de formation nouvelle, de phymies, d'hypoxémie et d'accidents funestes.

L'indication à remplir lorsque ces tristes états pathologiques se déclarent est de chercher à favoriser la sortie des liquides bronchiques, et de là l'incontestable utilité :

1° De profondes inspirations pratiquées lentement, suivies d'une expiration brusque et dirigées de façon à évacuer les liquides bronchiques.

2° D'une position telle que ces derniers soient facilement évacués.

3° D'administrer, quand l'expectoration s'opère facilement, des boissons abondantes, des lavements avec l'eau pure, de faire respirer des vapeurs aqueuses, et cela dans l'intention de rendre les crachats moins épais.

4° D'avoir recours à des expectorants énergiques, et je ne puis assez insister sur cette médication ; elle est un des points culminants dans le traitement de la pneumophymie. La plupart des médicaments dits expectorants, le kermès, l'oxymel scillitique, le polygala, etc., échouent. Il n'en est pas ainsi du tartrate antimonié de potasse et de l'ipécacuanha.

5° Le sang qui s'échappe du pharynx, du larynx ou du tronc, des rameaux, des ramuscules bronchiques et des cellules pulmonaires, doit tout aussi bien être évacué que les autres liquides. En effet, celui qui sort de la partie supérieure du tuyau aérien descend dans le poumon, s'accumule vers tel ou tel lobule de cet organe, et constitue les masses dites apoplectiques dont le plessimétrisme fait reconnaître le siége, l'étendue et la dureté.

C'est lorsque l'écoulement du sang rouge est arrêté qu'il faut avoir recours à la potion stibiée. On doit la continuer tant que la matité plessimétrique annonce la présence du sang accumulé dans les lobules pulmonaires, tant que les crachats contiennent du sang noir, et aussi lorsque les liquides puriformes et phymoïdes sont difficilement évacués.

6° On arrête ordinairement, chez les pneumophymiques, la pneumorrhémie au moyen : 1° des respirations profondes et réitérées qui, dans trois cas, ont fait dissiper comme par enchantement ce grave accident; 2° des ligatures placées au-dessous des genoux et au-dessus des coudes en même temps que les membres sont tenus pendants et plongés dans l'eau chaude ; 3° de la position élevée des parties d'où vient le sang, par rapport au reste du corps; 4° des saignées abondantes, alors que la mesure organique du cœur et du foie le permet ; 5° du perchlorure de fer en potion et par cuillerée tous les quarts d'heure, ou des sucs d'herbes qui réussissent merveilleusement dans les hémorrhagies en rapport avec certains états du sang.

7° Dans les soins qu'il faut donner aux phthisiques, que l'on n'oublie jamais la diminution qui souvent a lieu dans l'oxygénation du sang et qui est annoncée par la teinte bleuâtre des lèvres, de la langue, par la teinte violacée de la peau, le refroidissement, l'accumulation de l'écume bronchique, etc.

C'est alors qu'il faut donner à tout prix de l'air, qu'il faut faire pratiquer de grandes inspirations, et au besoin insuffler les poumons.

8° Mais loin d'être restés indurés, les tubercules simples et isolés, ou composés et multiples, sont souvent ramollis. Le lieu qu'ils occupaient se convertit en une ou plusieurs cavernes entourées d'un tissu dur; ces spéies communiquent avec l'air qui, par sa pénétration, y cause un ronchus plus ou moins large; les pus qu'elles contiennent s'y altère; ses globules s'y pourrissent, s'y désagrégent, se séparent en globellules ramollies; le liquide, devenu de la sanie, pénètre dans les vaisseaux des cavernes divisées ou rompues, et par suite dans la circulation. Alors survient la chronopyémie avec les symptômes dits *fièvre hectique*.

Voici venir la véritable phthisie pulmonaire des auteurs, avec son cortége obligé de phénomènes; alors les crachats sont pyoïques, nummulaires, et l'émaciation survient, ainsi que les évacuations alvines et séreuses.

Eh bien , pense-t-on qu'il y ait quelque médication spécifique applicable à tous ces symptômes collationnés par l'étiquette phthisie? N'est-il pas évident que la pénétration du pus dans le sang, que la fièvre qui en résulte, etc., ne peuvent être utilement combattues que par la médication rationnelle ainsi formulée?

1° Avant tout, chercher à évacuer le pus, et ici se présente encore l'indication des expectorants;

2° Prévenir l'altération du pus, qui est surtout dangereux lorsqu'il se décompose, et avoir recours aux inspirations de teinture d'iode, d'alcool pur et peut-être de goudron, qui sont à ce dernier point de vue d'une grande utilité;

3° Rendre la pénétration du pus dans le sang moins facile, en évitant, par l'alimentation, la vacuité des vaisseaux.

Lorsqu'on a bien évacué le pus, lorsque les cavernes guérissent, la fièvre tombe, l'émaciation s'arrête, le malade reprend des forces.

Que de fois n'ai-je pas vu tous les symptômes de la phthisie se dissiper lorsque, par l'emploi de l'iode et d'un traitement bien entendu, l'engorgement autour des cavernes disparaissait, et que les cavernes devenues vides ne contenaient plus de liquides purulents ! C'est exactement par une modification organique du même genre que l'on voit,

(1) Ainsi qu'on le voit dans la production de l'acide carbonique solide et liquide, à l'aide de l'appareil de M. Thilorier.

à la suite de la curation d'un abcès par congestion, la fièvre hectique cesser.

Mais trop souvent la présence du pus, cause de la pyémie chronique et de ses symptômes, ne peut être obtenue, et alors ce n'est ni par des cautères ni par des sétons que l'on attirera le pus au dehors. Ces moyens douloureux et pénibles ne font qu'exténuer les malades et les rendre à la fois plus souffrants et plus irritables.

Dans la pyémie, les boissons abondantes et de légers purgatifs, alors que l'intestin est exempt de lésions, sont tout au plus indiqués, et peut-être, dans de tels cas, est-il dangereux de chercher à arrêter soit les sueurs par l'emploi de l'acétate de plomb, soit la diarrhée par des médicaments actifs.

Quand il existe dans les poumons des cavernes remplies de pus, la première indication serait d'ouvrir celles-ci, d'en évacuer les liquides et de chercher à en obtenir la cicatrisation.

Malheureusement il est le plus souvent impossible de mettre à exécution cette utile pratique, car c'est seulement alors que les spéies sont peu nombreuses, quand elles sont superficielles, qu'il est proposable d'attaquer chirurgicalement les cavernes, ainsi que je l'ai fait avec un demi-succès au moyen d'un bandage compressif (*Traité de médecine pratique*), et ainsi que l'a tenté M. Bricheteau avec les cautères. On a prétendu qu'un pois appliqué sur un ulcère produit par la potasse caustique, et que l'on comprimait légèrement, finissait par perforer successivement les tissus, et parvenait à la fin jusqu'à la caverne. Je me suis prêté à cette expérimentation, et lors de la mort du malade le pois comprimant n'avait même pas intéressé le muscle grand pectoral ! Il est arrivé que par un travail organique des phymo-spéies pulmonaires se sont avec avantage ouvertes à l'extérieur ; mais jamais le bistouri ou le trocart n'ont utilement remplacé cette perforation spontanée. On est donc réduit ici à se servir des ouvertures fistuleuses, qui des cavernes pénètrent dans les bronches, pour donner passage au pus qui s'accumule ou s'écoule, et cela au moyen de la déclivité de la compression pratiquée à l'extérieur, des expirations expultrices énergiques précédées d'une inspiration lente, et des médicaments expectorants. Ces mêmes conduits fistuleux peuvent encore servir à faire pénétrer dans les spéies de l'iode, qui empêche l'altération du pus, et de la vapeur de teinture d'iode, qui non-seulement produit ce dernier effet, mais encore semble modifier les parois des pneumo-spéies ; de la même façon que les injections d'alcoolé d'iode agissent sur les parois des abcès que l'on vient d'ouvrir.

Les entéropathies qui surviennent pendant la durée de la phthisie pulmonaire sont loin de toujours exiger soit l'abstinence qui épuise les pneumo-phymiques, soit les boissons aqueuses qui semblent entretenir les évacuations. Avant tout, il faut savoir, ce qui est généralement inconnu, que les crachats purulents avalés entretiennent, par leur contact avec la membrane muqueuse, la souffrance intestinale. Il faut donc recommander aux malades de rejeter autant que possible les crachats au dehors.

En somme, on combat l'entérorrhée du phthisique en empêchant la stagnation des matières dans l'intestin, en lavant celui-ci par de grandes injections d'eau pure, en administrant diverses substances, qui, telles que l'albumine, la thériaque, le diascordium, le sous-azotate de bismuth, semblent parfois réussir à calmer ce symptôme, qui est l'un des plus exténuants que les malades éprouvent.

Que l'on ne croie pas, ou l'on s'abuserait étrangement, que la fièvre du soir, si fréquente chez les phthisiques, soit toujours le résultat de la pyémie. Cette fièvre est souvent symptomatique d'une splénopathie, que l'on rencontre sur un très-grand nombre de ces malheureux. Au lieu des 4 centimètres et demi propres à l'état normal, cet organe présente très-ordinairement de haut en bas, chez eux, 5 *centimètres* 5 millimètres, 6 et même 7 centimètres ; alors les stades de la fièvre, et surtout celui de la sueur, sont constants, et leur degré de force varie en raison du volume de l'organe malade. Dans de tels cas la quinine solubilisée par l'acide sulfurique en excès ou par l'alcool, remédie momentanément à la splénomégalie, et par conséquent aux accès fébriles et même aux sueurs.

Mais voici un fait inattendu, et pour moi jusqu'à présent inexplicable, c'est que, sous l'influence des préparations actives de quinine, l'état de certaines personnes qui présentent sous les clavicules une matité marquée du souffle bronchique, une expiration prolongée, et chez lesquelles on observe les phénomènes initiaux de la tuberculisation pulmonaire, est parfois très-promptement amélioré. La matité sous-claviculaire se dissipe en même temps que la rate, qui était volumineuse, revient à son état normal ; des améliorations de ce genre ont eu de la durée.

Sous l'influence d'un organisme peu développé ou de la présence dans les poumons de phymies qui gênent la circulation, les malades finissent par devenir hypémiques ; la diarrhée, les sueurs font surtout perdre d'un jour à l'autre des masses de liquide ; bientôt survient une déplorable hypotrophie des organes, ordinairement compliquée d'une augmentation relative du sérum du sang.

Bien que l'on ait affirmé le contraire, c'est alors qu'il est utile d'administrer du fer, et presque tous les médecins conviennent qu'une alimentation réparatrice, et surtout animale, est ici parfaitement indiquée.

C'est particulièrement au point de vue de l'hypémie qu'est utile l'habitation dans un lieu aéré, médiocrement élevé, où la température soit douce et égale, comme cela a lieu à Hyères, à Nice, à Madère, en Andalousie, en Égypte et dans l'atmosphère maritime.

15° La préservation de la phymogénie repose complétement sur les soins hygiéniques, tels qu'ils ont été si judicieusement établis par M. le professeur Bouchardat.

Les conclusions de ce travail sont :

1° Que la phthisie pulmonaire est une collection de phénomènes multiples variables, et non pas une unité morbide.

2° Qu'il n'existe pas, qu'il ne peut exister un médicament spécial ou spécifique propre à combattre, à détruire une unité morbide qui elle-même n'existe pas.

3° Que par conséquent l'iode, la teinture d'iode, pas plus que le chlore, le sel marin, le goudron, ne peuvent être considérés comme des antiphthisiques.

4° Qu'il faut, pour bien soigner les phthisiques, apprécier, spécifier les monorganies qu'ils présentent, et les combattre par des moyens appropriés.

5° Que des soins hygiéniques bien entendus peuvent prévenir le développement du tubercule.

6° Qu'en procédant de cette façon, en combattant les monorganies qui se combinent ou se succèdent, on arrive à établir un traitement rationnel de la phthisie pulmonaire, qui compte un assez grand nombre de succès absolus et un bien plus grand nombre de soulagements.

RAPPORT.

Colique de plomb des ouvriers émailleurs. — M. BRIQUET lit, en son nom et au nom de M. Regnault, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Duchesne, intitulé *De la colique de plomb chez les ouvriers employés à l'émaillage du fer, et des moyens proposés pour les préserver de cette maladie.*

M. le rapporteur, après avoir présenté quelques réflexions critiques sur la symptomatologie et le diagnostic des accidents saturnins exposés dans le travail de M. Duchesne, diagnostic dont il admet d'ailleurs la réalité, s'exprime ensuite en ces termes :

Nous devons savoir gré à ce médecin des soins qu'il a pris de faire des recherches destinées à établir que les accidents produits par l'émaillage étaient assez communs. Ces recherches ont d'autant plus de mérite qu'il paraît, ajoute M. le rapporteur, que l'émaillage constitue un genre d'industrie destiné peut-être à prendre beaucoup d'extension et à mettre en péril la santé d'un assez grand nombre d'ouvriers. Puis, après avoir exposé, d'après le travail de l'auteur, les divers moyens prophylactiques mis en usage dans les fabriques, M. Briquet termine son rapport comme il suit :

Le travail de M. Duchesne n'a pas la prétention d'être neuf. L'auteur ne s'y donne pas comme ayant eu le premier connaissance de ces faits, puisqu'il cite MM. Ladreit de la Charrière et Archambault comme les auteurs desquels il a extrait une partie des matériaux de pathologie qu'il vous a présentés, et les membres du conseil d'hygiène, ainsi que les fabricants d'émaillage, comme ayant imaginé les moyens prophylactiques mis en usage avec succès. M. Duchesne a eu seulement pour but de présenter des notions complètes sur un point d'hygiène encore peu connu, et par là d'attirer sur lui l'attention des médecins. Nous pensons qu'il a complétement atteint son but ; aussi nous proposons d'adresser des remercîments à l'auteur, et de déposer honorablement son mémoire dans les archives de l'Académie.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, du 19 juillet dernier, a décidé que les élèves en pharmacie aspirant au titre de pharmacien de 1re ou de 2e classe, ne peuvent être admis qu'à partir de l'âge de seize ans à s'inscrire, conformément aux dispositions du décret du 15 février 1860, comme stagiaires dans une officine.

— En novembre 1852, M. Augustin Lasserre, officier de santé à Verdun (Tarn-et-Garonne), a légué à l'Ecole de médecine de Toulouse une somme de 6,000 fr., dont les intérêts devaient fonder un prix annuel destiné à celui des élèves qui, après avoir étudié dans ladite école pendant trois années consécutives, aurait, lors de sa réception, le mieux satisfait ses examinateurs.

Conformément aux intentions du testateur, et après le dépouillement des notes obtenues par les candidats remplissant les conditions de scolarité, le prix Lasserre, pour la session de 1861, a été décerné à M. Dulac, de la Sauvetat (Gers).

— Le correspondant parisien du journal *the Lancet* vient de publier à l'adresse des élèves anglais qui ont l'intention de compléter leurs études en France, une instruction très-détaillée et très-pratique.

Nous laisserons de côté les recommandations culinaires, où le jeune insulaire se trouve réduit à choisir entre les hôtels à 4 fr. le dîner et la modeste crèmerie ! Pas de milieu ! Nous glisserons sur le mépris profond que le correspondant exprime sur la valeur de nos tailleurs, et surtout de nos bottiers, qui, dit-il, prennent sur les phalanges britanniques leur revanche de Waterloo ! Nous nous associons aux précautions qu'il recommande de prendre contre certains hôtels meublés, qu'il traite de véritables *brothels*, mot anglais que nous n'avons pas besoin de traduire. Le commissionnaire du coin de rue, qui moyennant 50 centimes indiquera un bon et honnête hôtel au néophyte, nous paraît charmant !

Mais nous avons hâte d'arriver à la manière dont l'étudiant anglais devra employer son temps.

Il devra avoir terminé ses études en Angleterre, et six mois passées à Paris, sont très-suffisants. Le *diagnostic* est surtout ce qu'il apprendra en France.

1° Il suivra pendant deux mois, à l'Hôtel-Dieu, M. Trousseau ; aux Cliniques, M. Nélaton.

2° Il consacrera un mois à l'hôpital de la Charité, dans les services de MM. Velpeau, Beau, Nonat et Piorry, et suivra pour la somme de 30 francs le cours d'auscultation et de percussion d'un des *internes* de ce dernier médecin, — qui n'en a pas, à notre connaissance.

3° Pendant un mois, il étudiera les maladies de la peau à Saint-Louis, sous M. Hardy, de préférence à MM. Devergie ou Gibert. Cependant, si ce dernier professe, il ne saurait que gagner à le suivre.

4° Un mois à Sainte-Eugénie et à l'hôpital des Enfants-Malades, services de MM. Barthez, Bouchut et Guersant.

5° Le dernier mois sera partagé entre Lourcine et le Midi, entre M. Alphonse Guérin et M. Cusco, *le successeur* de M. Ricord.

Dans le cours de la journée, les dispensaires de MM. Desmarres et Sichel, Clamart, l'Ecole pratique, offriront à l'étudiant ses moyens de perfectionnement.

Telles sont en résumé les principales recommandations faites à nos jeunes confrères d'Outre-Manche.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le lundi 4 novembre 1861, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3, pour la nomination aux places d'externes en médecine et en chirurgie dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Les élèves qui désireraient prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration. Les inscriptions seront reçues depuis le lundi 30 septembre 1861, jusqu'au samedi 19 octobre suivant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité de chirurgie navale, par M. Louis Saurel, chirurgien de la marine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier ; suivi d'un Résumé de leçons sur le service chirurgical de la flotte, par M. le docteur J. Rochard, chirurgien en chef de la marine. Un volume in-8° de 696 pages, avec 106 planches intercalées dans le texte. Prix : 8 francs. Chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, à Paris, 19, rue Hautefeuille.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la valeur séméiotique de la respiration saccadée.

Le mérite d'une étude clinique ne se mesure pas toujours à la valeur positive de son résultat. Telles recherches qui n'aboutissent qu'à une conclusion négative n'en constituent pas moins, parfois, un service réel. La science, en effet, ne se forme pas seulement par l'acquisition incessante de faits ou de principes nouveaux ; elle se perfectionne aussi en s'émondant et en s'épurant au contrôle rigoureux des faits douteux ou équivoques ; et on ne la sert pas moins en éliminant une proposition fausse, un signe douteux ou sans valeur, une méthode incertaine, qu'en l'enrichissant d'un remède de plus ou d'un moyen nouveau d'exploration. C'est surtout quand il s'agit de signes empruntés à la stéthoscopie, qu'il importe de ne pas laisser subsister des erreurs d'autant plus décevantes qu'elles emprunteraient plus de crédit à la précision même à laquelle nous a habitués cette méthode.

Tel a été le but et tel est le caractère des recherches que M. le docteur Colin, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a entreprises sur la valeur séméiotique de la respiration saccadée, recherches dont les résultats ont été communiqués à la Société médicale des hôpitaux.

On a désigné sous le nom de respiration saccadée une altération particulière du rhythme respiratoire caractérisé par la division de l'inspiration en deux bruits d'une force inégale, existant tantôt sans altération d'intensité ou de caractère du murmure vésiculaire, et tantôt avec faiblesse ou rudesse de ce murmure. Si, à ce fait que la respiration saccadée consiste simplement en une altération du rhythme, on ajoute que le phénomène est observé le plus souvent au sommet des poumons ; qu'il n'a guère lieu que dans l'inspiration ; que, loin de devenir plus manifeste par l'exagération de la respiration, il disparaît fréquemment, on aura réuni, suivant MM. Barth et Roger, les principaux termes de la définition du bruit morbide en question.

La respiration saccadée a été considérée par quelques médecins comme un signe propre à faire reconnaître de bonne heure, et presque dès leur origine, l'existence de tubercules disséminés aux sommets des poumons. On comprend combien un pareil signe eût été précieux dans la pratique, s'il eût pu être établi avec certitude. C'est surtout dans les opérations de recrutement de l'armée et dans le service des hôpitaux militaires, où l'appréciation de l'état de santé des conscrits ou des soldats qui doivent être réformés, doit se faire avec une grande rapidité et avec le plus de précision possible, qu'il eût été appelé à rendre de grands services. C'est cette considération qui a déterminé le savant agrégé du Val-de-Grâce à étudier d'une manière toute particulière ce point de séméiologie.

Les recherches de M. Colin ont porté sur deux catégories de malades : d'une part sur 89 phthisiques à diverses périodes de l'affection pulmonaire ; d'autre part sur un assez grand nombre d'individus à poitrine délicate, envoyés à l'hôpital autant pour y subir le contrôle d'un examen approfondi de leur aptitude au service militaire, que pour recevoir des soins médicaux. Cette seconde catégorie surtout semblait se prêter d'une manière favorable à la constatation des phénomènes initiaux. Or, sur un aussi grand nombre de sujets, deux fois seulement M. Colin a rencontré la respiration saccadée.

Dans le premier de ces cas, on constatait sous la clavicule droite, au sommet seulement, une inspiration divisée en trois temps bien distincts, et ne présentant d'autre altération que celle de son rhythme. Mais, en même temps, l'expiration avait de ce côté un caractère tubaire très-accusé ; et sous la clavicule gauche on percevait de la submatité, des craquements humides aux deux temps, etc. Cinq ou six jours plus tard, l'auscultation, pratiquée dans la même région, permettait de constater encore les signes évidents de la tuberculisation pulmonaire, tandis que l'inspiration avait repris son type normal, c'est-à-dire qu'elle était devenue parfaitement continue. Chez le deuxième sujet, la respiration saccadée ne constitua aussi qu'un phénomène fugace, de quelques jours de durée, et accompagné d'autres signes beaucoup plus décisifs.

On voit donc que sur quatre-vingt-neuf phthisiques le phénomène en question n'a été noté que deux fois ; il n'est pas moins digne de remarque qu'il a manqué chez tous les malades de la deuxième catégorie, c'est-à-dire sur ceux qui se trouvaient placés dans l'imminence de la tuberculisation pulmonaire.

A en juger d'après ces premières données, la valeur pratique de la respiration saccadée serait à peu près nulle. Aussi était-ce la conclusion du travail de M. Colin.

M. Roger, chargé de faire un rapport à la Société des hôpitaux sur cette communication, n'a pas hésité, après une savante analyse des faits nombreux consignés dans la science et de ceux que lui a fournis sa propre observation, à accepter cette conclusion. « Nous croyons pouvoir dire que la respiration saccadée est un phénomène rarement observé dans la phthisie, et qu'en outre, dans les cas fort restreints où on le rencontre, il coïncide presque toujours avec des signes physiques plus ou moins nombreux qui le priment soit par leur importance isolée, soit par leur valeur d'ensemble ; le plus souvent aussi il est primé par une collection de troubles fonctionnels dont la marche et le progrès sont des indices peu trompeurs de la tuberculisation. »

M. Roger ne s'est pas borné à sanctionner ainsi de l'autorité de son expérience personnelle les conclusions de M. Colin relativement au peu de valeur séméiotique de la respiration saccadée chez les adultes. Il y a ajouté encore le contrôle de ses observations chez les enfants, qui l'ont conduit à des résultats plus négatifs encore. C'est ainsi, par exemple, que sur un relevé comprenant 33 observations groupées en deux catégories, l'une de 22 enfants dont la phthisie était douteuse ou commençante, l'autre de 11 enfants affectés de phthisie pulmonaire avancée, il n'a pu constater l'existence de la respiration saccadée dans aucun cas, bien que tous ces petits malades présentassent les symptômes rationnels de l'affection tuberculeuse, ou quelques-uns des signes physiques habituels, ou la réunion de ces phénomènes morbides.

On peut donc inscrire comme l'expression d'une épreuve décisive qui fixe désormais ce point de diagnostic, les propositions suivantes, qui terminent et résument le rapport de M. Roger :

Quand cette altération du rhythme de la respiration est momentanée, passagère, elle peut appartenir à l'état physiologique, chez les adultes et surtout chez les enfants qui ne savent point respirer.

Elle est également passagère dans les névroses, et principalement dans les affections convulsives qui portent leur action sur l'appareil respiratoire.

Quand elle est permanente, la respiration saccadée annonce d'ordinaire un obstacle à l'arrivée de l'air dans les poumons et à l'ampliation complète et régulière de la poitrine ; elle peut alors être attribuée à la présence de tubercules dans le parenchyme pulmonaire, avec ou sans adhérences pleurales.

Considérée dans l'état pathologique, la respiration saccadée est, d'une manière absolue, un phénomène très-rare, et elle est rare aussi comparativement aux autres phénomènes stéthoscopiques.

Dans les cas où elle existe (le nombre en est fort restreint), elle peut être regardée comme un signe de la phthisie pulmonaire ; mais comme elle ne se montre pas plus souvent à la première période de l'affection tuberculeuse qu'à un degré plus avancé, elle ne saurait indiquer la maladie à son début ; et aux autres périodes, elle ne caractérise la tuberculisation ni mieux ni même aussi bien que les autres signes physiques ou les symptômes généraux concomitants. D'où cette conclusion finale :

La valeur séméiotique de la respiration saccadée est médiocre chez les adultes, et presque nulle chez les enfants.

Hydro-sarcocèle d'un volume considérabble. Ablation. Mort.

Le 19 juillet dernier entrait à la Maison municipale de santé M. X..., employé au chemin de fer du Nord, pour se faire traiter d'une tumeur volumineuse des bourses.

L'origine de la maladie paraissait remonter à l'année 1854 ; c'est à cette époque du moins que le malade dit s'être aperçu d'une augmentation de volume du testicule droit, qui était de temps à autre le siége de douleurs assez aiguës.

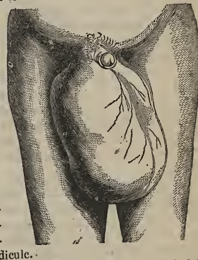
En 1856, un médecin consulté, se fondant sur l'absence de liquide dans la tunique vaginale, et sur cette circonstance que le malade avait eu un chancre vingt-cinq ans auparavant, pensa avoir affaire à un testicule syphilitique, et ordonna en conséquence l'iodure de potassium, le sirop de salsepareille et des pilules ferrugineuses. Ce traitement, continué pendant plusieurs mois, n'amena pas de diminution appréciable dans le volume de la tumeur. Elle avait augmenté au contraire vers la fin de l'année suivante, époque où l'on constata pour la première fois la présence de liquide dans la tunique vaginale.

En 1860, le malade alla consulter M. Ricord, qui, sans se prononcer sur la nature de la tumeur, se borna à dire qu'il fallait l'enlever.

Des motifs particuliers lui firent ajourner l'exécution de ce conseil. Pressé enfin par les douleurs et par l'augmentation incessante du volume de la tumeur, qui en était venue au point de rendre la marche impossible, M. X... se détermina à entrer à la Maison de santé.

Voici, d'après la relation qu'a bien voulu nous communiquer M. Doisneau, interne du service, quel était alors l'état du malade :

Santé générale bonne, embonpoint ordinaire, pas d'amaigrissement notable. Du côté des bourses, on trouve une tumeur considérable, ovoïde, à grosse extrémité dirigée en bas et en dedans. Cette tumeur offre les dimensions suivantes :



1° Dans sa circonférence horizontale, mesurée un peu au-dessous de sa partie moyenne, 58 centimètres ;

2° Dans sa circonférence verticale, mesurée suivant le plus grand diamètre de la tumeur, 72 centimètres ;

3° La circonférence du pédicule a 38 centimètres.

La verge, qui a presque complétement disparu, occupe la partie antérieure et gauche du pédicule.

La tumeur est dure au toucher, non bosselée, insensible à la pression dans tous ses points, excepté cependant à sa partie supérieure et gauche, où l'on constate la présence du testicule gauche, qui est complétement indépendant de la tumeur ; elle présente dans toute son étendue une fluctuation manifeste. On y constate de la transparence jusqu'à une profondeur assez considérable, sauf toutefois à la partie moyenne, où l'on ne perçoit qu'une sensation lumineuse très-vague.

L'exploration du pédicule fait reconnaître, enfin, que la tumeur ne remonte pas jusqu'à l'anneau inguinal externe, et, entre cet anneau et la tumeur, on peut sentir les divers éléments du cordon, à savoir le canal déférent, qui n'offre pas d'augmentation notable de volume, et les artères qui battent fortement sous le doigt, et dont une ou deux paraissent avoir au moins le calibre de la radiale.

En présence d'une semblable affection, il fallait évidemment avoir recours à la ponction. En effet, s'il s'agissait d'une hydrocèle simple, en faisant suivre la ponction d'une injection iodée, la guérison pouvait s'ensuivre. Si, au contraire, l'hydrocèle était compliquée de tumeur du testicule, on mettrait ainsi cette tumeur à découvert par l'évacuation du liquide, et il deviendrait dès lors facile de recourir à tels moyens qu'elle réclamerait.

Craignant que la déplétion subite d'une poche aussi vaste n'amenât des accidents, et aussi dans le but de permettre à la peau de se rétracter, M. Demarquay se décida à vider cette poche par plusieurs ponctions successives. Il fit d'abord, avec un trocart fin, une ponction qui donna issue à 500 grammes d'un liquide parfaitement citrin, et ressemblant au liquide de l'hydrocèle simple.

Le jour suivant, il retira par une seconde ponction une égale quantité de liquide, sanguinolent cette fois.

Enfin, le surlendemain une nouvelle ponction fut faite. Cette fois le liquide était sanguinolent et beaucoup moins fluide ; pour en rendre l'écoulement possible, il fallut remplacer le trocart fin par un trocart ordinaire à hydrocèle. Il s'écoula environ 500 grammes de liquide. En tenant compte du liquide écoulé entre chaque ponction, on peut évaluer approximativement à 17 ou 1,800 grammes la quantité que contenait la tumeur.

Malheureusement l'hydrocèle n'était pas simple, et l'évacuation d'une quantité de liquide aussi considérable avait seulement réduit la tumeur à la moitié environ de son volume primitif. Il restait encore une tumeur ayant 50 centimètres dans sa circonférence horizontale, 55 dans sa circonférence verticale, et 35 au pédicule : tumeur élastique, non bosselée, dure dans sa

partie inférieure, et présentant dans sa partie supérieure deux points de fluctuation manifeste.

Pour une semblable affection, il n'y avait qu'un seul moyen de traitement, c'était la castration. M. Demarquay procéda à cette opération le 6 août. Une incision oblique de haut en bas, à la partie antérieure du pédicule de la tumeur, permet d'isoler le cordon et de passer derrière un fil très-résistant qui sert à le lier en masse. N'ayant plus dès lors à redouter l'hémorrhagie, l'opérateur fait deux incisions qui, partant de la première, vont se rejoindre à la partie postérieure de la tumeur : il circonscrit ainsi un lambeau de peau du scrotum, puis il isole la tumeur en dedans et en dehors; après cette dissection, qui se fait très-facilement, la tumeur ne tient plus que par le cordon, qui est coupé au-dessous de la ligature.

Cette première ligature n'empêchant pas complétement l'hémorrhagie, on en fit une seconde. La plaie fut réunie par la suture entortillée et pansée avec de la glycérine.

La tumeur enlevée pesait 1,875 grammes. Des adhérences lâches l'unissaient au feuillet pariétal de la tunique vaginale. A sa partie supérieure existaient deux poches, qui étaient remplies d'un liquide sanguinolent, et qui s'étaient bien évidemment développées aux dépens de la tunique vaginale.

A la coupe, la tumeur présente un aspect grisâtre uniforme.

L'examen microscopique, fait par M. Luys, y fait reconnaître :

1° Des fibres de tissu conjonctif, avec des cellules en voie d'involution en très-grande abondance;

2° Une énorme proportion de substance amorphe granulo-graisseuse interposée;

3° Des capillaires de nouvelle formation.

Les premiers jours, sauf des douleurs vives produites par la ligature du cordon, mais qui ne durèrent que quelques heures, tout alla bien; le gonflement des bourses fut peu considérable; la réunion s'était effectuée en partie.

Mais le 10 août, il se manifesta des frissons, répétés les jours suivants; l'appétit se perdit, le délire survint, et le malade succomba le 17.

A l'autopsie, on trouve les veines du cordon considérablement augmentées de volume; l'une d'elles surtout a presque atteint la grosseur du petit doigt, et est remplie de pus jusqu'à son embouchure dans la veine-cave inférieure, embouchure qui se fait un peu au-dessous de celle de la rénale du côté droit. Le foie et les reins ne présentent pas d'abcès métastatiques. Les ganglions lombaires sont sains. Les autres organes n'ont pu être examinés.

— Cette observation nous a paru digne d'attention à plusieurs points de vue. Si l'on excepte un cas de tumeur cancéreuse du testicule, du poids de 4 kilogrammes et demi, enlevée par Ph. Boyer, on trouve à peine dans les auteurs quelques exemples de cancer de ces organes ayant acquis un pareil poids.

Nous n'avons pas souvenir non plus d'un cas où la quantité de liquide épanché dans la tunique vaginale ait été aussi considérable. Elle vient enfin à l'appui de cette opinion, que le cancer du testicule a moins de tendance à la généralisation que le cancer de la plupart des autres organes. On comprend facilement toutes les conséquences pratiques qui découlent de la connaissance de ce fait.

Pour pratiquer l'ablation d'une semblable tumeur, le choix du procédé opératoire était de la dernière importance. Le développement des vaisseaux du cordon rendait l'hémorrhagie imminente. La ligature en masse du cordon dès le premier temps de l'opération a mis à l'abri de ce danger; la dissection a pu se faire très-facilement et la perte de sang a été insignifiante. Mais tous les chirurgiens connaissent le danger de la ligature des grosses veines; aussi est-il possible que ce procédé opératoire, excellent au point de vue que nous venons d'indiquer, n'ait pas été étranger à la production de la phlébite qui a emporté le malade. C'est une question que nous nous contentons de soulever sans oser la résoudre.

Diathèse hémorrhagique grave traitée par le vin à haute dose.

Tandis que médecins et hygiénistes signalent à l'envi les désastreux effets de l'abus du vin et des liqueurs alcooliques, et que les sociétés de tempérance s'efforcent avec plus de zèle que de succès de propager leurs saines doctrines, le praticien se voit quelquefois obligé lui-même d'enfreindre vis-à-vis de ses malades d'aussi salutaires préceptes. Mais la substance alcoolique change alors de nom, elle devient un médicament et un médicament d'un grande puissance.

On connaît déjà, par quelques exemples que nous en avons cités, les heureux effets que les médecins anglais retirent journellement de l'usage des alcooliques à haute dose pour combattre les métrorrhagies les plus rebelles et les plus foudroyantes. C'est à un moyen analogue, mais qui a été inspiré par d'autres considérations que nous ferons connaître tout à l'heure, que M. le docteur Faure doit d'avoir arraché à une mort à peu près certaine une femme en proie à une diathèse hémorrhagique grave qui avait résisté jusque-là à toutes les ressources de la thérapeutique. Voici le fait que notre confrère a bien voulu nous communiquer :

Mme G..., fortement constituée, d'une santé habituellement bonne, avait, quand elle fit appeler M. Faure, les gencives ramollies et ulcérées, à ce point que les dents étaient déchaussées dans toute leur hauteur; plusieurs d'entre elles étaient déjà toutes branlantes, et avec un stylet on reconnaissait que les bords des mâchoires étaient dénudés dans une grande partie de leur étendue. Il s'écoulait incessamment de sa bouche une nappe épaisse de salive toute rougie de sang, et au milieu de laquelle filaient de temps à autre quelques caillots demi-fluides et noirâtres. La bouche était presque entièrement remplie par du sang à demi coagulé, qui apparaissait sous forme de tractus déchirés, dès qu'on faisait écarter les mâchoires. La langue était recouverte d'un caillot épais, et, si on l'essuyait en quelque partie avec un linge, on voyait aussitôt le sang sourdre par une infinité de petites gouttelettes, qui, se réunissant entre elles, formaient bien vite une nouvelle couche à la place de celle qui venait d'être enlevée.

De temps à autre, il y avait dans la respiration une gêne très-prononcée; puis, il survenait quelque quinte de toux, et la malade rejetait des mucosités rougies de sang, et même mêlées de caillots noirâtres, indiquant assez qu'une exhalation sanguine semblable se faisait aussi dans les bronches.

Le corps et les membres étaient tachetés de plaques bleuâtres, et dans quelques-unes on sentait au centre une sorte de noyau solide dû à du sang extravasé; il suffisait pour donner lieu à de nouvelles taches pareilles, de la moindre contusion ou d'une faible pression des doigts. Les jambes et les cuisses étaient criblées de taches de purpura.

Il y avait une constipation et une insomnie opiniâtres.

Cet état datait de quinze jours; il avait été combattu de diverses manières, mais en vain, et la malade était dans un grand état d'affaiblissement.

Tout d'abord M. Faure ordonna une dose de scammonée et d'aloès; le soir, il apprit que les selles avaient été accompagnées de sang.

La malade prit successivement et en quantités souvent considérables des préparations de ratanhia, de perchlorure de fer, des limonades minérales concentrées, de l'eau de Rabel, etc. Chaque jour les gencives, la langue et l'intérieur de la bouche recevaient des applications d'alun, de teinture d'iode, de perchlorure de fer pur. La malade gardait dans la bouche des tranches de citron, de la glace sans cesse renouvelée.

Rien n'eut de succès, l'hémorrhagie resta toujours aussi considérable pendant quinze jours. Un matin la malade fut trouvée avec les joues toutes gonflées, et l'orifice buccal d'un noir de jais. Dans son impatience, elle s'était servie elle-même pendant la nuit du perchlorure de fer, mais de la manière la moins discrète, et elle avait transformé une partie de la muqueuse buccale en une vaste eschare; toutefois, de dessous cette eschare le sang continuait à venir aussi abondamment que jamais. Chaque jour il survenait de nouvelles taches ecchymotiques à la peau. Si avec le dos d'une lame de couteau on frappait sur le bras de la malade à plusieurs reprises, en sens divers, presque de suite on voyait se dessiner en lignes bleuâtres une série de petits losanges. Enfin les taches de purpura augmentaient de jour en jour.

La situation, en somme, devenait très-inquiétante, d'autant que plusieurs malades avaient succombé récemment dans des circonstances semblables, dans les hôpitaux et en ville.

Il paraissait bien évident qu'il n'y avait rien à attendre du traitement local, et comme traitement général après ce qui avait été fait, que pouvait-il rester à faire ?

C'est alors que, cherchant par quel moyen il pourrait agir sur cette constitution engagée désespérément dans une voie funeste, M. Faure se rappela ce qu'il connaissait des effets de l'ivresse. Il avait vu des animaux soumis à l'influence de l'alcool à haute dose présenter, sous l'action des agents toxiques et des autres causes de mort, les phénomènes les plus inattendus; il voulut avec cette femme, qui lui paraissait être dans un état fatalement mortel, courir au moins, en désespoir de cause, les chances d'une expérimentation.

Il résolut donc de la plonger dans un profond état d'ivresse, et de l'y maintenir pendant un temps prolongé. Il fit apporter du vin vieux de Bordeaux; elle en prit de suite plusieurs verres coup sur coup, avec recommandation qu'on lui en administrât un verre par quart d'heure. Le soir, elle était effectivement aussi ivre que possible. On continua néanmoins toute la nuit à la faire boire.

Le lendemain matin, l'hémorrhagie était complétement arrêtée, et elle n'a pas reparu.

La toux, l'oppression et l'insomnie qui la tourmentaient depuis si longtemps, cessèrent. Enfin, chose bien remarquable, dès ce moment il ne se produisit plus de taches ecchymotiques, et celles qui existaient se résorbèrent en peu de jours.

Pendant les quatre jours suivants, elle but de trois à quatre bouteilles dans les vingt-quatre heures.

Cette femme a donc été guérie d'une hémorrhagie des plus graves par le vin administré à haute dose. La guérison n'est certes pas le résultat d'une amélioration survenue directement dans l'état local des parties malades de la bouche, car aujourd'hui même, c'est-à-dire près de deux mois après les accidents qui viennent d'être relatés, les gencives sont encore fongueuses, décollées, et saignent sous la moindre pression.

Intoxication saturnine causée par la poussière de cristal.

M. le docteur Putégnat (de Lunéville), à l'occasion de ce que nous avons dit dans la *Revue clinique* du 24 septembre, du travail de M. Archambault sur l'intoxication saturnine causée par la poussière de cristal, nous a adressé une petite note dans laquelle il rappelle qu'il a signalé cette sorte d'intoxication dans une monographie intitulée *Maladies des tailleurs de cristal et de verre*, présentée en juin 1859 à l'Académie de médecine de Paris, laquelle en a voté l'impression. Voici, en effet, en quels termes il s'exprime dans ce travail :

« Les maladies résultant de l'emploi du plomb qui entre dans » le cristal, sans être rares, ne sont point communes. Ce sont » les coliques que l'on observe le plus habituellement; elles » cèdent sous l'influence des acides et des purgatifs. Deux fois » seulement, et à la même époque, j'ai vu la paralysie des extenseurs des avant-bras, des poignets et des doigts. Ces deux » ouvriers ont été traités par la limonade sulfurique, les bains » sulfureux, la strychnine à l'intérieur et à l'extérieur, enfin » par l'électricité. »

« Dans cette même monographie, ajoute M. Putégnat, après avoir décrit la gingivite particulière aux tailleurs de Baccarat, et avoir parlé de la fréquence relative des tubercules pulmonaires chez ces ouvriers, j'arrive à prouver que l'antagonisme entre la phthisie pulmonaire et l'intoxication saturnine, signalé par Sandeer en 1836, admis par M. Tanquerel en 1839, et par Brockmann en 1851, et sur lequel enfin M. Beau a beaucoup insisté, n'existe pas, du moins à la cristallerie de Baccarat. En effet, dans cette manufacture, les symptômes de l'intoxication saturnine n'y sont point rares, tandis que la phthisie pulmonaire y est commune. »

Tout en accueillant avec tous les égards qu'elle mérite la réclamation de M. Putégnat, nous ferons remarquer qu'elle porte sur une question de priorité qui n'était pas précisément ici en cause, l'objet principal du travail de M. Archambault étant de déterminer les conditions chimico-organiques de ce mode d'intoxication.

Quant à la phthisie pulmonaire, il n'est pas surprenant qu'elle soit commune à Baccarat; car les ouvriers ne respirent pas un air chargé seulement de molécules de plomb, mais encore de fine poussière de cristal. La présence de ces petits corps étrangers dans les cellules pulmonaires est, on le sait, une cause puissante de phthisie, qu'on remarque également chez les fabricants d'émeri, les tailleurs de pierres à fusil, de pavés, etc.

DE L'URÉTHRORRHÉE OU ÉCHAUFFEMENT,

Espèce non décrite d'écoulement uréthral chez l'homme.

Par M. P. DIDAY.

Les *Archives générales de médecine* pour octobre 1861 publient un mémoire où le savant médecin de Lyon étudie cette forme d'écoulement uréthral que les malades désignent sous le nom d'échauffement.

« Si l'on veut me permettre, dit-il, de résumer sous forme didactique ce qui me semble résulter des considérations précédentes, je dirai :

» Outre les écoulements de cause interne (dentition, dartres, rhumatisme) et ceux de cause mécanique (injections, cathétérisme), l'urèthre de l'homme a deux espèces d'écoulement résultant de la contagion.

» L'une, la blennorrhagie, très-fréquente, s'accompagnant d'une inflammation plus ou moins forte, selon certaines circonstances individuelles, mais offrant toujours, quelle que soit son intensité, une acuité diverse à ses diverses périodes.

» L'autre, l'uréthrorrhée, plus rare, beaucoup moins inflammatoire, et sous le rapport de l'acuité présentant pendant toute sa durée (parfois très-longue) une uniformité complète.

» La blennorrhagie résulte exclusivement du contact de la matière sécrétée par une blennorrhagie; malgré les apparences contraires, elle n'est produite par le contact d'aucune autre sécrétion de la muqueuse génitale.

» L'uréthrorrhée résulte certainement du contact du sang menstruel, et peut-être aussi du contact de quelques autres sécrétions de la muqueuse génitale. »

Le traitement de l'urétrorrhée consiste d'abord dans une médication antiphlogistique (bains, décoction de chiendent, orgeat, eau d'Evian à la dose de deux ou trois verres, abstinence et continence) continuée quinze, vingt ou trente jours; puis on a recours aux injections, une par jour, pendant cinq jours environ de suite, avec la solution suivante :

Eau distillée.	150 grammes.
Nitrate d'argent. . . .	8 centigrammes.

Enfin quelques purgatifs salins comme dérivatifs.

TRAITEMENT DES ÉRUPTIONS

développées autour de l'anus chez les enfants.

On rencontre de temps en temps des ulcérations cutanées opiniâtres, qui occupent le pourtour de l'anus chez les enfants; elles sont quelquefois accompagnées d'une tuméfaction considérable, et même de fissures profondes. Cette affection, qui, d'après le docteur Belly, est probablement de nature herpétique, ne résiste presque jamais à l'emploi, sous forme de lotions, d'un liquide composé de 30 grammes d'eau de chaux et de 7 à 10 centigrammes de bichlorure de mercure. On lotionne fréquemment la partie malade avec cette préparation. Si son application était trop douloureuse, on y ajouterait une certaine quantité d'eau. Pendant la nuit, ou lorsque l'enfant repose, on peut tremper des compresses dans le liquide, et les appliquer sur la région anale. Il est important d'entretenir en même temps la liberté du ventre.

(*Med. Times.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 octobre 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Edmond Marx (de Bordeaux) adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Des accidents fébriles à forme intermittente, et des phlegmasies à siége spécial qui suivent les opérations pratiquées sur le canal de l'urèthre*; Paris, 1861, in-4°.

— M. le docteur Raoul Leroy-d'Étiolles adresse à la Société plusieurs exemplaires du mémoire de son père, intitulé : *Sur la diathèse et la dégénérescence cancéreuse*; Paris, 1843, in-8°. On n'a pas oublié que les nombreux documents manuscrits et les tableaux statistiques sur lesquels repose ce travail, ont été offerts précédemment par M. Raoul Leroy-d'Etiolles à la Société de chirurgie.

Ajournement de la discussion sur les hernies ombilicales.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que la discussion sur les hernies ombilicales sera renvoyée à une prochaine séance.

M. HUGUIER. J'accepte d'autant plus volontiers ce renvoi que j'avais besoin de quelques informations précises, et je profiterai de cette circonstance pour demander de prendre connaissance de la lettre de M. Goyrand, qui doit faire le sujet de cette discussion.

M. LE PRÉSIDENT répond que la lettre de M. Goyrand est à la disposition de M. Huguier comme à celle de tous les membres de la Société; et il fait remarquer que l'absence de M. Richet, qui est inscrit pour cette discussion, est un motif de plus pour justifier ce renvoi.

— M. LE PRÉSIDENT avertit la Société que dans la prochaine séance il sera procédé à la nomination d'une commission pour présenter la liste des candidats nationaux et étrangers aux places vacantes.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le professeur Langenbeck (de Berlin), membre associé de la Société, est présent à la séance.

COMMUNICATIONS.

M. LHONNEUR présente les pièces anatomiques relatives à une tumeur du testicule gauche.

— M. CHASSAIGNAC. J'ai pratiqué tout récemment une opération dont je veux soumettre le résultat à l'appréciation de mes collègues. J'avais dans mon service une jeune femme atteinte de fistule vésico-vaginale. Son état était grave, elle était anémique, d'une faiblesse extrême et d'un moral abattu. Avec cet état général si mauvais, je n'ai pas voulu la soumettre à une opération sérieuse comme le sont toutes celles qui ont pour but de remédier à cette lésion. Je ne voulais pas non plus laisser sans soins et sans remèdes cette malade dont la santé s'altérait visiblement chaque jour. C'est alors que je me suis demandé si en traitant cette fistule urinaire comme on traite habituellement les fistules à l'anus, je n'obtiendrais pas un résultat aussi favorable. Au premier abord, cette idée paraît mauvaise, mais la pratique est venue démontrer qu'elle peut être bonne. J'ai donc pratiqué cette opération en introduisant la chaîne de l'écraseur par l'urèthre, la faisant sortir dans le vagin à travers la fistule et en coupant toutes les parties comprises dans l'anse métallique. Voici quelles en ont été les suites :

Dès le lendemain, la malade a senti pour la première fois le besoin d'uriner. D'abord ce besoin s'est manifesté tous les quarts d'heure; au bout de huit jours, il n'a plus eu lieu que toutes les demi-heures, et enfin, au bout de huit autres jours, toutes les heures. Il résulte de là que la vessie reprenait chaque jour de plus en plus son usage de réservoir urinaire, au point qu'aujourd'hui elle conserve l'urine pendant une heure et un quart. En même temps que ces modifications locales apparaissaient, la santé générale s'améliorait d'une manière satisfaisante; l'affaiblissement diminuait, l'anémie se guérissait, de sorte qu'aujourd'hui cette malade pourrait facilement, si cela était nécessaire, supporter une opération telle qu'on la pratiquerait avec les procédés généralement connus.

Ainsi, je constate un résultat qui est évidemment favorable. Certainement cette malade n'est point guérie, puisqu'elle n'a pas de sphincter vésical, mais son état est passablement amélioré. Ainsi, on ne peut méconnaître que la vessie ne remplisse mieux son rôle de réservoir. Les urines sont mieux retenues dans le lit que dans la station verticale. Cette rétention de l'urine a fait disparaître l'irritation de la face interne des cuisses et des organes génitaux, qui accompagne l'écoulement incessant de ce liquide, et si déjà nous avons une amélioration satisfaisante, il est probable que cette amélioration fera encore des progrès avec le temps.

Comment pouvons-nous expliquer que l'orifice de la fistule urinaire se modifie au point de se sphinctériser après que j'ai eu pratiqué mon opération ? Voici mon opinion à cet égard. Avant l'opération, l'orifice fistuleux avait trois centimètres en travers et un centimètre et demi dans le sens antéro-postérieur; il était situé en arrière du col de la vessie. J'ai fendu l'urèthre depuis son méat jusqu'à la fistule, en intéressant la paroi inférieure du canal. De cette incision, il est résulté que la fistule est entrée pour une part dans la plaie que nous avions faite. Cette plaie représentait dès lors une sorte d'ovale dans le tiers postérieur duquel était le tissu cicatriciel de la fistule, et dans les deux tiers antérieurs le tissu musculaire du col de la vessie et de la paroi inférieure de l'urèthre. Il y avait ainsi un élément contractile qui venait s'ajouter à un élément fibreux, inerte, impuissant à fermer un orifice; il y avait donc eu création d'une sorte de sphincter à la partie antérieure de la vessie.

Voilà l'explication que je propose. Ce fait est à l'étude, c'est un sujet d'expérience, et j'engage les personnes qui voudraient en être témoins, à venir à l'hôpital Lariboisière.

Actuellement je cherche à compléter le résultat, et je touche tous les deux jours les bords de l'incision avec le crayon de nitrate d'argent.

Si l'on peut invoquer les lumières et les conseils de ses collègues avant de s'engager plus avant dans une voie nouvelle, c'est certainement le cas. Je suis prêt à recevoir tous les avis, et à ne point persévérer si l'on jugeait ma tentative comme défavorable. Je reconnais volontiers que le moment n'est pas opportun de chercher des méthodes nouvelles pour traiter une lésion qui est aujourd'hui si efficacement combattue par les procédés connus, et surtout depuis qu'ils ont été perfectionnés par les Américains. Mais je dois faire remarquer que mon opération a été faite dans un cas exceptionnel, alors qu'il y aurait eu inconvénient grave à faire une opération longue et douloureuse.

M. HUGUIER. Je veux demander quelques renseignements à M. Chassaignac. D'après les explications données par notre collègue, il est évident qu'il avait affaire à une fistule vésico-vaginale. Or nous savons tous ce que peut le sphincter vésical. S'il est paralysé, il est évident qu'il y aura incontinence complète de l'urine. Or, en le coupant, on s'exposait à cette paralysie, et j'ai le droit d'en conclure que cette seule considération ne doit pas engager à suivre la conduite de M. Chassaignac. Dans l'opération nouvelle pratiquée par notre collègue, tout nous fait prévoir un insuccès. Cependant, avant de porter condamnation sur une opération, quelque irrationnelle qu'elle paraisse, il est bon de voir ce qu'elle donne dans la pratique.

Existe-t-il dans la science des faits qui puissent nous servir à porter un jugement ? Oui. Je connais un fait qui a été observé dans le service de M. le professeur Velpeau. Une femme, encore jeune, n'éprouvait plus les sensations qu'elle avait d'abord goûtées dans les rapprochements sexuels. Pensant que cette absence de sensation tenait à l'insensibilité de la muqueuse du vagin, et ayant remarqué d'un autre côté que son urèthre possédait une vive sensibilité, cette femme crut remédier à son état en fendant son urèthre dans toute sa longueur, le col vésical et une partie du réservoir urinaire, de manière à le faire communiquer avec le vagin, afin que les rapports sexuels missent en jeu sa sensibilité. Quoi qu'il en soit, elle conserva une fistule vésico-vaginale et une incontinence d'urine.

Dans son opération, M. Chassaignac a sans doute fendu l'urèthre avec son écraseur (M. Chassaignac répond affirmativement); l'urine s'est écoulée d'abord, puis il y a eu une sorte d'amélioration, en ce que l'urine a pu être conservée plus longtemps. Cette amélioration ne peut-elle pas s'expliquer et peut-on espérer qu'elle durera ? Les sections faites avec l'écraseur offrent un gonflement plus considérable dans les lèvres, et peut-être c'est là l'unique cause de cette rétention de l'urine. Mais quand ce gonflement aura disparu, ne peut-il pas se faire que l'incontinence revienne ? C'est là une simple hypothèse, je l'avoue, mais elle peut être faite sans forcer la nature des choses. D'un autre côté, quand on examine les fibres musculaires de la vessie, on ne comprend pas facilement comment un sphincter peut être produit par elles. Il faut donc bien réfléchir avant de s'engager plus loin dans la voie que nous montre M. Chassaignac.

M. VERNEUIL. M. Chassaignac voudra bien m'excuser, et ne pas prendre en mauvaise part ma critique, qui, je le déclare, sera sévère et serrée. Je vais donc combattre cette tentative, et j'entre de suite en matière.

Il existe dans la science une classification des fistules vésico-vaginales dans laquelle on range les fistules dans tel ou tel ordre, suivant leur gravité. Depuis que les procédés opératoires ont été perfectionnés, et qu'on les guérit dans la plus grande majorité des cas, le pronostic a fait changer cette classification. Ainsi, autrefois, les fistules vésico-uréthro-vaginales étaient considérées comme les plus simples, tandis que les fistules vésico-vaginales étaient d'autant plus graves qu'elles étaient plus éloignées du col de la vessie. Aujourd'hui cette classification doit être changée : les fistules les plus graves sont précisément celles qui intéressent le col vésical; ce sont les fistules vésico-uréthro-vaginales. Voici pourquoi. La suture réussit bien à toutes les hauteurs de la cloison vésico-vaginale; mais dans la région du col, elle échoue presque toujours, parce que le sphincter vésical étant détruit, la suture est impuissante à le reconstituer. L'opération ne peut pas refaire ce sphincter qu'une eschare a emporté dans sa moitié inférieure et qui a été remplacé par un tissu cicatriciel. Il y a donc toujours incontinence même après l'opération. Or je crains bien que M. Chassaignac n'ait changé une fistule d'une variété bonne en une fistule d'une variété mauvaise. Je citerai à cet égard une malade qui a été opérée par un chirurgien des plus compétents pour une fistule intéressant le col. L'opération a été suivie d'un très-beau succès, mais la malade a une incontinence qui persiste, et cette infirmité s'explique parce que le sphincter n'a pu être reconstitué.

M. Chassaignac a été guidé dans cette tentative parce que la femme avait une incontinence et n'éprouvait pas le besoin d'uriner, et il a remarqué qu'après l'opération ce besoin est revenu. J'avoue que la réapparition de cette envie, de ce besoin, ne me séduit point. L'important ici, ce n'est pas la sensation de ce besoin, mais bien la conservation de l'urine dans son réservoir. Actuellement, la malade de M. Chassaignac présente un large orifice entre le vagin et la vessie. Ou bien cet orifice restera aussi grand, et alors l'incontinence persistera; ou bien il se rétrécira, et il est évident que c'est vers ce but que se dirigent les efforts de M. Chassaignac, qui pratique des cautérisations avec le nitrate d'argent. Mais dans cette dernière alternative, jusqu'à quel point faudra-t-il porter le rétrécissement ? Cet orifice, fût-il réduit aux dimensions d'une plume d'oie, n'ayant pas de sphincter, laissera couler facilement l'urine. Ce n'est pas la grandeur de l'orifice qui fait l'incontinence. D'un autre côté, si l'on pousse trop loin le rétrécissement, ne s'exposera-t-on pas à une oblitération complète ?

Je veux faire encore une objection à M. Chassaignac. Si, au bout d'un certain temps, on voulait pratiquer une opération usuelle à la malade, il est évident qu'il faudrait faire une opération bien plus sérieuse, à cause de sa complexité. Avant l'intervention de M. Chassaignac, nous avions une opération simple, facile; après son intervention, c'est une opération longue, incertaine, difficile. Il faudra, en effet, rétablir l'urèthre, fermer la fistule, d'où la nécessité d'une suture longitudinale, puis d'une suture transversale; et malgré tout cela, on ne peut espérer de pouvoir constituer un sphincter vésical. Je conclus donc que les procédés perfectionnés qui sont aujourd'hui en notre pouvoir, nous dispensent d'avoir recours à des méthodes nouvelles.

Puisque j'ai la parole, j'informerai la Société que M. Marion Syme a eu la bonté de pratiquer dans mon service une opération de fistule vésico-vaginale d'après sa méthode. Il a fait cette opération avec une grande dextérité, et elle m'a paru plus expéditive que celle de M. Bozeman. La fistule avait 2 ou 3 centimètres de diamètre; l'opération a duré une demi-heure. Aujourd'hui la guérison est assurée; la cicatrisation est faite, et déjà la femme a pu conserver son urine pendant une demi-heure. Aucun accident n'est survenu.

En voyant les avantages de la méthode de M. Marion Syme et ceux de la méthode de M. Bozeman, je me propose de faire la combinaison de ces deux méthodes.

M. CHASSAIGNAC. Je ne prends pas la parole pour défendre mon procédé. J'ai cru que ma malade était dans de mauvaises conditions pour être soumise à des procédés dont je reconnais toute la supériorité, et voilà pourquoi j'ai eu recours à ma tentative. Quand la science possède, comme aujourd'hui, des procédés si réguliers, le moment n'est guère propice pour chercher mieux, pour instituer une méthode nouvelle. J'ai voulu seulement signaler un fait curieux et qui éclaire un point ignoré, à savoir, que l'incision de l'urèthre dans toute sa longueur chez une femme qui a une fistule urinaire, fait revenir le besoin d'uriner. Je regarde les arguments de M. Verneuil comme d'une très-grande valeur.

Quant à l'idée que le gonflement des lèvres de la plaie est la cause de la rétention de l'urine, elle ne peut être admise, parce qu'à mesure que la femme s'éloigne du moment de l'opération, la rétention devient plus prolongée. M. Verneuil a fait la remarque fort juste que ce n'est pas tant le besoin que la rétention qui importe; mais je réponds que non-seulement le besoin se fait sentir, mais encore qu'à mesure que l'amélioration devient plus grande l'incontinence diminue.

Je reconnais aussi que la destruction du sphincter dans les fistules du col est un argument très-puissant; mais il faut ici établir deux cas. Il n'est pas indifférent que la section de cet anneau musculaire soit produite par le bistouri et par l'écraseur ou par une eschare. Dans le premier cas, il y a section simple; dans le second, il y a destruction d'une partie du sphincter. Or, dans l'ovale que j'ai produit par la section avec l'écraseur, il y a deux éléments : un musculaire et un cicatriciel. L'élément musculaire a suffi pour fermer l'orifice. Quant à la grandeur de la fente, elle est plus petite que dans les premiers jours, et je pense qu'elle diminuera encore, sans arriver cependant jusqu'à l'oblitération.

Je vais répondre maintenant à une dernière objection; c'est le cas d'une opération régulière après la tentative que j'ai faite. Je crois, en effet, que si on s'engageait dans cette voie-là sans discernement, l'argument serait fondé; mais cette opération secondaire n'est pas plus complexe qu'elle ne l'aurait été primitivement; le sphincter n'a pas été détruit, il y a eu seulement section; l'objection n'est donc pas valable. Si on reconstituait l'urèthre, on retrouverait un véritable sphincter parfaitement entier. Voilà ce que je voulais répondre, et je finis en appelant toute l'attention de la Société sur cette tentative.

M. VERNEUIL. J'ai dit qu'on pouvait espérer le rétablissement d'un sphincter, mais qu'on n'en était point sûr.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que le vote pour la nomination d'un membre titulaire sera renvoyée à la séance prochaine, parce que la Société n'est pas en nombre.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er août 1861. — Présidence de M. MAGNE, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Fistule lacrymale. — M. LEGRAND présente de nouveau à la Société le malade qu'il a opéré de la fistule lacrymale avec le concours de M. Magne. Le sujet est aujourd'hui guéri, sans aucune difformité; la cicatrice même est à peine visible, et il ne persiste qu'un léger larmoiement qui, avec le temps, deviendra à peine appréciable.

Épidémie de variole à Paris. — M. A. FOUCART lit la note suivante. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* des 5 et 8 octobre).

M. CARON. Aux faits cités par M. Foucart, j'ajouterai l'observation de deux enfants atteints successivement de variole. L'un, âgé de huit ans, scrofuleux, a été pris d'une variole confluente, et j'eus pendant quelque temps pour lui des craintes sérieuses en raison de son état cachectique; il a parfaitement guéri.

Cet enfant avait un frère âgé de trois mois, vacciné deux fois sans succès. Une troisième fois, sur neuf piqûres, il survint un bouton de vaccin. L'état général de cet enfant est meilleur que celui du précédent. Une variole s'est déclarée chez lui, mais beaucoup moins intense que chez le premier, et il est également guéri.

M. BOUCHUT, à propos de l'application faite par M. Foucart de l'opium à haute dose au traitement du délire nerveux dans le cours d'une variole, se rappelle un cas de variole confluente observé par lui chez un homme du monde, qui fut pris d'un délire aigu violent. Cet homme avait l'habitude de boire copieusement pendant ses repas. M. Bouchut crut à un commencement de *delirium tremens*. Il administra l'opium à haute dose, et au bout de trois jours les accidents avaient complétement cessé; la variole a suivi son cours, et le malade a parfaitement guéri.

Nouveau cas de mort après une injection iodée dans un kyste ovarique. — M. LEGRAND communique le fait suivant :

Mme X..., âgée de quarante-six ans, était affectée, depuis dix ans environ, d'une hydropisie enkystée d'un des ovaires. Dans une première période de six années elle subit huit à neuf fois une ponction évacuatrice, qui fut toujours suivie d'une injection iodée (eau distillée, teinture d'iode, ãã 60 gr.; iodure de potassium, 2 milligr.) qui évidemment ne procurait chaque fois qu'une cure palliative. Cependant la dernière opération de cette première série fut suivie d'une guérison qu'on dut croire définitive, quand on la vit se maintenir pendant quatre ans.

Mais après cette période de temps de l'état le plus satisfaisant, retour de l'épanchement : nouvelle ponction et évacuation d'une quantité considérable d'un liquide visqueux et plus coloré que les précédents; on en emplit un vase de zinc consacré à prendre des bains de pieds. Immédiatement après, injection iodée semblable à celle indiquée plus haut. A peine un mois s'était-il écoulé, qu'on était obligé de faire une nouvelle ponction évacuatrice, suivie d'une nouvelle injection iodée. Au bout d'un troisième mois, retour de la maladie : troisième ponction, qui amène encore l'évacuation de la même quantité d'un liquide encore plus visqueux et plus coloré. Troisième injection iodée, mais cette fois presque immédiatement suivie de nausées d'abord, de vomissements ensuite, et du développement successif de tous les symptômes d'une péritonite, qui amena la mort de la malade vingt-sept heures après l'opération.

De la ponction de la chambre postérieure dans certaines affections graves de la cornée. — M. COURSSERANT donne lecture de la note suivante :

Obs. I. — *Ramollissement pultacé de la cornée chez une malade profondément scrofuleuse. — Accidents progressifs dans la cornée, malgré une médication active ; ponction de la chambre postérieure ; évacuation d'une partie du corps vitré. — Guérison.*

La jeune M..., âgée de douze ans, d'une constitution éminemment strumeuse, avec engorgement des glandes du cou, épaississement de la lèvre supérieure, laquelle est le siége d'un eczéma, qui a envahi les ailes du nez et l'ouverture des fosses nasales, vint réclamer mes soins dans les premiers jours du mois de mars 1861, pour une kérato-conjonctivite strumeuse.

Voici les symptômes qu'elle présentait à cette époque : les deux cornées sont complétement infiltrées d'une matière grisâtre dans toute leur moitié supérieure; en certains points, le produit de cet épanchement est si abondant que les lamelles cornéennes, à la surface desquelles on voit ramper de nombreux vaisseaux sanguins, en sont manifestement soulevées; la conjonctive palpébrale, surtout à la paupière supérieure, est considérablement hypertrophiée et saigne au moindre contact; néanmoins pas de photophobie, pas de douleurs.

L'affection date de trois semaines.

Un traitement général, dont les purgatifs et les bains aromatiques constituent la base principale; des irrigations sur les muqueuses palpébrales, l'application sur ces dernières du sulfate de cuivre en crayon, des scarifications souvent répétées, amenèrent dans l'espace de six semaines une guérison complète de la double affection impétigino-eczémateuse et oculaire. Tout faisait espérer la permanence de cet heureux résultat, lorsque tout à coup, sans cause connue, sans aucun signe précurseur, le mal éclata avec une violence des plus graves dans la cornée gauche, laquelle en quelques jours s'infiltra tout entière et marcha vers un ramollissement d'aspect pultacé, sans que ni collyres, ni pommades, ni irrigations, ni occlusion des paupières, ni traitement toni-purgatif, ni traitement antiphlogistique et dérivatif, successivement employés et rejetés, pussent arrêter l'envahissement toujours progressif du mal.

Enfin, les choses en vinrent à ce point que ne pouvant plus compter sur les moyens ordinairement employés, et me trouvant en présence d'une destruction imminente de la cornée, j'eus recours, après quatre visites faites en un jour au domicile de la malade, à un moyen extrême ; à onze heures et demie du soir, une ponction pratiquée dans la chambre postérieure, en arrière du cristallin, permit de faire sortir une certaine quantité d'*humeur vitrée;* les deux yeux furent ensuite tenus fermés à l'aide de bandelettes de taffetas gommé.

La nuit se passa calme et sans fièvre. La petite malade dormit d'un sommeil profond, et le lendemain n'accusa aucune douleur dans l'œil opéré la veille.

Le deuxième jour, ce dernier fut examiné à travers la cornée, dont l'épanchement interlamellaire était notablement diminué, et on put apercevoir l'iris.

Le sixième jour, la cornée avait recouvré une quasi-transparence, et se montrait parcourue par une quantité innombrable de petits vaisseaux sanguins. A partir de ce moment, l'amélioration sans l'emploi d'aucun traitement soit externe, soit interne (afin de mieux juger la valeur relative de la ponction oculaire), fit des progrès si rapides, qu'un mois après la ponction scléroticale, la jeune fille, complétement guérie et voyant parfaitement de cet œil, put partir pour la campagne.

Obs. II. — *Kératite disséminée, compliquée de kérato-malacie.*

Le jeune R..., au teint pâle et décoloré, d'une constitution faible et délicate, se plaint depuis un mois d'un affaiblissement considérable de la faculté visuelle. Le début du mal a été accompagné de quelques douleurs, lesquelles ont fini par disparaître peu à peu entièrement.

Quand il se présenta à mon examen, je constatai les particularités suivantes : rien d'anormal dans les paupières; la conjonctive bulbaire se présente partout avec ses caractères physiologiques, excepté à la partie supérieure ou sur le voisinage de la cornée; elle est le siége d'une rougeur manifeste, de laquelle partent de nombreux vaisseaux, qui, s'avançant sur la cornée dans une étendue de 2 ou 3 millimètres, se trouvent limités par une ligne courbe grisâtre. De jour en jour cette dernière, envahie par l'injection vasculaire, s'avance de plus en plus sur la cornée, jusqu'à ce que toute la surface cornéenne se présente sous la forme d'une membrane d'un rouge grisâtre, dont le défaut de transparence amène chez ce malade une cécité telle, qu'elle le met dans l'impossibilité de se conduire même dans sa chambre. Notons qu'en même temps que l'on constatait la ligne courbe grisâtre citée ci-dessus, les parties inférieures de la cornée non encore envahies par l'injection vasculaire présentaient çà et là de nombreux points grisâtres assez confluents, et qui donnaient à la cornée l'aspect de la *pierre à fusil* ou une teinte d'un *gris pommelé*, lésions que les auteurs s'accordent à reconnaître comme caractéristiques de la kératite disséminée.

Il serait trop long d'énumérer tous les moyens successivement employés contre cette maladie; disons seulement qu'après un traitement de plus de deux mois, la cornée gauche s'infiltra profondément et devint le siége d'une large ulcération, qui occupait le centre de cette membrane fibreuse dans les trois quarts environ de son étendue. Faire une ponction dans les parties les plus amincies de la cornée, dans le but d'opérer une détente générale dans le globe, était chose impossible, car on ne pouvait apercevoir l'iris, que l'on courait risque de blesser en pratiquant une ponction évacuatrice de l'humeur aqueuse.

Dans une situation aussi grave, et en présence de l'imminence d'une perforation de la cornée, qui devait nécessairement entraîner la destruction complète de cette dernière, vu surtout l'inefficacité des nombreux moyens employés jusqu'à ce jour, je m'arrêtai à l'évacuation d'une partie du corps vitré au moyen de la paracentèse oculaire par la sclérotique. Le pansement fut le même que celui mis en usage dans l'observation précédente. — Absence complète de toute réaction.

De jour en jour on voit l'ulcération exhausser son fond de manière à le mettre, dans l'espace de quinze jours environ, au niveau des autres parties de la surface cornéenne. Notons, cependant, que la partie naguère occupée par l'ulcération se couvrit de nombreux vaisseaux sanguins, et ne recouvra pas, après sa réparation, une transparence *notable* : mais la cause de la ponction était gagnée ; par elle la cornée avait été préservée d'une destruction presque inévitable ; par elle la réparation d'une large ulcération cornéenne s'était faite.

Quelle que soit l'explication qu'on veuille donner du mode d'action de la paracentèse oculaire dans pareille occurrence, ajoute M. Courserant, l'efficacité de l'intervention chirurgicale est trop évidente pour qu'il soit permis de la mettre un instant en doute. Au reste, c'est un point de pratique non encore exploré, ni par les chirurgiens ni par les ophthalmologistes, et sur lequel il se propose d'appeler l'attention de la Société de médecine pratique, tout en lui faisant part et de ses succès et de ses revers.

Electricité voltaïque. — M. QUANTIN lit une note sur un nouvel appareil électrique (*brosse volta-électrique*) du docteur Hoffmann, de Berlin.

S'il est une découverte qui mérite à tous égards de fixer l'attention des thérapeutistes qui s'occupent spécialement du traitement des maladies nerveuses par l'électricité, c'est sans contredit l'appareil du docteur Hoffmann (de Berlin). Disons d'abord quelques mots sur la composition de cet appareil, et nous passerons ensuite à ses nombreuses applications en thérapeutique.

L'appareil a, par sa petite dimension et par sa forme, l'avantage d'être très-portatif, et, par la modicité de son prix, la non moins précieuse qualité d'être à la portée de toutes les fortunes.

Les appareils usités jusqu'à ce jour sont loin d'avoir ces qualités, car ils sont lourds, par conséquent d'un transport difficile; et vu leur prix élevé, ils ne sont guère employés que dans les hôpitaux, les malades en ville ne voulant ou ne pouvant pas en faire la dépense. De plus, ils donnent un *courant électrique intermittent qui fait souffrir le malade*, car c'est, à notre avis, l'intermittence dans le courant qui occasionne la douleur. M. Hoffmann l'a parfaitement compris, et il a eu l'heureuse idée de faire produire à son appareil un courant électrique *continu et qui par conséquent n'occasionne aucune douleur.* Il a la forme d'une brosse, ce qui le rend, comme je l'ai déjà dit, portatif et d'une application facile.

De ces deux figures, la première représente la brosse volta-électrique vue dans son ensemble avec ses 4,000 fils métalliques; la seconde la représente avec son couvercle en zinc enlevé.

Fig. 1.

Voyons à présent l'intérieur de l'appareil, qui offre l'apparence de *la pile à colonnes* de Volta, avec cette seule différence que les disques métalliques, au lieu d'être ronds, affectent la forme quadrangulaire.

Fig. 2.

A

B

Immédiatement au-dessous de la plaque de zinc A, qui dans la seconde figure forme le couvercle, nous trouvons une rondelle de flanelle B ; puis, au-dessous d'elle, une plaque de cuivre reposant sur une plaque de zinc, et ainsi de suite, toujours dans le même ordre. Les appareils sont à plusieurs couples, selon le degré de force que l'on veut obtenir du courant d'électricité continue, et pour les charger il suffit d'imbiber les morceaux de flanelle dans de l'eau salée. La partie sur laquelle on appliquera la brosse volta-électrique, et la paume de la main qui tiendra cette brosse, seront toutes deux mouillées avec cette même eau salée.

Nombreuses applications de l'appareil. — D'une manière générale, nous pouvons dire que la brosse volta-électrique trouve son application dans tous les cas qui réclament un traitement par l'électricité.

A part les paralysies ou autres affections nerveuses produites par des tumeurs osseuses ou autres des os du crâne ou de la moelle épinière, on retirera un immense avantage des applications ou des frictions faites avec la brosse. Je n'ai eu qu'à me louer de m'en être servi pour beaucoup de névralgies, de tiraillements douloureux de l'estomac, de crampes, etc. ;... dans deux cas où la matrice était frappée d'inertie causée par la longueur du travail, l'appareil du docteur Hoffmann m'a suffi pour réveiller les contractions utérines, par une double action, celle de l'électricité et celle de la friction.

Dans le cas où les règles sont arrêtées parce que les femmes ont mis leurs mains ou leurs pieds dans l'eau froide, ou par d'autres raisons, une application plus ou moins prolongée en haut et en dedans des cuisses suffit pour faire reparaître l'écoulement menstruel par la congestion sanguine qu'elle produit.

Nous nous proposons de traiter par l'appareil de M. Hoffmann les surdités et tintements d'oreilles produits par l'hystérie ou par le sulfate de quinine à haute dose. Nous ferons, à l'exemple de M. Briquet, le même essai dans les cas de colique de plomb (sans préjudice, bien entendu, du traitement interne et des bains sulfureux). Si nous réussissons, notre traitement aura sur celui de M. Briquet (faradisation ou traitement induit interrompu) l'immense avantage de ne pas faire souffrir les malades ; tandis que le sien est tellement douloureux que la plupart du temps les clients ne veulent pas s'y soumettre, ou que l'on est obligé de les endormir par le chloroforme.

Le secrétaire annuel, Dr A. ELLEAUME.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les juges du concours de l'internat sont MM. Vidal, Bouchut, Bouillaud, Velpeau et Laugier, *titulaires;* MM. Bernutz et Denonvilliers, *suppléants*.

— MM. les élèves sont prévenus que les études anatomiques seront reprises à l'Ecole pratique le lundi 14 octobre. A dater de cette époque, les pavillons resteront ouverts tous les jours de onze heures à quatre heures. Ceux d'entre eux qui désireront se livrer à ces études peuvent dès aujourd'hui se faire inscrire au secrétariat de la Faculté.

— Le roi de Danemark vient d'envoyer les insignes de chevalier de l'ordre du Dannebrog au célèbre professeur de clinique chirurgicale d'Edimbourg, James Symes.

— L'assemblée générale de l'Association des médecins de France aura lieu le dimanche 27 octobre prochain, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique.

Cette séance sera suivie d'un banquet offert par le conseil général et les membres de la Société centrale à MM. les présidents et délégués des sociétés locales des départements.

Le banquet aura lieu à sept heures du soir, dans les salons du grand hôtel du Louvre. Le prix de la souscription a été fixé à 20 fr. On souscrit directement ou par lettre chez le trésorier de la Société centrale, M. le docteur Brun, rue d'Aumale, 23.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 121. — MARDI 15 OCTOBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 121. — MARDI 15 OCTOBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 14 octobre 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu dans cette séance la lecture d'un mémoire de MM. Chauveau et Marey, relatif à la détermination graphique des rapports du choc du cœur avec les mouvements des oreillettes et des ventricules. L'espace nous manque aujourd'hui pour apprécier convenablement la portée de cette communication, qui introduit un élément nouveau dans la question des battements cardiaques depuis si longtemps pendante, et débattue tout récemment encore dans les colonnes de ce journal. Nous y reviendrons prochainement.

La seule pièce de la correspondance qui soit relative aux sciences médicales, est une lettre de M. Poiseuille, concernant sa précédente communication sur un mode particulier de ventilation pour les navires. La gravité des circonstances qui ont motivé cette lettre de rappel nous semble faire un devoir à la commission d'obtempérer à la demande de notre savant confrère. — Dr Brochin.

ÉTUDE SUR L'ANTHROPOPHAGIE.

Lorsqu'on se livre à la dissection morale de l'homme, il ne faut s'effrayer de rien : l'imprévu est un champ sans limites.

Il en coûte sans doute de venir brusquement étaler des plaies à peine soupçonnées ; mais faudrait-il reculer devant la vérité, parce qu'elle est hideuse?

Le législateur d'Athènes n'avait point prévu le parricide. Les temps sont bien changés depuis Solon, et la justice est trop souvent appelée aujourd'hui à sévir contre des fils dénaturés. Nos descendants n'auront-ils pas à déplorer un jour quelque atrocité dont nous n'aurons pas été les témoins ou les complices?

Formons du moins des vœux pour que les cas isolés d'anthropophagie que nous allons grouper et résumer dans ce travail restent de très-rares spécimens de la plus étrange et de la plus terrible des aberrations, et demeurent affranchis du contagieux penchant à l'imitation.

Comme entité morbide, l'anthropophagie n'existe pas; comme crime, elle est presque une impossibilité. Ainsi que nous espérons pouvoir le démontrer, l'anthropophagie doit rester une monstruosité médico-légale *hors cadre*.

Quelle peut être la source d'un désordre psychique aussi profond? Ici une explication ne sera pas superflue. Il y a dans la pathologie de l'esprit deux ordres de troubles fonctionnels : 1° Placé en face d'un aliéné, le médecin observe des bizarreries dans les conceptions, des déviations du jugement, de la gêne dans les combinaisons intellectuelles, de la dissociation des idées, de l'extravagance dans les actes, de l'abolition partielle ou totale de la mémoire, de l'exaltation ou de la dépression des facultés de l'entendement. Le malade alors se méprend, déraisonne, s'agite ou s'affaisse : il chancelle constamment dans un cercle d'erreurs, prend son domestique pour un prince, ses parents pour des ennemis; il est misérable, criminel, damné, roi, empereur ou pape; il n'est plus qu'une abjecte créature, ou il s'appelle Jésus-Christ. 2° L'homme de l'art remarque encore un état de perversion des penchants, des sentiments naturels, des affections, des passions : la volonté erre sans guide. L'oubli succède à l'amitié, l'aversion prend la place de l'amour, la violence tient lieu de douceur, l'impulsion au vol, au meurtre, à l'incendie, au suicide, sillonne un cerveau qui ne sait plus réagir, et voici que dans quelques cas, prodigieusement rares, il est vrai, l'égarement dépasse toutes les prévisions, que des cadavres sont exhumés et souillés par d'horribles caresses, ou que les mœurs des sauvages sont importées parmi nous et que la chair humaine sert d'aliment!

Un médecin érudit, qui a puisé sur les bancs de la Faculté de Montpellier une instruction philosophique peu commune, M. le docteur Barbaste, a publié, il y a cinq ans, des recherches fort curieuses sur l'anthropophagie (1); c'est à peu près le seul document qui existe dans la science sur cette émouvante question. Plus désireux de donner un libre essor à la tournure habituelle de son esprit que d'aborder l'examen pratique et la discussion médico-légale de faits aussi difficiles à classer, l'auteur s'est tenu dans un cadre restreint d'observations qu'il va nous être permis d'élargir, car les archives de cette criminalité exceptionnelle sont, hélas! plus riches qu'il ne semble l'avoir cru.

L'anthropophagie a été dans les siècles passés l'œuvre des préjugés et du fanatisme. Elle a été l'une des plus terribles extrémités auxquelles la faim ait eu recours; puis, s'introduisant dans le champ de la pathologie, elle a tour à tour été le fait de la folie, de la chlorose, ou d'une prétendue disposition organique extra physiologique. Sans doute ces dernières circonstances ont seules trait à notre art; mais nous croyons néanmoins devoir faire un très-sommaire énoncé des coutumes, institutions ou instincts dépravés qui ont servi d'occasion ou de prétexte à l'anthropophagie.

(1) *De l'homicide et de l'anthropophagie;* Paris, 1856, chez J. B. Baillière.

Ainsi que le rappelle d'ailleurs M. Barbaste, les Lydiens et les Mèdes, selon Hérodote, et les insulaires de l'Atlantique, d'après Platon, cimentaient leurs conspirations en buvant du sang humain. Salluste attribue aux complices de Catilina un acte identiquement semblable lorsqu'il dit : *Humani corporis sanguinem vino permixtum in peteris circumtulisse.* Tacite parle de princes de l'Asie qui se juraient alliance sur leur propre sang, et allaient jusqu'à en boire : *Sanguis gustatus in fœderibus.* Si nous en croyons Juvénal, les Scythes se désaltéraient avec le sang de leurs ennemis, et les Tintirites en mangeaient même la chair. « Les Gascons et les Sagontins se nourrissaient autrefois de la chair de leurs compatriotes. »

Sans remonter aussi loin dans l'histoire, n'a-t-on pas vu le peuple à Paris dévorer les restes sanglants du maréchal d'Ancre?

La tyrannie de la faim peut faire descendre l'homme jusqu'aux appétits de la bête carnassière. En décrivant les horreurs qui marquèrent le siége de la Rochelle, Anquetil rapporte qu'un père et une mère, poussés par la famine, exhumèrent le cadavre à peine refroidi de leur fille et le mangèrent.

On sait enfin que le siége de Paris par Henri IV fut suivi d'événements plus lugubres, et que non-seulement « les chevaux, ânes, chats, rats et souris » furent sacrifiés et ne devinrent qu'une insuffisante ressource, mais encore que l'on fit de la farine avec de vieux ossements recueillis dans les cimetières. « Une mère, dit une histoire du temps, à l'imitation de ce qui se passa pendant le siége de Jérusalem, fit rôtir les membres de son enfant mort, et expira de douleur sur cette affreuse nourriture. »

Ce tribut une fois payé à l'histoire, dressons le bilan clinique de l'anthropophagie.

« Vers l'an 1600, dit M. le professeur Andral, un garçon de quatorze ans, atteint de lycanthropie et revêtu d'une peau de loup, parcourait les campagnes, dont il était l'effroi. *Plusieurs fois il avait rencontré de jeunes enfants et les avait dévorés.* Arrêté, Jean Grenier — c'était son nom — fut traduit devant le parlement de Bordeaux. Tous les faits furent prouvés (1). »

Gall a rapporté l'observation d'un individu qui, poussé par un irrésistible penchant à manger de la chair humaine, commit plusieurs assassinats pour en arriver à ses fins. La fille de cet homme, bien que séparée de son père et élevée loin de sa famille, succomba au même désir.

Prochaska cite le fait d'une femme de Milan qui attirait les petits enfants chez elle pour les tuer, saler leur chair et en manger tous les

(1) *Pathologie interne.*

FEUILLETON.

Thermomètre à maxima et à minima. — Des spermatophores de quelques hirudinées. — De la substance cérébrale. — De l'audition binauriculaire. — Action de l'air sur le lait.

Lorsqu'un thermomètre *à minima* mal construit est placé verticalement, le réservoir en haut, si la température vient à baisser, l'index ne remonte pas toujours vers le réservoir, mais reste souvent dans le tube abandonné par l'alcool.

Cette observation a conduit un ancien élève de l'École polytechnique, M. Doulcet, à faire des *index* qui, descendus dans le tube, seraient toujours abandonnés dans la position où ils seraient arrivés, lorsque par le refroidissement l'alcool remonterait dans le tube. Ces index arrêtés indiqueraient exactement par leur extrémité inférieure les *maxima* de température.

M. Baudin a construit, d'après cette idée, des index en émail terminés d'une part par une petite sphère, de l'autre par une pointe.

Si on fait entrer la petite sphère la première dans le tube, l'instrument étant horizontal, on a un thermomètre *à minima*; mais si l'on fait passer la pointe la première et que le tube soit placé verticalement, le réservoir en haut, le thermomètre devient *à maxima*; on voit l'index descendre dans le tube jusqu'à ce que sa pointe touche et s'arrête au ménisque de l'alcool. Si la température s'élève, l'index descend et sa pointe reste toujours soutenue par le ménisque. Si la température baisse, l'alcool remonte et laisse l'index exactement à la place qu'il occupe dans le tube.

Pour étudier les températures jusqu'à 105°, M. Doulcet se sert d'alcool amylique ; le thermomètre, lesté par un poids et défendu par une enveloppe, permet de reconnaître la température du fond des puits les plus profonds.

— M. Charles Robin a fait récemment à l'Académie des sciences une communication fort intéressante sur certaines particularités nouvelles ou peu étudiées relatives à la manière dont s'accomplit la fécondation chez quelques hirudinées. Ces recherches, loin d'être de pure curiosité, viennent éclairer un point de physiologie comparée, et leur connaissance est surtout nécessaire pour l'intelligence de plusieurs ordres de faits d'une importance plus générale, qui concernent l'évolution embryogénique des éléments anatomiques et des tissus. M. Ch. Robin promet à l'Académie de développer prochainement ces considérations ; nous les présenterons à nos lecteurs.

On sait que chez quelques orthoptères, certains crustacés céphalopodes et vers (*Clepsine complanata*, Sav. — *Planaria torva*, Fr.), la substance fécondante du mâle est portée dans les organes femelles par des corps libres ayant une structure particulière. Ces corps — *spermatophores* — sont composés d'une matière blanche demi-liquide, formée presque exclusivement de spermatozoïdes. Une enveloppe extérieure de forme variée protége le liquide; la matière blanche est un produit de sécrétion solide ou demi-solide d'une des parties les plus extérieures de l'appareil mâle.

M. Robin a découvert chez les nephelis ce fait singulier que le spermatophore passe en entier dans l'appareil femelle, alors qu'il n'y existe pas encore d'œufs. Ce n'est qu'après la pénétration des spermatophores que les œufs apparaissent. De spermatophores qu'ils étaient dans les organes mâles, ils deviennent ovo-spermatophores dans les tubes ovariens.

A l'époque de l'accouplement, chacune des poches ovoïdes qui terminent l'appareil mâle des glossiphonies est remplie par un spermatophore qui en reproduit la forme, et tous deux se réunissent par une extrémité commune dans la portion simple du canal qui aboutit au pore génital.

Lorsqu'on détache ces annelés l'un de l'autre pendant qu'ils s'accouplent, on voit sortir du pore génital mâle les deux spermatophores. Ceux-ci ont une couleur d'un blanc argentin brillant ; ils son en forme de massue, à grosse extrémité tournée en arrière et prolongée par une fine pointe un peu courbée dont la longueur égale ou dépasse la plus grande largeur du spermatophore ; en avant, ils se terminent par une portion effilée. Leur cavité devient commune antérieurement dans le quart environ de leur longueur totale, que M. Robin évalue à 3 millimètres, leur largeur étant d'un tiers de millimètre.

Nous avons dit que le spermatophore se moule sur la poche qui termine l'appareil génital. La pointe qui prolonge leur partie renflée s'enfonce dans le conduit génital flexueux; leur partie commune correspond au conduit unique qui aboutit au pore génital, au niveau duquel l'extrémité libre des spermatophores est un peu élargie et plus pâle que le reste de ces corps.

La paroi des spermatophores est formée d'un mucus tenace, dense et jaunâtre.

Au contact de l'eau les spermatophores laissent écouler un liquide formé de spermatozoïdes et de fines granulations moléculaires.

M. Robin a fait chez les nephelis les mêmes observations : il a de plus constaté un fait très-remarquable et qui n'a encore été observé chez aucun autre annélide.

Il consiste en ce que les spermatophores se trouvent au nombre de deux ou quatre superposés; de plus, dans l'organe femelle, on trouve deux ou quatre corps analogues, mais vermiformes, contenant les œufs. Ce sont des ovo-spermatophores.

Les ovules achèvent toute leur évolution jusqu'à l'époque de la fécondation dans les ovo-spermatophores, au contact des corpuscules fécondateurs. Dans chaque spermatophore on en voit à toutes les périodes de leur accroissement. Les plus développés se voient toujours à la partie la plus large des ovo-spermatophores, dont ils s'échappent par déhiscence, à mesure qu'ils sont fécondés.

jours. Le même auteur parle également d'un homme qui tua un voyageur pour le dévorer (1).

Les journaux du temps et depuis quelques ouvrages scientifiques ont rappelé les malheurs de cette famille écossaise dont plusieurs membres furent héréditairement obsédés par le plus impérieux besoin de se nourrir de chair humaine.

Le polyphage dont le baron Percy nous a transmis l'histoire, « avait l'habitude, entre autres manières dégoûtantes et incroyables que j'omets ici, d'aller dans les boucheries et dans les lieux écartés disputer aux chiens et aux loups les plus horribles pâtures. Les infirmiers de l'hôpital de Versailles, où il était, l'avaient surpris buvant le sang des malades que l'on venait de saigner, et, dans la salle des morts, nouveau vampire, suçant celui des cadavres (2). » L'estomac de cet homme remplissait toute la cavité abdominale, et l'on a cherché à expliquer par cette disposition organique exceptionnelle une inexplicable dépravation des instincts. Nous sommes peu porté à adopter cette manière de voir.

Le 23 novembre 1824, Antoine Léger, âgé de vingt-neuf ans, vigneron et ancien militaire, fut traduit devant la Cour d'assises de Versailles. L'acte d'accusation nous apprend que le prévenu a toujours paru sombre, farouche, aimant la solitude et fuyant la société des femmes et des jeunes gens de son âge. Le 20 juin 1823, il quitta la maison paternelle, gagna un bois, chercha une retraite, et découvrit enfin, après une semaine de cette vie errante, une grotte au milieu de rochers. Il s'y installa et vécut pendant un mois et demi de racines, de pois, d'épis de blé, de groseilles ou de fruits. Il se rendit cependant à plusieurs reprises au village voisin pour y acheter des aliments. Une nuit il vola des artichauts; une autre fois, il prit un lapin, le tua, et le mangea cru séance tenante.

Le 10 août, « j'étais allé, dit-il, pour cueillir des pommes : j'ai aperçu au bout du bois une petite fille assise; il m'a pris l'idée de l'enlever; je lui ai passé mon mouchoir autour du cou, et l'ai chargée sur mon dos, elle n'a jeté qu'un petit cri. J'ai marché au travers du bois, et me suis trouvé mal de faim, de soif et de chaleur. Je suis resté peut-être une demi-heure sans connaissance; la soif et la faim m'ayant pris trop fort, je me suis mis à la dévorer... » Léger nie ensuite tout ce qui a rapport au viol et à la mutilation des organes génitaux de la jeune D...; il avoue seulement qu'après avoir ouvert le cadavre, il a vu le sang sortir en abondance, qu'il s'est désaltéré, et qu'il a sucé le cœur de la victime avant de le manger. « Je n'ai fait tout cela, dit-il, que pour avoir du sang..., je voulais boire du sang..., j'étais tourmenté de la soif, je n'étais plus maître de moi. »

L'acte d'accusation reproche à Léger un sang-froid épouvantable : « On lui a rappelé toutes les circonstances du crime, et un *oui* prononcé avec indifférence a été sa seule réponse à toutes les questions qu'on lui a adressées. » A l'audience « on remarque que ses traits présentent l'apparence du calme et de la douceur; ses regards sont hébétés, ses yeux fixes, sa contenance immobile. Il conserve la plus profonde impassibilité; seulement, un air de gaieté et de satisfaction règne constamment sur son visage. »

Léger a été condamné à mort et exécuté. « Sa tête, dit Georget, a été examinée par Esquirol et Gall, en présence de plusieurs autres médecins. Esquirol nous a dit avoir remarqué plusieurs adhérences morbides entre la pie-mère et le cerveau (3). »

Maria de las Dolores, habitant les montagnes de Ségovie, fut séduite par Juan Diaz. Son amant, pour lui sauver l'honneur, la demanda en mariage à son père, Pedro Dominguez, vieillard de soixante-cinq ans. Celui-ci repoussa avec colère le prétendant séducteur. « Dès ce moment, la bergère devint triste et taciturne; elle recherchait les lieux les plus solitaires pour y faire paître son troupeau, et on ne la vit plus adresser la parole à ses compagnes.

Le 20 mars 1826, de retour le soir dans la cabane, elle entra chez elle, après avoir renfermé les moutons dans le bercail, et elle s'occupa à faire rôtir un morceau de viande. Son père, qui était auprès du feu, s'endormit. Saisie tout à coup d'une horrible frénésie, Dolores s'empare d'un chenet, en assène plusieurs coups à son vieux père et l'étend à ses pieds. A la vue du sang, sa rage redouble; elle se précipite sur sa victime, lui ouvre la poitrine avec un coutelas, en retire le cœur encore palpitant, le place à côté du morceau de viande qui était déjà sur le feu, et quand il est à moitié rôti elle commence à le dévorer. Mais bientôt elle pousse des hurlements, des cris aigus de désespoir qui retentissent au loin. Les bergers accourent des cabanes voisines; quel affreux spectacle! A côté du cadavre mutilé s'offre à leurs regards une *furie* qui, la bouche sanglante, les yeux égarés, tient à la main un morceau de chair humaine, qu'elle montre à l'un d'eux en s'écriant : « Tiens, voilà le cœur de celui qui m'a empêchée d'être la plus heureuse des femmes, de celui qui m'a privée de l'homme que j'adorais; c'est le cœur de mon père que je viens d'assassiner; goûtes-en si tu veux! c'est le cœur de mon père!... »

Les recueils espagnols ne nous font point connaître quelle a été l'issue judiciaire de cet effrayant parricide.

M. le docteur Berthollet a consigné dans les *Archives générales de médecine* l'observation d'un homme « qui faisait sa nourriture favorite et recherchée des substances animales les plus dégoûtantes, et même de *portions de cadavres*. Il s'est plus d'une fois introduit dans des cimetières, où, à l'aide d'instruments nécessaires, il a cherché à extraire des fosses les corps déposés le plus récemment, pour en dévorer avec avidité les intestins.... » Trouvant dans l'abdomen de quoi satisfaire son appétit, il ne touche point aux autres parties du corps. Cet homme, ajoute M. Berthollet, est âgé de près de trente ans; il est d'une stature élevée, et sa figure n'annonce rien qui soit en rapport avec cette passion dominante... Ce qu'il y a de plus étonnant, c'est qu'il n'est point maîtrisé par une faim dévorante; il ne mange point d'une manière extraordinaire, car lorsqu'il lui arrive de rencontrer de quoi fournir plus qu'à son repas, il en remplit ses poches et attend patiemment avec ce surcroît d'aliments que son appétit soit de nouveau réveillé. Interrogé sur ce goût dépravé, sur ce qui l'aurait fait naître, ses réponses sont de nature à le faire remonter à sa plus tendre enfance.... Lorsqu'il a été arrêté, il dévorait un cadavre inhumé le matin... Cet homme *pourrait tôt ou tard se porter à des excès dangereux; il avoue lui-même que, quoiqu'il n'ait encore attaqué aucun être vivant, il pourrait bien, pressé par la faim, attaquer un enfant qu'il trouverait endormi, dans ses courses dans les campagnes* (1) ». Nous ajoutons que la justice l'a interdit comme dément et dirigé sur une maison d'aliénés.

Le 16 janvier 1858, Jared et Clarisse Comstock, habitant depuis près d'un demi-siècle la ville d'Hamilton, dans le comté de Maddison (Etat de New-York), vieillards septuagénaires estimés et aimés de tous, furent assassinés. Un voisin, regardant par hasard à travers une fenêtre, aperçut le mari et la femme gisant sans vie sur le plancher. L'homme était couché sur le dos : « Son sein gauche laissait voir une blessure béante de plus de 6 pouces de long; le cœur avait été enlevé. » La femme, à quelques pas plus loin, était dans la même attitude : « Son sein gauche portait une blessure semblable; son cœur avait été également arraché de sa poitrine. Le désordre et les déchirures de ses vêtements témoignaient d'une lutte... On découvrit plus tard dans le four du poêle les deux cœurs à demi rôtis et à demi rongés. » Entre les deux cadavres et assis sur un sofa, dormait tranquillement William, le fils aîné et le meurtrier des époux Comstock.

La police intervint et arrêta le parricide, homme de trente-sept ans, de taille moyenne, dont la physionomie indiquait plutôt « l'hébétement que la férocité. » William passait pour être doux et inoffensif, et il vivait en très-bonne intelligence avec ses parents, qui, de leur côté, n'avaient jamais eu à se plaindre de lui. « Mon père respirait encore, dit-il, lorsque je lui arrachai le cœur dont j'avais besoin. Quant à ma mère, ce fut bien plus facile, elle ne broncha pas; mais mon père avait la peau plus dure. Je voulais aller chez mon frère et ma sœur pour achever l'affaire, mais le sommeil me gagna, et je me couchai. »

Epileptique et halluciné de la pire espèce, William Comstock n'a jamais voulu donner d'explication sur le mobile qui l'avait poussé à faire rôtir et à manger une partie du cœur de ses vieux parents. Le jury d'enquête, après l'avoir déclaré atteint d'aliénation mentale, l'a dirigé sur un établissement spécial.

On sait combien les chlorotiques sont sujettes à des goûts bizarres, et combien il arrive fréquemment que ces malades cèdent à des appétits extravagants. Nous avons lu à ce sujet, dans le *Courrier de la Drôme*, l'observation d'une jeune fille de quatorze ans qui recherchait avec avidité toutes les occasions de boire du sang humain. « Elle aimait à sucer celui qui s'écoulait des plaies récentes (1). »

Enfin, il ne serait pas impossible que pendant leur grossesse quelques femmes vinssent à commettre des actes analogues.

Ainsi que nous l'avons laissé entrevoir au commencement de cet article, l'anthropophagie, pas plus que le crétinisme, n'a droit de cité dans la pathologie mentale. Le cadre nosologique ne s'élargira jamais assez pour pouvoir livrer passage à ces deux anomalies qu'il convient de classer parmi les *monstruosités*. Bien que dans la majorité des cas, l'anthropophagie se rattache à l'aliénation de l'esprit et découle le plus souvent d'une névrose psycho-cérébrale, il n'en est pas moins vrai qu'elle n'intervient qu'à titre d'horrible complication, qu'elle constitue l'acte le plus en dehors de nos mœurs, de la morale et de la raison, et que ses manifestations ne font que mettre le comble au plus grand de tous les malheurs, le trouble et l'abolition des facultés de l'intelligence. Après la ruine de son entendement, l'aliéné qui s'improvise anthropophage ne fait qu'obéir, comme une machine, à une force motrice dont il ne peut combattre la puissance.

En thèse générale, la société n'impose aucune expiation à celui qui, au moment du crime, a agi sans discernement. Toute peine nécessairement inefficace est inutile. La crainte du châtiment n'a rien retenu, la peine guérira-t-elle de l'erreur?

Dans le cas particulier qui nous occupe, comment expliquer ces agressions qui contrastent si fortement avec les affections et les passions des hommes? Ne serait-ce pas d'ailleurs calomnier l'humanité que de supposer sain d'esprit le citoyen capable de manger de la chair humaine? L'individu rivé au crime comme l'esclave l'était à sa chaîne, aura beau parcourir tous les degrés de l'immoralité, il ne descendra pas jusqu'à cette hideuse dépravation!

La question de la responsabilité se trouve donc résolue, en tant que l'anthropophagie est placée sous la dépendance d'un état morbide de l'intellect. Si au contraire la chlorose, la grossesse ou quelque perversion d'instincts sont mises en jeu, nous n'avons point à tracer d'avance de règles spéciales : tout dépend de l'appréciation du fait et des circonstances concomitantes de ce fait. Plus un crime est inouï, moins il faut en chercher la cause dans les mobiles ordinaires. Lorsque l'expert-légiste a pris la précaution, si sage en pareil cas, de rechercher s'il n'y a pas eu simulation, il n'a plus qu'à s'inspirer des difficultés du moment, et à émettre en toute sincérité l'avis qu'il croit être le plus conforme aux intérêts de la science et de la vérité. « L'idée du juste est une des gloires de la nature humaine », a dit M. Cousin; eh bien, c'est elle qui doit guider notre conscience. *Medici non sunt proprie testes, sed est magis judicium quam testimonium.*

Quant aux criminalistes qui demandent que l'aliéné criminel soit d'abord médicalement traité, puis jugé et condamné pendant l'une de ces trêves passagères qui sillonnent parfois la maladie, nous n'avons qu'une seule question à leur poser : Pensent-ils sérieusement qu'il serait de la dignité de la justice d'épier la lueur d'une raison vacillante pour préparer son glaive?

D[r] Legrand du Saulle.

(1) *Opera minora*, t. II, p. 98.
(2) R. d'Amador, *La vie du sang*, note 7.
(3) *Considérations médico-légales sur l'aliénation mentale.*

(1) Tome VII, p. 472.

(1) Année 1852.

Alors on les trouve libres dans les oviductes, au nombre de quatre à douze environ de chaque côté, portant entre la membrane vitelline et le vitellus un assez grand nombre de spermatozoïdes immobiles déjà. Si, au contraire, on prend des ovules mûrs dans les ovo-spermatophores, on peut suivre la pénétration des spermatozoïdes dans l'ovule au travers de certains points de la membrane vitelline. On les voit s'agiter pendant une heure ou deux autour du vitellus avant les pontes. Une partie d'entre eux se liquéfient ensuite pour s'unir à la substance du vitellus après être devenus immobiles.

C'est à ce moment que débutent les phénomènes de l'évolution embryonnaire proprement dite. M. Robin a réservé pour une autre communication la suite de ces intéressantes recherches.

— Pauvre cervelle humaine! quand donc connaîtra-t-on sa véritable constitution? Ce ne sera pas la faute des chimistes. En voici encore un qui analyse la substance cérébrale.

M. Müller y trouve un peu de créatine; cet alcaloïde manque dans la substance cérébrale du bœuf. Il y soupçonne la leucine.

Dans la substance cérébrale de l'homme et du bœuf, on trouve abondamment d'acide lactique et de petites quantités des acides gras de la formule générale $C^n H^n O^4$. Elles ne contiennent ni créatinine, ni urée, ni cystine, ni taurine, ni acide succinique.

La cervelle du bœuf renferme en outre un peu d'acide urique et une forte proportion d'inosite. M. Müller aurait enfin trouvé une substance phosphorée rappelant assez l'acide cérébrique de M. Frémy, mais d'une composition centésimale différente.

— Le *Cosmos* nous donne le récit d'expériences fort intéressantes que M. Purkyniě a communiquées à la Société des sciences de Bohême.

Un tube acoustique muni de son cornet est introduit dans chaque oreille de l'observateur, et deux personnes parlent simultanément dans les cornets. Dans le premier cas, il faut un temps plus ou moins long pour que les paroles arrivent distinctes d'un côté ou des deux côtés.

Lorsque les tuyaux sont à plusieurs branches et que plusieurs personnes peuvent parler à la fois, l'audition devient confuse et même impossible.

Si l'on réunit les deux tubes au même cornet, le son de la voix qui parle se perçoit comme s'il existait dans l'occiput, quelle que soit, du reste, la position de la personne qui parle.

On peut ainsi examiner la sensibilité relative des deux oreilles. On bande les yeux de celui qui écoute, on parle à demi voix, et si la sensibilité n'est pas la même, le son semble résider dans la tête, plus près de l'une que de l'autre oreille.

Edouard Weber comprimait l'oreille extérieure contre la tête, et, remplaçant cette conque par le creux de la main appuyée en sens inverse ou du côté opposé de l'orifice, il entendait un son qui lui arrivait par devant, comme s'il venait par derrière; M. Purkyniě a constaté que dans cette expérience on entend toujours le son réfléchi par quelque objet placé derrière l'observateur, tandis que le son direct est écarté par la main couvrant le côté antérieur de l'oreille.

Se sert-on des deux tuyaux communiquant aux deux oreilles, il est impossible d'associer deux voyelles de manière à entendre une diphthongue. Quand, au contraire, on plaçait le tuyau à deux branches dans une seule oreille, on pouvait obtenir les diphthongues et les syllabes *sa*, *fa*, etc. Deux sons musicaux, entendus par le tuyau, engendraient un troisième ton de combinaison, qui semblait produit dans la tête.

Les recherches de M. Purkyniě se sont étendues jusqu'aux sourds-muets. Ceux qui avaient un reste d'ouïe percevaient par le double tuyau des paroles qu'ils n'avaient d'abord connues que par le mouvement des lèvres. Circonstance singulière que M. Purkyniě pense expliquer par ce fait qu'on a l'habitude de faire prononcer aux sourds-muets des mots qu'ils *voient* plutôt qu'ils *n'entendent*, mais qu'ils entendent par le son même de leur voix. On sait que nous entendons notre voix surtout par l'intermédiaire des organes intérieurs, et très-peu par l'air ambiant.

— Un savant anglais, M. Stoppe, vient d'étudier l'action de l'air sur le lait; il trouve que le lait de vache frais, exposé à l'air, absorbe de l'oxygène et dégage de l'acide carbonique en quantité notablement plus grande que l'oxygène absorbé.

Après vingt-quatre heures, cet échange se fait si rapidement, que si le lait se trouve en contact avec un volume d'air supérieur au sien, il absorbera tout l'oxygène en trois ou quatre jours.

Il se forme donc de cette manière, dans le lait, des composés plus riches en carbone et en hydrogène.

Pour en déterminer la nature, M. Stoppe prend deux portions du même lait; il en mélange une avec de l'alcool et procède à l'analyse immédiate; l'autre portion est abandonnée quelques jours avant de l'analyser.

De ces deux épreuves, il peut conclure que le lait exposé à l'air laisse considérablement moins de résidu solide que le même lait frais. D'autre part, il constate que le lait alcoolisé et immédiatement analysé est bien moins riche en matières grasses que le lait soumis à l'action de l'air.

D[r] E. Renaud.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Bord, né à Paris (Seine); *Essai sur le vomissement.*

Meryaud, né à Paris (Seine); *De la rétraction spontanée et progressive des doigts dans ses rapports avec la goutte et le rhumatisme goutteux.*

Bourillon, né à Aubusson (Creuse); *Sur la physiologie du cervelet.*

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Jarjavay.

Calcul de l'urèthre. — Infiltration du pénis, du scrotum et du périnée. — Extraction et analyse du calcul.

(Observation recueillie par M. Ch. Martin, interne du service.)

Au n° 24 de la salle Saint-François, est couché le nommé B..., âgé de trente-huit ans, né à Dammery, entré le 13 septembre dernier.

D'une constitution forte, bien musclé, sec et nerveux, cet homme est cependant un peu épuisé par des excès de tout genre et par la vie de Paris : sa face est ridée, ses yeux excavés; il a perdu presque tous ses cheveux depuis plusieurs années, et ceux qui lui restent sont en partie roux et en partie bruns.

Antécédents. — Son père, âgé de soixante-dix-neuf ans, vit encore; sa mère est morte à l'âge de quarante ans d'une maladie de poitrine : il a eu plusieurs frères qui sont morts jeunes, et deux sœurs, l'une vivant encore, l'autre étant morte phthisique.

Elevé à Paris depuis l'âge de neuf ans, il a commencé vers onze à douze ans le métier de graveur, qui lui rapportait assez d'argent pour lui permettre de ne travailler qu'une partie de la semaine et lui donner la faculté de passer le reste du temps à boire et à s'amuser.

La respiration est longue, s'entend bien dans toute la poitrine : il court et marche bien. Cependant il s'enrhume facilement et tousse presque tous les hivers, sans avoir jamais craché de sang.

D'après le dire du malade, les antécédents vénériens seraient nuls; il n'aurait même jamais eu de chaudepisse.

Les premiers accidents qu'il ait éprouvés du côté des voies urinaires remontent à l'âge de douze à quinze ans : dès cette époque il urinait difficilement; il avait remarqué que l'urine, qui le brûlait au passage, tombait parfois sur ses souliers. Du reste, il ne souffrait pas en dehors de la miction; les accidents persistèrent sans augmenter pendant plusieurs années.

Vers l'âge de vingt ans, la dysurie ayant augmenté, il lui vint l'idée de se sonder. Un vieux monsieur, dit-il, qui avait l'habitude de se sonder lui-même, lui prêta une sonde et lui apprit à s'en servir. Dès cette époque, son urine, toujours trouble, contenait une grande quantité de graviers, dont les plus gros présentaient le volume d'une forte tête d'épingle. Il ne rendit jamais de sang pur, mais de petits filets sanguins étaient fréquemment mélangés à l'urine. Cette gravelle avait des intervalles irréguliers, mais le malade n'a pas remarqué si elle augmentait au printemps ou à l'automne, ni si les excès de boisson avaient une influence sur elle. En même temps, il lui arrivait souvent de ressentir pendant la nuit dans les reins, et des deux côtés, une douleur gravative peu intense, une sorte de gêne assez grande cependant pour le forcer à ne dormir que sur un côté. Il ne pouvait rester couché sur le dos. Le jour il s'apercevait à peine d'une gêne légère.

Il n'éprouvait alors ni pesanteur dans le bassin ni démangeaisons vers l'urèthre.

La voiture ne l'incommodait pas et ne lui occasionnait pas d'hématuries.

Il urinait très-fréquemment; l'urine continuait à être brûlante au passage. Cette sensation pénible l'empêchait d'uriner jusqu'au bout. Souvent même, dit-il, l'urine s'arrêtait brusquement au passage.

Depuis l'âge de vingt ans jusqu'à il y a quatre ans, il se porta mieux; il alla passer trois ou quatre années à la campagne, où la gravelle diminua beaucoup; cependant il souffrait encore de sa dysurie.

Il y a quatre ans, revenu à Paris, il recommença à souffrir, et voulant en finir, il alla chez un pharmacien qui, diagnostiquant un calcul, lui donna à prendre une liqueur destinée, paraît-il, à dissoudre la pierre.

A cette époque, en se sondant, le malade sentait en effet déjà une pierre dans son canal, mais très-profondément, vers le col de la vessie.

Depuis cette époque, il n'a fait aucun traitement; les urines ne s'étaient nullement modifiées; il n'a pas remarqué si la gravelle avait augmenté ou diminué.

Il y a un ou deux mois, il lui a semblé que sa pierre se déplaçait : tout d'un coup, pendant la nuit, il lui sembla que la pierre descendait dans le canal. A partir de ce moment, il a pu la sentir constamment avec les doigts vers la partie moyenne de la verge. Il n'a pas remarqué si ce déplacement s'est accompagné d'hématurie ou d'autres accidents.

Le malade essaya alors de se débarrasser de cet obstacle, qui le gênait pour uriner : il faisait glisser le calcul de 1 ou 2 centimètres dans le canal, en le poussant avec ses doigts, tantôt en avant, tantôt en arrière, d'autres fois cherchant à l'attirer sur le côté, ce qui ouvrait le passage à l'urine; cependant la mobilité avait diminué depuis quelques jours.

Le 9 septembre, il se rendit chez un pharmacien, qui le cathétérisa avec effort avec des sondes de gomme et une sonde métallique. Une hématurie assez violente suivit ces tentatives.

Il entra à l'hôpital le 14 septembre.

Etat actuel. — Le matin, à la visite, le 15, on lui trouve un gonflement considérable des bourses, qui présentent le volume des deux poings; la verge et le périnée participent un peu à ce gonflement.

La peau du scrotum est luisante, sèche, distendue, d'une couleur rosée dans les parties latérales, mais déjà bleuâtre dans la partie médiane dans toute l'étendue du raphé. La peau de la verge, moins distendue, est rouge, œdémateuse. La partie qui est en arrière des bourses, entre elles et l'orifice anal, c'est-à-dire la région périnéale proprement dite, est moins gonflée, quoique rouge. Le toucher fait reconnaître de l'empâtement, de l'œdème dans toutes ces régions.

Le malade souffre cruellement. La peau est chaude; la langue est sèche, petite, sale; le pouls petit, avec 110 pulsations.

Immédiatement après avoir reconnu cette infiltration urineuse, M. Béraud, remplaçant M. Jarjavay en congé, diagnostique une infiltration urineuse due à la rupture du canal, produite en arrière du calcul. Par son siége, cette infiltration indique que la rupture a eu lieu dans la portion spongieuse de l'urèthre, au niveau du bulbe.

Traitement. — M. Béraud pratique sur le scrotum sept ou huit incisions en se rapprochant de la ligne médiane. Ces incisions ont une longueur de 5 à 6 centimètres chacune. Une incision semblable est pratiquée sur la partie médiane du périnée. Par toutes ces incisions il s'écoule un liquide assez abondant, de couleur et d'odeur urineuse. A la coupe, les téguments du scrotum ressemblent à de la couenne de lard et laissent suinter de l'urine. Une quantité assez considérable de sang est sortie en même temps que l'urine; il y en avait 250 grammes environ dans le vase, et ce sang s'est coagulé, quoique mélangé avec les liquides sortis en même temps que lui. On sonde le malade, et la sonde est mise à demeure. On constate la présence dans le canal d'un corps dur situé vers le milieu de la région spongieuse de l'urèthre. Ce calcul paraît très-volumineux. On ne peut passer la sonde que par un mouvement brusque, en surprenant pour ainsi dire le canal. Il est évident que celui-ci est dilaté en arrière du corps étranger. Un peu de sang mêlé d'un pus sanieux s'écoule après le passage de la sonde. — Bain; cataplasmes; bouillon et potage.

Aujourd'hui 17, une eschare bien limitée se montre sur le scrotum, dont elle occupe à peu près la moitié médiane. La fièvre n'a pas augmenté; il n'y a pas de délire; pas de traces d'érysipèle. On essaye d'attirer le corps étranger au dehors avec une pince de Hunter, mais elle glisse. On cherche ensuite à le broyer, et on ne peut le saisir. Enfin, M. Béraud essaye la curette de Le Roy-d'Etiolles; toutes ses tentatives restent encore infructueuses. Les instruments glissent tous sur le calcul. Un peu de sang s'écoule après ces manœuvres. — Bains; cataplasmes; bouillon et potage.

Le 17, les efforts tentés pour extraire le calcul par le méat urinaire étant inutiles, M. Béraud se décide à pratiquer une incision sur la ligne médiane du périnée, à 2 centimètres en arrière de la racine des bourses, ou plutôt il se sert de l'incision qui a été pratiquée le premier jour sur le périnée en l'agrandissant un peu. Une sonde est introduite dans le canal jusqu'au corps étranger, et en se guidant sur elle on arrive au calcul. Celui-ci est trouvé comme enkysté dans la paroi de l'urèthre en avant du bulbe; il occupe la partie inférieure du canal, et est situé un peu à droite; il est baigné dans un détritus gangréneux. L'extraction a été assez laborieuse, à cause du volume et de l'enkystement. M. Béraud l'a énucléé en partie avec le doigt, et l'a fait ainsi sortir de la poche qui le contenait. Pas d'hémorrhagie ni pendant ni après l'opération.

Le volume du calcul est celui d'une datte avec sa pulpe.

L'analyse chimique de ce calcul a été faite par M. Sicard, interne du service, et voici la note qu'il nous a remise :

Ce calcul est de forme ovoïde, un peu pointu aux extrémités du grand axe extérieur; d'une couleur grisâtre, il est formé par une couche épaisse offrant quelques aspérités; parfaitement distinct d'un noyau intérieur, qui est compacte, quoiqu'il se laisse plus facilement réduire en poudre que son enveloppe, ce calcul pèse 5 grammes 95 centigrammes.

La couche extérieure, séparée du noyau, a fourni à l'analyse : d'abord réduite en poudre et mise en contact avec de l'eau distillée bouillante, elle a cédé à celle-ci un peu de carbonate de chaux, qui lui a communiqué la propriété d'être sensible au papier rouge de tournesol. Une partie du résidu, traitée par l'acide chlorhydrique, a fait effervescence, et ne s'est pas complétement dissoute. Une autre partie du résidu a été traitée par l'acide azotique concentré, lequel a transformé l'acide oxalique en acide carbonique.

Pour doser la chaux, on évapore la liqueur à siccité dans une capsule de porcelaine; on arrose le résidu avec un peu d'acide sulfurique; on évapore l'excès d'acide, on chauffe la matière au rouge, on pèse le sulfate de chaux qui reste.

Une seconde opération, où le calcul a été aussi traité par l'acide chlorhydrique filtré, la solution neutralisée ensuite par l'ammoniaque, a fourni par le chlorure de baryum un précipité abondant d'oxalate de baryte.

Les opérations suivantes n'ont fait découvrir ni urates ni phosphates. Le calcul, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, est entièrement formé en grande partie d'oxalate de chaux, d'un peu de chaux carbonatée, de traces assez apparentes d'acide silicique, ainsi que de très-faibles quantités de matières organiques de nature animale.

18 septembre. Depuis l'entrée du malade, les urines n'ont pas présenté de grosse gravelle; mais elles sont extrêmement troubles, comme boueuses. Aujourd'hui l'eschare du scrotum commence à se détacher à la surface. Le malade a uriné par la plaie du périnée; l'urine ne passe plus par le méat urinaire. Fièvre modérée. — Bain; cataplasmes.

Le 19, avec des pinces on enlève une grande partie de l'eschare. Les lèvres de la plaie sont un peu tuméfiées; 100 pulsations.

Le 20, l'eschare scrotale se détache complétement, et laisse à nu les deux testicules, recouverts par le crémaster; on aperçoit en avant d'eux, sur la ligne médiane, la paroi supérieure du canal de l'urèthre, l'inférieure ayant été détruite par gangrène sur une partie de l'étendue de l'eschare du scrotum, qui mesure environ 8 centimètres d'avant en arrière.

Le 21, la plaie commence à se recouvrir d'une suppuration de bonne nature; un gonflement considérable se remarque sur la verge, s'accompagnant d'un commencement de phimosis. L'état général, du reste, est satisfaisant; peu de fièvre. Cependant le malade continue à uriner par la plaie du périnée, et une légère infiltration se remarque autour des bords de la plaie. On essaye de le sonder, sans pouvoir arriver dans la vessie. Pour prévenir l'infiltration, on recommande au malade d'uriner en écartant les cuisses. — Bain; vin de quinquina, deux portions.

Le 24, le gonflement de la verge a augmenté; une eschare superficielle se montre sur le prépuce. On parvient à introduire une sonde par le méat urinaire au moyen d'un petit spéculum auris, et la sonde se montre à nu d'abord dans la vaste solution de continuité laissée par l'eschare, puis elle s'enfonce en arrière sous les téguments qui recouvrent la base des corps caverneux. En enfonçant un doigt dans la plaie du périnée, on sent comme la sonde à nu, puis on la sent remonter vers la vessie. Du reste, aussitôt la sonde introduite, un jet de liquide en sort; on la laisse à demeure. On constate d'ailleurs que la destruction de l'urèthre porte sur une étendue bien plus considérable que l'on n'aurait pu le soupçonner. Il est détruit, ou plutôt sa paroi inférieure est détruite depuis 2 centimètres en arrière du gland jusqu'à la portion de la plaie du périnée, qui portait sur la partie la plus reculée de la portion spongieuse. Aujourd'hui les bourgeons charnus sont bien développés, et les plaies n'ont plus l'odeur urineuse qu'elles présentaient d'abord.

Le 6 octobre, quand M. Béraud a quitté le service, le malade était en bonne voie de guérison.

HOPITAL DE LILLE. — M. Castelain.

Grossesse extra-utérine tubo-ovarique.

Une femme âgée de trente-deux ans, n'ayant jamais eu d'enfants, entre à l'hôpital, se plaignant de violentes coliques et craignant un avortement prochain, occasionné par des coups portés sur le ventre. L'interne de garde s'étant assuré pendant la nuit que la dilatation n'avait pas lieu, fit transporter la malade dans le service de médecine, où elle mourut avant la visite, avec les signes d'une hémorrhagie grave, lipothymies, faiblesses, syncopes et convulsions.

A l'autopsie, on trouva la cavité pelvienne remplie par une quantité considérable de caillots sanguins, au milieu desquels se trouvait un petit fœtus du développement d'environ trois mois, portant un cordon ombilical rompu à quelques centimètres. Le kyste était vide et offrait une déchirure suffisante pour laisser sortir le fœtus, et par laquelle on put facilement le faire rentrer. Voici les modifications que subirent les organes générateurs.

Quoique n'étant pas le siége de cette grossesse, la matrice n'est pas restée étrangère au développement du travail gestateur. Son tissu est plus mou et son volume est notablement augmenté. Elle peut avoir le développement que présente une grossesse ordinaire au troisième mois. A l'intérieur de la cavité, on trouve une membrane caduque très-développée, encore adhérente par de nombreux tractus à la face interne de l'utérus, et qui n'est probablement que la muqueuse utérine hypertrophiée. A l'intérieur du col, on remarque un tampon gélatino-fibrineux et une sécrétion glaireuse. A l'extérieur existent les deux trompes : la droite aboutit à l'ovaire; mais la gauche, au niveau de son extrémité extérieure, recouvre, à l'aide de son pavillon, le kyste fœtal, de la grosseur d'un poing, et dont les parois déchirées ont laissé échapper le produit de la conception dont il a déjà été question. Le cordon ombilical se perd dans l'épaisseur d'un tissu qui, par la longueur et le nombre de ses villosités, rappelle le gâteau placentaire.

Si on dissèque cette pièce pour chercher l'origine d'implantation de l'œuf, sans cependant la détruire entièrement, on trouve des parois constituées par l'épanouissement du pavillon, et la partie voisine de la trompe considérablement dilatée; on ne retrouve plus trace d'ovaire de ce côté. Cet organe, dégénéré, aplati et déformé par les métamorphoses imprimées à tous les organes sous l'influence du travail gestateur, ne se distingue pas des parois dans lesquelles il est confondu. Les trompes ne sont pas oblitérées, et un stylet introduit dans leur cavité, du côté de l'utérus, ne rencontre aucun obstacle. Il résulte de cet examen que cette pièce de grossesse extra-utérine appartient à la variété désignée par les auteurs sous le nom de tubo-ovarique.

Nous ferons remarquer les modifications apportées dans le volume et la structure de l'utérus, et la caduque revêtant la cavité de la matrice. Cette disposition, qui est l'état normal dans la grossesse régulière, est considérée comme anormale dans la grossesse extra-utérine par M. Velpeau (*Diction. en XXX vol.*, t. XIV, p. 413). Il dit : « En général, les organes sexuels s'éloignent peu de leur état naturel quand le kyste fœtal n'est pas dans la trompe et ne contracte pas d'adhérence avec la matrice. » Ce fait, au contraire, se rapproche de l'opinion émise par M. Cazeaux (*Traité d'accouchements*, 1853, p. 274). « La matrice, dit-il, ne reste pas étrangère au développement de la grossesse extra-utérine; son volume augmente, elle se ramollit, une caduque s'organise; mais cette hypertrophie de la muqueuse est de courte durée : elle s'atrophie, et après quelques mois, l'utérus rentre dans les conditions de l'état de vacuité. »

Un volume aussi considérable de l'utérus, une caduque aussi développée au troisième mois d'une grossesse extra-utérine, surtout dans la variété tubo-ovarique, constituent un fait assez rare en anatomie pathologique.

La pièce sera conservée au Musée de l'Ecole de médecine.

(*Bullet. méd. du nord de la France.*)

PURPURA SIMPLEX A TYPE INTERMITTENT.

Par M. le docteur Labalbary.

Cette affection, qui, sans être très-fréquente, ne laisse pas que de se montrer assez souvent, apparaît d'ordinaire comme complication d'autres maladies dont elle constitue alors un des symptômes prédominants, et fournit une indication majeure de traitement (1). Aussi sa place dans le cadre nosologique est-elle loin d'être encore bien déterminée, et les pathologistes, en désespoir de cause, se contentent-ils de ranger cette maladie parmi les affections cutanées. Villan et Batemann sont allés jusqu'à considérer comme des purpura les pétéchies de certains états typhiques, et M. Rayer distingue un purpura fébrile et non fébrile. Cette distinction, dans l'état actuel, est la meilleure, à notre avis, en ajoutant à chacune de ces deux variétés le caractère de *simplex* et *hæmorrhagica*, proposé par M. Cazenave.

Or, de ces quatre nouvelles espèces, celle dont je vais présenter ici une observation est sans contredit la plus rare, puisqu'en effet le purpura n'est le plus souvent qu'un symptôme concomitant d'état typhoïde ou diphthéritique très-divers; la

(1) Tout récemment encore je viens d'observer un cas de purpura compliquant un ictère grave, survenu à la suite d'une attaque d'angine de poitrine. J'en communiquerai l'observation.

forme simple est celle qu'on observe le moins fréquemment, soit qu'elle passe inaperçue, soit que sa bénignité, dans la majeure partie des cas, n'excite pas l'attention du médecin, dégagée qu'elle est de la complication fébrile. Quant à la forme de purpura simplex à type intermittent bien caractérisé, je n'en connais nul exemple ; aussi est-ce à ce titre que j'ai recueilli et noté le cas remarquable que j'ai eu l'occasion d'observer.

Albert D..., âgé de six ans et demi, est d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible; il a le teint blond, la peau très-fine et transparente.

Le 25 mars dernier, il fit un voyage à Compiègne, où il passa quinze jours dans un état de santé satisfaisant, lorsqu'au bout de ce temps il présenta tous les soirs un gonflement considérable des membres pelviens à partir de la rotule, jusqu'aux deux malléoles. Ce gonflement s'accompagnait d'ecchymoses sous-cutanées larges comme des pièces de cinquante centimes à un franc, d'une coloration violette très-prononcée au début. Ce gonflement était très-douloureux à la pression; la marche était impossible. Les mouvements divers des membres ne s'exécutaient qu'avec la plus grande difficulté. Pas de symptômes généraux, si ce n'est un état fébrile débutant avec l'apparition de macules chaque soir et disparaissant le matin, au moment où les taches elles-mêmes diminuaient d'intensité, prenaient de plus en plus une teinte jaunâtre, en un mot suivaient dans leur évolution toutes les phases de l'ecchymose sous-cutanée, en voie de résolution. Cet état durait depuis vingt jours environ, lorsque le jeune enfant rentra dans sa famille.

Appelé par les parents à donner mes soins à ce petit malade dont l'état de débilité inspirait déjà les craintes les plus sérieuses, je voulus, avant d'instituer une médication, m'éclairer des sages conseils de mon excellent et savant confrère M. le docteur Thoré; et comme le diagnostic n'était pas douteux, voici quel fut le traitement adopté :

Tous les matins, administrer dans l'intervalle apyrétique trois pilules de sulfate de quinine de 10 centigrammes chacune; augmenter tous les trois jours jusqu'à 5; sirop d'iodure de fer, une cuillerée ; tisane de houblon et feuilles de noyer ; chocolat ferrugineux pour déjeuner; eau ferrée aux repas; vin de Bordeaux; régime tonique et reconstituant.

Au bout de quinze jours de ce traitement, la maladie s'amenda progressivement: les accès fébriles disparurent; les poussées ecchymotiques allèrent s'affaiblissant; le gonflement et la douleur des membres abdominaux cessèrent, et toutes les fonctions locomotrices reprirent leur régularité habituelle. Seulement, par mesure de précaution, le traitement fut prolongé encore de quelques jours, pour consolider la guérison.

Depuis cette époque, c'est-à-dire trois mois après, l'enfant a fait un nouveau voyage à Compiègne et est revenu dans sa famille après un séjour de vingt-quatre heures. A son retour, il a présenté une particularité remarquable : pendant toute la soirée du jour de son arrivée, il ne pouvait ni se tenir debout ni marcher, sans qu'il fût possible de mettre cette complication sur le compte de la fatigue, l'enfant ayant été transporté fort commodément en voiture. Le lendemain ce bizarre phénomène s'est évanoui sans laisser de trace.

Aujourd'hui cet enfant se porte à merveille.

DE LA CRÈME DE LAIT

comme succédané de l'huile de foie de morue.

Dans le *Bulletin de thérapeutique* (n° du 30 août 1861), M. le médecin en chef de la marine Fonssagrives rappelle aux praticiens un fait assez connu en Angleterre.

Lorsqu'un malade ne peut s'habituer à prendre l'huile de foie de morue, on lui commande l'usage de la crème fraîche de lait. Au début, la dose est de quatre cuillerées pour les enfants, et on élève la dose bien au delà de celle de l'huile de foie de morue.

Cette crème est prise pure et sucrée ou vanillée, ce qui la rend plus digestible ; les Anglais la mélangent même avec un peu de rhum. Elle pourrait encore servir d'excipient aux fortes doses de sel marin si recommandé aux phthisiques.

En Angleterre, il existe dans les régions méridionales, où le climat est doux et les pâturages sont si riches, de grands établissements où les phthisiques sont soumis au traitement par la crème de lait.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 octobre 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

Détermination graphique des rapports du choc du cœur avec les mouvements des oreillettes et des ventricules. — MM. CHAUVEAU et MAREY communiquent à l'Académie les résultats d'une expérience qu'ils ont faite à l'aide d'un appareil enregistreur (sphygmographe), pour déterminer graphiquement les rapports du choc du cœur avec les mouvements des oreillettes et des ventricules.

Les opinions à cet égard sont encore partagées, disent les auteurs, en France du moins, entre deux théories rivales. L'une, la plus ancienne et la plus répandue, soutient que le choc du cœur se fait pendant la *systole* ventriculaire, dont il est l'effet immédiat et la manifestation extérieure; l'autre attribue ce choc à la contraction de l'oreillette et le considère comme l'expression de la *diastole* du ventricule. L'importance de la question a soulevé des discussions nombreuses; des expériences ont été faites pour rallier l'un des partis ; mais toujours après avoir vu, palpé, ausculté le cœur d'un animal dont on avait ouvert la poitrine, chacun croyait trouver la confirmation de la théorie à laquelle il croyait à l'avance.

Puisque la contradiction existait entre des observateurs témoins d'un même fait, c'est probablement que la démonstration n'était pas suffisamment claire pour tout le monde ; que l'œil ne peut pas toujours saisir la succession rapide de ces mouvements multiples qui constituent une révolution du cœur. Une seule chose restait à faire pour mettre fin aux dissidences : c'était de tâcher d'obtenir, à l'aide d'un appareil enregistreur, sur des animaux non mutilés, la représentation pour ainsi dire autographique des mouvements du cœur et du choc cardiaque, de manière à ne plus rien laisser à l'appréciation des sens dans la détermination des rapports de l'un avec les autres.

Lorsque l'oreillette ou le ventricule se contractent, il survient une brusque augmentation dans la pression du sang que contiennent ces cavités. Signaler à l'aide d'un instrument enregistreur ces changements dans la pression, nous a paru la meilleure manière de constater l'instant de la contraction de l'oreillette et du ventricule. L'expérience que nous avions déjà tentée il y a deux ans, au moyen de leviers de sphygmographe mis en communication avec les cavités du cœur par des tubes remplis d'eau, avait échoué à cette époque à cause des résistances trop grandes que causaient l'inertie et les frottements d'une longue colonne liquide. Nous la reprîmes dans ces temps derniers avec un succès complet, en nous servant comme moyen de transmission de tubes à air, d'après le procédé de M. Buisson.

L'expérience fut faite sur un cheval vigoureux, qui est resté pendant tout le temps debout et parfaitement calme (on observa cependant une accélération sensible des battements du cœur).

Une petite boule de caoutchouc gonflée d'air fut introduite dans un espace intercostal, du côté gauche, au niveau du ventricule ; elle recevait le choc développé par la pulsation cardiaque et le transmettait au moyen d'un long tube à un premier levier.

Une sonde poussée dans l'oreillette droite, par la jugulaire, et terminée par une mince ampoule élastique pleine d'air, transmettait à un deuxième levier les impulsions développées par les systoles auriculaires.

Enfin, un troisième levier recevait les impulsions ventriculaires; il communiquait au moyen d'un long tube avec une sonde solidaire de celle de l'oreillette, mais plus longue et descendant jusque dans le ventricule. Une ampoule élastique le terminait également; un plomb adapté à son extrémité assurait sa descente.

Quand on se fut assuré que les trois leviers fonctionnaient régulièrement, on leur fit écrire simultanément leurs indications sur un cylindre tournant, recouvert d'un papier glacé enduit de noir de fumée.

En considérant les trois tracés dans leur ensemble, on voit :

1° Que la systole de l'oreillette débute et même finit longtemps avant le choc ventriculaire ;

2° Que la systole du ventricule commence exactement au début du choc et finit avec lui.

Il est inutile d'insister davantage sur la signification de ces tracés, qui nous semblent démontrer d'une manière irrécusable que le choc du cœur est un effet de la systole du ventricule, et que par conséquent il ne saurait y avoir de doute entre les deux théories rivales. Si l'erreur était possible lorsque la vue et le toucher devaient saisir les rapports de ces mouvements rapides, il n'en saurait être de même avec des appareils qui accusent l'apparition de chaque mouvement avec une approximation d'un vingtième et au besoin d'un cinquantième de seconde. (Commissaires, MM. Flourens, Rayer, Bernard.)

— M. POISEUILLE, à l'occasion des cas de maladie qui ont été observés à Saint-Nazaire par suite de la présence d'un vaisseau venant de la Havane, rappelle une communication qu'il a faite précédemment sur un mode particulier de ventilation pour les navires. Ce mémoire avait été renvoyé à l'examen d'une commission qui depuis a perdu l'un de ses membres, M. Magendie. L'auteur pense qu'en présence des nouveaux faits qui viennent de se produire, il serait à désirer que ce procédé hygiénique reçût, s'il était jugé bon, la sanction de l'Académie. En conséquence, il la prie de vouloir bien compléter la commission d'examen.

MM. Bernard et Duperrey sont adjoints aux deux membres déjà nommés de la commission, MM. Regnault et Despretz.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté en date du 7 octobre, M. le docteur Gonné est nommé médecin du lycée impérial Fontanes, à Niort (emploi nouveau).

— M. le docteur Dagron, directeur-médecin de l'Asile des aliénés de Napoléon-Vendée, est appelé aux mêmes fonctions à l'Asile de Bonneval (Eure-et-Loir). Ce dernier établissement, dont l'achèvement s'opère en ce moment, sera ouvert le 1er janvier 1862.

M. le docteur Seraine, ancien médecin en chef de l'Asile de Niort, est nommé directeur-médecin de l'Asile de Napoléon-Vendée.

M. le docteur Rousseau, médecin adjoint de l'Asile d'Auxerre, passe en la même qualité à l'Asile de Dijon.

— M. le docteur Conneau vient d'être nommé, par S. M le roi de Prusse, commandeur de l'ordre de l'Aigle rouge.

— S. M. la reine d'Espagne vient de faire remettre à M. le docteur Otterbourg les insignes de l'ordre royal de Charles III, en considération des soins donnés par notre honorable confrère à plusieurs membres de sa famille.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Duportal, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier, et ancien directeur de l'Ecole de pharmacie de cette ville.

— M. N. A. Follet, premier chirurgien en chef de la marine en retraite, vient de mourir à Rochefort à l'âge de soixante-douze ans.

— Un rapport officiel qui vient d'être publié en Prusse constate que 4,789 soldats, dont 2,609 du corps de Poméranie, sont atteints d'ophthalmies.

Une belle collection de la *Gazette* depuis son origine (1828), reliée, et les années 1834, 1835, 1836, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1850, 1855, sont à vendre au bureau du journal.

Mémoire pratique sur l'emploi de l'ergotine, par J. Bonjean. Paris, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

M. Bonjean, qui a obtenu une médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris, pour la découverte de l'ergotine, iodique les diverses applications de ce médicament, dont la solution est considérée par les plus illustres médecins, et entre autres par MM. les professeurs Floureos, Sédillot et Retzius, médecin du roi de Suède, comme le plus puissant hémostatique que possède la médecine contre les hémorrhagies des vaisseaux tant artériels que veineux.

(Ergotine, 10 gr. ; eau, 100 gr.) — A plus faible dose, cette solution est employée comme cicatrisante.

On emploie l'ergotine à l'intérieur sous forme de dragées (à la pharmacie, rue Bonrbon-Villeneuve, 19), et M. Bonjean cite les praticiens les plus distingués qui s'en sont servis avec avantage pour faciliter le travail de l'accouchement, arrêter les pertes foudroyantes qui en sont quelquefois la suite, pour combattre les hémorrhagies de toute nature : l'hémoptysie, les engorgements de l'utérus, les dyssenteries qui accompagnent souvent les fièvres intermittentes, les diarrhées chroniques, etc., et en raison de la propriété dont jouit l'ergotine de ralentir la circulation d'une manière très-marquée, elles offrent un moyen puissant pour enrayer la phthisie pulmonaire.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 122 — JEUDI 17 OCTOBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 122. — JEUDI 17 OCTOBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 OCTOBRE 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

Dans la séance du 4 décembre de l'année dernière, M. le docteur Lefort, prosecteur à la Faculté, a lu à l'Académie un mémoire sur la résection de l'articulation coxo-fémorale dans les cas de coxalgie et de plaies par armes à feu. Nous avons qualifié alors ce travail en disant que c'était une excellente étude clinique sur les indications et les contre-indications de cette grave opération, ajoutant qu'il y avait lieu surtout de louer la prudence avec laquelle l'auteur formulait ses indications. Nous sommes heureux d'avoir entendu sanctionner cette appréciation sommaire par un juge aussi compétent et aussi autorisé que M. Gosselin. C'est, en effet, le jugement que ce savant professeur a formulé dans le remarquable rapport dont il a donné lecture hier à l'Académie, jugement motivé sur l'analyse des nombreux documents réunis dans le travail de M. Lefort et sur une étude approfondie du sujet.

Deux questions capitales ressortent de cette analyse : Quelle est la valeur pratique de la résection du col du fémur? Quelle est la cause de l'éloignement des chirurgiens français pour cette opération? — L'examen de ces deux questions a naturellement conduit le rapporteur à traiter des divers points de l'histoire de la coxalgie suppurée, de son traitement et de ses suites.

C'est, on le voit, un beau texte à discussion; et l'on doit savoir gré au bureau de n'avoir pas laissé s'engager un débat de cette importance *ex abrupto* sans la réflexion et l'étude qu'il réclame. Il a été décidé, sur la proposition de M. le président, que la discussion sur ce rapport ne serait ouverte qu'après sa publication dans le *Bulletin*. C'est là une mesure qu'il serait désirable de voir adopter d'une manière générale pour toutes les discussions.

M. Ménière a clos la séance par la lecture d'un travail médico-littéraire et historique plein d'intérêt sur Linné considéré comme médecin. C'est une de ces lectures qui échappent à l'analyse et dont l'auditeur recueille seul tout le bénéfice. — Dr Brochin.

HOPITAL MILITAIRE DE VINCENNES.

M. GOFFRES.

Enchondrome du testicule.

Le nommé B..., vingt-quatre ans, fusilier au 97e de ligne, entre à l'hôpital militaire de Vincennes, dans le service de M. le médecin principal Goffres, le 5 juin 1861, pour une *tumeur du testicule gauche*.

C'est un homme de bonne constitution, ordinairement bien portant, sans antécédents scrofuleux ni vénériens. Il n'a jamais eu d'*orchite* d'aucune nature. Trois semaines seulement avant son entrée à l'hôpital, et par hasard, il s'est aperçu qu'il avait le *testicule gauche* plus gros que l'autre. Il venait de suivre les exercices de l'école de gymnastique : il attribua naturellement cette augmentation de volume à un choc ou à un froissement quelconque de l'organe dans ces exercices; mais n'éprouvant aucune douleur, il ne s'en préoccupa point d'abord; la persistance seule de la tuméfaction le fit entrer à l'hôpital.

On constata alors dans le côté gauche du scrotum une tumeur du volume d'un œuf de poule, ayant toute la physionomie d'une orchite subaiguë. Cette tumeur était, au dire actuel du malade, tout à fait indolente à la pression, n'était le siége d'aucune douleur spontanée, déterminant seulement quelques tiraillements pénibles dans l'aine. M. le principal Goffres prescrivit d'abord des cataplasmes saturnés; plus tard il fit faire des onctions mercurielles et appliquer des emplâtres de Vigo sur la tumeur; enfin il soumit le malade à l'usage interne de l'huile de foie de morue.

Pendant quelque temps la tumeur parut stationnaire, ou au moins son développement fut très-lent. Au mois d'août, elle prit tout à coup un accroissement rapide et acquit dans l'espace d'un mois le volume qu'elle présente aujourd'hui. B... accusa alors quelques douleurs, mais toujours dans l'aine et la région lombaire.

Le 14 septembre 1861, en prenant le service, je constatai l'état suivant : Le scrotum est presque tout entier occupé par une tumeur appendue au cordon gauche; tumeur ovoïde, à grosse extrémité inférieure, d'un diamètre vertical de 12 à 13 centimètres et de 10 centimètres d'épaisseur, d'une pesanteur considérable; lisse, régulière, sans aucune bosselure; d'une consistance partout uniforme, ferme, élastique, mais dépressible au point de donner l'idée vague d'une collection centrale. La résistance qu'elle présente au doigt est tout à fait superficielle; aucune couche liquide ne paraît interposée entre la peau et la masse morbide.

La peau du scrotum est tendue, sillonnée de quelques veines variqueuses, mais saine et parfaitement mobile.

La tumeur occupant la plus grande partie du scrotum, le raphé médian apparaît sur sa face antérieure.

Comme par le passé, cette tumeur est indolente à la pression et n'est le siége d'aucune douleur spontanée. Vers la partie supérieure, sur la limite postérieure de la face externe, dans un point limité, le malade accuse, sous la pression du doigt, la douleur caractéristique qu'on détermine en comprimant le testicule.

Le cordon est plus volumineux que celui du côté droit, jusqu'à l'entrée du canal inguinal; mais il est sans induration; le canal déférent est sain. Ce volume est dû au développement variqueux des veines; aussi le voit-on diminuer ou augmenter, selon qu'on observe le malade dans la position horizontale ou dans la station debout.

Le testicule droit est sain.

Diagnostic. — Le développement considérable et rapide de la tumeur ne permettait plus de diagnostiquer une *orchite* soit traumatique, soit blennorrhagique, soit syphilitique ou tuberculeuse. Le défaut de fluctuation, l'absence de transparence constatée plusieurs fois avec le plus grand soin par M. le principal Goffres, et la pesanteur, éloignaient la pensée d'une hydrocèle simple ou compliquant une altération quelconque du testicule. D'un autre côté, la régularité de la tumeur, sa consistance homogène, l'absence complète de douleurs spontanées ou à la pression, l'état sain du cordon et des ganglions lombaires, enfin l'état général du malade resté excellent, empêchaient de s'arrêter à l'idée d'une tumeur encéphaloïde. En dehors de ces tumeurs, le diagnostic était encore difficile à préciser : on pouvait avoir affaire à un *sarcome kystique* ou à un *enchondrome* (quoique la dépressibilité que nous avons signalée pût, jusqu'à un certain point, permettre de rejeter cette dernière tumeur), ou enfin à un de ces *épaississements* de la tunique vaginale accompagnant l'hématocèle appelée *consécutive* par M. le professeur Gosselin. L'augmentation brusque de la tumeur, l'étiologie apparente indiquée par le malade, et cet autre signe, *la possibilité de sentir une résistance dure tout à fait superficielle*, sur lequel insiste le savant professeur de la Faculté, en faisant remarquer que « dans les tumeurs solides il y a toujours quelque endroit, particulièrement en avant, au niveau duquel on refoule une couche liquide, avant de rencontrer la résistance du testicule. » Toutes ces particularités propres à l'hématocèle et observées chez notre malade, faisaient un devoir de recourir à un dernier moyen de diagnostic, à une ponction exploratrice.

Le 15 septembre, je pratique une première ponction sur la face antérieure de la tumeur; le trocart pénètre dans une masse solide, homogène, et la canule ne donne issue qu'à quelques gouttes de sang vermeil. Une autre ponction, pratiquée immédiatement dans un autre point de la tumeur, donne le même résultat, et de plus la plaie scrotale, après l'extraction de la canule, donne issue à un petit jet d'un liquide citrin (10 à 12 gouttes environ) provenant sans nul doute de la tunique vaginale.

La nature solide de la tumeur était évidente; le diagnostic qu'il me paraît possible d'établir est celui de sarcocèle kystique (maladie kystique de Curling, traduction de M. Gosselin). Dès lors l'inutilité d'un traitement local et général devient certaine; l'ablation seule du testicule peut procurer la guérison. Pourtant l'indolence de la tumeur, l'état général resté très-satisfaisant permettant de temporiser, je soumets le malade à l'usage des pilules de ciguë et calomel, de l'iodure de potassium à la dose de 1 et 2 grammes par jour, en même temps que je fais faire sur le scrotum des frictions avec des pommades iodurées.

Après quinze jours de ce traitement, ne voyant aucune amélioration dans son état, le malade, à qui j'avais fait entrevoir la nécessité d'une opération, la réclame lui-même.

Le 1er octobre, une ponction exploratrice est encore pratiquée, et donne le résultat obtenu par les deux premières. Alors, le malade étant chloroformé, une incision comprenant toute l'épaisseur des enveloppes scrotales est faite sur la face antéro-externe pour éviter la cloison, et dans toute la hauteur de la tumeur. Cette incision permet d'énucléer facilement le testicule malade et l'extrémité inférieure du cordon. Les éléments du cordon sont ensuite coupés successivement, la ligature des vaisseaux faite isolément, à mesure de leur section; la rétraction du scrotum est considérable : les lèvres de la plaie sont rapprochées et réunies par des serre-fines partout, excepté à la partie inférieure.

Description anatomique. — La tumeur énucléée pèse 485 grammes; son diamètre vertical mesure 12 centimètres, son épaisseur 10 centimètres. La tunique vaginale est saine; des adhérences faibles existent seulement en deux points, et paraissent consécutives aux ponctions exploratrices.

Le canal déférent est sain; l'épididyme, déroulé par le développement de la tumeur, est étalé sur la face postéro-externe. (C'est sa compression qui probablement donnait lieu à la douleur testiculaire.)

En incisant la tumeur sur la face antérieure et de haut en bas, on voit d'abord la tunique albuginée très-amincie et facilement isolable des tissus sous-jacents; au-dessous, une couche de substance tuberculeuse facilement reconnaissable à l'œil nu, étalée sur la face antérieure et les faces latérales de la tumeur. Cette couche a d'un à

ROME MÉDICALE (1).

Rome possède de nombreux établissements qui répandent largement l'instruction dans toutes les classes de la société. M. Armieux donne une statistique de l'instruction publique à Rome, comparée avec celle de la France et de l'Angleterre. Il en résulte pour les Etats de l'Eglise une infériorité considérable, un peu moins considérable cependant pour la ville même de Rome, où elle se rapproche de celle de Paris, ce qui tient à l'abandon et à l'inculture dans laquelle vivent les populations de la campagne.

L'établissement le plus fréquenté par les jeunes gens, le Collége romain, est placé sous la direction des jésuites. Il fut illustré par saint Ignace de Loyola, qui l'habita longtemps : les sciences physiques y sont professées avec éclat. C'est dans ce collége que Galilée a fait ses premières études astronomiques.

Après le Collége romain, vient l'Université de la Sapienza. Elle comprend cinq Facultés : théologie, droit, médecine et chirurgie, philosophie et mathématiques, philologie. Elle représente à Rome notre Sorbonne, notre Collége de France, nos Facultés de droit et de médecine. Nous n'avons à nous occuper ici que de cette dernière.

Les détails que nous donne M. Armieux sur la marche des études médicales et sur les conditions d'admission à l'Université, sont des plus instructifs. Nous voyons que les jeunes gens qui veulent entrer à la Sapienza doivent produire un certificat de *bonne conduite morale et politique*, délivré par le *curé*, et une attestation de baptême servant d'extrait de naissance. Les registres de l'état civil sont tenus à Rome par les curés, ainsi que cela se pratiquait en France avant 89. Ces prêtres remplissent aussi les fonctions de commissaire de police.

Dès leur admission, les étudiants sont obligés de justifier par un examen oral et écrit de leur aptitude dans les diverses connaissances dont ils ont fourni certificat. Après une année d'étude, ils obtiennent au concours le grade de bachelier. Au bout de la deuxième année pour les chirurgiens, de la troisième pour les médecins, ils subissent un concours pour le *lauréat* en chirurgie, ou la *licence* en médecine, après quoi ils entrent en clinique, et sont attachés à un des hôpitaux de Rome, où ils sont entretenus aux frais de l'établissement. Après deux années d'internat, ils subissent les examens pour la *matricule* ou droit d'exercice. Il faut donc quatre ans d'études pour les chirurgiens, et cinq ans pour les médecins. Ces derniers sont toujours moins nombreux que les premiers. Il n'y a à Rome qu'un seul degré de praticiens diplômés, et l'institution des officiers de santé n'y existe pas.

Il serait trop long de suivre l'auteur dans tous les détails, assez intéressants du reste, qu'il nous donne sur les divers cours de la Faculté de médecine, et de transcrire les impressions qui lui sont restées des auditions qu'il y a faites. Ces cours constitueraient un enseignement complet, si l'on n'y constatait certaines lacunes regrettables. Ainsi, l'anatomie pathologique, cette science fondée par un médecin italien de génie, par l'illustre Morgagni, n'a pas de chaire à Rome. De plus, les cadavres des femmes ne sont pas admis dans les amphithéâtres de dissection, et les cliniques d'accouchement et de maladies des femmes, syphilitiques et autres, sont fermées aux étudiants. Enfin, les cours ne durent que huit mois de l'année, et de nombreuses vacances de huit et douze jours viennent encore, à certaines époques, comme le carnaval, Pâques et la Noël, en favorisant la paresse instinctive des Romains, entraver les études et leur porter ainsi un grand préjudice. Ajoutons que la censure ecclésiastique exerce un contrôle sévère sur les leçons des professeurs, dont l'enseignement doit toujours être d'accord avec les livres saints.

Après avoir analysé les cours de la Faculté romaine et avoir démontré par l'indication des matières qui en faisaient le sujet en 1859, que l'enseignement théorique de la médecine n'est pas inférieur à celui des autres pays de l'Europe, notre confrère nous introduit dans les bibliothèques et les musées spéciaux, qu'il visite et décrit avec soin.

Sans parler des riches bibliothèques du Vatican, des couvents de la Minerve, d'Ara-Cœli et du palais Corsini, la *Sapienza* possède une remarquable collection d'auteurs grecs, latins et arabes; livres précieux, la plupart éditions rares et magnifiques, datant des premiers

(1) Nous avons pensé que nos lecteurs suivraient avec intérêt M. le docteur Armieux dans ses pérégrinations à Rome. Cet honorable confrère en avait fait l'objet d'un excellent mémoire couronné par la Société médicale de Toulouse. C'est au Compte rendu pour 1861 de cette Société que nous empruntons cette page d'histoire médicale.

(*Note de la Rédaction.*)

deux millimètres d'épaisseur. En l'incisant elle-même sur la ligne médiane, on peut la séparer de la masse morbide principale jusque sur les limites des faces latérales, où, au premier abord, elle semble ne plus exister.

La masse morbide principale qu'on découvre alors est régulièrement lobulée à l'extérieur. Les lobes, bien distincts, mais unis intimement, convergent de la face antérieure vers le bord postérieur de la tumeur. A l'extrémité supérieure et à l'extrémité inférieure, on observe deux lobules de deux ou trois centimètres de diamètre, aplatis, paraissant presque isolés des autres : ils se continuent par un large pédicule avec la masse. Une couche celluleuse mince enveloppe tous les lobes et lobules. Cette couche est plus épaisse antérieurement et même présente là une disposition en lamelles de densité fibro-cartilagineuse.

La coloration générale de la tumeur est jaunâtre, un peu tachée par des tractus rougeâtres, surtout au niveau des cloisons.

La densité est considérable, mais moins uniforme qu'elle ne paraissait dans le scrotum. Les deux petits lobules signalés aux extrémités ont la consistance de l'encéphaloïde au début de la période de ramollissement. Le doigt, en comprimant la tumeur, constate, outre les lamelles fibro-cartilagineuses indiquées à la face antérieure, de petites masses dures qui restent saillantes quand on déprime les parties moins denses qui les entourent. Ces masses, de volume variable, irrégulièrement disséminées, donnent assez bien, par leur résistance, l'idée de cylindres qu'on boucherait par une de leurs extrémités, l'autre appuyant sur un point solide au centre de la tumeur (leur développement pourrait être un signe certain de ces tumeurs, s'il arrivait au point d'être sensible à l'extérieur). Les cloisons elles-mêmes qui séparent les lobules sont dans quelques points très-épaisses; quelques-unes ont une consistance presque osseuse.

La tumeur est indurée dans toute son épaisseur. Le scalpel divise une multitude de lamelles et de noyaux cartilagineux dont la surface de section paraît brillante. Du reste, on observe encore sur la coupe l'aspect lobulé signalé extérieurement; seulement, les mamelons ou lobes sont plus nombreux et moins réguliers. La coloration n'est point partout la même; celle des lobules placés aux extrémités de la tumeur est jaune rougeâtre; leur substance fait une saillie convexe sur la coupe. La masse qui compose la couche superficielle de la tumeur est grisâtre. Au centre, on observe de gros lobes à coloration jaunâtre. La densité de la couche superficielle est de beaucoup supérieure à celle des gros lobes centraux. Cette couche superficielle, d'une épaisseur de 1 ou 2 centimètres, a un aspect granuleux dû à la saillie des lamelles cartilagineuses signalées et à une infinité de petites pyramides tronquées, irrégulièrement polyédriques, qu'on voit facilement être des prolongements ramifiés de masses de même nature. Ces masses, qu'on énuclée et qu'on parcelle facilement, paraissent translucides et brillantes, un peu jaunâtres, comme de la gélatine solidifiée (elles ont la densité du cartilage). On observe aussi sur la coupe de nombreux orifices circulaires et béants, les uns répondant à des vaisseaux durcis divisés par le scalpel, les autres à des canalicules séminifères très-simplifiés, dont les parois sont devenues denses et comme cartilagineuses. L'enchevêtrement de ces différents éléments avec de petits grains de même nature et de même aspect, et enfin une notable proportion de tissu fibreux composent cette masse pathologique.

Les lobules, jaunâtres et d'aspect comme graisseux, présentent sur la coupe de petits grains cartilagineux perlés, translucides, plus brillants quand on déchire la tumeur; on les énuclée facilement des petites cavités irrégulières dans lesquelles ils sont contenus.

Cette masse granuleuse qui compose les lobes est séparée par des cloisons fibreuses, fibro-cartilagineuses et même osseuses. La transformation de ces cloisons est d'autant plus complète qu'on les observe plus près du corps d'Highmore. Les cloisons sont épaisses de plusieurs millimètres et font saillie comme des crêtes entre les lobules. Des lames fibreuses et munies de vaisseaux séparent les lobules et paraissent en quelques points se continuer avec les crêtes cartilagineuses.

On observe aussi dans la masse de la tumeur de petits kystes de 2 ou 3 millimètres, contenant un liquide albumineux.

DE LA VALEUR SÉMÉIOTIQUE

des battements du tronc cœliaque dans le typhus d'Amérique et autres pyrexies,

Par M. le docteur BERTHULUS (de Marseille).

Ayant eu l'occasion, pendant le cours de ma carrière médicale, d'étudier et de traiter la fièvre jaune dans trois localités différentes, à Fort-de-France (Martinique), à la Havane, à Vera-Cruz, il m'est permis de répondre quelques mots à la question posée il y a peu de jours à l'Académie des sciences de l'Institut par M. le docteur Guyon, dont je connais de longue date les travaux et les courageuses expériences aux Antilles françaises.

Dans un travail sur la fièvre jaune, publié en 1840, auquel les circonstances valurent une sorte de célébrité (1), et que M. Guyon lui-même paraît n'avoir pas oublié, je disais :

« De tous les symptômes de la fièvre jaune, les plus constants ont été sans contredit les battements du tronc cœliaque et la chaleur abdominale extraordinaire, insolite; ils n'ont manqué chez aucun des 116 malades que j'ai traités, et je les regarde comme pathognomoniques. Pour constater les battements, l'application de la main n'est pas en général nécessaire; le plus souvent ils sont appréciables à la vue. Tant qu'ils persistent, le malade est en danger, et leur retour pendant la convalescence est un signe certain de rechute.

» La plupart des médecins qui ont écrit sur la fièvre jaune ont oublié de mentionner ce symptôme; mais je me suis assuré, il y a peu de temps, en relisant l'ouvrage de MM. Bally et Pariset, qu'il n'avait pas échappé à leur attention. Je voudrais bien être définitivement fixé sur leur valeur réelle. »

On le voit, il y a vingt-deux ans que j'exprimais ce désir, comme le fait aujourd'hui l'honorable docteur Guyon.

L'existence des battements cœliaques avant même que la fièvre jaune soit bien déclarée, fait que j'ai souvent noté chez des individus qui étaient à peine indisposés; l'opiniâtreté avec laquelle ils se maintiennent dans les diverses périodes de ce typhus jusqu'à la solution heureuse ou funeste; leur retour lorsqu'une rechute est imminente, sont autant de particularités qu'il convient de prendre en considération, lorsqu'on veut apprécier la portée et la valeur de ce phénomène. Il se rattache évidemment à une fluxion sanguine intense *terrible*, qui caractérise essentiellement la fièvre jaune. Toute l'activité circulatoire semble en effet, pendant son cours, se concentrer dans l'aorte ventrale et ses divisions gastro-intestinales; tandis que le cœur tombe dans une inertie relative, qui expliquerait très-bien à elle seule le défaut d'isochronisme entre ses battements et les pulsations cœliaques, si l'état de turgescence, d'hyperémie des viscères abdominaux, et les entraves qu'il apporte à la circulation, n'entraient aussi pour une bonne part dans la production de ce symptôme.

On a dit que la fièvre jaune était un typhus essentiellement abdominal, et on a eu raison; c'est sans doute une affection générale, mais cette affection tend à se localiser sur les organes digestifs. De même, le typhus d'Europe ou *nostras* est particulièrement cérébral, nerveux, tandis que la peste d'Orient s'exprime pathognomoniquement par le système lymphatique. Si j'en avais le temps aujourd'hui, j'expliquerais très-nettement ces différences à l'aide de certaines données étiologiques que tous les auteurs ont passées sous silence, et qui se rapportent surtout aux causes sociales, au genre de civilisation au milieu desquels naissent les trois fléaux.

Ce qui achève de démontrer l'intensité de la fluxion abdominale dans le typhus d'Amérique, c'est cette douleur âcre, mordicante, insolite, dont l'abdomen est le siége, le foyer, si bien que le thermomètre appliqué sur cette région marque toujours quelques lignes de plus que sur les autres parties du corps. Une autre cause adjuvante de cette fluxion gît dans la constipation opiniâtre qu'on observe généralement dans ce typhus, et que je ne pouvais vaincre parfois à l'aide des lavements drastiques les plus énergiques (extrait de coloquinte, huile de croton).

Toutefois, on se tromperait fort si l'on confondait cette fluxion si caractéristique dont je parle avec une phlegmasie gastro-intestinale. Excepté dans des cas tout à fait exceptionnels, l'élément phlogose ne se montre jamais dans le cours de la fièvre jaune, et les mauvais effets des saignées en sont la meilleure preuve. Le mouvement fluxionnaire qui se produit dans l'abdomen doit être combattu par les révulsifs et les applications réfrigérantes sur la région affectée. Si je me retrouvais jamais en face du fléau des Antilles, je généraliserais encore plus que je ne le fis en 1838 et 1839 l'emploi de ces moyens, qui me donnèrent cependant à cette époque les résultats les plus satisfaisants.

Depuis que j'ai quitté les colonies et que j'exerce dans les hôpitaux de France, j'ai retrouvé les battements du tronc cœliaque dans plusieurs maladies, dans les fièvres bilieuses, muqueuses, typhoïdes, pernicieuses, dans la première période de la dothinentérite chez les sujets vigoureux et sanguins. Dans un compte rendu clinique publié en 1858, je disais, à l'article *Fièvre typhoïde* : « Les battements du tronc cœliaque se sont souvent montrés chez mes malades, et j'en ai fait constater l'existence à nos élèves, qui n'avaient jamais entendu parler de ce symptôme. »

J'estime que les battements du tronc cœliaque et le mouvement fluxionnaire qu'ils expriment sont sous la dépendance directe de l'élément nerveux; car je les ai toujours vus s'exaspérer sous l'influence des saignées, même *ad deliquium*.

Hippocrate a parlé de ce symptôme dans le VIIe livre de ses *Epidémies*, où il dit : « Les palpitations à l'épigastre et aux hypochondres annoncent souvent dans les fièvres un délire funeste. »

Voilà ce que je sais sur les battements du tronc cœliaque et la valeur séméiotique que je leur attribue.

(1) Cet ouvrage, intitulé *De l'importation de la fièvre jaune*, renversait de fond en comble la théorie professée par Chervin, sur la non-contagion de cette maladie, et prouvait par des faits dont l'authenticité était garantie par MM. Kéraudren, Foullioy, par les docteurs Mollen, Miriel et Potel (de Brest), qu'elle s'était montrée à bord de *la Caravane* avec des vomissements noirs, par 14° du thermomètre de Réaumur.

NOUVELLES OBSERVATIONS DE GREFFE ANIMALE.

Sous le titre d'*Observation rare de chirurgie conservatrice*, le docteur Nichols adresse à l'éditeur de *the Lancet* (24 août 1861) un nouveau fait de greffe animale. Il insiste avec raison sur la confiance que le chirurgien doit avoir dans la vitalité des tissus séparés du corps; cette vitalité peut se conserver fort longtemps, et jamais il ne faut négliger la réunion des parties. Cette opinion, grâce au célèbre rapport de Bérard et à l'enseignement officiel de M. Nélaton, a parfaitement cours en France; mais il est bon d'enregistrer les faits qui viennent l'appuyer. Nous nous associons donc aux regrets d'Addison, en voyant M. Nichols avoir attendu à l'année 1861 pour publier un fait aussi curieux qu'instructif, observé en 1846.

OBS. I. — Dans le courant de l'été de 1846, une servante vint me chercher en toute hâte pour donner des soins à son maître, âgé de plus de soixante-dix ans, qui à la suite d'une chute s'était grièvement blessé. J'arrivai chez le vieillard, que je trouvai un mouchoir sur la figure. « Docteur, me dit-il, j'ai le nez abattu. » J'hésitais, quand sa fille me présenta le morceau séparé qu'elle avait ramassé dans le sang. Il était noir, froid et couvert de poussière.

J'examinai la blessure : toute l'extrémité charnue du nez, les ailes et la cloison étaient nettement tranchées, et la surface du cartilage était à nu; la lèvre supérieure, fendue transversalement dans toute son épaisseur, pendait sur l'orifice de la bouche.

En montant l'escalier, le pauvre vieillard avait fait un faux pas contre la dernière marche; il avait essayé de se relever, et c'était à ce moment qu'il était allé tomber en avant contre un morceau de bois placé près de la porte du salon. Le tranchant de ce bois avait comprimé, puis coupé le nez du malheureux.

Un moment je me demandai ce que j'allais faire. Mais pensant que je ne saurais appliquer de meilleur pansement que le morceau séparé du nez, et que l'espérance du malade — car je n'en avais pas — me donnerait le temps de l'habituer à la perte de son nez, je me décidai à tenter la réapplication.

Rien de plus simple. Je lavai le fragment pour le débarrasser de la poussière; je le replaçai avec soin, et quelques bandelettes adhésives suffirent à maintenir les parties *in situ*.

La lèvre supérieure fut réunie de la même manière.

Le lendemain, je fus surpris de voir l'extrémité du nez que j'avais laissée à dessein à découvert, perdant sa coloration noirâtre. Pas de suppuration.

Le jour suivant, même état.

Le troisième jour, je ne saurais dire mon étonnement et ma joie,

---

temps de l'imprimerie. Les auteurs français y sont aussi en grand nombre, et l'on constate avec plaisir que les étudiants les lisent beaucoup; c'est le moyen pour eux de se tenir en garde contre les erreurs qui peuvent se glisser dans l'enseignement officiel, et de suivre les progrès de la science.

L'Université romaine possède aussi de riches collections scientifiques, parmi lesquelles on remarque surtout celle de minéralogie, dont les magnifiques échantillons remplissent cinq grandes salles décorées avec beaucoup de goût et d'élégance. Le Musée d'anatomie occupe deux salles; il renferme de bonnes préparations anatomiques et de belles pièces en cire.

Passons à l'enseignement pratique, sur lequel nous devons nous étendre un peu. C'est dans les hôpitaux que se donne cet enseignement. Ces asiles de la douleur sont nombreux à Rome. Ils sont généralement tenus avec une grande propreté et un certain luxe. Nous allons les passer rapidement en revue.

La Consolation, joli nom pour un hôpital, est destiné à recevoir les blessés des deux sexes victimes de quelque accident instantané: fractures, contusions, chutes, coups de couteau. Il est dans d'excellentes conditions hygiéniques : soixante-deux lits pour les hommes, vingt-quatre pour les femmes.

L'hospice de Saint-Jean Calabita, dirigé par les frères de Saint-Jean-de-Dieu. On y reçoit seulement les hommes atteints de maladies légères et de peu de durée : une seule salle de 50 lits.

L'hôpital de Saint-Gallican, ancienne léproserie, est exclusivement affecté au traitement des maladies de la peau. Il peut recevoir soixante hommes, soixante femmes et trente enfants.

L'hôpital Saint-Sauveur est destiné aux femmes fiévreuses, scorbutiques, atteintes de maladies chroniques. Cet établissement, construit dans de vastes proportions, reçoit en moyenne, chaque année, 3,054 malades. La mortalité y est considérable, autant par la nature des maladies qui y sont traitées que par l'insalubrité de l'air qu'on y respire. Ainsi que nous l'avons dit, les étudiants ne fréquentent pas ces établissements : ce sont les sœurs de Saint-Vincent de Paul qui font les pansements et les opérations de petite chirurgie.

L'hospice Saint-Roch est affecté aux femmes en couches. Il y a une salle de vingt lits, plusieurs petites chambres, une salle pour les accouchements laborieux et les opérations.

Une chose digne de remarque, et qui doit nous surprendre, sous le régime qui gouverne Rome, c'est la facilité et la discrétion qui président aux réceptions. La femme qui est admise peut s'entourer du mystère le plus complet. Elle prend en entrant un numéro; on ne lui demande aucun renseignement, et même, en cas de mort, on ignore qui elle est. Elle peut entrer voilée et rester ainsi tout le temps de son séjour. Cet hospice est fermé également aux étudiants.

Nous ne dirons rien de l'hôpital militaire, qui reçoit chaque année en moyenne 1,600 malades, pas plus que de l'hospice de la Trinité des pèlerins, qui reçoit les convalescents des autres hôpitaux, mais qui a surtout pour objet de donner l'hospitalité à tous les pèlerins de tous les pays venus à Rome *à pied*. C'est une confrérie composée des grands dignitaires de l'État et de la noblesse, qui préside aux soins et à l'installation de ces pèlerins.

L'hôpital Saint-Jacques est destiné aux personnes des deux sexes atteintes d'affections chirurgicales. Il a 384 lits, et reçoit en moyenne 2,068 malades. Cet établissement se distingue par un luxe et une propreté peu ordinaires. Malgré l'air et l'espace dont jouit chaque malade, la mortalité y est assez considérable. Les décès s'élèvent à 233 par an, soit 11,29 pour 100. Deux salles de clinique, un bel amphithéâtre, une salle d'autopsie et de dissection, un Musée d'anatomie pathologique, un riche arsenal de chirurgie, font de cet hôpital un établissement complet pour l'enseignement clinique.

L'hôpital du Saint-Esprit, le plus considérable de tous, peut offrir un asile à 2,000 malades du sexe masculin atteints de maladies internes. Il y a, comme à Saint-Jacques, deux petites salles de clinique; une de 12 lits pour les hommes, et l'autre de 6 lits pour les femmes, les seules qui soient admises dans la maison. Tout malade fiévreux peut être admis dans cet hôpital sans formalité, quels que soient son âge, sa condition, son pays, sa religion.

Si nous avons à louer la propreté et parfois le luxe qui président à l'installation des malades, nous ne pouvons en faire autant du service culinaire, qui paraît très-défectueux. Les ustensiles de cuisine sont mal tenus, les aliments sont de qualité inférieure, et les portions parcimonieuses.

Les inhumations de l'hôpital Saint-Esprit se font derrière l'hôpital, cause permanente d'insalubrité pour l'établissement et pour tout le quartier, qui est déjà assez malsain. Il est vrai qu'on a conservé à

la plaie était réunie dans toute son étendue : la cicatrice était à peine perceptible. La lèvre était unie.

Trois quarts d'heure au moins s'étaient écoulés entre l'accident et le pansement!

L'observation de M. Nichols a décidé quatre praticiens anglais à mettre sous les yeux de leurs confrères plusieurs autres observations de greffe animale. Mais pour ne pas se voir reprocher une publication trop tardive, M. Cory et M. Jones ne nous donnent pas les dates des faits qu'ils ont observés. M. Francis Mason nous apprend qu'en 1859 il observa son premier malade, alors qu'il était *house-surjeon* à King's College Hospital. Sa seconde observation semble prise à la même époque. M. Horton nous donne aussi un peu plus de détails.

Quand donc nos honorables confrères d'Angleterre voudront-ils bien nous donner des observations complètes?

M. Mason rapporte d'abord l'histoire de son malade de 1859.

Obs. II. — Un homme de quarante ans environ est apporté à l'hôpital dans un état complet d'ivresse. Ses compagnons racontent que, pendant qu'il buvait dans un cabaret, il était tombé en avant, et que son nez avait été frapper violemment le bord du garde-cendres.

J'examinai la blessure et trouvai que la portion cartilagineuse du nez avec ses téguments était tranchée et se trouvait suspendue à un lambeau de peau; celui-ci, plusieurs fois tordu sur lui-même, ne semblait plus transmettre de vie au fragment séparé; il était déjà bleu et très-froid.

Sans délai, je mis en contact les parties, j'appliquai huit ou dix sutures de fil d'argent pour maintenir les bords de la plaie.

Le malade guérit rapidement et très-bien. Il y a un mois (août 1861) j'ai eu occasion de le revoir. Il ne reste presque plus trace de son accident.

Obs. III. — Mon second malade était le fils d'un imprimeur, âgé de douze ans, d'un courage plus qu'ordinaire. Il se présente à l'hôpital. « Monsieur, me dit-il, je viens de me couper le doigt. — Où est le morceau? — Je l'ai donné au commissionnaire. »

Celui-ci tire en effet, d'un chiffon de papier, un fragment qui représente toute la couche tégumentaire de la phalange unguéale de l'index droit du jeune enfant. Ni l'os ni la jointure n'avaient été séparés.

Je fis encore une suture avec des fils d'argent, et entourai le doigt et la main d'une couche de coton.

Le résultat fut très-satisfaisant.

L'enfant m'avait raconté, avec beaucoup de simplicité, qu'au moment de l'accident il avait vu son doigt détaché, entraîné par trois cylindres d'imprimerie, puis tombé à terre. Il avait ramassé et enveloppé lui-même le doigt, puis s'était rendu à l'hôpital, distant d'un demi-mille, accompagné de deux contre-maîtres.

Obs. IV. — M. Cory rapporte qu'un jeune homme employé chez un charcutier eut la seconde phalange du médius coupé; le doigt ne tenait plus que par un lambeau. A la prière du blessé, il eut recours à l'adaptation complète de la partie séparée, enjoignit le repos absolu, et fit tenir chaudement la main.

Contrairement à son attente, au bout de quelques jours la réunion se faisait, et la guérison fut bientôt complète.

De son côté M. Jones rapporte le fait suivant :

Obs. V. — Un enfant de douze ans entre en courant dans mon cabinet; il me dit qu'en coupant du bois il vient d'abattre l'extrémité d'un de ses doigts. En même temps il me présente la partie ainsi retranchée, qui renferme une portion d'os.

Je remets en place les segments; je les maintiens en contact avec des bandelettes adhésives.

Quel ne fut pas mon étonnement quand je constatai une réunion parfaite!

Au bout de très-peu de temps, l'enfant put se servir comme à l'ordinaire de son doigt.

Obs. VI. — Dans la nuit du 22 novembre 1859, M. le docteur Horton fut appelé pour voir un homme de l'équipage du *Phénix*, sur lequel il se rendait de Liverpool à la Nouvelle-Zélande.

Cet homme, occupé à la pompe, avait eu le médius gauche saisi entre le balancier et un très-fort cercle de barrique de salaison. La seconde phalange était fracturée, les parties molles complétement lacérées; l'extrémité du doigt pendait parallèlement au moignon, simplement retenu par une lanière de peau.

M. Horton, n'espérant pas conserver l'extrémité de ce doigt, voulait le séparer complétement avec des ciseaux. Le malade s'y opposa formellement, et le médecin pour le satisfaire opéra la réunion, pensant bien que ses attelles et ses bandelettes seraient inutiles. Mais au bout de trois ou quatre jours la réunion était faite, et un mois après le matelot reprenait son travail, son doigt ne le gênant pas plus qu'auparavant.

En résumé, tout incomplètes que soient les observations qu'on vient de lire, elles nous semblent suffisantes à bien établir la nécessité de ne jamais laisser perdre à un blessé les chances de la réunion des parties séparées partiellement ou complétement du reste du corps.

E. D.

DU CHOIX A FAIRE PARMI LES PRÉPARATIONS MARTIALES.

Par M. le Dr Alf. Hébert.

On a considérablement fait d'efforts dans ces derniers temps pour arriver à tracer au médecin des règles fixes capables de le diriger dans l'emploi intelligent qu'il doit faire des médicaments ferrugineux; mais il nous semble que l'on n'a point tenu un compte suffisant de la susceptibilité des voies gastro-intestinales. Un grand nombre de martiaux ont échoué; les insuccès ont enfanté le doute, et ce sont, en somme, les malades qui ont eu à supporter des revers faciles cependant à prévenir.

Depuis quinze ans que nous exerçons l'art de guérir, nous nous sommes d'abord adressé, comme la plupart de nos confrères, aux diverses substances ferrugineuses tour à tour préconisées, et comme les résultats favorables manquaient assez souvent, nous nous sommes mis à rechercher quelle était la préparation la plus susceptible de concourir à la formation des globules sanguins, espérant par là être conduit à des effets beaucoup plus sûrs. Notre attente n'a point été trompée.

Il résulte, par exemple, des recherches de M. Carrié, pharmacien, ainsi que des observations de Soubeiran et de M. Mialhe, que toutes les préparations martiales solubles ou pouvant le devenir sous l'influence des sucs gastriques acides, et qui sont ensuite dans le cas d'être précipitées par les alcalis libres, seront employées avec de grandes chances de succès, tandis que celles de ces préparations qui ne seraient point précipitables n'auraient point d'action. L'économie ne s'assimile pas ces derniers produits, dont on retrouve très-aisément la trace dans les urines.

En partant de ce principe et en expérimentant le *tartrate ferrico-potassico-ammonique*, obtenu par le procédé de M. Carrié, nous déclarons être arrivé à des résultats très-remarquables. C'est qu'effectivement au fur et à mesure que les éléments de l'acide tartrique sont transformés en d'autres produits par l'oxygène du sang, l'oxyde de fer mis en liberté se combine à la faveur de l'ammoniaque et des autres alcalis avec les éléments albumineux, pour concourir efficacement à la reconstitution des globules sanguins.

Le *tartrate ferrico-potassico-ammonique* de M. Carrié est un liquide toujours identique, d'une couleur brune-rougeâtre, d'un goût très-agréable, et qui jouit du privilége de se conserver indéfiniment. L'usage de ce ferrugineux ne donne jamais lieu à une diminution de l'appétit, à des lenteurs de digestion, à des éructations nidoreuses, à de la diarrhée ou à de la constipation, comme cela s'observe en général après l'emploi plus ou moins prolongé de la plupart des préparations martiales. La dose habituelle est de deux cuillerées à café par jour, une au repas du matin et l'autre au repas du soir, dans un peu d'eau rougie.

Nous ne pouvons qu'engager sincèrement nos confrères à recourir au moyen thérapeutique que nous venons d'indiquer dans tous les cas où ils auront à lutter contre l'anémie, la chlorose, l'extrême pâleur, les défaillances, la décoloration du sang, le bruit de souffle dans les principales artères, les névralgies diverses, et en général contre cet état de névropathie générale qui domine toute la pathologie de la femme. S'il leur arrive de ne pas guérir, ils auront du moins la consolation de soulager toujours, et c'est bien quelque chose.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 octobre 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Marquet sur le service médical de l'hôpital militaire des eaux d'Hammam-Meskoutin (Algérie) pendant l'année 1861. (Commission des eaux minérales.)

M. le ministre d'État adresse à l'Académie la lettre suivante, dont M. le secrétaire donne lecture :

« Je me propose de confier à M. le docteur de Piétra-Santa, qui s'est déjà fait connaître par des travaux intéressants sur l'influence des pays chauds, et particulièrement du climat d'Alger, dans les affections chroniques de la poitrine, une mission ayant pour objet d'étudier au même point de vue les séjours de Pau, Hyères, Cannes, Meulon, Nice, et ultérieurement ceux de Pise, Rome et Naples.

» Je désirerais, avant d'ordonner le départ de M. de Pietra-Santa, que l'Académie voulût bien me transmettre sur l'objet de cette mission les instructions qui lui paraîtraient de nature à le diriger utilement dans ses recherches.

» J'espère que l'Académie voudra bien prêter à mon administration dans cette circonstance le concours de ses lumières et de son expérience », etc. (Commissaires : MM. Louis, Robert et Barth.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un travail de M. le docteur Auphan, médecin inspecteur des eaux d'Alet, intitulé : *Observations relatives à la pulvérisation* (commission des eaux minérales);

2° Une note de M. le docteur Tampier sur le moyen de remédier au refroidissement de l'eau pulvérisée;

» Dans la dernière séance de l'Académie, dit l'auteur, M. le docteur Demarquay vous a adressé une note au sujet de la pulvérisation des liquides. Dans cette note, notre honorable confrère exprime deux *desiderata*, dont il laisse la réalisation aux physiciens et aux chimistes.

» Ces *desiderata* ont pour objet :

» 1° Le refroidissement de l'eau minérale ou médicamenteuse au sortir de l'appareil;

» 2° La déminéralisation de cette eau dans certaines circonstances.

» Je laisse de côté pour aujourd'hui la déminéralisation, au sujet de laquelle je publierai bientôt mes propres expériences. Quant au refroidissement de l'eau pulvérisée, c'est un phénomène auquel il était de la plus haute importance de remédier si on ne voulait point être forcé de renoncer à l'application de la pulvérisation administrée d'une manière générale. Le but de la note que j'adresse à l'Académie est de constater que le désir de M. Demarquay est sur ce point complétement satisfait. Voici la manière toute simple de procéder :

» Comme le refroidissement de l'eau tient à ce qu'une partie se vaporise pour saturer les couches de l'air ambiant, il suffit, pour le prévenir, de *faire arriver l'eau minérale que l'on veut pulvériser dans un espace confiné, dont la température soit supérieure à celle de l'eau minérale et dont la saturation par de la vapeur d'eau soit complète.*

» C'est le problème qu'a résolu l'*hydrofère*, à l'aide duquel on administre toutes les eaux minérales à leur température normale ou à une température déterminée. »

3° Une note de M. le docteur Labalbary (de Bourg-la-Reine) sur les végétations dites syphilitiques (commissaire : M. Gibert);

4° MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, présentent un instrument destiné à l'opération de la trachéotomie, qu'ils ont confectionné d'après les indications de M. Maisonneuve.

5° Une lettre de M. Luër, qui soumet au jugement de l'Académie une seringue perfectionnée pour l'injection des substances médicamenteuses d'action énergique comme la morphine, la strychnine, le perchlorure de fer, etc.

Déjà depuis deux ans M. Luër avait adapté à ses seringues un piston gradué muni d'un curseur à vis; disposition qui permet d'avance de limiter la course du piston et de la proportionner exactement au nombre de gouttes à injecter. Un grand nombre de praticiens ont entre les mains cet instrument, et apprécient la rapidité et la sécurité de sa manœuvre.

Pour arriver à une simplicité plus grande encore, M. Luër a supprimé l'ajustage à vis qui unissait la seringue à sa canule, et il l'a remplacé par un ajustage à frottement très-précis. La canule elle-même, faite en or, échappant par conséquent à l'oxydation, est munie d'une pointe acérée qui permet de faire très-aisément la ponction.

L'injection avec l'ancienne seringue comportait les temps suivants :

1° Ponction avec la canule munie de son trocart;

2° Retrait du trocart;

3° Vissage de la seringue sur le trocart;

4° Injection très-lente par tours de vis successifs.

Avec la seringue de M. Luër, on a :

1° Ponction;

Rome l'habitude d'ensevelir les morts de distinction dans les églises; abus que la loi romaine défend, mais qui devient, en de certaines mains, la source de gros bénéfices.

A l'hôpital Saint-Esprit est annexé l'hospice des Enfants trouvés ou abandonnés. Cet établissement est pourvu d'un tour; il n'est pas tenu avec tout le soin désirable; aussi la mortalité y est-elle considérable.

L'hôpital des fous est aussi dans les dépendances de Saint-Esprit. Si, grâce à Esquirol et à M. de Gerando, qui ont visité cet établissement à diverses époques, le régime intérieur a été sensiblement amélioré, il n'en est pas de même des conditions matérielles, qui laissent beaucoup à désirer. Les bâtiments, l'emplacement, demandent une réforme complète.

Les aliénés sont cinq fois moins nombreux en Italie qu'en France. « C'est là un des mauvais côtés de la civilisation et de la diffusion des lumières; c'est un des résultats des mauvaises passions, qui, comme les mauvaises herbes, poussent dans le champ cultivé de l'esprit humain. »

De nombreux dispensaires, de nombreuses sociétés de bienfaisance, où les princes romains luttent de munificence avec les pontifes, complètent cet ensemble remarquable de moyens d'assistance mis largement à la disposition des malades nécessiteux.

Ainsi que nous l'avons dit, c'est à l'hôpital Saint-Jacques qu'a lieu la clinique externe. M. Armieux nous entretient avec détail des faits intéressants qu'il a observés dans ce service. Nous ne le suivrons pas dans cette longue énumération, et j'ai hâte d'arriver à la clinique interne qui se fait à l'hôpital Saint-Esprit; nous y trouverons quelques traits caractéristiques de l'esprit médical romain.

Les médecins de Rome saignent et purgent beaucoup, et l'on a pu dire avec quelque raison que « les malades exposés à leurs soins déjeunent d'une purgation et dînent d'une saignée (Edmond About). » Chaque partie de cette proposition est vraie, à part son exagération; l'abus qui se fait à Rome de la saignée est inconcevable. Ainsi on tire du sang non pas seulement dans les maladies de poitrine, qui sont toutes saignées à outrance, mais encore dans les fièvres intermittentes nerveuses et dans les fièvres typhoïdes. Quant aux purgatifs, ils sont administrés à tout propos et dans toutes les maladies.

Les médecins romains ne croient pas, du reste, à l'essentialité des fièvres. Ils ne voient partout qu'irritation et inflammation des organes. Brown et Broussais règnent encore ici en maîtres. Au sujet des fièvres, il existe dans l'École romaine une grande confusion : les uns ne veulent pas admettre le caractère palustre des maladies estivales, pendant que les autres ne voient dans toutes les manifestations morbides de cette saison que fièvres intermittentes et rémittentes. Il y a certainement, dit M. Armieux, exagération de part et d'autre; la vérité est entre ces deux opinions extrêmes.

Ce qui est incontestable, c'est que le climat de Rome imprime à la pathologie de ce pays une physionomie à part, caractérisée le plus souvent par la complication de plusieurs éléments qui réclament un traitement mixte. Remarquons toutefois qu'une réaction semble se faire aujourd'hui en faveur des préparations de quinquina, contre lesquelles pesaient naguère d'injustes préventions.

Nous ne suivrons pas M. Armieux dans l'énumération des sociétés savantes, célèbres pour la plupart, mais au sein desquelles l'élément médical est faiblement représenté, et nous arrivons aux relevés statistiques, qui résument en quelque sorte les détails qu'on vient d'entendre. Il résulte de ces relevés statistiques que la mortalité est plus grande dans les hôpitaux de Rome que dans ceux de France. Dans une période de dix ans, elle a été, en moyenne, de 1 décès pour 10,15 malades; elle est chez nous de 1 décès par 12,22. Mais, d'après notre confrère, il ne faut pas accuser de ces résultats les médecins, mais bien plusieurs éléments de destruction combinés, parmi lesquels il signale surtout l'insalubrité du climat et la mauvaise nourriture des habitants. Il décrit à ce propos la constitution médicale de Rome. Les influences climatériques de chaque saison, qui se signale habituellement par des températures extrêmes, agissent puissamment et fatalement sur la santé des Romains. Les affections catarrhales ou inflammatoires de l'hiver font beaucoup de victimes dans la population indigène, tandis que les étrangers sont plutôt affectés par l'élément endémo-épidémique de la saison estivo-automnale.

2° Ajustage à frottement;

3° Injection rapide et d'un seul coup.

Le nombre des temps est moindre et chacun d'eux est plus simple.

RAPPORT.

Résection de la hanche. — M. GOSSELIN, au nom d'une commission composée de MM. Larrey, Jobert (de Lamballe), Velpeau et Gosselin (rapporteur), lit un rapport sur un mémoire relatif à la résection de la hanche, par M. le docteur Léon Lefort.

Ce travail, dit M. le rapporteur, est l'expression d'une pensée générale, ou plutôt d'un désir que l'auteur ne dissimule pas, celui d'entraîner la chirurgie française dans une voie où elle s'est peu engagée jusqu'à présent, la résection des grandes articulations pour les maladies spontanées ou traumatiques dont elles sont si fréquemment le siége. Déjà M. Lefort a rassemblé dans un grand travail des documents importants sur la résection du genou. Aujourd'hui il soumet à l'appréciation de l'Académie ceux qu'il a trouvés dans les annales de la science sur la résection de la hanche, soit dans la coxalgie, soit à la suite de coups de feu.

Partant de ce fait que le plus grand nombre des malades affectés de coxalgie succombent épuisés par la suppuration, et que ceux qui survivent sont condamnés à se traîner indéfiniment sur deux béquilles, M. Lefort en déduit qu'une opération capable de sauver la vie dans le plus grand nombre des cas, est une ressource précieuse que la chirurgie doit s'empresser d'offrir aux patients. Cette opération, c'est la résection du col du fémur seul, ou du fémur et de la cavité cotyloïde.

Ainsi posée, dit M. le rapporteur, la question est déjà capitale, et digne de tout l'intérêt de l'Académie. Mais comme ce sont les chirurgiens anglais, allemands et américains, qui ont dans ces dernières années pratiqué souvent cette opération, tandis que nous sommes restés à l'état d'inaction en France, il n'est pas possible d'approfondir le sujet sans comparer, au moins sur ce point, la chirurgie française avec la chirurgie étrangère. On ne saurait traiter ce sujet sans toucher presque tous les points relatifs aux suites et au traitement de la coxalgie suppurée.

M. le rapporteur fait passer sous les yeux de l'Académie les immenses matériaux accumulés par M. Lefort, et les motifs qui militent, selon lui, en faveur de la résection.

Voici en quels termes M. Gosselin résume toute cette première partie de son rapport :

Nous croyons pouvoir établir que si la résection a été souvent pratiquée en Angleterre et en Allemagne, cela peut tenir ou bien à ce que le nombre des coxalgies graves, sans altération trop profonde de la santé, y est plus considérable que chez nous, ou à ce que la maladie n'y est pas aussi bien traitée; peut-être aussi à ce que les opérateurs sont intervenus un peu trop facilement. Cette dernière remarque nous est suggérée par la lecture de plusieurs observations dans lesquelles on ne paraît pas avoir essayé préalablement les moyens de traitement qui nous réussissent, et dans lesquelles d'ailleurs les conditions locales et générales indiquant l'opération ne sont pas nettement formulées; et si, d'un autre côté, elle n'a pas été pratiquée chez nous, cela peut tenir à ce que nos moyens de traitement de la coxalgie sont assez puissants pour faire reculer les indications, à ce que nous avons été plus sévères dans l'appréciation de ces dernières, et à ce que les contre-indications provenant des maladies concomitantes, de la volonté des parents et de la mauvaise hygiène de nos grands hôpitaux, nous en ont détournés. Peut-être faut-il l'expliquer aussi par l'insuffisance de nos connaissances sur les résultats obtenus à l'étranger.

Vient maintenant la question de l'avenir. Faut-il rejeter à jamais la résection dans les cas de coxalgie suppurée ? Il semble à votre commission que la réponse se déduit tout naturellement de l'étude rapide que nous venons de faire.

Sur les malades de la ville, l'indication sera toujours exceptionnelle. Dans les hôpitaux d'enfants, il doit rester, entre les cas qui guérissent et ceux dans lesquels les contre-indications sont évidentes, un nombre beaucoup plus limité, qu'on ne paraît le croire à l'étranger, de sujets chez lesquels la résection pourrait être tentée. Nous voulons parler de ces enfants chez qui l'ostéite suppurante entretient une becticité menaçante.

Nous ne voudrions pas qu'à l'exemple de Roux on se décidât pour des sujets qui n'ont pas encore de suppuration, et chez lesquels on se proposerait de remédier seulement à la douleur ou à une attitude vicieuse, ou à la longue durée de la maladie.

Nous blâmons l'intervention pour les cas où la mobilité et la substitution d'une bonne à une mauvaise position nous rendent tant de services, et nous considérons les indications posées par M. Lefort comme étant les seules que la prudence puisse accepter.

Il en est de même pour les hôpitaux d'adultes. Il conviendrait de se laisser aller aux indications, surtout aux époques de l'année où l'infection purulente et l'érysipèle sévissent le moins, et il conviendrait de les suivre, surtout si quelque jour la diminution de l'encombrement et une meilleure aération de nos salles nous donnaient pour les grands opérés l'assainissement qui nous manque encore aujourd'hui.

Il nous semble enfin que dans tous les cas où les sujets sont épuisés par la suppuration, l'on mettrait quelques chances de plus en leur faveur, si on leur ôtait, par la section du col, l'extrémité supérieure du fémur. Car non-seulement on débarrasserait l'économie d'une portion d'os ulcéré dont la cicatrisation est difficile et lente à obtenir, mais on ouvrirait à l'écoulement du pus une large voie, ce qui l'empêcherait de stagner, de croupir et de fournir à l'absorption des matériaux putrides. Et si quelques chirurgiens avaient été arrêtés jusqu'ici par des doutes sur la possibilité des guérisons et de la marche après cette opération, ils devront à M. Lefort d'avoir mis sous leurs yeux tout ce que la science d'aujourd'hui possède d'arguments pour lever la plus grande partie des incertitudes à cet égard. Sans doute ils n'admettront pas sans un examen ultérieur que tous les opérés guéris pourront marcher sans béquilles; mais ils seront autorisés à l'espérer pour un certain nombre, et à penser que ceux chez lesquels la ressource des béquilles continuerait à être nécessaire auraient du moins gagné la conservation. Que si, contrairement à nos prévisions, la résection continuait à être presque universellement rejetée parmi nous, le travail de M. Lefort devrait au moins trouver des imitateurs et provoquer des statistiques contradictoires.

Ceux qui ont l'occasion de voir beaucoup de coxalgies, les chirurgiens des hôpitaux d'enfants surtout, devraient rassembler des observations de coxalgies avec carie en nombre imposant, et nous montrer dans quelle proportion sont les morts et les guérisons.

Placés à côté de la statistique de M. Lefort et de celles que la résection de la hanche pourrait ultérieurement faire naître, les chiffres que nous provoquons seraient pour tous les chirurgiens un grand enseignement, et ce serait encore pour M. Lefort un titre sérieux que d'avoir été parmi nous le promoteur de ce genre d'études.

Abordant ensuite la seconde partie du travail de M. Lefort, relative aux résections pour les blessures par armes à feu, M. le rapporteur s'exprime en ces termes :

Lorsqu'un chirurgien se trouve en présence d'un blessé chez lequel un projectile a fracturé comminutivement l'extrémité supérieure du fémur, il a à choisir entre ces trois alternatives : la temporisation, la désarticulation de la cuisse, la résection. La première, on le sait, se termine presque inévitablement par la mort; la seconde est encore très-menaçante pour la vie, et laisse après elle, si la guérison est obtenue, une triste mutilation; la troisième offre toujours de grands périls, mais, si elle réussit, l'infirmité est beaucoup moindre. En tout état de choses, les chances de mort sont infiniment plus grandes que celles d'une guérison. Mais, si l'on s'en tient aux données de la théorie, il semble que la résection soit le parti le moins mauvais à choisir.

Telle est l'opinion de M. Lefort, et telle serait aussi la nôtre. Malheureusement les faits manquent ou sont insuffisants pour juger définitivement la question, et, même au premier abord, ceux que l'on connaît semblent opposés à la théorie et plus favorables à la désarticulation qu'à la résection...

M. Lefort a le mérite, dans cette partie du travail, de poser, en l'appuyant sur l'analogie, une question fort importante de pratique chirurgicale, et de fournir encore aux praticiens pour la solution tous les documents que notre science possède aujourd'hui. Il a d'ailleurs la prudence de ne pas précipiter cette solution et de laisser à l'avenir le soin de décider si celle qu'il désire est en réalité la meilleure.

Messieurs, dit M. le rapporteur en terminant, nous voudrions vous avoir fait comprendre que par l'utilité des questions pratiques posées dans ce travail, par l'étendue et l'importance des matériaux qui y sont accumulés, par l'ordre et la netteté avec lesquels ils sont présentés, par le bon exemple qui nous y est donné de statistiques aussi bien ordonnées que l'ont permis les documents, par le service que nous rendent ces travaux empruntés à la chirurgie étrangère, et, enfin, par la sagesse et le talent qui ont présidé à la rédaction, M. Lefort s'est écarté des sentiers battus et nous a présenté un mémoire des plus remarquables et que l'Académie ne saurait trop encourager.

C'est pourquoi nous vous proposons :

1° D'adresser à M. Lefort une lettre de remercîments et de félicitations;

2° De renvoyer son travail à votre comité de publication.

M. LE PRÉSIDENT propose d'ajourner la discussion de ce rappor jusqu'après la publication dans le *Bulletin*.

L'Académie adopte.

LECTURE.

M. MÉNIÈRE donne lecture d'un travail médico-littéraire sur Linné considéré comme médecin.

— La séance est levée à cinq heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Résal, né à Dompaire-la-Viéville (Vosges); *Quelques pages sur l'hémophylie en général, et spécialement sur l'hémophylie spontanée.*

Drakary, né à Syra (Cyclades); *De la réunion immédiate, de ses avantages, de ses inconvénients, et de l'influence des topiques sur ce mode de guérison des plaies.*

Fourché, né à Montpellier (Hérault); *Quelques mots sur l'intermittence, avec observations pratiques et considérations sur diverses maladies à type intermittent.*

Runting, né à Philadelphie (États-Unis); *Du traitement de la rigidité du col utérin pendant le travail de l'accouchement.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 26 septembre, M. Rault, médecin en chef de l'hospice de Saint-Brieuc, a été nommé président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins des Côtes-du-Nord.

— Un honorable et savant praticien, M. le docteur Morisseau, vient de succomber à la Flèche (Sarthe), à une longue et douloureuse maladie intestinale.

— M. Marcellin Duval, directeur du service de santé de la marine à Toulon, vient d'être l'objet d'une haute distinction de la part de S. M. le roi de Hollande; il a été nommé grand officier de la Couronne de chêne, en récompense des soins éclairés et assidus qu'il a donnés en 1860 à un grand nombre de marins hollandais atteints d'opbtbalmie épidémique et contagieuse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Quelques considérations sur les affections appartenant ou se rattachant à la famille des cancers, par M. le docteur Lala, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8° de 35 pages. Prix : 1 fr. 50 c. A la librairie médicale de Germer-Baillière, 17, r. de l'Ecole de Médecine, à Paris.

Précis iconographique des maladies vénériennes, par M. A. Cullerier, chirurgien de l'hôpital du Midi, etc. Mise en vente de la deuxième livraison; la troisième paraîtra en novembre. Chez Méquignon-Marvis, éditeur, boulevard Saint-Germain, en face du Jardin de Cluny.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 123. — SAMEDI 19 OCTOBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 123. — SAMEDI 19 OCTOBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Ataxie locomotrice progressive terminée par la mort. Lésions des racines et des faisceaux postérieurs de la moelle épinière. — Question à réserver.

L'affection désignée sous le nom d'ataxie locomotrice est connue depuis trop peu de temps pour qu'on ait eu des occasions suffisantes d'en compléter l'étude. L'anatomie pathologique en particulier est encore tout entière à faire. Dans le seul fait du mémoire de M. Duchenne où il ait été fait mention d'autopsie, il est dit que l'encéphale et la moelle épinière, examinés avec le plus grand soin, n'ont présenté aucune lésion anatomique appréciable. Une occasion nouvelle s'est offerte récemment d'en appeler à ce moyen extrême de contrôle scientifique. Mais le résultat, bien que n'ayant pas cette fois le même caractère négatif, n'en laisse pas moins encore la question indécise.

Il s'agit d'un cas nouveau d'ataxie locomotrice observé à la Maison municipale de santé, dans le service de M. H. Bourdon. Le malade étant venu à succomber, l'autopsie a été faite avec le concours de M. le docteur Luys, qui a examiné les centres nerveux au microscope. Voici en quelques mots la relation de ce fait, telle que M. Bourdon l'a présentée dans l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux :

Le sujet de cette observation avait présenté les phénomènes parfaitement caractérisés de la maladie décrite par M. Duchenne : défaut de coordination des mouvements, avec conservation de la force musculaire; paralysie de la troisième paire, troubles de la vision, etc. Mais, contrairement à ce qu'on observe ordinairement, la sensibilité de la peau et même celle des muscles étaient restées intactes. Les altérations anatomiques auxquelles on pouvait rattacher les désordres du mouvement des membres n'étaient ni dans le cervelet ni dans l'isthme de l'encéphale, mais bien du côté de la moelle, particulièrement dans les racines et les faisceaux postérieurs et dans la substance grise centrale. Elles consistaient en une dégénérescence avec atrophie des cellules nerveuses, des tubes nerveux et des corpuscules ganglionnaires, accompagnée d'une injection vasculaire très-prononcée.

Quel rapport y a-t-il entre ces lésions et les phénomènes ataxiques observés pendant la vie? Y a-t-il même un rapport direct et nécessaire entre ces deux faits? C'est là une question importante; car si l'on admet ce rapport comme nécessaire, il en faut conclure que les notions physiologiques courantes sur les fonctions des racines et des faisceaux postérieurs sont erronées ou tout au moins très-incomplètes, — ce qu'à la rigueur nous ne refuserions pas absolument d'admettre.

M. Bourdon a cru pouvoir expliquer le défaut de coordination des mouvements par l'altération des parties de la moelle, qui servent à la transmission des impressions sensitives, M. Cl. Bernard ayant démontré par des expériences la liaison intime qui existe entre ces parties et les mouvements volontaires. Il explique la conservation de la contractilité des muscles par cette circonstance que les faisceaux antérieurs et les racines correspondantes étaient comparativement très-peu altérés. Quant à l'intégrité si insolite en pareil cas de la sensibilité, il s'en rend compte soit par l'état tout à fait normal des cordons latéraux, soit par ce fait que les parties malades n'étaient pas complétement dégénérées; ce qui permettrait de supposer que leurs lésions, assez avancées pour nuire à la coordination des mouvements d'ensemble, n'étaient pas assez profondes pour empêcher la peau et les muscles de percevoir les impressions sensitives.

Il y a, comme on le voit, dans cette interprétation, un désir manifeste de concilier des faits en apparence contradictoires.

M. Trousseau, qui a connu le sujet dont il s'agit, et qui ne met pas en question la nature de la maladie, s'est refusé à admettre comme démontrée la relation des lésions constatées à l'autopsie avec les symptômes observés pendant la vie. Voici les motifs sur lesquels il a fondé son opposition :

Voyons, a-t-il dit, ce qu'il y a de capital dans l'ataxie locomotrice progressive :

1° Des désordres très-considérables dans les mouvements ayant leur raison dans un défaut de coordination et d'équilibration;

2° Des phénomènes paralytiques survenant un peu plus tard et portant sur des nerfs de mouvement, tels que les nerfs de la troisième et de la sixième paire;

3° Enfin, dans la dernière période de la maladie, il survient parfois de l'anesthésie, et ce symptôme peut être porté assez haut chez quelques malades pour qu'ils ne sentent même plus le sol sous leurs pieds; mais l'anesthésie est loin d'être essentielle à la maladie : c'est un symptôme qui peut manquer dans des ataxies locomotrices même très-prononcées, et qui est très-loin d'avoir la valeur des désordres de coordination qui sont les symptômes essentiels de cette affection.

Or, dans le cas particulier dont il s'agit, il n'y avait que des désordres de mouvement; il y avait défaut de coordination, défaut d'équilibration; mais il n'y avait aucun symptôme du côté de la sensibilité; à aucune époque de sa maladie, cet homme n'a été atteint ni d'anesthésie ni d'analgésie. S'il était donc possible, d'après les troubles fonctionnels observés pendant la vie, de prévoir les lésions anatomiques que révélerait l'autopsie, on pouvait s'attendre à rencontrer des altérations, soit dans les cordons antérieurs de la moelle, soit dans le cervelet; mais il n'était certes pas possible de les imaginer dans les cordons postérieurs de la moelle! Eh bien, c'est précisément ce qu'a révélé chez cet homme l'examen cadavérique fait à l'aide du microscope : on n'a trouvé chez lui presque absolument rien dans les faisceaux antérieurs, rien dans le cervelet, et par contre l'on trouve toutes les grandes lésions dans les organes de la sensibilité, dans les faisceaux postérieurs, là où précisément aucun symptôme ne pouvait les faire prévoir!

M. Trousseau pense qu'on ne peut judicieusement tirer aucune conclusion de ce fait, et que l'on doit considérer cette autopsie comme une autopsie d'attente, dont la valeur sera seulement déterminée plus tard par les résultats de nouvelles recherches nécroscopiques faites dans des conditions semblables. « En effet, a-t-il ajouté, si l'on réfléchit, d'une part, à tout ce qu'il y a d'anormal et d'imprévu dans les lésions cadavériques, et d'autre part à la vie qu'a menée cet homme pendant de longues années, avant d'être atteint de la maladie qui l'a tué; si l'on se rappelle que c'était un ivrogne adonné à tous les excès, faisant un étrange abus d'absinthe, et ayant été frappé plusieurs fois d'attaques épileptiformes, ne doit-on pas se demander si les altérations qui se sont présentées dans les faisceaux postérieurs de la moelle ne sont pas plutôt en rapport avec l'espèce d'intoxication alcoolique dans laquelle il était plongé depuis longtemps, qu'avec l'ataxie locomotrice qui a terminé sa vie, et si, en définitive, ces lésions ne sont pas l'expression anatomique de quelques vieilles affaires indépendantes de l'ataxie? »

Nous reproduisons textuellement les paroles de M. Trousseau parce qu'elles expriment parfaitement, à notre sens, les motifs du doute et de la réserve où il convient de s'arrêter en présence de ce fait. L'anatomie pathologique microscopique, d'une part, n'est pas encore assez sûre de ses voies et moyens pour qu'on doive admettre ses résultats comme décisifs, alors surtout que ces résultats sont en opposition avec les données acquises de la science. Et, d'autre part, comme l'a si justement fait remarquer M. Trousseau, en admettant ces lésions comme bien réelles et incontestablement démontrées, rien ne prouverait encore qu'elles aient une relation directe et nécessaire avec les symptômes d'ataxie observés pendant la vie, quand il est établi par les antécédents du malade qu'il a existé antérieurement et coïncidemment un état diathésique auquel il serait tout aussi légitime de rapporter ces lésions. Nous pensons donc, avec M. Trousseau, que les révélations de l'autopsie dans ce cas ne doivent être admises qu'à titre de renseignement, et qu'il n'y a lieu, quant à présent, d'en tirer aucune conclusion formelle.

Coccyodynie. Traitement palliatif par le coussin à air.

Nous avons vu dans le service de M. Gosselin, à l'hôpital Beaujon (salle des femmes), un exemple d'une affection rare, peu étudiée en France, où elle n'a guère été vue que par les accoucheurs, et où son traitement n'est pas connu. Nous voulons parler de cette affection qui a plus particulièrement éveillé l'attention de M. Simpson (d'Edimbourg), et que ce chirurgien a décrite sous le nom de coccyodynie dans un travail publié par le *Medical times and Gazette* (1859), et reproduit en partie par la *Gazette des Hôpitaux*, 1859, (p. 506.

La malade de M. Gosselin est une jeune femme accouchée pour la première fois il y a près de sept mois, et qui fut prise peu de temps après ses couches de douleurs assez vives en allant à la garde-robe.

Un premier traitement à l'hôpital Lariboisière n'avait été suivi d'aucune amélioration, et lorsque cette femme entra dans les salles de M. Gosselin, elle avait, outre la douleur pendant la défécation, des douleurs pour s'asseoir, quelques érosions et des hémorrhoïdes excoriées à la marge de l'anus. M. Gosselin pensa d'abord que les douleurs pouvaient tenir à ces petites lésions. Mais elles disparurent bientôt, et la malade ne continua pas moins à éprouver deux sortes de douleurs : l'une très-violente pendant la défécation, l'autre, non moins vive, dans la station assise, et par la pression de la main sur la région coccygienne.

Nombre de fois M. Gosselin l'a fait asseoir en sa présence, et a pu constater que si elle voulait se tenir droite sur sa chaise, elle souffrait et était obligée de se soulager à tout instant, en se soulevant avec les mains. Elle ne pouvait rester sur la chaise qu'à la condition ou de se pencher en avant ou de s'asseoir de côté, position difficile à conserver, fatigante, et qui ne lui aurait permis de se livrer à aucun travail. La douleur était assez modérée pendant la marche. Mais pourtant elle paraissait encore après une course d'un quart d'heure environ.

Le toucher rectal, aussitôt qu'on amenait le doigt sur la face antérieure du coccyx, provoquait des douleurs intolérables, comme celles de la défécation, de la station assise et de la pression à travers la peau.

M. Gosselin, d'après les renseignements que nous venons de rappeler, a pensé que le siége de la douleur était plutôt l'articulation sacro-coccygienne que le coccyx lui-même ou les nerfs avoisinants; que le point de départ sans doute était une distension, sorte d'entorse de cette articulation au moment de la parturition, et que la maladie consécutive, douloureuse, pourrait s'appeler *arthralgie sacro-coccygienne*. Il s'est servi cependant du mot *coccyodynie*, qu'il a trouvé tout fait, et qui a l'avantage de ne rien préjuger sur le siége du mal.

Après avoir employé inutilement pendant plusieurs mois les frictions avec pommades et liniments chloroformés, la cautérisation ponctuée, les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine, le repos, les narcotiques à l'intérieur, aucun soulagement n'avait été obtenu, au moins pour la douleur de la station assise. Celle de la défécation avait diminué, puis disparu sous l'influence de la rhubarbe, à la dose de 0,25 administrée tous les jours, en vue de délayer les matières fécales et de rendre leur issue plus facile.

M. Gosselin songea dès lors aux deux opérations proposées par M. Simpson : la section sous-cutanée des muscles attachés au coccyx, et l'ablation totale de cet os. Il rejeta d'abord la dernière, à cause de ses dangers possibles; mais il pensa que la première était assez innocente pour être tentée. Elle semblait peu rationnelle, en ce sens que la douleur était causée bien plus par la pression directe que par l'action musculaire. Mais le chirurgien écossais ayant publié un certain nombre d'observations tout à fait analogues dans lesquelles la myotomie avait paru réussir, il était permis de laisser de côté la théorie et de s'en rapporter aux résultats. M. Gosselin fit donc la myotomie sous-cutanée conformément aux préceptes de M. Simpson. Il n'y eut aucun accident, mais la malade ne fut en aucune manière soulagée. Il y avait donc à choisir entre une temporisation indéfinie, — la guérison eût pu arriver à la longue peut-être, mais la malade eût été dans l'impossibilité durant ce temps de gagner sa vie, — ou bien l'ablation du coccyx. Avant d'en venir à cette dernière extrémité, M. Gosselin voulut revenir à des palliatifs qui avaient déjà été employés sans succès. Plusieurs fois il avait conseillé à la malade de s'asseoir sur un coussin rond, percé d'un trou, en balle d'avoine ou en coton, et on n'avait pas réussi à empêcher la douleur.

M. Gosselin fit prendre en dernier lieu un coussin à air, en caoutchouc, et une fois assise sur ce coussin incompressible, le coccyx étant dans le vide, la malade fut soulagée, et put garder cette position pendant deux heures sans souffrir et sans être fatiguée. Depuis une douzaine de jours ce moyen a été continué avec le même succès, et la malade a quitté l'hôpital non guérie sans doute, mais avec un moyen palliatif qui vraisemblablement, avec le temps, permettra à la guérison radicale de s'accomplir.

Le fait dont M. Gosselin nous a rendu témoin nous a remis en mémoire un fait semblable que nous avons eu l'occasion d'observer il y a une dizaine d'années, et dans lequel nous n'avions pas vu d'autre indication que celle du repos et de l'usage fréquemment répété de laxatifs légers, pour modérer la douleur de la défécation. La guérison s'est opérée à la longue, sans le secours d'autres moyens.

Des propriétés antivertigineuses du poivre cubèbe.

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a préconisé l'emploi des cubèbes contre certains troubles cérébraux, tels que vertige, migraine, amnésie, etc. On trouve dans d'anciens auteurs de matière médicale l'indication des propriétés antivertigineuses du poivre cubèbe; mais on était à peu près réduit à cette vague indication, sans faits cliniques précis à l'appui, lorsque notre confrère M. le docteur Debout est venu nous faire connaître, dans le recueil qu'il dirige, les résultats très-dignes d'intérêt des recherches thérapeutiques expérimentales qu'il a entreprises sur ce sujet. Nous nous sommes engagés, dans l'une des précédentes *Revues*, à exposer ces résultats. C'est cet engagement que nous tenons en ce moment.

C'est sur lui-même d'abord, ainsi qu'il nous l'apprend dans son travail, que M. Debout a tenté le premier essai de l'action antivertigineuse du cubèbe. En 1831, alors qu'il était interne à Bicêtre, sous l'influence d'un bain trop chaud et à la suite d'une contention d'esprit prolongée, il éprouva un vertige avec trouble de la vue et fourmillement dans le bras gauche. Une saignée du bras et l'usage quotidien de révulsifs intestinaux, le séjour à la campagne et divers autres moyens successivement mis en usage étant restés sans effet, notre confrère avait fini par en prendre son parti, renonçant à toute chance de tentatives nouvelles, lorsqu'en 1851, en parcourant les divers articles publiés sur le poivre cubèbe, il fut frappé par un passage de la *Flore* de Chamberet, où il vit l'indication rappelée plus haut. Il résolut dès lors d'expérimenter cet agent, et il prit matin et soir une cuillerée à café de poivre enveloppé dans du pain azyme. L'expérience dura six mois, avec des alternatives de repos. Pendant ce laps de temps, une fois ou deux seulement, un très-léger sentiment de vertige se montra, mais pour disparaître immédiatement.

Pour mieux faire juger la valeur de la médication, voici en quels termes M. Debout rend compte de la série des phénomènes qui caractérisent chez lui le vertige :

« Le plus souvent, dit-il, à la suite d'un travail soutenu de cabinet, apparaissait d'abord un sentiment de vertige et d'éblouissement, et avec lui la perte de la mémoire des mots, des substantifs surtout. L'intelligence demeurait intacte. Après deux ou trois minutes de durée du vertige, la vue s'obscurcissait progressivement, et il arrivait un moment où l'ouverture des fenêtres, ou la flamme de la lampe était le seul détail perçu dans la pièce. En même temps, une sensation de fourmillement se manifestait dans le côté gauche de la face, s'irradiait dans la narine gauche, la bouche, la langue, et gagnait le bras gauche, suivant le trajet du nerf musculo-cutané. Quelquefois, le fourmillement se propageait au membre abdominal gauche. La disparition des phénomènes avait lieu dans l'ordre inverse de leur évolution, et ils ne laissaient après eux qu'une inaptitude aux travaux intellectuels. »

Pendant les vingt années que ces accidents se sont produits, ajoute notre confrère, ils n'ont varié ni dans leur durée ni dans leur intensité. Depuis huit années, aucune apparence de vertiges ne s'est manifestée, et il l'attribue au cubèbe, dont il n'a jamais complétement abandonné l'usage.

Ce fait a déjà par lui-même une grande valeur; mais il n'est pas le seul qui justifie cette nouvelle indication de l'emploi du poivre cubèbe.

Encouragé par les résultats obtenus sur lui-même, M. Debout a employé cet agent chez plusieurs malades qui offraient des phénomènes morbides plus ou moins analogues à ceux qu'il avait ressentis; notamment chez un valet de charrue atteint de troubles gastriques dus à des excès alcooliques et de vertiges; chez un médecin habitant une ville du midi de la France, venu à Paris le consulter pour des accidents nerveux liés à une spermathorrée, qui l'avaient forcé depuis un an à abandonner l'exercice de sa profession; chez un peintre, en proie à des vertiges dépendant d'un diabète; chez une jeune fille chlorotique du service de M. le professeur Rostan, à l'Hôtel-Dieu, et qui se plaignait surtout d'une céphalalgie continue et de très-fréquents vertiges; chez une hystérique qui était en proie à des vertiges ténébreux; enfin chez un autre confrère, affecté d'un affaiblissement de la mémoire.

Voici quel est, d'après M. Debout, le mode d'emploi de ce médicament en pareil cas. Il recommande d'abord comme une précaution indispensable, pour obtenir le plus sûrement possible les bons effets de cette médication, de se servir de cubèbe récemment pulvérisé et renfermé dans un flacon en verre. La dose du médicament doit varier suivant les effets qu'on veut obtenir. Comme peptique, c'est assez de 50 centigrammes à 2 grammes, administrés au début des repas. Mais si aux troubles gastriques viennent se joindre des vertiges, il est d'avis qu'il faut répéter ces doses matin et soir, de façon que les malades consomment au moins 10 grammes du médicament dans la journée.

Dans les cas de vertige éclamptique ou syncopal, sur lesquels M. Trousseau a appelé l'attention des médecins dans une discussion récente dont on n'a pas dû perdre le souvenir, et contre lesquels la thérapeutique courante est complétement impuissante, M. Debout déclare qu'il n'hésiterait pas à essayer l'emploi du cubèbe à la dose d'une cuillerée à café, répétée deux et trois fois par jour. Ce serait, en tout cas, un moyen excellent de résoudre directement la question si vivement débattue, savoir si les accidents apoplectiformes décrits par M. Trousseau comme appartenant à l'ordre des névroses cérébrales, sont effectivement des accidents nerveux, ou bien s'ils dépendent, comme l'ont soutenu quelques-uns de ses contradicteurs, et notamment M. Bouillaud, d'une congestion ou hyperémie cérébrale.

Quoi qu'il en pût être d'ailleurs du résultat de cette épreuve, qui nous paraît d'autant plus acceptable qu'aucun danger sérieux n'en saurait résulter, nous considérons dès à présent les faits rapportés par M. Debout comme dignes d'être pris en sérieuse considération par les praticiens.

CROUP NASO-PHARYNGO-LARYNGÉ.

Trachéotomie. — Paralysie diphthérique consécutive. — Guérison.

Par M. le docteur BLOT, de Tours (1).

Un petit garçon âgé de quatre ans, convalescent d'une rougeole qui n'avait rien présenté d'anormal, est pris, dans la nuit du 17 octobre 1860, d'un accès de suffocation bruyante, sans toux. Cet accès est suivi d'un sommeil très-agité avec enchifrènement.

Le lendemain, les parents alarmés me montrent le petit malade. Je le trouve sans fièvre, mais oppressé, avec un écoulement épais, assez abondant, par le nez. La muqueuse nasale est rouge, tuméfiée; je la cautérise aussi profondément que possible avec une solution de nitrate d'argent.

La nuit suivante et le lendemain, les accès de suffocation se renouvellent. Je trouve la respiration anxieuse; les amygdales ont pris un développement considérable et présentent quelques points grisâtres; le cri est fort. — Cautérisation de la gorge et du nez; vomitifs; lavements laxatifs; sinapismes.

Le 19 au matin, la scène a changé.

Aux phénomènes précédents est venue se joindre la toux croupale : la voix est éteinte, la respiration très-accélérée, et la fièvre violente.

Les ganglions cervicaux sont tuméfiés; les amygdales, toujours très-rouges, sont recouvertes de véritables fausses membranes; le petit malade est très-agité.

Je pratique deux fois dans la journée la cautérisation des fosses nasales, du pharynx, en cherchant à faire pénétrer de la solution dans le larynx. — Vomitifs; potion au perchlorure de fer.

Le 20 au matin, je pratique une nouvelle cautérisation. Mais l'asphyxie fait des progrès rapides. La mort est imminente.

Quelques heures après je revois le malade avec M. le docteur Charcellay. Cet honorable confrère, après un examen attentif de l'état des poumons, estime que la trachéotomie, pratiquée sur-le-champ, peut encore sauver l'enfant; nous y procédons immédiatement, avec l'aide de M. Brethau, interne à l'hospice de Tours.

L'enfant étant emmaillotté et assujetti sur une table la tête renversée, je pratique une incision de la peau, étendue du cartilage cricoïde au sternum. Cette incision un peu longue a l'avantage de me laisser la trachée et les vaisseaux qui marchent au-devant d'elle, largement à découvert.

Je n'ai dès lors aucune difficulté à glisser le crochet cricoïdien sous le cartilage du même nom. Je soulève et fixe ainsi le larynx, et glissant un bistouri dans la rainure du crochet, je ponctionne la trachée. Le passage de l'air s'annonce par un sifflement. Je substitue au bistouri un ténotome courbe à débridement des hernies étranglées, et j'incise deux anneaux.

L'enfant est pris de quintes de toux et relevé sur son séant. A l'aide d'un dilatateur, je maintiens la plaie trachéale béante le temps nécessaire à l'expulsion des mucosités et du sang.

L'accès de suffocation se calme rapidement, pour faire place à de larges et profondes inspirations; les yeux prennent peu à peu une expression plus calme, moins anxieuse, les lèvres se colorent.

J'écouvillonne avec précaution, puis une canule double est introduite et fixée. L'enfant est remis dans son lit, avec une mousseline imbibée d'eau tiède au-devant de la canule. Nous jugeons utile de le laisser emmaillotté.

Pendant quarante-huit heures, tout s'était passé à merveille, grâce au soin d'enlever et nettoyer la canule intérieure, quand l'enfant est pris tout à coup d'une anxiété extrême, de toux, et rend, après de violents efforts de vomissement, un long tube membraneux qui porte à son extérieur l'empreinte exacte du larynx, avec tous les replis et les anfractuosités de la muqueuse. Cette crise est suivie d'une nuit calme. Les fausses membranes de la gorge se détachent dans la nuit. Le lendemain matin, nous pratiquons une cautérisation légère du larynx; à cet effet, nous avions substitué la canule bivalve à la canule pleine. Mais la plaie prend un mauvais aspect, ses bords sont grisâtres, comme œdémateux; une rougeur érysipélateuse envahit la poitrine, puis le ventre, et jusqu'au 28 l'érysipèle fait des progrès. — L'enfant a de la fièvre, est plus agité, respire moins librement et tousse davantage; la sécrétion bronchique est très-abondante. Cependant l'auscultation fait entendre à peine quelques râles. Quelques plaques se sont développées sur la muqueuse buccale.

Sous l'influence des purgatifs, des applications émollientes, des frictions mercurielles et plus tard de poudres inertes, l'érysipèle s'éteint successivement. Le travail ulcératif qui commençait à envahir les lèvres de la plaie s'est arrêté.

Le 1er novembre et jours suivants nous commençons à fermer l'orifice de la canule. Le timbre de la voix est naturel, nous nous décidons à fermer la plaie, car il n'y a plus aucune trace de fausses membranes.

Le 7, la plaie de la trachée est fermée, l'enfant a moins de dysphagie et commence à se nourrir et à prendre un peu de force. Il se lève une partie de la journée.

Cette amélioration ne fut pas de longue durée; dès le lendemain 8, l'enfant est pâle, oppressé; le bas-ventre, les bourses et les pieds sont œdématiés, les urines légèrement albumineuses.

Pendant quelques jours, sous l'influence des ferrugineux, des toniques, de la limonade nitrique, un mieux sensible se manifeste dans l'état général.

Mais l'œdème des bourses persiste, la dysphagie a pris le caractère d'une véritable paralysie. A plusieurs reprises, il a essayé de boire ou de manger; chaque fois il est pris de quintes de toux, d'expectoration, il se décourage et refuse tout aliment solide ou liquide.

Le 15, la paralysie envahit les deux jambes et l'œil droit. En se réveillant, l'enfant s'est écrié : « Je vois deux petites mamans. » Son œil droit est convulsé en haut et en dehors, la pupille est cachée en partie sous sa paupière supérieure. Dans les mouvements d'inclinaison imprimés à la tête du côté paralysé, l'œil reste fixe dans l'orbite. Les autres épreuves propres à me confirmer l'existence d'une paralysie du grand oblique, furent impossibles chez cet enfant très-indocile.

Je ne fus pas beaucoup plus heureux dans les recherches auxquelles je me livrai pour constater la sensibilité.

Le 20, la paralysie du grand oblique et celle des jambes sont moins intenses, mais les deux bras se prennent. L'enfant donne des signes de maladresse.

La voix est toujours nasonnée; voix de polichinelle.

Du 2 au 15 décembre, la paralysie envahit les muscles de la respiration. L'enfant a de l'angoisse; les accès de suffocation, surtout la nuit, sont fréquents. L'enfant a besoin d'être sans cesse déplacé; il ne peut dormir que debout; le pouls est fréquent; il y a des râles sibilants; la toux est fréquente. Après quelques instants d'un sommeil bruyant, la face se congestionne, les lèvres bleuissent, l'enfant se réveille en criant. A plusieurs reprises, ces menaces d'asphyxie ont été suivies d'un hoquet continu.

Les lotions avec la teinture de noix vomique, les bains aromatiques, les toniques sont continués.

Le 16, amélioration sensible, l'enfant peut se coucher, dormir; il mange plus facilement et commence à se soutenir; il est porté en plein air chaque jour.

Le 1er janvier 1861, la guérison est complète.

RÉFLEXIONS. — 1° Au moment de faire la trachéotomie, je me proposais de fixer d'abord le larynx avec le crochet cricoïdien. M. Charcellay me conseilla de ne le faire qu'après l'incision de la peau. J'ai suivi ce conseil, et je crois qu'il était sage.

En effet, chez l'adulte, si on se propose de ponctionner et d'inciser d'emblée la peau et la trachée, on doit d'abord fixer le larynx et on peut placer le crochet aisément sous le cartilage cricoïde, facile à sentir avec le doigt. Mais chez l'enfant, ce procédé serait peu prudent et tout au moins très-difficile; il est préférable de ne fixer le larynx qu'après l'incision de la peau.

2° Lorsque je voulus essayer le larynx avant de fermer la plaie, j'eus recours à un petit artifice; j'avais fait pratiquer à la canule extérieure une fente qui comprenait un tiers de la longueur de sa paroi supérieure, en sorte que lorsque l'orifice extérieur de la canule était maintenu fermé à l'aide du doigt ou d'un bouchon, l'air traversait cette ouverture supérieure et passait par le larynx. Cette modification a un autre avantage, celui de permettre de cautériser le larynx sans enlever la canule.

3° La paralysie a suivi la marche habituelle; elle a envahi et quitté successivement le voile du palais, les membres supérieurs, les membres inférieurs, le muscle grand oblique de l'œil droit, enfin les muscles de la respiration.

4° La terminaison a été heureuse, mais tardive; elle nous a montré un fait bien digne d'attention, c'est que l'amélioration a été pour ainsi dire subite, à partir du jour où il a été possible de sortir l'enfant, et de l'enlever pour quelques heures chaque jour de la chambre dans laquelle il avait séjourné pendant tout le cours de cette maladie.

Dans cette convalescence, comme dans celle de bien d'autres maladies, ne devrait-il pas être de règle d'enlever le plus tôt possible le malade du milieu du foyer d'infection ?

(1) Communiqué à la Société médicale d'Indre-et-Loire.

SUR L'HUILE ESSENTIELLE DE MATICO,

pure ou associée au baume de copahu, dans le traitement de la blennorrhée.

Par M. le docteur Alexis FAVROT.

Le Matico, *piper angustifolium*, est un poivrier de l'Amérique méridionale, introduit pour la première fois en France par M. Dorvault, lors de l'Exposition de Londres, et présenté alors comme un astringent puissant et antihémorrhagique excellent. Les diverses formules données par l'importateur se rapportaient toutes à ces propriétés. Aujourd'hui les préparations de Matico sont largement employées dans la matière médicale.

En 1855, la décoction de feuilles de Matico, administrée à l'intérieur par les médecins anglais, ayant donné de bons résultats dans les cas d'écoulements anciens et chroniques, je fus conduit à faire quelques expériences sur ce nouveau médicament, employé du reste depuis longtemps au Pérou dans des cas analogues; c'est ainsi qu'on lit dans la *Flore médicale* de ce pays, t. I, p. 28, le texte suivant : *Incolæ ad gonorrhœas et ulcera cancrosa a lue venerea ortas extirpendas, decoctum affatim hauriunt.*

De son côté, M. Grimault, successeur de M. Dorvault, continuant les recherches de son prédécesseur, acquit la certitude que le Matico devait ses propriétés à la grande quantité d'huile essentielle qu'il contient, et qui n'était pas utilisée dans la plupart des préparations employées jusqu'alors. Ayant obtenu une certaine quantité de cette huile essentielle, il en fit préparer des capsules, et sur mon désir m'en confia l'expérimentation.

J'avais déjà employé le Matico sous forme de décoction, d'injection, d'extrait; j'avais obtenu, guérison dans certains cas, insuccès dans d'autres, et fort de ces données je comptais beaucoup sur l'emploi de l'huile essentielle. Les résultats furent en effet des plus satisfaisants; toutefois l'action diurétique était si énergique, que cette médication, malgré ses avantages, offrait encore des inconvénients réels.

Enfin, à force d'essais et de tâtonnements, nous arrivâmes à obtenir une préparation qui ne me paraît plus rien laisser à désirer, en associant à l'huile essentielle de Matico le baume de copahu dans les proportions suivantes :

Baume de copahu.	100
Essence de Matico.	5
Magnésie.	q. s.

Pour 100 bols recouverts de gluten d'après le procédé Raquin. Chacun d'eux contient 1 gramme de baume de copahu et 50 centigrammes d'huile essentielle, qui représentent 50 grammes des feuilles de Matico employées.

Par cette combinaison, le copahu perd complétement son goût caractéristique, et par l'addition de cette essence, qui a quelque rapport avec celle de la menthe poivrée, je pus remarquer que non-seulement les capsules ainsi composées avaient plus d'action que les capsules dites de Raquin, de Mothes, mais encore qu'elles ne donnaient jamais lieu à des renvois pénibles, et à ces éructations si désagréables et parfois si compromettantes; l'odeur du copahu était complétement détruite.

Voici bientôt quatre ans que je traite les écoulements aigus et chroniques par cette médication, à laquelle, suivant le cas, j'adjoins des injections préparées avec la même plante; j'ai acquis aujourd'hui une certitude rigoureuse de leur efficacité. Je crois donc être agréable à mes confrères en soumettant à leur attention quelques-unes des nombreuses observations que je possède.

Je les diviserai en deux classes, suivant l'état aigu ou chronique des écoulements; car le mode de traitement local, qui suffit pour la première catégorie, exige dans la seconde l'ingestion des capsules.

Le traitement local se fait par des injections avec l'eau distillée de Matico saturée, que M. Grimault prépare dans les proportions suivantes, et dans la plupart des cas il suffit :

Matico. . . . . . 1 kilogramme.
Eau. . . . . . . 2 —

pour retirer 1000 d'eau. Il est essentiel de laisser le Matico en contact avec l'eau froide pendant vingt-quatre heures avant la distillation; l'huile essentielle qui surnage doit être séparée entièrement et demande des soins tout particuliers.

Voici maintenant quelques faits :

Observations d'écoulements pris au début guéris par l'injection simple.

Obs. — M. X..., vingt-deux ans, employé dans un ministère, blond, tempérament lymphatique, se présente à ma consultation avec un écoulement verdâtre, apparu de la veille; inflammation du méat, douleurs vives en urinant; rien dans les aines ni dans les testicules. Six jours avant, il avait eu un contact prolongé avec une femme sortant d'avoir ses règles.

Une injection matin et soir. Au bout de deux jours, mieux sensible; l'écoulement du blanc verdâtre est passé au blanc jaunâtre. Je fais continuer les injections. Quinze jours après, je revis M. X...; il me dit qu'il était complétement guéri depuis le septième jour du traitement. S'il avait tardé à me voir, c'est qu'il voulait s'assurer de sa guérison.

Obs. II. — M. X..., rentier; quarante-deux ans, brun; une seule relation avec une femme enceinte de quatre mois. Trois jours après, il éprouve des besoins plus fréquents d'uriner et des chatouillements le long du canal. Le quatrième jour il aperçoit à son réveil, en pressant sur le gland, une goutte au méat. Je le vis à deux heures; l'écoulement était déclaré : c'était un liquide mucoso-purulent.

Je lui fis une injection matin et soir. Le lendemain, mieux sensible; le quatrième jour, guérison complète.

Deux mois après, M. X... vint me retrouver dans les mêmes conditions; mais, cette fois-là, les injections durent être continuées pendant huit jours.

Je pourrais multiplier les observations de ce genre, dans lesquelles l'injection avec l'eau distillée de *Matico saturée* a toujours donné des résultats satisfaisants; mais il importe que l'écoulement soit pris au début, et que le malade ne fasse aucun écart de régime.

Observations d'écoulements subaigus.

Lorsque l'inflammation subsiste déjà depuis quelque temps, que l'écoulement a acquis une certaine densité, il m'est arrivé bien rarement un résultat définitif avec les injections seules; alors je lui associe les capsules au Matico.

Obs. I. — M. X..., artiste, vingt-neuf ans, brun, tempérament sanguin, vient me consulter pour une blennorrhée datant de six semaines. Différents traitements avaient été déjà employés sans succès. Sur mon conseil, il pratique une injection matin et soir, et le troisième jour il se croit guéri; mais au bout de deux jours, à la suite d'un léger écart de régime, réapparition de l'écoulement, avec peut-être plus d'abondance. Nouvelles injections pratiquées pendant huit jours consécutifs; guérison apparente. Sans cause connue, rechute. Après m'être assuré qu'il n'existait aucun rétrécissement dans le canal, je me décide à donner les capsules au Matico, conjointement avec l'injection; le septième jour, le malade était guéri définitivement.

Obs. II. — M. B..., étudiant en droit, vingt-deux ans. Blennorrhée datant de plus de six mois, a fait tous les traitements possibles : capsules de toute espèce, injections de toutes sortes. Il vient me consulter pour une goutte qu'il a tous les matins, à son réveil; mais ce qui l'inquiète surtout, c'est que, sous l'influence du moindre écart de régime, soit de table ou de coït, au lieu d'une goutte, il trouve un écoulement jaune verdâtre. Après m'être assuré qu'il n'existait aucun rétrécissement, je le soumis à l'usage des capsules (12 par jour) et aux injections (2 par jour).

Ce traitement fut suivi très-régulièrement pendant quinze jours. Au bout de ce temps j'exigeai encore quinze jours de prudence et de sagesse. La guérison fut définitive.

Obs. III. — M. X..., trente ans, sculpteur, blond, lymphatique; blennorrhée datant d'un an. Fatigué de tout traitement, il s'était décidé à ne plus rien faire; mais un mariage qu'il a en vue l'engage à essayer de mon mode de traitement, à condition toutefois qu'il ne changera en rien sa manière de vivre : café, vin, liqueurs, sans excès toutefois. Après douze jours de capsules et d'injections, il était guéri; néanmoins j'exigeai qu'il continuât, en raison de l'ancienneté de la maladie, son traitement encore huit jours.

Un mois après M. X... venait me remercier et m'annoncer son mariage.

Résumé. — Il est évident que le Matico, ou le principe actif qu'il contient, n'est pas une panacée universelle dans tous les cas d'écoulement; que quand il y aura une cause déterminante, telle qu'un rétrécissement (ce dont il est convenable de toujours s'assurer) ou bien une affection de la prostate, et surtout une faiblesse ou relâchement des vésicules séminales, car j'ai vu beaucoup d'écoulements produits par l'inflammation que détermine le sperme en séjournant sur la muqueuse de l'urèthre non préalablement lubrifiée par le liquide prostatique (comme il arrive dans les cas de spermatorrhée); il est évident, dis-je, que quand il y aura une cause distincte, l'action du Matico sera à peu près nulle; mais ce que je tiens à signaler, c'est que dans les cas d'écoulements simples, aigus, subaigus ou chroniques, ce sont encore les préparations de Matico qui m'ont donné les résultats les plus certains et les plus définitifs.

Chez les femmes surtout, j'ai obtenu et j'obtiens chaque jour des résultats plus remarquables dans les vaginites chroniques; lorsqu'elles sont atteintes de ces écoulements d'un blanc jaunâtre, qui, sous l'influence d'un peu de fatigue, d'excès quels qu'ils soient, ou même simplement avant comme après leurs époques, subissent tout d'un coup une telle modification, qu'innocents à de certains moments, ils sont souvent très-dangereux.

L'usage interne des capsules, et surtout l'application directe d'un bourdonnet de charpie ou de coton roulé préalablement dans de la poudre de Matico et laissé en contact pendant douze jours, me donne d'excellents résultats.

Mais je me réserve de consacrer un article spécial à ces différents écoulements, en signalant l'heureux emploi de petits pessaires fondants au Matico, que M. Grimault s'étudie à me faire, et qui remplaceront avantageusement les bourdonnets que j'emploie encore actuellement.

Enfin, pour terminer ce long article, j'ajouterai que depuis quelques mois des faits nombreux sont venus corroborer ceux que j'ai avancés; qu'à Paris un grand nombre de médecins n'ont eu qu'à se louer des capsules et injections au Matico, et qu'à Saint-Pétersbourg le conseil médical, après de nombreuses expériences dans les hôpitaux, a reconnu hautement leur efficacité et demandé leur introduction.

Je serai juste aussi en signalant à mes confrères les bons procédés de M. Grimault, qui, continuant les excellentes traditions de Dorvault, son prédécesseur, met gratuitement capsules et injections à la disposition des médecins de France et de l'étranger.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 octobre 1861. — Présidence de M. Laborie.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Election d'un membre titulaire. — Sur 23 votants :

M. Blot a obtenu. . . . 20 voix.
M. Legendre . . . . . 3 »

M. Blot, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire de la Société.

— *Nomination d'une commission pour présenter une liste de candidats aux places vacantes de correspondants nationaux.* — Cette commission, nommée au scrutin, sera composée de MM. Cullerier, Gosselin, Morel-Lavallée et Depaul.

— *Nomination d'une commission pour présenter la liste des candidats aux places de membres correspondants étrangers.* — Cette commission, nommée au scrutin, est composée de MM. Giraldès, Bouvier, Verneuil et Larrey.

LECTURE.

M. Giraldès, au nom d'une commission composée de MM. Larrey, Follin et Giraldès, rapporteur, lit un rapport sur les travaux de M. le docteur Ehrman.

Messieurs, un médecin distingué, professeur à l'Ecole secondaire de médecine d'Alger, M. le docteur Ehrman, sollicite l'honneur de faire partie de la Société de chirurgie, dans la classe des membres correspondants. Pour se conformer aux prescriptions réglementaires de la compagnie, ce confrère a adressé à la Société plusieurs travaux; vous avez renvoyé l'examen de ces documents à une commission composée de MM. Follin, Larrey et Giraldès. La commission vient remplir aujourd'hui sa mission et recommander vivement à vos suffrages la candidature de notre confrère de l'Ecole de médecine d'Alger.

Les travaux envoyés par M. Ehrman comprennent :

1° Un mémoire imprimé *sur les effets produits sur l'encéphale par l'oblitération des vaisseaux artériels qui s'y distribuent.* Une seconde édition de ce travail a été envoyée à la Société; il n'a pas été remis à la commission.

2° Un mémoire manuscrit *sur les variations anatomiques du cercle artériel de Willis.*

3° Un travail manuscrit : *Remarques sur un cas de paralysie faciale double consécutive à une double otite.*

4° Une observation de *hernie étranglée, irréductible, de longue date, opération; adhérences nombreuses; guérison.*

Le mémoire imprimé et le mémoire manuscrit *sur les variétés anatomiques du cercle artériel de Willis* se rattachent tous les deux de si près au même sujet, que l'un semble être le complément de l'autre.

Dans le mémoire imprimé, il est principalement question des diverses modifications qu'éprouvent la circulation cérébrale, par suite de l'interruption subite du cours du sang dans l'une des artères carotides; dans le travail manuscrit, consacré à des recherches d'un ordre purement anatomique, l'auteur cherche les raisons matérielles, anatomiques des accidents qu'on observe à la suite de l'opération de la ligature de l'artère carotide. D'après ce court énoncé, on peut dire que ces deux travaux sont connexes, et qu'il serait difficile d'en parler isolément. Nous allons passer en revue quelques-unes des parties les plus saillantes de ces deux travaux, en nous arrêtant surtout aux points essentiels qui dominent le sujet.

L'étude de la circulation intra-crânienne, en raison même des conditions anatomiques qui président à cette fonction, intéresse vivement le pathologiste. Le nombre, la disposition et le calibre des vaisseaux sanguins qui se distribuent à l'encéphale, la richesse et l'ampleur des capillaires qu'on rencontre à sa base, et la position des principaux troncs veineux logés dans des espèces de tunnels fibreux, méritent bien d'appeler à la fois l'attention du physiologiste et du pathologiste.

D'après cette disposition anatomique, on comprend aisément que si les courants sanguins qui se rendent au cerveau sont modifiés dans leur impulsion et dans leur ampleur, soit par l'action directe du cœur ou par les oscillations respiratoires, ils imprimeront aux fonctions de l'encéphale des changements dignes d'être remarqués.

En effet, qu'un de ces courants soit pour un instant interrompu dans son cours, qu'une région du cerveau soit momentanément privée du sang qui lui est destiné, et aussitôt on constatera des troubles dans les diverses fonctions de l'organe, troubles dont quelques-uns ont été habilement analysés et décrits au point de vue clinique par Marshall-Hall et Husmaul, et que les travaux de Bichat, et surtout les belles expériences de Donders, ont permis de bien comprendre.

M. Ehrman, dans sa thèse inaugurale sur l'anémie du cerveau, avait déjà essayé d'étudier un point du problème qu'il traite avec plus d'étendue dans son mémoire intitulé *Quels sont les troubles fonctionnels produits par l'arrêt subit de la circulation du cerveau à la suite de la ligature d'une des artères carotides?* question d'un grand intérêt et d'une haute portée; question un peu négligée, il est vrai, mais qui réclame désormais une grande place dans l'histoire de la ligature des artères carotides.

Jusqu'à ces derniers temps, en effet, les chirurgiens se préoccupaient peu de bien connaître les troubles des fonctions cérébrales produits par cette opération. Se fondant sur des expériences curieuses instituées par Astley Cooper (1), ils tenaient à peine compte des désordres occasionnés par l'arrêt de la circulation dans les fonctions du cerveau.

En 1815, Hogdson (2), dans son *Traité sur les maladies des artères*, s'exprimait ainsi : « Il est démontré que l'oblitération de l'artère ca-
» rotide n'est pas suivie de désordres dans les fonctions du cer-
» veau. »

En 1847, Chélius, dans son *Traité de chirurgie*, tenait à peu près le même langage; enfin, en 1850, le professeur Miller (3), en parlant de la ligature de ce vaisseau, réservait toutes ses craintes pour les accidents qu'on pourrait observer du côté du poumon. « Après la li-
» ture de l'artère carotide, dit-il, les poumons sont en danger de se
» congestionner, ce qui peut occasionner une apoplexie qui pourrait
» être suivie d'une pneumonie. »

Enfin, à en juger par le silence gardé par M. Malgaigne (4) sur cette question importante dans la dernière édition de sa *Médecine opératoire*, on peut supposer que le professeur de la Faculté n'y attache pas un grand intérêt, et cependant, en 1798, Abernethy (5) avait déjà entrevu l'influence de cette opération sur les fonctions cérébrales; et en 1805 Astley Cooper avait vu se produire chez son premier opéré des accidents qui en donnaient la démonstration. C'est en 1845 que le docteur Norman Chevers (6), dans un travail sur les effets de l'oblitération des artères carotides dans la circulation cérébrale, a le premier bien démontré combien cette ligature est accompagnée d'accidents graves occasionnés par une modification dans la circulation cérébrale. Depuis, les professeurs Erichsen (7) et Sédillot (8), et surtout notre collègue M. Broca (9), ont insisté sur ce point, et appelé l'attention des chirurgiens sur une question aussi importante.

Avant ces auteurs, Pierre Bérard (10), dans un remarquable article, seconde édition du *Dictionnaire de médecine*, discuta ce point intéressant de clinique, sans cependant considérer les accidents observés comme aussi graves et aussi fréquents qu'ils le sont en réalité, ainsi que les recherches statistiques l'ont démontré. En effet, Norris (11), sur 49 observations de ligature de l'artère carotide inscrites dans le tableau qu'il a publié, compte 31 cas dans lesquels des accidents cérébraux ont accompagné l'opération. Sur un ensemble de 187 cas contrôlés, M. Ehrman compte 42 faits dans lesquels des désordres cérébraux ont été signalés, ce qui donne la proportion de 22 et une fraction pour 100.

Maintenant, ajoutant à ce chiffre les cas, au nombre de 15, dans lesquels les deux ligatures ont été simultanément liées, et ceux, au nombre de 11, où le tronc innominé a été également lié, il arrive à un ensemble de 213 opérations, dans lesquelles quarante-sept fois l'opération a été suivie d'accidents cérébraux. C'est à peu près la même proportion de 22 pour 100.

Le travail du professeur de l'École de médecine d'Alger renferme un résumé assez complet de cette question; il vient, dans une certaine mesure, fournir de nouveaux documents, et jeter une vive lumière sur la gravité de l'opération de la ligature de l'artère carotide dépendant surtout des accidents cérébraux qui lui succèdent.

L'auteur passe rapidement en revue les diverses théories invoquées pour expliquer ces accidents; il expose brièvement la série des expériences instituées dans le but de connaître et de bien apprécier l'influence de la suppression plus ou moins rapide du cours du sang sur les fonctions cérébrales. Il énumère la nature et la gravité de chaque accident, dont il cherche à donner la valeur clinique.

Pour expliquer quelques-uns des troubles fonctionnels qui succèdent à l'opération, l'auteur adopte une opinion avancée par Pierre Bérard, qui pensait que dans beaucoup de cas les troubles cérébraux étaient dus à une insuffisance vasculaire, empêchant le rétablissement de la circulation après la ligature.

Afin de donner à son explication une base solide, M. Ehrman s'est livré à une série de recherches, dans le but de connaître les diverses variétés anatomiques des vaisseaux qui se distribuent à la base du cerveau.

Le résultat de ses investigations se trouve minutieusement exposé dans le mémoire manuscrit sur « les variétés du cercle artériel de Willis. »

D'après lui, les gros vaisseaux de chaque côté du cou présentent une différence de calibre quelquefois assez marquée; cette différence se retrouve surtout dans les troncs qui composent l'hexagone artériel du cerveau, et dans les branches principales qui en partent. Il croit que l'exiguïté de certaines anastomoses basilaires peut, dans un cas donné, constituer une insuffisance vasculaire, et empêcher le rétablissement de la circulation; que dans quelques cas les acci-

(1) *Guy's hospital Reports*, vol. I. — (2) *A Treatise on diseases of arteries and veines*, p. 314. — (3) *Principles of Surgery.* — (4) *Manuel de médecine opératoire.* — (5) *Surgical works inguries of the head*, vol. II, p. 125. — (6) *London medical Gazette*, 1845, p. 1140. — (7) *Science and art of Surgery.* — (8) *Méd. opératoire*, 2e éd., 1 vol. — (9) *Traité des anévrysmes.* — (10) *Dict. de méd.*, 2e éd., art. *Carotide.* — (11) *The American Journal of med. science*, juillet 1847.

dents observés ne reconnaissent pour cause qu'une insuffisance dans les voies anastomotiques, dans les vaisseaux chargés de rétablir la circulation.

Tout en appréciant le mérite de recherches anatomiques faites dans une direction essentiellement pratique, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer combien il faut être réservé à en tirer des conclusions.

En effet, toutes les fois qu'une artère présente une diminution dans son calibre, on voit à côté d'elle, par cette espèce de loi, que Geoffroy Saint-Hilaire a appelée balancement des organes, se développer d'autres vaisseaux, dont l'ensemble offre quelquefois un calibre plus grand que celui du vaisseau à l'état normal, et dans le point où l'œil de l'anatomiste croit voir une insuffisance vasculaire, il se trouve, au contraire, des moyens pour rétablir la circulation avec une amplitude complète.

Sans doute, si dans certains cas on peut regarder ces insuffisances vasculaires comme pouvant rendre compte des troubles cérébraux observés, dans beaucoup de cas aussi on peut affirmer que cette explication est insuffisante. Qu'une hémiplégie, un trouble nerveux surviennent aussitôt après la ligature d'une artère carotide, on comprend aisément que l'anémie cérébrale produite par l'arrêt de la circulation, soit la cause déterminante de l'accident, et que sa persistance soit favorisée par une insuffisance dans le rétablissement de la circulation; que le même phénomène apparaisse quelques jours après, comme dans la première observation d'Astley Cooper, et alors on est bien forcé de renoncer à la théorie séduisante des variétés anatomiques, et on est obligé de faire intervenir une autre cause.

D'après le court exposé que je viens de faire de quelques-uns des points traités dans les deux travaux de M. Ehrman, la Société peut apprécier toute leur importance clinique. Si l'on tient des documents résumés dans son mémoire, on est forcé d'admettre avec lui et avec beaucoup d'autres chirurgiens, que la ligature de l'artère carotide est une opération grave, accompagnée souvent de complications sérieuses, au nombre desquelles il faut ranger en première ligne les troubles des fonctions encéphaliques.

En terminant ce rapport, nous devons mentionner deux travaux manuscrits : le premier, sur une paralysie double du nerf facial produite par une otite double, observation curieuse, complétée par l'examen anatomique des parties malades, et une observation intéressante de hernie étranglée.

Enfin, comme complément de ce rapport, nous devons ajouter que M. Ehrman se recommande à la fois par son honorabilité, par sa position scientifique et sociale.

A tous ces titres, votre commission, Messieurs, vient recommander M. le docteur Ehrman aux suffrages de nos collègues, et vous propose :

1° D'inscrire honorablement son nom dans la liste des candidats aux places de membres correspondants nationaux.

2° De publier un résumé du travail manuscrit sur la paralysie faciale.

3° De déposer les autres travaux dans les *Archives*.

DISCUSSION.

M. LABORIE. Si je prends la parole après avoir entendu le savant rapport de M. Giraldès, ce n'est pas pour signaler une omission, mais seulement pour dire quelques mots d'un travail qui, sans être absolument relatif à la question traitée dans le mémoire de M. Ehrman, s'y rattache cependant.

Je veux parler du mémoire de M. Jobert (de Lamballe), *sur la ligature des carotides*. Comme l'a dit M. Giraldès, il y a peu d'accord entre les physiologistes sur l'effet de la ligature des deux carotides chez les animaux.

Les expériences de M. Jobert ont été faites sur une assez nombreuse série d'animaux, des chiens, des lapins, des cochons d'Inde, des chevaux, etc. Sur tous les animaux, en exceptant seulement les chevaux, la double ligature a été supportée sans aucun de ces accidents signalés par plusieurs physiologistes. Sur les chevaux, au contraire, elle a constamment déterminé la mort.

En recherchant la cause de cette singularité dans l'étude anatomique, il a été reconnu que les artères vertébrales des chevaux offraient un volume remarquablement petit, et la mort, qui semblait bien tenir à l'insuffisance de la circulation cérébrale, arrivait cependant sans phénomènes cérébraux appréciables. Les poumons au contraire paraissaient le siége de la lésion mortelle ; ils étaient, en effet, gorgés de sang, et présentaient de véritables foyers apoplectiques.

M. GIRALDÈS. Je connais ce mémoire ; mais si je ne l'ai point cité, c'est qu'il n'a pas rapport à la question que je voulais traiter. C'est ce résultat obtenu par M. Jobert, qui a induit en erreur M. Miller, et déjà avant lui Mayer (de Bonn) était arrivé au même résultat par des expériences nombreuses.

Si, au contraire, on procède comme Donders, on arrive à démontrer d'une manière évidente que la suspension dans la circulation des carotides a une influence considérable dans les fonctions cérébrales.

Ast. Cooper a fait la ligature des quatre artères qui vont au cerveau chez des animaux, et il a vu que la circulation se rétablissait, que cette ligature avait peu d'influence.

Néanmoins, si on compulse les observations faites sur l'homme, l'on voit bientôt que les résultats sont bien différents. Certainement, dans quelques cas, la ligature d'une carotide n'a pas eu de suites fâcheuses, mais malheureusement il n'en est point toujours ainsi, et l'on a vu la mort survenir dans cette circonstance.

On peut, du reste, constater directement l'influence de cette ligature sur des animaux. Si on fait, à l'exemple de Donders, une ouverture au crâne, et si on scelle avec soin un verre de montre à cette ouverture, l'on pourra constater toutes les modifications apportées par la ligature des carotides. On verra que le cerveau devient pâle, exsangue, anémique; l'on pourra voir aussi que le mouvement d'expansion de cet organe diminue, en même temps que le sang cesse de lui arriver.

Cette suspension de la circulation, sous l'influence de la ligature des carotides, est si incontestable, que la pratique en a tiré parti pour combattre certaines affections. Ainsi M. Jacobi a traité avantageusement les accès de l'épilepsie par la compression de ces vaisseaux. D'un autre côté, on raconte que des personnes ont pu être plongées artificiellement dans un coma profond par la seule compression des deux carotides. Nous pouvons expliquer tous ces phénomènes par l'arrêt de la circulation et par la compression des filets du grand sympathique accompagnant les carotides.

Les expériences de M. Cl. Bernard ont, en effet, démontré que la paralysie du sympathique amenait une stase dans les capillaires sanguins qui terminent les vaisseaux supportant les filets nerveux.

En voyant les résultats de M. Jobert, on se demande s'il n'a pas compris quelque branche nerveuse dans la ligature. Tout récemment il a été publié une observation d'opération pour une tumeur du cou, dans laquelle le pneumo-gastrique a été coupé. Il s'est manifesté du côté des poumons des accidents analogues à ceux signalés par M. Jobert chez les chevaux qui avaient subi la ligature des carotides.

Dans toutes les expériences, il faut tenir compte des conditions dans lesquelles on opère. Au point de vue expérimental, M. Jobert peut avoir raison ; mais au point de vue clinique, et sur l'homme, il est évident que P. Bérard avait raison.

Cet auteur a cité soixante-dix observations, et sur le nombre on voit que neuf fois il y a eu des accidents de paralysie, d'abolition des facultés cérébrales, et deux cas de mort.

Je pense donc que les expériences de M. Jobert ne peuvent pas être mises en rapport avec les observations cliniques. Les animaux n'ont pas la même conformation que l'homme, et l'on ne peut pas conclure des uns à l'autre.

Dans cette question, l'observation clinique doit être notre seul guide.

M. LABORIE. Je répéterai de nouveau que je n'ai voulu en aucune façon signaler d'omission dans le rapport de M. Giraldès. J'ai cru seulement qu'il serait intéressant de rappeler un fait que je trouve assez important. Ainsi, sur des animaux chez lesquels la ligature des deux carotides détermine la mort, malgré la manifeste insuffisance de la circulation cérébrale après cette opération, les symptômes qui surviennent appartiennent à l'asphyxie, et n'ont pas l'apparence d'accidents cérébraux. L'autopsie montre ensuite que c'est en effet vers les poumons que se trouvent les lésions les plus tranchées.

Quant à la manière dont ont été pratiquées les ligatures, je dois dire qu'elle me paraît à l'abri de tout reproche. J'ai assisté à toutes les opérations ; tous les animaux soumis à l'expérimentation ont été disséqués avec le plus grand soin, et des pièces ont même été conservées. Je puis assurer, autant que cela se peut faire, que dans aucun cas il n'a été intéressé de filets nerveux ni pendant la recherche du vaisseau, ni dans l'anse de la ligature.

M. TRÉLAT. Je déclare que je partage l'opinion de M. Giraldès ; il ne saurait y avoir le moindre doute à cet égard. Je voudrais cependant être renseigné sur un point, à savoir : s'il s'agit d'une seule carotide ou des deux carotides. L'on sait que la ligature des deux vaisseaux est très-grave, ainsi que l'ont prouvé les faits observés par MM. Robert, Maisonneuve, Chassaignac.

M. GIRALDÈS. Il ne s'agit que de la ligature d'une seule carotide.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions du rapport, qui sont adoptées.

En outre, la Société décide que le rapport de M. Giraldès sera imprimé dans les *Bulletins*.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MM. les professeurs Velpeau et Denonvilliers n'ayant pu accepter les fonctions de juges au concours de l'Internat, la liste du jury a été arrêtée de la manière suivante :

Juges titulaires : MM. Vidal, Bouchut, Bouillaud, Jarjavay et Laugier.

Juges suppléants : MM. Bernutz et Danyau.

— Le docteur Yunge (de Saint-Pétersbourg), vient d'être envoyé à Utrecht pour y étudier le mode de traitement qu'emploient contre l'ophthalmie granuleuse les docteurs Donders et Snellen. Cette maladie ferait, dit-on, de grands ravages en Russie.

— Le 18 novembre 1861, M. Fort, interne des hôpitaux, recommencera son cours d'anatomie et de physiologie, rue Monsieur-le-Prince, n° 58.

Il sera permanent et aura lieu tous les jours de 4 à 6 heures.

Une belle collection de la *Gazette* depuis son origine (1828), reliée, et les années 1834, 1835, 1836, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1850, 1855, sont à vendre au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Traité élémentaire de pathologie externe, par M. E. FOLLIN, avec figures dans le texte. Tome Ier contenant : Inflammation, tumeurs, plaies, maladies virulentes (syphilis). Un volume grand in-8° compacte, de 800 pages, avec 80 figures. Prix : 10 francs. Paris, 1861, Victor Masson et fils, place de l'École de Médecine.

De l'assimilation du Lactate de fer et des avantages que présente ce sel sur les autres préparations ferrugineuses, au point de vue de la digestion. Paris, 1859, chez Labé, éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23. — M. le docteur Cordier a publié récemment, sous ce titre, un travail remarquable, dans lequel il fait ressortir les nombreux avantages que présente l'emploi des *Dragées de lactate de fer de Gélis et Conté;* on peut opposer cet article aux éloges plus ou moins mérités que l'ou a donnés dans ces derniers temps à de nouvelles préparations de fer. Après avoir rappelé que dès 1840 le médicament de MM. Gelis et Conté avait été placé au premier rang parmi les ferrugineux, dans un rapport approuvé par l'Académie impériale de médecine et émanant de trois de ses membres les plus illustres, MM. les professeurs Buuillaud, Fouquier et Bally, ce praticien ajoute que, depuis cette époque, son succès a grandi de jour en jonr, et a été justifié par les résnltats cliniques constatés par chaque nouvel observateur. Il s'appuie ensuite sur les nombreux travaux des physiologistes modernes, entre autres sur ceux de M. Claude Bernard (de l'Institut), pour démontrer que le *lactate de fer* est la seule préparation de fer qui se forme dans l'estomac humain, et que les *Dragées de Gélis et Conté*, qui doivent à ce sel leur efficacité thérapeutique, si bien et si souvent constatée, agissent toujours, quelle que soit l'acidité de cet organe, et que, par suite, elles présentent, au point de vue de la digestion, une supériorité marquée sur les autres ferrugineux. Il rappelle que cette dernière proposition vient en quelque sorte d'être mise hors de toute contestation dans un rapport récent, lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 13 juillet 1858. — A la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19, Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 124. — MARDI 22 OCTOBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 124. — MARDI 22 OCTOBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 21 OCTOBRE 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. le docteur Bouchut a donné lecture dans cette séance d'un mémoire ayant pour titre : *Recherches sur les lois de la mortalité des enfants.*

Les recherches statistiques de l'abbé Gaillard, celles de MM. Milne-Edwards et Villermé, en montrant l'influence du froid et de la mauvaise alimentation des enfants sur l'accroissement de la mortalité, avaient conduit à des réformes dont il était intéressant, après un délai convenable, d'apprécier les résultats, afin de puiser dans l'expérience acquise des éléments de réformes nouvelles et plus complètes. Tel est le but que s'est proposé M. Bouchut en reprenant ces mêmes recherches pour une période de vingt années.

Deux tableaux statistiques portant, l'un sur la mortalité des enfants trouvés de Paris, suivis à la campagne pendant la période de 1839 à 1859 ; le second, sur la mortalité des enfants de la classe moyenne placés à la Direction des nourrices dans les dix premiers jours de la naissance, l'ont amené à constater :

1° Que la mortalité des enfants assistés ou abandonnés est beaucoup moindre qu'elle n'était autrefois, mais qu'elle ne diffère pas énormément de la mortalité constatée dans la période de 1820 à 1824. (Elle est de 11 centièmes dans les dix premiers jours de la vie, de 55 centièmes dans la première année, et de 63 centièmes jusqu'à l'âge de deux ans).

2° Que cette mortalité est plus considérable chez les enfants assistés que chez les enfants de la classe moyenne envoyés en nourrice à la campagne sous la surveillance de l'administration, puisqu'elle est seulement de 2 centièmes dans les dix premiers jours et de 29 centièmes dans la première année de la vie.

M. Bouchut a recherché quelle pouvait être la cause de la persistance de cette mortalité considérable des enfants assistés, qui est presque le double de celle des enfants de la classe moyenne envoyés en nourrice par les soins de l'administration, et triple de celle des enfants considérés en général pour toute la France. Aux deux conditions de l'insuffisance de l'allaitement et de l'abaissement de température auxquelles ces enfants sont plus particulièrement soumis, et dont l'influence est un point depuis longtemps acquis à la science, M. Bouchut ajoute l'action de la syphilis héréditaire.

Des calculs de M. Bertillon sur la mortalité des enfants en France en général, avaient fait constater par cet habile statisticien ce fait que, dans certains départements, le chiffre de la mortalité des enfants dépassait sensiblement la moyenne générale pour la France; ce sont les départements groupés autour de Paris qui offrent cette mortalité exagérée du premier âge.

M. Bertillon attribue cet excédant au grand nombre des enfants abandonnés et des nourrissons envoyés de Paris dans ces départements, et au peu de soins que reçoivent en général ces enfants, confiés à des nourrices de la campagne. A ces deux conditions, M. Bouchut en ajoute une troisième, celle du grand nombre de maladies endémiques ou épidémiques de la capitale, qui rayonnent dans les départements voisins.

Les recherches de M. Bouchut dont nous ne cherchons à faire ressortir ici que les résultats les plus généraux, ont, comme on le voit, le double mérite de confirmer les principales déductions des travaux de même ordre accomplis par ses prédécesseurs, par de nouveaux calculs basés sur des chiffres considérables, — condition essentielle de toute bonne statistique, — et d'y ajouter des éléments nouveaux qui concourent également, pour leur part, au même résultat commun, et tendent en conséquence à mettre l'administration en mesure de compléter et d'élargir ses utiles réformes.

L'Académie a reçu dans cette même séance un mémoire de M. le professeur Langenbeck sur un nouveau procédé opératoire pour le traitement des fentes de la voûte palatine, des communications de MM. Maisonneuve et Demarquay, relatives à la question des résections sous-périostiques et de la régénération des os par le périoste, et une note de M. le docteur Charrière, sur le traitement des douleurs névralgiques et des douleurs rhumatismales au moyen d'une préparation de chlorure d'or et de sodium. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Des affections cérébrales et des maladies qui les simulent (1).

(Leçons recueillies et rédigées par M. DUMONT, chef de clinique.)

S'il est vrai que les observations doivent se peser et se compter, *perpendendæ sed etiam numerandæ*, c'est bien quand il s'agit de l'étude si délicate du cerveau, dont les lésions les plus fines et cependant les plus graves échappent même aux yeux les mieux exercés.

L'anatomie pathologique du cerveau est aussi délicate et fine que la symptomatologie en est obscure.

Lorsque dans l'examen cadavérique d'un sujet qui a succombé à une maladie encéphalique, on trouve, après l'ablation de la voûte crânienne, la dure-mère flasque et ridée, comme si elle était trop large pour l'hémisphère qu'elle recouvre, il y a lieu de présumer qu'il a existé entre elle et le cerveau un épanchement de sérosité qui s'est échappée par quelque ouverture faite à l'enveloppe fibreuse, ou qui a coulé dans le canal rachidien. Il est facile, du reste, de s'assurer du fait soit par un examen minutieux de la membrane pour le premier cas, soit, pour la seconde hypothèse, par le retour du liquide vers le cerveau lorsqu'on place le cadavre dans la position inclinée.

Quand la dure-mère est tendue et appliquée sur le cerveau, on devra s'attendre à trouver un épanchement dans la substance cérébrale ou dans les ventricules. Nous avons constaté cette tension de la dure-mère chez le malade du n° 10 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, qui a succombé à une hémorrhagie cérébrale du volume d'un petit œuf. Elle siégeait dans le corps strié et les couches optiques du côté gauche. La paralysie existait dans tout le côté droit. Ajoutons incidemment que la mort a été causée par un érysipèle de forme gangréneuse, consécutif à la saignée nécessitée par l'apoplexie. On sait que nos salles ont été depuis plusieurs mois continuellement visitées par des érysipèles développés pour les moindres plaies accidentelles, pathologiques ou thérapeutiques.

Bien souvent des symptômes de méningite aiguë pendant la vie correspondent à des lésions des méninges à peine visibles. Il faut, avec le plus grand soin, séparer les méninges, et on peut voir alors une sorte d'enduit excessivement mince, comme glutineux, étendu en forme de membrane à la surface interne de l'arachnoïde pariétale et sur la face externe de l'arachnoïde viscérale. Quand on éloigne les deux feuillets de la séreuse intra-crânienne, on voit des filaments très-ténus qui s'allongent, puis se rompent pour s'appliquer de nouveau sur les points qu'elle recouvrait. Ces produits sont tellement minces qu'ils cessent d'être visibles après la séparation de ces deux feuillets; mais leur poli, leur aspect brillant a disparu; ils sont ternes et comme tomenteux.

Vous avez pu voir ces particularités sur le malade du n° 7 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, qui a succombé à une méningite tuberculeuse. Le cerveau de ce malade offrait des lésions infiniment disproportionnées avec les symptômes ataxiques et comateux offerts pendant la vie. Le cerveau dont il s'agit présentait, en outre, un produit pathologique commun à l'arachnoïde et à toutes les séreuses, de la sérosité plus ou moins abondante, lactescente, trouble en quelques points et presque transparente dans d'autres.

Pour la séreuse arachnoïdienne, ce n'est pas seulement dans sa cavité que le liquide épanché se présente; c'est encore en dehors de la séreuse viscérale, dans les espaces sous-arachnoïdiens, dans les espaces triangulaires qui séparent les circonvolutions dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. La sérosité

(1) Voir le numéro du 8 octobre.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoires de la Société de biologie. — Examen des trois derniers volumes (1).

Dans deux articles publiés en août 1857, nous avons fait connaître l'origine et les tendances de la Société de biologie; nous avons dit le but qu'elle s'était proposé; l'analyse rapide des huit premiers volumes de ses Comptes rendus et Mémoires a prouvé qu'elle ne s'en était pas tenue à de simples promesses. Aujourd'hui de semblables préliminaires seraient inutiles, à cause de la notoriété qu'elle s'est justement acquise en France et à l'étranger.

Nous nous contenterons donc de faire connaître ici aussi brièvement que possible, les travaux les plus importants contenus dans les trois volumes qu'elle a fait paraître en 1857, 1858 et 1859, en donnant une sorte de table analytique de ces travaux.

Le volume de 1857 renferme, outre les comptes rendus des séances, une série de mémoires. Voici les principaux :

1° *Nouvelles recherches sur les phénomènes glycogéniques du foie,* par M. le professeur Cl. Bernard.

Dans ce travail, notre savant et ingénieux physiologiste explique comment il est arrivé à la découverte de la *matière glycogène* du foie ; comment il a pu l'isoler et acquérir la preuve qu'elle ne vient d'aucune autre partie de l'organisme, mais qu'elle se forme de toutes pièces dans le foie lui-même. M. Cl. Bernard reconnaît dans la fonction glycogénique du foie deux ordres de phénomènes :

a. La création de cette matière, acte vital, dont l'origine essentielle est encore inconnue;

b. La transformation de cette matière en sucre, phénomène purement chimique.

2° Note *sur les éléments du foie dans l'ictère grave*, par M. Ch. Robin.

L'étude attentive de ces faits a montré à l'auteur deux ordres de lésions anatomiques, à savoir : l'altération des éléments anatomiques et l'altération des tissus.

Ces différentes modifications pathologiques se trouvent décrites avec des détails qu'il ne nous est pas possible de reproduire ici.

3° *Études sur l'albuminurie,* par M. Luton.

Ce travail fort intéressant, inspiré par M. Gubler, dont M. Luton était alors l'interne, renferme des faits très-importants au double point de vue de la physiologie pathologique et de la thérapeutique. Il suffira, pour en donner la preuve, de signaler l'influence parfaitement constatée de l'alimentation sur les variations périodiques de l'albuminurie, à ce point qu'elle peut l'entretenir, l'exagérer, et amener tôt ou tard des lésions rénales incurables. La conséquence thérapeutique toute naturelle, c'est que, surtout dans les cas d'albuminurie aiguë et essentielle, le régime végétal devra dominer sur le régime animal.

4° *Mémoires sur les adhérences du placenta* ou *des enveloppes à certaines parties du corps du fœtus*, par M. le docteur Houel.

5° *Recherches anatomiques et cliniques sur le rétrécissement de l'aorte au niveau du canal artériel*, par le docteur Leudet.

6° Une note *sur la cataracte noire,* par les docteurs Sichel et Ch. Robin.

7° Une note *sur un cas de kyste hydatique multiple*, par MM. Charcot et Davaine.

8° *Quelques détails sur les quantités variables d'électricité nécessaires pour exciter les propriétés des différents tissus,* par M. Cl. Bernard.

9° Un mémoire de M. Davaine *sur le tournis.*

10° *Recherches cliniques sur l'influence des maladies cérébrales sur la production du diabète sucré,* par M. Leudet. En voici les conclusions principales :

a. Le début de la glycosurie peut coïncider avec le début de la maladie du cerveau ou lui être postérieur.

b. Les maladies cérébrales convulsives semblent être celles qui s'accompagnent de préférence de glycosurie.

c. Le diabète peut n'être que temporaire, se manifester avec une exacerbation de la maladie cérébrale, et disparaître avec elle.

11° *Recherches sur le bupreste*, avec planches, par M. Laboulbène. C'est principalement sur les appareils de la digestion et de la génération que l'auteur a fait porter ses investigations.

12° Un travail de MM. Faivre et Leconte *sur les éléments chimiques des différentes parties du tissu nerveux de la sangsue médicinale.*

13° Une note *sur la structure de la membrane des kystes sublinguaux appelés grenouillettes*, par M. Ch. Robin.

14° Un autre travail du même auteur *sur un mode particulier et non décrit de production de la paroi des kystes.*

15° Un mémoire très-intéressant de MM. Rousseau, Lesure et Martin-Magron, *sur l'action des courants électriques étudiée comparativement sur les nerfs mixtes et sur les racines antérieures rachidiennes.* Ce travail, accompagné de figures intercalées dans le texte, est suivi d'un rapport très-complet fait par M. Verneuil.

16° Une note *sur quelques points relatifs à la physiologie de l'am-*

(1) Chez J. B. Baillière et fils.

sous-arachnoïdienne perd sa fluidité normale, elle devient comme gélatiniforme.

Quelquefois c'est sous l'aspect d'une poussière fine que se déposent les produits plastiques ; le doigt les efface par le frottement.

Vous avez vu l'arachnoïde épaissie, privée de sa transparence et de son apparence incolore ; cet état se rencontre avec ou sans liquide séreux infiltré de lymphe plastique. Dans le premier cas, la teinte opaline de la membrane peut être imputable au liquide ; dans le second, la nuance appartient à la membrane, et prouve qu'elle a été altérée par une inflammation subaiguë ou chronique. Le lavage permet de juger définitivement du siége de cette coloration.

La consistance de la séreuse encéphalique était augmentée dans le cas déjà relaté. Elle était plus résistante, et s'enlevait par lambeaux assez larges et prolongés. La longueur des parcelles coïncidait avec leur épaississement, leur blancheur et l'ancienneté de la lésion.

L'adhérence des méninges à la couche corticale du cerveau appartient à la méningite et à l'encéphalite. C'est encore une lésion qui échappe aisément, et qui a bien souvent été méconnue. C'est ainsi que des inflammations des couches superficielles des circonvolutions ont échappé à des observateurs inattentifs. D'où le silence des observations nécroscopiques, d'où l'impossibilité de relier des troubles fonctionnels bien précis, comme l'embarras de la parole, par exemple, à leur cause anatomique, la lésion des lobes antérieurs du cerveau.

A propos du malade du n° 9 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, qui avait perdu complétement l'usage de la parole, à l'exception de deux mots ou plutôt de deux assemblages de syllabes qu'il faisait entendre à propos de toutes les questions qu'on lui adressait, je vous ai montré que lorsqu'on arrachait les méninges viscérales, elles entraînaient avec elles, sous leur face profonde, les couches superficielles des circonvolutions supérieures des lobes antérieurs. Evidemment il s'agissait là d'une inflammation subaiguë, mais persistante. C'était là qu'il fallait chercher la cause, le siége anatomique de la perte de la parole ; et le phénomène étant connu, la maladie étant bien étudiée, je vous avais prédit et fait connaître à l'avance et le siége et la nature de la désorganisation cérébrale.

Au niveau de cette adhérence, on trouva le cerveau ramolli ; une perte de substance y régnait dans une étendue proportionnée à la quantité de substance cérébrale qui demeurait adhérente à la pie-mère.

Une fois les méninges enlevées et le cerveau dépouillé avec tout le soin nécessaire, la substance cérébrale doit être examinée par tranches minces et superposées, maintenues dans leurs rapports anatomiques, en respectant leur continuité vers leur extrémité postérieure.

Grâce à la précaution qui a été prise de laisser le cerveau en place, il est permis de constater la quantité de sérosité que contiennent les ventricules latéraux.

Lorsque le couteau arrive au niveau de l'extrémité antérieure du ventricule latéral, vous nous avez vu prendre les plus grandes précautions pour respecter l'arachnoïde ventriculaire.

Cette précaution a été mise en pratique chez tous nos malades qui ont succombé avec un œdème cérébral consécutif à une congestion passive des centres nerveux, comme chez le n° 11 de la salle Saint-Jean-de-Dieu (rhumatisme articulaire aigu généralisé, endocardite consécutive, rétrécissement mitral infundibuliforme, péricardite avec adhérences, hypertrophie).

Ces soins minutieux ont été attentivement observés chez nos malades atteints d'œdème du cerveau de cause générale (le n° 25 présentait cette hydropisie cérébrale avec anasarque, maladie de Bright, convulsions toniques, amaurose, tache jaune couvrant les deux papilles du nerf optique).

Mêmes lésions anatomiques chez le n° 17 de la même salle, qui offrait de l'anasarque, de l'œdème ventriculaire et sous-arachnoïdien, et pendant la vie, de l'albuminurie et une somnolence comateuse.

L'amincissement, la largeur du *septum lucidum*, sa transparence, qu'il faut attribuer à son élongation ; sa résistance plus grande cependant, qu'il faut rapporter à l'épaississement des séreuses intra-ventriculaires, permettent de juger de la dilatation subie par les ventricules, alors que malgré les soins les plus attentifs, on n'a pu prévenir l'écoulement des liquides épanchés dans le ventricule.

Enfin, seulement après toutes ces sollicitudes anatomiques, il est loisible d'inciser la tente du cervelet, d'enlever cet organe et d'inciser enfin la moelle le plus bas possible : voilà comment depuis vingt-cinq ans nous faisons nos examens de l'encéphale.

Ce n'est qu'à la condition d'être prises avec ce soin que les observations méritent de faire nombre et de peser dans les relevés et les conclusions de la statistique sur la pathologie cérébrale.

N'allez pas croire cependant que tant de soins apportés à vos recherches anatomo-pathologiques vous conduiront à la découverte de toutes les lésions du cerveau qui ont causé les symptômes observés pendant la vie. L'inflammation la plus énergique, par exemple, déterminera la mort rapidement sans que les lésions soient perceptibles ; l'importance de l'organe rend compte de ces phénomènes formidables et mortels, et du peu d'étendue des altérations qui les produisent.

Il y a plus, c'est que les symptômes auront été d'autant plus graves que les désordres matériels auront respecté davantage le cerveau et l'auront laissé dans un état plus voisin de sa structure normale. Est-il besoin de vous développer cette autre vérité, que l'ataxie, les désordres excessifs des sens, de la sensibilité générale, du mouvement, de l'intelligence enfin, devront vous permettre d'affirmer, avant l'ouverture du crâne, que les altérations inflammatoires, par exemple, que vous avez diagnostiquées, étaient arrivées seulement à la période de congestion inflammatoire que la mort peut effacer?

En sorte que la formule de toute autopsie cérébrale serait en général celle-ci : « La lésion est presque toujours par sa gravité en raison inverse du désordre et de l'acuité des symptômes qui l'accusent, ou encore au signe + des symptômes correspondra le signe — des lésions. Quand les désordres inflammatoires sont à leur maximum dans la substance cérébrale et arrivés jusqu'à la suppuration, l'organe a perdu sa puissance d'irritabilité ; aussi le calme des symptômes, l'absence de toute ataxie, et les phénomènes paralytiques, dont l'apparence est moins terrible pour le vulgaire que les phénomènes convulsifs, seront au contraire, pour le médecin expérimenté, un signe certain de la destruction de la substance cérébrale.

N'espérez jamais juger le tableau anatomique par un seul symptôme ; les maladies cérébrales ne seront évidentes pour vous que si vous avez bien saisi la succession et l'ensemble des symptômes, le cachet qu'ils portent, leur périodicité régulière ou irrégulière, la lenteur ou la rapidité de la marche.

Ce n'est pas seulement aux altérations du cerveau que devront se borner vos recherches en présence de sujets morts d'affections cérébrales ; ne perdez pas de vue l'influence qu'exercent sur les centres nerveux les maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire. Vous n'oublierez pas qu'il faudra chercher l'hypertrophie du cœur, le rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche, et même aussi les coïncidences des affections des séreuses de l'économie, chez les malades qui ont succombé à l'inflammation de l'arachnoïde.

Voyez pour preuve de ces deux premières vérités le malade du numéro 11, atteint d'un rétrécissement mitral, et celui du numéro 3, salle Saint-Jean-de-Dieu, qui a une insuffisance aortique avec hypertrophie du cœur. Ces deux malades, à plusieurs reprises, vous ont présenté le tableau symptomatique suivant :

Le premier accusait un matin une oppression extrême, son front était couvert de sueur ; il était assis sur son lit, son visage était violacé et turgide, ses yeux larmoyants et comme poussés hors de l'orbite ; son pouls était d'une irrégularité extrême, les battements du cœur tumultueux ; la suffocation le condamne à l'insomnie, et pourtant il sommeille, même au milieu de ses réponses anhélantes, entrecoupées. Une saignée de 2 palettes, et tout rentre dans l'ordre. Puis un deuxième, un troisième accès surviennent après huit ou quinze jours d'intervalle.

Ici la relation est bien évidente entre l'affection du cœur et les troubles de la circulation cérébrale.

Il est donc vrai que les lésions cérébrales devront bien des fois conduire à l'examen des affections du cœur.

Le second malade était atteint non plus de rétrécissement mitral, mais de dilatation aortique avec insuffisance des valvules sigmoïdes ; son cœur, volumineux, battait avec force. Deux fois il s'est plaint d'une céphalalgie intolérable. Les artères battaient en même temps avec violence ; son pouls, large et bondissant, accusait sur tous les gros troncs le souffle entendu à la base du cœur. Une saignée amène chaque fois un calme absolu, surtout quand son influence est soutenue par quelques purgatifs drastiques à dose progressive.

L'influence de l'affection hypertrophique du ventricule gauche et de l'insuffisance des valvules, aussi bien que la dilatation aortique, arrive encore à cette conclusion : Etant donnée une affection des centres nerveux, étudier le cœur.

Pour l'utilité de l'examen simultané des séreuses en général et de la séreuse arachnoïdienne, elle est évidente. Nous avons depuis longtemps établi cette loi de la coïncidence du rhumatisme poly-articulaire aigu, fébrile, généralisé, et des inflammations des autres séreuses. Toutefois, si nous avons vu, comme au n° 8 de notre salle Sainte-Madeleine, un rhumatisme articulaire fébrile généralisé accompagné d'endocardite et de pleurésie, le tout guéri comme par enchantement par la formule des saignées coup sur coup, nous n'avons pas été assez heureux pour trouver les méningites signalées dans ces derniers temps, et survenant à titre de complication, ou mieux comme coïncidence du rhumatisme articulaire. Nous pensons depuis longtemps et persistons à penser que les symptômes méningitiques signalés par nos confrères appartiennent le plus souvent ou à cette ataxie sympathique amenée par une fièvre violente, ou plus malheureusement encore à l'emploi de médicaments toxiques ; je viens accuser ici le sulfate de quinine employé à haute dose.

La pathologie cérébrale laisse bien des lacunes ; elle ne suit pas les progrès rapides des autres parties de la pathologie, parce que l'anatomie, et surtout la physiologie du cerveau et ses dépendances, sont encore couvertes d'un voile épais.

Quelques-uns des médecins qui ont le plus contribué aux progrès de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du système nerveux, ont pensé à tort que c'était dans les symptômes ou dans les altérations anatomiques qu'il fallait chercher les bases d'une classification et d'une nomenclature rationnelles. C'est dans la nature intime, dans la physiologie des maladies, qu'on les doit chercher. Il est vrai que dans quelques cas la nature de ces maladies est fort peu connue ; mais on peut toujours dans une nosolographie prudente adopter une expression qui ne donne pas une idée incomplète ou fausse de la maladie, comme on le fait en désignant sous le nom de *ramollissement* l'inflammation. Cette dénomination indique seulement une des circonstances anatomiques de la maladie, lesquelles varient suivant les périodes et les terminaisons de l'affection cérébrale. Il faudrait donc, pour la désigner d'après ces caractères, lui affecter autant de noms différents qu'il y a de différence dans les altérations anatomiques. Un pareil système de nomenclature n'est-il pas infiniment vicieux ?

L'inflammation du cerveau considérée dans toutes ses périodes, dans toutes ses terminaisons, produit tantôt une simple injection avec rougeur, tuméfaction et légère induration de la substance cérébrale, tantôt un *ramollissement*, quelquefois un abcès simple ou enkysté, d'autres fois une induration albumi-

---

nios et de l'allantoïde chez les oiseaux, par M. Velpeau, dans laquelle l'auteur établit l'existence dans l'amnios d'un mouvement rhythmique qui serait dû aux contractions de l'amnios.

17° Deux mémoires de tératologie : l'un de M. Goubaux *sur un taureau monstrueux par greffe d'un individu parasite amorphe sur un autre bien conformé*; l'autre de M. Houël *sur trois monstres sycéphaliens de l'espèce humaine.*

18° Enfin ce volume se termine par une curieuse observation de maladie pigmentaire survenue chez une vache.

—Le volume des Mémoires pour 1858 ne le cède en rien au précédent par le nombre et l'intérêt des travaux qu'il renferme. Presque toutes les branches de la biologie s'y trouvent également représentées. Parmi les plus importants de ces travaux, que l'espace ne nous permet pas de signaler tous, nous ferons remarquer surtout :

1° Un mémoire *sur la cicatrisation en général et sur celle des artères en particulier*, par MM. Ollier et Ch. Robin.

Les expériences faites par ces messieurs sur de grands animaux (chiens et chevaux), leur ont donné des résultats en désaccord avec l'opinion d'Amussat et de Blandin, qui admettaient l'origine fibrineuse de la cicatrice. Leurs recherches microscopiques leur ont fourni un résultat constant, qui leur a permis de reconnaître que toujours la plaie se trouve obturée par une petite membrane organisée et non par un caillot fibrineux. Peu de jours après la production de cette cicatrice, on trouve les deux faces du vaisseau adhérentes dans une étendue de trois ou quatre millimètres au-dessus de la cicatrice.

2° Une note de M. Gubler *sur des tumeurs du foie produites par des œufs d'helminthes*, et comparables, suivant M. Gubler, aux tumeurs décrites chez les végétaux sous le nom de galles.

3° Un mémoire *sur les corpuscules amyloïdes de la peau à l'état normal*, par M. Jules Luys (avec figures).

4° Une note de MM. Martin-Magron et Buisson *sur l'action comparée de la strychnine et du curare.*

5° Un mémoire très-curieux de M. Ollier *sur la production artificielle des os au moyen de la transplantation du périoste.*

Ces travaux, déjà analysés à propos des Comptes rendus de l'Académie des sciences, sont trop connus de tous nos lecteurs pour qu'il soit nécessaire de nous y arrêter davantage.

6° Un mémoire important, et accompagné de six planches fort belles, dessinées d'après nature par M. Legendre, *sur la hernie crurale.*

Notre laborieux confrère a profité de sa position de prosecteur à l'École anatomique des hôpitaux pour rédiger ce travail, qui repose sur l'examen de 6,044 cadavres, adultes ou vieillards. Il a pu sur ce nombre considérable de faits établir la fréquence de la hernie crurale, et décrire certaines variétés rares qui offrent pour le chirurgien un grand intérêt.

Sur ce nombre de 6,044 cadavres, il a trouvé 37 hernies crurales, dont 30 chez la femme et 7 seulement chez l'homme ; 1 seul cas offrait une hernie double.

Nous ne saurions suivre M. Legendre dans les détails circonstanciés et les déductions pratiques qu'il en a su tirer ; aussi conseillons-nous vivement au lecteur de les chercher dans ce travail original, dont l'intelligence complète sera singulièrement rendue facile par les belles planches qui l'accompagnent.

Enfin des *Recherches sur la substitution graisseuse des reins*, par M. Ernest Godard. Ce travail est également accompagné de deux très-belles planches lithographiées par M. Léveillé, dont le talent et l'exactitude sont bien connus de tous.

M. Godard insiste, en terminant, sur la différence qui sépare l'infiltration graisseuse de ce qu'il appelle la substitution graisseuse. Il pense que ces deux états sont distincts et ne peuvent se transformer l'un dans l'autre. Tandis que le premier de ces états se traduit par des accidents bien connus (albumine dans les urines, ascite, infiltration de la face et des membres), le second se produit insidieusement et peut amener la destruction plus ou moins complète de l'un des reins, sans que rien la fasse supposer. Dans l'une des observations rapportées par M. Godard, les deux reins furent affectés ; peu à peu la sécrétion urinaire diminua, se tarit même pendant un certain nombre de jours, et le malade mourut sans présenter aucun des accidents qui accompagnent d'ordinaire l'anurie.

— L'année 1859 n'a pas été moins féconde que celle de 1858, car le volume dont il nous reste à parler ne renferme pas moins de 466 pages grand in-8°, et hâtons-nous d'ajouter qu'ici la qualité l'emporte encore sur la quantité. Aussi sommes-nous de plus en plus embarrassé pour choisir au milieu de ces richesses celles que nous devons particulièrement signaler à l'attention des lecteurs.

Nous trouvons d'abord un travail très-intéressant du chef des travaux anatomiques de l'École de Paris, M. Sappey, *sur un système de veines-portes accessoires.* L'auteur montre, pièces en mains, la part importante que prend l'une de ces veines à la dérivation du sang de la veine-porte principale, lorsqu'il ne trouve plus dans le foie (cirrhose) un libre passage ; il nous fait voir également le rôle que joue ce courant dérivé dans la production des varices et des tumeurs variqueuses.

Ce système de veines-portes accessoires a pour siége le ligament suspenseur du foie, et fait communiquer le sinus de la veine-porte avec la veine principale du membre inférieur.

Dans cette voie dérivative, le sang circule de haut en bas et non de bas en haut, ainsi qu'on le pense généralement. Cette communication avec la veine principale du membre inférieur s'établit par le moyen de veines tantôt aponévrotiques, tantôt sous-cutanées abdo-

neuse, caséeuse, stéatomateuse du cerveau. Pourquoi, au lieu du mot *ramollissement*, ne prendrait-on pas pour désigner la maladie les noms d'*endurcissement*, de congestion, d'abcès? Mais autant vaudrait désigner la maladie par le nom des principaux symptômes : convulsions, paralysie, apoplexie, ainsi que le faisaient les anciens. En effet, les altérations anatomiques ne sont pas plus fixes que les altérations fonctionnelles.

Au milieu de ces métamorphoses que subissent les symptômes et les lésions anatomiques, un seul caractère demeure le même, c'est la nature phlegmasique de la maladie.

MÉDECINE LÉGALE.

ÉTUDE PRATIQUE SUR L'INFANTICIDE.

M. le docteur Toulmouche, professeur de pathologie externe à l'École de médecine de Rennes, a commencé, dans les *Annales d'hygiène* (octobre 1861), des études sur l'infanticide et la grossesse cachée ou simulée. Il présente au début, d'une manière si pratique, les diverses opérations que l'expert est appelé à faire dans les cas d'infanticide, que nous pensons être utile à bien des confrères en reproduisant cette partie du travail du médecin légiste breton.

Lorsqu'on est appelé par le ministère public pour un cas d'infanticide, on doit d'abord *visiter* l'inculpée, dans le but de s'assurer s'il y a eu accouchement récent ou non ; ensuite examiner le cadavre de l'enfant nouveau-né, pour établir :

1° S'il est venu à terme et s'il était viable;

2° S'il a respiré et, par conséquent, vécu;

3° Quelle a été la cause de la mort;

4° Enfin, la déposition devant la Cour d'assises, lorsque l'affaire est évoquée, les interpellations et les discussions diverses qui peuvent incidemment s'élever relativement à celle-ci, et qui ont presque toujours lieu.

Examinons chacune de ces opérations.

Visite de l'inculpée. — Cet examen doit consister dans l'exploration des seins, du ventre et des parties génitales.

Seins. — Chez une fille qui est accouchée depuis quelques jours seulement, on trouve les veines sous-cutanées des seins se dessinant par leur teinte bleuâtre sur la peau ; la glande mammaire engorgée, offrant parfois des bosselures ; l'aréole et le mamelon d'un rouge brunâtre, parfois, mais exceptionnellement, ayant conservé une couleur rosée. En pressant le dernier entre les doigts, on en fait couler ou jaillir soit du colostrum, soit du lait, plus ou moins abondamment, ce qui a encore lieu quinze à vingt jours après l'accouchement.

Ventre. — On remarque au-dessous de l'ombilic, qui est élargi, une ligne brunâtre, parfois un écartement entre les muscles grands droits, des vergetures rosées ou rougeâtres au-dessous des aines, au-dessous de l'ombilic et sur les côtés du ventre. Ce signe, donné comme constant par les auteurs, n'est rien moins que réel ; il manque souvent, de même que la flaccidité des téguments abdominaux, surtout après un premier accouchement. Si l'on vient à déprimer la peau au-dessus du pubis, on sent le globe utérin plus ou moins volumineux et remontant à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic.

Parties génitales. — Il s'écoule par la vulve un fluide rougeâtre, d'odeur lochiale caractéristique ; il suffit d'avoir senti cette dernière une seule fois pour qu'on ne puisse l'oublier.

Les grandes lèvres sont tuméfiées, sensibles ; on rencontre presque toujours la fourchette déchirée plus ou moins profondément, et parfois le périnée lui-même. Cela se conçoit aisément ; ces filles accouchent toujours seules en se cachant, et aucune main ne se trouve là pour soutenir le périnée pendant les dernières douleurs expulsives, qui sont toujours les plus puissantes et les plus énergiques, et auxquelles ni l'une ni l'autre de ces parties ne peuvent résister.

M. Toulmouche a souvent rencontré de ces déchirures obliques du périnée plus ou moins étendues, à bords encore saignants ou déjà en commencement de suppuration, chez des filles qui soutenaient encore qu'elles n'avaient jamais eu de rapports avec des hommes ; c'est du reste le mensonge qu'elles tentent presque toutes.

L'entrée du vagin est plus ou moins large, les rides transversales effacées ; le doigt y est introduit facilement et ne tarde pas à rencontrer le col de l'utérus, ordinairement fissuré à l'une ou à l'autre extrémité de son diamètre transversal, ou aux deux à la fois, et dilaté de manière à permettre aisément son introduction dans sa cavité.

Communément, on rencontre la plupart ou presque tous ces signes chez une fille qui vient d'accoucher. Dès lors, le médecin expert doit affirmer qu'elle est dans ce dernier cas, et de plus que l'accouchement remonte à deux ou trois jours, si l'écoulement lochial est rouge et le liquide exprimé des mamelons du colostrum. Si le liquide exprimé des seins est constitué par du lait plus épais, que le fluide qui s'écoule du vagin soit blanchâtre ou rougeâtre seulement, et si le pouls offre encore de la fréquence, la femme est au quatrième, cinquième jour ou plus de son accouchement.

La parturition est encore plus éloignée si les seins sont moins gonflés, la glande mammaire plus flasque, quoique encore légèrement engorgée ; si, en pressant le mamelon, on en sent couler des gouttes de lait blanc plus ou moins épais ; si, en palpant le bas-ventre au-dessus du pubis, on ne sent que très-profondément dans l'excavation du petit bassin l'utérus déjà beaucoup revenu sur lui-même, ou si on ne le trouve même pas du tout ; si les vergetures de la peau de l'abdomen sont moins rosées ; si la vulve est moins sensible et n'est plus tuméfiée ; si l'écoulement lochial ne consiste plus qu'en un liquide blanchâtre, moins abondant qu'il ne l'était les premiers jours ; si, en touchant, le doigt trouve le col de la matrice plus resserré et permettant plus difficilement l'introduction de son extrémité dans sa cavité.

Autopsie du cadavre du nouveau-né. — Presque toujours les filles-mères, lorsqu'elles ont détruit leur enfant, cherchent à le cacher avec soin pour que leur crime ne soit point découvert, car elles espèrent, dans leur ignorance, qu'elles pourront facilement expliquer l'accroissement de leur taille, leur état maladif, les traces abondantes de sang et la cessation brusque de la tuméfaction de leur ventre, en accusant une hydropisie ou l'accumulation du sang dans l'utérus par suite d'aménorrhée et une perte survenue comme crise.

Celles qui habitent la campagne, si elles peuvent s'éloigner de la ferme, vont accoucher dans un champ, ou un grenier, ou une grange, et, si elles ne le peuvent pas, dans leur lit. Elles ont toujours recours alors aux moyens suivants : pour soustraire le produit de la conception à tous les regards, elles l'enfouissent dans la terre, ou elles le jettent dans des mares, des rivières, après y avoir attaché ou non une ou plusieurs pierres ; ou elles vont le déposer dans des greniers à foin, dans des armoires, au-dessous d'escaliers, dans des paillasses, ou enfin elles le précipitent entier ou coupé par morceaux dans des fosses mortes.

Les filles-mères qui habitent les villes exposent leurs enfants, ou les jettent dans des lieux d'aisance, dans des rivières, ou les cachent dans des armoires, sous leurs lits ou dedans, à leurs pieds, ou dans des paillasses.

Lorsque l'enfant nouveau-né, qui constitue le corps du délit, a été trouvé, le médecin légiste est appelé à procéder à son autopsie judiciaire.

Autopsie judiciaire. — Après avoir préalablement prêté devant le juge d'instruction le serment exigé par la loi, le médecin constate d'abord le sexe, mesure la longueur du corps en l'étendant sur un plan horizontal, plaçant verticalement un morceau ou tige de bois ou son scalpel, de manière à lui faire affleurer le sommet de la tête, et en faisant autant pour la plante des pieds, après avoir étendu les jambes, et plaçant un mètre entre ces deux points. Ensuite on mesure de la même manière depuis l'ombilic jusqu'au sommet de la tête, et de la même portion à la surface inférieure des pieds, afin de s'assurer si son insertion répond au milieu du corps ou au-dessous.

On doit examiner avec soin si le cordon ombilical a été déchiré ou coupé, noter sa longueur, son aspect.

On pèse ensuite le petit cadavre ; on mesure la longueur des cheveux ; on note leur couleur, l'état de la peau ; on voit si les ongles dépassent la pulpe des doigts. On incise profondément et transversalement au-dessus des genoux les condyles cartilagineux des fémurs, et l'on recherche s'il n'y existe pas un noyau rougeâtre d'ossification.

On doit inspecter avec soin l'extérieur du corps, afin de vérifier s'il n'existerait pas des traces de violences exercées surtout au pourtour du cou ; si les membres n'offriraient pas des fractures ; visiter l'extérieur de la bouche et du nez, et l'intérieur de ces cavités, afin de s'assurer si l'on n'y aurait pas introduit des corps étrangers, tels que terre, feuilles, etc.

On examine ensuite la tête, en commençant par mesurer les divers diamètres, savoir : postéro-antérieur ou occipito-frontal, le transversal ou bipariétal et l'occipito-mentonnier. On se contente ordinairement de ces trois mensurations. On néglige celle du diamètre sphéno-bregmatique ou temporal, et de la circonférence du crâne. Il faut toujours chercher à simplifier lorsqu'on est sur le terrain.

On note l'état du cuir chevelu, le point où il offre une infiltration séro-sanguinolente et une tuméfaction correspondante, afin de pouvoir en induire la position de la tête pendant l'accouchement et la brièveté ou la longueur de ce dernier.

On passe ensuite à l'examen des os, des membranes du cerveau, et enfin à celui de cet organe.

Pour la poitrine, on en constate la voussure ; on en détache toute la partie antérieure. On enlève en même temps les deux poumons, après avoir vérifié s'ils remplissent toute sa capacité, si le gauche s'avance au-devant du péricarde, leur couleur et leur crépitation. On les pèse ensuite ; on les jette ensemble dans un seau rempli d'eau, et on note s'ils regagnent rapidement la surface du liquide ou s'ils y descendent. On sépare chaque poumon en le coupant à sa racine, de manière à les isoler du thymus et du cœur, organes qu'on plonge par comparaison dans l'eau, dont ils gagnent ordinairement le fond avec rapidité.

On pèse alors chaque poumon séparément, puis on soumet chacun d'eux aux expériences docimasiques suivantes : on le plonge d'abord entier dans l'eau, ensuite on en sépare chaque lobe, qu'on soumet successivement aux épreuves ci-après :

1° A une compression forte entre les doigts et à l'immersion;

2° On en coupe une portion, qu'on enveloppe de doubles multipliés de papier, et qu'on soumet, en la plaçant entre la semelle de la chaussure et le sol, à la pression de toute la pesanteur de son corps, qu'on a eu soin de bien connaître préalablement, et on la plonge dans l'eau ;

3° On reprend la même portion, on la comprime de nouveau par le même procédé de manière à la désorganiser, à la réduire à l'état de membranes, on la soumet derechef à l'immersion, et on note comment elle se comporte.

On fait la même chose pour chacun des lobes. On soumet l'autre poumon aux mêmes épreuves. Quant aux expériences de mensuration de la poitrine et de comparaison du poids absolu des poumons avec celui du corps, telles que les a décrites Plouquet, elles sont tombées en désuétude, et l'expert ne doit aucunement y avoir recours à cause des résultats fautifs qu'elles donnent.

On examine ensuite les bronches, la trachée-artère, le larynx, l'arrière-bouche, puis on ouvre le cœur afin de reconnaître la quantité de sang contenu dans ses cavités et l'état du trou de Botal.

On passe à l'exploration du ventre, à celle de l'estomac, des intestins. On note la quantité et la couleur du méconium, ou son absence ; on passe à l'inspection de la rate, à celle du foie, des reins et de la vessie, et l'on précise l'état de vidùité du dernier organe ou la présence de l'urine dans la cavité.

Il ne reste plus à l'expert, pour compléter son œuvre, qu'à rédiger le procès-verbal des opérations auxquelles il vient de se livrer, ce qu'il ne peut faire que plus tard, le juge d'instruction se bornant à lui demander très-sommairement quel est le résultat de ses investigations, afin de le consigner dans le rapport qu'il rédige sur les lieux. Le médecin, s'il ne croit pas pouvoir répondre et conclure *ex abrupto*, devra faire ses réserves pour statuer à cet égard et les faire consigner.

Dans son procès-verbal, il a à résoudre plusieurs questions : la première, *si l'enfant était né à terme et viable*. Il se fondera, pour y répondre, sur la longueur du corps, celle des divers diamètres de la tête, celle des cheveux, sur celle des ongles dépassant la pulpe des doigts ; sur l'état de la peau, sur l'existence de points osseux au centre des condyles épiphysaires des fémurs, sur les conditions dans lesquelles se trouve le trou de Botal ; sur le poids du corps, sur la distance du point d'insertion du cordon ombilical. L'aptitude à vivre sera établie à l'aide de l'état d'intégrité de tous les organes, du développement complet du sujet dénotant un terme de neuf mois, du poids général, et enfin de sa belle organisation.

La seconde, *que l'enfant est né vivant, qu'il a complétement respiré et qu'il a vécu*. Il le prouvera par la voussure du thorax, la dépression du diaphragme ; par l'aspect rosé des poumons, leur crépitation ; par le résultat des expériences docimasiques ; par l'état de la peau, celui de vacuité de la vessie ; par la présence ou la petite quantité de méconium dans le gros intestin.

Une des questions qui se rattachent à cet alinéa et qui embarrassent le plus les experts, est celle relative à la durée du temps pendant laquelle l'enfant a pu vivre. Ils devront ne donner qu'une

---

minales. Le courant veineux du foie à la veine crurale accuse sa présence par un frémissement perceptible à la main, et un murmure continu perceptible au stéthoscope.

L'existence de cet appareil veineux supplémentaire est un signe très-probable de cirrhose, et il sert à expliquer comment quelquefois l'ascite peut manquer, malgré une altération profonde de la glande hépatique.

Dans un mémoire *sur le sarcopte de la gale humaine*, M. Ch. Robin insiste avec grand soin sur certains détails qui n'avaient pas été bien vus ou bien interprétés dans les nombreuses descriptions publiées antérieurement sur le même sujet.

Un peu plus loin, nous trouvons un travail très-étendu et très-consciencieux de M. Gallois *sur l'oxalate de chaux étudié dans les sédiments de l'urine, dans la gravelle et les calculs*. Ses conclusions principales sont les suivantes :

a. L'oxalate de chaux peut se rencontrer passagèrement dans l'urine de l'homme sain, à toutes les périodes de la vie.

b. Sa proportion varie sous l'influence de certains aliments et de certains médicaments.

c. L'oxalurie n'est point une entité morbide, mais un symptôme commun à des affections très-diverses. Néanmoins, elle a été observée plus souvent dans la spermatorrhée et dans certaines maladies du système nerveux.

d. L'acide urique accompagne très-fréquemment l'oxalate de chaux.

e. Le rapport qu'on a voulu établir entre l'oxalurie et le diabète ne saurait être admis.

f. Les eaux minérales alcalines constituent le moyen le plus efficace à opposer à l'oxalurie, surtout quand il y a coïncidence de dépôt d'acide urique.

Nous signalerons également des remarques intéressantes de M. Leudet, sur la diathèse hémorrhagique qui se manifeste quelquefois dans le cours de la phthisie pulmonaire et dans d'autres affections aiguës ou chroniques.

Les anatomistes trouveront dans ce même volume un travail intéressant de M. Béraud, sur certaines glandes lacrymales non décrites. Ils auront également là les longues et consciencieuses recherches de MM. Robin et Magitot, sur l'ordre et le mode d'apparition des follicules dentaires.

Dans la dernière partie de ce volume se trouvent les recherches si intéressantes faites par M. Marey sur le pouls au moyen de son sphygmographe ; recherches dont un des résultats les plus inattendus et en même temps les plus remarquables pour le chirurgien, est la possibilité de diagnostiquer avec une certitude presque mathématique la nature anévrysmatique de certaines tumeurs placées sur le trajet des vaisseaux sanguins.

Enfin nous trouvons encore deux mémoires importants de M. Godard, l'un *sur l'absence congénitale du testicule*, l'autre *sur l'absence congénitale du canal excréteur et du réservoir de la semence, le testicule existant*. Ces deux mémoires sont accompagnés de cinq belles planches représentant ces diverses anomalies des organes génitaux.

Ce dernier volume se termine par la relation très-étendue des nombreuses recherches expérimentales faites par MM. Philipeau et Vulpian *sur la régénération des nerfs séparés des centres nerveux*. Ce travail intéressant, que l'espace ne nous permet pas d'analyser avec tous les développements qu'il mérite, est accompagné de planches dessinées par M. Vulpian. Les auteurs ont pris soin de résumer sous forme de propositions les conséquences qui découlent du très-grand nombre d'expériences qu'ils ont instituées ; voici les principales :

a. Les nerfs séparés des centres nerveux peuvent, tout en demeurant isolés des centres nerveux, recouvrer leur structure normale et leurs propriétés physiologiques.

b. La motricité est une propriété du tissu liée à l'intégrité de la nutrition et de la structure des tubes nerveux ; ce n'est pas une force d'emprunt puisée par les nerfs dans le système nerveux central.

c. Les nerfs altérés ont en eux-mêmes le pouvoir de se régénérer ou de se restaurer spontanément sans intervention d'une influence émanée des centres nerveux.

d. Le tissu nerveux possède donc, comme d'autres tissus, une autonomie qui se manifeste par la régénération des nerfs isolés des centres nerveux et la réapparition concomitante des propriétés de ses nerfs.

Comme on peut le voir par cette analyse rapide, la Société de biologie, grâce à l'heureuse influence de son président et à l'ardeur de ses membres, a largement tenu ce qu'elle avait promis dans les premières années de son existence. Chaque nouveau volume publié par elle se montre de plus en plus riche de faits nouveaux dans les différentes branches de l'arbre biologique, et l'on peut dire, sans crainte de se tromper, que la série des onze premiers volumes de ses Mémoires constitue dès aujourd'hui un des recueils les plus importants. B...

Des accidents fébriles à forme intermittente et des phlegmasies à siége spécial qui suivent les opérations pratiquées sur le canal de l'urèthre, par M. le docteur Edmond MARX. Une brochure grand in-8° de 124 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Chez Germer-Baillière.

solution approximative, et déclarer que les données de la science ne leur apportent de preuves pour déterminer combien de temps après la naissance la mort a eu lieu, que celles que peuvent fournir l'état du cordon, celui de la peau, la vacuité de l'estomac, celle des intestins grêles et la plénitude des gros par le méconium.

La troisième, *la cause de la mort*, ne peut être établie que d'après les lésions trouvées.

La quatrième, *si l'accouchement a été naturel ou non, s'il a été laborieux ou facile*. Il s'appuiera, pour résoudre cette question, sur l'examen de la tête de l'enfant, sur le gonflement œdémateux du cuir chevelu, la mobilité des os du crâne; sur la tuméfaction des fesses, des bourses et des autres parties; sur les aveux de la prévenue; sur l'état d'intégrité, ou les déchirures qu'on remarque à la fourchette ou au périnée.

A l'aide de ces données, le médecin expert parviendra, aidé de l'expérience qu'il aura pu acquérir dans l'art des accouchements, à pouvoir statuer avec assez de certitude.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 octobre 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

Lois de la mortalité chez les enfants. — M. BOUCHUT lit un mémoire ayant pour titre : *Nouvelles recherches sur les lois de la mortalité chez les enfants*. Voici un extrait de ce mémoire :

Il y a longtemps qu'il n'a été fait de recensement de la mortalité chez les enfants. Depuis les travaux de l'abbé Gaillard, de MM. Milne-Edwards et Villermé sur les enfants trouvés, de Heuschling sur les enfants de toute condition, on n'a rien publié sur ce sujet. J'ai puisé mes documents dans les *Archives de l'assistance publique* pour les enfants déposés à l'hospice ou adressés à l'établissement municipal des nourrices. Mon travail comprend une période de vingt ans entre 1839 et 1859 exclusivement.

48,525 enfants assistés figurent dans un premier tableau relatif à la mortalité des enfants déposés à l'hospice. Dans le second, qui représente la mortalité des enfants de la classe moyenne envoyés en nourrice par l'Administration, les moyennes tirées d'une période de vingt années résultent de l'observation de 24,469 enfants.

Dans le mémoire qui accompagne ces tableaux, j'ai passé successivement en revue et discuté les différentes causes de la mortalité chez les enfants. Les résultats principaux auxquels conduit cette discussion peuvent être résumés dans les propositions suivantes :

La mortalité des enfants, en général, pris dans les différentes conditions sociales, est aujourd'hui en France d'un *sixième* pour la première année d'âge, tandis qu'elle était autrefois d'un *quart*.

Dans la même période, la mortalité des enfants est d'un cinquième chez les garçons, tandis qu'elle n'est que d'un sixième chez les filles.

La mortalité des enfants est plus considérable dans les familles pauvres que dans les familles riches.

Le froid augmente la mortalité des nouveau-nés, et en hiver on ne peut sans danger sortir les enfants pour les porter à la mairie ou à l'église.

La mortalité des enfants abandonnés, naturels ou légitimes, élevés à la campagne, est de 11 pour cent dans les dix premiers jours de la vie et de 55 pour cent dans la première année d'âge.

L'allaitement au *biberon* et au *petit pot* augmente beaucoup les chances de mort chez les enfants trouvés.

La mortalité des enfants de la classe moyenne envoyés en nourrice par l'administration est de 29 pour cent dans la première année.

La mortalité de la première année d'âge est plus considérable dans les treize départements qui entourent Paris que dans chacun des autres départements de la France, et cela tient probablement au plus grand nombre d'enfants trouvés qui s'y trouvent, au manque de soins nécessaires chez les enfants envoyés en nourrice, au rayonnement des maladies endémiques ou épidémiques de la capitale. (Commissaires, MM. Dupin, Bienaymé, Rayer.)

Résections sous-périostiques. — M. MAISONNEUVE soumet à l'Académie les pièces anatomiques et les dessins relatifs à six nouveaux cas de résections sous-périostiques, exécutées dans des circonstances très-diverses; et qui toutes ont été couronnées d'un double succès, c'est-à-dire de la guérison des malades et de la reproduction des os.

La première de ces pièces, accompagnée d'un dessin très-exact, provient d'une jeune femme de vingt-deux ans, qui fut, à la suite d'une couche, atteinte d'une nécrose très-étendue de la diaphyse du tibia. La portion d'os que j'ai dû extraire est longue de 28 centimètres. L'opération a eu lieu le 3 juillet 1861, et dès le 15 septembre la malade, complétement guérie, a pu sortir de l'hôpital avec une jambe aussi solide que si on ne lui eût fait aucune opération.

Le deuxième dessin représente le cinquième métacarpien d'une jeune fille de seize ans, qui, sur la foi du magister de son village, était venue du département des Ardennes pour se faire mettre un os de rechange (ce sont ses expressions). Cette jeune fille avait en effet depuis près de dix-huit mois une carie du cinquième métacarpien. J'en fis l'extirpation complète le 3 mai dernier par la méthode sous-périostique, et le 31 du même mois la jeune malade s'en retournait parfaitement guérie. L'os s'était complétement reproduit.

Le troisième dessin est relatif à une femme de soixante et un ans à laquelle j'ai fait l'extirpation sous-périostique du premier métacarpien, aux deux tiers rongé par la carie. Entrée à l'hôpital le 29 avril, elle est sortie guérie le 26 juin.

Les quatrième et cinquième sont relatifs à l'extirpation sous-périostique des phalangettes du gros orteil et du pouce.

Enfin le sixième, dont le sujet est encore dans nos salles, mais en très-bonne voie de guérison, est relatif à la résection sous-périostique d'une portion volumineuse du tibia gauche. Cette portion, qui représente toute l'épaisseur, a 15 centimètres de long. La section supérieure a 10 centimètres et demi de circonférence. Cette portion osseuse était profondément altérée à la suite d'une fracture compliquée de plaie. La résection n'a eu lieu que le 11 septembre, deux mois après l'accident; aujourd'hui le malade est en très-bonne voie de guérison; la régénération de l'os est en grande partie effectuée. Je ne fais aucun doute que le malade ne récupère toute la solidité de son membre. (Commission déjà nommée.)

Régénérations osseuses. — M. DEMARQUAY communique de nouvelles observations de régénérations osseuses après l'ablation de portions nécrosées avec conservation du périoste.

J'ai eu l'honneur au commencement de cette année, dit l'auteur, d'adresser à l'Académie un mémoire sur les résections sous-périostées. Dans ce travail, je cherchais à déterminer les conditions dans lesquelles le chirurgien devait recourir à ce genre d'opérations. A l'appui de ces idées, je faisais connaître deux faits : le premier était relatif à une résection partielle du péroné frappé de nécrose, avec conservation du périoste; le second était un exemple de reproduction de la branche horizontale du maxillaire inférieur. Ce que ces deux faits avaient de remarquable tenait surtout à l'époque à laquelle l'ablation de l'os mortifié avait été faite. En effet, au moment de l'opération, aucune parcelle osseuse n'avait encore été produite, et nous avons pu suivre en quelque sorte jour par jour l'évolution de la matière ostéoplastique. Aujourd'hui je viens soumettre au jugement de l'Académie deux nouveaux faits : le premier, sur lequel j'insisterai à peine ici, a pour objet un jeune homme de dix-huit ans, sur lequel j'ai enlevé un fragment nécrosé de la partie supérieure de l'humérus, après avoir traversé le périoste et des couches osseuses de nouvelle formation. Le second est plus intéressant et plus digne d'attention : il ne s'agit plus de nécrose du tibia, de la clavicule, ou du maxillaire inférieur; dans ces cas, la nature est favorisée dans son œuvre de régénération par des espèces de tuteurs naturels, sur lesquels elle prend en quelque sorte point d'appui. Le péroné et les côtes s'opposent jusqu'à un certain point à tout acte de déviation des parties au moment de la formation de l'os nouveau. Les organes contenus dans la cavité buccale elle-même servent de point d'appui ou de moule au maxillaire nouveau quand l'os nécrosé a été enlevé. De plus, ces os étant superficiellement placés, sont plus accessibles à la main du chirurgien, et par conséquent les manœuvres opératoires sont plus faciles. Il n'en est plus de même du fémur : son volume, la profondeur à laquelle il est placé au milieu des chairs, l'exposent moins souvent que les os signalés plus haut à la nécrose; d'un autre côté, la mortification de ce dernier est infiniment plus grave; ajoutez à cela que l'extraction de la partie mortifiée est plus difficile. Le jeune homme que j'ai l'honneur de présenter a perdu 11 centimètres de la partie inférieure de son fémur gauche; ainsi qu'on peut le voir dans une partie de ce long séquestre, la circonférence de l'os est presque entière. Il m'a fallu, pour enlever cette volumineuse nécrose, faire une incision de 20 centimètres, traverser les muscles de la partie externe de la cuisse, le périoste et les couches osseuses de nouvelle formation, peu dense à la vérité, et amener au dehors avec beaucoup de peine cette partie frappée de mort. La constitution épuisée du jeune homme s'est promptement rétablie, la jambe fléchie sur la cuisse s'est étendue, et maintenant ce jeune homme quitte mon service, marchant facilement à l'aide d'une canne.

Ce fait m'a paru digne d'intérêt, car au point de vue physiologique il démontre d'une manière positive la reproduction intégrale d'une grande étendue du fémur par le périoste. Ici il n'y a point d'équivoque possible; le travail de restauration n'a pu se faire en aucun point par la membrane ou la substance médullaire, car celle-ci a été détruite dans une grande étendue; dans ce fait, nous voyons manifestement le périoste seul, sans concours d'aucun autre tuteur que les parties molles et l'os mortifié lui-même, donner lieu à une production osseuse très-étendue, et finalement la fonction du membre conservée. (Même commission.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Aux termes de la circulaire ministérielle du 20 octobre 1860, portant interprétation de l'article 4 du décret du 23 août 1858, les jeunes gens pourvus du diplôme de bachelier ès sciences complet avant le 1er novembre 1861, peuvent encore, *terme de rigueur*, être admis à prendre, du 1er au 20 novembre 1861, leur première inscription pour le doctorat en médecine, sans avoir à justifier ultérieurement d'autre diplôme pour parvenir au titre de docteur.

Cette mesure a eu pour but d'étendre à une période de trois années l'effet des dispositions transitoires de l'article 4 du décret du 23 août 1858, prises en faveur des jeunes gens qui, au moment de la promulgation du décret, se trouvaient engagés dans l'ordre d'études de la section des sciences de nos lycées. Or il a paru équitable de fournir à ceux de ces jeunes gens qui ont échoué aux épreuves du baccalauréat pendant la session d'août, la possibilité de réparer, à la prochaine session de novembre, un échec qui leur ferait perdre tout le fruit de leurs études.

Conformément au vœu exprimé par un certain nombre de recteurs, S. E. le ministre de l'instruction publique vient d'arrêter que les jeunes aspirants au doctorat en médecine, qui, après avoir échoué aux épreuves du baccalauréat ès sciences complet, à la session du mois d'août dernier, subiront de nouveau et avec succès ces épreuves à la prochaine session de novembre, devront être appelés à jouir de la même faveur que ceux qui auront été reçus bacheliers ès sciences au mois d'août. Les registres d'inscription des Facultés de médecine et des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie resteront ouverts pour eux jusqu'au 20 novembre.

Ces dispositions seront également applicables aux jeunes gens qui, ayant déjà subi avec succès la première partie de l'examen du baccalauréat ès sciences scindé, compléteront cet examen à la prochaine session de novembre, ou bien encore à ceux qui, ayant été ajournés antérieurement pour la première partie de l'examen du baccalauréat ès sciences scindé, subiront avec succès l'intégralité de l'examen. Mais elles ne sauraient, en aucun cas, être invoquées en faveur des jeunes gens qui se présenteront pour la première fois, pendant la prochaine session, aux épreuves du baccalauréat ès sciences.

— Après une nouvelle modification, le jury du concours de l'internat des hôpitaux de Paris est définitivement composé de MM. Vidal, Bouchut, Bouillaud, Jarjavay et Laugier, *juges titulaires;* et de MM. Guibout et Danyau, *suppléants*.

La première séance a eu lieu aujourd'hui lundi 21 octobre.

Les candidats ont eu à traiter par écrit la question suivante :

Structure des reins : De l'hématurie.

— La médecine militaire et le corps médical tout entier viennent de faire une bien regrettable perte. M. le docteur Scrive, médecin inspecteur des armées, ex-médecin en chef de l'armée de Crimée, officier de la Légion d'honneur, commandeur des ordres impériaux du Medjidié et de Sainte-Anne de Russie, etc., vient de mourir à l'âge de quarante-six ans. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui lundi, à midi, au Val-de-Grâce.

— Par décret du 25 août dernier, S. M. le roi Victor-Emmanuel a nommé notre collaborateur M. Magne, médecin oculiste à Paris, chevalier de l'ordre des SS. Maurice et Lazare.

— La Société anatomique reprendra ses séances hebdomadaires le vendredi 8 novembre.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Hardy). Traitement de l'eczéma. — De l'inspiration et de la pénétration des liquides pulvérisés. — Epilepsie ; cas de nullité de mariage. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 22 octobre. — Nouvelles. — FEUILLETON. Coup d'œil sur la législation romaine.

PARIS, 23 OCTOBRE 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

On sait à quelles discussions a donné lieu, il y a une vingtaine d'années, la question de la cataracte capsulaire. Réputée jusque-là très-fréquente sur la foi des chirurgiens les plus autorisés du commencement de ce siècle, niée complétement par M. Malgaigne au nom de l'anatomie pathologique, la cataracte capsulaire est reconnue de nos jours, rare, il est vrai, mais réelle. M. le docteur Mirault (d'Angers), dans une lecture écoutée avec intérêt par l'Académie, est venu apporter à l'appui de cette dernière opinion le témoignage de son expérience clinique, qui confirme à l'égard de la cataracte capsulaire primitive les démonstrations anatomiques, et suffit à elle seule pour établir l'existence de la cataracte capsulaire secondaire. Mais ce n'est pas là l'objet unique du travail de M. Mirault, c'est le sujet de la première partie seulement de son mémoire. Dans une deuxième partie basée tout entière sur la clinique, il tire de ce premier fait des déductions pratiques d'une grande importance, qui en sont en même temps la vérification la plus complète. Partant de l'idée que la cataracte capsulaire secondaire est un produit inflammatoire, une véritable capsulite, soit que celle-ci ait débuté par la cristalloïde elle-même ou qu'elle ait été le résultat de l'extension de la phlogose des tissus voisins, M. Mirault a été conduit à appliquer à cette forme de cataracte le traitement antiphlogistique, — généralisant sur ce point l'indication du traitement médical institué à titre exceptionnel par Janin. — Les résultats de sa pratique ont eu le double avantage de lui donner des succès que ni la temporisation ni l'opération chirurgicale n'eussent très-probablement pu lui procurer, et de justifier par là ses idées sur la nature et le mode de formation de ce genre de cataracte.

Cette communication a été suivie d'une courte discussion, à laquelle ont pris part MM. Malgaigne, Velpeau, Gosselin et Laugier.

Aux doutes exprimés par M. Malgaigne sur la justesse de la dénomination de cataracte capsulaire secondaire appliquée aux faits qui font l'objet de ce mémoire, et sur la difficulté de préciser l'époque où commence cette cataracte, M. Mirault a fait, à notre avis, la meilleure réponse, nous dirions volontiers la seule réponse possible.

Quand l'observation attentive des faits nous apprend que les produits plastiques inflammatoires qui se forment autour de la cristalloïde devront tôt ou tard conduire à une opacité plus ou moins complète de cette membrane, faut-il attendre que l'événement soit accompli pour y porter remède, lorsqu'on a surtout entre les mains les moyens de prévenir ou d'enrayer la formation définitive de la cataracte capsulaire? Que si l'on refuse de donner ce nom à l'opacité commençante de cette membrane, nous demanderons en vertu de quel principe. Qu'on nous définisse alors ce que l'on entend par cataracte capsulaire et par cataracte en général, la plus mauvaise et la plus fausse dénomination étymologiquement, si elle n'était la plus précise et la plus nette de toutes par l'usage... Quant aux observations beaucoup plus justes et plus motivées qui ont été faites par MM. Velpeau, Gosselin et Laugier, elles n'impliquaient aucun désaccord formel avec les faits et les principes exposés dans le travail de M. Mirault, qui s'est sagement renfermé d'ailleurs dans les limites de ce qu'il a vu et fait lui-même.

La séance a été terminée par la lecture d'un mémoire de M. Réveil, relatif à l'histoire médico-légale de l'acide hydrocyanique.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Traitement de l'eczéma.

(Leçon rédigée et publiée par M. PIHAN-DUFEILLAY, interne du service.)

L'examen détaillé que nous avons fait des principales formes de l'eczéma, les considérations que nous avons développées sur la nature de cette affection et sur la thérapeutique générale des maladies dartreuses, vont faciliter l'étude du traitement de l'eczéma, et nous permettre de préciser les indications qui ressortent tant de la nature même de la maladie que de ses principales variétés d'aspect ou de siége.

La thérapeutique de l'eczéma est riche en agents de toute espèce, mais ce n'est malheureusement qu'une richesse tout apparente, et qui cache souvent une pauvreté trop réelle. Parmi les diverses maladies qui sont du domaine de la médecine, il n'en est peut-être aucune qui n'ait été l'objet pour le charlatanisme d'une exploitation plus éhontée que les maladies de la peau, et parmi celles-ci l'eczéma et ses nombreuses variétés sont sans contredit une de celles qui ont le plus exercé l'ingéniosité des prétendus guérisseurs. A côté des remèdes sans nombre qui reconnaissent une source aussi peu légitime, se trouvent plusieurs agents thérapeutiques expérimentés par des médecins consciencieux ; cependant leurs résultats diversement observés, parfois même leur action méconnue ou faussement interprétée, la diversité des tempéraments des malades, des formes morbides, des périodes de l'affection auxquelles on les a indifféremment appliqués, sont autant de causes qui ont obscurci leur histoire et qui ont fait pendant de longues années de la thérapeutique de l'eczéma une des médications les plus obscures et les plus diffuses de la dermatologie.

De nos jours, ce chaos a cessé d'exister pour le médecin qui joint à l'étude et à la critique des travaux de ses prédécesseurs une observation exacte des faits et la connaissance de la vraie nature de la maladie. C'est donc en nous basant sur les considérations que nous avons antérieurement développées tant sur les maladies dartreuses en général que sur leur expression eczémateuse, que nous allons déduire les conséquences qui nous permettront de réduire cette thérapeutique à des règles fixes et de la débarrasser de tout son cortége de médicaments inutiles et de pratiques nuisibles. Pour arriver à ce but, il nous faut successivement passer en revue les diverses périodes de l'eczéma, et étudier séparément les médications internes et les topiques externes.

1° A la *première période*, lorsque l'eczéma est encore constitué par des vésicules intactes et qu'il existe dans l'éruption un élément franchement inflammatoire, il faut recourir uniquement aux antiphlogistiques locaux, dont les plus usuels sont les bains et les lotions émollientes tièdes, composées d'une décoction de lin, de guimauve, d'un mélange d'eau et d'amidon cuit ou de son, etc. A cette époque on doit proscrire l'usage des cataplasmes, qui ont pour premier effet de rompre les vésicules et d'aggraver ainsi l'affection. Il est en effet de remarque, ainsi que nous l'avons dit dans le cours de ces leçons, que certains eczémas survenus dans des régions où l'épiderme est suffisamment résistant pour ne se point déchirer, s'améliorent très-rapidement, et doivent leur guérison à ce que l'épiderme appliqué sur le derme enflammé après la résorption du liquide des vésicules, le protége et prévient ainsi les suppurations et les fissures qui éternisent l'éruption. Nous devons donc chercher autant que possible à imiter la nature dans ce procédé, ou tout au moins éviter l'emploi des agents qui contrarieraient la marche et la guérison normales de l'affection.

Ces principes ne sont plus applicables à l'eczéma, même à son début, lorsqu'il a revêtu la forme de l'impétigo. En effet, dans cette variété de l'éruption la rupture des vésico-pustules et des pustules est la règle, quels que soient leur siége, leur discrétion ou leur confluence.

Dès lors l'application de cataplasmes qui maintiennent la partie malade au milieu d'une humidité émolliente constante est de règle. Ces cataplasmes doivent se composer uniquement d'eau et de farine de riz, de fécule de pomme de terre et d'amidon. La farine de graine de lin, en raison de la fermentation qu'elle subit rapidement, serait beaucoup plus nuisible qu'utile, et loin d'éteindre l'acuité de l'éruption, l'exagérerait et contribuerait à la généraliser. On peut aussi se servir avec avantage de topiques pulvérulents, dont les meilleurs sont les poudres inertes absorbantes de fécule, de riz, d'arrow-root, etc.

2° Avec la *seconde période* se rompent les vésicules et paraît un suintement abondant qu'il importe au médecin de modifier et de tarir. Pour cela, le moyen par excellence consiste dans l'administration de purgatifs à faibles doses et à usage continu, qui agissent comme dérivatifs sur le tube digestif, et ne tardent point à transporter pour ainsi dire la sécrétion pathologique de la surface cutanée à la surface muqueuse intestinale. Toutefois cette médication réclame l'usage de quelques précautions et le choix d'agents spéciaux ; on doit éviter avec le plus grand soin l'emploi des drastiques, qui ne tarderaient point à enflammer l'intestin, à changer en état pathologique l'excitation physiolo-

---

FEUILLETON.

COUP D'ŒIL SUR LA LÉGISLATION ROMAINE.

LES ALIÉNÉS, LES ENFANTS ET LES VIEILLARDS.

Si l'on se met à parcourir avec soin les textes de la jurisprudence romaine, on ne tarde pas à reconnaître qu'il règne une déplorable confusion dans les termes de la nomenclature médicale relativement à la pathologie de l'esprit. Les expressions *mente captus*, *fatuus*, *demens*, *furiosus*, sont tour à tour et indifféremment employées comme synonymes d'*aliéné*. Cependant, si nous voulons nous faire une opinion très-nette de cet état de choses, nous dirons qu'il semble résulter du chaos ancien, que l'on désignait le plus généralement sous le nom de *demens* l'homme atteint de *démence*, c'est-à-dire de la complète abolition de la raison ayant succédé à l'exercice normal des facultés de l'entendement, tandis que la locution *mente captus* s'appliquait plutôt au faible d'esprit. On pourrait donc jusqu'à un certain point comparer le *demens* au riche qui a perdu sa fortune, et le *mente captus* au pauvre qui n'a jamais possédé.

Suivant Isidore de Séville, le *fatuus* n'était autre que l'idiot. *Fati infelicitas eum excusat*, disait-on en droit criminel.

Il semblerait que le mot *furor*, outre son acception spéciale, servit à désigner le type universel des maladies mentales. Ce terme, qui représente aujourd'hui la *manie*, était très-usité dans le langage judiciaire des Romains, qui lui donnaient une acception très-large. La fureur a perdu dans la langue moderne sa signification générique, et elle ne se substitue jamais à l'expression *aliénation mentale*.

La folie ne consistant point dans la perte à jamais irréparable de l'intelligence, nous pensons qu'on a eu le plus grand tort d'en donner la définition suivante : *Furor continua mentis alienatio qua quis omni intellectu caret* (1). Comme conséquences de la même erreur, chaque fois qu'un individu était tombé en fureur, on le considérait comme à jamais perdu : *Semel furiosus semper præsumitur furiosus.*

Quant aux mots *mens* et *animus*, l'un signifiait le principe intelligent, et l'autre le principe et l'agent des actes de la volonté.

Si nous nous en rapportons à deux passages des Pandectes, l'un tiré d'Ulpien (2) et l'autre de Macrus (3), les furieux et les insensés devaient être renfermés, par les soins de l'administration romaine, dans des lieux publics de détention (*carceres*), et les préfets des provinces étaient chargés de prendre toutes les précautions nécessaires pour maintenir l'ordre public, respecter les droits de l'humanité et assurer la sécurité des personnes. Une lourde responsabilité incombait aux gardiens de ces *carceres* : ils devaient soustraire les malades aux mauvais traitements et les protéger contre tous les accidents susceptibles d'être prévus. Lorsqu'il survenait un événement malheureux, par suite d'un défaut de surveillance, ils étaient assez sévèrement punis.

La loi ne s'est pas bornée à faire bénéficier les furieux et les insensés de ces mesures tutélaires; elle a veillé encore à la conservation de leurs droits et de leurs biens. La première preuve de cette vigilance se retrouve dans la loi des Douze Tables, qui renferme les principes primitifs de la tutelle et de la curatelle. Il y est dit, en effet : *Si furiosus esse incipit, agnatorum gentiliumque in eo pecuniaque ejus potestas esto.* En faveur des *furiosi* se trouvait donc organisée une curatelle légitime, différant de la tutelle donnée à l'impubère en ce que cette dernière cessait à vingt-trois ans, tandis que l'autre devait se poursuivre pendant un temps indéterminé. Lorsque les *furiosi* n'avaient point d'agnats ou n'en avaient que d'inhabiles, le magistrat déférait la curatelle. Voici ce qu'on lit à ce sujet dans les Institutes : *Sed solent Romæ præfectus urbis, vel prætores et in provinciis præsides, ex inquisitione eis curatores dare.*

Indépendamment des furieux dont s'était occupée la loi des Douze Tables, la législation romaine avait entouré d'une protection spéciale plusieurs autres classes d'individus privés du libre et complet exercice de leurs facultés intellectuelles. Tels étaient les *mente capti*, les *muti*, les *surdi*, enfin *qui perpetuo morbo laborant.* Bien que la loi des Douze Tables n'eût point prévu ces cas, il y avait toujours lieu à la curatelle : *Sed et mente captis et surdis et mutis et qui morbo perpetuo laborant, quia rebus suis superesse non possunt, curatores dandi*

(1) L. 14, Dig. *De off. præs.*
(2) *De officio proconsulis*, lib. VII.
(3) Lib. II, *De judiciis publicis.*

gique qu'on provoque vers ce viscère, et dont l'unique résultat serait de compliquer l'affection cutanée d'une entérite grave. C'est uniquement aux laxatifs doux qu'il faut recourir, et parmi ceux-ci nous donnons la préférence aux substances végétales, manne, huile de ricin, infusion légère de séné, de rhubarbe, de pensées sauvages. Les sels neutres, en effet, par lesquels beaucoup de gens croient pouvoir indifféremment remplacer les préparations végétales, ont l'inconvénient de n'agir qu'à une dose assez élevée; or le médecin qui donnera tous les deux jours à un cezémateux 30 ou 40 grammes de sulfate de potasse, de soude ou de magnésie, ne tardera point à fatiguer l'intestin, en même temps que l'absorption de ces sels et leur transport dans la circulation placeront le malade précisément dans les conditions d'excitation qu'on s'efforce d'éviter en prescrivant une nourriture douce et peu épicée.

Dans la clientèle de la ville, c'est aux eaux minérales naturelles que nous recourons le plus volontiers. Bien moins chargées de principes minéraux que les eaux artificielles, elles purgent le malade sans gêne ni fatigue; elles nous ont toujours donné d'excellents résultats. Nous prescrivons les eaux de Pulna, de Fredérichshall, de Kissing, de Marienbad, à la dose d'un à deux verres chaque matin à jeun, les eaux de Birmenstoff à la dose d'un demi-verre, et nous procurons ainsi au sujet une couple de selles liquides dans les vingt-quatre heures, suffisantes pour établir la dérivation vers l'intestin, et insuffisantes pour le fatiguer ou pour entraver ses occupations. A l'hôpital, nous remplaçons l'usage de ces eaux par l'emploi d'une infusion végétale moins coûteuse et presque aussi efficace.

Elle se compose de

Follicules de séné.	4 à 8 grammes.
Pensées sauvages.	8 à 12 —

que nous faisons infuser dans

Eau bouillante.	1 litre.

Le malade prend chaque matin ou seulement tous les deux jours une couple de verres de cette tisane, et il en continue l'usage jusqu'au moment où la dessiccation de l'éruption nous permet de lui substituer les médicaments spécifiques, dont l'emploi n'est indiqué qu'à la troisième période de l'affection.

A cet infusé nous joignons l'usage d'une tisane amère généralement faite avec la saponaire, la gentiane ou le houblon.

A cela se bornent les médicaments internes que nous administrons contre l'eczéma à son second degré; toutefois, nous corroborons leur action par l'emploi de divers moyens locaux.

A la seconde comme à la première période, c'est encore uniquement aux émollients que nous recourons; entre autres aux cataplasmes de fécule, aux lotions amidonnées, d'eau de lin, de guimauve, etc.

Nous commençons aussi l'administration des bains d'eau simple ou d'eau amidonnée, dont la température peu élevée doit être maintenue à peu près au degré de celle du corps. Lorsque l'eczéma siége à la face ou au cuir chevelu, parties qui se soustraient nécessairement à l'action locale des bains de baignoire, nous les alternons avec des bains de vapeur à une basse température. Ces bains d'étuve nous procurent habituellement de bons résultats quand on a soin de n'y dégager que de la vapeur tiède. Toutefois, il faut remarquer qu'ils favorisent notablement la poussée momentanée de furoncles sans aucune gravité, et qui parfois cependant ne laissent point que de fatiguer et d'inquiéter le malade.

Nous soumettons avec plus de succès encore nos malades à l'usage des bains à l'hydrofère. Le sujet, renfermé en entier dans la boîte à hydrofère, reçoit sur toutes les parties du corps la pluie fine d'eau tiède pulvérisée, au milieu de laquelle il séjourne comme il le ferait au milieu de la vapeur dégagée dans une étuve. L'action des innombrables gouttelettes qui baignent les parties malades nous a paru jusqu'ici entraîner une modification plus efficace que le simple contact d'une nappe d'eau ou de la vapeur; elles détachent plus aisément les croûtes eczémateuses, et produisent comme les autres variétés de bains tièdes émollients une sédation réelle dans la marche des phénomènes inflammatoires cutanés.

3° Aussitôt que la maladie, sous l'influence du traitement que nous venons d'indiquer ou par sa marche naturelle, a atteint sa *troisième période*, il faut cesser l'emploi des émollients et des laxatifs, pour leur substituer l'usage des agents modificateurs qui se divisent en deux groupes naturels, les modificateurs généraux et les modificateurs topiques ou locaux.

La thérapeutique générale ou interne de la troisième période de l'eczéma ou médication perturbatrice, dont nous connaissons bien les résultats sans pouvoir expliquer son mode d'action, comprend trois classes distinctes de médicaments. La première renferme tous les agents désignés sous le nom générique de reconstituants, la seconde ne comprend que l'arsenic, la troisième que le soufre.

Les *reconstituants* sont surtout indiqués chez les malades à tempérament lymphatique, dans ces cas où l'on a voulu faire de l'eczéma une scrofulide, par cela seul qu'il se développe sur des sujets scrofuleux. Dans de telles circonstances la première indication à remplir est de modifier le terrain sur lequel végète l'éruption, et on y parvient par l'administration continue des substances dites amères, des vins de gentiane et de quinquina, de la tisane de houblon, de l'huile de foie de morue, de l'iodure de fer, d'une nourriture tonique et suffisante. Au bout d'un temps variable, mais presque toujours long, l'état général du sujet s'améliore, les chairs deviennent moins flasques, les joues moins pâles, la vigueur est plus grande, et c'est alors qu'on doit commencer le vrai traitement de l'eczéma.

Le médicament presque héroïque de la dartre et surtout de ses manifestations eczémateuses, est l'arsenic. Quand l'herpétisme existe seul, quand il n'est point en quelque sorte modifié par l'existence de quelque autre diathèse ou par la coïncidence de quelque maladie générale, l'arsenic guérit presque à coup sûr. Toutefois, il faut savoir quand et comment l'administrer, et c'est là ce qu'ignorent encore trop de médecins. D'une manière générale, à la première et à la deuxième période des eczémas l'arsenic est funeste; non-seulement il ne guérit pas, mais il excite la peau, exagère l'inflammation et aggrave notablement l'affection. Ce n'est donc que dans les eczémas qui ont perdu toute acuité, qui sont arrivés à leur troisième période, menacent de passer à l'état chronique et revêtent la forme d'un lichen qui persistera et s'invétérera, ou bien qui s'éternisent par la production incessante des croûtes de l'impétigo chronique, ce n'est, disons-nous, que dans les eczémas où les symptômes inflammatoires ont disparu, que l'arsenic rend d'immenses services et qu'on ne saurait trop préconiser son emploi.

Nous administrons toujours sous forme de solution, et nous avons renoncé complétement à l'usage des pilules. Ceci tient à ce que l'arsenic étant un médicament énergique dont on n'emploie que de très-faibles quantités, il est difficile de répartir uniformément dans une masse pilulaire la dose prescrite de ce métalloïde, si bien que tel malade qui est demeuré deux ou trois jours sans absorber une parcelle d'arsenic malgré l'ingestion régulière de ses pilules, s'intoxiquera le quatrième jour avec une autre pilule où sera contenue une grande partie de la substance destinée aux jours précédents.

Il est un moyen d'éviter, en partie du moins, cet inconvénient, c'est de faire une solution arsenicale, d'en imbiber une poudre inerte et de la façonner en pilules. Cependant, malgré cette amélioration dans le mode de confection, nous persistons à rejeter l'usage des pilules et à nous en tenir à celui de la solution. Cette solution doit être dosée de telle sorte que pour la commodité du malade une cuillerée à bouche représente la quantité d'arsenic à administrer, quantité que nous faisons varier de 2 milligrammes et demi à 1 centigramme par vingt-quatre heures. Nous obtenons ce résultat en faisant dissoudre 5 à 15 centigrammes d'arséniate de soude dans 300 grammes d'eau distillée. Aux yeux de certains médecins, notre dose maximum paraîtra peut-être insuffisante; l'expérience nous a cependant démontré le contraire, d'autant qu'il faut compter avec la susceptibilité de l'estomac, que souvent on condamne à recevoir et absorber ce médicament pendant des mois et même des années. Nous nous sommes livré, en compagnie d'élèves de notre service, à des expérimentations de ce genre. Or, au bout de quinze jours, avec une dose de 5 milligrammes d'acide arsénieux par jour, nous en sommes arrivé à nous donner des symptômes d'intoxication prononcée et de gastrite aiguë; il est vrai de dire que, de tous ceux qui ont coopéré avec nous à ce genre d'expérience, nous avons été le seul à ressentir aussi rapidement les effets toxiques du médicament. C'est à cause de cette propriété de l'arsenic, en raison aussi de l'accumulation de cette substance qui se fait dans certains viscères, que nous recommandons d'interrompre de temps à autre son usage chez les malades que la persistance des accidents cutanés force à continuer leur traitement pendant plusieurs mois ou plusieurs années.

Les principaux composés arsenicaux employés dans la thérapeutique des dartres, sont l'acide arsénieux, qui s'administre aux mêmes doses que l'arséniate de soude: 5 à 10 milligrammes par jour, en solution dans l'eau distillée; la liqueur de Pearson, qui se donne de 10 à 20 gouttes; celle de Fowler, de 5 à 10 gouttes. Mais à ces préparations officinales, qui ont du moins l'avantage de permettre de prescrire l'arsenic à certaines gens à esprit timoré qui se refuseraient à prendre un médicament dont le nom seul les effrayerait, nous préférons la solution magistrale que nous avons déjà indiquée, donnée à raison d'une cuillerée à bouche par vingt-quatre heures.

DE L'INSPIRATION ET DE LA PÉNÉTRATION

des liquides pulvérisés,

Par M. le docteur Moura-Bourouillou.

L'inspiration des liquides pulvérisés est depuis quelque temps l'objet de discussions qui paraissent oiseuses de prime abord. On ne comprend pas trop, en effet, comment un liquide réduit en poudre extrêmement fine ne pénétrerait pas dans les voies aériennes, alors que tant de poudres de corps solides jouissent de ce privilége. Le degré de ténuité ne saurait être invoqué en pareille circonstance. La poudre des liquides qui sort de l'appareil de M. Sales-Girons est telle, qu'elle forme un nuage qui descend lentement vers le sol, et au milieu duquel on respire. Nous n'en dirons pas autant d'un autre appareil dont on a voulu se servir, et qui, au lieu de pulvériser les liquides, les dissémine à l'aide d'un courant d'air peu agréable pour celui qui est soumis à l'expérience, et surtout pour les malades.

Puisque l'expérience doit être seule juge en pareille matière, voici ce qu'elle nous a appris tant sur nos malades que sur nous-même.

Les inspirations de solutions médicamenteuses pulvérisées ou d'eaux minérales sont employées par nous tantôt comme traitement principal, tantôt comme traitement adjuvant des scarifications linguales ou de médications générales.

Dans l'une et l'autre circonstance, nous observons dès les premières inspirations un *toussaillement* qui répond à chacun des mouvements inspirateurs. Ce *toussaillement* se répète trois, quatre, cinq, six fois de suite; puis le malade respire très-librement sans aucune sensation désagréable. Chez quelques personnes ce *toussaillement* se continue pendant toute la durée de la pulvérisation; ordinairement il devient plus rare à mesure que la respiration du liquide se prolonge.

Lorsque le malade n'éprouve pas le besoin de tousser, nous l'empêchons de respirer par le nez en pinçant les narines, et nous l'engageons à sortir sa langue au dehors. Le toussaillement se produit aussitôt, et nous annonce que le liquide pulvérisé pénètre abondamment dans la glotte.

L'obstacle qui s'oppose à la pénétration des liquides pulvérisés dans la trachée ne vient pas uniquement de la glotte. Chez plusieurs malades, le véritable obstacle réside au niveau de l'orifice supérieur du larynx. Nous avons observé, après M. Czermak, que l'intervalle qui sépare la paroi du pharynx du bord libre de l'épiglotte pendant la respiration tranquille est parfois très-étroit. Une inclinaison plus ou moins prononcée de l'épiglotte sur le pharynx rend plus ou moins difficile l'accès de l'air inspiré dans les voies aériennes.

Quant à la glotte, elle ne constitue un obstacle réel que lors-

---

sunt (1). Ainsi que nous l'apprend Dalloz (2), c'est à la notoriété publique que l'on devait être instruit sur l'état de ces diverses personnes, et c'est à la suite de cette notoriété qu'on procédait à la nomination de la curatelle.

Cicéron, qui fut en même temps orateur, philosophe et jurisconsulte, a dit que l'insensé était celui qui ne savait *mediocritatem officiorum tueri, et vitæ cultum communem et usitatum.* C'est dire par là que le droit de régler son hérédité devait être enlevé à celui qui ne jouissait pas du libre usage de sa raison, et dont la volonté fantasque flottait au gré d'un cerveau malade. *Testamentum facere non possunt furiosi quia mente carent*, disait la loi. La première condition imposée au testateur était la *faction* de testament, c'est-à-dire la capacité nécessaire; or, cette capacité reposait sur l'*integritas mentis*, et dans l'expression d'une volonté dernière, on devait toujours retrouver *potestas, voluntas et modus* du testateur en l'absence de ces conditions fondamentales, l'acte était déclaré *nullius momenti*.

La législation romaine considérait les prodigues comme furieux quant à leurs biens : *Furiosum bonorum suorum faciunt exitum.* Tant qu'ils n'avaient point été interdits, ils jouissaient de la liberté commune à tous. Les *furiosi*, au contraire, sans interdiction préalable, avaient perdu le droit de tester, et la nature se chargeait d'établir leur défaut d'aptitude, qui allait même jusqu'à ne pouvoir être témoins d'un testament : *Non potest furiosus in numero testium adhiberi.* Cependant nous trouvons un peu plus loin un correctif de la plus haute importance : « Si le fou a recouvré la raison ou s'il a fait un testament dans un intervalle lucide, le testament est réputé valable; à plus forte raison si le testament a été fait avant la folie. » Que de difficultés ont dû surgir à propos des intervalles lucides! Disons à ce sujet que les *furiosi* étaient réputés susceptibles d'avoir de ces intermissions favorables, et qu'à leur faveur même ils pouvaient être appelés aux fonctions de juges. Rien de semblable ne se passait pour les *mente capti*, et l'intervalle lucide n'était jamais admissible chez eux.

La ligne de démarcation entre les différents degrés de la folie se trouve encore nettement tranchée dans une autre circonstance : le fils du *furiosus* ne pouvait pas se marier sans le consentement paternel, tandis que le fils du *mente captus* était dispensé de cette formalité. Cependant, et comme par une singulière contradiction, il était bien avéré que le *furiosus* était inhabile à imprimer sur ses actes le sceau de sa volonté, puisqu'il était dit quelque part : *Furiosi nulla voluntas est.*

En matière criminelle, lorsque l'aliéné s'était rendu coupable d'une action très-fortement répréhensible, il n'était punissable qu'autant qu'on pouvait démontrer qu'il avait eu conscience de sa faute et qu'il l'avait commise en pleine liberté d'esprit et dans un intervalle lucide. Autrement, *furiosus satis ipso furore punitur.* En cas d'incertitude, les anciens avaient posé cette règle qu'il valait mieux réputer le fait incriminé comme s'étant passé pendant la maladie : *Si dubitetur quo tempore delinquerit, an tempore furoris, an sanæ mentis, in dubio est potius quod delinquerit tempore furoris* (1).

La conscience pèse la valeur morale des actions. Il devait naturellement résulter de l'application de ce principe une sorte d'immunité ou au moins d'exonération partielle de culpabilité, en faveur des enfants et des vieillards. Chez l'enfant, la raison bégaye encore: *Infantem innocentia consilii tuetur.* Le garçon, jusqu'à dix ans et demi, était considéré comme proche de sa première enfance, *proximus infantiæ*, et incapable d'une pensée criminelle, *non doli capax* (2). Ce privilége ne s'étendait pour la fille que jusqu'à l'âge de neuf ans et demi.

Si la présomption du défaut de discernement continuait à accompagner l'enfant jusqu'à l'âge de puberté (douze ou quatorze ans, selon le sexe), la preuve contraire était cependant admise suivant la maxime *malitia supplet ætatem*, et l'impubère pouvait être frappé d'une condamnation, *si proximus pubertati sit et ob id intelligat se delinquere.* Toutefois la peine était moindre : *pupillus mitius punitur.* Cette atténuation de la pénalité se prolongeait jusqu'à l'époque de la majorité, c'est-à-dire vingt-trois ans. Ajoutons que les impubères ne pouvaient pas déposer en matière criminelle, et que la loi rejetait leur témoignage dans les accusations capitales de violence publique.

---

(1) *Inst.*, liv. I, tit. 23, § 4.

(2) *Répertoire de jurisprudence*, t. III, p. 427.

(1) Farinacius, *Quæst.* 98, n° 8.

(2) Farinacius, *Quæst.*, n° 31.

qu'elle est le siége d'une lésion telle que polypes, œdème, rétrécissement, paralysie, etc.

La conviction que nous avions de la pénétration des liquides pulvérisés ne nous a pas empêché d'en chercher la confirmation à l'aide des instruments laryngoscopiques.

Nous nous sommes donc soumis à l'examen laryngoscopique avant, pendant et après l'inspiration d'un liquide noir sortant de l'appareil pulvérisateur. Nous avons pu suivre de cette manière la coloration progressive de toute l'étendue des voies pharyngo-laryngiennes, et de la paroi antérieure et interne de la trachée, jusqu'à une certaine profondeur. Cette coloration s'effectue plus rapidement lorsque nous respirons seulement par la bouche, et si surtout nous faisons de grandes inspirations.

En examinant le larynx après l'expérience, nous avons remarqué que le sommet de l'angle antérieur de la glotte conserve sa teinte naturelle, tandis que les deux cordes vocales inférieures, dont la blancheur contraste singulièrement avec les autres parties du larynx à l'état normal, sont plus ou moins colorées en noir dans toute leur étendue. La face laryngienne de l'épiglotte présente de son côté une teinte moins foncée. Cette différence de coloration se remarque aussi dans la trachée entre les anneaux et les intervalles qui les séparent.

Ces faits nous semblent assez concluants pour dissiper les doutes que l'on pourrait avoir sur la pénétration des liquides pulvérisés dans la trachée. Nous sommes persuadé que cette pénétration s'étend plus loin, quoique nous n'ayons pas les preuves physiques d'une démonstration sur le vivant.

ÉPILEPSIE.

Cas de nullité de mariage.

François L..., vingt ans, cordonnier, était depuis un grand nombre d'années sujet à des attaques d'épilepsie. Elles avaient commencé par suite d'une chute sur la glace. Ses accès, qui d'abord n'étaient suivis que d'une très-légère aberration de la raison, devinrent plus sérieux et furent accompagnés de manie furieuse.

Il avait servi dans le 5e régiment d'infanterie légère, de 1838 à 1841, et lorsqu'il sortit du service il reprit son commerce. Lorsqu'il avait des attaques dans cette période, il saisissait son marteau, son couteau, ou tout autre instrument qu'il avait sous la main, et le brandissait d'une manière menaçante, de façon à s'attirer les railleries de ses camarades.

Lorsqu'il fut hors du service, il retourna chez lui et se décida à se marier. Il fixa avec sa fiancée la cérémonie au 26 octobre 1841. Le 2..., un mal de tête très-intense survint, et lui parut à lui-même un indice de l'imminence d'une attaque. Il appela un médecin qui l'avait traité anciennement pour cette maladie, et lui demanda de le saigner, opération qui lui avait toujours procuré du soulagement. Le médecin refusa, par le motif que ce remède ne devait pas être trop souvent employé.

Le 26, quelques heures avant le mariage, il fut saigné par un autre médecin, mais sans aucune diminution de la douleur. Pendant la cérémonie civile et religieuse du mariage, L... était abattu et taciturne; il ne dit rien en dehors du simple *oui*. En quittant l'église, il fut saisi d'une douleur atroce de la tête ; elle fut tellement excessive que, dans la maison de son beau-père, il fut obligé de se mettre au lit. La chambre dans laquelle il se trouvait était voisine de celle où l'on préparait le repas de noces. Là il fut saisi d'un accès d'épilepsie furieuse, et tandis que les personnes qui étaient avec lui couraient chercher des cordes pour l'attacher, il se précipita tout nu dans la salle à manger, avec une pelle dont il s'était emparé, poursuivit une femme qui s'enfuit, et la renversa par terre en lui frappant un coup sur la tête. Son beau-père s'interposa ; mais, ainsi que les autres, il fut chassé. Le malade se mit alors par terre devant la porte, rongeant la pierre avec les dents ; enfin il se leva avec un couteau de cordonnier à la main et ouvrit la porte de force en s'écriant qu'il voulait les tuer. La première personne qu'il rencontra fut son beau-père, qu'il tua à l'instant.

Cette attaque continua pendant trois jours.

Le 29, la raison revint; mais le malade pouvait seulement se rappeler le moment du mariage, et rien de ce qui suivit; il supposait qu'il avait dormi pendant tout ce temps. Il fut bientôt transporté dans l'Asile de Clément, où il se trouve encore. Dans ces circonstances on s'adressa à la Cour pour obtenir la déclaration de nullité du mariage, par la raison que cet épileptique n'était pas complétement sain d'esprit au moment de la cérémonie, et par conséquent n'était pas apte à donner son consentement. La Cour prononça la nullité du mariage (1).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 octobre 1861. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1860 dans les départements de la Manche et du Morbihan. (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un travail de M. le docteur Salari, de Marseille, relatif à la contagion des accidents secondaires de la syphilis (commissaire : M. Gibert);

2° Une étude chimique de l'eau d'une source de Neubourg (Eure), par M. Jacquelain, préparateur de chimie à l'École centrale (commissaires : MM. Rayer, Regnault et Boudet);

3° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Isaac Baker-Brown (de Londres), contenant la description d'une opération chirurgicale par laquelle il guérit certaines névroses des femmes (le dépôt est accepté).

4° **Écarteur des joues.** — M. Lüer soumet à l'Académie un instrument destiné à faciliter l'exploration de la partie interne des joues et de la bouche, et qu'il désigne sous le nom d'écarteur des joues. Cet instrument est formé de deux parties : le manche et la partie buccale.



Celle-ci affecte une forme demi-circulaire, à bords renversés de manière à embrasser le bord et la commissure des lèvres, et à les écarter sans violence ; ces organes se trouvent ainsi logés dans cette cavité.

La partie buccale présente une circonférence assez grande pour écarter largement les lèvres et permettre d'explorer l'intérieur de la bouche.

5° M. Landouzy (de Reims), adresse une note sur la valeur de l'égophonie dans la pleurésie. Les croyances de Laënnec sur le caractère pathognomonique de l'égophonie continuant à régner dans les livres et dans les cours, et à donner lieu à de nombreuses erreurs dans la pratique, j'ai pensé, dit-il, qu'il ne serait pas sans intérêt de soumettre à l'Académie le résumé suivant de mes nouvelles recherches cliniques :

Dans certains cas, l'égophonie augmente au fur et à mesure de la sortie du liquide épanché, et elle persiste plus accentuée plusieurs jours après la ponction.

Dans certains autres, l'égophonie diminue au fur et à mesure de la sortie du liquide, et elle disparaît complétement aussitôt la ponction.

L'égophonie n'annonce donc ni l'existence d'un épanchement, ni son abondance, ni ses limites, mais simplement une condensation spéciale du poumon ; car elle est due à la compression du viscère et non à la présence même du liquide.

Ainsi que je l'ai déjà montré dans un précédent travail sur la respiration tubaire et amphorique, l'épanchement n'est que la cause indirecte des modifications qui surviennent dans la respiration ou dans la voix.

Si le poumon est uniquement comprimé par la sérosité sans fausses membranes résistantes, cette sérosité une fois évacuée, il reprend aussitôt son jeu normal, et l'on constate sur-le-champ la disparition ou la diminution considérable du souffle, de l'égophonie et de la matité.

Si le poumon est enveloppé par des fausses membranes déjà résistantes, il ne recouvre pas à l'instant sa liberté d'expansion, et l'on continue à constater, et même à constater plus clairement l'égophonie et les souffles bronchiques.

Si enfin ces fausses membranes sont solidement organisées, le poumon peut rester emprisonné à toujours dans cette coque inextensible, et, le liquide évacué, les modifications de la voix, du souffle et de la sonorité persistent comme auparavant.

L'égophonie et les souffles s'entendent mieux après l'évacuation du liquide, simplement parce que le poumon se trouve alors plus rapproché de l'oreille.

La compression extérieure qui résulte de la pleurésie produit l'égophonie, tandis que la compression intérieure qui résulte de la pneumonie produit la bronchophonie; c'est-à-dire que ce sont deux phénomènes analogues, mais qui devaient nécessairement occasionner une nuance distincte dans le retentissement vocal, puisqu'il existe dans la pneumonie des modifications cellulaires qui n'existent pas dans la pleurésie.

Ce qu'il importe de constater catégoriquement, c'est que ce n'est ni au liquide ni aux fausses membranes qu'on doit rapporter l'égophonie et les souffles bronchiques.

Ce n'est pas au liquide, car ils peuvent être plus accentués après qu'il a disparu.

Ce n'est pas au réseau pseudo-membraneux, car ils se manifestent alors qu'il n'existe pas encore.

La signification précise de l'égophonie peut se formuler ainsi :

1° L'égophonie annonce la compression du poumon, soit par un épanchement liquide dans la plèvre, soit par une couche pseudo-membraneuse sans épanchement actuel.

2° En l'absence de pseudo-membranes résistantes, l'égophonie disparaît ou diminue avec l'épanchement.

3° Avec dépôt pseudo-membraneux, l'égophonie augmente immédiatement après la thoracentèse, pour diminuer ensuite graduellement en même temps que les fausses membranes.

Evidemment, ce qui s'applique à l'égophonie s'applique aux souffles tubaires et aux souffles amphoriques, qui ne sont qu'une exagération des souffles tubaires.

La valeur donnée à la voix chevrotante par Laënnec, et exagérée encore par ses continuateurs, a été le résultat d'études incomplètes, et il importe d'autant plus de détruire cette erreur, que l'égophonie pouvant persister après la résorption lente et spontanée, comme après la sortie immédiate du liquide, elle donne lieu ainsi aux interprétations les plus dangereuses, en faisant croire à un liquide abondant là où parfois il n'y en a pas une goutte, comme l'amphoricité fait croire à de vastes cavernes là où parfois il n'y a pas le moindre tubercule.

— **M. VELPEAU** dépose sur le bureau un mémoire de feu le docteur Gely, de Nantes, sur le cathétérisme curviligne et l'emploi d'une nouvelle sonde. Ce mémoire a été publié par les soins de M. le docteur Guyon, prosecteur de la Faculté.

— **M. BOUVIER** offre en hommage à l'Académie un mémoire de M. le docteur Duchenne, de Boulogne, relatif aux causes et au traitement du pied plat et du pied creux.

— **M. TROUSSEAU** présente les mémoires de MM. Léon Gros et Lancereaux sur les affections syphilitiques nerveuses, qui ont été récompensés par l'Académie.

— **M. POGGIALE** présente au nom de M. Réveil un travail manuscrit sur une question importante de posologie des liquides médicamenteux. (Commissaires, MM. Guibourt et Poggiale.)

LECTURE.

Cataracte capsulaire. — **M. MIRAULT** (d'Angers), correspondant de l'Académie, donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *De la cataracte capsulaire en général, et particulièrement du traitement de la cataracte capsulaire secondaire.*

Ce travail est divisé en deux parties.

Dans la première partie, relative à la cataracte capsulaire en général, l'auteur, après avoir rappelé dans des considérations historiques la lutte engagée en 1843 entre M. Malgaigne et MM. Desmarres, Sichel, A. Richard, Ch. Robin, Broca, etc., au sujet de la cataracte capsulaire, fait remarquer qu'il est sorti de cette lutte un fait considérable, savoir : que la cataracte capsulaire primitive est fort rare.

Ce n'est pas là seulement, dit-il, un fait curieux, c'est un service très-grand rendu à la pratique de notre art, car dans l'opération de la cataracte, l'opacité primitive de la capsule constitue un état compliqué, dont peuvent dépendre le choix de la méthode opératoire et le succès du traitement. Avant que M. Malgaigne eût fait connaître sa découverte, j'avais émis l'opinion que la cataracte capsulaire primitive devait être bien moins fréquente qu'on le croyait généralement.

Quand, disais-je, j'opère par abaissement, les choses se passent souvent de manière à me faire croire que j'ai affaire à une cataracte cristallo-capsulaire; la pupille reste obstruée, au moins en partie, par des opacités parcellaires, qui semblent être des débris de la capsule. Au contraire, si j'opère par extraction, la pupille se débarrasse au point d'être presque toujours nette, d'où j'inférais que, dans un grand nombre de cas, l'opacité capsulaire est simulée, à s'y méprendre, par certains états du cristallin.

Le nombre des faits anatomiques que l'on a colligés pour prouver l'existence de la cataracte capsulaire primitive, est encore très-restreint. C'est bien autre chose en ce qui regarde la cataracte capsulaire secondaire. Ici les preuves anatomiques font complétement défaut. Malgré cette pénurie, personne ne révoque en doute la cataracte capsulaire secondaire, tant il est facile d'ordinaire de la reconnaître sur l'homme vivant. Si des dissidences se sont élevées à son sujet, elles n'ont porté que sur son siége et sur sa nature. Presque tous nos auteurs la considèrent comme essentiellement inflammatoire. Cette opinion est la mienne. Je crois que la cataracte capsulaire secondaire n'est autre chose que le produit d'une capsulite, qui tantôt débute par la cristalloïde elle-même, et tantôt est due à l'extension jusqu'à elle de la phlogose d'un autre tissu du globe de l'œil. Cette opinion est corroborée, ajoute l'auteur, par les heureux effets du traitement antiphlogistique dans cette maladie.

La deuxième partie est consacrée à l'exposition de ce traitement. Quand une cataracte capsulaire consécutive s'est formée, il faut agir. De quelle manière? Les auteurs conseillent de recourir aux opérations. M. Mirault pense qu'il y a des moyens plus efficaces et plus sûrs : partant de l'idée que la cataracte capsulaire secondaire est un produit inflammatoire, il a pensé que, comme certaines opacités aiguës de la cornée, elle pourrait se dissiper par l'emploi des antiphlogistiques. L'expérience n'a pas tardé à réaliser cette espérance. Dès qu'une opacité consécutive vient à se manifester, il la combat immédiatement par un traitement antiphlogistique très-actif : saignées

(1) Cette observation est extraite de l'*American Journal of insanity*, t. II, p. 186.

La loi romaine était loin de manquer d'égards pour les vieillards, dont le poëte a dit :

Magna fuit quondam capitis reverentia cani.

Elle diminuait les peines en leur faveur et voyait même une excuse dans l'âge avancé : *Ignoscitur his qui ætate defecti sunt*. Tiraqueau a dit de la vieillesse : *Senectus est veluti altera pueritia* (1), et Farinacius a porté le jugement suivant : *Senes sunt diminuti sensu et intellectu, ita quod repuerascere incipiunt* (2). En thèse générale, le châtiment était affaibli et non pas effacé, et tandis que la peine corporelle devenait l'objet d'une indulgence exceptionnelle, la condamnation à l'amende subsistait au contraire dans toute son intégralité. Il y avait là évidemment une contradiction, un véritable non-sens.

La colère et la douleur pouvaient devenir des motifs d'atténuation : *Non excusant in totum, sed tantum faciunt ut mitius delinquens puniatur* (3). On conçoit que la colère n'ait point été une cause d'entière justification, car l'homme peut dominer son élan et se rendre maître de lui jusqu'à un certain point ; mais on ne peut s'empêcher de remarquer combien la loi avait été sage : *Quidquid in calore iracundiæ vel fit, vel dicitur, non prius ratum est, quam si perseverantia apparuit judicium animi fuisse* (4). Il y a cette différence entre la colère et la jalousie, que l'une est un transport instantané et que l'autre a longuement fermenté dans le cœur. Ces deux mouvements de l'âme ne devaient donc pas, au point de vue du droit, jouir au besoin des mêmes égards ; d'ailleurs, c'est plutôt dans la cause de la colère que dans la colère elle-même que reposait la possibilité de l'excuse : *Simplex iracundiæ calor non excusat, nisi justa causa præcedat* (1).

Ainsi qu'on vient de le voir, les Romains se sont très-sérieusement préoccupés de la situation de l'aliéné, tant sous le rapport civil qu'au point de vue de la criminalité. Leurs mesures protectrices ont dû être des plus efficaces, et elles n'ont pas peu contribué à inspirer les législateurs de nos jours dans l'élaboration de cette loi si sage du 30 juin 1838 qui régit actuellement la matière. Nous comprenons l'enthousiasme des auteurs contemporains lorsqu'ils parlent de ses diverses dispositions ; mais nous voudrions qu'ils fussent plus justes envers les anciens, qui, à tant de siècles de distance, nous ont montré la ligne à suivre. Si les aliénistes modernes ont pu méconnaître l'état de la législation romaine, qu'ils veuillent bien accueillir cet essai de réhabilitation de textes épars et parfois peu compréhensibles, auxquels nous avons tâché de prêter une couleur et une signification. Le bien a existé, et nous sommes en possession du mieux. Est-ce à dire qu'il faille nous en tenir là ? Non, sans doute ; quand tout marche, ne pas avancer, c'est reculer. D'ailleurs, le temps n'est-il pas le soleil qui mûrit le fruit de la science ? Dr Legrand du Saulle.

(1) *De pœnis temperandis*, p. 29.
(2) *Quæst*, 92, n° 23.
(3) Farinacius, *Quæst*, 91, n° 4.
(4) L. 48, Dig., *De div. reg. juris*.

(1) L. 38, § 8, Dig., *Ad legem Juliam de adulteriis*.

générales et locales, révulsifs intestinaux et cutanés, emploi des frictions périorbitaires mercurielles et belladonées. Tels sont les moyens principaux auxquels il a dû de rétablir la vue 11 fois sur 14 malades. Les observations de ces 14 malades montrent que le traitement médical, quand il réussit, agit rapidement. Il résulte du relevé de ces 11 cas de guérison qui termine ce mémoire, que la durée moyenne de la cure a été de moins de onze jours pour chaque malade.

Voici les conclusions de cette communication :

1° La cataracte capsulaire primitive existe incontestablement, mais elle est très-rare. Il importait de fixer à cet égard l'opinion des chirurgiens, attendu que l'opacité de la cristalloïde influe beaucoup sur le choix de la méthode opératoire et sur le succès.

2° Dans l'état actuel de la pratique, une opération de chirurgie était réputée indispensable pour guérir la cataracte capsulaire. Je prouve par un certain nombre de faits que cette maladie peut se dissiper par des remèdes simples et surtout par les antiphlogistiques.

3° Ce traitement dit médical est applicable particulièrement aux cataractes secondaires récentes. Mais comme l'opérateur assiste d'ordinaire à leur début, il suit que l'indication de l'employer se présentera souvent.

4° Il se recommande tout à la fois par son innocuité et son efficacité, et fait, sous ce double rapport, un contraste frappant avec l'opération, dont personne ne peut nier l'incertitude et les dangers.

5° Les chirurgiens devront donc employer le traitement médical dans la grande majorité des cas, et ne recourir au traitement chirurgical que quand le premier a échoué ou qu'il est manifestement contre-indiqué.

M. MALGAIGNE, après avoir complimenté M. Mirault du travail qu'il vient de lire, lui demande à quel moment il estime que la cataracte capsulaire existe réellement, et jusqu'à quelle époque elle est curable par le traitement antiphlogistique. Il est important que ces deux points soient éclaircis, car s'il est fréquent d'observer après l'opération de la cataracte des nuages dans le champ pupillaire, en même temps que se montrent, surtout du côté de l'iris, d'autres phénomènes inflammatoires, rien n'autorise dans tous ces cas à admettre l'existence d'une cataracte capsulaire. Si cette cataracte existait et qu'elle survécût aux accidents inflammatoires, jusqu'à quand pourrait-on espérer la guérir ?

M. MIRAULT. L'opacité de la capsule semblerait être, d'après M. Malgaigne, une illusion, et elle devrait s'expliquer par l'existence d'une iritis versant des produits plastiques dans la chambre postérieure. Mais l'iritis est loin d'être constante, puisque sur quatorze cas de cataracte capsulaire secondaire je n'ai observé d'iritis que six fois. Dans les huit autres cas, il s'agissait bien d'une phlegmasie de la membrane cristalline. M. Malgaigne veut que je lui dise à quel moment l'opacité que je combats constitue une véritable cataracte capsulaire; c'est, si je ne me trompe, me demander à quel moment les dépôts plastiques de la capsule sont organisés. M. Malgaigne sait mieux que moi que l'examen de l'œil malade ne permet pas de répondre à cette question, et que si l'on en cherche la solution dans les études faites sur l'organisation des produits phlegmasiques analogues, on n'est pas moins embarrassé. Ainsi, pour Everard Home, une fausse membrane peut au bout de vingt-quatre heures être vascularisée, tandis que selon Villermé elle ne pourrait l'être qu'au bout de vingt-trois ou vingt-quatre jours. A cause de cette difficulté, et aussi de la certitude qu'une opacité inflammatoire de la capsule deviendra forcément définitive, j'admets l'existence d'une cataracte capsulaire dès que la capsule est opaque, et je me hâte de la traiter par les antiphlogistiques dès son apparition; ce qui fait que je ne puis renseigner M. Malgaigne sur les effets d'un traitement tardif.

M. VELPEAU. Nous sommes tous dans l'habitude de combattre les inflammations qui se produisent dans l'œil après l'opération de la cataracte, et nous sommes habitués aussi à voir l'iritis jouer un grand rôle dans ces inflammations.

Dans tous les cas, c'est aux moyens indiqués par M. Mirault que nous avons recours, et personne de nous ne songe à réopérer les malades tant que ces inflammations existent. Heureusement aussi que les cataractes secondaires sont loin d'être toutes définitives. J'en ai vu un certain nombre persister après la disparition complète de l'orage inflammatoire, et de celles-là même, quelques-unes guérir ensuite avec le temps et les instillations de belladone.

L'orateur raconte ici l'observation d'une dame chez laquelle on crut pendant longtemps à l'insuccès complet d'une opération de cataracte par abaissement. Mais peu à peu toutes les adhérences de l'iris se rompirent sous l'influence des instillations belladonées, répétées tous les quatre ou cinq jours. Les opacités disparurent, et la vision se rétablit après plusieurs mois d'un traitement qui avait commencé aussi par les antiphlogistiques.

M. MIRAULT. Oui, tous les chirurgiens traitent les phlegmasies consécutives à l'opération de la cataracte, mais ils n'insistent pas assez peut-être sur ce traitement, parce qu'ils ne prévoient pas assez le développement d'une cataracte capsulaire consécutive.

J'ai déjà dit que puisqu'on ne sait pas quand les cataractes commencent, on peut les faire commencer avec l'opacité; voilà pourquoi je traite énergiquement ces opacités comme cataractes, dès la période inflammatoire dont a parlé M. Velpeau, et à laquelle l'opacité survivrait bien plus souvent qu'il ne le croit, si on ne la combattait par les antiphlogistiques. Quant à l'importance que M. Velpeau et M. Malgaigne attribuent à l'iritis, je ne puis la reconnaître comme eux, puisque dans la majorité des cas je n'ai pas observé d'iritis.

M. GOSSELIN. Le travail de M. Mirault aura certainement cet avantage d'appeler l'attention sur l'utilité des antiphlogistiques et des révulsifs que beaucoup de chirurgiens n'emploient pas avec assez de persistance, et qui peuvent prévenir une cataracte secondaire.

A côté de cette question de thérapeutique, il y a une question de physiologie pathologique que M. Mirault a trop aisément tranchée, en admettant, sans preuves suffisantes, que les opacités siégent toujours dans la capsule et sont fatalement destinées à devenir définitives.

Ces opacités, en effet, peuvent très-bien tenir à des épanchements plastiques extra-capsulaires et nullement interstitiels, c'est-à-dire qu'elles peuvent devenir des cataractes pseudo-membraneuses et non capsulaires. Il y a là une différence peu importante peut-être au point de vue pratique, mais qu'un esprit aussi exact que celui de M. Mirault ne saurait négliger.

M. MIRAULT. A cette question de physiologie pathologique, je répondrai en citant à M. Gosselin l'opinion des auteurs du *Compendium*..... Pour ces auteurs, il est très-difficile, même à l'autopsie, de distinguer si une opacité est anté-capsulaire ou capsulaire; que doit être alors la difficulté sur le vivant?

M. GOSSELIN. Au moins M. Mirault devait-il manifester quelque doute sur le siége de l'opacité. C'est ce qu'il n'a pas fait, car il ne parle partout que de cataractes capsulaires.

M. MALGAIGNE. Puisque nous sommes tous d'accord sur l'impossibilité de dire si une cataracte capsulaire existe ou n'existe pas, il serait bon peut-être que M. Mirault changeât le titre de son travail, et qu'il convînt qu'il ne guérit pas, mais qu'il prévient les cataractes secondaires.

M. MIRAULT. Je n'admets pas cette distinction subtile. Je guéris la cataracte secondaire, puisque je guéris quelque chose qui sera certainement, sinon qui est déjà une cataracte secondaire. Qui tue un fœtus tue un homme.

M. LAUGIER. Il est à regretter que M. Mirault n'ait pas constaté la guérison de cataractes capsulaires traumatiques; il en est, en effet, qui sont produites par la blessure d'un instrument acéré qui n'intéresse que la capsule : celles-là sont bien positivement capsulaires, et de pareilles observations ne laisseraient rien à désirer.

M. MIRAULT. Le hasard ne m'a pas fait rencontrer de ces cataractes. Toutefois la possibilité pour un instrument acéré de n'intéresser que la capsule me paraît bien douteuse, et lorsque dans des expériences sur les animaux on a été toucher la capsule du cristallin avec un instrument piquant, on a presque toujours obtenu des lésions tout autres que des cataractes capsulaires.

Histoire médico-légale de l'acide cyanhydrique. — M. LE Dr O. RÉVEIL lit un mémoire sur quelques faits relatifs à l'histoire médico-légale de l'acide cyanhydrique. L'auteur expose dans ce travail les résultats des expériences qu'il a été appelé à faire pour éclairer la justice sur la question de savoir s'il se développe de l'acide cyanhydrique à différentes époques de la putréfaction ? (Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Tardieu, Gobley et Chevallier).

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 18 octobre, M. le docteur Scoffier, membre du Conseil d'hygiène publique de Nice, chevalier de la Légion d'honneur, est nommé médecin de l'Ecole normale primaire de cette ville.

— Le *Journal de médecine de Bordeaux* raconte un fait fort excentrique qui s'est passé à la dernière réception des officiers de santé qui a eu lieu dans cette ville :

M. Cathala demandait à échanger son diplôme de Montpellier contre un de Bordeaux. Ayant échoué l'année dernière dans cette tentative, et craignant sans doute un échec pareil, il a conçu la singulière idée de faire, par huissier, une sommation aux membres du jury d'avoir à lui conférer son titre. — En conséquence, la veille du jour où il devait comparaître à l'hôpital pour son épreuve clinique, un huissier s'est présenté au domicile de M. Béchamp, président du jury, chez M. le recteur de l'Académie, et chez M. Gintrac, directeur de l'École, pour leur signifier la requête de M. Cathala. On n'a pas de peine à deviner ce qui a dû en résulter : après s'être consulté avec M. le recteur et avoir pris l'avis du directeur, M. le président du jury a fait rayer M. Cathala de la liste des candidats.

On assure qu'avant de vouloir être médecin, M. Cathala avait été huissier.

— Nous rappelons à nos lecteurs que l'assemblée générale de l'Association des médecins de France aura lieu dimanche prochain, 27 octobre, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique.

Cette séance sera suivie d'un banquet offert par le Conseil général et les membres de la Société centrale à MM. les présidents et délégués des Sociétés locales des départements.

Ce banquet aura lieu à sept heures du soir, dans les salons du grand hôtel du Louvre. Le prix de la souscription est de 20 fr. On souscrit chez M. le docteur Brun, rue d'Aumale, 23.

Tout membre de l'Association générale (Société centrale ou Sociétés locales des départements) a droit d'assister à l'assemblée générale et de souscrire au banquet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Delioux, né à Port-au-Prince (Haïti); *Du mouvement organique et de la synthèse animale.*

Sampolo, né à Ajaccio (Corse); *De la chaleur animale.*

Huard, né à la Louisiane (Amérique du Nord); *Du goître exophthalmique.*

Capdevielle, né la Nouvelle-Orléans (Louisiane); *De l'action physiologique et thérapeutique de la digitale.*

Une belle collection de la *Gazette* depuis son origine (1828), reliée, et les années 1834, 1835, 1836, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1850, 1855, sont à vendre au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la diphthérie du pharynx, par M. le docteur Aug. MILLET, professeur à l'École de médecine de Tours. In-8° de 110 pages. Paris, F. Savy, 20, rue Bonaparte. Prix, *franco* par la poste, 2 fr. 25 cent.

Du double souffle intermittent crural comme signe de l'insuffisance aortique, par M. DUROZIEZ. Brochure in-8°. Prix : 3 francs. Chez Louis Leclerc, 14, place de l'Ecole de Médecine.

Des Hallucinations, ou histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, des rêves, du magnétisme et du somnambulisme ; par M. le docteur A. BRIERRE DE BOISMONT. Troisième édition, entièrement refondue. Un vol. in-8° de 720 pages. Prix : 7 fr. — A Paris, chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Nouveau traité élémentaire d'anatomie descriptive, par M. A. JAMAIN, chirurgien des hôpitaux de Paris; suivi d'un *Traité d'embryologie*, par M. A. VERNEUIL, professeur agrégé à la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux. 2e édition revue et augmentée, avec 200 figures intercalées dans le texte. Un volume grand in-18 de 946 pages. Prix : 12 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 126 — SAMEDI 26 OCTOBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 126. — SAMEDI 26 OCTOBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'emploi des préparations arsenicales dans le traitement des fièvres intermittentes.

Depuis que M. Boudin a retiré la médication fébrifuge arsenicale de l'oubli où elle était restée longtemps plongée, de nombreuses expérimentations ont été faites, de nombreux travaux publiés, concluant presque unanimement en faveur de son efficacité; et cependant aujourd'hui encore il reste dans l'esprit de la généralité des praticiens une certaine défiance à son égard qui en restreint considérablement l'application. Née de l'idée qu'on ne manie point sans quelque danger un agent tel que l'arsenic, et que la dose où se manifeste son efficacité pourrait bien être voisine de celle où commence son action toxique, cette défiance doit sans doute de s'être perpétuée à la variabilité des résultats obtenus. En effet, bien qu'en général les médecins qui ont expérimenté les préparations arsenicales ne mettent pas en doute leur propriété fébrifuge, il est certain que cette efficacité ne s'est pas montrée assez constante pour qu'elle leur ait inspiré à tous un égal degré de confiance. Il y avait donc un grand intérêt à rechercher si cette variabilité dans les résultats était inhérente à l'agent lui-même, ou si elle ne dépendait pas de quelque circonstance accessoire, telle que la diversité des composés ou la différence des doses prescrites. M. le docteur Sistach, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Vincennes, s'est proposé de faire cette recherche. Chargé d'une division de fiévreux dans cet important établissement, il a pu, grâce au concours bienveillant du médecin en chef, M. Boudin, réunir dans son service tous les malades atteints de fièvre intermittente.

Voici un exposé succinct des résultats que M. le docteur Sistach a consignés dans un important mémoire publié récemment sur ce sujet dans la *Gazette médicale de Paris*.

Dans un laps de temps de près de quatre mois (du 29 mai au 15 septembre 1860), il a traité 164 malades fournis presque en totalité par des régiments qui avaient fait la campagne d'Italie, et dont les deux tiers environ avaient subi pendant plus d'un an l'influence des climats chauds et palustres. La plupart des autres avaient séjourné en Afrique, où ils avaient contracté plusieurs fois la fièvre. Elimination faite de 14 malades, les uns parce que leurs accès avaient cédé à l'expectation, d'autres parce qu'ils n'avaient pas eu d'accès deux ou trois jours avant leur entrée à l'hôpital, restent 150 malades traités par la médication arsenicale, et comprenant 53 fièvres quotidiennes, 94 fièvres tierces et 3 doubles-tierces.

M. Sistach s'est servi de l'acide arsénieux en solution d'après la formule de M. Boudin (1 gramme d'acide arsénieux pulvérisé, pour 1 litre d'eau distillée, mêlée avec une partie égale de vin blanc. — 100 grammes de cette liqueur arsenicale représentent 5 centigrammes d'acide arsénieux). Exceptionnellement, il a donné chez huit malades des lavements d'après la formule suivante :

Liqueur arsenicale (renfermant 0,025 d'acide arsénieux). 50 gram.
Eau commune. . . . . 50 —

Se conformant aux règles établies par M. Boudin, il ouvrait le traitement par un vomitif (épica stibié) si la fièvre s'accompagnait d'embarras gastrique, de suppression ou même seulement de diminution d'appétit. Il faisait prendre ensuite l'acide arsénieux à doses fractionnées. Après quelques tâtonnements, il a fini par adopter la dose de 60 grammes de liqueur (3 centigrammes d'acide arsénieux) comme dose initiale, partagée en quatre prises administrées à six heures et à huit heures du matin, à deux heures et à sept heures du soir. Dès que la fièvre était coupée, il passait de cette dose initiale à celle de 20, 15, puis 10 milligrammes d'acide arsénieux.

La liqueur était continuée pendant un temps proportionné à l'ancienneté de la maladie, ainsi qu'à sa plus ou moins grande résistance aux traitements antérieurs. Dans les fièvres de première invasion, il en a continué l'usage de dix à douze jours après l'entière cessation des accès. Contre les fièvres anciennes et rebelles, il en a prolongé l'usage beaucoup au delà.

C'est ainsi que chez un malade qui, par suite de cinq rechutes, est resté à l'hôpital du 10 juin au 21 septembre, il n'a pas discontinué l'administration de la liqueur arsenicale, qui, dans le mois de juillet et pendant l'apyrexie, était donnée à la dose de 45 grammes. Lors de la quatrième rechute, qui eut lieu le 2 août, l'élévation de la dose de liqueur portée à 60 gr., ainsi qu'une potion vomitive, furent inefficaces pour enrayer les accès, qui persistèrent avec ténacité pendant six jours consécutifs; dès la cessation des accès, il donna 40 grammes de liqueur, et même du 30 juillet au 21 septembre il ne fut pris que 20 grammes, et dans cette dernière période il ne survint plus un seul accès de fièvre.

En même temps qu'après la disparition des accès, on diminuait la dose, on insistait aussi sur le fractionnement, ainsi qu'il vient d'être dit plus haut. Enfin, dès la cessation des accès, on mettait un intervalle au moins de deux heures entre l'administration du médicament et l'heure des repas; on évitait aussi de donner la liqueur avant que la digestion fût terminée.

Dans les cas de cachexie paludéenne, et toutes les fois que le malade était anémié et affaibli, M. Sistach donnait concurremment avec la liqueur, et dès la cessation des accès, le fer réduit par l'hydrogène à la dose progressivement croissante de 2, 3 et 4 décigrammes par jour.

La troisième règle, formulée par M. Boudin et qui représente le troisième élément de son traitement, consiste, comme on le sait, à prescrire l'usage d'une alimentation substantielle, aussi abondante que possible, et n'ayant d'autre limite que l'appétit et la faculté de digérer.

Tout en se conformant dans la suite à l'observation rigoureuse des règles tracées par son maître, M. Sistach a jugé utile de tirer parti, sous le rapport du régime, des conditions exceptionnelles de certains malades, afin de se mettre mieux à même d'apprécier la part d'action qui revient à chacun des trois éléments dont se compose cette médication. En effet, quelques médecins ayant prétendu que l'entraînement ou un régime particulier était indispensable avec l'acide arsénieux, notre confrère a voulu savoir jusqu'à quel point cette opinion était fondée. Voici ce qu'il a vérifié plusieurs fois au début de ses expérimentations :

Dès leur entrée à l'hôpital, les malades recevaient la demi-portion d'aliments et les trois quarts de vin, en même temps que dès le deuxième jour ils prenaient jusqu'à 5 centigrammes d'acide arsénieux. Or, tandis que la tolérance du médicament était complète, les aliments étaient ordinairement délaissés, et le plus souvent les malades ne consentaient à prendre que le bouillon et le vin; mais par contre, à peine y avait-il diminution et surtout cessation des accès, que les mêmes aliments refusés étaient réclamés aussitôt, et qu'ils devenaient même insuffisants peu de jours après. Aussi, dans la suite, lorsqu'un fébricitant entrait dans le service, on ne lui prescrivait d'abord que des aliments légers conformes à son goût, tandis que dès que l'inappétence disparaissait, on s'empressait de donner l'alimentation substantielle conseillée par M. Boudin.

Cette épreuve permet de saisir la véritable portée et le véritable rôle de l'alimentation dans cette médication; elle montre que l'alimentation n'est pas nécessaire pour favoriser la tolérance de l'arsenic, puisque les doses du médicament ont été dans ces faits en raison inverse de son abondance, et qu'elle n'a d'action réelle et utile que lorsque les accès étant supprimés, il s'agit, comme l'a dit M. Boudin, d'abréger la convalescence, de combattre la tendance aux récidives, et de prévenir les accidents consécutifs multiples qui se lient à l'appauvrissement du sang.

Quant à la part d'action qui pouvait être revendiquée en faveur de la potion vomitive dans la médication arsenicale, on peut dire que la question était jugée d'avance, et qu'une épreuve nouvelle était tout au moins superflue. Toutefois, M. Sistach n'a pas cru devoir se dispenser de dissiper jusqu'au dernier scrupule qui pouvait subsister à cet égard. Il rapporte l'histoire de six malades chez lesquels la fièvre a persisté et nécessité leur admission à l'hôpital, malgré l'administration faite à la caserne de trois vomitifs dans deux cas, et de deux vomitifs ou purgatifs chez les quatre autres malades. Enfin, une nouvelle potion d'ipéca stibié administrée chez ces derniers le jour de l'entrée à l'hôpital, n'a pas empêché l'accès du lendemain. Mais si les vomitifs n'avaient pas d'influence marquée et directe sur les accès, et par conséquent si l'on ne peut les considérer comme capables de masquer ou d'accroître les effets antipériodiques de l'acide arsénieux, ils ne s'en sont pas moins montrés très-utiles dans leur rôle accessoire, c'est-à-dire pour dissiper l'embarras gastrique et réveiller l'appétit.

Ils n'ont paru avoir d'ailleurs aucune influence sur la tolérance du médicament, les doses élevées d'acide arsénieux ayant été données impunément à des malades dont les conditions pathologiques ne réclamaient pas l'emploi des émétiques.

Il nous reste maintenant à dire quels ont été les résultats de la médication arsenicale seule, dégagée de la part d'action qui revient à chacun des deux éléments accessoires de la méthode. C'est ce que nous ferons dans la prochaine *Revue*.

Bec-de-lièvre unilatéral gauche opéré deux fois sans succès. Troisième opération par la suture métallique enchevillée (avec fil simple).

Un garçon de huit ans, affecté d'un bec-de-lièvre unilatéral gauche, avec division de la voûte et du voile du palais, est entré, il y a deux mois, dans le service de M. Gosselin. Une opération pour le bec-de-lièvre avait été faite, à l'Hôtel-Dieu, pendant la première année de l'existence de l'enfant et n'avait pas réussi. Il y avait donc un écartement considérable, et par suite une grande difformité. M. Gosselin espéra néanmoins que la suture entortillée pourrait suffire, et il la pratiqua en conservant les deux petits lambeaux, comme dans le procédé de M. Malgaigne, et en décollant largement la lèvre à droite et à gauche. Lorsque les trois épingles furent ôtées, le cinquième jour, la réunion paraissait bien faite, et on avait lieu d'espérer une guérison, lorsque la désunion s'opéra. L'écartement resta plus grand après ce second insuccès qu'après le premier, et l'enfant était tellement difforme qu'il fallait bien tenter une troisième opération.

Le dernier insuccès, comme tous ceux qu'on observe à la suite du bec-de-lièvre, avait été dû à ce que les moyens de réunion n'étaient pas restés assez longtemps en place. Il fallait donc choisir une suture dont les agents pussent sans inconvénient rester au moins huit jours sans être enlevés. Les fils minces d'argent parurent à M. Gosselin aptes à remplir cette indication.

Mais fallait-il s'en tenir, avec eux, à la suture entrecoupée? M. Gosselin craignit une déchirure par suite de l'action musculaire et donna la préférence à une suture enchevillée, disposée de telle façon qu'un fil simple, et non pas double comme dans la suture enchevillée habituelle, traversât les deux côtés de la fente.

Pour arriver à ce résultat, M. Gosselin a eu l'idée de remplacer l'anse et le nœud ordinaires par deux tubes de Galli, fixant et assujettissant chacune des extrémités du fil passé de part en part dans la cheville au moyen d'une aiguille.

Les chevilles furent faites avec des morceaux de sonde entourés d'amadou, qui devait rendre la pression plus douce. Cinq fils minces d'argent traversèrent cette cheville, à 5 ou 6 millimètres de distance les uns des autres, et furent assujettis par deux tubes de Galli, dans l'un desquels le chef fut même passé deux fois avant l'aplatissement.

Les cinq fils furent passés à travers les deux bords du bec-de-lièvre; puis, pour leur faire traverser l'autre cheville, M. Gosselin attira chacun d'eux avec une anse de fil de chanvre préalablement engagée dans cette dernière; ils furent alors arrêtés avec deux tubes de Galli, comme nous l'avons dit tout à l'heure. Un peu de coton fut interposé entre la peau et la cheville déjà matelassée par l'amadou. Il faut ajouter d'ailleurs que cette fois le chirurgien enleva avec l'incisive moyenne droite saillante en avant la portion d'os qui la soutenait.

Les cinq fils sont restés huit jours. Le neuvième jour, la réunion de la plaie (qui était à découvert) paraissant bien solide, M. Gosselin a coupé l'une des extrémités de chacun des fils d'argent au voisinage du tube de Galli le plus rapproché de la cheville, et a laissé les choses encore en place jusqu'au lendemain, où il a retiré définitivement tout l'appareil.

Cette fois la lèvre est bien restaurée; seulement les deux petits lambeaux en forme de trompe que M. Gosselin avait encore conservés, ont été insuffisants pour empêcher la persistance d'une légère encoche.

De l'influence de la respiration des matières pulvérulentes sur la production de la phthisie pulmonaire.

Dans la *Revue* du 12 octobre, nous avons fait suivre l'insertion d'une note de M. le docteur Putégnat (de Lunéville), relative à l'intoxication saturnine causée par la poussière de cristal, d'une courte réflexion dont l'objet était de rappeler à notre confrère, ce qu'il n'ignorait pas assurément, qu'on rencontre fréquemment la phthisie chez les fabricants d'émeri, les tailleurs de pierres à fusil, de pavés, etc., et qu'il n'était pas surprenant,

par conséquent, qu'elle fût commune à la manufacture de Baccarat, où les ouvriers ne respirent pas un air chargé seulement de molécules de plomb, mais encore de fine poussière de cristal.

M. Putégnat nous transmet, au sujet de cette petite réflexion incidente, les observations suivantes :

« Je n'ignore pas, nous écrit-il, que la présence dans l'air de certains gaz et poussières est admise comme une cause puissante de la phthisie pulmonaire ; en effet, en 1830, aux pages 160 et suivantes du t. II de la première édition de mon *Traité de pathologie interne du système respiratoire*, j'ai résumé l'état de la science sur ce point d'étiologie ; et, en 1860, aux pages 12 et 13 du *Traité des maladies des tailleurs de cristal et de verre*, je m'arrête longuement sur cette cause accidentelle du développement des tubercules pulmonaires.

» Ces préliminaires posés, j'arrive à mon sujet :

» Cette inspiration d'un air chargé de poussière de plomb, de cristal, et j'ajouterai de liége, de bois, de pierre, de fonte, de potée, n'est point la seule ni la plus importante cause de la fréquence relative de la phthisie pulmonaire parmi les tailleurs de la cristallerie de Baccarat.

» En effet, cette maladie est excessivement rare parmi les tailleurs des usines de Portieux et de Valérystall, que j'ai visitées soigneusement pour m'éclairer ; et elle est loin d'être commune chez les tailleurs de la cristallerie du val Saint-Lambert. Et cependant tous ces tailleurs respirent les mêmes poussières que ceux de Baccarat.

» Vous le voyez, les longues, minutieuses et dispendieuses recherches que j'ai faites pendant nombre d'années, ne me permettent point de regarder votre opinion comme inattaquable.

» Que si, Monsieur et savant confrère, ces raisons ne suffisaient pas pour vous convaincre et vous donner confiance en mon expérience personnelle sur ce point, je me permettrais de vous poser cette simple question :

» Comment se fait-il que, tandis que la phthisie pulmonaire est si fréquente parmi les tailleurs de la cristallerie de Baccarat (1 sur 29 ; en France, elle est de 1 sur 250 ; le congrès général d'hygiène, dans sa séance du 23 septembre 1852, à Bruxelles, a admis un peu moins de 5 sur 1,000) ; comment se fait-il, dis-je, qu'elle est si rare parmi les tailleuses de l'usine de Baccarat ? Pendant les longues années durant lesquelles j'ai été le médecin consultant de cette manufacture, je n'ai pas rencontré une tailleuse tuberculeuse ; et cependant elles respirent les mêmes poussières que les tailleurs, et cependant les relevés faits par Laënnec, Frank, Benoiston, MM. Louis, Staub, Home, etc., prouvent que dans la vie ordinaire les femmes sont plus sujettes que les hommes à la phthisie pulmonaire, même dans une proportion qui peut s'élever à la moitié. (Voir les pages 18 à 50 du t. VI des *Annales d'hygiène*.) »

Les objections que notre honorable confrère oppose à notre observation ne la détruisent point ; tout au plus en affaibliraient-elles la portée en montrant une fois de plus, par les exemples qu'il cite, combien l'étiologie de la phthisie pulmonaire est complexe et obscure, et combien il est difficile, au milieu d'éléments qui souvent se neutralisent, d'assigner la part réelle qui revient à chacun d'eux.

De la vaccination des enfants dans les premiers jours de la naissance.

La question que nous avons posée dans la *Revue* du 31 août dernier, relativement à la *convenance de vacciner les enfants dans les premiers jours de la naissance*, paraît avoir été pour un certain nombre de praticiens l'objet d'une assez sérieuse préoccupation, à en juger par l'empressement qu'ils ont mis à y répondre, en nous faisant connaître les résultats de leur expérience personnelle sur ce point.

Nous avons soigneusement enregistré ces réponses à mesure qu'elles nous sont parvenues ; nous en faisons autant aujourd'hui du document suivant, que nous transmet M. le docteur Roché, de Pont-sur-Yonne.

« Ayant pratiqué depuis trente et un ans un assez grand nombre de vaccinations, 5,253, nous écrit notre confrère, et ayant pris l'habitude de vacciner le plus souvent les enfants dans le premier ou le deuxième septénaire de la naissance, surtout depuis dix-huit ans que je suis chargé du service médical des nourrissons de l'Administration municipale de la ville de Paris, je crois pouvoir, par suite de cette longue expérience, jeter quelque jour sur la question. Quatre fois même j'ai vacciné avec succès des enfants quelques heures après la naissance ; *jamais* je n'ai observé à la suite de l'opération ces ulcérations profondes, ces érysipèles, ces gangrènes signalées, ni aucune autre affection externe ou interne capable de compromettre l'existence ; j'ai remarqué, au contraire, qu'à *un âge aussi tendre* la réaction est généralement nulle ou au moins *très-faible*, à quelques exceptions près, au point que je me suis demandé si dans ces cas la vaccine préserve les enfants pour un temps aussi long que quand la réaction a eu lieu. Je fais ordinairement trois piqûres distantes de 2 ou 3 centimètres, et dans quelques circonstances où elles se sont trouvées rapprochées, je n'ai vu d'autre inconvénient que d'augmenter l'étendue de l'aréole inflammatoire.

J'ai noté assez souvent à la suite de l'opération pratiquée les premiers jours de la vie, comme il arrive à un âge plus avancé, des éruptions insignifiantes et passagères, érythèmes, roséoles, varicelles, boutons cornés, etc.

Je m'explique facilement que dans les hôpitaux d'enfance de la capitale, au milieu de l'encombrement et d'un air vicié, il puisse survenir les accidents qui ont été signalés ; mais je ne les ai pas observés dans la pratique civile.

Toutefois, il me semble prudent de s'abstenir, à moins de nécessité, de vacciner pendant le règne d'une épidémie, non pas que je croie la vaccine nuisible dans cette circonstance, mais pour ne pas la compromettre aux yeux du public, qui ne manquerait pas, en cas de maladie ou de mort, d'en rejeter la faute sur l'opération. »

Nous ferons remarquer à M. Roché que c'est justement à l'occasion de la condition exceptionnelle dans laquelle se trouvent les enfants recueillis dans les hôpitaux qu'a été soulevée la question, et que c'est par conséquent là le point de vue où il importe principalement de se placer pour apprécier les effets de la vaccination prématurée. Les renseignements que nous transmet notre confrère, pour s'appliquer à d'autres conditions, n'en ont pas moins un intérêt que nous nous plaisons à reconnaître.

DES AFFECTIONS

appartenant ou se rattachant à la famille des cancers.

Par M. le docteur LALA, ancien interne des hôpitaux de Paris.

M. le docteur Lala vient de publier un intéressant travail sur les affections cancéreuses. L'auteur résume ces considérations en quelques propositions que nous pensons devoir placer sous les yeux de nos lecteurs.

« Les cancers squirrheux, encéphaloïde, colloïde, épidermique et fibro-plastique présentent les mêmes éléments anatomiques et les mêmes éléments microscopiques. L'apparition de tous ces cancers est caractérisée par la sécrétion d'une substance amorphe qui dans son évolution semble obéir partout aux mêmes lois : dans tous, en effet, elle a une période de crudité et une période de ramollissement.

» Le ramollissement de cette substance et les intoxications qui l'accompagnent caractérisent la marche de ces maladies.

» La terminaison de ce travail pathologique est la même dans toutes ces tumeurs : c'est l'ulcération.

» Elles sont toutes précédées et suivies d'un travail occulte qui les produit d'abord, et peut les reproduire longtemps après leur extirpation ; toutes ces affections, en effet, sont susceptibles de récidive.

» Enfin elles présentent toutes les mêmes indications thérapeutiques, qui consistent à enlever tout le mal et à combattre la diathèse qui l'a produit.

» Si toutes ces variétés de cancers ont les mêmes caractères anatomiques, physiologiques, microscopiques ; si elles affectent une même marche et une même terminaison, si elles présentent les mêmes indications thérapeutiques et sont toutes susceptibles de récidive, elles obéissent toutes à une même impulsion, à un même mouvement morbide ; elles ont une origine commune avec un degré différent de malignité ; elles appartiennent à une même famille, c'est la famille des cancers. Vouloir les séparer, c'est entrer dans une voie fausse pour la science et dangereuse pour la pratique. »

ESSENCE DE SEMEN-CONTRA ARTIFICIELLE.

Elle est le produit d'une réaction bien singulière, qui nous est échue au milieu d'une recherche dont la pensée était bien loin de là. Nous poursuivions, dans le fouillis des composés naphthalins, une couleur, quand nous avons levé une matière odorante. L'occasion d'en parler s'offrant d'elle-même, nous dirons comment on peut la reproduire.

Binitronaphthaline.	5
Essence de térébenthine.	5
Nitrate de potasse pulvérisé.	8
Acide sulfurique, 66°.	16

Les deux premiers corps étant mêlés, on ajoute le nitrate de potasse, l'acide le dernier, et brusquement, en remuant vivement ; il y a effervescence, dégagement de vapeurs rutilantes ; quand la réaction est calmée, on a une résine jaunâtre d'une odeur très-forte. Lavée et distillée par voie sèche, on obtient 5 grammes d'une essence qui rappelle parfaitement celle de semen-contra. (*Moniteur des sciences.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 octobre 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. CHASSAIGNAC rappelle la ligature d'une artère carotide qu'il a pratiquée à l'hôpital Lariboisière. Le malade a été présenté à la Société de chirurgie, et la guérison était complète. Il ne s'est présenté aucun nouvel accident depuis. C'est donc un cas de guérison constaté longtemps après l'opération.

COMMUNICATION.

M. GOYRAND (d'Aix) lit un travail sur la **luxation du fibro-cartilage inter-articulaire du poignet, en avant de la surface articulaire carpienne du cubitus, lésion très-commune chez les enfants en bas âge.**

Il n'est pas de chirurgien qui n'ait rencontré cent fois l'accident dont je vais avoir l'honneur de vous entretenir, et cependant la lésion physique qui s'y rapporte est encore inconnue.

On amène chez vous un enfant, âgé d'un an à trois ou quatre ans, chez lequel une chute imminente a été prévenue par une traction brusque exercée sur le poignet. Au moment où il a subi la violence, l'enfant a poussé des cris, et, depuis cet instant, il ne cesse de se plaindre : le membre est pendant, la main en pronation fixe portée un peu en avant. Pour rien au monde l'enfant ne se servirait de la main qui a supporté le tiraillement.

Vous examinez le membre, et vous constatez qu'il n'existe pas de fracture, pas de déplacement des extrémités articulaires des os, vous ne voyez là qu'une entorse ; mais quelle est l'articulation lésée ?

L'enfant effrayé pleure et crie pendant que vous l'examinez ; vous n'êtes pas renseigné par lui sur le siége de la douleur ; et, comme aucune articulation n'est tuméfiée, vous appliquez vos topiques résolutifs tantôt au poignet, tantôt au coude, tantôt au moignon de l'épaule, et quelle que soit l'articulation sur laquelle vous agissez, le résultat sera le même, la guérison en peu de jours ; d'où vous concluez que vous ne vous étiez pas trompé dans votre diagnostic.

M. Bouchut, dans son excellent *Traité des maladies de la première enfance*, a consacré un chapitre à ces prétendues entorses, qui auraient leur siége le plus ordinaire au poignet, affecteraient quelquefois le coude, plus rarement l'épaule, et qu'il a vu confondre avec des luxations ou des fractures (édition de 1855, page 773).

Comment admettre que le groupe de symptômes, si constamment identique que nous allons étudier dans un instant, puisse résulter d'entorses ayant leur siége dans diverses articulations du membre supérieur ?

Comment croire qu'une entorse assez légère pour ne donner lieu à aucune tuméfaction de l'article qui en est le siége, puisse entraîner ainsi l'immobilité de tout le membre ?

Cette lésion qui, bien que très-commune, a passé inaperçue sous les yeux de tant de chirurgiens, a cependant attiré l'attention de quelques-uns à diverses époques et a donné lieu à des théories très-différentes, mais toutes erronées. C'est évidemment un déplacement ayant son siége dans une articulation du membre supérieur. Duverney et presque tous ceux qui depuis cet auteur ont remarqué qu'il y avait là autre chose qu'une entorse, ont cru que le déplacement avait lieu dans l'articulation huméro-cubito-radiale, tandis qu'il existe dans l'articulation cubito-radiale inférieure, ainsi que je le démontrerai.

J'ai publié sur cette lésion plusieurs travaux : une première note, en 1837, dans la *Gazette médicale de Paris* ; une seconde dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère* (1842). Je voyais alors, dans cette lésion, une luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant ; mais je la reconnaissais tellement incomplète, qu'elle ne donnait lieu à aucune déformation appréciable de l'articulation qui en était le siége.

En 1857, je rencontrai un cas qui me mit enfin sur la voie de la découverte du vrai siége de ce déplacement. Plusieurs faits observés ensuite, soit par moi, soit par deux de mes confrères d'Aix, à qui j'avais fait part de mes vues nouvelles, vinrent confirmer celles-ci, et je publiai en 1858, dans la *Gazette médicale*, un nouveau travail sur ce sujet ; enfin, en 1860, j'adressai une lettre à la Société de chirurgie sur cette même lésion ; mais ma lettre fit fausse route.

Pour mettre la Société en mesure de juger mes idées avec connaissance de cause, je commencerai par l'exposé de deux faits qui renferment les éléments d'une description complète, et dans lesquels se trouveront les preuves dont j'étaye ma théorie.

1er FAIT. — *Cas simple observé au moment où l'accident venait de se produire.*

La petite Marie J..., âgée d'un an, commence à faire quelques pas ; le 6 juillet 1861, pendant qu'on la fait marcher en la tenant par la main droite, son frère, âgé de sept ou huit ans, se jette étourdiment sur elle. La nourrice, serrant la main, attire brusquement l'enfant à elle, et dans ce mouvement elle perçoit une secousse dans le petit membre ; dès ce moment, cris, immobilité du bras, qui reste appuyé contre le tronc ; main en pronation portée en avant ; pas de déformation soit du coude, soit du poignet ; les mouvements communiqués au coude, la pression sur l'articulation huméro-radiale, n'occasionnent aucune douleur, tandis qu'une pression sur la face dorsale du poignet fait crier l'enfant. J'imprime à la main de légers mouvements dans le sens de la supination ; bientôt je rencontre une résistance, l'enfant crie plus fort, et dès que je laisse aller la main, elle retombe en pronation.

Je fais tenir le bras par la mère, et fixant la main de l'enfant avec ma main droite, dont j'applique le pouce sur l'extrémité inférieure du radius et l'index sur la tête du cubitus, avec ma main gauche je ramène doucement celle de l'enfant vers la supination, toujours attentif à la sensation qui doit se produire sous mes doigts qui fixent le poignet. Avant que la supination soit complète, mon doigt, appliqué sur l'extrémité inférieure du cubitus, a perçu un petit choc ; dès cet instant la résistance à la supination est surmontée ; c'est que la réduction est faite ; je complète cependant la supination.

Deux minutes après l'enfant prend de la main lésée un bracelet que lui présente sa mère ; les mouvements sont rétablis ; toute gêne, toute douleur, ont cessé.

La mère avait cru à une lésion de l'épaule : erreur commune dans ces cas.

Le 27 août (environ cinquante jours après), le même déplacement se produit du même côté, par suite d'une traction brusque qu'on exerce sur la main pour prévenir une chute ; je n'étais pas chez moi en ce moment, et un pharmacien dont l'officine est dans la maison qu'habite la famille de l'enfant, examine le membre, auquel il imprime des mouvements divers, notamment dans le sens de la supination. La petite fille cesse à l'instant de se plaindre, et se sert de son membre. Le pharmacien a fait la réduction sans s'en douter.

Ce fait nous présente réunis tous les caractères de la lésion physique avant qu'aucun phénomène vital se soit manifesté ; mais si la réduction n'est pas faite dans les premières heures qui suivent l'accident, on voit d'autres symptômes s'ajouter à ceux que je viens de signaler. Ces symptômes nouveaux résultent soit d'une inclinaison que subit par l'action tonique des muscles la main privée de l'appui que lui fournit à l'état normal la tête du cubitus, soit de la lésion vitale qui arrive forcément par suite de la distension qu'éprouvent les parties déplacées. Voici un exemple de cette complication :

2e FAIT. — *Déplacement observé deux jours après que l'accident s'est produit.*

La petite Marguerite D..., âgée de trente-cinq mois, est retenue

par la main gauche au moment où elle fait un faux pas, et de la traction brusque que subit la main en pronation, résulte la lésion que j'étudie. La famille est à la campagne. Un médecin des environs, M. B..., mon ami, autrefois mon élève, qui connaît mes travaux sur ce sujet, voit l'enfant peu d'instants après, reconnaît la lésion et la réduit, ou croit la réduire. Cependant les symptômes du déplacement n'ont pas disparu.

Le lendemain, le membre est encore immobile et en pronation. On continue l'usage des résolutifs, et on amène l'enfant à la ville le surlendemain, 4 décembre 1860. Je la vois cinquante heures après l'accident, et, la réduction opérée, je note ce qui suit :

« Le membre était immobile, suspendu au cou par un mouchoir; aucun des symptômes indiqués dans l'observation précédente ne manquait, et je notai de plus « la tuméfaction de la face dorsale du poignet, s'étendant aux parties voisines de l'avant-bras et de la main, la douleur vive occasionnée par la pression sur les parties tuméfiées, surtout au point correspondant à l'interligne articulaire; une inclinaison légère de la main vers le bord cubital du membre. »

Dans la réduction, le doigt, appliqué sur l'extrémité carpienne du cubitus, perçoit, au moment où la main est ramenée vers la supination, *des craquements très-nets, et tout à fait semblables à la crépitation d'une fracture*. Ces bruits se confondent avec la secousse de la réduction. Avant que la supination soit complète, tous ces bruits ont cessé; la résistance à la supination est surmontée; c'est que la réduction est faite.

Compresses résolutives autour du poignet, membre suspendu. Trente-six heures après, il ne restait plus de traces de l'accident.

Cette petite fille avait eu la même lésion au même membre, par la même cause, au mois d'avril 1859; mais cette fois la réduction avait été opérée peu d'instants après l'accident, les derniers symptômes notés (*inclinaison de la main dans le sens de l'adduction, crépitation, enflure de la face dorsale du poignet*) n'avaient pas existé, et, après la réduction, le rétablissement des fonctions du membre avait été immédiat.

Description générale de la lésion. — Résumons les deux faits qui précèdent, et nous aurons une description complète.

Étiologie. — C'est chez les enfants en bas âge que cet accident se produit, presque toujours dans une traction brusque et violente exercée sur la main en pronation pour prévenir une chute, pour enlever un enfant auquel on veut faire franchir un ruisseau, ou faire monter un escalier. Je l'ai vu arriver aussi dans d'autres circonstances; ainsi, la petite A. B... est couchée sur le parquet, sa mère la prend par les deux mains pour l'aider à se relever, et dans cet effort le déplacement se produit dans le membre gauche.

La petite R. A..., âgée de quatre ans, s'était suspendue au cou de sa sœur, âgée de huit ans, en croisant ses mains sur la nuque de celle-ci. La sœur relève brusquement la tête, qu'elle porte en arrière; de là une secousse qui détermine l'accident dans le poignet gauche.

Une femme ayant lavé les mains de son petit garçon, les séchait avec une serviette, et dans cette opération, faite sans doute un peu brusquement, au moment où elle essuie la main gauche, elle perçoit dans le petit membre un léger craquement, la luxation existe. On a vu enfin la lésion résulter de tractions exercées sur la main, pour faire passer le petit membre dans une manche étroite. Voilà des causes différentes en apparence, mais toutes les fois que j'ai pu être bien renseigné sur la direction qu'avait la main au moment de l'accident, j'ai reconnu qu'elle était dans une forte pronation.

J'ai vu bien des fois le déplacement se produire à plusieurs reprises chez le même enfant, soit sur le même membre, soit successivement sur l'un et sur l'autre; ce qui implique une prédisposition individuelle. (Voir les deux observations.)

Symptômes. — Au moment de l'effort, la personne qui tient la main de l'enfant perçoit dans le membre un claquement léger ou une petite secousse; l'enfant pousse des cris, et dès ce moment le membre reste immobile, pendant sur le côté, un peu porté en avant, la main en pronation, mais non en pronation forcée.

Si on cherche à communiquer à la main quelque mouvement dans le sens de la supination, les cris redoublent; bientôt, on rencontre une résistance mécanique à la rotation en dehors, et si on s'arrête devant cette légère résistance, dès qu'on laisse aller la main, elle retombe en pronation. (Signe pathognomonique.)

Si on force la résistance, un petit claquement se fait entendre dans le membre, ou une légère secousse s'y fait sentir. Toute douleur cesse alors, le mouvement se rétablit, et il ne reste aucune trace de l'accident. Cette lésion se distingue donc très-bien d'une entorse du poignet, dans laquelle la supination occasionnerait de la douleur, comme tout autre mouvement, mais pourrait toujours, sans difficulté, être communiquée à la main et n'amènerait aucun changement dans l'état du membre.

Si la réduction n'est pas opérée ou ne se fait pas naturellement, après un ou deux jours, ou même après quelques heures, de nouveaux symptômes s'ajoutent à ceux que je viens de décrire. La main alors s'incline un peu dans le sens de l'adduction, et les mouvements communiqués à cette partie du membre, soit dans un but d'exploration, soit pour faire la réduction, déterminent vers le côté cubital du poignet un bruit de frottement entre surfaces rudes, qui a été pris bien des fois, notamment par Monteggia, par M. le professeur Malgaigne, et tout récemment par M. Fougeu (d'Étampes), pour une crépitation de fracture, erreur d'où les deux premiers ont été bientôt tirés par le rétablissement immédiat du mouvement et la disparition instantanée de tous les symptômes de la lésion.

Enfin, il survient à la face dorsale du poignet et aux parties voisines de l'avant-bras et de la main, une tuméfaction douloureuse, analogue à celle qui accompagne les fractures, les luxations et les entorses.

Tel est le tableau symptomatologique de cette lésion. J'ai dit que si la main était ramenée en supination complète, tout symptôme disparaissait à la suite d'une légère secousse perçue par le chirurgien dans le membre; en d'autres termes, la réduction est alors opérée; voilà donc la thérapeutique indiquée.

Ce déplacement est très-commun chez les enfants d'un an à trois ou quatre ans. Je l'ai observé au moins deux cents fois, dans une pratique de trente années; M. Chabrely, médecin à la Bastide, qui a publié, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, numéro d'octobre 1860, p. 481, une note sur cette lésion, qu'il croit être, ainsi que je l'ai cru et écrit dans un temps, une luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius, dit « qu'il ne se passe pas de mois, il dirait presque de semaine, où il ne soit appelé à remédier à cet accident; » enfin, M. Fougeu (d'Étampes) l'avait observé trente-cinq fois.

Suites et pronostic. — Ce déplacement se fait facilement, et se réduit de même. Si la chirurgie n'intervient pas après un laps de temps dont la durée varie entre quelques heures et quelques jours, les parties reprendront spontanément leurs rapports normaux, et c'est ordinairement pendant le sommeil. J'avais prévu cette réduction spontanée (*Gaz. méd.*, 1837, p. 115), qui depuis a été constatée par MM. Gardner, Perrin, et par moi-même. Il est fort heureux qu'il en soit ainsi; car cette lésion, si fréquente, est ordinairement méconnue, passe pour une entorse, et est traitée comme telle. Si ce déplacement ne se réduisait de lui-même, dans ce cas, il aurait des conséquences que nous observerions fréquemment; or ces lésions consécutives n'existent pas.

Traitement. — La réduction résulte quelquefois de mouvements communiqués à la main dans un but d'exploration. On a vu (2e partie de la Ire obs.) comment de légers mouvements imprimés au poignet par quelqu'un qui n'avait aucune idée de cette lésion, l'avaient réduite. La réduction est toujours et forcément la conséquence d'une supination complète. Ainsi, fixer le membre et porter la main dans la supination, voilà une manœuvre toujours suffisante pour amener la réduction, qui se fait, ai-je dit, avec une secousse légère dans l'extrémité inférieure du cubitus; on comprendra, cependant, que dans les cas où existe l'inclinaison de la main dans le sens de l'adduction, il sera rationnel d'incliner un peu la main vers le bord radial du membre avant de la ramener vers la supination. Au reste, je dois ajouter que je n'ai jamais rencontré de difficultés dans la réduction.

Que dire des soins consécutifs? Presque toujours inutiles, ils ne sauraient avoir d'autre but que celui de combattre l'irritation qui survient dans le poignet quand la réduction n'est pas faite tout de suite, et consisteront dans le repos du membre, sa suspension au cou, et l'application de quelques compresses résolutives autour du poignet; car je ne crois pas à la reproduction immédiate du déplacement, et je suis convaincu que dans les cas où on a cru la voir, et où l'on a appliqué un appareil contentif pour s'opposer à une reproduction nouvelle, il s'agissait tout simplement d'un insuccès de la première tentative de réduction.

Quel est le siége de la lésion? Quelle en est l'espèce? — Il est parfaitement démontré par les faits que les articulations du coude sont étrangères à cette lésion; l'absence tant de fois constatée de toute tuméfaction, de toute douleur dans cette région, en est une preuve certaine. C'est au poignet qu'est le déplacement, comme le prouve la tuméfaction qui survient à la face dorsale de cet article, quand la réduction n'est pas faite dans les premières heures qui suivent l'accident; on peut indiquer d'une manière plus précise encore le siége de la lésion, c'est au côté cubital du poignet, sous la tête du cubitus, que se font sentir les bruits de crépitation et le claquement dont j'ai parlé. Le doigt, appliqué sur la tête du cubitus pendant qu'on communique à la main de légers mouvements dans le sens de la supination, et pendant qu'on réduit, ne laisse pas de doute sur ce point. Les mouvements de l'articulation radio-carpienne sont cependant conservés, et le seul mouvement qui soit empêché est la supination, mouvement qui se passe entièrement dans les articulations radio-cubitales supérieure et inférieure. J'ai dit qu'il n'y avait rien du côté du coude, c'est donc dans l'articulation cubito-radiale inférieure que la lésion a son siége.

Quelle peut être cette lésion qui résulte d'une forte pronation imprimée au poignet, qui se produit avec un claquement léger ou une petite secousse, qui a pour effet de retenir la main en pronation fixe, qui disparaît à l'instant avec une secousse nouvelle, que le chirurgien perçoit, quand il la cherche, sous l'extrémité inférieure du cubitus, dans un mouvement de supination communiqué, et une fois réduite, permet le rétablissement immédiat de tous les mouvements, et ne laisse pas de trace?

Il y a eu là un changement de rapports entre des surfaces articulaires, cela est évident, mais sans déchirure, sans distension violente des liens articulaires. Une forte distension, une déchirure de quelque ligament, laisseraient des traces, telles qu'une tuméfaction, une douleur, une gêne des mouvements, qui mettraient quelques jours à disparaître.

Ce n'est pas une luxation de l'extrémité inférieure du radius sur la tête du cubitus; si elle était complète, une pareille luxation ne pourrait être méconnue. Pour qu'elle n'entraînât pas une déformation appréciable, il faudrait qu'elle consistât en un changement presque imperceptible dans les rapports normaux des surfaces articulaires; or un pareil déplacement ne saurait avoir la moindre fixité. On pourra s'en convaincre comme moi par quelques études sur le cadavre. D'ailleurs ce déplacement incomplet n'aurait jamais pour effet la pronation fixe de la main, qui est le signe pathognomonique de la lésion que j'étudie.

Quand je reconnus le siége de la secousse qui accompagne la réduction, j'eus tout de suite la pensée que cette lésion était un déplacement du fibro-cartilage inter-articulaire du poignet en avant de l'extrémité carpienne du cubitus, et les dissections auxquelles je me suis ensuite livré ont confirmé cette première idée.

Comment cette lésion, si commune dans la première enfance, ne se rencontre-t-elle pas chez l'adulte? Comment se rendre compte de la singulière prédisposition qui fait que cet accident atteint à plusieurs reprises le même enfant, tandis que d'autres, soumis tout aussi souvent à la violence qui peut le déterminer, n'ont jamais ce déplacement?

Cette luxation ne se produit pas chez l'adulte, parce qu'elle ne pourrait résulter chez lui que d'une violence très-grande, et que la pronation forcée, qui seule pourrait la déterminer, est empêchée par les muscles antagonistes, qui entrent en action dès que la pronation devient douloureuse, tandis que le jeune enfant, surpris par la violence, ne réagit pas.

Quant à la prédisposition si évidente chez certains enfants, elle a forcément une cause anatomique que je crois avoir trouvée. En étudiant au point de vue de cette lésion l'extrémité inférieure du cubitus chez les jeunes enfants, j'ai reconnu qu'il existait des variations très-grandes dans le volume de cette tête osseuse; que ce renflement, qui en général a chez les jeunes enfants un volume relatif considérable, était chez quelques-uns, par exception, bien plus petit; que chez ceux-ci par conséquent la surface articulaire carpienne du cubitus était bien moins large que chez les autres. On conçoit qu'avec cette dernière disposition le bord dorsal du fibro-cartilage dépassera bien plus facilement les limites antérieures de la surface articulaire. Voilà, je crois, ce qui constitue cette incontestable prédisposition.

Les preuves dont j'étaye ma théorie pourront paraître insuffisantes, et je conviens que quelques faits d'anatomie pathologique viendraient fort à propos à l'appui de mes raisonnements; mais ces faits ne se rencontreront jamais, on le comprend; la lésion est sans la moindre gravité; et si elle coïncidait avec une lésion mortelle, celle-ci rendrait l'autre insaisissable, puisque un des symptômes les plus essentiels de la lésion qui fait le sujet de ce travail est lié à la sensibilité du blessé. Or les accidents qui précèdent la mort rendraient impossible la manifestation de la douleur dans le poignet lésé; enfin, immédiatement après la mort, arrive un relâchement complet des muscles, qui laisserait les parties reprendre leurs rapports normaux, comme fait souvent le sommeil. Mais j'établis de la manière la plus incontestable :

Que le déplacement a son siége dans l'articulation cubito-radiale inférieure;

Que ce déplacement n'est cependant pas une luxation complète ou incomplète des os l'un sur l'autre.

Quel serait-il donc? quel autre déplacement expliquerait aussi bien que celui dont je viens d'exposer la théorie les différents symptômes de la lésion, et notamment la pronation fixe et l'obstacle mécanique à la rotation du radius dans le sens de la supination?

(Ici l'auteur expose l'historique de la question, qui sera publié dans les *Bulletins*; puis il continue et termine en ces termes).

Le déplacement dont je viens d'avoir l'honneur de vous entretenir, Messieurs, n'avait pas été soupçonné avant moi. Ma découverte, si c'en est une, n'est certes pas d'une grande importance, car la lésion que je décris n'a pas de fâcheuse conséquence quand elle est méconnue; cependant, si j'ai vu clair dans cette affaire, en introduisant dans le cadre de la nosographie chirurgicale la nouvelle luxation, j'aurai débarrassé la description de la luxation de l'extrémité supérieure du radius de plusieurs symptômes qui n'appartiennent pas à ce déplacement; j'aurai indiqué le moyen de guérir à l'instant une lésion qui, sans être grave, fait souffrir pendant quelques jours, quand elle est méconnue, les pauvres enfants qui en sont atteints; j'aurai enfin épargné à d'honorables confrères le désagrément de voir leur diagnostic et leur thérapeutique réformés avec avantage par des rebouteurs; car ces empiriques, qui se rencontrent en assez grand nombre dans les campagnes de nos départements méridionaux, voient des déplacements d'os, de nerfs ou d'aiguillettes, ainsi qu'ils le disent, dans toute gêne des mouvements qui est la suite d'une violence extérieure. Or, comme leur pratique consiste à imprimer à la partie lésée des mouvements brusques en sens inverse de l'attitude que tend à prendre le membre blessé, la supination est dans ce cas le premier mouvement qu'ils communiquent au membre, et comme la supination guérit toujours ce déplacement, ces charlatans, sans savoir ce qu'ils font, guérissent en un tour de main la lésion qui avec les soins de la médecine rationnelle aurait mis plusieurs jours à disparaître : j'ai vu plus d'un fait de ce genre.

DISCUSSION.

M. VELPEAU ne s'explique pas que l'on ait pu si facilement confondre les lésions décrites par M. Goyrand avec une luxation de l'extrémité supérieure du radius, ou toute autre lésion du coude. Dans ces circonstances, en effet, le siége de la douleur, le gonflement, la déformation, sont dans des régions tout à fait opposées, et en examinant avec soin le membre il n'est pas possible de commettre de pareilles confusions. Aussi M. Velpeau est porté à penser que dans les faits de Duverney, et d'autres rappelés par M. Goyrand, le siége de la lésion était bien au niveau du coude. Les observations analysées et étudiées par M. Goyrand se rapporteraient à des altérations différentes de celles décrites par ces auteurs.

M. VERNEUIL. M. Goyrand a omis de citer M. Chassaignac. Notre collègue a publié, il y a six ans, dans les *Archives de médecine*, un travail sur ces accidents si fréquents chez les enfants. Or, abstraction faite de la théorie de M. Goyrand, on retrouve dans le mémoire de M. Chassaignac la description clinique très-exacte des symptômes que l'on observe dans ces circonstances : impuissance du membre, douleur dans les mouvements, cris des enfants quand on cherche à examiner le membre, etc. M. Chassaignac a étudié avec soin les diverses articulations, les os, et n'a rien trouvé pour expliquer ces douleurs si vives et si instantanées. Depuis que j'ai lu le travail de M. Chassaignac, j'ai rencontré trois ou quatre cas semblables, et je n'ai pas pu trouver la moindre lésion pour expliquer ces phénomènes. J'ai pris l'avant-bras, j'ai imprimé des mouvements de pronation et de supination au poignet, et je n'ai trouvé aucune trace de luxation ou de fracture. Peut-être ces faits s'expliqueraient-ils en admettant ce que vient de nous dire M. Goyrand, à savoir : que ces luxations disparaissent aussitôt qu'on imprime au poignet des mouvements de supination; mais je puis affirmer que je n'ai jamais senti le moindre craquement qui pût m'indiquer qu'une luxation venait de se réduire. Toujours est-il que la douleur persistait pendant quatre ou cinq jours, puis disparaissait complétement. On peut dans ces circonstances soutenir simplement le membre avec une écharpe; mais comme les parents ne pensent pas que le repos suffise pour amener la guérison, on peut appliquer un appareil légèrement compressif, et prescrire l'usage de quelque topique résolutif soit en frictions, soit en lavages. J'ajouterai encore que, malgré les manœuvres auxquelles je me livrais, la douleur persistait pendant plusieurs jours.

M. GOYRAND répond à M. Verneuil que la douleur disparaît aussitôt que la luxation est réduite. Quant aux erreurs de diagnostic qui ont été commises, elles s'expliquent par la difficulté d'obtenir des enfants des renseignements précis sur le siége de leur mal. Il n'y a pas de gonflement du poignet, et cette absence de tuméfaction explique assez bien pourquoi on était disposé à reporter au coude le siége de la douleur. La description donnée par Duverney (symptômes et étiologie) est identique à celle qu'il vient de présenter. Il est lui-même tombé dans ces erreurs avant qu'il fût arrivé à mieux connaître cette lésion, et il n'hésite pas à rapprocher les faits de Duverney de ceux qu'il a pu observer. Quant au mémoire de M. Chassaignac, il regrette de ne pas l'avoir connu, car il eût été heureux de le citer dans son travail.

M. MARJOLIN. Il y a une telle divergence entre les faits rappelés par M. Goyrand et ceux qu'il a rapportés dans son travail, que je pense, pour ma part, qu'il s'agit bien de lésions différentes par leur siége, sinon par leur étiologie. J'ai rencontré une soixantaine de cas sem-

blables à ceux cités par M. Goyrand, et toujours j'ai recherché avec soin le siége de l'altération, et partant de la douleur. Dans tous ces cas j'ai trouvé quelquefois une légère déformation du coude, toujours de la douleur dans les mouvements de cette articulation, et surtout en avant et en dehors, quand on portait le doigt sur ce point, au niveau de l'extrémité supérieure du radius. Aussi je reste fidèle à la première théorie de M. Goyrand, et je crois que dans ces cas il s'agit d'une subluxation en avant de l'extrémité supérieure du radius. Je ne m'inscris pas d'une manière absolue contre l'interprétation nouvelle de M. Goyrand ; l'attention une fois éveillée de ce côté, nous étudierons les faits qui pourront se présenter à notre observation ; mais il me semble que l'on peut aisément se rendre compte de ce craquement dont parle M. Goyrand et qui se passerait au niveau de l'articulation cubito-carpienne, et qu'on peut penser qu'il se passe dans le coude, que le frémissement est propagé le long du radius, et que la sensation est perçue en bas. Cette subluxation se réduit facilement, et, la réduction faite, toute douleur cesse.

M. GOYRAND insiste sur le gonflement qui existe au poignet, pour peu que l'accident date de trente à trente-six heures. Il a longtemps cru, comme M. Marjolin, que la lésion siégeait dans le coude ; mais maintenant il est tout à fait convaincu de ce qu'il a avancé dans son mémoire, et il ne doute pas que M. Marjolin se range bientôt à son opinion.

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai pas été et je ne veux pas être aussi affirmatif. Je vois déjà, pour expliquer des phénomènes, des symptômes assez fréquents chez les enfants, les affirmations les plus contradictoires. M. Marjolin pense, avec beaucoup d'autres chirurgiens, que la lésion a son siége dans le coude ; M. Goyrand, dans l'articulation du poignet. Or, quand il s'agit de luxations bien franches, d'une part la réduction n'est pas généralement, et surtout dans tous les cas, aussi spontanée, et donne lieu à des symptômes plus appréciables ; d'autre part elle laisse des traces plus ou moins visibles, au moins pendant plusieurs jours. M. Goyrand a même ajouté que les enfants qu'il n'avait pas traités avaient guéri spontanément après quatre ou cinq jours : ceci m'éloignerait encore de l'idée d'une luxation. Pour moi, je n'ai jamais vu dans ces lésions si instantanées, si subites et disparaissant toujours après quelques jours de repos, je n'ai jamais vu qu'un trouble de l'innervation du membre, ce que j'appelle une *torpeur douloureuse*. Quand un enfant se présente avec ces signes si caractéristiques, bien décrits du reste par M. Goyrand, son bras est comme engourdi, et il faut le pincer assez fortement pour déterminer de la douleur. Dans les cas que j'ai observés, après avoir étudié tout le membre avec le plus grand soin, je n'ai pas trouvé de lésion ; mais je ne veux pas juger pour le moment les faits de M. Goyrand, j'aurai soin d'étudier à ce point de vue ceux qui seront soumis à mon observation.

M. GUERSANT. On discute, et l'on est loin de s'entendre. Je pense qu'il peut se présenter trois variétés de lésions bien différentes les unes des autres. Dans certains cas, il y a de simples tiraillements ; quelquefois il peut se présenter un déplacement à l'extrémité inférieure du cubitus ; ou bien, enfin, on peut observer un déplacement en avant de l'extrémité supérieure du radius. J'ai rencontré ces diverses variétés d'accidents : toutes donnent lieu à un certain nombre de symptômes identiques, mais aussi chacune d'elles a des signes qui lui appartiennent en propre. Resterait à déterminer maintenant la fréquence relative de ces diverses lésions, et c'est ce qui, je crois, n'a pas été fait jusqu'à présent. En attendant, l'on discute, et si l'on veut être exclusif, on ne s'entendra jamais.

M. GIRALDÈS. M. Goyrand vient nous lire un mémoire établi sur des faits qu'il a vus et étudiés, et nous n'avons pas les éléments nécessaires pour établir un débat contradictoire. Il y a là un point à examiner. J'avoue que jusqu'à présent mon attention n'a pas été éveillée par des symptômes existant du côté du poignet. Mais si je fais appel à mes connaissances anatomiques, à la disposition et aux connexions du ligament triangulaire, à ses rapports intimes avec la synoviale, j'avoue que je ne comprends pas les luxations de ce cartilage sans lésions de la séreuse articulaire ; et dans ce dernier cas, on devrait observer des phénomènes consécutifs à la réduction, si facile qu'elle soit.

M. VELPEAU pense qu'il peut, dans les cas semblables à ceux si bien décrits par M. Goyrand, exister des lésions complexes. — M. Goyrand, dit-il, est un observateur trop habile pour n'avoir pas bien vu ou cru bien voir ce qu'il nous a décrit ; mais M. Marjolin, Duverney et les autres auteurs n'ont pas pu se tromper aussi complétement que le pense M. Goyrand.

M. Chassaignac a, de son côté, apporté le plus grand soin dans l'examen détaillé du membre des jeunes blessés qu'il a pu observer, et il n'a rencontré aucune lésion appréciable. J'ajouterai que, *à priori*, je ne comprends pas plus que M. Giraldès ces luxations du cartilage inter-articulaire sans déchirure de la capsule, sans phénomènes consécutifs. Je demanderai enfin à M. Goyrand, puisqu'il a fait des expériences sur le cadavre, s'il a pu artificiellement reproduire ces luxations ou subluxations sur lesquelles il a appelé notre attention.

M. GOYRAND répond qu'il a pu produire ces luxations, mais elles ne se maintiennent pas, à moins que la main ne soit retenue en haut et en supination forcée. Il est convaincu qu'il n'y a aucune déchirure de la capsule, vu l'absence complète de phénomènes consécutifs quand la luxation est réduite immédiatement : peut-être faudrait-il invoquer, pour expliquer cette immunité de la séreuse articulaire, et l'étroitesse de l'extrémité inférieure du cubitus et la laxité de la capsule. Enfin M. Goyrand termine en appelant toute l'attention des chirurgiens sur ces faits, et il reste convaincu que les observations futures lui donneront raison.

— La Société décide que le mémoire de M. Goyrand sera imprimé dans nos *Bulletins*.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. CHASSAIGNAC présente un malade sur lequel il a pratiqué l'*amputation de la verge* à l'aide de l'écraseur. Six mois après, il y avait des signes de rétrécissement : il a suffi d'avoir recours pendant quelques jours à l'emploi de bougies et de sondes de plus en plus grosses pour triompher de ce rétrécissement, qui ne s'est pas reproduit depuis.

De plus, ce malade a subi une *amputation du poignet*. Les amputations dans l'article ont sans doute l'avantage de laisser une plus grande portion du membre, mais la présence des extrémités styloïdiennes du cubitus et du radius rend parfois, pour ne pas dire toujours, plus pénible l'application des appareils prothétiques. — Ici le moignon est fort beau, mais le malade a besoin de le recouvrir d'une calotte bien matelassée, pour éviter la douleur de la pression de l'appareil sur les extrémités osseuses. — Pareil inconvénient n'existe pas quand l'amputation est faite dans la continuité.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les changements suivants vont avoir lieu dans les hôpitaux de Paris :

M. Béhier, médecin de l'hôpital Beaujon, passe à la Pitié ;

M. Sée, médecin de l'hôpital des Enfants, passe à l'hôpital Beaujon ;

M. Racle, médecin de La Rochefoucauld, passe à l'hôpital des Enfants malades ;

MM. X. Richard, médecin de la Salpêtrière, et Matice, médecin de Lourcine, sont nommés à l'hôpital Saint-Antoine (places créées) ;

M. Woillez, médecin de la direction des nourrices, passe à l'hôpital de Lourcine.

MM. Charcot et Labric, médecins du Bureau central, sont nommés à la Salpêtrière et à la direction des nourrices ;

— Le jury du concours des prix de l'internat vient d'être arrêté de la manière suivante :

Juges titulaires : MM. Lassègue, Vernois, Bourdon, Jobert et Nélaton. *Suppléants* : MM. X. Richard et Foucher.

— Le jury du concours de l'externat se compose de MM. Hervieux, Laboulbène, Axenfeld, Jamain et Trélat, *juges titulaires*; Goupil et Dolbeau, *juges suppléants*.

— L'Association des médecins de la Marne a tenu le 20 octobre sa séance annuelle à Épernay, sous la présidence de M. Landouzy.

Cette Société a eu l'heureuse idée de décider que les séances annuelles se tiendraient successivement tantôt dans l'une, tantôt dans l'autre des villes les plus importantes du département. L'année dernière c'était Reims, cette année Épernay ; l'année prochaine ce sera Châlons.

La réunion comptait plus de soixante personnes.

Après le discours du président, le compte rendu du secrétaire, M. Le Doyen, et du trésorier, M. Paris, l'assemblée a entendu deux rapports de MM. Petit et Nidard sur l'organisation de l'assistance publique dans les campagnes. Cette question est étudiée par la Société, sur l'invitation de M. le préfet de la Marne, et elle a occupé également la Société de Vitry-le-François. M. Chevillon, président de cette Société, a développé sur cette question des considérations fort remarquables par leur netteté et leur facile application pratique.

On a également écouté avec beaucoup d'attention un discours de M. Luton, qui a cherché et proposé un moyen radical d'empêcher les pharmaciens d'exercer la médecine.

— La jeune princesse Doña Maria de la Conception vient de succomber à une maladie pour laquelle S. M. la reine d'Espagne avait cru devoir réclamer les secours de l'homœopathie. Cette détermination a provoqué la démission du docteur Corral, premier médecin, et du docteur Drumont, second médecin de la reine.

Pendant que ce fait se passe en Europe, nous recevons l'avis que trois praticiens homœopathes de New-York viennent de publier dans le journal *the American Medical Times*, à l'exemple d'un docteur John C. Peters, la renonciation de leur foi dans les doctrines hahnemanniennes.

— Nous lisons dans le journal *les Nationalités*, de Turin :

« Un docteur médecin de Libourne se livre à d'intéressantes expériences sur les propriétés transmissives de la vaccine que paraît avoir le lait de la vache affectée du virus-vaccin pendant la période d'évolution des pustules.

» Ce fait, si de plus nombreuses expériences viennent le confirmer, remplacerait avantageusement la vaccine inventée par opération chirurgicale, et serait, comme celle-ci, un préservatif assuré contre la petite vérole. Mais dans l'intérêt de la santé publique, nous devons mettre en garde contre l'annonce très-imprudemment faite par un journal de Turin de ce nouveau remède comme préservatif d'une maladie d'un autre genre, sinon d'un tout autre nom. Ce qu'il y a de pis, c'est que le journal dont nous parlons a mis la grosse bévue sous le patronage d'une feuille médicale française des plus estimées, la *Gazette des Hôpitaux*, qui bien certainement n'a jamais rien dit de pareil. »

Nous remercions notre honorable confrère de Turin d'avoir pensé qu'un journal de médecine ne pouvait commettre une aussi grossière erreur. Il suffit de se reporter au nº 119 (10 octobre 1861) de notre journal, pour s'assurer que cette singulière application appartient en toute propriété au journal indiqué par les *Nationalités*.

— La buanderie de la Salpêtrière est le plus grand établissement de ce genre qui existe ; on y blanchit le linge de plusieurs hospices, et il est question de l'augmenter de manière à pouvoir en faire la buanderie générale de l'Assistance publique. On y a blanchi, en 1860, trois millions cinq cent quarante-neuf mille pièces de linge ; le linge arrivé le matin peut être rendu le soir, grâce aux séchoirs artificiels. C'est une très-belle invention que celle des séchoirs, qui, par la chaleur factice, abrégent à ce point l'opération du blanchissage ; mais le séjour en est bien pénible pour les femmes chargées d'y travailler. Un nouveau système d'étendage que l'on vient d'essayer à la Salpêtrière, et dont on est satisfait, fera disparaître, quand il sera généralisé, l'inconvénient que nous venons de signaler. Il consiste à étendre le linge sur des tringles que l'on glisse dans des armoires pratiquées dans la muraille, et où la chaleur se trouve emprisonnée ; on peut, quand tout est sec, retirer ce linge sans que la personne chargée de ce soin ait à souffrir de la température. (*Le Siècle.*)

— Le corps de santé militaire anglais est assimilé aux autres officiers de l'armée. La hiérarchie est ainsi constituée :

Directeur général du service médical, ayant le rang de major général ; *inspecteur général des hôpitaux*, assimilé au brigadier général ; *inspecteur général adjoint des hôpitaux* (lieutenant-colonel), et après cinq ans de service, ayant rang de colonel ; *chirurgien-major* (lieutenant-colonel) ; *chirurgien d'état-major* (major), et *chirurgien assistant* (lieutenant).

La pharmacie militaire est représentée par un pharmacien ayant rang de capitaine, et des dispenseurs ou distributeurs de médicaments non assimilés.

En Espagne, le corps de santé militaire se compose d'un directeur général, d'inspecteurs, de sous-inspecteurs de 1re et 2e classe, de majors, de premiers médecins, d'aides en premier et en second, et enfin de médecins débutants.

(*Revue administrative des médecins de l'armée*).

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 127. — MARDI 29 OCTOBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 127. — MARDI 29 OCTOBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7.000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 28 OCTOBRE 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été presque entièrement occupée par des travaux étrangers aux sciences médicales. Nous n'avons à mentionner qu'un rapport de M. Combes sur un appareil destiné à faciliter les communications des aveugles avec les voyants, à l'aide de l'écriture, que l'honorable rapporteur a recommandé à l'attention de la commission des prix de médecine et de chirurgie ; — une communication renvoyée à la commission des prix des arts insalubres ; — et la présentation faite par M. le secrétaire perpétuel, d'un album de la myologie superficielle du corps humain, par M. Lami. — Dr Brochin.

ASSOCIATION GÉNÉRALE

de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

Assemblée générale du 27 octobre 1861.

La troisième séance annuelle de l'Association générale des médecins de France a eu lieu hier, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. Rayer, assisté de tous les membres du bureau, auxquels s'étaient joints plusieurs présidents et secrétaires de sociétés locales. L'assemblée était très-nombreuse ; un grand nombre de médecins des départements étaient venus se réunir à leurs confrères de Paris. M. Rayer a ouvert la séance par une de ces allocutions qui répondent si bien au sentiment général du corps médical. L'assemblée s'est associée par ses applaudissements aux touchantes paroles de regret qu'il a exprimées pour les pertes récentes qu'ont faites l'Association et le corps médical ; aux éloges si bien mérités qu'il a décernés au président de la Société centrale, au secrétaire général et aux présidents et secrétaires des Associations locales, pour le zèle et l'activité dévouée avec lesquels ils ont concouru au succès aujourd'hui assuré et incontesté de l'Association générale ; et aux pensées élevées qu'il a exprimées sur le rôle et le caractère social de la médecine.

M. Amédée Latour, secrétaire général, a lu ensuite le rapport annuel. On sait avec quel talent sont rédigés habituellement ces comptes rendus. Dans celui-ci, l'habileté oratoire du rapporteur s'est modestement effacée derrière l'éloquence des chiffres à laquelle il a voulu laisser toute sa force. Nous reproduisons ce document dans toute sa simplicité :

14 Sociétés anciennes ou de nouvelle formation se sont agrégées à l'Association générale depuis la dernière assemblée ; le nombre des sociétaires est actuellement de 4,316, c'est-à-dire 1,208 de plus que l'année précédente.

Les recettes pour le dernier exercice ont été de 100,451 fr. ; les dépenses de 31,103 fr. Le fonds de réserve actuellement en caisse est de 160,757 fr., ce qui donne sur le précédent exercice un excédant de 41,331 fr. pour les recettes, de 4,039 fr. pour les dépenses, et de 62,329 fr. pour l'encaisse et la réserve.

Parmi les faits nombreux, aussi honorables pour le corps médical que pleins d'encouragement pour l'avenir de l'Association, révélés par ce rapport, il en est un en particulier que nous ne pouvons omettre de signaler ici. Sur les 67 sociétés locales existantes, aucune ne s'est trouvée dans la pénible obligation d'appliquer l'article 7 de ses statuts, relativement à l'exclusion. « Ainsi, sur plus de 4,000 médecins faisant aujourd'hui partie de l'Association, aucun ne s'est rencontré qui pût être soupçonné, non-seulement d'avoir entaché l'honneur de l'homme, mais même d'avoir compromis la dignité de la profession. »

Nous avons dit que M. le secrétaire général avait voulu laisser parler surtout les chiffres. Nous ne voudrions pas laisser croire cependant qu'il se soit effacé à ce point que son rapport ne fût qu'un aride compte rendu administratif. Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de reproduire sa chaleureuse et éloquente péroraison, qui a enlevé à plusieurs reprises les applaudissements unanimes de l'assemblée.

La séance a été terminée par le compte rendu de la gestion de la Société centrale, présenté par le zélé rapporteur M. Ludger Lallemand.

Le soir, un splendide banquet, auquel ont assisté près de 200 membres de l'Association, a terminé cette fête de famille.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Des lois de la mortalité des enfants.

Ce n'est pas assez d'avoir fait connaître les lois de la génération dans leurs rapports avec la création des races et l'annihilation des maladies héréditaires, ni d'avoir exposé les règles de l'allaitement par les mères ou par les nourrices, le régime à faire suivre aux enfants durant leur vie à la mamelle ou à l'instant du sevrage, l'influence des maladies des nourrices, etc., etc., etc. ; il faut, pour compléter ce qui intéresse la constitution physique et morale de l'enfance, ainsi que sa conservation, savoir quel est le chiffre de sa mortalité annuelle. Des statistiques anciennes ont fait connaître ce qu'elle était au siècle dernier ou au commencement de celui dans lequel nous vivons, mais on ignore généralement les modifications qu'elle a subies depuis quelques années. Ce sont des recherches intéressantes, non-seulement parce qu'elles expriment les conditions de vitalité et de résistance du premier âge, mais parce qu'elles montrent d'une époque à l'autre des différences qui sont à l'avantage des améliorations introduites par l'hygiène au sein des familles, et des conditions de bien-être général dont les gouvernements ont fait jouir les populations.

La mortalité du premier âge varie beaucoup, selon le *sexe* des enfants, la *richesse* de leurs familles, leur *abandon* (enfants trouvés ou enfants assistés), la *localité* où ils vivent, le *mode d'allaitement*, la *température extérieure*, etc., etc. Les différences ne sont peut-être pas toujours très-considérables ; mais, dans certaines conditions d'existence, elles sont assez fortes pour motiver une enquête et pour obliger le médecin, dans un retour sur lui-même, à trouver dans les ressources de l'hygiène des moyens propres à diminuer cette exagération de mortalité.

Mortalité du premier âge en général. — En prenant les relevés faits par Heuschling, d'après nos registres de l'état civil pour la période de dix ans comprise entre 1840 et 1849, on voit que dans ces dix années il y a eu en France environ 9,700,000 naissances et 1,500,000 décès dans la première année d'âge.

La proportion est dans ce cas de 840 survivants sur 1,000 naissances au bout de la première année, c'est-à-dire 160 décès, soit à peu près un sixième.

En France donc, actuellement, le sixième des enfants meurt dans le courant de la première année.

Jadis il n'en était pas ainsi, et la mortalité était beaucoup plus forte. En effet, si l'on consulte les tables de Duvillard, on voit que sur un million de naissances annuelles, il y a 767,525 survivants à l'expiration de la première année. Sur 1,000 naissances, cela donne 767 survivants et 233 décès, *mortalité qui est presque d'un quart.* En Suède et en Finlande, elle est à peu près *d'un cinquième*, puisque sur 1,000 naissances suivies de 215 décès, il y a 7,985 survivants au bout de la première année. Notre époque peut donc se flatter d'avoir conquis quelque chose sur la mort.

Mortalité d'après le sexe des enfants. — On sait depuis longtemps déjà que la mortalité est plus grande chez les garçons que chez les filles, sans qu'on ait pu en préciser bien complétement la cause. C'est là une loi de notre *espèce* en rapport avec cette finalité qui nous mène fatalement vers une destinée inconnue comme des instruments passifs humblement soumis à une volonté supérieure. Et, de même qu'il naît plus de garçons que de filles (22 garçons sur 21 filles en France ; 25 sur 24 à Paris ; 19 sur 18 à Londres), il meurt aussi dans la première année une proportion plus grande de garçons, moindre cependant que ne l'exigerait la proportion excédante de naissances masculines, si l'augmentation de mortalité chez les garçons était uniquement la conséquence de leur plus grand nombre.

Pour parler en chiffres, sur 1,000 naissances masculines, il y a au bout d'une année 828 survivances, c'est-à-dire 172 décès, tandis que 1,000 naissances féminines donnent à la fin du même temps 858 survivances, c'est-à-dire 142 décès (1). En d'autres termes, sur 100 enfants de chaque sexe et de 0 à un an d'âge, il succombe annuellement 20 garçons et 16 filles, soit le cinquième des garçons et seulement le sixième des filles. D'après M. Bertillon, cette loi est constante non-seulement en France et pour chacun de ses départements en particulier, où elle se vérifie avec de faibles oscillations, mais encore dans tous les pays de l'Europe, en Suède, en Belgique, en Hollande, en Angleterre, en Prusse, en Bavière, en Piémont, dans le canton de Genève, partout enfin où les documents statistiques ont permis de l'étudier. Elle est la loi du présent comme elle a été jusqu'ici celle des temps passés. Sera-t-elle aussi la règle de l'avenir ? Cela est probable, à moins que la science, qui a déjà pu prolonger la durée de la vie moyenne, ne puisse en modifier les effets.

A une époque plus avancée de l'enfance, la différence de la mortalité entre les deux sexes est beaucoup moindre, bien qu'elle reste toujours un peu plus considérable chez les garçons. Ainsi, en sept ans et demi, du 15 mars 1854 au 15 septembre 1861, à l'hôpital Sainte-Eugénie, renfermant 212 lits de garçons et 214 lits de filles, 21,636 enfants de 2 à 15 ans ont été admis, savoir : 11,548 garçons et 10,088 filles. Sur ce nombre il y a eu 3,492 décès, dont 1,840 pour les garçons, c'est-à-dire un peu plus du *sixième* ou 15,95 pour cent, et 1,652 filles, également le sixième, ou 16,39 pour cent.

Mortalité d'après la richesse. — Si une statistique de la mortalité des enfants d'après la richesse de leur famille est impossible, en raison du mélange de la population dans les différents quartiers de Paris, difficulté d'appréciation que tout le monde comprendra, il est permis du moins de donner à cet égard quelques données approximatives.

On sait, en effet, que dans certains quartiers de Paris la population ouvrière et pauvre l'emporte de beaucoup sur la population riche ou aisée, et que le nombre de familles inscrites au bureau de bienfaisance dans ces quartiers représente assez bien la richesse du quartier. Sous ce rapport le faubourg Saint-Antoine, le faubourg Saint-Marcel, aujourd'hui formant les 11e, 12e et 17e arrondissements de Paris, sont assurément les parties les plus malheureuses de la capitale. Comparées sous le rapport de la mortalité avec la Chaussée-d'Antin et le faubourg Saint-Honoré, on voit qu'une différence énorme les sépare. Dans les arrondissements les plus pauvres, le nombre des décès, comparé à la population, l'emporte de beaucoup sur celui qu'on observe dans les arrondissements les plus riches. Ce qui est vrai de la population pauvre en général l'est encore plus de l'enfance pauvre, et, à en juger par l'inspection médicale des bureaux de bienfaisance, par les consultations et les admissions dans les hôpitaux d'enfants, on voit que dans le premier âge, chez le pauvre, sévit une mortalité qui n'existe pas au même degré chez les enfants du riche.

De la mortalité d'après la température. — On sait, depuis les observations de Williams Edwards sur les mammifères et sur les oiseaux, combien l'abaissement de la température est nuisible aux jeunes animaux à sang chaud qui viennent de naître, et combien es faible leur faculté productrice de chaleur lorsqu'on vient à les séparer de leur mère (1).

A leur tour MM. Villermé et Milne-Edwards ont repris la question et ont, en 1829, fait connaître les rapports de la température extérieure avec la mortalité des enfants dans le premier âge de la vie (2). Rien n'a été changé jusqu'ici aux conclusions de ce travail, et les recherches ultérieures de notre savant confrère M. le docteur Loir, n'ont fait que les confirmer.

Au-dessus du 49e degré de latitude, c'est-à-dire dans le nord de la France, la mortalité a été comme 1 est à 7,96 pour l'année 1818, comme 1 est à 9,12 en 1819, tandis qu'au-dessous du 45e degré de latitude, en 1818 elle a été comme 1 est à 10,72, et comme 1 à 11,70 en 1819.

Dans ces mêmes années, c'est pour les mois de décembre, de janvier et de février que la mortalité a été la plus forte chez les enfants âgés de moins de trois mois, soit 1 décès sur 7,81, tandis qu'en mars et avril elle a été de 1 sur 8,78, et pendant les mois de mai, juin et juillet, de 1 sur 9,75.

Ces chiffres se retrouvent à peu près les mêmes ou du moins avec la même signification pour toutes les années, et dans chaque département, ainsi qu'on peut le voir dans le tableau dressé par M. Villermé sur la mortalité des nouveau-nés, considérée mois par mois dans toute la France (3).

Il est évident, d'après ces chiffres, que l'abaissement de la température extérieure est la cause d'une augmentation considérable de la mortalité des nouveau-nés. En France, comme on vient de le voir ; en Italie, d'après MM. les docteurs Trevisan et Zeviani (4). En Allemagne (5), en Russie (6), etc., les résultats de l'enquête ont été les mêmes, et c'est avec raison que M. Toaldo (de Padoue), et en France M. le docteur Loir, ont insisté sur les dangers qu'il y a de porter les nouveau-nés à la mairie dans les vingt-quatre heures de la naissance pour dresser l'acte légal de l'état civil. C'est là une pratique essentiellement blâmable, et à laquelle on doit attribuer la mort d'un certain nombre d'enfants nouveau-nés, qui, dans les mois froids de l'année, peuvent se refroidir lorsqu'on les porte de leur domicile à la mairie d'abord pour prendre un nom, et à l'église ensuite pour recevoir le baptême. Il serait utile que cette obligation, variable selon les arrondissements et dont on relève quelquefois les enfants riches sans jamais en décharger les malheureux, soit à jamais bannie de la pratique.

Nous savons que la loi exige *la présentation des enfants à la mairie,* comme *elle exige la constatation des décès par M. le maire ;* mais c'est là une de ces règles que l'administration peut changer à son gré, en déléguant ses pouvoirs ; et de même qu'elle a modifié la loi des décès, en les faisant constater par un médecin, elle peut atténuer ce qu'a de rigoureux pour les familles, et de dangereux pour les enfants, ce mode de constatation des naissances.

(1) Bertillon (*Union médicale*, 1860). *De la mortalité des nouveau-nés.*

(1) *Influence des agents physiques sur la vie.*

(2) Villermé et Milne-Edwards, *Annales d'hygiène*, t. II, p. 294.

(3) *Mémoire de la Société d'histoire naturelle de Paris*, t. V.

(4) *Sulle cagioni della mortalita dei bambini, Annalli omodei*, t. XXXV, p. 356.

(5) Art. Baptême. *Dict. des sc. méd.* En 1790, le prince-évêque de Wurzbourg ordonna de baptiser à domicile pendant les mois de décembre, janvier et février, quand on le demanderait.

(6) Voir l'ouvrage de M. de Gouroff, sur les enfants trouvés.

La loi est évidemment mauvaise, d'une application dangereuse, en opposition avec les données de l'hygiène et les droits de l'humanité. On l'enfreint à chaque instant pour quelques privilégiés; elle ne pèse que sur la foule ; c'est là le caractère des lois à modifier.

La création d'un service de constatation des naissances à domicile serait d'ailleurs chose facile et serait acceptée du public avec reconnaissance. Il n'y a pas de famille qui ne dépense au moins deux heures de voiture pour porter l'enfant à la mairie, et qui ne donnât de bon cœur, à titre d'indemnité, la même somme pour ne pas exposer un nouveau-né à toutes les rigueurs de la température. Ne pourrait-on, en laissant *facultative* et *libre* la présentation des enfants à la mairie, faire à domicile la constatation des naissances, lorsque les parents le réclameraient, moyennant une indemnité fixée par les règlements? Il me semble que l'administration n'a qu'à le vouloir.

Mortalité des enfants abandonnés. — L'étude de la mortalité des enfants trouvés n'a été faite sérieusement qu'au siècle dernier, en France et dans les différentes contrées de l'Europe. Elle laisse beaucoup à désirer, parce qu'on ne sait pas comment ont été recueillis les chiffres qui lui servent de base, et qu'on ne peut les comparer avec certitude avec ceux que fournit l'administration actuelle. Quoi qu'il en soit, comme ce terme de comparaison est le seul dont nous puissions disposer utilement pour mettre en parallèle les résultats du passé avec ceux que nous allons faire connaître d'après de nouveaux chiffres, je vais les indiquer.

Sir John Baquare, dans son rapport de 1791 au parlement d'Irlande sur la Maison des enfants trouvés de Dublin, montra que sur 19,420 enfants reçus en vingt ans, il y en avait 17,440 dont on ne pouvait rendre compte. C'est une mortalité de près de 90 pour 100. Sur 7,650 reçus de 1781 à 1784, 2,944, c'est-à-dire le tiers, étaient morts quinze jours après leur entrée. 2,180 avaient été admis en 1790, et 187 seulement ont atteint l'âge d'un an, soit une mortalité de plus de 91 pour 100. De 1798 à 1805, on en avait reçu 12,786 autres, dont il ne restait que 135 cinq ans après.

A Londres, la mortalité, qui était de 1 sur 12 par année, avait baissé en 1819 à 1 sur 7.

A Moscou, sur 37,607 enfants recueillis en vingt ans, il n'en est resté que 1,020.

A Vienne, en 1811 et 1812, on y perdait 92 ou 93 enfants sur 100 dans la Maison, et depuis qu'on a pris le parti d'envoyer ces enfants à la campagne, la mortalité n'a plus été que de 12 à 13 pour 100. Ce chiffre, comme celui de Londres, est tellement en dehors de ce qu'on observe partout, qu'il ne faut l'admettre qu'avec réserve et après vérification. C'est un contrôle que je n'ai pas eu le moyen de faire.

En France, d'après M. Benoiston, de Châteauneuf, la mortalité était en 1787, 1788 et 1789, de 90 à 91 pour 100; en 1815, 1816, 1817, elle était réduite à 75 pour 100; elle tomba même à 50 en 1818, mais elle est revenue à 60 pour 100 en 1824 (1). C'est entre ces deux chiffres que nous oscillons aujourd'hui, comme on le verra dans un instant.

Je ne m'arrêterai pas longtemps sur ces chiffres. Leur ancienneté, et aussi, pour la plupart, leur peu de garantie, nuisent à leur signification. Bien qu'ils aient été consignés dans l'article MORTALITÉ du *Dictionnaire des sciences médicales*, on ne dit pas quelle est leur origine, et par cela même on ne peut les vérifier. Sauf les statistiques produites par M. Benoiston, de Châteauneuf, les autres laissent à désirer, et dans ma pensée, elles ne peuvent servir qu'à titre d'approximation.

Il me paraît préférable de reprendre la question en consultant les relevés officiels de l'Assistance publique, non-seulement sur les enfants trouvés de Paris, mais encore sur les enfants de la classe moyenne envoyés en nourrice. Dans ce but, j'ai demandé à M. Husson, le directeur général, de vouloir bien faire rechercher quelle était la mortalité des enfants trouvés de l'hospice de Paris pour la période de vingt années comprise entre 1840 et 1860, en suivant chaque enfant de Paris à la campagne jusqu'à sa mort. Il a bien voulu y consentir, et l'enquête a été divisée comme il suit :

1° Mortalité de la naissance à dix jours;
2° Mortalité de la naissance à un an;
3° Mortalité de la naissance à deux ans.

Ce sont ces tableaux que j'ai récemment communiqués à l'Académie des sciences.

En même temps, et pour avoir un terme de comparaison nouveau, sur des enfants moins fortunés que ceux de la ville en général, et moins malheureux que les abandonnés de l'hospice, j'ai voulu avoir la mortalité des enfants de la population ouvrière et bourgeoise, envoyés en nourrice à la campagne par les soins tutélaires de l'administration dans son établissement municipal des nourrices. Là encore, pour la même période de vingt ans, M. Husson m'a fait donner un relevé statistique dont les différences avec l'autre sont intéressantes à constater.

J'ai donc fait dresser deux tableaux comprenant, pour une période de vingt ans, 1840-1860, la mortalité des enfants assistés portés à l'hospice, et la mortalité des enfants de la classe moyenne envoyés en nourrice à la campagne. Ils donnent avec toute l'exactitude possible les résultats cherchés, mais, dans l'un comme dans l'autre, ces chiffres laissent encore un peu à désirer.

En effet, sur le nombre d'enfants assistés, déposés à l'hospice, il y en a quelques-uns, vers la fin de la première année, qui étant reconnus par les parents rentrent dans leurs familles, et sont perdus pour la statistique; de même que parmi les enfants placés en nourrice par l'administration, il y en a quelques-uns, en petit nombre, qui sont ramenés avant l'expiration du douzième mois.

Il en résulte :

1° Que la colonne de mortalité de 1 à 10 jours peut être considérée comme exacte, aucun enfant n'étant repris avant cette époque ;

2° Que la mortalité de 0 jour à un an est peut-être un peu moins forte qu'elle ne devrait être, si tous les enfants, étant restés à la campagne au lieu d'être repris par leurs parents, ils eussent été soumis aux chances d'une mortalité considérée désormais comme un peu plus forte chez les enfants de cette classe que chez les autres.

A part ces observations critiques, les tableaux que je viens de publier peuvent être considérés comme ayant une précision plus grande que ceux qui ont été produits jusqu'à ce jour. Ils démontrent :

(1) Villermé, *Annales d'hygiène*, p. 58, t. XIX.

1° Que la mortalité des enfants assistés ou abandonnés (ceux qu'on appelait jadis les enfants trouvés) est beaucoup moindre qu'elle n'était autrefois, mais qu'elle ne diffère pas énormément de la mortalité constatée dans les années 1820, 1821, 1822, 1823 et 1824 ; elle est de 11 *centièmes* dans les dix premiers jours de la vie, de 55 *centièmes* dans la première année, et de 63 *centièmes* jusqu'à l'âge de deux ans.

2° Que cette mortalité est plus considérable chez les enfants assistés que sur les enfants de la classe moyenne envoyés en nourrice à la campagne sous la surveillance désintéressée de l'administration, puisqu'elle est seulement de 2 centièmes dans les dix premiers jours (1) et de 29 centièmes dans la première année de la vie.

Maintenant, quelle est la cause de cette mortalité considérable persistante des enfants trouvés pendant la première année d'âge? Elle est presque *le double* de celle des enfants de la classe moyenne envoyés en nourrice par l'administration, et elle est *triple* de celle des enfants considérés en général pour toute la France. Sans rien affirmer d'une manière positive, je crois qu'il faut l'attribuer au défaut de soins après la naissance, à l'influence de la température extérieure, au mode d'allaitement par des nourrices insuffisantes, ce qui oblige à recourir au biberon ; enfin aux maladies syphilitiques héréditaires, plus communes chez les enfants trouvés que chez les enfants légitimes.

J'ai montré précédemment quelle était l'influence de la température basse sur la mortalité des enfants. C'est un point acquis à la science. Il en est de même du défaut de soins après la naissance chez les petits êtres que leurs parents ont d'avance condamnés aux gémonies du hasard ; mal vêtus, privés d'aliments, ils sont confiés à des mercenaires qui les promènent à l'air en guettant la nuit un instant favorable pour les déposer sans surprise aux environs d'un tour surveillé par la police, et où on peut les prendre.

Quant au mode d'allaitement artificiel, son influence sur la mortalité est incontestable. C'est un fait reconnu de tous les médecins, et sur lequel on a d'ailleurs de l'abbé Gaillard (2) et de M. Villermé (3) des relevés statistiques importants.

Ces deux savants ont insisté avec grande raison sur l'influence fâcheuse de la suppression des tours et de l'allaitement artificiel sur la mortalité des nouveau-nés qu'on abandonne aux hasards de la charité publique. L'un et l'autre ont démontré par des chiffres péremptoires que là où l'allaitement au *biberon* et au *petit pot* étaient en usage, il y avait une mortalité plus considérable.

Ainsi, on voit dans le livre de l'abbé Gaillard que, dans un hospice qui n'est pas autrement désigné que par la lettre X..., et où l'allaitement au biberon est la règle générale, la mortalité est de 80 pour 100 dans la première année.

De son côté, M. Villermé rapporte qu'à Reims, lorsque les enfants étaient nourris au *biberon* ou au *petit pot*, dans la période décennale comprise entre 1826 et 1836, les décès ont été dans la proportion de 639 sur 1,000 au bout de l'année, c'est-à-dire, en moyenne, de 63,90 pour 100. Aujourd'hui c'est le maximum du chiffre qu'on observe exceptionnellement à Paris, car la moyenne est de 8 pour 100 plus inférieure.

Quant à l'influence de la syphilis contractée dans la débauche et apportée par les enfants qu'on jette ensuite à tous les hasards de l'exposition dans un hospice, elle ne saurait être contestée que sous le rapport de sa forme et de sa fréquence. Pour beaucoup d'enfants, c'est la mort pendant la vie intra-utérine ou au moment de la naissance; et pour d'autres, ce qui est plus malheureux, c'est une diathèse congénitale innée, ou ne se manifestant qu'au bout de dix, vingt ou quarante jours. Le fait est malheureusement si certain, que les enfants atteints de syphilis héréditaire constitutionnelle peuvent la transmettre à leur nourrice, ainsi que je crois l'avoir démontré dans plusieurs mémoires (4) et dans mon *Traité des maladies de l'enfance* (5), contrairement aux doctrines régnantes de l'époque sur la syphilis. C'est même cette crainte exagérée de la syphilis chez tous les enfants trouvés, qui a fait adopter dans quelques hospices la coutume absolue si funeste de l'allaitement artificiel au *biberon* ou au *petit-pot*. On voulait ainsi préserver de la syphilis les nourrices que l'indigence pousse à l'hospice pour y trafiquer de leur lait, ou prendre la charge des enfants qu'on leur confie. Quelque louable que soit cette mesure appliquée isolément à des enfants syphilitiques, il est clair qu'elle ne saurait être acceptée comme règle générale, et qu'on ne peut faire souffrir les enfants sains sur le simple soupçon du mal contagieux qu'ils pourraient avoir. La syphiliophobie poussée à un tel degré devient évidemment blâmable.

Mortalité d'après les localités et les départements. — Quand on examine la mortalité des enfants de la France en général, on voit qu'elle est à peu près d'un *sixième* pour la première année; car de 1840 à 1849 inclusivement, c'est-à-dire en dix ans, sur 9,700,000 naissances il y a eu de 0 jour à 1 an 1,500,000 décès, soit 840 *survivants* sur 1,000 nouveau-nés. Mais autour de cette moyenne générale se groupent avec une certaine régularité les moyennes d'un certain nombre de départements, la moitié environ, qui varient de 860 à 820 survivants à un an. Les autres départements ont des moyennes extrêmes bien différentes infiniment plus faibles.

M. Bertillon, qui a signalé ce fait (6), l'attribue avec raison à des influences locales, car en l'analysant avec soin, il a trouvé que la moyenne de ces dix années 1840-1849 était la même chaque année, avec de faibles oscillations.

D'après les recherches de notre confrère, ce sont les treize départements groupés autour du département de la Seine, qui lui-même n'en fait pas partie, qui offrent une plus grande mortalité du premier âge, et si en raison de l'envoi en nourrice de Paris dans ces départements, on ajoute aux treize départements indiqués celui de la Seine, on voit encore dans ce groupe de départements une mortalité des enfants supérieure à celle qu'on observe dans le reste de la France. En effet, dans ces 14 départements il y a chaque année 1 3,000 naissances et 35,000 décès, tandis qu'il ne devrait y en avoir que 26,000, si la mortalité était égale à celle qu'on trouve en France sur un même nombre de nouveau-nés à un an d'âge.

« C'est donc, dit M. Bertillon, un excédant de 9,000 décès qu'on paye annuellement et comme indûment à la mort. » Si l'on veut estimer le rapport de la mortalité aux naissances d'une façon plus facile à retenir, comme je l'ai fait plus haut, on verra que dans ces mêmes départements, sur 1,000 nouveau-nés, 799 seulement arrivent à un an d'âge, soit une mortalité d'*un cinquième*, tandis que dans tout le reste de la France, il y a au bout de la première année 852 survivants sur 1,000 naissances, c'est-à-dire une mortalité de près d'*un septième*.

Il est difficile d'expliquer d'une façon satisfaisante la cause de cette augmentation de la mortalité des nouveau-nés dans des départements considérés comme très-salubres, alors que pour les autres périodes de la vie elle n'est pas accrue dans la même proportion. Différentes hypothèses en peuvent rendre compte.

1° Le *plus grand nombre des enfants abandonnés*, naturels ou légitimes, sur lesquels frappe une mortalité considérable.

2° L'*envoi en nourrice* et le peu de soins que reçoivent les enfants de Paris confiés à des nourrices de la campagne.

3° Le *grand nombre des maladies endémiques ou épidémiques* de la capitale qui rayonnent de Paris dans les départements voisins.

M. Bertillon, qui est l'auteur des deux premières, n'admet que l'influence du grand nombre des enfants abandonnés et celle de l'envoi en nourrice. Il rapporte à la première influence un supplément de 3,000 décès environ, chiffre que je crois exagéré, puisque, pour les enfants trouvés de Paris, envoyés dans les campagnes, la mortalité est de 1,000 à 1,800 au plus au bout de la première année. C'est à la seconde hypothèse qu'il attribue l'excédant de mortalité du premier âge, c'est-à-dire 6,000 décès annuels, mais sans fournir aucune statistique des décès des enfants annuellement envoyés en nourrice de Paris à la campagne. Il me semble que cette appréciation n'est pas rigoureuse, et le tableau que nous avons donné de la mortalité des enfants placés en nourrice par l'établissement municipal en est la preuve. Chez ces enfants, la mortalité varie de 139 à 613 par an ; or, en ajoutant à ce chiffre celui qu'on voudra supposer pour les enfants envoyés par les autres bureaux de Paris, il sera difficile de compléter un nombre de 6,000 décès.

Sans contester d'une manière absolue l'importance des deux causes admises par M. Bertillon au sujet de l'aggravation de la mortalité des nouveau-nés, il me paraît qu'elles ne sont pas seules à y concourir, et qu'il faut encore tenir compte de certaines *influences locales* particulières propres à ces localités ou rayonnant de Paris. Ces influences sont de deux sortes, *endémiques* ou *épidémiques*. On sait, en effet, que, par suite des communications et des échanges entre Paris et les départements voisins, les intermédiaires transportent de la ville à la campagne, par génération, deux de ces diathèses endémiques les plus fâcheuses pour le premier âge, la *syphilis* et la *scrofule*. De plus, il y a dans la capitale des épidémies permanentes de scarlatine, de rougeole, de variole, de fièvre typhoïde, de coqueluche, d'angine couenneuse, etc., etc., maladies contagieuses qui passent d'un quartier à un autre, ce qui fait qu'on les croit éteintes lorsqu'elles n'ont fait que se déplacer. C'est ainsi qu'elles sautent par-dessus les barrières, et que pouvant être transportées par *contagion*, elles courent dans les départements limitrophes exercer leurs ravages de façon à accroître le tribut que la population faible de ces pays paye à la mort.

Sans vouloir rien affirmer de l'importance relative de ces causes de mortalité chez les nouveau-nés dans les 13 départements les plus voisins de Paris, nous pensons que chacune pour son compte y contribue d'une façon assez notable. Seulement, par une réserve que tout le monde comprendra, faute de données précises, nous nous contentons d'indiquer le fait d'une manière générale, en réservant pour l'avenir une démonstration plus complète.

En résumé, la mortalité des enfants en général, prise dans les différentes conditions sociales, est aujourd'hui, en France, d'*un sixième* pour la première année, tandis qu'elle était autrefois d'*un quart*.

Dans la même période d'âge, la mortalité des enfants est d'*un cinquième* chez les garçons, tandis qu'elle n'est que d'un sixième chez les filles.

La mortalité des enfants est plus considérable dans les familles pauvres que chez les personnes riches.

Le froid augmente la mortalité des nouveau-nés, et en hiver celle des enfants abandonnés, naturels ou légitimes élevés à la campagne, est 11 pour 100 dans les dix premiers jours de la vie, et on ne peut sans danger les sortir de suite pour les porter à la mairie ou à l'église; de 55 pour 100 dans la première année d'âge.

Il est nécessaire d'établir un service de constatation des naissances à domicile pendant la saison froide, au moyen de médecins délégués par la mairie.

L'allaitement au *biberon* et au *petit pot* augmente beaucoup les chances de mort chez les enfants trouvés.

La mortalité des enfants de la classe moyenne envoyés en nourrice par l'administration, est de 29 pour 100 dans la première année.

Cette mortalité pour la première année d'âge enfin, est plus considérable dans les treize départements qui entourent Paris que dans chacun des autres départements du reste de la France; et cela tient probablement au plus grand nombre d'enfants trouvés qui s'y rencontrent, au manque de soins nécessaires chez les enfants envoyés en nourrice, au rayonnement des maladies endémiques ou épidémiques de la capitale.

(1) Ce chiffre ne représente pas l'exacte vérité, car les enfants qu'on emmène en nourrice ont déjà trois à six jours et quelquefois plus ; par conséquent, de ceux qu'on eût amenés, quelques-uns ont pu mourir dans leur famille.

(2) *Recherches sur les enfants trouvés, les enfants naturels et les orphelins en France et dans plusieurs pays de l'Europe*, page 165 ; 1836.

(3) *De la mortalité des enfants trouvés dans ses rapports avec le mode d'allaitement*, 1838 (ANNALES D'HYGIÈNE, page 47).

(4) *Mémoire sur la transmission de la syphilis des nouveau-nés à leurs nourrices* (GAZETTE MÉDICALE, 1850).

(5) *Traité des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance*, 4e édition, page 979.

(6) *Loc. cit.*

RECHERCHES NOUVELLES SUR LA STRUCTURE DE LA RATE.

Par M. le professeur Th. Billroth (de Zurich).

M. Billroth s'est livré depuis quelques années à des études persévérantes sur la structure de la rate. Après de nombreux tâtonnements, il a réussi à perfectionner des procédés qui permettent de faire sur cet organe des coupes très-fines pour l'examen microscopique, et il donne un exposé très-détaillé des moyens qu'il emploie dans ce but. Nous y renvoyons ceux de nos lecteurs qui voudraient s'occuper de l'histologie de la rate. Les résultats auxquels M. Billroth est arrivé en définitive n'ont pas encore résolu toutes les questions et laissent encore quelques lacunes à remplir, notamment pour ce qui est du mode de communication des artères avec les veines. Toutefois ces résultats s'éloignent assez notablement des opinions courantes, et nous paraissent constituer un progrès réel s'ils se trouvent confirmés; ils sont surtout relatifs à la structure des corpuscules de Malpighi, et de ce qu'on est convenu d'appeler la *pulpe splénique*.

Déjà antérieurement dans un travail inséré dans les *Archives de Müller* (1857), M. Billroth avait annoncé que la pulpe splénique renferme un réseau analogue à celui des ganglions lymphatiques, et dont les éléments très-fins peuvent être injectés aussi bien par les artères que par les veines chez les grenouilles et chez les salamandres. Il avait trouvé, en outre, qu'un autre réseau, porteur de vaisseaux capillaires et analogue à celui des alvéoles des glandes lymphatiques, existe dans l'intérieur des corpuscules de Malpighi. Voici maintenant quelle est, d'après les dernières recherches de l'auteur, la disposition de ces éléments dans la rate humaine :

Les artères, d'un diamètre de 0,5 millimètres environ, sont presque toutes comprises dans l'épaisseur des trabécules. Leurs derniers ramuscules plongent dans la pulpe splénique ou sont situés dans l'intérieur des follicules; ces derniers ne sont pas situés dans la tunique externe des petites artères, comme on l'admet généralement; l'artère reçoit au contraire, au moment où elle pénètre dans leur intérieur, une nouvelle enveloppe d'un prolongement de la paroi folliculaire.

Les veines, d'un diamètre de 0,06 millimètres environ, se montrent, à un faible grossissement, sous forme de canaux nettement limités; elles naissent d'un nombre infini de petites veines capillaires, qui constituent en grande partie la pulpe splénique, et qui se présentent sous forme d'une espèce de réseau admirable, de pelotons vasculaires analogues à une tumeur érectile. La communication de ces veines capillaires avec les ramifications veineuses est facile à démontrer sur des coupes, et l'un des collègues de M. Billroth, le professeur Frey, a réussi à les injecter par les veines chez un enfant nouveau-né. Elles ne sont pas formées, comme les capillaires proprement dits, par une membrane anhiste; leur face interne est revêtue, au moins en partie, de ces éléments épithéliaux, dont on a souvent signalé la présence dans la pulpe splénique, et à leur face externe existent presque toujours, de distance en distance, des fibres transversales, circulaires, extrêmement déliées.

Ces veinules capillaires sont réunies entre elles par un réseau fibreux très-fin et très-serré, dont les mailles, mesurant en moyenne 0,02 millimètres de diamètre, renferment une quantité considérable de globules rouges et blancs du sang. Les éléments de ce réseau intervasculaire s'attachent soit aux trabécules, soit à la couche externe des follicules, avec lesquels ils semblent se continuer : c'est un tissu qui paraît appartenir au groupe du tissu connectif.

Le réseau intervasculaire contient les petites artères qui sortent des follicules et un certain nombre de véritables capillaires; quant au mode suivant lequel ces capillaires établissent la communication entre les artères et les veines, M. Billroth n'a pas pu le déterminer.

Les follicules ont une structure analogue à celle des alvéoles des ganglions lymphatiques et des follicules des plaques de Peyer et des amygdales; ils sont composés d'un réseau très-délié de tissu connectif qui contient dans ses mailles un nombre plus ou moins considérable de globules blancs du sang, et qui sert en outre de support à un certain nombre de capillaires.

Sur la limite des follicules, ceux-ci se replient sur eux-mêmes ou bien ils pénètrent dans le réseau intervasculaire des veines capillaires. Le réseau de tissu connectif qui remplit les follicules se présente comme une espèce de prolongement de la tunique interne de l'artère qui y pénètre, et il se condense à la périphérie des follicules pour en former la membrane d'enveloppe; ces follicules ne sont d'ailleurs pas limités par une membrane propre anhiste, comme on l'admet généralement.

M. Billroth n'a jamais trouvé de vaisseaux lymphatiques dans le parenchyme de la rate humaine, et il en conteste en particulier l'existence autour des follicules. (*Gaz. méd. d'Orient.*)

HALEINE FÉTIDE. — CHLORATE DE POTASSE.

Bien des personnes se plaignent d'avoir l'haleine fétide, sans qu'on puisse souvent en accuser de mauvaises dents ou le manque de propreté de la bouche; les gencives et la muqueuse buccale sont parfaitement saines. La mauvaise odeur peut alors provenir des poumons ou de l'estomac, mais neuf fois sur dix elle a son origine dans l'estomac. Voici, dans ces cas, un remède simple, prompt et certain.

Prendre, trois heures après le repas, une cuillerée à café de la solution suivante :

Chlorate de potasse	6 grammes.
Eau sucrée	100 —

Se rincer en même temps la bouche avec cette solution.
(*Gaz. degli Ospidali.*)

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE.

M. Wright conseille la formule suivante :

Vin d'antimoine	20 gouttes.
Teinture d'aconit	4 —
Tartrate de potasse et de fer	4 décigr.
Eau distillée	30 grammes.

Pour un adulte, on administre cette dose trois fois par jour, et deux fois durant la nuit.

L'auteur ne donne pas cette formule comme exécutoire invariablement dans tous les cas. Si la toux continue, on augmente la proportion d'antimoine. Si les symptômes laryngiens prédominent, on donnera plus d'aconit. Enfin, si l'on a affaire à un enfant pâle et émacié, ce sera le fer dont on devra accroître la dose. (*The Lancet.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 octobre 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

M. Combes, au nom d'une commission composée de MM. Serres, Andral, Combes, rapporteur, lit un rapport sur un appareil au moyen duquel les aveugles peuvent écrire en noir; appareil présenté à l'Académie par M. Duvignau, et désigné par lui sous le nom de *cécirègle*.

M. Duvignau, dit le rapporteur, atteint de cécité à un âge encore peu avancé, a eu la bonne pensée et le courage de consacrer ses méditations à la recherche de moyens qui missent ses compagnons d'infortune à même de correspondre directement avec les voyants par l'écriture usuelle, sans être obligés de recourir à un secrétaire.

M. le rapporteur, après avoir décrit cet appareil et le mécanisme de son fonctionnement, termine son rapport en déclarant que le mémoire et le cécirègle de M. Duvignau sont dignes de l'approbation et des encouragements de l'Académie, et en appelant sur ce travail l'attention de la commission des prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon. (L'Académie approuve.)

— M. F. de Tarade fait connaître un moyen qu'il croit très-propre à prévenir les accidents auxquels sont exposés les vignerons, surtout dans cette partie de leur travail qui consiste à retirer des cuves le marc de raisin. (Renvoi à la commis. du prix des arts insalubres.)

— M. le secrétaire perpétuel signale parmi les pièces imprimées de la correspondance, un album de la myologie superficielle du corps humain, par M. Lami. Cette nouvelle publication est le complément des études de l'auteur sur l'anatomie à l'usage des artistes, études dont les premiers résultats ont été l'objet d'un rapport favorable fait à l'Académie dans sa séance du 15 novembre 1858.

— M. Bertherand, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, prie l'Académie de vouloir bien comprendre la bibliothèque de cette École dans le nombre des établissements auxquels elle fait don de ses *Comptes rendus*. (Renvoi à la commission administrative.)

Traitement des douleurs névralgiques et des douleurs rhumatismales par la pommade au chlorure d'or et de sodium. — M. Charrière présente au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon, un mémoire *sur un nouveau mode de traitement des douleurs névralgiques et des douleurs rhumatismales au moyen de frictions avec la pommade de chlorure d'or et de sodium.*

« Mes essais, dit l'auteur, datent de 1855, et les premiers résultats obtenus ont été consignés dans le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, t. L, p. 357 et suivantes. Depuis cette époque, j'ai eu souvent recours à la même médication et avec un succès qui ne me permet pas de douter de son efficacité. La pommade que j'emploie se compose de 1 gramme de chlorure d'or et de sodium, incorporé dans 30 grammes de cérat de Galien. »

(Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Champignons comestibles. — M. Chevreul présente un magnifique groupe de champignons comestibles provenant de la culture du docteur Labordette.

Il rappelle que le docteur Labordette développe d'abord des champignons en mettant des spores sur une plaque de verre où il a répandu du sable et de l'eau.

Il choisit les individus les plus vigoureux, et c'est ensuite avec le mycelium de ceux-ci qu'il obtient des champignons dont l'Académie a un échantillon sous les yeux.

Voici comment est disposé le terrain sur lequel il opère :

Un sol humide, composé de terre végétale de maraîcher, placé dans une cave, est couvert :

1° D'une couche de 0,25 d'épaisseur de sable et de gravier de rivière;

2° D'une couche de plâtras de démolition de 0,15 d'épaisseur.

Il arrose ce sol avec de l'eau contenant 2 grammes d'azotate de potasse par mètre carré, après y avoir semé du mycelium; le groupe de champignons que je mets sous les yeux de l'Académie s'est développé en six jours.

L'action de l'azotate de potasse se fait sentir pendant six ans.

M. le docteur Labordette doit, de concert avec M. Cloëz, aide-naturaliste au Muséum, se livrer à des recherches expérimentales sur le développement si remarquable des champignons soumis à ce système de culture.

M. Riboli fait connaître, dans une lettre, les accidents qu'il a observés sur lui-même à la suite d'une saignée dans laquelle un rameau nerveux avait été entamé par la lancette; ces accidents, qui s'étaient aggravés au point de faire craindre au patient une attaque de tétanos, furent arrêtés presque instantanément par la section complète du rameau nerveux lésé.

(Commissaires précédemment nommés : MM. Velpeau, Jobert (de Lamballe), Civiale.)

Les obsèques de M. Scrive, inspecteur du service de santé de l'armée, dont nous avons annoncé la perte prématurée, ont eu lieu le 21 octobre, au milieu d'un grand concours de notabilités de l'armée, du corps de santé militaire et du corps médical. Trois discours ont été prononcés sur la tombe de notre regrettable confrère, par M. le baron H. Larrey au nom du conseil de santé, par M. le général Lebrun au nom de l'armée, et par M. Laborie au nom de la Société de chirurgie.

Nous sommes heureux de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs le discours de M. Larrey et celui de M. le général Lebrun, qui retracent les principaux événements de cette existence si courte et si dignement remplie, et apprécient les éminents services que M. Scrive a rendus à l'armée pendant sa trop courte carrière.

Discours prononcé par M. l'inspecteur baron Larrey.

Scrive (Gaspard-Léonard), né à Lille le 13 janvier 1815, appartenait à une honorable famille de l'industrie de cette ville. Appelé par goût à étudier la médecine, et par vocation à faire partie du corps de santé militaire, il y fut encouragé par de bienveillants appuis, et surtout par ses propres efforts.

Entré au service à dix-sept ans, en 1833, comme chirurgien élève à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, il y remporta le premier prix au concours de 1834.

Nommé chirurgien sous-aide vers la fin de cette année, au même hôpital, il en fut détaché à l'hôpital de Lyon pendant l'épidémie de choléra qui sévissait dans le midi de la France, passa l'année suivante au Val-de-Grâce, où il occupa la place de prosecteur d'anatomie, obtint en 1837 le premier rang au concours pour le grade d'aide-major, et fut envoyé aux ambulances actives de l'armée d'Afrique. Attaché notamment à l'hôpital de Douéra, qui formait alors un poste d'avant-garde, il y donna les preuves d'une aptitude chirurgicale faisant présager pour lui un bel avenir.

Il appartint d'abord au 7e léger, puis au 47e de ligne en 1838, et entra dans les hôpitaux en 1840. Placé en premier lieu à Strasbourg, après avoir concouru sans succès pour la chaire de professeur de pathologie chirurgicale à l'École du Val-de-Grâce, il fut plus heureux à peu de temps de là, en février 1841, dans un nouveau concours, pour les hôpitaux d'instruction, et fut nommé professeur à Lille, avec le grade d'aide-major de 1re classe.

Promu en 1844 chirurgien-major de 2e classe, et en 1847 de 1re classe au même poste, il quitta l'enseignement à l'époque de la suppression des hôpitaux d'instruction. Il passa en 1851 à l'hôpital de Valenciennes comme chef de service, et en 1852 il fut nommé médecin principal de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Oran.

M. Scrive était enfin à Mostaganem, en février 1854, lorsqu'il eut l'honneur d'être nommé chef du service médical du corps expéditionnaire envoyé en Crimée, et qui devait y devenir bientôt une nouvelle armée d'Orient. Il fut promu, dès le mois d'avril suivant, au grade de médecin principal de 1re classe, pour s'élever deux ans après au grade de médecin inspecteur, en récompense de ses excellents services et de sa prodigieuse activité pendant tout le cours de cette mémorable campagne.

Il en fut aussi doublement et dignement récompensé dans la Légion d'honneur, puisque, nommé chevalier à la fin de décembre 1854, il fut promu dès le mois d'août 1855 au grade d'officier, en même temps qu'il obtenait les insignes étrangers de commandeur de l'ordre turc du Medjidié, de chevalier compagnon de l'ordre anglais du Bain, d'officier de l'ordre sarde des Saints Maurice et Lazare, de l'ordre de Saint-Stanislas de Russie (2e classe) et de la médaille criméenne d'Angleterre, indiquant par ses quatre agrafes la part active qu'il avait prise à toutes les phases de l'expédition de notre vaillante armée depuis les premiers jours du départ de France jusqu'aux derniers temps de l'occupation en Crimée.

Scrive s'était déjà initié en Afrique au service de la chirurgie militaire : ce fut d'abord comme aide-major d'ambulance au combat d'Oued-Lalley, en décembre 1839; ce fut ensuite en 1840, à la prise de Cherchell, au passage du col de Téniah et à la prise de Médéah. Il s'était trouvé aussi avec le 47e aux postes les plus avancés de la Mitidjah, lorsque la guerre avec les Arabes tenait nos troupes constamment en alerte.

Comme chirurgien d'armée, Scrive possédait de précieuses qualités pour la pratique de l'art au milieu des vicissitudes de la guerre : il avait la force qui suffit à la plus rude tâche, l'activité qui multiplie les efforts, l'esprit inventif qui improvise les ressources, le savoir qui apprécie la nature du mal, le talent qui dirige ou assure les moyens d'y remédier, et la sollicitude qui pourvoit au succès des résultats.

Comme professeur de pathologie externe et de médecine opératoire aux hôpitaux d'instruction, il avait montré beaucoup d'aptitude pour l'enseignement, et le mérite de la méthode uni à l'instruction et à l'habileté. Il avait beaucoup travaillé afin d'y parvenir, sans avoir encore acquis cependant une partie de cette grande expérience qui devait compléter plus tard son savoir sur le vaste terrain de la Crimée.

Reçu docteur en médecine près la Faculté de Paris au mois d'août 1837, et nommé, vers la fin de sa carrière (en 1859), membre correspondant de la Société de chirurgie, Scrive a publié plusieurs travaux estimables, et fourni au conseil de santé d'utiles matériaux sur la médecine et la chirurgie militaires.

Dans sa *Relation médico-chirurgicale de la campagne d'Orient*, il retrace dès l'avant-propos les conditions difficiles au milieu desquelles se trouvait l'armée, les distances à franchir, les obstacles à vaincre et les maladies à supporter, épidémies plus désastreuses que toutes les blessures des batailles, la dyssenterie, le choléra, le scorbut et surtout le typhus, ce fléau destructeur des armées les plus fortes, entraînant avec lui, et même au loin, la contagion et la mort.

. . . .

Promu enfin au grade d'inspecteur du service de santé, M. Scrive, déploya dans l'exercice de ces fonctions toute l'activité, tout le zèle dont il avait fait preuve dans son importante mission en Orient; mais plus tard, et sans qu'il nous soit permis d'en rechercher ici les causes

(la plus probable était sans doute l'altération lente mais progressive de sa santé), notre collègue devint triste, inquiet, mécontent et découragé sans raison apparente, alors qu'il était parvenu, si jeune encore, à l'apogée de sa carrière.

Scrive était de haute taille, d'une constitution vigoureuse, d'une intelligence vive et d'un caractère à la fois doux et impétueux. Il s'inspirait des sentiments généreux d'un cœur droit et honnête; mais il se laissait aussi égarer par les entraînements d'une imagination trop ardente ou par les illusions de sa nature impressionnable.

Affecté d'une dyssenterie chronique dont il avait ressenti les premières atteintes en Crimée, au milieu des vicissitudes de cette campagne si longue et si pénible, notre malheureux collègue ressentait, depuis plus de deux années déjà, des troubles profonds dans sa santé; il avait même éprouvé quelques-uns des symptômes alarmants d'une maladie du foie, et, malgré l'énergie morale dont il était doué, il avait conçu de sa situation un grand chagrin.

Vivant presque isolé avec sa famille qui l'entourait de soins et de tendresse, dans une maison de campagne à Clamart, où il passait l'hiver et l'été, il souffrait aussi de ne pouvoir plus donner un libre essor aux élans de son organisation active, et cette souffrance-là devait aggraver son état.

La mort de Scrive a été aussi prompte que prévue. Préparée de loin, manifestement, par les fatales influences de la Crimée, menaçante il y a deux ans par une double maladie de l'intestin et du foie, plus imminente encore par une pleurésie récente et récidivée, elle a été brusquement produite par une affection cérébrale dont l'origine semble remonter aussi à cette glorieuse campagne dans laquelle notre regrettable collègue avait généreusement épuisé tous les efforts de son activité pour accomplir jusqu'au bout sa laborieuse et difficile mission.

Les regrets de tous les nôtres seront pour la mémoire de Scrive un témoignage de sympathie bien méritée. Puissé-je avoir été l'interprète fidèle de leurs sentiments dans ce dernier souvenir d'adieu!

Paroles prononcées par M. le général LEBRUN.

A ces paroles éloquentes que vous venez d'entendre, à ces éloges si légitimement acquis et si dignement accordés au rare talent, au savant, à l'homme de bien, permettez qu'à défaut d'une voix mieux autorisée ou plus élevée que la mienne, je vienne sur cette tombe, au nom de l'armée, ajouter un mot de reconnaissance et de très-douloureux regret.

Combien j'eusse voulu qu'au lieu de ma voix trop faible, vous eussiez pu entendre ici celle de trois de nos grandes illustrations militaires, qui, pour s'être succédé dans le commandement de notre armée d'Orient, ont vu de plus près que moi et auraient pu seules vous dire ce que cette armée a dû aux éminents services de celui qu'elle vient de perdre! Les maréchaux de Saint-Arnaud, Canrobert et Pélissier, apparaissant dans cette triste cérémonie pour déplorer cette perte, eussent pu seuls honorer la mémoire du docteur Scrive avec toute la considération dont elle mérite d'être entourée. Combien je regrette que la mort glorieuse de l'un et l'éloignement forcé des deux autres nous aient privés du bonheur de les entendre dire quelle confiance il avait inspirée à cette armée, quelle infatigable activité il y avait déployée, quelle énergie communicative, quels labeurs, quelles ressources dans la science, quelle puissance contre la mort et quels triomphes dans ses luttes avec elle!

Et après cette voix puissante de nos trois généraux en chef dont je viens d'évoquer le souvenir, que ne nous est-il donné d'entendre ici ce *Vox populi, vox Dei*, cette voix plus retentissante encore de ces 300,000 braves soldats, parmi lesquels tant de témoins reconnaissants de son dévouement, de ses efforts et de ses succès, parmi lesquels tant d'existences si bien protégées par lui, si miraculeusement arrachées à la mort!

Pas un des survivants de cette grande armée, Messieurs, qui ait oublié le vaillant organisateur de nos ambulances d'Orient; pas un qui ne vénère son souvenir, pas un qui ne se rappelle qu'arrivé le premier sur ce champ funèbre qui devint son glorieux champ de bataille, il ne le quitta que le dernier, alors que pas un n'y restait, ayant encore à réclamer des secours.

Pas un de ces survivants qui ne se souvienne avec reconnaissance que durant ces si longues années de rudes souffrances, dans cette lutte terrible où la mort se fit comme un jeu de multiplier ses moyens de destruction, ajoutant au feu de l'ennemi inclémence du climat, fatigues extrêmes imposées par le devoir, pestes de typhus et de choléra, jamais le *médecin soldat* ne manqua à sa tâche de science et d'humanité. Pas un qui ne se souvienne enfin que par son intelligente direction, par son énergie incomparable, par son exemple autant que par ses hautes lumières, le médecin en chef Scrive avait personnifié en lui, aux yeux de toute l'armée, cette noble phalange de jeunes docteurs qui s'élevèrent si haut dans son estime et son admiration, qu'elle les proclama les héros du dévouement, de l'abnégation, du plus vertueux courage, les dignes émules de nos héroïques soldats.

Faut-il ajouter à l'honneur de ces médecins et aussi à la gloire de l'humanité, que ces souvenirs et ces témoignages d'héroïsme ont été proclamés par l'armée que nous combattions en Crimée? Faut-il dire que, si je les pouvais interroger, des milliers de soldats russes, relevés avec les nôtres sur le terrain du combat, apportés mutilés dans nos ambulances, traités avec le même dévouement, joindraient leurs voix à celles de nos soldats et applaudiraient à mes paroles.

Chercherai-je à présent, Messieurs, un motif d'adoucissement au malheur qui frappe ainsi l'armée d'un coup aussi cruel qu'il était inattendu? . . . . . .

Je vois autour de ce cercueil, parmi les collègues de celui dont il renferme les restes mortels, parmi ses anciens collaborateurs et parmi ses élèves, de vaillants hommes aussi, de hautes intelligences, bien capables assurément d'attirer à elles et de conquérir la confiance d'une autre grande armée. Mais l'espoir qui repose sur ces hommes d'élite n'affaiblit point cependant la profondeur de nos regrets. C'est que les grands médecins d'armée, ainsi que les grands capitaines, sont, hélas! toujours trop rares pour la patrie. C'est qu'il ne suffit pas pour les faire, d'un mérite exceptionnel et d'un grand cœur, il faut encore qu'à ces indispensables qualités vienne s'adjoindre la consécration des grandes épreuves. Le médecin-inspecteur Scrive avait au plus haut degré les qualités dont je parle; il avait passé aussi par les plus difficiles épreuves, et c'est pour cela que j'affirme que ce vide qu'il va laisser dans l'armée sera un vide irréparable.

Puisse, Messieurs, l'écho de ces quelques paroles reconnaissantes arriver jusqu'à l'âme de celui qui me les a inspirées; puisse cet écho monter avec elle jusqu'au pied du trône de Celui qui, dans sa justice et sa miséricorde, recueille dans son sein ceux qui, dans leur trop fugitif passage sur cette terre, n'y ont laissé que des traces de leurs vertus, en se dévouant au bien-être de leurs semblables.

Adieu au nom de l'armée, brave Scrive; que Dieu te donne le bonheur éternel!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Dans la liste des mutations qui vont avoir lieu dans les services médicaux des hôpitaux de Paris, il s'est glissé une erreur que nous nous empressons de rectifier :

M. Woillez passe à la Salpêtrière et non à Lourcine;

M. Charcot, désigné comme devant passer à la Salpêtrière, va à Lourcine.

Il nous reste à indiquer encore les mutations suivantes :

M. Delpech, médecin de la Maternité, passe à l'hôpital Necker;

MM. Hervieux et Vulpian, médecins du Bureau central, sont nommés le premier à la Maternité, et le second à l'hospice La Rochefoucauld.

— Par arrêté du 23 octobre, sont maintenus en activité de service, jusqu'au 1er novembre 1862, près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, les agrégés dont les noms suivent :

1° *Section de physique, de chimie et de toxicologie* : M. Figuier (chimie organique);

2° *Section d'histoire naturelle médicale et de pharmacie*: MM. Lutz (pharmacie), Soubeiran (botanique), Réveil (zoologie et histoire naturelle médicale).

M. Grassi, agrégé libre de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est rappelé à l'activité près ladite Ecole (section de physique, de chimie et de toxicologie) jusqu'au 1er novembre 1862. Il sera attaché en cette qualité au service de l'enseignement de la physique.

— M. le docteur Willemin, inspecteur-adjoint des eaux de Vichy, qui a donné ses soins pendant la dernière saison à S. M. la reine Christine d'Espagne, vient d'être décoré de l'ordre royal de Charles III.

— Le corps professoral de l'université de Bruxelles s'est réuni le 15 de ce mois, sous la présidence de M. Verhaegen, pour procéder à l'élection d'un recteur pour l'année académique 1861-1862, ainsi qu'à l'élection de quatre délégués au conseil d'administration.

M. Deroubaix, professeur d'anatomie, a été élu recteur à l'unanimité des suffrages; il en a été de même pour M. Altmeyer, délégué pour la faculté de philosophie et lettres, M. Roussel pour la faculté de droit, M. Hannon pour la faculté des sciences et M. Rossignol pour la faculté de médecine.

Cette unanimité des suffrages témoigne de l'union du corps professoral, et est d'un bon augure pour les succès de l'université.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris rappelle qu'elle décernera dans le cours de l'année 1862 un prix de 1,500 fr. à l'auteur du meilleur mémoire inédit de *médecine pratique* ou de *thérapeutique appliquée*. Les mémoires devront être adressés à M. le docteur Henri Roger, secrétaire général, avant le 1er janvier 1862.

— L'administration des postes vient de faire paraître un tableau renfermant les notions générales sur le service.

Nous y voyons que, à dater du 1er janvier prochain, le poids maximum des lettres affranchies au moyen d'un timbre-poste de 20 centimes, sera porté de 7 grammes et demi à 10 grammes; celui des lettres affranchies par un timbre de 40 centimes sera de 15 grammes à 20, et ainsi de suite, relativement au poids des lettres et aux taux divers des timbres-poste.

L'affranchissement insuffisant d'une lettre fait considérer celle-ci comme non affranchie, et elle est taxée comme telle, déduction faite cependant de la valeur du timbre apposé.

L'administration recommande instamment de commencer la suscription d'une lettre par le nom du destinataire, et de la terminer par celui de l'endroit de destination. Le timbre d'affranchissement doit être, autant que possible, apposé à l'angle droit supérieur de la lettre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Lansier, né à Saint-Etienne-du-Bois (Vendée); *De l'étiologie des fièvres intermittentes.*

Chauvel, né à la Guadeloupe (Morne-à-l'Eau); *De la pelvi-péritonite blennorrhagique chez la femme.*

Maunoir, né à Genève (Suisse); *Essai sur le diagnostic et le traitement des kystes de l'ovaire.*

Plu, né au Grand-Lucé (Sarthe); *Conseils aux mères sur l'hygiène de la première enfance.*

Velasco, né à Bérinas (république de Venezuela); *Du typhus d'Amérique, tel qu'on l'observe dans la ville de Maracaïbo, république de Venezuela (Amérique du Nord).*

Daguenet, né à Plancher-les-Mines (Haute-Saône); *Quelques considérations sur le glaucome.*

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Les élèves en médecine qui se sont fait inscrire pour concourir aux places d'externes dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sont invités à se présenter au bureau du secrétariat (n° 14) de l'administration de l'Assistance publique pour y retirer leur carte d'admission.

Ces lettres seront délivrées tous les jours, de onze heures à trois heures.

Une belle collection de la *Gazette* depuis son origine (1828), reliée, et les années 1834, 1835, 1836, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1850, 1855, sont à vendre au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

J. A. MAURIZOT. **De la vision distincte à des distances variables**, au point de vue physiologique et au point de vue pathologique. Une brochure grand in-8°. Prix : 2 fr. Paris, chez Louis Leclerc, libraire, place de l'École de Médecine, 14.

Hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires, ou du Régime envisagé comme moyen thérapeutique, par M. le docteur J. B. FONSSAGRIVES, médecin en chef de la marine, etc. In-8° de 628 pages. Prix : 8 fr. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

ISSARTIER. **De l'alcoolisme moderne**, étude sociale sur le poison à la mode en France. Brochure in-8°. Prix : 1 fr. Chez Louis Leclerc, rue de l'Ecole de Médecine, 14.

De la valeur de la respiration saccadée comme signe du début de la tuberculisation pulmonaire, par M. L. COLIN, professeur agrégé à l'Ecole impériale de médecine militaire. In-8° de 14 pages. Prix : 75 c. Chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

Traité clinique et pratique des maladies des enfants; par MM. BARTHEZ, médecin du Prince impérial et de l'hôpital Sainte-Eugénie, et RILLIET, ancien médecin en chef de l'hôpital de Genève. 2e édition, 2e tirage. Trois vol. in-8°. Prix : 25 fr. — A Paris, chez Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le Journal ne paraîtra pas samedi.

PARIS, 30 OCTOBRE 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. le docteur Vernois, candidat pour la section d'hygiène et de médecine légale, a donné lecture d'un mémoire dont le sujet intéresse à la fois l'une et l'autre de ces deux sciences. La plupart des états manuels laissent au bout d'un certain temps d'exercice leur empreinte sur la main ou sur telles autres parties du corps qui subissent journellement les pressions mécaniques des instruments de travail, ou les actions chimiques des réactifs usités dans les diverses professions industrielles ou artistiques. Ces traces plus ou moins indélébiles, ces stigmates qui trahissent en quelque sorte les habitudes et constituent comme le cachet professionnel de chaque individu, ont déjà plus d'une fois servi à éclairer la justice dans des questions d'identité, surtout depuis les remarquables recherches faites sur ce sujet il y a une douzaine d'années par M. Tardieu, et rappelées par M. Vernois. Mais, depuis cette époque, de nouvelles industries se sont produites, les instruments de travail se sont encore multipliés, et, avec cet accroissement de la main-d'œuvre, les lésions dont il s'agit sont devenues elles-mêmes plus nombreuses et plus variées.

Il était donc possible, même après le beau travail de M. Tardieu, de parcourir utilement le même champ d'observation, et il y avait lieu d'en reculer encore les limites, en appelant sur ces diverses lésions les bénéfices de l'hygiène.

Tel est le double but que s'est proposé M. Vernois dans ce mémoire, qui embrasse la revue de presque toutes les industries et de la plupart des professions où la main intervient d'une manière plus ou moins immédiate. De la vaste collection de faits particuliers et épars que renferme ce travail, l'auteur a déduit des lois générales susceptibles de se traduire tôt ou tard en d'utiles applications pratiques.

En un mot, ainsi que M. Vernois l'a formulé dans les conclusions générales de son mémoire, il a « tenté par la collection et par l'analyse de cette masse de faits, d'indiquer à l'hygiène publique ce qu'il y a à faire pour atténuer les inconvénients ou les dangers de beaucoup d'industries et à la médecine légale les caractères à l'aide desquels elle pourra souvent, dans les questions d'identité, éclairer la religion des magistrats et la conscience des jurés. »

Avant cette lecture, M. Barth, au nom d'une commission dont il faisait partie avec MM. Louis et Regnault, a lu un rapport officiel ayant pour objet la rédaction d'instructions destinées à servir de guide à M. le docteur de Pietra-Santa, chargé par M. le ministre d'Etat de la mission d'étudier les séjours de Pau, de Cannes, de Menton et de Nice, au point de vue de l'influence de ces localités sur les affections chroniques de la poitrine. Les instructions rédigées par M. Barth peuvent être considérées comme le programme le plus complet et le plus général à la fois des indications auxquelles doivent se conformer les savants qui se vouent à l'étude si utile et si digne d'intérêt de la topographie et de la climatologie médicales. — Dr Brochin.

DE LA DIÈTE RESPIRATOIRE.

La pulvérisation des liquides médicamenteux fut presque un événement en médecine ; du moins elle y a fait grand bruit, et des adhésions de pure confiance l'élevèrent bientôt à la fortune d'une méthode thérapeutique. L'enthousiasme a un facile accès chez nous ; il n'est donc pas surprenant qu'on se soit mis à pulvériser toutes les eaux minérales, à pulvériser l'Océan ; on tenta même de pulvériser tout contradicteur de l'idée nouvelle. La ferveur s'éteint habituellement comme elle s'allume, aussi la méthode des pulvérisations à peine inaugurée dans le domaine de la pratique, s'écroule-t-elle en ce moment sous les atteintes accablantes d'une juste réaction. Cela devait être, car tout ce que fonde l'illusion ne peut avoir une longue durée.

Avant d'exalter les mérites d'un agent médicinal quelconque, il est de logique élémentaire de prouver la possibilité et la réalité de ses effets. Ainsi, avant d'affirmer que les maladies du poumon guérissent ou sont avantageusement modifiées par un liquide poudroyé, il faut qu'il soit bien établi que ce liquide arrive jusqu'à cet organe en s'engageant dans les ramifications bronchiques. Or il est démontré aujourd'hui que cette pénétration n'a pas lieu (1), et que par conséquent l'inhalation n'atteint pas son but. Telle est la conclusion qui vient d'être notifiée à l'Académie de médecine; conclusion formulée par moi en un autre temps. J'ai déjà signalé, en effet, à M. Sales-Girons le côté défectueux de quelques-unes de ses conceptions scientifiques, et en particulier de celle dont il est présentement question; mais de ma part rien ne le touche, rien ne l'éclaire; et de quelque façon que lui arrive la vérité, il semble en faire cas comme de figues après Pâques. Se voit-il enveloppé par l'évidence, notre confrère esquive volontiers la réplique, ou bien il se dérobe par quelque détour à lui seul connu; et si parfois il accepte la controverse dans le sens où elle lui est offerte, il la manie avec tant de dextérité, trouble l'eau si à propos, qu'on s'épuise à le poursuivre, et qu'il faut l'abandonner avant de pouvoir le saisir.

Je renonce donc à la tâche difficile de démontrer à M. Sales-Girons tout ce qu'il y a d'exagéré ou d'impossible dans les applications thérapeutiques qu'il a voulu faire des liquides pulvérisés; je laisse à d'autres la gloire de le persuader. Néanmoins, je veux risquer aujourd'hui encore une entreprise de même ordre; mais c'est à l'Académie, cette fois, que je prends la liberté de soumettre quelques observations relatives à l'un de ses votes que sans doute elle a oublié depuis longtemps. Il s'agit *de la diète respiratoire*, telle que la comprend M. Sales-Girons, et telle qu'elle a été acceptée, en tant que vue théorique, par l'Académie de médecine.

Rappelons aux courtes mémoires les idées qui ont pris corps sous le titre *de diète respiratoire*.

Suivant M. Sales-Girons, l'air vif, pur, normal, qui est bon pour les poitrines bien constituées et bien portantes, devient nuisible dès que les voies respiratoires sont envahies par la maladie, et cela parce que l'oxygène, *ami des tissus sains, est l'ennemi des tissus lésés :* dans l'état actuel de la science, ce gaz joue le rôle nuisible qu'on sait sur les lésions à découvert ou à ciel ouvert.

L'oxygène est une cause d'exaspération et d'entretien pour les lésions des voies respiratoires. La nature entière confirme ce résultat, et la preuve, c'est que l'atmosphère n'a que des faveurs pour le fruit tant qu'il est sain ; mais qu'il soit piqué par un insecte ou qu'il soit atteint par la moindre contusion, il devient alors la proie de l'agent qui préside à la fermentation et à la putréfaction.

Il suit de là que dans les affections de poitrine, la première

(1) Notre savant collaborateur voudra bien nous permettre de placer ici une petite réflexion au sujet de cette proposition, dont nous sommes obligé de lui laisser la responsabilité. Tant que nous n'avions pu juger les faits par nous-même, en présence des résultats contradictoires énoncés par divers expérimentateurs, nous ne pouvions que rester dans la sage réserve du doute, et en appeler de nos incertitudes au jugement d'une commission compétente; c'est ce que nous avons fait. Mais depuis que M. Demarquay a bien voulu répéter devant nous les expériences dont il a entretenu l'Académie de médecine, il ne nous est plus permis de mettre en doute la réalité de la pénétration des liquides pulvérisés dans les bronches. Que des expériences faites peut-être dans des conditions différentes aient eu des résultats négatifs, cela ne saurait en rien affaiblir à nos yeux la valeur des résultats positifs acquis. On pourrait trouver au besoin, dans les faits exposés dans ce numéro même par M. le docteur Auphan (voir le compte rendu de l'Académie de médecine), une explication plausible des contradictions apparentes qui existent entre les résultats des mêmes expériences. Mais, nous le répétons, nous ne pouvons plus admettre la non-pénétration comme un fait démontré.

Quant aux conséquences pratiques du fait et aux applications thérapeutiques qu'on en a déduites, nous n'entendons nullement les trancher *ipso facto;* et nous les livrons à l'habile dialectique et à l'expérience clinique de notre collaborateur. (*Note du Rédacteur en chef.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires, et du régime envisagé comme moyen thérapeutique ; par M. le docteur J. B. FONSSAGRIVES, médecin en chef de la marine, professeur à l'École de médecine de Brest (1).

Depuis une trentaine d'années surtout, l'étude de l'hygiène a pris un immense développement. Hygiène publique, hygiène privée, hygiène spéciale des diverses professions, il n'est pour ainsi dire pas une des nombreuses divisions de cette branche des connaissances médicales qui n'ait fait l'objet d'un ou de plusieurs traités, de dictionnaires, de monographies de toute espèce, de volumes, de mémoires ou de brochures. Dans ces derniers temps, on a fait quelques essais ayant pour but de systématiser l'application des moyens de l'hygiène à la thérapeutique. Aujourd'hui, le livre que nous avons sous les yeux est une étude complète de l'hygiène des malades et des convalescents, envisagée au seul point de vue de l'alimentation. Il est l'œuvre d'un homme déjà bien connu du monde médical par d'importants travaux d'hygiène, et qui occupe dans la marine impériale un des grades les plus élevés, de M. Fonssagrives, le savant auteur de l'*Hygiène navale,* dont à l'époque de sa publication tous les organes de la presse médicale se sont accordés à faire l'éloge, et duquel nous avons nous-même signalé l'incontestable utilité et les mérites réels.

Après l'hygiène préventive, l'hygiène curative, trop négligée de nos jours, suivant M. Fonssagrives, et dont il expose ainsi les avantages : « Nous nous sommes proposé, dit-il, de faire l'inventaire raisonné des ressources que le régime offre à l'art de guérir, soit comme moyen principal ou accessoire de guérison des maladies, soit comme moyen de remplir les indications des convalescences, ou enfin de diminuer les dangers et les souffrances d'un état valétudinaire habituel... Notre but sera pleinement atteint si, sans amoindrir en rien le rôle des médicaments, nous démontrons que la thérapeutique peut trouver dans l'hygiène et en particulier dans le régime, aussi bien que dans la matière médicale, des armes d'une incontestable puissance, et faire, sous ce rapport, à la médecine ancienne des emprunts fructueux. Sans accepter servilement le joug de la tradition ancienne, il est bon que le progrès aille s'y retremper parfois comme à une source vive qui donne à ses aspirations et la force sans laquelle elles n'atteignent pas leur but, et la mesure sans laquelle elles s'en proposent un chimérique. Tout l'avenir de la thérapeutique est dans l'étroite union de l'hygiène et de la matière médicale. »

Avant d'aller plus loin, que M. Fonssagrives nous permette de lui chercher une petite chicane sur une des propositions qu'il émet dans le passage que nous venons de citer. Certes il est bon de respecter les anciens, de les admirer dans ce qu'ils ont écrit et fait de bon ; mais notre éminent confrère ne pousse-t-il pas un peu loin le culte du passé au point de vue de l'hygiène ? Nous pensons, tout au contraire, nous, que c'est surtout sous le rapport de l'hygiène que l'humanité a fait d'immenses progrès ; et une des preuves entre cent que nous pourrions en donner, c'est la disparition de quelques-unes de ces immondes maladies, de ces lèpres, de ces désastreuses épidémies dont aujourd'hui nous ne connaissons pas d'analogues, et qui n'étaient, pour beaucoup, engendrées que par la malpropreté la plus sordide, par l'inobservance la plus absolue des lois de l'hygiène tant publique que privée. Rendons aux anciens la justice qui leur est due ; mais rappelons-nous l'adage : *Major e longinquo reverentia,* et sachons ne voir dans quelques phrases des maîtres de l'art ancien que ce qui y est en effet, quelques principes salutaires entrevus çà et là, et trop peu mis en pratique par les masses incultes et insoucieuses auxquelles ils s'adressaient. S'il fallait admettre que l'on fût plus avancé en hygiène il y a cinq ou six siècles qu'à notre époque, ce serait à désespérer du progrès et de la perfectibilité humaine.

Passons à l'examen du livre en lui-même et d'abord au plan que l'auteur a adopté. L'hygiène alimentaire est divisée en quatre livres.

Dans le premier, M. Fonssagrives envisage successivement et séparément les éléments du régime dans leur nature, leurs qualités savoureuses et hygiéniques, et dans les préparations diverses qu'ils peuvent subir pour être appropriés à l'alimentation. Deux sections comprennent, l'une les boissons subdivisées en médicamenteuses et alcooliques, l'autre les aliments proprement dits, viandes, farines et fécules, corps gras, fruits, légumes et condiments ; pour ces derniers nous eussions, pour le dire en passant, préféré les voir contenus dans une troisième section ou dans un appendice, car ils ne constituent pas par eux-mêmes des aliments.

Chacun des paragraphes correspondant à un des matériaux du régime est une étude succincte et complète de cet aliment ; il est peu d'ouvrages d'hygiène, même des plus volumineux, dans lesquels on puisse espérer trouver de plus salutaires conseils et de plus judicieuses appréciations. Cependant, et malgré sa longue expérience, nous attaquerons encore l'auteur sur un petit fait de détail au sujet duquel nous ne saurions être d'accord avec lui : c'est sur le lait, et surtout sur le *café au lait,* cette exécrable nourriture de la grande majorité des femmes en France. Avec la plupart des hygiénistes, M. Fonssagrives regarde le lait comme l'aliment *complet* par excel-

(1) Un vol. in-8° de XXVII-660 pages. Chez J. B. Baillière et fils.

indication thérapeutique à remplir c'est de se précautionner contre l'oxygène, c'est-à-dire d'en atténuer la quantité et la qualité jusqu'à la convenance voulue.

Le goudron est, parmi les corps organiques, celui qui jouit au plus haut degré du pouvoir d'envelopper l'oxygène, d'en diminuer la proportion et d'en modifier les propriétés, si bien que dans l'air chargé de vapeurs de goudron le phosphore ne brûle pas, et il s'opère une petite diminution dans la quantité primitive de l'oxygène atmosphérique contenu dans le flacon qui sert à l'expérience.

Une fois en possession du moyen de modifier la quantité et la qualité de l'air respirable, M. Sales-Girons s'est appliqué à trouver le procédé pratique le plus simple, le plus commode et le plus avantageux. Il a imaginé pour cela un *cache-nez* ou *respirateur* goudronné, petit appareil qui permet aux malades de transporter partout avec eux une atmosphère curative, et les dispense d'aller chercher au loin un air plus doux ou moins vif que celui du pays natal.

Un autre avantage qu'offre le cache-nez goudronné, et qu'il ne faut pas omettre dans le compte de ses vertus, c'est que, sans s'en apercevoir, on peut le garder pendant le sommeil.

Les maladies de poitrine ont été regardées jusqu'à ce jour comme les plus difficiles à traiter; mais avec le *respirateur goudronné*, elles seront désormais les plus faciles.

Le *respirateur* n'est pas recommandé contre la phthisie seulement; il peut encore avoir des résultats salutaires contre le catarrhe sec ou muqueux, l'emphysème pulmonaire, le coryza, l'angine diphthérique, le croup, etc.

Enfin, *des exemples* prouvent que les hommes de lettres ou de science, munis du cache-nez pendant qu'ils lisent ou qu'ils écrivent, s'épuisent moins qu'à l'ordinaire.

M. Sales-Girons résume ainsi les données fondamentales de sa découverte : l'air inspiré ne contient plus que 19 ou 20 pour 100 d'oxygène, après avoir traversé les mailles du cache-nez goudronné; de toutes les substances dites spécifiques contre la phthisie, le goudron est la seule qui ait résisté à la double épreuve des siècles et des systèmes.

L'honorable M. Bouillaud, chargé de rendre compte du mémoire de M. Sales-Girons, termine son rapport en ces termes : « Sous le double point de vue de la science et de l'art, l'auteur, une fois de plus, a bien mérité de l'Académie. En conséquence, Messieurs, nous vous proposons d'adresser une lettre de remerciments à M. Sales-Girons, et de renvoyer son mémoire au comité de publication, tout en regrettant que ce travail pêche par le défaut d'observations particulières, et en engageant l'ingénieux auteur à combler cette lacune ».

Les conclusions du rapport de M. Bouillaud furent mises aux voix et adoptées.

Nous eussions bien volontiers joint notre adhésion à celle de l'Académie, si, de prime abord, quelques-unes des assertions que nous venons de rappeler ne nous avaient point paru suspectes. Déjà M. Guibourt, immédiatement après la lecture du rapport de M. Bouillaud, avait mis en doute la propriété attribuée au goudron *de modifier* l'oxygène atmosphérique; et M. Chatin, de son côté, trouvait qu'on s'était trop hâté de donner des éloges au nouvel appareil respiratoire de M. Sales-Girons.

Pour tout dire, ajoutons que M. Guibourt, après avoir contesté l'incombustibilité du phosphore dans l'air confiné et chargé des émanations du goudron, a reconnu plus tard que ces émanations modifient réellement, en l'atténuant, l'action de l'air sur le phosphore. Il est à regretter que le savant académicien ne nous ait rien appris de plus, et que nous ne sachions pas de lui s'il est vrai de dire que le goudron change la nature et les proportions de l'oxygène atmosphérique.

Ce que M. Guibourt n'a point fait, nous avons osé l'entreprendre, et voici à quels résultats ont abouti les expériences exécutées par MM. Fleury et Figuier, pharmaciens aides-majors au Val-de-Grâce.

La lumière qu'émet le phosphore dans l'obscurité cesse complétement, a dit M. Guibourt, si on plonge le corps dans un bocal dont l'air est *saturé* par les émanations du goudron. Cela est parfaitement exact; mais nous n'avons pas à nous occuper de ce qui se passe à huis clos entre le goudron et le phosphore; la question est tout autre au point de vue pratique où se place M. Sales-Girons. Il s'agit, en effet, de savoir si les mêmes réactions se produisent pendant le court instant où l'air inspiré traverse le cache-nez goudronné; or nous croyons pouvoir affirmer qu'il n'en est rien, et pour s'en assurer il suffit d'une expérience très-simple.

Après avoir fait choix d'un tube à renflement médian, on dépose dans ce renflement une certaine quantité de goudron frais; de l'air, chassé au moyen d'un soufflet ordinaire, passe sur ce goudron maintenu à une température de 28 à 29 degrés, et se rend par un tube recourbé dans une cloche remplie de mercure. L'air ainsi recueilli a une légère odeur de goudron; le phosphore y brûle mal, mais la nature et la proportion de l'oxygène n'y sont point changées, ce que prouvent l'ozonomètre ainsi que l'analyse eudiométrique.

Ainsi la doctrine de M. Sales-Girons, adoptée par l'Académie, se trouve théoriquement en défaut, à notre avis du moins. Il se peut toutefois que nos expériences ne soient pas décisives, parce qu'elles manquent de quelque condition essentielle d'exactitude. En ce cas nous supplions l'Académie de vouloir bien rectifier nos conclusions; c'est son devoir et son honneur, puisque c'est d'elle qu'émane toute vérité en médecine. Jusqu'à ce qu'il plaise à l'honorable Compagnie de déférer à ce vœu, nous croyons devoir maintenir comme péremptoire le résultat des vérifications faites au laboratoire du Val-de-Grâce.

M. Sales-Girons prête beaucoup à l'air goudronné, comme agent thérapeutique contre les maladies des voies respiratoires, et, selon lui, la merveilleuse efficacité de cet agent serait due aux modifications chimiques qu'il a subies. Pour nous, l'air goudronné ne vaut que par les émanations balsamiques dont il est chargé. On imaginera sans doute en vue de ce mode d'action quelque chose de plus satisfaisant que le respirateur, qui dans l'état actuel n'offre pas tous les avantages qu'on lui attribue : nous en parlons d'expérience. En effet, si on le garnit de goudron frais, semi-liquide, l'odeur de celui-ci devient promptement insupportable pour le malade, et l'aspect de sa face se trouve en outre singulièrement compromis. Cet appareil ne comporte donc, sous le rapport de la commodité, que l'emploi du goudron sec ou pour le moins très-consistant, et l'on sait que sous cette forme il émet très-peu de principes volatils.

Nous venons de signaler et de combattre quelques-unes des propositions souscrites par l'Académie; mais il y a au-dessus de la critique un arbitre irrécusable, c'est le succès. Si la diète respiratoire guérit la phthisie, que ne le prouve-t-on par des exemples? Au lieu de cela, M. Sales-Girons bouleverse les notions les plus élémentaires de chimie et de physiologie, pour créer une théorie conforme à ses pressentiments; le cadre est habilement orné, mais il reste vide. — Dr Champouillon.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Hardy.

Traitement de l'eczéma (1).

(Leçon rédigée et publiée par M. Pihan-Dufeillay, interne du service.)

Après l'arsenic vient le *soufre*, dont on a fait un énorme abus, qu'on a administré sans raison à toutes les périodes des eczémas, et qu'on a considéré, bien à tort, pendant de longues années comme la panacée universelle des maladies de la peau. A la première et à la seconde période de l'eczéma, le soufre est encore plus nuisible que l'arsenic; comme lui, ce n'est qu'au troisième degré de l'affection qu'il manifeste ses propriétés utiles. Tandis que l'arsenic est le meilleur agent thérapeutique des eczémas francs, des lichens et des impétigos chroniques, le soufre s'administre contre les eczémas pityriasiques, alors qu'une desquamation furfuracée et sans cesse renouvelée annonce le passage d'un eczéma aigu à l'état de pityriasis chronique. Dans cette variété de l'eczéma, le soufre réussit mieux encore que l'arsenic.

On le prescrit sous forme de poudre (soufre sublimé), de pastilles et enfin d'eaux minérales naturelles dont le malade absorbe un ou deux verres par jour. Les eaux que nous employons le plus volontiers en boisson sont celles d'Enghien, de Labassère, des Pyrénées, d'Aix-la-Chapelle, de Saint-Gervais, d'Uriage. C'est surtout chez les sujets à tempérament lymphatique qu'est indiquée la médication par le soufre, après l'avoir fait précéder de l'administration des reconstituants et avoir déjà modifié la constitution par l'usage des toniques et des analeptiques. Il serait imprudent de cesser cette thérapeutique aussitôt après la disparition des phénomènes herpétiques, et il est de règle de la prolonger quelque temps encore après leur guérison complète.

Les *alcalins* sont, au dire de MM. Devergie et Cazenave, des médicaments dont l'usage interne serait souvent suivi d'un plein succès. Pour nous, nous ne pouvons nous empêcher de douter de l'efficacité de cette thérapeutique; peut-être serait-elle d'une certaine valeur dans le traitement de l'eczéma lichénoïde, mais sa principale indication réside dans les cas où les accidents cutanés coïncident avec des troubles gastriques, des dyspepsies, des gastralgies. Ils modifient heureusement les affections des voies digestives et facilitent souvent par là l'amélioration de l'eczéma.

M. Bazin emploie la médication alcaline interne toutes les fois qu'il doit combattre un de ces eczémas qu'il attribue à l'arthritis. Nous avons déjà discuté longuement cette doctrine, et en terminant nous ajoutons que toutes les objections qu'on lui opposerait demeureraient à nos yeux comme non avenues, si la guérison par un traitement spécial anti-arthritique confirmait les opinions de notre collègue. Malheureusement cette dernière preuve n'est en aucune sorte mieux fondée que celles qu'on a tirées de la symptomatologie de l'affection et des antécédents du malade. Les préparations et les sirops alcalins essayés maintes fois par nous dans des eczémas qui offraient tous les caractères types de l'arthritisme ont échoué, et dans ces éruptions, aussi bien que dans celles qui offraient une physionomie dartreuse indiscutable, l'arsenic seul a pu juger la maladie et l'amener à guérison.

A côté de ces agents empruntés au règne minéral nous citerons une préparation officinale tirée du règne animal, la seule du reste que ce règne fournisse à la thérapeutique des dartres. C'est la *teinture de cantharides*, médicament vanté par M. Devergie comme un véritable spécifique du lichen invétéré, l'une des variétés d'ailleurs les plus tenaces de l'eczéma. Nous croyons que les vertus de cette liqueur ont été beaucoup trop exaltées par notre collègue, et pour notre compte nous ne la connaissons que par les insuccès qu'elle nous a fournis. Nous persistons donc aujourd'hui, plus encore qu'autrefois, à dénier aux préparations de cantharides la valeur que leur a attribuée dans le traitement du lichen M. Devergie, d'accord sur ce point avec les opinions professées par M. Ricord.

On a encore usé dans le traitement de l'eczéma d'une foule de médicaments qu'il serait trop long d'énumérer ici; nous avons rappelé les seuls qui soient de quelque valeur, il est donc inutile de charger la mémoire des noms de substances parfaitement inertes.

Nous devons cependant prémunir le lecteur contre l'abus de certains moyens qui non-seulement ne guérissent ni n'amélio-

(1) Suite et fin. — Voir le n° du 24 octobre dernier.

lence; il le recommande, avec beaucoup de médecins, comme le premier aliment à donner aux convalescents; nous aussi nous avons eu longtemps cette croyance, et il n'a pas moins fallu que les sévères leçons de la pratique et de l'expérience pour nous en faire revenir. Que de fois n'avons-nous pas vu, chez un convalescent qui digérait fort bien le bouillon, du lait accordé à ses supplications déterminer des indigestions et de la diarrhée? aussi ne le permettons-nous que dans des cas très-rares et tout à fait exceptionnels.

Quant au café au lait, que notre savant confrère admet, quand les deux principes constituants sont de bonne nature, comme un aliment *très-sain* et très-savoureux, nous avouons que nous sommes du grand nombre des médecins qui le condamnent de la façon la plus énergique, comme un mélange essentiellement indigeste et peu réparateur, devenant la cause de ces dyspepsies, gastralgies et états chloro-anémiques, si fréquents chez les jeunes femmes. Combien d'entre elles ont vu leur santé complétement dérangée par ce déjeuner du matin, ce *café au lait*, qui, disent-elles, les soutient jusqu'au soir, tandis qu'un morceau de viande rôtie, un beefteck ou une côtelette, ne les soutiennent que quelques heures. Pour nous, la seule différence est que la viande est digérée rapidement, tandis que l'indigeste breuvage reste dans l'estomac sans pouvoir être absorbé. Du médecin de marine nous en appelons à M. le docteur Fonssagrives, lorsque dans quelques années, devenu inspecteur du service de santé, il se fixera dans quelque grande ville où il exercera la médecine civile.

Le second livre est consacré aux voies et modes d'alimentation, à l'ordonnance des repas et au régime hospitalier. On lira avec intérêt dans la première section de ce livre des considérations intéressantes sur l'alimentation indirecte, c'est-à-dire par des voies insolites, les lavements nutritifs par exemple, sur l'alimentation artificielle, soit volontaire, chez des sujets que des blessures ou des maladies quelconques empêchent d'avaler les aliments, soit forcée chez les aliénés atteints de sitiophobie.

L'ordonnance des repas, comprenant leur nombre et les heures auxquelles ils doivent être donnés, est déterminée avec le plus grand soin dans les diverses circonstances de l'état de maladie ou de convalescence, accompagnée de ces sages préceptes que l'on demande toujours au médecin, et qu'on ne suit jamais; mais ce que nous recommandons à l'attention toute particulière des lecteurs, c'est le chapitre consacré au régime hospitalier, dans lequel on trouvera une étude comparative excessivement intéressante et curieuse du régime des hôpitaux civils et des hôpitaux militaires, aussi bien que des mêmes établissements chez les principales nations étrangères. De cette étude résulte pour nous la conviction que nos hôpitaux civils ont encore beaucoup à faire pour atteindre le degré, nous ne dirons pas de *comfort*, mais seulement de convenance et de propreté nécessaires au prompt rétablissement de la santé. Nous avons été heureux, entre autres observations, de voir M. Fonssagrives blâmer, avec l'autorité de l'expérience la plus incontestée, l'usage des vases d'étain, gobelets, écuelles, pots à tisane, toujours malpropres malgré les frottements les plus multipliés, et qu'il serait si facile de remplacer par des assiettes et des pots de faïence et par des verres, toujours préférables, fût-ce du verre le plus commun.

Les deux derniers livres de l'ouvrage montrent en M. Fonssagrives un physiologiste et surtout un pathologiste aussi habile qu'il s'était montré hygiéniste instruit dans les deux premières parties. Et, en effet, c'est à l'homme dans ses diverses conditions d'âge, de constitution, etc., qu'il s'attaque, et il le suit dans la convalescence des maladies aiguës ou chroniques, médicales ou chirurgicales, comme aussi dans les conditions les plus variées du valétudinarisme.

Les régimes exclusifs, la diète sèche, par exemple, la diète végétale, la diète animale, la diète lactée, forment le sujet de la dernière section, dans laquelle, au sujet de plusieurs maladies répétées jusqu'à présent incurables, l'auteur émet des espérances que, peut-être à tort, nous ne pouvons, hélas! partager; nous ne croyons à la guérison de la phthisie ni par l'iode, ni par le chlorure de sodium, ni même par l'hypophosphite de soude; mais nous nous retrouvons d'accord avec M. Fonssagrives lorsqu'il se résume en disant qu'il s'agit après tout bien moins de guérir la phthisie que de *faire durer* les phthisiques, et que tous les moyens sont bons qui ont pour résultat de relever les forces, de ranimer l'appétit et de rendre la nutrition plus facile et plus complète.

Avec son *hygiène navale*, l'hygiène *alimentaire* de M. Fonssagrives le place décidément sans conteste à un rang fort honorable parmi les hygiénistes modernes. Peut-être aurions-nous à lui adresser le léger reproche d'avoir quelquefois cédé, nous en sommes persuadé, au préjugé le plus répandu en faveur de certains aliments indigestes, et que le vulgaire continue, nous ne savons pourquoi, à considérer comme de la plus facile assimilation; le lait, par exemple, les viandes blanches, le veau, le poulet, etc. Nous espérons que dans une seconde édition, il osera battre en brèche ce que nous persistons à nommer des préjugés. Mais il n'en est pas moins certain qu'il a fait une œuvre remarquable, pratiquement utile, éminemment savante et scientifique, et qui a cependant ce rare avantage, qu'on pourrait la mettre sans danger entre les mains des gens du monde, si friands de tout ce qui touche à la médecine.

Dr A. Foucart.

Du sort des médecins de régiment, par M. Armand de Laporte. Grand in-8°, 15 pages. Prix : 1 fr. Chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

rent l'eczéma, mais dont l'unique résultat est trop souvent de l'aggraver et l'entretenir.

En première ligne nous citerons toutes ces tisanes et ces sirops rafraîchissants et dépuratifs dont les gens du monde, les charlatans et quelques médecins font un si malheureux usage. Les bois sudorifiques et la salsepareille, qui forment la base de la plupart de ces arcanes, sont complétement inertes à la période de chronicité de l'eczéma, tandis que les principes qu'ils contiennent, joints à ceux des diverses substances qu'on leur associe d'ordinaire, sont réellement nuisibles pendant la période d'acuité des éruptions.

Il en est de même de l'iodure de potassium, que certains médecins administrent à tout hasard, et grâce auquel nous voyons chaque jour des éruptions d'abord bénignes et dont la guérison eût été rapide, s'exacerber, s'étendre, prendre de vastes proportions, et devenir des affections qui ne cèdent qu'avec peine à un traitement rationnel et prolongé.

Nous rappellerons encore l'hydrocotyle asiatique, médicament autour duquel on a fait grand bruit, que MM. Devergie, Cazenave et Hillairet ont expérimenté, puis préconisé après des essais insuffisants, et sur le compte duquel nous sommes aujourd'hui entièrement désillusionné. M. Bazin et moi avons toujours échoué par son emploi, aussi bien dans l'eczéma que dans la lèpre, dont on l'avait également considéré comme le remède spécifique. Notre collègue dans cet hôpital, M. Hillairet, qui l'avait tout d'abord prôné après quelques expérimentations, est actuellement de notre avis, et ne considère plus, ainsi que nous, l'hydrocotyle que comme une substance parfaitement inerte et insignifiante.

4° Nous venons de passer en revue les principaux agents de la médication perturbatrice : reconstituants, arsenic, soufre, alcalins, teinture de cantharides, etc. ; à eux seuls ils suffisent pour guérir les affections dartreuses ; cependant pour accélérer la marche des phénomènes, pour modifier l'état local, pour tempérer ou pour exciter l'activité des surfaces malades, on combine l'action des médicaments internes avec l'emploi d'agents locaux, de topiques, dont on a de tout temps abusé, mais qui peuvent néanmoins en certaines occasions nous rendre des services réels.

Répétons ici ce que nous avons déjà dit tant de fois : au début des eczémas, pendant leur période d'acuité, c'est-à-dire à l'époque où les vésicules et les pustules s'élèvent sur les surfaces malades, se développent et se groupent, tout topique autre que les poudres inertes absorbantes, les cataplasmes et les lotions émollientes, est funeste ; toute pommade, quelle qu'elle soit, aggrave l'éruption. Ce n'est qu'à la fin de la deuxième période, à l'époque du passage de l'eczéma à l'état chronique, et pendant cette dernière période, que les topiques cessent d'être nuisibles et deviennent même utiles.

Les pommades que nous employons le plus fréquemment sont, en première ligne, les pommades mercurielles (à l'oxyde rouge, au sublimé, au calomel, au nitrate). Ce sont du reste là les bases de la plupart des pommades secrètes qui s'affichent et se vendent si impudemment sur les places publiques et même dans quelques officines patentées. Notons toutefois une différence capitale entre la composition de ces remèdes et celle des pommades que nous prescrivons. Dans les uns, on a prodigué sans mesure la substance active, et il en résulte des exacerbations violentes, des généralisations de l'éruption, des retours presque constants à la période d'acuité ; dans nos formules, au contraire, nous dosons avec une grande parcimonie l'agent médicamenteux, et au lieu d'unir les sels de mercure à l'axonge dans la proportion d'un dixième ou d'un quinzième, comme le font les fabricants de pommades secrètes, nous ne formulons jamais au delà de 5 à 40 centigrammes de sels médicamenteux pour 20 à 25 grammes d'excipient, c'est-à-dire dans une proportion qui varie du cinquantième au quatre centième. Nous employons encore avec succès dans certaines circonstances les *lotions au sublimé*, que nous mêlons à l'eau distillée dans la proportion d'un millième ou d'un douze centième.

L'*huile de cade* unie à l'axonge, et surtout à la glycérine et à l'amidon cuit dans une proportion qui varie du cinquième au vingtième du poids de la pommade formulée, nous a été parfois d'un utile secours en ramollissant et assouplissant la peau dans les lichens invétérés.

Le *soufre* s'utilise également dans des pommades dans la composition desquelles nous faisons entrer pour un soixantième ou un quatre-vingtième :

Fleur de soufre.	40 à 50 centigrammes.
Excipient.	30 grammes.

A l'extérieur comme à l'intérieur, le soufre est surtout indiqué contre les pityriasis suite d'eczéma à la période de desquamation.

Toutes ces pommades agissent d'autant plus efficacement que les surfaces malades sont plus atoniques et que le sujet est doué d'un tempérament scrofuleux, chez lequel il faut exciter et accélérer la réaction toujours lente à se produire et facile à disparaître. Mais, en règle générale, qu'on se souvienne que la peau chez les dartreux est très-sensible et qu'elle s'enflamme sous l'influence d'irritations extérieures qui eussent passé inaperçues chez des sujets sains et exempts de la diathèse herpétique.

Il est un autre genre de topiques dont on a fait grand usage dans les affections dartreuses : ce sont les *bains*. Emollients dans le premier et le second degré de la maladie, ils doivent être légèrement excitants au troisième.

Dans les formes sèches et papuleuses de l'eczéma, dans le lichen, les bains alcalins modèrent le prurit et accélèrent la guérison, pour peu qu'on ait la précaution de les formuler de manière à leur conserver leur propriété faiblement excitante, en se gardant bien de lui substituer une action irritante.

Il en est des bains sulfureux comme des bains alcalins ; ils ne doivent contenir qu'une faible dose de matière active, si l'on veut en obtenir une action efficace sur la cure des maladies dartreuses ; il faut, du reste, les réserver autant que possible pour la période de sécheresse et de desquamation pityriasique des eczémas.

5° A ces moyens divers, il faut en ajouter un autre d'une extrême puissance dans le traitement des eczémas chroniques : c'est l'usage des eaux minérales naturelles. Parmi les stations auxquelles nous envoyons nos malades, nous citerons les eaux de Saint-Gervais, pour les dartres franches ; les eaux d'Uriage, de Bagnères, pour les dartres entées sur un tempérament scrofuleux ; les eaux de Louesch, pour les formes chroniques et invétéréos qu'il faut faire repasser à l'état aigu pour obtenir quelques chances de guérison. L'action de ces eaux et le choix des stations est un sujet fort vaste et bien digne d'intérêt, que nous ne faisons que mentionner en ce moment, et auquel nous consacrerons ailleurs une étude approfondie.

6° Il est enfin une condition essentielle qui favorise la guérison, éloigne les récidives, et sans laquelle il n'y a pas d'amélioration possible, c'est l'hygiène. Nous la résumerons en quelques mots, puisqu'elle consiste à éviter les causes morbides dont nous avons fait précédemment une longue énumération. Se soumettre à un régime alimentaire spécial, éviter les mets épicés, les viandes noires, les aliments trop fortement azotés, les boissons excitantes, les coquillages, les poissons et les fruits indigestes ; prendre un sommeil nocturne suffisant et régulier, éviter les excès de toutes sortes, de vin, de table, de travail, de fatigue physique ; abandonner, s'il est possible, toute profession qui prédispose aux éruptions cutanées ; tel est l'ensemble des conditions qui permettront aux sujets atteints d'eczéma d'obtenir une amélioration rapide, de diminuer l'intensité des récidives, et parfois même de les éloigner tellement, qu'on pourrait presque admettre la guérison réelle de l'affection.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES. — AVORTEMENT. — GUÉRISON.

Deux faits récents viennent de remettre en question l'avortement provoqué comme remède aux vomissements incoercibles de la grossesse. Le premier, observé par M. Hergott (de Strasbourg), se trouve relaté dans la *Gazette médicale*.

Primipare, quarante ans. Au troisième mois, alors que M. Hergott a vit, intolérance presque absolue des remèdes et des aliments. Tous les moyens ordinaires ayant échoué, malgré des améliorations passagères, et la femme étant dans une prostration extrême, le pouls à 130, la bouche chaude et acide, qui sont les trois phénomènes essentiels capables d'inspirer au médecin ce moyen extrême, M. Hergott provoqua l'avortement en introduisant dans le col un petit morceau d'éponge préparée à la ficelle. Des contractions se manifestèrent le soir même, et, trois heures après, un fœtus mâle de 12 centimètres de long fut expulsé avec les membranes, qui ne présentaient pas d'altération appréciable. La femme perdit fort peu de sang, et il n'y eut qu'un vomissement jusqu'au lendemain. L'oppression pénible et anxieuse des jours précédents disparut ; le bouillon, puis les aliments solides furent bien supportés, et cinq jours après l'opération elle était en pleine convalescence, et se levait au bout de treize jours.

Le second, observé par le docteur Bubola, est consigné dans la *Gazette médicale de Venise*.

Femme de trente ans, mariée depuis neuf, enceinte pour la cinquième fois, dont deux avortements à trois et quatre mois. Vomissements opiniâtres, avec douleurs d'estomac au deuxième mois ; rejet des solides et des liquides aussi bien le jour que la nuit. Oppression pénible du creux de l'estomac, nausées continuelles, et après un mois de souffrances, émaciation générale. Au toucher, développement normal de l'utérus, sans altération de tissu ni de situation. Les opiacés, les antispasmodiques sous toutes les formes, le froid à l'épigastre, les bains de siége, la pepsine, la teinture d'iode, furent entés en vain ; seule la potion de Rivière amena une amélioration passagère au début.

L'état s'aggravant de jour en jour : voix presque éteinte, langue rougeâtre, soif continue, pouls petit et fréquent, abaissement de la chaleur du corps, insomnie, agitation, douleur à l'épigastre, météorisme de l'abdomen, le docteur Bubola se décida à provoquer l'avortement après en avoir référé au célèbre accoucheur Pastorello, de Padoue ; mais le 18 mai, avant sa réponse, l'avortement spontané eut lieu. Les vomissements diminuèrent le jour même et graduellement jusqu'au cinquième, où il n'y en eut plus qu'un seul. L'usage de la pepsine et des toniques rétablit les forces, et cinquante jours après cette femme avait repris ses occupations.

La cessation rapide des vomissements justifie complétement l'emploi de ce moyen extrême, et nous doutons fort que l'oxalate de cérium, préconisé il y a deux ans par le professeur Simpson, d'Edimbourg, contre les vomissements des femmes enceintes, aurait eu le même succès dans ces deux cas. C'est une poudre blanche, granuleuse, inodore et insipide, insoluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, mais facilement soluble dans l'acide sulfurique. Néanmoins, M. Lée, qui l'a administré depuis à la dose de 5 à 10 centigr. aux derniers mois de la grossesse, dans des cas rebelles aux moyens habituellement employés, tels que créosote, acide prussique, glace, sous-nitrate de bismuth, etc., dit l'avoir trouvé très-efficace. C'est que probablement les vomissements dépendaient d'une altération fonctionnelle de l'estomac ou de ses annexes, ou du moins l'emploi heureux de ce médicament dans la dyspepsie atonique, faisant disparaître les nausées et revenir l'appétit, est en faveur de cette supposition. Il ne saurait donc remplacer l'avortement provoqué.

(*Union médicale*).

QUININE DANS L'ANASARQUE SCARLATINEUSE.

Par M. le docteur HAMBURGER.

Ce praticien a administré ce médicament dans quarante-sept cas, et dans quarante-quatre une amélioration eut lieu immédiatement ou dans l'espace d'un petit nombre de jours ; dans trois cas seulement il n'y eut aucun changement ni en bien ni en mal. Les effets observés sont : une diminution des symptômes fébriles de la période subaiguë, l'augmentation de la sécrétion urinaire qui devient plus claire, la résorption des liquides épanchés, même la résolution d'abcès déjà formés, le retour de l'appétit et des forces. L'urine, cependant, continue à être albumineuse pendant quelque temps, mais cela ne fait pas obstacle aux progrès de la convalescence.

D'après le résumé que le docteur Hamburger donne de ses observations, c'est dans la forme chronique de l'hydropisie scarlatineuse que l'action de la quinine donne les meilleurs résultats et se manifeste avec le plus de rapidité : dans les cas de cet ordre, l'amélioration se produit presque immédiatement après les premières doses. Au commencement, aussi longtemps que dure la période aiguë, l'emploi de la quinine peut être différé pendant quelques jours, si le danger n'est pas pressant.

Dans plusieurs occasions, le docteur Hamburger a vu l'état du malade rester le même pendant plusieurs jours, ou même empirer graduellement, l'urine prenant une coloration plus foncée et les épanchements devenant plus considérables. La quinine était-elle alors donnée hardiment, un heureux résultat en était la conséquence. Si une amélioration marquée ne se manifeste pas au bout de trois ou quatre jours de l'administration du médicament, il faut le supprimer ; mais, même dans ce cas, il ne devrait pas être regardé comme dépourvu d'utilité, car il paraît agir sur la spécificité de la maladie.

La dose est de 1 demi-grain à 2 grains, deux fois par jour pour les enfants, et de 3 à 4 grains pour les adultes. Pendant l'usage de la quinine, il faut surveiller le régime avec beaucoup d'attention, un soin tout particulier devant être pris de ne pas fatiguer le canal intestinal, très-irritable, par une surcharge d'aliments et de boissons.

(*British med.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 octobre 1861. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémies adressés par MM. les docteurs Bolun (de Dôle) et Schlésinger (de la Ferté-sur-Aube) (commission des épidémies) ;

2° Un rapport de M. le docteur Gay, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Alban (Loire).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° M. le docteur Beck (de Saint-Pétersbourg), soumet à l'examen de l'Académie une sonde uréthrale de son invention (commissaire, M. Civiale) ;

2° M. le docteur Delabarre, dentiste, adresse une note sur les avantages du charbon de seigle pulvérisé comme dentifrice ;

3° M. Noël Pascal (des Basses-Alpes) adresse un mémoire intitulé *Des divers effets curatifs de l'alcoolé de guaco pour le pansement des plaies*.

Dans le courant du mois de mai 1860, M. Pascal soumit au jugement de l'Académie de médecine un mémoire *sur les propriétés antivénériennes de l'alcoolé de guaco* (mikania guaco, plante de la famille des synanthérées) ; ce mémoire fut déféré à l'examen d'une commission.

Depuis cette époque, plusieurs chirurgiens distingués, et particulièrement MM. Adolphe Richard et Bauchet, professeurs agrégés de la Faculté de médecine, E. Humbert, médecin du treizième arrondissement, Melchior Robert, chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille, ont avec succès prescrit cet agent dans le pansement des plaies non spécifiques. Les observations recueillies par ces savants praticiens et les appréciations de M. Diday, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, à Lyon, ont fait l'objet d'un nouveau mémoire *nouvellement* adressé par M. Pascal à l'Académie.

Dans une note citée par M. Pascal, M. Bauchet dit « qu'ayant fait usage de l'alcoolé de guaco pour le traitement des plaies non spécifiques, il n'a eu qu'à se louer de cet emploi. Dans un cas d'*ophthalmie blennorrhagique*, il a employé les injections et les lavages de cet alcoolé étendu d'eau (le fait s'est présenté à la Pitié), et ces injections ont immédiatement modifié la sécrétion et arrêté les accidents. Dans d'autres cas, où les plaies présentaient un mauvais aspect, ces lavages ont modifié les surfaces en suppuration, et le bourgeonnement a été plus actif. »

Suivant l'opinion de M. Bauchet, l'usage de l'*alcoolé de guaco* ne doit pas être réservé exclusivement pour les *plaies et ulcères spécifiques*. « Il ne connaît pas de topique liquide qui puisse lui être comparé, grâce à la modification qu'il imprime immédiatement aux plaies. »

M. le docteur Melchior Robert, qui a prescrit cet alcoolé dans le traitement des plaies *gangréneuses, pseudo-membraneuses et virulentes*, et dans un cas de pourriture d'hôpital très-bien caractérisé, « affirme que l'alcoolé de guaco a, dans ces divers cas, une action qu'aucun autre agent ne possède. »

M. le docteur Humbert cite cinq cas de guérison d'ulcères chro-

niques des jambes chez des vieillards, « où les méthodes habituelles de traitement avaient depuis longtemps échoué. »

M. Richard, qui a largement expérimenté cet alcoolé dans son service de Lourcine, contre la vaginite rebelle, porte sur ce topique une appréciation favorable et conforme à celle de M. Diday.

Le premier mémoire de M. Pascal se trouve ainsi complété par plus d'une année de nouvelles expériences et d'observations sérieusement recueillies à Paris, à Lyon et à Marseille. Les résultats obtenus par les expérimentateurs consciencieux que nous avons cités, ont permis à M. Pascal d'affirmer que l'*alcoolé de guaco* serait utilement placé dans la matière médicale.

4° M. le docteur Auphan, médecin inspecteur des eaux d'Euzet, adresse une note relative à la question de la pénétration de l'eau pulvérisée dans les bronches.

Au lieu d'examiner si l'eau pulvérisée pénètre ou ne pénètre pas dans les bronches, l'auteur a pensé qu'il serait bon de s'assurer s'il est facile de retrouver dans les bronches un liquide quelconque qui y aurait été introduit mécaniquement. Deux expériences ont été instituées dans ce but. Elles ont consisté à introduire ou à injecter dans l'appareil respiratoire de deux lapins, par une ponction pratiquée à la trachée-artère, une solution concentrée d'iodure de potassium. Le premier lapin ayant été sacrifié dix minutes après l'expérience, aucune trace d'iodure de potassium n'a pu être décelée ni sur la membrane de la trachée et des bronches, ni dans le tissu propre du poumon. La solution acide d'amidon cuit n'a déterminé qu'une coloration bleue, peu sensible chez le second lapin. » Ces expériences, dit M. Auphan, ne prouvent rien pour ou contre la pénétration de la poussière liquide dans l'appareil pulmonaire ; mais elles démontrent clairement que si l'eau pulvérisée pénètre dans les bronches, il est très-difficile d'en constater la présence par des réactions chimiques, tant est rapide l'absorption qui se fait par le poumon. » (Commission des eaux minérales.)

RAPPORT.

Instruction. — M. BARTH, en son nom et au nom de MM. Louis et Regnauld, donne lecture d'*Instructions devant servir de guide pour l'étude d'une localité au point de vue de son influence sur les affections chroniques de la poitrine.*

S. E. M. le ministre d'État se proposant de confier à M. le docteur de Pietra-Santa une mission ayant pour objet d'étudier les séjours de Pau, d'Hyères, de Cannes, de Menton et de Nice, au point de vue de l'influence de ces localités sur les affections chroniques de la poitrine, a fait demander à l'Académie de vouloir bien lui transmettre les instructions qui lui paraîtraient de nature à diriger utilement M. de Pietra-Santa dans ses recherches. C'est en réponse à cette demande que la commission, par l'organe de son rapporteur, a rédigé les instructions qui font le sujet de ce rapport.

Les notions les plus essentielles pour déterminer la valeur d'une station au point de vue sanitaire, et spécialement son influence sur les affections chroniques de la poitrine, dit M. le rapporteur, sont de deux sortes : les unes concernant les conditions physiques d'une localité, telles que sa latitude, son élévation au-dessus du niveau de la mer, son exposition vers le pôle ou l'équateur, la température, les vents, et autres éléments servant à déterminer la bonté du climat; les autres concernant plus spécialement l'état sanitaire de la contrée, et mentionnant les maladies dominantes de la population indigène, et la proportion des affections chroniques de la poitrine dans la mortalité générale. Ces notions trouveraient leur complément le plus désirable et la démonstration même de ce qu'il s'agit de rechercher dans une statistique bien faite et suffisamment nombreuse, de la proportion des guérisons constatées ou des améliorations obtenues chez les malades venus d'autres localités.

M. le rapporteur entre dans les détails de chacune des notions du premier groupe relatives à la latitude et aux diverses conditions climatériques accessoires qui en dépendent; à la topographie, aux dispositions géologiques, hydrologiques et météorologiques, etc., puis il ajoute : « Il serait intéressant de joindre aux documents qui précèdent une appréciation de la composition de l'air tant sous le rapport de ses éléments appréciables par l'analyse chimique, que sous celui de ses altérations sensibles seulement par leurs effets sur l'économie et dépendant des agents impondérables qui peuvent en altérer la pureté. »

Il recommande également l'étude de la flore, ainsi que celle des espèces animales des pays chauds naturelles ou acclimatées dans la contrée qu'il s'agit d'apprécier. Viendraient ensuite l'étude et la description de la ville elle-même. Dans un autre chapitre, on étudiera successivement la qualité et l'abondance des eaux potables, les produits du sol, la qualité des matières alimentaires, les ressources de l'importation, etc.

Les notions du deuxième groupe comprennent plus particulièrement les observations pathologiques capables de déterminer l'état sanitaire du pays, et devront signaler successivement et d'une manière aussi exacte que possible l'existence ou l'absence de maladies endémiques, la fréquence ou la rareté des maladies épidémiques, la nature et la gravité de celles qui s'y montrent le plus souvent, les affections sporadiques habituelles ou prédominantes, et notamment la rareté des scrofules et de la phthisie pulmonaire chez les habitants du pays.

Il serait éminemment utile de pouvoir compléter ces documents par une approximation de la durée moyenne de la vie, par des relevés statistiques sur les causes de décès, et principalement sur la part proportionnelle des affections chroniques de la poitrine dans la mortalité générale.

C'est après l'étude et la méditation de ces éléments divers, dit M. le rapporteur en terminant, que l'auteur pourra utilement tirer de ces recherches quelques conclusions valables concernant l'influence d'un séjour plus ou moins prolongé dans une localité sur diverses espèces de maladies, et en inférer quelles sont les différentes formes d'affections chroniques de la poitrine auxquelles ce climat sera le plus salutaire.

Ces instructions sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

Main industrielle et artistique. — M. LE D[r] VERNOIS, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, lit plusieurs extraits d'un mémoire ayant pour titre : *De la main industrielle et artistique*, ou des maladies et des modifications que subissent *obligatoirement* la main surtout, et d'autres points de la surface du corps pendant l'exercice des diverses industries et professions, travail écrit au double point de vue de l'hygiène publique et de la médecine légale, avec un atlas de planches.

Ce mémoire, d'une grande étendue, se divise en trois parties.

Dans la première, à la suite des prolégomènes, l'auteur donne l'histoire analytique très-détaillée de 144 industries ou professions, dont les stigmates sont plus ou moins appréciables sur la main ou les autres points du corps. Sous les deux titres, *signes et causes*, il offre les circonstances qui doivent attirer surtout l'attention des médecins. C'est à cette partie que sont joints les dessins ou peintures des cas les plus dignes de remarque.

La deuxième division comprend l'histoire générale des lésions ou modifications observées dans les 144 cas. M. Vernois a suivi pour les exposer l'ordre anatomo-physiologique. Il décrit donc successivement les altérations observées à l'épiderme, au derme, aux ongles, aux poils; dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les vaisseaux, dans les ligaments, les tendons, les muscles, les articulations, les os. Il s'occupe spécialement des modifications de couleur, d'odeur, de caloriﬁcation, d'interposition de poussières, et des lésions de sensibilité. Pour faciliter cette étude, M. Vernois a donné des tableaux indiquant par nature de professions le siége, le nombre et souvent la forme des lésions de l'épiderme et du derme; la liste des bourses séreuse (d'origine industrielle), et celle des corps étrangers qui, sous forme de poussières, peuvent être recherchés à la surface de la peau, sous les ongles, dans les cheveux, la barbe et les vêtements même de l'ouvrier.

La troisième partie est consacrée à l'interprétation et à la détermination de la valeur des *signes* relatés. C'est un chapitre de médecine légale destiné à éclairer toutes les questions d'*identité*. Il se termine par les conclusions suivantes :

Il suit de ces réflexions que les caractères pathognomoniques des lésions causées par l'exercice des diverses industries ou professions appartiennent :

1° A la constatation bien nette d'altérations isolées, et toujours localisées dans un point connu d'avance, de l'épiderme ou du derme (durillons, callosités);

2° A l'usure, à l'élongation spiralisée, ou à la coloration, accidentelle ou permanente, d'un, de plusieurs ou de tous les ongles de la main;

3° A certaines colorations ou à certaines odeurs de la main, des pieds ou de tout le corps;

4° A la présence d'une bourse séreuse accidentelle (d'origine industrielle);

5° Enfin, à la constatation chimique ou physique de certaines poussières organiques ou inorganiques, reconnues par une analyse rigoureuse et extraites des substances recueillies, soit directement, soit par lavage, dans les plis de la peau, des mains, des pieds, sous les ongles, dans les cheveux, la barbe, ou à la surface des vêtements.

Tous les autres *signes* considérés *seuls* n'indiquent rien d'absolument positif; mais unis deux à deux ou en plus grand nombre, ils s'élèvent souvent à la puissance d'un caractère de premier ordre.

M. Vernois a tenté de constituer une espèce de monographie des lésions imprimées par l'industrie à la main de l'ouvrier et de l'artisan, et de tirer de cette étude les considérations applicables aux progrès de l'hygiène publique et à l'éclaircissement des questions d'*identité* en médecine légale.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la commission des prix des eaux minérales.

En rendant compte dans le dernier numéro des obsèques de M. Scrive et des discours qui ont été prononcés sur sa tombe, nous avons omis de dire que nous ne rapportions qu'un extrait seulement du discours de M. Larrey. Dans l'impossibilité où nous nous sommes trouvé de le reproduire en entier, nous avons dû nous attacher particulièrement aux détails biographiques qui pouvaient faire connaître à nos lecteurs les principaux événements de la carrière de M. Scrive.

Dans le nombre des coupures qui ont été faites, il en est une qui a été le résultat d'une erreur que nous tenons à constater ici; c'est celle d'un passage dans lequel l'honorable inspecteur du service de santé s'était plu à reproduire l'appréciation faite par les plus hautes autorités de l'armée des services rendus en Crimée par notre regretté confrère.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Goupil n'ayant pu accepter les fonctions de juge au concours de l'externat, a été remplacé par M. Chauffard. Le jury se trouve donc constitué de la manière suivante :

MM. Axenfeld, Hervieux, Laboulbène, Jamain et Trélat, *juges titulaires*; MM. Chauffard et Dolbeau, *juges suppléants*.

Nous rappelons que le concours commencera lundi prochain 4 novembre, et que les élèves seront admis sur la présentation de leur lettre ou de leur carte d'admission. — Le nombre des candidats est de 326.

— M. le docteur Derecq, médecin en chef de l'hôpital de Moulins, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— A la suite du concours ouvert le 1[er] de ce mois à l'Ecole de médecine navale de Rochefort, les nominations suivantes ont été proposées à la sanction de l'Empereur :

Pour le grade de *chirurgien professeur* : M. Duplouy, chirurgien de 1[re] classe;

Pour le grade de *chirurgien de 1[re] classe* : MM. les chirurgiens de 2[e] classe Aze (service du port), Deperche (service des colonies);

Pour le grade de *chirurgien de 2[e] classe* : MM. les chirurgiens de 3[e] classe Le Conte, Merlaux dit Ponty, de Fornel, Bon;

Pour le grade de *chirurgien de 3[e] classe* : MM. Mercier, Gilbert, Couillaud, étudiants.

— La souscription au buste du professeur Forget sera fermée le 1[er] décembre prochain. Chaque souscripteur recevra une notice biographique et scientifique du défunt, précédée de son portrait et suivie de la liste des souscripteurs.

De la tuberculose, ou de la phthisie pulmonaire et des autres maladies dites scrofuleuses et tuberculeuses, étudiées spécialement sous le double point de vue de la nature et de la prophylaxie, par M. le docteur L. PERROUD. (Ouvrage couronné par la Société impériale de médecine de Bordeaux.) Paris, 1861. Un volume in-8°. Prix, *franco* par la poste, 5 fr. Chez F. Savy, 20, rue Bonaparte.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 129. — SAMEDI 2 ET MARDI 5 NOVEMBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 129. — SAMEDI 2 ET MARDI 5 NOVEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE (M. Laveran). Observation de méningite spinale, suivie de roideur des extrémités inférieures, d'oblitération des veines crurales et d'œdème des membres inférieurs. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 28 octobre. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 23 octobre. — Nouvelles.

PARIS, 4 NOVEMBRE 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

Depuis longtemps séance n'avait été aussi féconde en communications médicales. Pour ne parler que des plus importantes, soit par leur sujet, soit par le nom de leurs auteurs, nous devons mentionner en tête : la présentation faite par M. Velpeau d'un nouvel ouvrage, l'*anatomie chirurgicale*, qu'il vient de publier de concert avec M. Béraud; une note de M. Sédillot, sur l'opération du bec-de-lièvre compliqué d'une double fissure nasale, par un nouveau procédé chéiloplastique; la lecture d'un mémoire sur les tissus contractiles et la contractilité, par M. le professeur Rouget (de Montpellier). Ajoutez à ces trois communications un mémoire de M. Paillot, sur l'amputation des amygdales dans l'angine couenneuse; une nouvelle note de M. Beau, sur les mouvements du cœur et leur succession, en réponse au dernier mémoire de MM. Chauveau et Marey sur cette question; une note de M. Pappenheim, sur les nerfs des tendons; une lettre de M. Landouzy, sur la valeur de l'égophonie dans la pleurésie, plus divers envois destinés aux commissions de prix, et vous aurez un contingent assez respectable de travaux médico-physiologiques.

Un mot seulement au sujet de la lettre de M. Landouzy, que nous avons déjà rapportée dans le numéro du 24 octobre, et qui est rappelée dans le compte rendu d'aujourd'hui. On se souvient que M. Landouzy, dans un précédent travail, a cherché à établir que l'épanchement thoracique n'est que la cause indirecte des modifications qui surviennent dans la respiration ou dans la voix. Dans cette lettre il s'est proposé de donner sa signification réelle à l'égophonie, qui, suivant lui, indiquerait seulement le fait de la compression du poumon, que cette compression soit produite par un liquide ou par une couche pseudo-membraneuse.

Cette proposition, comme toutes celles qui tendent à faire considérer comme erronés des signes auxquels on avait accordé jusque-là une valeur à peu près univoque, devait naturellement provoquer des défiances, malgré l'autorité si légitimement acquise de son auteur. Aussi avons-nous reçu à ce sujet d'un de nos jeunes confrères, M. le docteur Pruez-Latour, médecin à Tardets (Basses-Pyrénées), les réflexions suivantes, que nous croyons devoir soumettre à M. Landouzy lui-même :

« Et d'abord, pour le premier fait invoqué par M. Landouzy (l'augmentation de l'égophonie au fur et à mesure de la sortie du liquide épanché et sa persistance plus accentuée plusieurs jours après la ponction), la quantité de liquide ne peut-elle pas être assez considérable pour ne pas vibrer sous l'influence de la parole? L'égophonie peut n'apparaître ou ne devenir bien marquée que lorsque la ponction a réduit le liquide interposé entre les plèvres à une lame assez mince, condition sinon nécessaire, du moins très-favorable à la production du phénomène.

» Pour le deuxième fait (la diminution de l'égophonie dans les mêmes circonstances et sa disparition complète dans quelques cas après la ponction), la ponction peut très-bien enlever l'épanchement d'une manière complète et ne pas laisser entre les plèvres la condition matériellement nécessaire à la production de l'égophonie.

» Quant à la présence de fausses membranes pouvant, d'après M. Landouzy, donner lieu à l'égophonie, je crois, au contraire, qu'elles l'empêchent dans les points qu'elles occupent. L'oreille de l'observateur aura été trompée par la transmission du phénomène produit, selon les conditions ordinaires, en un autre point placé plus haut, plus bas ou sur les côtés de la région auscultée, la ponction pouvant laisser au-dessus des fausses membranes et retenue par elles une certaine quantité de liquide.

» Pour ce qui concerne la théorie de M. Landouzy, en supposant le tissu pulmonaire encore sain, que la compression vienne de l'intérieur ou de l'extérieur, la condensation sera toujours la même, quoique traduite par des signes différents. La compression venant de l'intérieur, comme dans la pneumonie, par exemple, s'annoncera par de la bronchophonie; celle venant de l'extérieur par de l'égophonie; mais dans ce dernier cas, nous avons à tenir grand compte du liquide interposé entre le point comprimé et l'oreille de l'observateur.

» La valeur des conclusions de M. Landouzy me semble singulièrement diminuée par ces observations, et je crois que l'explication de Laënnec doit rester comme la seule véritable. »

Dr Brochin.

HOPITAL Mre DU VAL-DE-GRACE. — M. LAVERAN.

Observation de méningite spinale, suivie de roideur des extrémités inférieures, d'oblitération des veines crurales et d'œdème des membres inférieurs.

(Recueillie par M. BEAUMETZ, aide-major stagiaire.)

La question des maladies de la moelle est une de celles qui doivent être soumises à une vérification constante, soit en vue d'ouvrir au diagnostic et à la thérapeutique la voie d'interprétations fondées sur les progrès de la physiologie pathologique, soit en vue de confirmer les doctrines admises.

C'est à ce titre que nous croyons devoir publier l'observation suivante, recueillie dans le service de M. le professeur Laveran; elle a pour objet un cas de méningite spinale chronique avec contracture des membres inférieurs, suivie de l'oblitération des veines; observation confirmative de la doctrine exposée par Lallemand et Ollivier (d'Angers), dont il importe peut-être de confirmer l'exactitude au moment où l'attention est attirée par les travaux sur les paralysies réflexes de M. Brown-Séquard et les paralysies nerveuses et rhumatismales.

P..., âgé de trente-deux ans, voltigeur au 3e régiment de la garde, entre au Val-de-Grâce le 14 septembre 1860. Il a toujours joui d'une excellente santé jusqu'au début de la maladie dont il est porteur, et dont il raconte ainsi le début.

Ayant fait la campagne d'Italie et supporté avec vigueur les fatigues qu'elle a entraînées, P... commença à éprouver, quinze jours environ avant sa rentrée en France, des douleurs lombaires violentes, qui ne l'empêchaient pas de continuer son service, bien qu'il ressentît en même temps de la faiblesse dans les membres inférieurs et une constriction pénible à la base de la poitrine.

Entré une première fois à l'hôpital le 6 septembre 1859, il accusait surtout alors une sensibilité exagérée des membres inférieurs, une irritabilité excessive qui provoquait des contractures dans les membres inférieurs sous l'influence de la moindre excitation; roideur permanente des membres inférieurs, douleurs lombaires exacerbantes. La marche était presque impossible, bien que le malade pût se tenir debout; la miction et la défécation s'accomplissaient assez bien.

Envoyé successivement en congé de convalescence et aux eaux thermales de Bourbonne, P... entra au Val-de-Grâce dans le service de M. le professeur Laveran, le 14 septembre 1860, dans l'état le plus déplorable.

Les membres inférieurs sont dans un état exagéré de flexion; la cuisse gauche, comprimée par la cuisse droite, a déprimé les parois abdominales; le scrotum est comme étranglé par l'entrecroisement des membres; hyperesthésie de toute l'étendue des membres inférieurs; douleurs lombaires exacerbantes; insomnie; cris continuels; les urines sont rendues volontairement, mais l'anxiété, l'agitation du malade, l'empêchent de réclamer les secours de l'infirmier; constipation; appétit diminué; circulation régulière. Les membres sont excitables à l'électricité; l'électrisation est très-douloureuse.

On essaye en vain de provoquer l'extension des membres; le malade ressent de telles douleurs, jette de tels cris, qu'il est indispensable de le soumettre à l'action du chloroforme pour ramener violemment les membres à l'état d'extension, et les placer dans la gouttière de Bounet, de Lyon.

Cette opération amène un peu de calme, permet de soumettre à des pansements méthodiques les régions abdominale et scrotale, excoriées par la compression des membres fléchis. Néanmoins la contracture lutte énergiquement contre les moyens d'extension. Les membres restent le siége d'une telle hyperesthésie, que le moindre contact provoque des cris déchirants. Au bout de onze jours cependant, on peut lever l'appareil; bien que les membres, et surtout le gauche, aient de la tendance à une flexion exagérée, il suffit de les fixer au pied du lit pour modérer le mouvement de flexion. Rougeurs érysipélateuses, plaques gangréneuses autour du scrotum, des fesses et du bassin; œdème des deux membres inférieurs, s'élevant jusqu'aux parois abdominales, qui sont successivement envahies; inflexion du tronc sur le côté droit; diarrhée; faiblesse croissante; état général pitoyable.

Au 1er janvier 1861, tout le segment inférieur du tronc et toute l'étendue des membres inférieurs sont le siége d'une infiltration séreuse considérable; les veines superficielles de la région sont le siége d'une dilatation apparente, surtout à la région inguinale droite.

Dans toute l'étendue de l'infiltration, la peau est d'un blanc mat, couleur d'ivoire, comme dans la *phlegmatia alba dolens*. L'hyperesthésie cutanée, toujours bornée aux membres inférieurs et au ventre, est telle que le plus léger contact arrache des cris au malade. L'action de le découvrir mettant les parties en contact avec l'air relativement froid de la salle, détermine un tremblement général. La cuisse droite est plus fortement fléchie que la gauche. De larges eschares entament la région fessière. Langue normale; appétit presque nul; soif modérée; selles et urines rendues volontairement, mais sans que le malade réclame le secours de l'infirmier, dans la crainte d'un contact étranger.

Faiblesse excessive, insomnie; yeux caves, plaintes continuelles; pouls régulier mais très-faible, très-dépressible; respiration fréquente.

Cet état misérable va progressivement en s'accroissant; les mouvements imprimés au corps pour les soins de propreté arrachent des cris au malade; la faiblesse est excessive. P... tombe enfin dans une sorte d'engourdissement et de somnolence, dont il sort de temps en temps pour pousser des cris douloureux, et il succombe le 10 janvier.

Autopsie. — Le canal rachidien laisse écouler une quantité assez notable de sang. Les méninges cérébrales, le cerveau, le cervelet, la moelle allongée, sont d'une bonne consistance, et n'offrent rien d'anormal.

Au niveau de la sixième vertèbre dorsale, la dure-mère spinale présente une plaque rouge, saillante, formée par un lacis abondant de vaisseaux sanguins; au niveau de cette plaque, qui a environ un centimètre et demi de longueur, les parties sous-jacentes paraissent saillantes et indurées. La dure-mère et l'arachnoïde, ainsi que la pie-mère, sont fortement adhérentes par l'intermédiaire d'une plaque pseudo-membraneuse organisée, d'une longueur de 2 centimètres au moins, et d'une épaisseur de 1 à 2 millimètres; au-dessous de cette plaque, qui ne recouvre que la partie postérieure, le tissu de la moelle ne présente rien qui le différencie du tissu de cet organe, examiné supérieurement ou inférieurement. Le tissu pseudo-membraneux, examiné au microscope, présente l'aspect d'une surface irrégulière avec des plicatures simulant des fibres de tissu cicatriciel. Le tissu de la moelle présente des fibres à double contour dans la région malade comme dans les autres régions.

Les autres organes ne présentent aucune lésion.

Le foie a l'aspect noix muscade; le cœur est très-petit, ne contenant que du sang fluide; la seule lésion remarquable est celle des veines des membres inférieurs.

La veine-cave inférieure a conservé son épaisseur normale; elle est remplie par un caillot dont l'extrémité supérieure présente une sorte de prolongement en pointe de 6 centimètres environ. Au-dessous, le caillot présente une coloration blanche et adhère fortement aux parois; le centre présente cependant une matière pultacée grisâtre, formée par des détritus de matières pultacées grisâtres, simulant du pus d'une couleur sale. Le microscope démontre d'ailleurs que, malgré l'apparence, il n'existe aucun des éléments du pus. On n'y trouve, en effet, qu'une substance homogène granulée, des globules rouges plus ou moins déformés, très-peu de leucocystes et quelques noyaux isolés.

Cette lésion, qui occupe toute la veine-cave au-dessous du foie, s'étend aux veines iliaques, crurales et poplitées, qui ont été comprimées entre le caillot intérieur et un tissu graisseux très-résistant, dont la compacité résulte de l'action compressive de l'infiltration séreuse.

Les caillots des veines hypogastriques offrent les caractères des caillots récents; ils sont incomplètement décolorés et non adhérents. Le caillot de la veine crurale droite est rouge, ramolli; il offre l'aspect de certaines rates altérées. Celui de la veine crurale gauche a une couleur jaune et un aspect gras, comme athéromateux. Ceux des veines poplitées sont de couleur rouge et fortement adhérents. Les veines saphènes sont perméables.

Eschares vastes et profondes qui ont disséqué les muscles des deux régions fessières.

Conservation remarquable du tissu adipeux, malgré la longueur de la maladie et l'insuffisance de l'alimentation.

Ollivier (d'Angers) attribuait à la méningite spinale la contracture et la douleur : ces phénomènes dominent dans notre observation.

La contracture a cessé pour un instant, après l'application de l'appareil à extension de Bonnet, mais elle n'a pas tardé à reparaître, provoquée, comme le signale Ollivier (d'Angers), par la moindre douleur. La persistance de cette contracture permanente et douloureuse ne dépendait point d'un ramollissement consécutif de la moelle épinière : la contracture a persisté. Quelle qu'en soit l'explication, ce fait n'en est pas moins lié à la persistance de la méningite spinale.

Le second symptôme a été la douleur, qu'il faut considérer sous deux aspects : douleur locale que le malade a toujours éprouvée dès le début de l'affection au point du rachis correspondant à la lésion des méninges; puis douleur généralisée, exaltation morbide de la sensibilité générale, qui est, d'après Ollivier (d'Angers), un phénomène à peu près habituel de la méningite rachidienne, et qui s'est rencontrée ici avec une persistance caractéristique, car, en admettant même que vers la fin de la maladie on puisse rapporter une partie des douleurs de l'abdomen et des membres à la *phlegmatia alba dolens*, cette complication n'ayant été qu'un épiphénomène, il faut bien les attribuer à l'état des enveloppes de la moelle. On sait d'ailleurs que dans la myélite la sensibilité générale est affaiblie ou détruite, et ce caractère différentiel avec la méningite spinale, sur

lequel Ollivier a insisté, paraît d'autant plus exact que chez ses malades le tissu de la moelle était sain, ce que nous avons aussi trouvé chez le nôtre.

Notons encore que le malade n'a pas éprouvé les fourmillements qui accompagnent le début de la myélite, mais bien une simple faiblesse dans les jambes, une roideur dans les membres inférieurs, qu'on observe ordinairement dans la méningite spinale sans altération de la moelle.

De plus, la délimitation bien nette de la lésion à la partie postérieure des méninges, la coloration rouge, l'injection fine de la dure-mère au point malade, les adhérences de cette membrane avec l'arachnoïde et la pie-mère, l'existence d'une fausse membrane en rapport avec le tissu de la moelle, et l'intégrité de ce tissu aux points correspondants comme consistance et comme structure, permettent de localiser la maladie, et de vérifier par un nouvel exemple l'exactitude des observations analogues données par Ollivier.

Cette observation, intéressante au point de vue de la pathologie, peut également être examinée au point de vue des fonctions physiologiques de la moelle aujourd'hui soumises aux contestations des savants. Bien que la moelle n'ait pas été examinée avec un grossissement assez fort pour affirmer absolument qu'elle n'était pas désorganisée; la lésion rappelait plutôt celle des nerfs qui sont le siége d'une inflammation qui a développé en excès le névrilème en atrophiant la substance nerveuse. Quoi qu'il en soit, la lésion occupait exclusivement les faisceaux postérieurs de la moelle, et, conformément à la théorie donnée par Magendie et soutenue par M. Longet, la sensibilité était exagérée; il y avait hyperesthésie et flexion permanente des membres inférieurs par exagération des actions réflexes. Bellinghieri eût dit que les fibres postérieures étant paralysées, les antérieures déterminaient la flexion. Brown-Séquard interpréterait sans doute l'observation au point de vue de la destruction atrophique des faisceaux postérieurs.

Nous nous bornons à rester dans les limites d'un fait intéressant.

L'œdème des membres inférieurs qui est venu compliquer la méningite rachidienne n'est point dû à un état cachectique, puisque les fonctions de nutrition s'accomplissaient bien au moment où il a paru. Il a suivi de très-près l'emploi de l'appareil à extension continue de Bonnet et la formation de larges eschares à la région fessière. Il semble naturel d'admettre que la contracture violente et permanente des membres inférieurs, le renversement des jambes sur les cuisses, de celles-ci sur l'abdomen, ont déterminé la compression des veines poplitées et crurales, la formation d'un caillot par suite du ralentissement du cours du sang dans ces vaisseaux : ce phénomène aurait eu à son tour pour conséquence de suspendre l'afflux du sang dans la veine-cave, de retarder la circulation du sang qui s'y trouvait déjà, et de favoriser ainsi sa coagulation.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 octobre 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

M. VELPEAU offre à l'Académie un nouvel ouvrage qu'il vient de publier avec la collaboration de M. Béraud, sous le titre d'*Anatomie chirurgicale*. Cet ouvrage, dit-il, contient sous forme de manuel, et avec les changements réclamés par les progrès de l'anatomie, la matière de son *Traité* complet en deux volumes et atlas, qui parut en 1825, 1833 et 1837.

Opération de bec-de-lièvre. — M. SÉDILLOT communique la relation d'une opération de bec-de-lièvre compliqué d'une double fissure nasale, par un nouveau procédé chéiloplastique. (Nous reproduirons cette note dans l'un des numéros prochains.)

Contractilité. — M. CH. ROUGET lit un mémoire sur les tissus contractiles et la contractilité.

Partout où l'on rencontre le tissu contractile, dit l'auteur, on trouve jusqu'à la limite de ses éléments propres les fibrilles musculaires des lames, des cloisons, des gaînes de tissu plasmatique (conjonctif) auxquelles appartient exclusivement le système de lacunes avec ou sans noyaux, qui s'observe à la surface ou dans l'épaisseur des groupes de fibrilles.

Les fibrilles, seul élément contractile essentiel, constituent les muscles à fibres lisses aussi bien que les muscles à fibres striées. Quelles que soient les variétés de forme et d'aspect des fibres musculaires dans les différents tissus et dans les diverses espèces animales, les fibrilles se retrouvent toujours comme élément fondamental; elles persistent toujours conformes à un type commun, lors même que toutes les autres parties du tissu musculaire disparaissent ou se modifient profondément, lors même que le tissu plasmatique est réduit à une espèce de mucus homogène complétement dépourvu de noyaux et de cellules.

Les fibrilles sont caractérisées par leur résistance à l'action prolongée des acides très-affaiblis. Elles réfractent fortement la lumière et donnent lieu, avec la lumière polarisée, à des phénomènes de double réfraction. Elles sont caractérisées surtout par leur aspect granuleux, dû vraisemblablement à de très-fines ondulations. Ces ondulations sont inhérentes à la constitution intime de l'élément musculaire, et rien ne peut les faire disparaître.

Les stries longitudinales existent dans les faisceaux lisses comme dans les faisceaux striés; elles sont dues à la juxta-position des fibrilles et à leurs cloisons de séparation, visibles surtout entre les groupes élémentaires des faisceaux. Les stries transversales des fibres striées sont dues à des ondulations persistantes des faisceaux de fibrilles.

Les faisceaux musculaires passent pour jouir, ainsi que beaucoup d'autres tissus organiques (tendons, corne, poils, etc.), de la propriété de produire la double réfraction. Dans un travail publié en 1858 dans les *Mémoires de l'Académie de Vienne*, E. Brücke remarqua que les faisceaux musculaires, éclairés par transmission à l'aide de la lumière polarisée colorée, présentaient des bandes où la couleur du fond était modifiée, alternant avec d'autres bandes inactives, les unes et les autres coïncidant exactement avec les stries transversales claires et obscures. Il crut pouvoir conclure de cette observation que les faisceaux contractiles étaient constitués par la superposition de disques alternants de deux substances distinctes, l'une douée, l'autre privée de la double réfraction.

Mes propres observations sur la structure de l'élément contractile étant en opposition formelle avec les conclusions de Brücke, j'ai été conduit à rechercher pour quelle cause les fibres musculaires striées, homogènes dans toute leur étendue, présentent cependant des apparences différentes dans les diverses parties de leur longueur, lorsqu'on les soumet à l'examen microscopique à l'aide de la lumière polarisée. Je crois pouvoir conclure de mes recherches que la substance des muscles et celle des tissus organisés, cités plus haut, ne possède pas par elle-même la double réfraction; que les phénomènes de double réfraction auxquels elles donnent lieu dans certains cas, ne sont dus ni à leur constitution chimique ni à l'arrangement de leurs molécules, mais résultent uniquement de la forme des surfaces, de l'arrangement et de la forme des éléments anatomiques (cellules ou fibres) de ces tissus. (Commissaires, MM. de Quatrefages et Bernard.)

— M. LANDOUZY adresse une Note sur la valeur de l'égophonie dans la pleurésie (voir le compte rendu de la séance de l'Académie de médecine du 22 octobre (numéro du 24).

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente au nom de M. Namias, médecin en chef du grand hôpital de Venise, un *Mémoire sur la tuberculose de l'utérus et de ses annexes*, et annonce que ce travail fait suite à celui dont l'auteur avait précédemment communiqué les résultats à l'Académie. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

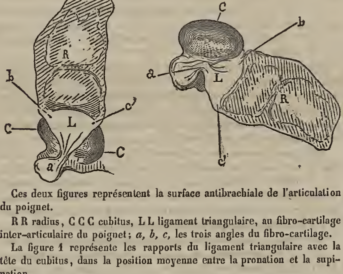
M. le secrétaire perpétuel signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, un ouvrage de M. Boëns Boisseau, de Bruxelles, sur les maladies, les accidents et les difformités des houilleurs, et un opuscule du même auteur relatif à l'influence qu'exercent les établissements industriels sur les plantes et les animaux. (Commission pour les prix de médecine et de chirurgie.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 octobre 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Nous publions ici les figures explicatives de la lésion décrite par M. Goyrand dans la dernière séance.



Ces deux figures représentent la surface antibrachiale de l'articulation du poignet.

R R radius, C C C cubitus, L L ligament triangulaire, au fibro-cartilage inter-articulaire du poignet; *a, b, c*, les trois angles du fibro-cartilage.

La figure 1 représente les rapports du ligament triangulaire avec la tête du cubitus, dans la position moyenne entre la pronation et la supination.

Figure 2, rapports des parties dans la pronation complète.

— M. MARJOLIN, à l'occasion du procès-verbal, communique un fait nouveau à l'appui de ce qu'il a dit dans la dernière séance. Ce fait date d'avant-hier.

Un enfant a été apporté à l'hôpital à la suite d'un accident qui venait de lui arriver. Cet accident s'était produit dans les circonstances indiquées par M. Goyrand, au moment où sa mère le soulevait par le bras pour lui faire franchir un rebord de trottoir. L'interne de garde, à qui M. Marjolin avait fait les recommandations les plus complètes et les plus détaillées, a examiné avec le plus grand soin le membre blessé. Il n'y avait rien à l'épaule et au poignet. Au coude existait un point très-douloureux, et à ce niveau, en dehors et en avant de l'article, on sentait une légère saillie correspondant à la tête du radius. Il a suffi de porter le bras en supination et d'appuyer sur la tête du radius, et tout a disparu.

En consultant mes notes, continue M. Marjolin, je trouve que je n'ai rencontré qu'une fois quelques symptômes du côté du poignet; encore est-ce la mère qui m'a affirmé qu'elle avait senti un craquement dans le poignet de son enfant.

J'insiste donc sur ce point : dans tous les cas que j'ai observés jusqu'ici, ni le poignet ni l'épaule n'étaient le siége de la douleur, et pourtant j'ai rencontré parmi ces jeunes blessés des enfants de quatre ans, et chez ces derniers on peut obtenir des renseignements précis sur le siége de la douleur.

M. CHASSAIGNAC. Il y avait dans la communication de M. Goyrand un point que je tenais à vérifier : c'est le craquement que l'on sentirait quand on imprime au membre malade des mouvements de supination, et la disparition immédiate de tout accident. Or on m'a apporté cette semaine un enfant qui éprouvait les phénomènes si caractéristiques, et sur lesquels il n'est pas besoin de revenir aujourd'hui. J'ai essayé immédiatement les mouvements de supination, je n'ai pas perçu le moindre craquement, et la douleur a persisté. Je n'ai trouvé aucune lésion appréciable dans aucun point du membre blessé.

M. DEGUISE cite un fait en tous points semblable à celui de M. Chassaignac; il a aussi essayé les mouvements de supination, il n'a pas senti le moindre craquement; la douleur a persisté, et il n'a trouvé rien d'anormal dans le reste du membre. C'était un tout jeune enfant de sept à huit mois, et l'accident était survenu au moment où on voulait le soulever de son berceau.

— M. MIRAULT (d'Angers), membre correspondant, assiste à la séance.

aniques Ou PRÉSIDENT annonce la mort de M. Scrive.

extraites des-LAVALLÉE communique l'observation suivante d
M. Clo. dans les p
les che

Anévrysme poplité spontané. — Terminaison par gangrène du membre et rupture du sac.

Historique. — L... (Jean-Marie), âgé d'une quarantaine d'années est un capitaine au cabotage de l'île d'Arz (Morbihan). Son tempérament est celui d'un homme vigoureux, avec prédominance de l'élément sanguin. Ses antécédents ne présentent rien de particulier qui ne soit l'apanage de la profession de marin : une existence laborieuse écoulée en grande partie dans des voyages sur mer; des fatigues excessives; des privations inévitables; des écarts de régime fréquents. Comme rapport étiologique, aucun accident traumatique ou autre de nature à expliquer la maladie actuelle, dont le début ne remonte pas au delà du mois de février 1859.

Entré vers la fin de mai 1859 dans mon service à l'hôpital de Vannes, L... raconte que dans les premiers jours de février, étant de passage à l'île d'Arz, il s'aperçut de la présence d'une petite grosseur au jarret. Cette grosseur, qui avait alors le volume d'une noisette était dure, indolente, sans changement de couleur à la peau, s'accompagnant de temps à autre de démangeaisons.

Le malade se préoccupa fort peu de cette tumeur, et reprit le cours de ses voyages. Cette période stationnaire dura près de trois mois, février, mars et presque tout le mois d'avril.

Débarqué à Lorient dans la semaine qui précéda le jour de Pâques, et n'ayant rien vu survenir de nouveau dans l'état de la tumeur, si ce n'est une légère augmentation de volume, il continuait, comme par le passé, à s'occuper de ses affaires, lorsque, après une marche un peu longue, il sentit tout à coup une douleur vive dans le jarret avec une sensation de battement insupportable et une difficulté de marcher extrême. En un instant la tumeur venait d'acquérir un volume considérable, celui des deux poings. C'est ce qu'assure L..., et ses souvenirs sont d'accord avec le certificat du médecin qui l'examina quelques jours après.

Le lundi de Pâques, L... se rend chez M. le docteur Ledibeider, à Lorient. Celui-ci examine la tumeur et porte le diagnostic suivant : *Tumeur anévrysmale d'un volume considérable, siégeant dans le creux poplité droit; opération proposée par le procédé d'injection au perchlorure de fer.*

M. Ledibeider engage le malade à retourner chez lui, à l'île d'Arz, où il se fera opérer, et laisse entre ses mains une note qui m'est adressée, et dont je viens de donner la substance.

Muni de cette consultation, et parfaitement fixé sur la gravité du mal aussi bien que sur la nécessité, l'urgence même d'une opération chirurgicale, L... revient dans sa famille. Il souffre continuellement. La marche est presque impossible. La tumeur est augmentée encore, très-tendue, pulsatile, le membre œdématié.

L..., que cette consultation contrarie, s'adresse à une rebouteuse, qui l'examine, palpe la jambe et la cuisse, et, en vertu de son ignorance, déclare que la tumeur est un dépôt; ce dépôt, il faut le faire fondre à grand renfort de cataplasmes et d'onguents; le jour viendra où, l'abcès étant mûr, on pourra l'ouvrir. Au besoin, la rebouteuse pharmacienne fera l'opération...

Voilà mon capitaine sans doute bien rassuré, et bien heureux surtout de rencontrer dans son pays une praticienne qui entreprend et lui promet la guérison d'une affection que les hommes de l'art n'envisagent qu'avec la plus grande anxiété.

L... s'abandonne avec confiance à l'espérance d'une guérison prochaine. La tumeur, il est vrai, ne diminue pas; elle bat toujours avec violence; elle est douloureuse; pendant huit jours des crampes intolérables le tourmentent dans les doigts du pied. Mais sous l'influence du repos, l'œdème du membre disparaît; il semble même que les pulsations de la tumeur sont moins visibles à l'œil. C'en est assez pour se fier de plus en plus aux promesses de la rebouteuse.

Le malade resta ainsi jusqu'au 30 mai, oubliant la consultation du docteur et ses sages recommandations.

Le 30 mai, je le vois pour la première fois, et je reconnais immédiatement l'anévrysme : tumeur volumineuse située dans la région poplitée droite, sans changement de coloration cutanée, sauf une dilatation notable des veines superficielles; sensation de fluctuation manifeste; battement et mouvement d'expansion isochrones à ceux du pouls, qui cessent lorsqu'on comprime l'artère fémorale; bruit de souffle très-prononcé et caractéristique... En même temps qu'on intercepte l'ondée sanguine par la compression de l'artère crurale sur le pubis, si on presse la tumeur avec les doigts, on remarque qu'elle est réductible en partie; elle se remplit de nouveau, et redevient dure et tendue lorsqu'on interrompt la compression de l'artère...

D'après mon conseil, L... se décide à entrer à l'hôpital le 30 mai 1859. Je fis voir le malade à plusieurs de mes confrères, et il fut résolu entre nous qu'on proposerait l'opération comme étant la seule ressource. Rejetant l'opération d'injection par le perchlorure de fer, je m'étais arrêté à l'opération de la ligature; et, en raison du volume de la tumeur et de son développement spontané et rapide, dans la crainte d'une lésion organique de l'artère au-dessus des limites de l'anévrysme, je devais pratiquer la ligature de la fémorale le plus haut possible, c'est-à-dire dans le triangle de Scarpa.

L... avait accepté. Nous nous préparions à l'opération, lorsque des influences étrangères le firent changer d'avis, et il retourna à l'île d'Arz, après cinq jours de résidence à l'hôpital (5 juin 1859).

Depuis sa sortie de l'hôpital, je ne vis plus L... qu'à de rares intervalles. Dans le courant de l'année 1860, j'eus occasion de dessiner le membre. La tumeur avait acquis un développement plus grand. Elle n'était plus réductible. Les battements étaient obscurs; mais le bruit de souffle s'entendait encore très-distinctement. La mensuration donnait les chiffres suivants :

Circonférence au niveau du genou.	.	0,54 centim.
Circonférence au mollet		0,41 —

Cette année, vers le mois de février 1861, j'ai été de nouveau consulté par L... La tumeur avait un volume énorme. Elle était toujours très-dure, très-tendue, mais d'une fluctuation difficile à percevoir. Il n'y avait plus trace de battements expansifs, ni de souffle; l'interruption du sang au niveau du pubis n'y apportait aucun changement. On pouvait supposer dès lors que le vaisseau artériel ne communi-

quait plus, ou du moins ne communiquait que très-difficilement avec l'intérieur de la poche. Seulement, vers la partie inférieure et interne de la cuisse, on sentait profondément une saillie volumineuse, très-résistante, immobile, que je diagnostiquai : *exostose* adhérente à la diaphyse du fémur. Au dire du malade, cette tumeur osseuse n'avait paru que depuis quelques mois.

L... avait été obligé d'abandonner la marine ; il ne marchait plus qu'avec une extrême difficulté, en s'aidant d'un bâton. Ses journées se passaient à la pêche, dans le voisinage de sa demeure.

Au commencement du mois de septembre dernier, après une journée de fatigue, L... rentra chez lui, se plaignant de frisson et de fièvre, avec douleurs générales dans le membre atteint d'anévrysme, et augmentation de volume de la tumeur. Le mal empirant toujours, au bout d'une semaine de souffrances horribles, de fièvre et d'insomnie, on se décide à m'envoyer chercher. Dans la nuit, la peau du jarret s'est fendue au niveau de la tumeur et a laissé jaillir au moins un verre de sang rouge.

J'arrive près du malade pour constater :

1° Une augmentation monstrueuse du membre, qui, mesuré au jarret, a une circonférence de 0,75 centimètres ;

2° Le *sphacèle* du pied et de la moitié inférieure de la jambe, qui sont froids, insensibles, boursouflés et couverts de phlyctènes ;

3° Une plaque gangréneuse noirâtre, large comme le creux de la main, siégeant à la région poplitée et comprenant la partie proéminante de la tumeur ;

4° Une fissure du derme, au travers de laquelle le sang s'écoule en nappe.

La nuit suivante, nouvelle rupture ; nouvelle hémorrhagie inquiétante.

La gangrène faisant des progrès d'heure en heure, et le danger étant imminent, je décide le malade à se faire transporter à l'hôpital de Vannes, où il entre dans la matinée du 12 septembre.

Le sang avait suinté pendant toute la route.

A midi, je réunis en consultation mes honorables confrères, MM. les docteurs Lagillardaie, de Quéral, Quermeleuc.

Il ne s'agissait plus de l'anévrysme ; il s'agissait avant tout de la gangrène confirmée, envahissant à la fois le pied, la jambe et la cuisse.

Une seule indication nous occupa, et celle-là dominait toutes les autres, la question de l'amputation fut posée, et encore nous n'avions pas le choix. Il eût fallu amputer dans l'articulation coxo-fémorale. Quelles chances cette opération nous offrait-elle ? Il nous était impossible de sentir les pulsations de la fémorale, même à l'aine. L'affection anévrysmale s'étant déclarée spontanément, nous n'avions pas affaire à une lésion artérielle remontant très-haut, comprenant peut-être toute l'artère fémorale, et cette gangrène générale du membre n'était-elle pas subordonnée à des lésions de cette nature ? La teinte jaune, terreuse, uniformément répandue sur la peau de la cuisse, et envahissant celle du tronc, n'était-elle pas un indice de la gangrène dépassant les limites au delà desquelles l'opération devenait impraticable ?

D'un autre côté, les symptômes généraux étaient déplorables. Le pouls était petit, serré, fréquent, la respiration embarrassée. Le malade souffrait moins et se sentait faiblir de plus en plus. La vision était troublée, la voix éteinte.

D'un commun accord, mes confrères et moi, nous repoussâmes toute opération dans ces conditions, comme irrationnelle.

La mort arriva le lendemain.

La veille de la mort, le membre fut dessiné. En même temps, je prenais les mesures du membre à différentes hauteurs.

1°	Circonférence à la partie moyenne de la cuisse.	0,76	cent.
2°	— au jarret	0,94	—
3°	— au mollet	0,61	—
4°	— au niveau des malléoles . . .	0,35	—

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée quelques heures après la mort.

Le membre a le volume énorme indiqué par les dimensions précédentes. La peau a une teinte jaune, terreuse générale, interrompue par des marbrures, principalement vers les parties déclives.

Au niveau de la région poplitée, on remarque une large plaque gangréneuse, noirâtre, s'étendant jusqu'à la partie moyenne de la cuisse ; au sommet de la tumeur, la peau est dépouillée de son épiderme, et laisse écouler par une fissure du derme une sérosité sanguinolente fétide.

La dissection donne lieu aux observations suivantes :

1° Infiltration générale du membre s'étendant jusqu'au tronc ; tissus engorgés de liquide roussâtre très-abondant, et dans quelques points ayant l'apparence de putrilage ; nombreux foyers de sang noir extravasé dans les interstices musculaires de la cuisse.

2° Ganglions inguinaux hypertrophiés, quelques-uns ayant le volume de grosses noix, mais sans dégénérescence. Le tissu ganglionnaire paraît sain à la section. L'artère et la veine fémorale ont l'apparence normale ; mais leur direction est changée. Au lieu de garder leur rapport avec le fémur, elles s'en écartent, à mesure qu'elles se rapprochent du genou.

3° *Région postérieure.* La région poplitée est complétement comblée par une tumeur volumineuse, grosse comme la tête d'un adulte ; cette tumeur, de forme ovoïde, légèrement aplatie d'avant en arrière, allongée de haut en bas, remonte jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Elle est en rapport par sa face postérieure avec la peau, qui lui adhère intimement ; par sa face antérieure, avec le fémur, l'articulation du genou, les muscles adducteurs soulevés et amincis, les vaisseaux et nerfs poplités. En dehors et en dedans la tumeur refoule les tissus, et se trouve en contact avec les muscles biceps, demi-membraneux, demi-tendineux et couturier, qui sont déjetés sur ses parties latérales et aplatis au point de ressembler à des rubans.

La tumeur a des adhérences nombreuses avec toutes ces parties, dont il faut la séparer par la dissection. Elle adhère surtout fortement au corps du fémur et à deux apophyses que je décrirai plus loin.

4° *Poche anévrysmale.* La poche étant ouverte en arrière par une incision longitudinale, se trouve remplie de sang liquide, rouge-brun, dans lequel nagent des grumeaux noirâtres et des fragments de fausses membranes fibrineuses. La quantité de liquide contenue dans la cavité peut en être évaluée à *trois litres.*

Lavée à grande eau, et vidée de tous les caillots sanguins et des couches fibrineuses qui la tapissent, la cavité anévrysmale se trouve être constituée par une poche fibreuse épaisse, réunie par des adhérences multiples aux organes voisins : peau, muscles, os et vaisseaux. Cette cavité, revêtue d'une sorte de membrane muqueuse comme veloutée, présente de nombreuses anfractuosités et des plis correspondants. Ses parois irrégulières sont partout continues avec elles-mêmes, excepté en avant, où la paroi du sac est directement formée par la face postérieure de la portion sus-condylienne du fémur, dépourvue de périoste, et par l'extrémité des deux cornes osseuses qui font saillie dans l'intérieur.

Toute communication de la cavité avec les vaisseaux a disparu. Il nous est impossible d'en rencontrer trace à l'extérieur de la poche.

5° *L'artère fémorale*, dans la moitié supérieure de la cuisse, s'offre avec sa direction et sa coloration normales. Au-dessous du point d'intersection du muscle couturier, le vaisseau, accompagné de la veine, se dévie de sa direction, soulevé qu'il est par la tumeur sur la face antérieure de laquelle il est placé, de telle manière qu'au jarret le faisceau vasculaire, au lieu d'être situé à égale distance des condyles, est en rapport avec la tubérosité interne du fémur.

L'artère fémorale, en même temps qu'elle change de direction, s'épaissit et devient jaunâtre.

Un stylet, introduit par le bout supérieur de l'artère, permet de constater qu'elle n'est pas oblitérée ; mais vers sa partie inférieure, un peu au-dessus du point où l'artère devient poplitée, son calibre se rétrécit tout à coup, et le stylet rencontre un obstacle infranchissable. Dès lors le tronc artériel dégénéré se continue par un gros cordon cellulo-graisseux appliqué contre la face antérieure de la tumeur anévrysmale à laquelle il adhère.

Dans tout ce trajet, l'artère n'étant plus qu'un cordon plein, nous allons à la recherche du bout inférieur de l'artère poplitée, dans le jarret. Le stylet, introduit de bas en haut dans le tube vasculaire, chemine jusqu'au niveau de l'articulation et s'arrête au cordon cellulo-graisseux.

Il devient évident que toute communication avec l'intérieur du sac est interrompue.

Nous versons un litre d'eau dans la poche, sans qu'une seule goutte sorte par l'extrémité des vaisseaux divisés.

Indépendamment de ces altérations, portant sur le tronc artériel principal du membre, l'artère fémorale, fendue dans toute sa longueur, laisse voir vers sa partie moyenne deux plaques remarquables de transformation athéromateuse et calcaire.

6° *Fémur.* L'extrémité inférieure de la diaphyse fémorale et les condyles sont manifestement hypertrophiés, comparativement au membre sain. Les trous et les sillons vasculaires du tissu compacte sont agrandis et très-apparents, comme dans les os atteints d'ostéite chronique. La portion sus-condylienne du fémur est considérablement élargie, et l'effacement des deux lignes de bifurcation de la ligne âpre est complet ; à leur place se remarque la surface lisse de l'os qui formait la paroi de la cavité et était en contact immédiat avec son contenu.

Du bord interne du fémur naissent deux cornes osseuses faisant corps avec la diaphyse, dirigées en dedans et un peu en arrière, aplaties d'arrière en avant et légèrement recourbées, d'une longueur chacune de 0,05 centimètres, et limitant entre elles un espace rendu à peu près circulaire par l'insertion aux extrémités d'un faisceau ligamenteux et charnu.

La corne supérieure, la plus large, se continue par sa face concave avec la face postérieure du fémur. Sa face antérieure, qui est convexe, est sillonnée de plusieurs lacunes de forme irrégulière.

Le bord supérieur fait suite à une crête osseuse, ondulée, qui limite en dehors la surface de la diaphyse fémorale en rapport avec la tumeur.

L'extrémité libre, creusée d'une loge aux dépens de la face concave, est rugueuse, semblable à un os nécrosé ; c'est cette extrémité qui traversait la paroi du sac et pénétrait dans son intérieur.

La *corne osseuse* inférieure, plus grêle que la précédente, disposée en regard d'elle, est pointue à son extrémité, qui est également rugueuse. Cette extrémité, qui perforait la paroi de la poche, était aussi, elle, en saillie dans la cavité. La base de la petite corne est percée de deux trous aboutissant à une petite gouttière, qui parcourt la face postérieure, et logeait des vaisseaux.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est l'histoire d'un anévrysme poplité, développé spontanément sous l'influence d'une lésion organique du système vasculaire, parcourant ses périodes dans l'espace d'un peu plus de deux ans, ayant acquis dans les derniers temps un volume véritablement monstrueux, et s'étant terminé d'une manière fatale par la gangrène du membre et la rupture simultanée de la tumeur.

La raison du développement spontané de l'anévrysme est tout entière dans l'altération des tuniques artérielles, dont nous avons trouvé les preuves anatomiques sur le trajet de l'artère fémorale ; et si on se rappelle que, dans le principe, la grosseur existait dans le jarret, on est amené à penser que la solution de continuité des tuniques vasculaires a dû s'effectuer sur un point de l'artère poplitée, que la dissection nous a montrée dégénérée en un cordon cellulo-graisseux, et adhérente à la paroi du sac.

Pendant une première période, le vaisseau, partout perméable, s'ouvrait dans le sac anévrysmal, et donnait passage au sang artériel. C'est dans cette première période, de 1859 à 1860, que tous les signes de l'anévrysme étaient réunis : fluctuation, réductibilité, mouvements expansifs, battements isochrones avec ceux du pouls, souffle caractéristique, etc.

Puis le moment est venu où l'ouverture de communication s'est oblitérée, peut-être par suite de la compression de la tumeur sur le tronc artériel lui-même, mécanisme de guérison spontanée, qui n'a échappé ni à Hunter, ni à Home, ni à Scarpa. Alors le sang n'a plus abordé dans la poche, qui est devenue close, à tel point qu'à l'autopsie nous n'avons pu retrouver les vestiges de la communication antérieure.

Dans le cas actuel, la tumeur appuyant et battant sur la face postérieure du fémur, avait fini par user le périoste, la surface osseuse restant à nu et formant paroi de la cavité. Des exemples semblables sont fréquents dans l'histoire des anévrysmes.

Quant à ces cornes osseuses dépendantes du fémur que j'ai décrites plus haut, on se rend plus difficilement compte de leur production.

Ce qui est incontestable, c'est que ces apophyses se sont montrées postérieurement au développement de l'anévrysme. Lorsque je fis le premier examen de la tumeur, en 1859, et à différentes reprises depuis, ces exostoses n'existaient pas. Ce n'est que plus tard, au commencement de 1861, que le malade s'en aperçut et que je les ai constatées moi-même.

Par quel mécanisme et dans quel but ces deux cornes osseuses, appliquées toutes les deux en avant de la tumeur, se sont-elles produites ? Comment leurs extrémités nécrosées se sont-elles trouvées à perforer le sac et à proéminer dans son intérieur ? Cette hypernutrition singulière du tissu osseux, s'exprimant par l'élargissement du fémur et la production excentrique de pièces résistantes, devait-elle représenter un moyen de renforcement ? Ce sont là autant de questions qu'on se pose lorsqu'on a sous les yeux la pièce anatomique. Mais ces questions sont plus faciles à poser qu'à résoudre ; et, je le confesse, les explications que je me suis données à moi-même ne me satisfont pas ; elles n'ont d'autre valeur que celle des hypothèses.

DISCUSSION.

M. VELPEAU. Les deux végétations osseuses qu'on remarque sur le fémur constituent une anomalie bien remarquable. Ce n'est pas ainsi que se comportent les anévrysmes par rapport aux os qui les touchent : aussi je me demandais avant de connaître l'observation complète et détaillée si la tumeur n'avait pas son point de départ dans le fémur.

M. HOUEL rapproche de ce fait un exemple d'anévrysme de l'artère fémorale occupant presque le même siége que celui-ci, et sur les parois duquel on trouve aussi des végétations osseuses. Seulement elles ne baignent pas dans le sang de la poche anévrysmale, et se continuent non avec l'os lui-même, mais avec le périoste.

M. MOREL-LAVALLÉE insiste sur la disposition de ces productions osseuses, qui se continuent bien manifestement non avec le périoste, mais avec le fémur. Il revient sur les détails de l'observation, et surtout sur le point que MM. Closmadeuc et Ledibeider ont suivi l'évolution de l'anévrysme depuis le moment où il avait à peine le volume d'une noisette jusqu'à la terminaison de la maladie ; ils ont constaté d'une manière évidente que la poche anévrysmale communiquait avec l'artère, pouvait se vider, était animée de battements, etc. Il ne peut donc pas exister le moindre doute sur la nature anévrysmatique de la tumeur.

M. BROCA. Les détails de l'observation établissent, en effet, qu'il est plus que probable qu'il y a eu un anévrysme dans la région poplitée. Mais s'il peut arriver quelquefois que la communication entre une artère et la poche anévrysmale s'oblitère, on trouve alors des traces de cette communication ; ici on ne voit point les vestiges de cette communication, et l'on peut se demander si c'est bien l'artère poplitée qui a été le siége de cette tumeur, et si l'anévrysme n'appartiendrait pas à une autre artère de cette région. Dans cette hypothèse, l'oblitération de l'artère poplitée aurait été déterminée par la pression de la poche anévrysmale et l'arrêt de la circulation.

M. MOREL-LAVALLÉE répond qu'on n'a trouvé dans la région poplitée aucune artère assez altérée pour qu'on pût soupçonner que l'anévrysme doit lui être rapporté. Il insiste de nouveau sur la position de l'anévrysme au début, sur sa forme, sur le siége de l'oblitération de l'artère poplitée, et surtout sur les signes constatés par MM. Ledibeider et Closmadeuc quand on comprimait l'artère fémorale, etc., et il ne lui paraît pas possible de conserver le moindre doute sur le point de départ de l'anévrysme. Tous ces détails sont du reste consignés avec soin dans l'observation.

M. VERNEUIL cite à l'occasion de ce fait l'histoire d'un anévrysme dont il a lu la relation dans un journal américain. Il s'agissait dans ce cas d'une exostose du fémur, ayant perforé l'artère poplitée et déterminé la production d'un anévrysme.

M. MOREL-LAVALLÉE dit que M. Closmadeuc n'a constaté qu'à une période avancée de la maladie la présence de ces exostoses. Il ne lui paraît pas possible de s'arrêter à une hypothèse qui tendrait à rapporter la tumeur à l'altération de l'artère produite par les exostoses.

M. BROCA rappelle une observation de M. Roux, dans laquelle un anévrysme s'est développé au niveau d'une exostose de l'humérus.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

Consolidation vicieuse d'une fracture du condyle de l'humérus, flexion de l'avant-bras obtenue trois mois après l'accident. — M. MARJOLIN communique l'observation suivante :

Dans une des dernières séances du mois d'avril 1861, j'ai eu l'honneur de soumettre à l'examen des membres de la Société un jeune garçon de douze ans d'une bonne constitution, lequel, à la suite très-probablement d'une fracture du condyle interne de l'humérus avait totalement perdu les mouvements de flexion de l'articulation du coude ; l'avant-bras était dans une rectitude complète sur le bras, et aucun effort ne pouvait faire fléchir l'articulation.

Quelle était l'origine, je ne dirai pas de cette ankylose, mais plutôt de cette attitude vicieuse ? Voici ce qui m'a été dit par les parents et par l'enfant :

Dans les premiers jours du mois de janvier 1861, W... tomba de sa hauteur sur le coude gauche ; une tuméfaction considérable étant immédiatement survenue, le médecin qui le vit appliqua un bandage roulé ; puis, au bout de quelques jours, il mit l'avant-bras dans la flexion, après avoir cherché à remettre en place le fragment osseux déplacé, qui, suivant toute probabilité, devait comprendre le tiers interne de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Une dizaine de jours s'écoula jusqu'au renouvellement de l'appareil, puis, au dire de l'enfant, comme le médecin n'était pas satisfait de la position du fragment, il fit de nouvelles tentatives de réduction, et cette fois maintint le bras et l'avant-bras dans la rectitude, à l'aide d'une attelle placée en avant. Combien de temps le bras est-il resté dans cette position, c'est ce que nous n'avons pu connaître exactement ; mais ce qui est à noter, c'est qu'à la levée de l'appareil l'articulation du coude avait perdu toute possibilité d'exécuter des mouvements de flexion. Quelques tentatives furent faites pour rendre à l'articulation la mobilité, mais elles échouèrent.

Il y avait plus de trois mois que l'accident était arrivé, lorsque l'enfant me fut amené à l'hôpital Sainte-Eugénie ; j'essayai de voir si je serais plus heureux et si quelques tentatives de flexion sans l'anesthésie amèneraient un résultat, mais ce fut en vain ; rien ne put faire changer l'attitude vicieuse de l'avant-bras.

A quelle lésion avions-nous affaire, quelle en avait été la cause première ? Il était évident qu'il ne fallait pas invoquer une de ces affections internes qui déterminent si souvent, après l'altération plus

ou moins profonde de la synoviale et des surfaces articulaires, des adhérences tellement intimes, que plus tard les os finissent par s'unir ensemble et se confondre en conservant des rapports toujours gênants pour les malades. Ici ce n'était pas le cas ; il y avait eu à la suite d'une chute une lésion traumatique de l'os, une de celles qui se rencontrent le plus habituellement chez les enfants, et qui, bien souvent, est méconnue ou prise pour une luxation.

A cette occasion, qu'il me soit permis de rectifier une erreur qui s'est glissée dans nos Bulletins. Il y a quelques années, lorsque j'entretenais la Société de ce sujet, le procès-verbal m'a fait dire que les fractures des condyles du fémur sont très-fréquentes chez les enfants ; ceci serait une erreur grave, car je ne crois pas en avoir encore observé ; ce sont les fractures des condyles de l'humérus, qui sont tellement communes qu'il n'est pas de mois où il ne nous soit donné d'en voir une ou plusieurs.

D'après les commémoratifs que j'avais recueillis et d'après l'examen du membre, je m'arrêtai à l'idée qu'il y avait eu une fracture du condyle interne, et que, suivant toute probabilité, la difficulté de maintenir le fragment convenablement réduit avait empêché le médecin d'imprimer de très-bonne heure des mouvements de flexion et d'extension à l'articulation du coude, comme cela est indispensable si l'on veut conserver toute la liberté des mouvements.

J'ai dit que très-vraisemblablement le condyle interne de l'humérus avait été fracturé ; et en effet, à ce niveau l'articulation semblait déformée ; il y avait une saillie assez marquée en avant. Quant à la nature de la lésion actuelle, il était évident que s'il n'y avait pas d'adhérences bien intimes entre les surfaces articulaires, c'était pourtant quelque chose de plus grave que la roideur qu'on rencontre quelquefois dans les articulations voisines d'une fracture : il y avait là déjà un travail pathologique qui avait modifié l'articulation et les parties environnantes, et il était à craindre que si l'on différait plus longtemps de remédier à cette attitude vicieuse du membre, plus tard il ne fût impossible de le fléchir et que l'enfant ne restât privé de l'usage de son avant-bras et infirme pour le restant de ses jours.

L'avis de la Société ayant été qu'il fallait promptement fléchir 'avant-bras, je priai notre collègue M. Verneuil, qui avait déjà eu occasion d'observer un cas analogue, de vouloir bien m'assister dans cette opération.

Le 28 avril, W... ayant été chloroformé, le bras étant fortement maintenu à la partie inférieure par un aide, je fléchis avec précaution l'avant-bras sur le bras, et après plusieurs tentatives je parvins, en employant une force assez grande, à fléchir à angle droit l'avant-bras sur le bras ; mais il me fut impossible, malgré mes efforts, d'aller au delà. Au moment où la flexion s'opéra, on perçut quelques craquements articulaires. Le coude fut ensuite entouré de compresses trempées dans de la teinture d'arnica étendue d'eau, puis l'avant-bras appliqué contre la poitrine et maintenu dans la flexion, comme s'il s'agissait d'une fracture de clavicule.

Les jours suivants, le coude devint rouge, tuméfié, douloureux, et il fallut recourir aux applications émollientes pour prévenir une réaction trop vive. Une autre précaution sur laquelle je dus insister, ce fut d'assujettir constamment l'avant-bras à l'aide d'un bandage, pour m'opposer à son retour à la position première. Au bout de quelque temps le gonflement disparut et je tentai à plusieurs reprises d'augmenter la flexion ; mais ce fut en vain : très-probablement je fus empêché par la saillie en avant du fragment articulaire ; aussi tous mes efforts durent se borner à immobiliser l'articulation dans une flexion qui donne aujourd'hui un angle un peu plus ouvert que l'angle droit. En définitive, aujourd'hui l'enfant peut se servir utilement de son bras et porter la main à sa bouche ; mais, pour ne pas perdre le bénéfice de cette opération, il faudra, je crois, le surveiller encore.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BROCA. J'ai tout récemment appelé l'attention de la Société sur les **modifications de température qui se présentent dans un membre dont une artère est oblitérée.**

Sur un malade de mon service, et dont l'observation est publiée dans nos *Bulletins*, je pus, en me fondant sur les différences de température dans les deux membres, arriver à reconnaître le siége de l'oblitération artérielle. Il y avait, on peut se le rappeler en comparant le membre malade avec le membre sain, — 2° à la jambe malade ; + 2° au niveau de la partie inférieure de la cuisse du même côté, et enfin la température était la même des deux côtés au niveau de la partie supérieure de la cuisse.

Je rapprochai ce fait de ce qui se passe à la suite des ligatures d'artère, et je trouvai l'explication de ces phénomènes. A la suite de l'oblitération d'une artère, il y a à ce niveau exagération de la circulation capillaire, et partant augmentation de la chaleur à la peau. Il passe plus de sang dans les couches superficielles ; elles sont plus échauffées. Mais d'un autre côté la circulation étant plus lente, il s'échappe moins de sang, pour se porter à la partie plus excentrique du membre : plus loin donc, il y a abaissement de température. — Ces deux considérations me permirent de conclure que l'oblitération devait siéger au niveau du point où je constatais l'élévation de température, et l'autopsie vint confirmer mon diagnostic.

Voilà en quelques mots l'observation dont j'ai déjà entretenu la Société. Tout récemment un second fait s'est présenté dans mon service, et l'observation a été suivie et recueillie avec soin pendant plus de trois mois. Je n'insisterai que sur ce qui a rapport aux expériences sur les variations de température.

Il y a eu constamment un refroidissement, un abaissement de température dans la jambe malade, qui a varié de — 3°, — 2° à — 4°. Au pli de l'aine, la température était la même de l'un et de l'autre côté ; à la partie interne et inférieure de la cuisse, du côté de la gangrène, il y avait élévation de température. Mais là se produisit un phénomène qui nous parut bien singulier d'abord, et dont nous eûmes plus tard l'explication. A la main, l'élévation de température était manifeste ; le thermomètre nous donnait seulement + 0,6°. Le thermomètre était fixé à la partie interne de la cuisse ; plus tard nous l'appliquâmes sur un autre point de la circonférence du membre, et nous trouvâmes alors + 2°. C'est que de l'un comme de l'autre côté le thermomètre était appliqué sur le trajet de l'artère. Du côté malade, il reposait sur l'artère oblitérée ; du côté sain, le sang passant dans l'artère, entretenait à ce niveau une élévation de température. Aussi, quand on plaçait la boule thermométrique dans d'autres conditions, sur un autre point de la circonférence du membre, on trouvait non plus + 0,6°, mais + 2°.

Ce fait vient donc encore à l'appui du précédent, et je puis tirer cette conclusion qu'on peut, en étudiant la température dans différents points d'un membre dans lequel une artère est oblitérée, arriver, suivant les variations de température que l'on constate, à diagnostiquer le point où existe l'oblitération.

A l'autopsie on a trouvé, conformément au diagnostic porté pendant la vie, que l'artère fémorale était perméable depuis le pli de l'aine jusqu'au niveau de l'origine de la fémorale profonde ; qu'au-dessous de ce point elle était oblitérée dans toute son étendue, ainsi que la poplitée et ses trois branches principales. La partie la plus supérieure du caillot de la fémorale est plus dense et plus décolorée que le reste du caillot, dans une étendue de 3 centimètres. A ce niveau, les parois de l'artère sont fortement revenues sur elles-mêmes, et tout permet de croire que cette partie du caillot est plus ancienne que les autres.

On pourrait m'objecter, continue M. Broca, que ce moyen d'exploration est souvent inutile, puisque le doigt suffit, dans presque tous les cas, pour constater le siége de l'oblitération. Mais il peut arriver que le doigt ne sente pas les battements dans un vaisseau qui pourtant n'est pas oblitéré. Ainsi, chez ce malade, nous ne sentions pas les battements artériels dans le pli de l'aine, et pourtant il n'y avait pas d'oblitération de l'artère. Je crois donc que dans ces circonstances les observations thermométriques ne peuvent que rendre des services pour le diagnostic des oblitérations artérielles.

A propos de ma dernière communication, une objection m'avait été présentée. Pour ma part, il n'y avait pas de doute sur la cause de l'oblitération artérielle, et je trouvais réunis tous les caractères de l'embolie. Mais enfin on pouvait jusqu'à un certain point soulever la question de l'artérite, et dans ce cas, ne pouvait-on pas attribuer à l'artérite l'élévation de température que nous constations ? Dans cette observation l'objection tombe d'elle-même. Était-ce sur le trajet de l'artère que nous trouvions l'élévation de température ? — Non, il y avait seulement + 0,6°, tandis que sur un autre point de la circonférence nous trouvions + 2°.

M. GIRALDÈS pense que M. Broca serait arrivé à des résultats plus précis encore s'il s'était servi, au lieu de thermomètres, d'appareils thermo-électriques.

M. BROCA reconnaît sans doute que ces appareils sont plus sensibles, mais il pense que puisqu'il peut arriver à une précision d'un dixième de degré, c'est un résultat qui est bien suffisant. Du reste, les appareils thermo-électriques sont difficiles à manier, même pour les physiciens. M. Béclard y a renoncé, et M. Foucault, à qui M. Broca parlait de ses recherches, l'a engagé aussi à se servir de thermomètres très-bien faits.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, E. BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 1er octobre, M. Walter (Charles), chirurgien principal de la marine, à la Guadeloupe, a été nommé second médecin en chef pour servir aux colonies en remplacement de M. Poupeau, second médecin en chef à la Guadeloupe, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— M. le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs une circulaire dans laquelle il rappelle que les candidats au titre d'officier de santé ou de pharmacien de 2e classe ne peuvent prendre leur première inscription (dans les Facultés ou dans les Écoles préparatoires) avant l'âge de dix-sept ans révolus, et *sans justifier devant un jury spécial, composé de trois membres et formé par les soins du recteur de l'Académie, des connaissances enseignées dans la division de grammaire des lycées.* Les candidats, pourvus du certificat délivré conformément aux prescriptions de l'article 2 du décret du 10 avril 1852, sont dispensés de l'examen. » (Art. 6 du règlement du 23 décembre 1854.)

M. le ministre insiste sur la nécessité de rendre très-sérieux cet examen. Il rappelle que c'est au moment où le candidat prend sa première inscription que ce certificat de grammaire doit être exigé.

Les candidats en cours d'études ne pourront prendre une nouvelle inscription sans justifier du certificat de grammaire. Cette justification sera également imposée aux étudiants qui ont achevé actuellement leur scolarité, et qui se présenteront pour subir le premier des trois examens de fin d'études.

Les candidats qui ont subi avec *succès* les deux premiers ou le premier des examens probatoires, ne seront pas astreints à cette condition, qui aurait pour eux un effet rétroactif.

— Il nous tombe sous la main, dit la *Gazette médicale de Lyon*, et nous signalons à l'attention de qui de droit, un prospectus imprimé qui, bien supérieur à ses pareils, ne nous paraît pas porter atteinte uniquement à la crédulité publique et à la langue française. Nous n'en extrairons qu'une phrase :

« En dehors du service éclatant que cette essence rend aux dames, elle possède aussi les vertus hygiéniques propres à lui gagner la confiance des personnes qui voudront bien se convaincre de sa salutaire efficacité. Car si, comme l'eau de Jouvence, la nôtre n'a pas le don d'effacer le nombre des années, elle possède du moins, entre autres mérites, celui, qui a bien son prix, il nous semble, de rajeunir, vivifier et rétablir dans tout l'éclat de ses perfections primitives qu'il avait perdu, ce merveilleux organe, chef-d'œuvre du Créateur, dont la forme élégante, si pure et si gracieuse, fait le splendide ornement de la plus belle moitié du genre humain ; et cependant, sans le secours providentiel de notre découverte, cet ornement, aussi fragile que précieux, semblable par la délicatesse et le charme de sa mystérieuse structure à une tendre et sensible fleur qui se fane au premier souffle de l'orage, n'aurait brillé qu'un fugitif instant dans sa magnificence pour se flétrir à jamais sous l'haleine délétère de la maladie, les fatigues de l'allaitement, ou les étreintes non moins pernicieuses de l'impitoyable corset. »

Il va sans dire, si l'on veut en croire le prospectus, que « les plus célèbres médecins des Facultés de France ont bien voulu approuver, recommander cette essence. »

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 130. — JEUDI 7 NOVEMBRE 1861.

(34e ANNÉE.)

N° 130. — JEUDI 7 NOVEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Hôpital de la Charité (M. Bouillaud). De la congestion cérébrale. — De l'opération du bec-de-lièvre compliqué d'une double fissure nasale, par un nouveau procédé chéiloplastique. — Du pemphigus syphilitique des nouveau-nés. — De la crème de lait comme succédané de l'huile de foie de morue. — Inflammation chronique des gaînes tendineuses simulant des affections articulaires. — Éruptions développées autour de l'anus chez les enfants; traitement. — Des avantages thérapeutiques de l'emploi des pilules de beurre de cacao au perchlorure de fer. — Académie de médecine, séance du 5 novembre. — Nouvelles.

Paris, 6 novembre 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a entendu une lecture de M. Delpech, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale, sur les inconvénients que présente, au point de vue hygiénique, la fabrication du caoutchouc soufflé. Il y a quelques années M. Delpech, dans un premier travail sur ce sujet, avait déjà signalé les accidents qui peuvent résulter de la manipulation du sulfure de carbone, un des agents principaux de cette fabrication. L'extension considérable qu'a prise depuis lors cette industrie et le nombre toujours croissant de ses applications, en multipliant incessamment les dangers qui y sont inhérents, ont créé à la science de nouveaux éléments d'étude et de nouveaux devoirs. Rechercher dans les applications variées qui en sont faites pour les diverses branches industrielles quel est le mode d'action toxique qu'exerce le sulfure de carbone, et déduire de cette étude les moyens de réglementation propres à soustraire autant que possible les ouvriers à cette influence pernicieuse, tel est le double objet que s'est proposé M. Delpech. Le travail qu'il a lu hier à l'Académie ne renferme qu'une partie de ces recherches générales, encore inachevées. On y trouvera, avec la confirmation des résultats de ses premières études, la description de phénomènes particuliers d'intoxication dont il a cherché, par l'observation directe et par l'expérimentation sur les animaux, à dégager les caractères et la raison d'être. On y trouvera aussi quelques recherches intéressantes sur l'étiologie spéciale des accidents en question, et l'indication d'un procédé de préservation dont il serait à désirer que l'expérience vérifiât l'efficacité.

M. Dublanc, correspondant de l'Académie, a lu ensuite un travail pharmaceutique sur la préparation de l'extrait de salsepareille; après quoi l'Académie s'est formée en comité secret, pour entendre la suite des rapports des commissions de prix. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouillaud.

DES AFFECTIONS CÉRÉBRALES ET DES MALADIES QUI LES SIMULENT.

De la congestion cérébrale.

(Leçons recueillies et rédigées par M. Dumont, chef de clinique.)

Le mot *congestion sanguine du cerveau* exprime une augmentation de la quantité de sang contenue dans cet organe à l'état normal. M. Andral a créé pour représenter cet état morbide un mot bien clair : *hyperémie*.

Congestion cérébrale active et passive, telles sont les deux espèces principales.

L'une, la congestion active, s'opère sous l'influence d'un état d'afflux ou de fluxion du sang, comme si ce liquide (ainsi que l'a dit Bichat) était attiré par un aimant. Cette fluxion résulte souvent d'une cause d'excitation locale. Cette variété a sa formule dans l'aphorisme hippocratique *Ubi stimulus, ibi fluxus*.

Au contraire, la congestion cérébrale passive est amenée par tout agent capable de s'opposer au libre retour vers le cœur du sang contenu dans le système veineux cérébral.

Les causes de ces deux variétés de congestions sont bien tranchées.

La congestion cérébrale active s'observe chez tout homme qui, par profession, par nature, par entraînement, s'abandonne à des travaux intellectuels exagérés. Sous l'influence de ce stimulus violent de la pensée, l'œil brille, le visage s'anime, toutes les artères de la tête battent avec force. Cette hyperémie superficielle du visage et des téguments de la tête coïncide avec une hyperémie profonde cérébrale. Cette érection du cerveau n'est que le premier degré, ou l'un des premiers degrés de la congestion active du cerveau.

Les causes de cette congestion active sont bien nombreuses. A côté du travail intellectuel exagéré se placent les passions violentes, la colère, le fanatisme, la manie furieuse, la gaîté, la frayeur, etc.

Les causes de la congestion cérébrale passive sont nombreuses. Voyez le n° 11 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, atteint d'un rétrécissement mitral; le n° 14 de la même salle, qui succombe victime de la même affection. Chez ces malades, le sang veineux ou artériel rencontre à l'orifice auriculo-ventriculaire droit ou gauche un obstacle plus ou moins invincible, et il s'accumule dans les capillaires de la circulation pulmonaire et de la circulation générale.

C'est alors que les symptômes les plus évidents d'une congestion passive se manifestent : la face est violacée, gonflée; les lèvres sont bleuâtres; les yeux sont saillants, les conjonctives livides, les jugulaires transformées en cylindres liquides, avec ou sans ondulations en retour.

Ce que présentent les téguments dans ce cas, le cerveau en offre un exemple frappant; il est lui-même turgescent, et cet état est le type de la congestion sanguine cérébrale passive.

Mille *causes physiologiques* produisent la même congestion, l'effort, le vomissement, et généralement tout ce qui trouble la circulation pulmonaire aérienne ou sanguine.

Telles sont les idées acquises, bien nettement tranchées, qui permettent de reconnaître la congestion cérébrale active ou passive. Voilà leur mécanisme et leur appareil symptomatique.

Des idées nouvelles ont été émises sur cet état pathologique. A ces notions si claires, si précises, que nous devons à une longue expérience, M. le professeur Trousseau a substitué un système nouveau, qu'il importe d'examiner ici devant vous et de soumettre au contrôle de l'observation clinique.

Notre éminent confrère signale d'abord la congestion telle qu'elle vient d'être formulée, puis il ajoute : « Quelquefois on croit avoir eu affaire à une congestion cérébrale active, lorsque, en fin de compte, il ne s'est agi que d'une attaque d'éclampsie ou d'épilepsie ».

Or la congestion cérébrale n'a jamais été confondue avec l'éclampsie ou l'épilepsie par des médecins dignes de ce nom.

M. Trousseau ajoute, il est vrai, qu'il est une forme convulsive qui peut en imposer pour une congestion cérébrale. Or comment une forme convulsive de l'épilepsie peut-elle en imposer pour une congestion cérébrale? Ailleurs M. Trousseau déclare qu'il y a eu une *énorme congestion*. Il n'y a donc pas là une forme convulsive de l'épilepsie, qui en impose pour une congestion cérébrale, mais bien une attaque convulsive qui a eu pour effet une véritable congestion cérébrale.

M. Trousseau est tombé évidemment dans une contradiction flagrante, à laquelle il a échappé en apparence, en ajoutant qu'il s'agit d'une congestion passive et non d'une congestion active. Pourquoi, au lieu du mot congestion cérébrale, n'a-t-il pas de suite employé le mot congestion cérébrale passive, c'est-à-dire la congestion que tous les bons observateurs ont admise en pareil cas?

Voyons maintenant si cette congestion, sous les deux espèces par nous admises, est la même que celle dont a voulu parler le savant professeur sous le nom de *congestion cérébrale apoplectiforme*. J'ai peine à concevoir qu'on puisse donner le nom de congestion cérébrale à un état qui ne serait pas l'un des degrés de la congestion que nous venons d'examiner. Plus tard nous considérerons la définition proposée par M. Trousseau, et nous verrons alors que cette définition s'applique, non pas à la congestion sanguine proprement dite, mais bien à une sorte *d'état ecchymotique du cerveau*, c'est-à-dire à une espèce particulière d'hémorrhagie de la pulpe cérébrale.

Comparons, sous le point de vue de ses effets, la congestion sanguine ci-dessus décrite avec celle que M. Trousseau a nommée congestion cérébrale apoplectiforme; mais établissons tout d'abord que cette congestion qu'il admettait il y a quinze ans, il ne l'admet plus aujourd'hui. Il lui substitue, pour les cas où il l'admettait jadis, quoi? une des plus effrayantes affections du cadre nosologique, l'*épilepsie*.

Certes, la congestion que nous avons décrite est heureusement très-différente sous le point de vue de ses effets. Pour le prouver, il suffit de rappeler que dans aucun des cas par nous signalés de congestion active ou passive du cerveau, on n'a rencontré ni la perte subite de connaissance ni les autres symptômes graves dont parle M. Trousseau.

Faut-il conclure que la congestion cérébrale ordinaire, quel que soit son degré et quelle qu'en soit la cause, ne se lie par aucun rapport avec l'épilepsie?

La solution cependant bien précieuse de ce problème se chercherait en vain dans la note de M. Trousseau. Le diagnostic et la thérapeutique auraient beaucoup à souffrir, s'il fallait admettre dans toute leur teneur les assertions et les doctrines qu'on y trouve.

Nous allons essayer de le démontrer. Citons textuellement :

« J'admets, dit M. Trousseau, la congestion, l'hyperémie du cerveau; il faudrait être insensé pour en contester l'existence. Mais je dis que ce que l'on a appelé la *congestion cérébrale apoplectiforme* est dans le plus grand nombre des cas un accident épileptique ou éclamptique, quelquefois une syncope; bien souvent les simples vertiges épileptiques, des vertiges liés à un mauvais état de l'estomac ou à des maladies de l'oreille, sont considérés à tort comme des congestions de l'encéphale. »

Il est fâcheux que M. Trousseau n'ait fait aucune mention des états anémique ou chloro-anémique, cause si commune de vertiges, d'étourdissements, de défaillances, etc., tous phénomènes trop souvent attribués à des congestions cérébrales, ou à des affections cérébrales qui n'ont d'existence alors que dans l'imagination de ceux qui les admettent.

« Que si ces propositions sont vraies, a-t-il ajouté, on m'accordera que la thérapeutique devra moins souvent recourir aux médications révulsives et antiphlogistiques mises sans cesse en œuvre pour combattre ces prétendues congestions cérébrales, et qu'il faudra chercher d'autres médications plus conformes à l'idée que l'on doit se former des états divers que l'on a confondus trop souvent sous la même dénomination. »

M. Trousseau a pris soin de faire expressément remarquer qu'il désignait sous le nom de congestion cérébrale apoplectiforme la congestion dont il s'occupe, afin qu'on ne la confondit pas avec la congestion cérébrale ordinaire ou proprement dite. En quoi les deux congestions diffèrent-elles donc formellement l'une de l'autre, et à quels caractères certains, évidents, est-il possible de les distinguer? C'est encore un problème dont la solution manque quelque peu à la clarté du sujet.

Voici comment, cédant à nos prières, M. Trousseau a défini ce qu'il appelle la congestion cérébrale apoplectiforme :

« Il y a apoplexie quand nous voyons un homme violemment jeté à terre et prostré. Or dans l'épilepsie, comme l'a judicieusement fait remarquer Van Swieten dans ses *Commentaires* sur Boerhaave, les attaques sont fréquemment accompagnées de petites ecchymoses en nombre infini sur la face, le cou et la poitrine. Il est bien permis de supposer que le violent effort qui a produit ces milliers d'ecchymoses s'est fait sur le cerveau aussi bien que sur les capillaires de la peau, et que la substance grise surtout est criblée aussi de taches ecchymotiques.

» C'est là ce que j'appelle la congestion consécutive. »

Voilà donc, d'après M. Trousseau, en quoi consiste la congestion cérébrale apoplectiforme. Ainsi définie, cette congestion ne saurait être confondue avec la congestion ordinaire du cerveau. Mais aussi, et par le fait même, cette congestion cérébrale apoplectiforme n'appartient plus à l'ordre des congestions sanguines proprement dites, soit *actives*, soit *passives*, des fluxions ou des stases sanguines, mais bien à l'ordre des hémorrhagies.

Vous le voyez, la science, telle qu'elle est aujourd'hui constituée, contient tous les éléments nécessaires à la solution de ces problèmes de diagnostic.

Est-il besoin de le démontrer? Qu'entend-on généralement aujourd'hui par apoplexie? L'hémorrhagie cérébrale, c'est-à-dire un état morbide, anormal, parfaitement défini et distinct.

Qu'entend-on aujourd'hui par épilepsie? Une névrose cérébrale sur le siége précis de laquelle on peut bien disputer sans doute, mais qui diffère de l'apoplexie ou de l'hémorrhagie, sans quoi son classement parmi les névroses proprement dites serait un véritable contre-sens nosologique.

Or, par cela même que l'apoplexie et l'épilepsie occupent une place aussi distincte dans le cadre nosologique, on en doit conclure que les symptômes de l'une et de l'autre ne sauraient être les mêmes.

Les symptômes vraiment caractéristiques d'une épilepsie pleinement développée, consistent en effrayantes convulsions se présentant sous une forme qui n'appartient qu'à cette affection; tandis que les symptômes vraiment caractéristiques d'une apoplexie, c'est-à-dire d'une hémorrhagie cérébrale, consistent en des phénomènes paralytiques.

Sans doute ces phénomènes paralytiques peuvent exister dans des lésions autres que l'hémorrhagie; mais il ne s'agit pour le

moment que de montrer l'opposition qui sépare nos deux types nosologiques.

Etablir une différence entre l'apoplexie ou l'hémorrhagie cérébrale, c'est démontrer celle qui existe entre les affections dites apoplectiformes et les affections dites épileptiformes.

Reste une difficulté : le *petit mal* n'offre pas ces caractères convulsifs de l'épilepsie bien caractérisée; en effet, sous ce nom peu rigoureux, on désigne des vertiges, une sorte de perte de connaissance, de simple défaillance, de *deliquium animi*.

Remarquons d'ailleurs que pour soutenir que les phénomènes apoplectiques, épileptiques, éclamptiques, ne sont point les effets d'une congestion cérébrale soit active, soit passive, il aurait fallu commencer par établir exactement les effets appartenant en propre à cette congestion, et montrer en quoi ils diffèrent de ceux que M. Trousseau rapporte aujourd'hui à l'épilepsie. En outre, ce n'est pas seulement la description de la congestion du cerveau en général qu'il aurait fallu exposer, mais aussi celle des congestions spéciales de chacun des centres nerveux distincts dont se compose le système encéphalique.

Si l'on vient dire que la congestion du cerveau proprement dit ou des lobes cérébraux ne produit pas par elle-même la perte de connaissance, les phénomènes épileptiques, ceux encore que M. Trousseau appelle plus particulièrement apoplectiques, ce n'est pas moi qui le nierai, puisque bientôt je m'efforcerai de démontrer que l'hémorrhagie de ces lobes elle-même ne détermine pas les accidents foudroyants dont il s'agit.

Les deux espèces de congestion sanguine dont le cervelet, la protubérance annulaire et la moelle allongée peuvent être le siége, sont établies sur des expériences et sur des observations cliniques exactes.

Qu'il nous soit permis de rappeler les résultats des expériences que nous avons faites.

Si vous stimulez d'une manière plus ou moins vive les centres nerveux de la base du crâne (cervelet, moelle allongée), l'animal tombe, s'agite convulsivement, se tord dans tous les sens, écume quelquefois, éprouve des roulements et des contorsions dans les yeux, et nous offre, en un mot, le tableau d'une attaque épileptique. Or, dans ce cas, il existe bien, comme conséquence de la stimulation (*ubi stimulus, ibi fluxus*), une congestion cérébelleuse active.

Stimulez, au contraire, de la même manière les lobes cérébraux en général, ou le cerveau proprement dit, point d'attaque épileptiforme, point de chute. Au contraire, l'animal court en tous sens, sans connaître les objets qui l'entourent. Il semble que les désordres produits frappent bien plutôt l'intelligence que les mouvements.

Voyez quelle différence dans les troubles fonctionnels, selon que la lésion porte sur tel ou tel point des centres nerveux.

En résumé, il est arrivé, et cela très-souvent, je l'admets, à quelques médecins de confondre l'apoplexie avec l'épilepsie, et pour ma part j'ai vu un très-grand nombre de ces erreurs de diagnostic. Mais ces erreurs, je me plais à le répéter, n'auraient pas été commises par leurs auteurs s'ils avaient bien connu les signes propres à chacune de ces deux affections tels qu'ils sont exposés dans les traités classiques de nosographie.

DE L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE,

compliqué d'une double fissure nasale, par un nouveau procédé chéiloplastique.

Par M. le docteur C. Sédillot.

(Communiqué à l'Académie des sciences (séance du 28 octobre).

Le bec-de-lièvre double compliqué de la fissure des narines, de la saillie en avant et en haut de l'os incisif ou intermaxillaire, et de la présence d'un tubercule médian plus ou moins irrégulier et dé-passant même quelquefois l'extrémité libre du nez par une sorte de prolongement en forme de trompe, est une des difformités dont la guérison présente le plus de difficultés.

Notre ancien collègue et ami le professeur Blandin avait fait connaître et adopter un très-ingénieux procédé de redressement et de conservation de l'os incisif, et il nous paraît indispensable, chez les enfants, d'y avoir recours, si l'on ne veut pas s'exposer à un insuccès presque certain.

L'ablation de cet os produit une large perte de substance du contour alvéolaire, et la lèvre, quelque bien affrontée et réunie qu'on la suppose, ne trouvant pas de point d'appui en arrière, cède aux mouvements d'inspiration et d'expiration, est tiraillée, s'enflamme et ne se cicatrise pas.

La fracture et le refoulement de l'os incisif seraient préférables ; mais l'exécution en est peu sûre, difficile toujours, impossible souvent, et l'irrégularité et la projection des surfaces osseuses sont autant d'obstacles au succès de l'opération.

L'excision d'une portion triangulaire du cartilage de la cloison nasale et du vomer laisse au contraire un espace libre où l'on repousse l'os incisif, et avec un peu d'habileté on rétablit la régularité du contour alvéolaire, on remédie aux hémorrhagies, et la lèvre, appliquée contre une surface lisse à laquelle les débridements de la muqueuse la font adhérer, s'immobilise sans peine et se cicatrise heureusement. Je n'ai appliqué ce procédé de Blandin que sur des enfants déjà âgés de quelques années, et je n'ai eu qu'à m'en applaudir.

Dans le cas où l'on opérerait des adultes, chez lesquels les chairs sont épaisses, plus consistantes et plus faciles à réunir et à maintenir réunies, on pourrait enlever l'os incisif, si le déplacement en avant en était très-considérable, comme nous l'avons fait avec succès.

La chirurgie ne possède pas d'aussi brillantes ressources pour la restauration de la lèvre elle-même. Ses moitiés latérales, fortement écartées l'une de l'autre, sont étroites, minces, atrophiées, comme perdues dans les joues, confondues en partie avec les ailes du nez, séparées l'une de l'autre par le tubercule médian, et il faut non-seulement les réunir et reformer une lèvre régulière, mais encore reproduire le contour des narines et le fermer.

Si l'on conserve le tubercule médian en l'avivant et le plaçant, comme une sorte de coin, entre les deux moitiés de la lèvre, la restauration est imparfaite, et l'organe représente un demi-cercle à concavité supérieure dont le peu de hauteur ne suffit pas à cacher les dents.

Dupuytren conseillait de transformer le tubercule médian en cloison sous-nasale et de réunir directement les deux moitiés de la lèvre ; mais il suffit d'étudier les faits que l'on a cités pour reconnaître l'impossibilité de mettre les deux ailes du nez en contact, et le procédé de Dupuytren ne différait des manœuvres ordinaires que par une excision plus considérable du tubercule médian, qu'il reportait avec raison en haut, dans une direction horizontale, ce qui contribuait à une restauration plus régulière du nez, mais ne rendait pas à la lèvre une hauteur suffisante, et ne faisait nullement disparaître l'angle rentrant ou encoche dont tous les chirurgiens se sont si justement occupés depuis une vingtaine d'années.

Les deux petits lambeaux renversés de Clémot de Rochefort, l'unique lambeau de M. Philips, ne sauraient remédier à cette difformité, dans les cas particuliers d'atrophie labiale et de fissure nasale que nous étudions, et le procédé dont j'ai donné la description il y a quelques années, et qui permet d'augmenter la hauteur de la lèvre sur la ligne médiane, n'arrive à ce résultat qu'aux dépens des dimensions en largeur de l'organe et ne peut être employé que comme moyen accessoire, quelle qu'en soit l'utilité, lorsque la lèvre manque de développement et d'étendue.

Nous portons le même jugement sur le procédé qui consiste à tailler carrément le tubercule médian et à fendre en travers ou horizontalement les portions libres de la lèvre dont on réunit la partie supérieure aux côtés du tubercule, tandis qu'on allonge les languettes inférieures, pour les affronter bout à bout ou verticalement, après les avoir fait glisser au-dessous du bord inférieur, également avivé, du tubercule.

Si l'on considère ces procédés comme des ressources extrêmes dont on doit s'applaudir, quelles qu'en soient les défectuosités, nous sommes disposés à les accepter à ce titre, mais nous croyons possible de viser plus haut et d'arriver à des résultats plus satisfaisants.

Nous remédions à l'atrophie et à l'insuffisance de la lèvre par un emprunt fait aux joues, comme dans beaucoup d'autres opérations anaplastiques.

Une incision oblique, commencée en dehors et à trois centimètres au-dessus de l'aile du nez, est continuée en bas dans la direction du bord libre de la lèvre dont elle rejoint la surface avivée.

Le tubercule médian, taillé en V allongé, à pointe inférieure, sert en partie à former la cloison sous-nasale, et en partie à reconstituer la lèvre, comme on l'avait déjà tenté dans des conditions moins favorables.

La joue, détachée en dehors de ses adhérences avec l'os maxillaire, dans une étendue assez grande pour en permettre l'abaissement, est réunie de chaque côté par des sutures, avec les bords opposés de l'incision et du tubercule médian.

Le contour nasal est ainsi rétabli et la lèvre augmentée en hauteur et en largeur de tout le lambeau qu'on y ajoute.

On réunit alors sur la ligne médiane la totalité des surfaces avivées du bec-de-lièvre ; en ayant recours au procédé que j'ai antérieurement décrit et au petit lambeau de M. Philips, on obtient une lèvre épaisse, bien formée et d'une hauteur convenable.

Il est nécessaire de multiplier les sutures pour prévenir tout déplacement des lambeaux, et d'opérer la réunion des plaies avec beaucoup de soin pour assurer une cicatrisation immédiate.

Si l'on a fait usage d'épingles et de la suture entortillée, il est sage de les enlever avant qu'elles ulcèrent la peau.

Dans le cas où les cicatrices offriraient plus tard quelques irrégularités et seraient lâches, amincies ou froncillées, on les rendrait aisément linéaires et à peine visibles par quelques avivements complémentaires. (Période de perfectionnement.)

Nous avons signalé un danger très-grave auquel les jeunes enfants sont exposés. La lèvre inférieure, devenue temporairement d'une étendue exagérée par le resserrement de la supérieure, est attirée dans l'intérieur de la bouche pendant les inspirations, et devient une cause d'asphyxie. Une surveillance attentive de la mère ou des personnes chargées de l'enfant suffit pour prévenir ce grave accident.

Nous avons depuis quelques années appliqué avec succès ce procédé de chéiloplastie à des malades chez lesquels l'opération ordinaire du bec-de-lièvre avait échoué, et nous avons l'honneur de placer sous les yeux de l'Académie trois dessins recueillis d'après nature par M. le docteur Willemin, médecin répétiteur à l'Ecole impériale du service de santé, et qui représentent un de nos malades avant, pendant et après l'opération, dont les suites ont été des plus heureuses.

Le célèbre et habile chirurgien de Berlin, M. le professeur Langenbeck, a publié dans la Clinique allemande un procédé qui diffère du nôtre par la forme de l'incision pratiquée sur la joue, mais dont le but est également de suppléer à l'atrophie et à l'insuffisance de la lèvre.

C'est une preuve de la justesse des indications que nous avons signalées et des avantages que la chirurgie pourra retirer, dans quelques cas excessivement compliqués, de l'application de l'anaplastie à l'opération du bec-de-lièvre.

DU PEMPHIGUS SYPHILITIQUE DES NOUVEAU-NÉS,

Par M. le docteur Vanverts.

On sait que dès le commencement de ce siècle, le pemphigus des nouveau-nés a été rapporté à la syphilis par Wichmann et Sachse. Malgré les faits observés à la même époque en Angleterre et en Allemagne, cette opinion était presque tombée dans l'oubli lorsqu'elle fut soutenue par M. Paul Dubois. Depuis, les faits à l'appui se sont multipliés, et la nature syphilitique des pemphigus des nouveau-nés est aujourd'hui admise par des autorités imposantes, M. Depaul par exemple. Il y a pourtant des médecins et des accoucheurs, même haut placés dans science, qui la nient encore, et il reste à cet égard du do dans l'esprit de bien des praticiens. Il n'est donc pas sans util de faire connaître les documents propres à démontrer la natu syphilitique de l'affection dont il s'agit. On lira surtout avec i térêt l'extrait suivant de l'article de M. Vanverts, puisque médecin est arrivé par lui-même, et sans connaître les trava antérieurs sur ce sujet, à une opinion conforme à celle MM. P. Dubois et Depaul.

« Appelé souvent, dit M. Vanverts, dans notre service d pauvres du bureau de bienfaisance de Saint-Sauveur, à exami ner un grand nombre d'enfants atteints d'affections de la p ou du cuir chevelu, indiquant une cause héréditaire, telles q des scrofulides, des syphilides avec leurs différentes form nous fûmes tout d'abord frappé de la manière rapide dont mort arrivait dans une maladie aux caractères toujours mêmes, bien tranchés, particulière aux nouveau-nés. Toujou en effet, nous rencontrions dans ces cas des vésicules de volu variable, depuis la grosseur d'une lentille jusqu'à celle d'u petite fève, occupant la plante des pieds, la paume des main tranchant tantôt par leur coloration semi-transparente, qua on observait au début l'éruption, tantôt par une teinte hyalin puis jaunâtre ou brunâtre, sur un fond bleu violacé, livid caractéristique, comme si ces extrémités avaient été frappé d'un froid intense; ces vésicules étaient entourées dans que ques cas de l'auréole cuivrée. Quelquefois nous trouvions s le ventre, au cou, sur les bras ou sur les jambes, d'autres vés cules à sérosité plus claire, jaunâtre, où le cercle cuivré éta plus apparent ; et aussi, dans deux cas, des ulcérations au ba ventre, dans le pli de l'aine, à fond grisâtre et de mauva aspect. Cette gravité attira à un tel point notre attention, q d'autres cas s'étant depuis présentés, nous n'hésitâmes pas porter un pronostic fâcheux qui fut bientôt justifié ; et en exa minant de près la mère, ou en nous rappelant ses antécédent nous rattachâmes franchement le mal à une cause syphilitiqu

» On le voit, et cette remarque a une grande importance, i n'y avait au début chez nous aucune idée préconçue. A part de ce moment, les autres faits que nous pûmes observer ne nou laissèrent aucun doute; dans tous les cas, ces enfants apparte naient à des filles qui, vivant de la prostitution dans un quar tier où la syphilis fait de profonds ravages, aux environs d'un caserne, il ne pouvait y avoir de doute sur l'origine du mal. Et, du reste, nous avons pu dans chacun des cas reconnaître che la mère des traces de syphilis déjà ancienne, comme roséole, plaques muqueuses, tubercules du mamelon; ou bien il nous souvenait avoir eu quelque temps auparavant à l'examiner pour des accidents primitifs. Toujours, ainsi que nous l'avons dit, la mort arrive rapidement. Dans deux cas, elle survint dans les vingt-quatre heures après que l'enfant nous était présenté : c'était deux ou trois jours après la naissance. D'après les renseignements qui nous ont été donnés, on doit croire que l'éruption avait paru depuis peu de temps; dans un autre cas, au contraire, les parents nous dirent avoir été effrayés de la coloration bleuâtre de la peau des pieds et des mains avec de grosses vésicules dès la naissance. Tantôt dès le début de l'affection l'enfant présentait un état rachitique des plus prononcés : teinte terreuse de la peau, flaccidité des chairs, figure ridée; tantôt il présentait toutes les apparences d'une santé parfaite et d'une vigoureuse constitution.

» Mais, quelle qu'ait été l'apparence, la mort dans les deux cas a toujours été aussi rapide; les enfants forts, comme les enfants faibles, ne tardaient pas à être pris de selles séreuses continues, et une fois seulement nous avons vu la maladie se prolonger pendant cinq jours. En suivant chez ce jeune malade la marche de l'éruption, on voyait des vésicules nouvelles remplacer les anciennes, qui, après avoir pris une teinte brunâtre, se crevaient, donnaient issue à un liquide séro-sanguinolent, et en enlevant l'épiderme on trouvait une ulcération creusée dans l'épaisseur du derme, recouverte d'une fausse membrane grisâtre, pulpeuse, saignant facilement.

» Dans d'autres vésicules, l'épiderme était remplacé par une croûte mince, lamelleuse, et dans les derniers moments, quand la maladie durait quelques jours, il semblait que des poussées nouvelles se faisaient avec la peau; des syphilides ulcérées se montraient partout où il y avait contact, et la mort arrivait toujours par épuisement. » (*Bull. méd. du nord de la France.*)

DE LA CRÈME DE LAIT

comme succédané de l'huile de foie de morue.

L'administration de l'huile de foie de morue, malgré tous les artifices qu'on a imaginés pour en masquer l'odeur et le goût, rencontre souvent dans la pratique des difficultés insurmontables, précisément chez les enfants, et on se trouve ainsi privé d'une ressource bien précieuse. La théorie, à coup sûr très-vraisemblable, qui attribue les bons effets des huiles animales bien plus à leur qualité de matières grasses qu'aux proportions infinitésimales de l'iode qu'elles renferment, a inspiré l'idée de leur substituer certains corps gras, tels que le beurre, par exemple, et des observateurs recommandables ont reconnu à cette substance des propriétés très-analogues à celles des huiles de poisson. Malheureusement, pour qu'elle soit utile, il faut en donner des quantités notables, auxquelles l'estomac et le goût d'un grand nombre de malades ne tardent pas à répugner.

La crème fraîche de lait n'a pas cet inconvénient; elle est fréquemment employée en Angleterre comme succédané de

l'huile de foie de morue. Un très-grand nombre de phthisiques sont soumis à ce régime et y trouvent les éléments d'une réparation très-efficace. Il y a plus : des établissements spéciaux ont été créés dans quelques points méridionaux de l'Angleterre renommés pour la douceur de leur climat et la richesse de leurs pâturages, et les poitrinaires y affluent. La crème leur est donnée pure ou mélangée à une certaine quantité de rhum quand elle se digère difficilement, et la dose en est fixée par les limites de la tolérance de leur estomac.

M. le docteur Fonssagrives a songé à tirer parti de ce fait, et publie deux observations qui témoignent en faveur de cette nouvelle ressource thérapeutique. Il termine sa communication par les considérations suivantes :

La crème, comme les aliments gras, ne se digère bien qu'à la condition d'être relevée par un condiment ; le sucre est le mieux adapté aux besoins comme au goût des enfants ; on augmenterait encore sa digestibilité par l'addition d'une petite quantité de vanille. Peut-être la crème serait-elle un passe-port agréable pour d'assez fortes doses de ce sel marin si souvent recommandé aux phthisiques, et dans l'utilité duquel j'ai une certaine confiance. Quant à l'association du rhum et de la crème, c'est une idée toute britannique et que nous signalons sans la patronner. Disons qu'on peut pousser les doses de crème bien au delà de celles de l'huile de foie de morue, et arriver par suite à produire une restauration organique plus rapide. (*Bull. de thérap.*)

INFLAMMATION CHRONIQUE DES GAINES TENDINEUSES simulant des affections articulaires.

Les deux maladies nommées ci-dessus ont leur diagnostic différentiel nettement tracé dans les livres ; et il semble qu'on doive les distinguer sans peine par la circonscription de l'enflure et de la fluctuation, ainsi que par le peu d'influence exercée sur la santé générale, caractères de la suppuration des gaines tendineuses.

Néanmoins, celui qui a à porter ce diagnostic au lit du malade, dit M. Barwell, sera plus d'une fois embarrassé. Ainsi les parties où la suppuration des gaines s'observe le plus ordinairement sont le pourtour du poignet et du cou-de-pied. Eh bien, après une période d'acuité plus ou moins vive, il s'établit là un état semi-indolent, une gêne des mouvements qui peuvent être indistinctement attribués à une maladie soit des gaines, soit des tissus articulaires. La tuméfaction, une fois l'acuité passée, n'offre pas de délimitation bien tranchée ; et la fluctuation, plus ou moins obscure, ne se perçoit qu'à travers une masse épaisse de tissus infiltrés. Enfin le pus, qu'il soit spontanément ou artificiellement évacué, laisse un sinus tortueux et sans tendance à guérir.

La diathèse strumeuse, qui est une cause de ces deux maladies, peut encore conduire le médecin à les confondre entre elles.

L'auteur indique cependant un signe distinctif, mais qui, pour être recueilli et avoir toute sa valeur, exige une grande habitude et un tact chirurgical exercé. Si, par exemple, dit-il, vous avez affaire à une suppuration des tendons de la région antérieure du cou-de-pied, la tuméfaction est fusiforme, se dirigeant dans le sens longitudinal. En outre, quoique toute la circonférence du membre soit tuméfiée, elle ne l'est pas en avant et en arrière de la même manière.

En avant, on sent sous les téguments infiltrés une tumeur profonde bien perceptible ; tandis que, derrière la jointure, l'œil et la main font reconnaître qu'il n'existe qu'une infiltration de la peau et de la couche sous-cutanée. (*British medical journal.*)

ÉRUPTIONS DÉVELOPPÉES AUTOUR DE L'ANUS chez les enfants. — Traitement.

On rencontre de temps en temps des ulcérations cutanées opiniâtres, qui occupent le pourtour de l'anus chez les enfants ; elles sont quelquefois accompagnées d'une tuméfaction considérable et même de fissures profondes. Cette affection, qui, d'après le docteur Belly, est probablement de nature herpétique, ne résiste presque jamais à l'emploi, sous forme de lotions, d'un liquide composé de 30 grammes d'eau de chaux et de 7 à 10 centigrammes de bichlorure de mercure. On lotionne fréquemment la partie malade avec cette préparation. Si son application était trop douloureuse, on y ajouterait une certaine quantité d'eau. Pendant la nuit ou lorsque l'enfant repose, on peut tremper des compresses dans le liquide et les appliquer sur la région anale. Il est important d'entretenir en même temps la liberté du ventre. (*Medical Times.*)

DES AVANTAGES THÉRAPEUTIQUES de l'emploi des pilules de beurre de cacao au proto-iodure de fer ;

Par M. le docteur Ch. MARMIER.

Personne n'ignore que l'iodure de fer subit très-promptement l'action décomposante des agents extérieurs. C'est dans le sirop de gomme concentré que ce sel se conserve le mieux ; et cependant il ne tarde pas à s'altérer un peu et à prendre une teinte rougeâtre due à la présence de l'iode mis en liberté par l'oxydation d'une partie du fer.

Le mode de préparation des pilules d'iodure de fer, qui jusqu'à présent avait paru le plus avantageux, consistait à faire évaporer dans du miel la solution d'iodure de fer filtrée, puis à durcir ce mélange par l'adjonction de la gomme adragante. La fâcheuse influence de l'air n'est encore là qu'imparfaitement évitée, car le médicament s'altère non-seulement pendant la concentration de la liqueur, mais encore pendant la division des pilules.

Un grand nombre de tentatives ont été faites successivement par Dupasquier, MM. Mialhe, Wittstein, Béchamp, Gille et Blancard, afin d'arriver à obtenir une préparation *indécomposée* et *indécomposable ;* mais ces divers expérimentateurs n'ont fait qu'approcher du moyen sans le découvrir.

Un pharmacien distingué de Lyon, M. Vezn, connaissant par expérience les heureux effets que la médecine retire chaque jour des dissolutions métalliques dans les corps gras, a eu l'idée de remplacer l'eau et l'huile par un corps gras solide, tel que le beurre de cacao. En effet, ce corps, liquéfié à l'aide d'une douce chaleur et au bain-marie, dissout l'iode rapidement ; il lui communique une couleur rouge sang. Si à cette dissolution on ajoute un excès de fer réduit par l'hydrogène dans la proportion de six parties de fer pour quatre d'iode, on obtient après trois ou quatre heures de contact, et par une agitation continue, un iodure parfaitement neutre et ayant un excès de fer, lequel est éminemment favorable à la conservation du composé. Ce mélange, maintenu semi-liquide, acquiert une couleur jaune, puis noire ; et enfin, lorsque l'opération est terminée, une couleur vert bouteille. Cette transformation dernière indique que l'iode est entré en combinaison parfaite avec le fer.

Nous avons reconnu que les *pilules de beurre de cacao au proto-iodure de fer*, telles que les a imaginées M. Vezn, ne s'altéraient pas pendant leur confection ; qu'elles pouvaient résister longtemps à l'action de l'air sans se décomposer, et qu'enfin elles étaient inaltérables après un enrobement de gomme et de sucre. Ce résultat si digne d'intérêt a été soumis à l'appréciation de la Société de médecine de Lyon, dans sa séance du 22 avril 1861.

Ainsi que nous l'avons plusieurs fois déclaré à M. Vezu d'abord, et à quelques-uns de nos confrères ensuite, le beurre de cacao, par les propriétés adoucissantes, nutritives et toniques qu'il possède naturellement, devait de toute nécessité, en se combinant avec l'iodure de fer, constituer un médicament de premier ordre. Le corps gras mis en œuvre détruit en partie la saveur trop amère, excitante et astringente de l'iodure de fer, et lui communique une saveur de chocolat.

Ces pilules contiennent de quatre à cinq centigrammes d'iode et autant de fer réduit. Essayées à l'Antiquaille sur six malades et pendant un mois, dans le service de M. le docteur Rollet, chirurgien en chef de cet hôpital, et prises à la dose de huit à dix par jour, elles n'ont occasionné aucun de ces malaises produits si fréquemment par les préparations martiales, tels que dyspepsie, inappétence, constipation, diarrhée. Nous savons que M. Delore, chirurgien en chef de la Charité, expérimente actuellement dans son service la nouvelle préparation pharmaceutique dont nous venons de parler, et nous avons lieu de penser qu'il livrera bientôt au public médical les résultats de son enquête clinique.

Quant à nous, qui avons fait un très-fréquent usage dans notre pratique des *pilules de beurre de cacao au proto-iodure de fer*, nous sommes en droit d'affirmer qu'elles présentent, en résumé, les avantages suivants : élimination de l'eau dans la préparation, ce qui met celle-ci à l'abri de tous les inconvénients que présente la voie humide ; solidité naturelle du médicament ; obtention immédiate de la masse pilulaire et des pilules, et ensuite leur enrobement par une couche de gomme et de sucre ; dissolution du composé ferreux dans un corps gras, qui modifie, au point de les faire disparaître presque complétement, et la saveur amère et astringente, et l'action irritante du médicament sur la muqueuse des voies digestives, et nous insistons sur ce dernier point ; et enfin, comme conséquence des faits qui précèdent, facilité de pouvoir mâcher les pilules sans éprouver de la répugnance, dans le cas où la déglutition en serait difficile.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 novembre 1861. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre transmet une demande formée par la commune de Montjaux (Aveyron), à l'effet d'être autorisée à exploiter pour l'usage médical la source d'eaux minérales de Cambon. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une observation d'accidents cutanés graves occasionnés par la *ruta graveolens*, par M. Léon Soubeiran (commissaire, M. Devergie) ;

2° Un mémoire sur une forme d'ulcère grave particulière à la Cochinchine, par M. le docteur Jules Rochard, chirurgien en chef de la marine (commissaire, M. Larrey) ;

3° Une note sur une nouvelle méthode de préparer certains extraits pharmaceutiques, par M. Pierlot, pharmacien (comm., MM. Trousseau, Bouchardat et Guibourt) ;

4° Un travail de M. Jules Lefort, intitulé : *Expériences sur l'aération des eaux, et observations sur le rôle comparé de l'acide carbonique, de l'azote, de l'oxygène dans les eaux douces potables* (comm., MM. Boudet, Tardieu et Poggiale) ;

5° Une note intitulée : *Ponctions foudroyantes*, par M. Sandras (commissaire, M. Cl. Bernard, s'il y a lieu) ;

6° Un travail ayant pour titre : *Traitement nouveau des névralgies et des douleurs rhumatismales*, par M. le docteur Charrière, directeur de l'asile des aliénés de Saint-Remy (commission des remèdes secrets et nouveaux) ;

7° Un mémoire de M. A. Delondre, pharmacien au Havre, intitulé : *Résumé des essais d'analyse qualitative et quantitative du quinquina.* (Commissaires, MM. Boullay et Bouchardat).

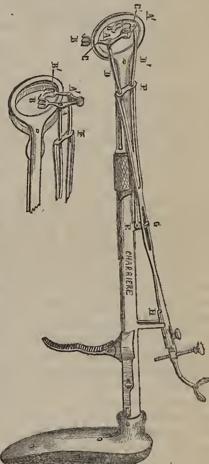
8° M. Mathieu dépose sur le bureau le modèle de bougies en baleine à nœud en spirale, destinées à franchir et à dilater les rétrécissements de l'urèthre. Ce modèle lui a été confié par M. le docteur Demarquay.

Il fait remarquer qu'il y en a de plusieurs calibres et à spirales plus ou moins profondes.

9° **Nouvel amygdalotome.** — M. le docteur Chassagny (de Lyon soumet à l'examen de l'Académie un nouvel amygdalotome qu'il a fait exécuter par M. Charrière fils.

De tous les instruments imaginés pour pratiquer l'ablation des amygdales, dit l'auteur, l'amygdalotome de Fanestok est sans contredit celui qui remplit le mieux les principales indications ; grâce aux perfectionnements qu'il a reçus dans ces derniers temps, on peut le considérer comme approchant de la perfection. Il est cependant quelques cas où il est difficile de l'appliquer ; on en rencontre même où cette application serait tout à fait impossible. S'il est toujours un admirable instrument de section, souvent il laisse à désirer comme instrument de préhension. Lorsque l'amygdale est molle et d'un tissu peu résistant, l'élévateur la déchire sans l'entraîner dans l'anneau. Il en est de même si elle a été déchiquetée soit par des incisions, soit par de fréquents abcès antérieurs, et aussi lorsque l'amygdale, quoique très-développée, reste cachée derrière le pilier du voile du palais, qu'elle semble avoir entraîné avec elle en lui imprimant une tension considérable qui la rend très-difficile à déprimer.

J'ai cru remédier à ces défectuosités en supprimant l'aiguille ou la double aiguille par laquelle on traverse l'amygdale, et en la remplaçant par une pince à érigne, qui est engagée dans la lunette de l'instrument, et qui en se rapprochant va saisir l'organe de la manière la plus solide, pour l'entraîner infailliblement pendant le mouvement d'élévation.



Une modification analogue avait déjà été proposée. J'avais moi-même remplacé l'aiguille de l'amygdalotome par une pince ; mais outre que l'instrument se manœuvrait avec difficulté, il offrait surtout l'immense inconvénient de ne pouvoir saisir de grosses amygdales. En effet, les branches de la pince descendant perpendiculairement dans l'anneau, ne pouvaient s'ouvrir que très-peu et circonscrire un espace moindre que l'anneau lui-même, puisque cet espace était diminué de l'épaisseur des branches et de la partie rentrante des pointes de l'érigne. Dans l'instrument que je présente aujourd'hui à l'Académie, j'ai tourné la difficulté de la manière suivante : Les branches de la pince sont très-courtes ; chacune d'elles représente un quart de cercle A B, articulé à charnière au point AA' avec sa congénère A'B', de manière à former à peu près une demi-circonférence terminée à chacune de ses extrémités par une érigne à trois pointes.

Cette pince est placée dans l'anneau de l'instrument, dans le sens de son grand diamètre, l'articulation le dépassant un peu, les pointes de l'érigne restant en dessous et circonscrivant un espace plus grand que celui de l'anneau.

Par leur partie moyenne, aux points CC', chacune de ces branches s'articule avec l'extrémité d'une pince à ressort DD', qui elle-même s'articule avec la tige de l'instrument au point E, cette pince se rapprochant à l'aide de l'anneau coulant F, fait fermer l'érigne et saisir l'amygdale. Le coulant F est poussé en avant par la tige à coulisse G, sur laquelle glisse au point H une petite plaque à coulisse, servant à limiter la fermeture de la pince ; cette tige est analogue à l'aiguille des autres amygdalotomes, et fonctionne de la même manière, de telle façon que l'instrument peut, avec la plus grande facilité, être manœuvré d'une seule main. Il offre aussi l'avantage :

1° D'être aussi simple comme manuel opératoire que les autres appareils du même genre ;

2° De pouvoir saisir jusque derrière les piliers du voile du palais des amygdales très-volumineuses, et en les comprimant, de pouvoir les faire passer même par un anneau plus petit qu'elles ;

3° De saisir toujours l'amygdale avec la plus grande solidité, quelles que soient sa forme et sa friabilité ;

4° De pouvoir la prendre, la quitter et la reprendre à volonté, si elle n'a pas été saisie convenablement.

LECTURE.

Industrie du caoutchouc soufflé. — M. DELPECH lit un mémoire intitulé : *Etude hygiénique de l'industrie du caoutchouc soufflé.*

L'objet de ce travail, ainsi que l'indique son titre, est l'étude hygiénique d'une profession récente encore et qui a pris rapidement des proportions considérables, l'industrie du caoutchouc soufflé. Cette

industrie consiste à distendre par une forte insufflation, pour des usages divers, des vessies de caoutchouc préalablement attaquées par un mélange vulcanisant, composé de sulfure de carbone additionné de chlorure ou de bromure de soufre. Une certaine proportion de vapeur toxique mélangée à l'air des ateliers agissant constamment sur les ouvriers, il en résulte chez quelques-uns des accidents toxiques comparables dans une certaine mesure à l'intoxication que déterminent les agents anesthésiques, avec cette différence, toutefois, qu'en raison même des conditions dans lesquelles la première de ces intoxications se produit, elle ne parcourt ses phases que dans un temps beaucoup plus long que la seconde.

La première période de l'intoxication, observée chez les ouvriers qui soufflent le caoutchouc, a présenté les symptômes suivants : céphalalgie, vertiges, douleurs musculaires, fourmillements, hyperesthésie cutanée. Agitation, loquacité, rires ou larmes sans raison, mobilité d'esprit, insomnie, rêves pénibles, irritabilité, colères, violences inexpliquées ; aliénation mentale confirmée. Troubles des sens, surexcitation génitale, crampes et roideur musculaires ; appétit exagéré, nausées, vomissements, toux, oppression ; accès fébriles, palpitations.

Les caractères de la deuxième période peuvent être ainsi résumés : affaissement des fonctions intellectuelles, tristesse, découragement, indifférence ; affaiblissement de la mémoire ; anesthésie, analgésie ; troubles de la vue, amaurose, surdité. Impuissance, frigidité, atrophie ou arrêt de développement des glandes séminales ; faiblesse musculaire générale, paraplégie ; anorexie profonde ; dépérissement, cachexie.

Outre la confirmation des faits précédemment observés, des faits nouveaux résultant des observations recueillies dans l'industrie du caoutchouc soufflé, M. Delpech cite parmi les plus intéressants ou les plus graves, l'aliénation mentale, la surexcitation des fonctions génératrices et digestives, les troubles de la vue, rapprochés des altérations qui leur correspondent ; l'arrêt de développement des glandes séminales, l'absence de conception ou l'avortement.

Mais ce qui lui paraît attirer surtout l'attention, c'est la succession, la marche plus nuancée des phénomènes d'intoxication ; c'est par suite la possibilité d'isoler et de décrire les deux périodes, dont la première, dans un empoisonnement plus violent et plus rapide, s'efface par la production immédiate du collapsus.

L'auteur conclut de ce qui précède :

1° Que chez les ouvriers en caoutchouc soufflé l'action des vapeurs toxiques se manifeste suivant deux périodes successives analogues à celles qui résultent de l'influence des agents anesthésiques ;

2° Qu'en raison de l'impressionnabilité différente des divers appareils physiologiques, l'évolution morbide de chacun d'eux ne se fait pas d'une manière rigoureuse dans des limites de temps identiques ;

3° Qu'il en résulte fréquemment un mélange singulier de phénomènes d'excitation et de dépression, dont la valeur et la signification ne peuvent être éclairées que par l'observation d'un assez grand nombre de faits.

Il ne me paraît point nécessaire, ajoute M. Delpech, d'insister ici sur le pronostic fâcheux de la maladie des ouvriers en caoutchouc ; les limites d'une lecture ne me permettent point non plus de décrire avec détails le simple et très-ingénieux appareil imaginé avec succès par un fabricant pour se soustraire à l'influence des vapeurs toxiques. Qu'il me suffise de dire que, placés devant une cloison vitrée convenablement disposée, les bras passés dans des ouvertures garnies de manchons serrés aux poignets, les ouvriers travaillent sans pénétrer dans l'atelier, où d'avance tous les éléments de la fabrication ont été convenablement disposés.

Mais je ne puis passer sous silence la question d'étiologie spéciale des accidents dans l'industrie qui fait le sujet de ce mémoire.

Pourquoi ces accidents ne sont-ils pas absolument identiques dans leur marche à ceux que l'on observe chez les ouvriers qui fabriquent les fils ronds de caoutchouc, chez ceux qui emploient des quantités considérables de dissolution faite avec le sulfure de carbone pour fabriquer les étoffes imperméables, chez ceux encore qui soudent le caoutchouc en employant ce liquide?

Pourquoi la période d'excitation, nulle ou mal dessinée chez ceux-ci, prend-elle chez ceux-là une grande importance?

Est-ce à l'addition au sulfure de carbone de 1/100e de chlorure de soufre qu'il faut attribuer ces différences ?

Proviennent-elles des conditions dissemblables que développent les nécessités diverses des industries qui emploient le sulfure de carbone, et par suite de l'activité plus ou moins grande de l'empoisonnement ?

Pour résoudre ces difficiles questions, je me suis appuyé sur l'expérimentation faite sur les animaux.

De nombreuses expériences, dont les principales sont relatées avec détail dans ce mémoire, m'ont démontré que les lapins, très-sensibles à l'action du sulfure de carbone, pouvaient passer plusieurs jours dans d'abondantes vapeurs de chlorure de soufre, sans en paraître sérieusement incommodés.

Soumis aux vapeurs du mélange vulcanisant, ils ont éprouvé des accidents très-graves : titubation, perte d'équilibre, attaques convulsives épileptiformes, paraplégie, paralysie des quatre membres, et ils sont morts en peu de jours.

Mais des accidents aussi graves et de même nature étaient produits par les vapeurs du sulfure de carbone seul. Ils se terminaient dans un temps aussi court par la mort.

Ainsi de ces deux corps employés isolément, l'un paraissait relativement innocent, tandis que l'autre exerçait une action toxique puissante, à laquelle leur réunion ne semblait rien ajouter.

L'examen de ce mélange lui-même pouvait me donner quelques lumières. Les deux corps étaient-ils simplement mêlés, ou naissait-il de leur combinaison quelque corps nouveau, pourvu peut-être d'une action spéciale ?

Cette analyse délicate n'a pas été complétement faite ; mais je me suis assuré que, portés à l'ébullition, les deux corps distillent chacun à leur température propre, et se séparent complétement, ce qui est une forte présomption en faveur du simple mélange.

Sans donc que cette conclusion puisse être considérée comme absolue et définitive, on peut dire que, suivant toutes les probabilités, le mélange vulcanisant employé par les ouvriers en caoutchouc soufflé agit uniquement ou presque uniquement par le sulfure de carbone, qui en constitue la presque totalité, et que les différences assez importantes qui donnent à une maladie spéciale un caractère particulier, sont le résultat des conditions industrielles dans lesquelles ils en font usage. (Commissaires, MM. Villermé, Chevallier, Tardieu.)

— M. DUBLANC, correspondant de l'Académie, donne lecture d'un travail sur un nouveau mode de préparation de l'extrait de salsepareille.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Plusieurs dons viennent d'être faits à l'Association générale des médecins de France.

M. le docteur sir Charles Locock, accoucheur de S. M. la reine d'Angleterre, a fait don de la somme de 100 fr. ;

M. le docteur Henri Roger, de la somme de 200 fr.

— L'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg, qui d'abord n'acceptait que des élèves ayant huit et douze inscriptions, a reçu ensuite les élèves de première année qui n'en possédaient que quatre ; et enfin, entrant dans une voie plus large encore, elle les prend maintenant sans inscription, afin que la Faculté de médecine de Strasbourg leur donne un enseignement complet. Quatre années seulement doivent être employées à l'obtention du titre de docteur.

MM. les ministres de l'instruction publique et de la guerre ont décidé que les trois premiers examens seraient subis à la fin des trois premières années, et que les trois derniers commenceraient après la prise de la quatorzième inscription. Cette modification mettait les élèves de la deuxième division de l'Ecole dans la nécessité de passer cette année même leurs deux premiers examens ; pour triompher de cette difficulté imprévue, il a fallu des mesures exceptionnelles prescrites par M. le directeur de l'Ecole : heures prolongées du travail, répétitions et interrogations multipliées, et de la part des élèves un zèle digne des plus grands éloges.

Dorénavant les examens auront lieu d'une manière régulière, et l'expérience semble montrer qu'avec les ressources de l'enseignement de la Faculté et les moyens de discipline et de travail, les élèves militaires présenteront une moyenne d'instruction très-satisfaisante, comme on peut déjà en juger par les notes obtenues aux examens de cette année. Sur 145 examens subis par les élèves des trois premières divisions, 9 ont obtenu la note très-distingué, 38 la note très-satisfait, 57 la note satisfait, 29 la note passable ; 12 seulement ont été ajournés.

Pour les 111 examens subis par les élèves de la quatrième division, on a compté : 3, n° 1 (très-distingué) ; 23, n° 2 (très-satisfait ; 40, n° 3 (satisfait) ; 37, n° 4 (passable) ; 8, n° 5 (ajournements).

La moyenne des examens a donc été bonne. Il est à noter que les épreuves ont été d'autant meilleures qu'elles étaient fournies par les élèves entrés sans inscriptions à l'Ecole.

Le concours d'admission pour l'année 1861-62 vient de se terminer. Deux catégories d'élèves ont pris part aux épreuves : les élèves à quatre inscriptions et les élèves sans inscription. Ont été nommés par ordre de mérite :

Elèves à quatre inscriptions. — MM. Joly, Laederich, Carayon, Madamet, Alphant, Raveau, Masse, Gallet, Trémaut, Humbert, Percheron, Thiébaut, Jousselin, Palenc, Perret, Haberkorn, Guérard, Lescure-Lagravetti, Salle.

Elèves sans inscriptions. — MM. Massoutié, Guillemin, Labreuvoit, Vedel, Talloir, Bauer, Poujade, Moureau, Basque, Hahn, Scorazo, infirmier à l'hôpital de Lyon ; André, Soulbieu, Köckel, Lescœur, Cortiès, Hinglais, Coulet, René, Lecourt, Reydelet, Gross, Hintzy, Daniel, Clément, Ducourneau, Robert, Vivier, Corcellet, Rapp, Kessler, Bolard, Alibran, Mathias, Isaac, Abot, Bar (A. H.), Kelsch ; Doutet, soldat au 96e de ligne ; Folquet, Alphant (C. H. J.), Fève, Phélix, Schlinder, Bargy, Regnier, Lomel, Hellaine, Roze, Bar (A.), Remond, Minzior, Ditandy, soldat au 20e de ligne ; Ferron, Barthez, Bertrand, Dubois, Goux, Chabanier, Lacrampe-Lousteau, Dissaux, Debray, Duparge, Eichinger, Feuvrier, Sayssac, Lichtemberg, Sauné, Challan ; Sabatier, soldat au 7e de ligne ; Huchard.

— M. le docteur Laffitte, médecin adjoint de l'asile des aliénés de Blois, est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère).

— M. le docteur Demarquay, chirurgien de la Maison municipale de santé, vient d'être nommé chevalier de l'ordre royal de la Conception de Portugal.

— Mme Paturle, veuve de M. Paturle, ancien manufacturier et ancien député du Nord, vient de faire don à la ville du Cateau d'un hospice organisé pour recevoir vingt-quatre malades.

— On nous écrit de Tours : « Au mois de septembre 1860, M. le préfet d'Indre-et-Loire a invité MM. les médecins de l'hospice général de Tours à permettre qu'un certain nombre de malades de cet établissement fussent soumis à l'expérimentation d'une méthode curative de l'asthme, découverte par une dame, élève de l'Ecole impériale d'accouchements de Paris. Cette médication, qui consiste principalement dans l'application de la teinture d'iode sur la poitrine du malade, secondée par le massage opéré d'une certaine façon, aurait produit un soulagement notable dans tous les cas ; dans plusieurs même, suivant notre correspondant, des guérisons complètes et persistantes depuis plus d'une année auraient été obtenues.

» Si ces succès se continuent, ce sera un véritable service rendu à la classe si nombreuse des asthmatiques par l'inventeur de ce procédé, qui d'ailleurs ne fait pas un secret de son mode d'application. »

— Un concours pour une place d'interne vacante dans le service des hôpitaux de Bruxelles, vient d'avoir lieu devant la Faculté de cette ville. Ce concours a été si remarquable, que MM. Leclerc, Odry et Kops ont été proposés *ex æquo* au conseil des hospices, qui devra faire un choix entre ces trois candidats également distingués.

— M. le professeur Piorry commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité, le mercredi 13 novembre 1861, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

Visite des malades tous les matins à huit heures. Interrogation et exercice pratique des élèves par le chef de clinique.

Coup d'œil sur les changements de forme et de position de l'utérus, par M. le docteur J. DE LAZARÉWITCH, professeur agrégé d'accouchement de l'Université de Saint-Wladimir à Kieff, etc. In-8° de 36 pages, avec pl. Prix : 1 fr. 25 c. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 131. — SAMEDI 9 NOVEMBRE 1861.

(34ᵉ ANNÉE.)

N° 131. — SAMEDI 9 NOVEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois … maine :
LE MARDI, LE JEUDI …

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Epidémies ; maladies régnantes. — De l'emploi des préparations arsenicales dans le traitement des fièvres intermittentes. — Enorme tumeur cartilagineuse du col de l'omoplate et de l'apophyse coracoïde. — De l'emploi en médecine de la crème de bismuth ou sous-nitrate de bismuth en pâte. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 30 octobre. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Épidémies. — Maladies régnantes.

Nous avons souvent eu l'occasion d'exprimer le regret qu'au milieu des nombreuses sociétés médicales qui existent à Paris, et avec les rapports si faciles que ces sociétés établissent entre les médecins, il n'y eût pas entre eux un plus fréquent échange de communications relatives aux maladies régnantes. Il semblait, en effet, que rien n'eût été plus facile, en réunissant les renseignements apportés par chaque praticien à son centre respectif sur ses observations du mois ou de la quinzaine, que d'avoir constamment une sorte de compte courant des maladies régnantes, susceptibles de fournir les éléments les plus précieux pour l'étude si utile et si malheureusement négligée à notre époque des constitutions médicales. Si dans quelques sociétés médicales de Paris l'usage de ce genre de communications s'est perpétué, il est regrettable d'être obligé de dire que, faute d'être généralisées, elles sont restées jusqu'à présent à peu près stériles pour la science et sans influence sensible sur la pratique. C'est surtout dans les réunions des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, si bien placés pour utiliser dans un intérêt général ce genre de documents, que cette lacune nous a toujours paru particulièrement regrettable. Aussi n'est-ce pas sans un vif sentiment de satisfaction que nous avons appris que la Société médicale des hôpitaux, sur la proposition d'un de ses membres, avait nommé une commission chargée d'étudier les maladies épidémiques qui sévissent dans les hôpitaux, et de dresser un bulletin périodique des maladies régnantes.

En attendant que la commission accomplisse sa tâche, M. Lallier, à qui l'on doit l'heureuse initiative de cette nouvelle mesure, a voulu donner l'exemple en exposant à la Société le bilan de son service, et il a été imité par plusieurs de ses collègues, qui ont ainsi inauguré cette nouvelle phase de ses travaux.

Trois maladies ont prédominé dans ces derniers temps dans le service de M. Lallier, à l'hôpital de Lourcine; ce sont :

1° Des fièvres typhoïdes dont le nombre et la gravité ont diminué; 2° des pneumonies à marche insidieuse, d'apparence typhoïde; 3° des varioles de toutes variétés. Il y en a eu 13 cas en dix-huit jours.

Les varioles se sont montrées également avec une certaine fréquence à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Gubler, où on en a compté, à la même époque, 12 cas. Un cas de fièvre avec éruption de taches purpurines, a semblé devoir être rapporté à une variole *sine variolis*, car les taches ont paru et disparu aux mêmes époques que les éruptions varioleuses.

Pendant que les varioles se montraient aussi nombreuses dans l'une des divisions médicales de l'hôpital Beaujon, il est digne de remarque que la division voisine, celle de M. Béhier, en était tout à fait exempte; M. Béhier a déclaré n'avoir eu dans la même période ni pneumonies ni varioles; mais il a eu beaucoup de dyssenteries.

A l'hôpital des Enfants, où la variole est si fréquente habituellement, M. Blache a constaté que les cas en ont été peu nombreux depuis le mois de juillet, sauf une petite épidémie qui a sévi récemment dans un des services des maladies chroniques. La rougeole, la scarlatine, se sont montrées plus fréquemment, ainsi que des dyssenteries et des cholérines.

M. Marotte a observé à la Pitié des pneumonies catarrhales, des diarrhées et des dyssenteries.

Enfin, M. Vidal a vu à l'hôpital Saint-Louis beaucoup de zonas, des érythèmes de toutes les variétés, et plusieurs cas de purpura.

Depuis que ces divers renseignements ont été produits à la Société des hôpitaux, M. le docteur Empis, l'un de ses membres, a publié le résultat de ses observations sur les diarrhées et les dyssenteries qui ont régné épidémiquement à Paris et dans plusieurs départements pendant les mois d'août et de septembre.

Nous exposerons les caractères principaux de cette épidémie dans la prochaine *Revue*.

De l'emploi des préparations arsenicales dans le traitement des fièvres intermittentes.

On a vu dans la précédente *Revue* à quoi se réduisait la part d'action des deux éléments accessoires de la médication arsenicale dans le traitement des fièvres intermittentes, l'alimentation et les vomitifs. On va voir maintenant quelle est l'action des préparations arsenicales seules et dégagées du concours de ces deux ordres de moyens.

Chez dix malades, la liqueur arsenicale a constitué à elle seule tout le traitement. Elle a été aussi facilement tolérée que chez les autres fébricitants, en même temps qu'elle a produit des guérisons aussi rapides. Sept fois sur dix, il n'y a eu qu'un accès après l'administration de la première dose du médicament, et trois fois deux accès seulement.

Administrée à prises très-fractionnées, la liqueur arsenicale n'a jamais déterminé ni épigastralgie, ni vomissements, ni diarrhée, ni coliques, pas même de chaleur stomacale; tant que la fièvre a duré, le pouls n'a offert aucune modification appréciable, non plus que la température. Dans aucun cas on n'a pu remarquer un accroissement de la sécrétion urinaire. Le réveil de l'appétit au début, provoqué en partie par la potion vomitive, a paru surtout produit par le fait même de la disparition de la fièvre. Par contre, dès que la fièvre est coupée, la diminution immédiate de la dose initiale du médicament cause rapidement une stimulation telle, que l'appétit prend progressivement et en peu de temps des proportions insolites.

Donné à la dose de 3 centigrammes par jour (60 grammes de liqueur) et en quatre prises, l'acide arsénieux a été complétement toléré, tant que la fièvre durait; dans quelques cas exceptionnels, son administration a été suivie d'une légère chaleur stomacale, qui a duré un quart d'heure. Mais dès la suppression des accès, la tolérance n'a plus été la même; l'administration d'emblée de 20 grammes de liqueur (1 centigr.) d'acide arsénieux a provoqué alors assez souvent une chaleur stomacale assez supportable, quoique durant parfois une demi-heure; dans aucun cas d'ailleurs on n'a vu cette chaleur stomacale s'accompagner d'autres phénomènes morbides.

Dans ces nouvelles conditions, M. Sistach a pu apprécier encore l'influence de l'arsenic sur les fonctions digestives, tant sous le rapport de la dose que de l'heure de l'administration du médicament. Il lui est fréquemment arrivé, à partir de la cessation définitive des accès, de suspendre l'appétit ou de lui laisser toute son activité, suivant qu'il administrait ou non 15 grammes de liqueur arsenicale avant le repas. Il est à noter que cette suppression de l'appétit, momentanée ou continuée pendant quelques jours, s'est toujours produite à l'exclusion de tout phénomène même passager d'irritation gastro-intestinale.

Administré à la dose de 7 milligrammes environ (15 grammes de liqueur) pendant les deux heures qui suivent le repas, l'acide arsénieux a troublé la digestion, et produit rapidement dans deux cas un vomissement qui n'a été suivi d'aucun autre phénomène morbide. Pris pendant le repas, à la dose de 1 centigramme, il n'a produit aucun effet.

Pour les malades qui, atteints de fièvre intermittente, avaient 40, 50 ou 60 grammes de liqueur à prendre par jour, on leur en faisait administrer une prise de 10 grammes par repas; dans ces cas, l'innocuité était la même, mais il y avait une efficacité moindre. C'est ainsi que les accès se continuaient plus longtemps que lorsque le médicament était complétement administré en dehors des repas.

Enfin, comme effet tardif, M. Sistach a remarqué chez dix malades une aptitude extrême à se promener de longues heures sans fatigue. Cette vigueur insolite des membres inférieurs, déjà signalée par M. Boudin et par notre regrettable confrère M. Masselot, s'est surtout manifestée chez les malades qui ont été soumis pendant longtemps à la médication arsenicale.

Comme phénomènes morbides dépendant essentiellement de cette médication, M. Sistach a constaté chez trois malades l'apparition d'une petite éruption miliaire accompagnée de démangeaisons plus intenses la nuit que le jour.

Ne pouvant faire ressortir ici dans tous leurs détails toutes les déductions pratiques des faits nombreux que renferme le mémoire de M. Sistach, nous terminerons l'emprunt que nous faisons à ce remarquable travail par l'énoncé des propositions suivantes, qui en résument parfaitement les points principaux :

L'acide arsénieux, pulvérisé et dissous dans l'eau distillée à l'aide d'une ébullition prolongée dans un ballon de verre ou une capsule de porcelaine, constitue la préparation la plus inoffensive et la plus facile à doser avec précision. La liqueur vineuse de M. Boudin est la préparation la plus agréable, et celle qui s'adapte le mieux aux indications de la médication fébrifuge.

Quoique M. Sistach ait pu constater chez sept malades que le rectum peut recevoir d'emblée et sans aucun inconvénient des doses élevées d'acide arsénieux que l'on ne pourrait ingérer par la bouche, néanmoins il n'hésite pas à proscrire d'une manière générale les lavements arsenicaux, à cause des nombreuses causes d'insuccès qu'ils présentent.

Un régime particulier n'est pas nécessaire pour favoriser la tolérance de l'acide arsénieux; chez les malades traités à l'hôpital de Vincennes, les doses élevées de ce médicament ont été généralement en raison inverse de l'abondance de l'alimentation. L'alimentation substantielle prescrite par M. Boudin n'a d'action véritable et puissante que lorsque l'inappétence ayant disparu et les accès ayant cessé, il s'agit d'abréger la convalescence, de combattre la tendance aux récidives, et de prévenir les accidents consécutifs multiples qui se lient à l'appauvrissement du sang.

La potion vomitive (ipéca stibié), le plus souvent insuffisante pour arrêter les accès fébriles, agit efficacement pour combattre l'embarras gastrique et hâter le retour de l'appétit; administrée dès le début du traitement, elle seconde puissamment les effets thérapeutiques de l'acide arsénieux.

Les relevés statistiques de M. Sistach concordent avec ceux du professeur Fuster pour constater qu'il agit avec autant de succès contre les fièvres intermittentes récentes que contre les fièvres invétérées dues à une intoxication paludéenne profonde. Ses observations, ainsi que celles de MM. Frémy, Fuster et Girbal, établissent que l'action de l'acide arsénieux est plus prompte dans les fièvres tierces que dans les fièvres quotidiennes.

A prises très-fractionnées, la liqueur arsenicale n'a jamais déterminé chez les malades de Vincennes ni épigastralgie, ni vomissements, ni diarrhée, ni coliques, tant que la fièvre a persisté; plus on a insisté sur le fractionnement, plus les malades ont supporté, sans aucun inconvénient, des doses élevées d'acide arsénieux.

L'administration d'emblée de 25 grammes de liqueur (contenant environ 13 milligrammes d'acide arsénieux) le jour de l'entrée du malade à l'hôpital, n'a jamais été suivie d'aucun phénomène d'intolérance. Dès que survient l'apyrexie complète, la continuation de la dose initiale de la liqueur produit rapidement la diminution et la suppression de l'appétit.

Donné pendant le repas, l'acide arsénieux est complétement toléré à la dose de 1 centigramme par jour et à la prise de 5 milligrammes chaque fois (10 et 20 gr. de liqueur), tandis que, à la prise de 7 milligrammes 1/2 (15 gr. de liqueur) par repas, il trouble ordinairement la digestion, et peut même provoquer des vomissements; ce mode d'administration amoindrit d'ailleurs l'action thérapeutique de ce médicament.

A la dose de 1 centigramme par jour (20 grammes de liqueur), l'acide arsénieux, administré en dehors des repas, possède la propriété d'accroître rapidement l'appétit et de relever les forces des malades.

M. Sistach a constaté une fois une conjonctivite et trois fois une éruption miliaire dont le développement et la disparition ont coïncidé avec l'élévation et la diminution des doses d'arsenic.

Enfin, les observations de ce médecin, ainsi que celles de M. Masselot, de MM. Boudin, Fuster, Frémy, Lemaistre, Bernier, etc., etc., démontrent que sous l'influence du traitement arsenical, certains engorgements de la rate disparaissent assez rapidement.

En résumé, il ressort de l'enquête clinique à laquelle s'est livré M. Sistach sur ce point intéressant de thérapeutique, cette conclusion générale :

Que l'inefficacité apparente de la médication arsenicale peut provenir de ce que certains malades, dans le but d'obtenir des congés de convalescence, ou par tout autre motif analogue, ne prennent pas le médicament; que dans d'autres circonstances l'inefficacité réelle peut provenir du choix de la préparation arsenicale, de l'insuffisance de la dose, de l'inobservation des règles qui président à son administration, et, dans la minorité des cas, de l'impuissance de l'acide arsénieux.

Que les dangers de la médication arsenicale peuvent tenir à la préparation pharmaceutique ou à la nature du composé arsenical, à l'absence ou à l'insuffisance du fractionnement, et à l'accroissement rapide de doses élevées d'acide arsénieux après la cessation définitive des accès.

Que l'innocuité de la solution d'acide arsénieux est complète si l'on insiste sur son fractionnement, si l'on consulte la tolérance des malades, et si, sans attendre que l'intolérance se produise, on diminue la dose initiale du médicament dès la cessation définitive des accès.

Énorme tumeur cartilagineuse du col de l'omoplate et de l'apophyse coracoïde.

Par suite d'une de ces circonstances fortuites qui groupent en un moment donné plusieurs faits rares de même espèce dans un même service, M. Dolbeau a eu la bonne fortune de rencontrer, pendant une période de deux mois, trois cas d'enchondrome dans le service de l'hôpital Saint-Louis, dont il est actuellement chargé. Nous n'avons pas besoin de dire le parti que M. Dolbeau saura tirer de cette coïncidence pour l'histoire d'une affection qui lui doit déjà de si utiles matériaux. Nous nous bornerons ici, sans anticiper sur les déductions que pourra fournir le rapprochement de ces trois observations, à en rapporter une seulement qui nous a paru remarquable, surtout par la précision du diagnostic, et sinon par le résultat ultime de l'opération, qui n'a point été heureux, du moins par son résultat immédiat, qui a démontré la facilité relative de l'extirpation de ces énormes tumeurs.

Voici les principaux détails de ce fait, dont nous devons la relation à M. de Landetta, l'un des internes du service :

X....., d'une petite commune des environs de Montargis, âgé de cinquante-six ans, d'un tempérament nerveux et d'une bonne constitution, éprouva, il y a environ dix ans, quelques mois après la cessation d'accidents hémorrhoïdaux auxquels il avait été sujet jusque-là, des douleurs continuelles à l'épaule droite, se prolongeant tout le long du membre. Ces douleurs persistèrent très-longtemps sans lésion extérieure apparente. Il y a vingt mois qu'ayant porté son attention sur le point douloureux, il découvrit une tumeur de la grosseur d'une noix, située à peu près au niveau de l'apophyse coracoïde. Le malade souffrant peu, garda encore sa tumeur pendant onze mois. Dans cet intervalle, elle avait grossi lentement; elle présentait, il y a neuf mois, le volume d'une orange. Commençant alors à s'en inquiéter, il alla trouver un médecin, qui conseilla des pommades, en lui défendant de se faire opérer.

La tumeur continua sa marche assez lente jusqu'au mois de mai 1861 ; mais à partir de ce moment son volume devint trois fois plus considérable. Voyant sa tumeur grossir de jour en jour, incapable de se servir de son bras, gêné par le poids de cette énorme masse et tourmenté par la douleur, qui avait sensiblement augmenté dans les derniers temps, il quitta son pays pour venir à Paris.

Après avoir consulté plusieurs chirurgiens, il se décida à entrer à l'hôpital Saint-Louis, où il fut reçu le 17 septembre 1861 (salle Saint-Augustin, n° 24).

Voici le résultat du premier examen :

L'état général est bon; fonctions digestives en bon état, pas de fièvre, peu d'amaigrissement. Absence de productions semblables à la tumeur de l'épaule à l'extérieur. Pas de signes de tumeurs viscérales.

La région de l'épaule droite est complétement déformée en avant et en dehors; là existe une énorme tumeur, dont le diamètre transversal, qui est le plus grand, ne mesure pas moins de 40 centimètres de la région deltoïdienne à la paroi costale, à laquelle elle n'adhère nullement. Son diamètre vertical est de 38 centimètres depuis l'acromion jusqu'à la base de l'aisselle, qu'elle semble prolonger en bas.

Cette tumeur, beaucoup plus grosse qu'une tête d'adulte, a une forme globuleuse; elle présente trois bosselures de consistance inégale. En dehors, au niveau du deltoïde, on trouve une bosse arrondie, molle, donnant la sensation de l'encéphaloïde. En dedans, au niveau de la paroi antérieure de l'aisselle, on trouve deux bosselures présentant des points durs, élastiques, de consistance cartilagineuse, et circonscrivant une portion plus molle, fluctuante. La peau est ici d'un rouge sombre; partout ailleurs elle a conservé sa coloration normale, et on y voit par transparence de grosses veines qui la sillonnent, surtout en dehors. On n'aperçoit pas la plus petite artère superficiellement. Absence complète de battements.

La date fort lointaine du début de la tumeur, l'inégalité de consistance remarquée dans différents endroits, cette consistance cartilagineuse au niveau de la bosselure interne, font penser à M. Dolbeau qu'il pourrait avoir affaire à un enchondrome; mais avant d'entreprendre une opération, il fallait s'assurer de l'origine de la tumeur.

L'épine de l'omoplate était parfaitement saine; il en était de même de la clavicule et de l'acromion, que l'on pouvait suivre parfaitement sous la peau.

La tumeur n'était pas née non plus de l'humérus ; on pouvait lui faire exécuter des mouvements de rotation en fixant l'omoplate, et la tumeur ne suivait pas les mouvements de l'os. L'articulation de l'épaule était intacte.

Les côtes étaient également saines.

Les renseignements donnés par le malade établissaient du moins que la tumeur ne s'y était pas développée primitivement. On pouvait, il est vrai, se demander si ces os n'avaient pas été envahis plus tard. L'examen de la tumeur faisait aussi écarter cette hypothèse, car on pouvait lui faire exécuter des mouvements de glissement de bas en haut, la paroi costale étant fixée. Ces prévisions ont été confirmées pendant l'opération. On a pu voir que les différentes portions superficielles de l'omoplate ne participaient pas à la production pathologique. Restait donc l'apophyse coracoïde et le col de cet os. Il était absolument impossible de reconnaître cette saillie osseuse, et on s'arrêta par exclusion à l'idée d'une altération morbide ayant débuté à cet endroit; telle a été l'opinion de MM. Dolbeau et Verneuil, qui ont examiné le malade ensemble.

Le siége anatomique ayant été déterminé, il y avait à se demander quel était l'état des parties renfermées dans le creux de l'aisselle. Quelques symptômes du côté du membre supérieur étaient de nature à éclairer sur ce point.

Le malade avait des douleurs dans le membre; la main était un peu engourdie; les nerfs du plexus brachial étaient donc comprimés. Le membre était légèrement œdématié, les veines superficielles dilatées; il y avait compression veineuse. Quant à l'artère axillaire, son calibre restait béant, car on sentait le pouls radial.

Ces caractères bien constatés, M. Dolbeau déclara au malade qu'il était atteint d'une affection dont il ne pouvait guérir que par une opération ; mais que vu le volume de la tumeur et son ancienneté, l'opération présentait beaucoup de gravité, et qu'il ne répondait pas de n'être pas obligé de sacrifier son membre.

L'opération fut décidée et pratiquée le 21 septembre de la manière suivante :

Le malade étant chloroformé, M. Dolbeau, assisté par M. Verneuil, fit une incision suivant le diamètre vertical de la tumeur ; plusieurs veines sous-cutanées furent coupées, mais elles donnèrent peu de sang. La tumeur fut disséquée ensuite en dedans, du côté de l'aisselle. Le grand pectoral aplati et placé au-devant de la production pathologique, fut coupé à l'angle supérieur de la plaie; une bosselure molle fut ouverte et donna lieu à un écoulement de matière gélatineuse caractéristique de l'enchondrome. En pénétrant dans l'aisselle, on aperçut le paquet vasculo-nerveux refoulé, mais non compris dans l'altération morbide. Immédiatement au-dessous de la clavicule, le chirurgien reconnaît le paquet des vaisseaux, et aussitôt M. Verneuil y jette une ligature en masse, ce qui permet à M. Dolbeau de suivre la dissection.

On arrive ainsi de ce côté jusqu'à l'omoplate, sans avoir d'autre hémorrhagie que celle qui est produite par la section d'une petite artère.

M. Dolbeau dissèque ensuite la portion externe de la tumeur; le deltoïde très-élargi et très-mince est étalé au-devant de la tumeur. Celle-ci est située au-devant de l'humérus, qui est parfaitement sain; mais on ne peut pas le conserver, les parties molles qui l'entourent à sa partie supérieure sont envahies par l'ulcération enchondromateuse, et on ne peut pas les conserver. L'épaule est désarticulée; l'articulation scapulo-humérale est parfaitement saine; mais le col de l'omoplate, au delà du cartilage articulaire, est presque entièrement envahi par l'enchondrome jaunâtre par places, gélatineux et transparent ailleurs. Quant à l'apophyse coracoïde, elle a disparu presque entièrement aussi. Le bras étant détaché, les portions osseuses malades sont détachées au moyen de la pince de Listen. On enlève également les parties molles de l'aisselle qui sont envahies, et on régularise avec le couteau à amputation les bords de la plaie. Le reste de l'omoplate qui n'est pas altéré est conservé. On remplit la cavité de charpie, et la peau est réunie avec la suture entortillée dans les trois quarts supérieurs de la plaie; les liquides doivent s'écouler par l'angle inférieur.

Voici le résultat de l'examen de la tumeur :

La bosselure interne, dure, élastique, a une coque cartilagineuse évidente; elle est nacrée, crie sous le scalpel comme le cartilage. Elle a près d'un centimètre d'épaisseur. Elle est creusée d'une vaste cavité renfermant une matière grumeleuse, transparente, mélangée de sang par places, brunâtre et liquide ailleurs, telle qu'on la trouve dans les enchondromes à une période avancée.

La bosselure externe, coupée par le milieu, présente l'aspect d'une coupe du cervelet, avec cette différence que la coloration blanche centrale présente ici un aspect jaunâtre. On y voit par place des cavités kystiques creusées dans l'épaisseur de la tumeur et contenant une substance jaune ramollie; c'est de l'enchondrome ramolli. On peut donc suivre dans ces deux bosselures la graduation suivant l'âge de chaque tumeur. Enfin, les os malades présentaient un envahissement cartilagineux à forme grave, transparente et de couleur jaunâtre, rappelant la couleur de la graisse. C'est que là, en effet, l'altération était plus avancée, et on y trouve beaucoup de globules graisseux dans l'intérieur des cellules de cartilage.

L'examen microscopique est venu confirmer de la façon la plus complète les caractères déjà constatés à la simple vue, et qui décèlent l'enchondrome.

Quelle que soit la portion de la tumeur examinée, on y trouve partout des cellules cartilagineuses à un ou deux noyaux, en nombre très-considérable, ici plus petites, là plus volumineuses. Les seules différences dans les diverses bosselures tiennent à la présence d'éléments surajoutés. C'est ainsi que la bosselure interne, plus jeune, renferme une grande quantité de tissu fibreux rempli de cellules de cartilage ici assez petites.

La bosselure externe est celle qui renferme les cellules les plus belles; elles sont plus nombreuses que dans la première, plus grandes, renfermant deux noyaux. Beaucoup de ces cellules sont remplies de graisse; quelques-unes sont déformées. Enfin, au niveau de l'os, la graisse est plus abondante. On y trouve aussi des vaisseaux en assez grand nombre.

Les quatre premiers jours après l'opération se sont bien passés. Le soir du cinquième jour il éprouve une douleur assez forte à la cuisse gauche. Au niveau de l'artère fémorale, qui était le siége de battements violents, la muqueuse buccale et le dos de la langue se couvrent d'un enduit blanchâtre ressemblant à du muguet. Depuis ce moment, le malade s'affaiblit, il prend une teinte terreuse et l'appétit se perd.

Le 27 septembre, il est pris de délire qui dure jusqu'au lendemain, jour de sa mort.

L'autopsie n'a pu être pratiquée; l'omoplate seulement a pu être enlevé. Voici dans quel état il a été trouvé (M. Denonvilliers assistait à l'examen de la pièce) :

L'omoplate est complétement sain ; il ne diffère d'un os normal que par l'absence de la cavité glénoïde, du col de l'omoplate et de l'apophyse coracoïde. La section passait exactement dans l'échancrure coracoïdienne. Il a donc été démontré que tout le mal avait été enlevé, sans lésion d'aucun organe important. La ligature comprenait l'artère remplie par un caillot, la veine non enflammée et un gros tronc nerveux. Les viscères, palpés et percutés, nous ont semblé sains.

— En présence de l'issue fatale de cette opération, si habilement exécutée d'ailleurs, issue fatale que ne peuvent expliquer ni aucun accident consécutif, ni aucune complication intercurrente, et qui ne nous semble devoir être attribuée qu'au colapsus et à l'épuisement nerveux, si fréquents dans ces grands délabrements, nous nous demandons si l'on n'aurait pas eu des chances plus favorables en opérant ce malade chez lui, au milieu de bonnes conditions d'aération et d'hygiène de la campagne, qu'en l'opérant à l'hôpital, où les fâcheuses conditions du milieu viennent toujours compliquer les suites de l'opération et accroître les chances funestes.

DE L'EMPLOI EN MÉDECINE
de la crème de bismuth ou sous-nitrate de bismuth en pâte.

Par M. le docteur QUESNEVILLE.

Depuis les belles et fécondes recherches du docteur Monneret, on sait que le sous-nitrate de bismuth employé à haute dose, est un médicament infaillible contre ces diarrhées rebelles qui épuisent les malades, durent quelquefois des années, et finissent par amener l'ulcération des intestins.

Employé contre les maux d'estomac, les mauvaises digestions et les dyspepsies, le sous-nitrate de bismuth en pâte réussit aussi d'une manière merveilleuse et presque instantanément.

Le sous-nitrate de bismuth, sous forme de crème épaisse, formant avec l'eau un lait sans résidu granuleux, est, ainsi que nous l'avons éprouvé sur nous-même, un médicament infaillible. Il n'est en effet aucunement comparable au même produit en poudre qui, par la dessiccation, a acquis une cohésion qui paralyse une partie de ses vertus. Aussi l'on peut dire que ce sont deux produits différents pour la promptitude et l'activité de l'action.

Cette forme ensuite n'offre aux malades aucun dégoût, et, comme sous cet état le sous-nitrate se délaye très-bien, à cause de sa division, qu'il se mêle intimement aux aliments, on n'a pas besoin de l'employer en aussi grande quantité que lorsqu'on emploie la poudre telle qu'elle a été prescrite jusqu'à ce jour, et qui, on peut le dire sans crainte, a une action trois fois moins grande.

Le docteur Gaubert, médecin du ministère de l'intérieur, a essayé notre préparation, et voici la lettre qu'il nous a adressée sur l'emploi de notre médicament :

« J'ai souvent prescrit aux autres et employé pour moi le sous-nitrate de bismuth, à l'effet de combattre les diarrhées rebelles, ainsi que les états dyssentériques chroniques.

» Je l'ai employé seul ou associé au diascordium ; il me paraît préférable sans association.

» Sur plusieurs centaines de malades, atteints passagèrement d'irritations sécrétoires de l'intestin ou d'affections chroniques durant depuis des années, je ne l'ai vu échouer qu'une seule fois sur un artiste d'un tempérament nerveux et éminemment irritable; sans que j'aie pu m'expliquer la cause de cet insuccès. Toujours est-il que l'action du sous-nitrate de bismuth est à mes yeux éminemment curative; suivie avec intelligence et ténacité, elle procure des guérisons durables. Depuis trois ans je mange des légumes, de la salade, et des fruits, tous aliments dont j'avais dû m'abstenir pendant plus de vingt ans.

» L'état de division incomplète où se trouve le médicament toutes les fois qu'on se borne à le mêler à l'eau par une simple agitation, même prolongée, le goût de plâtre qu'il a dans cet état, produisent sur les malades une impression de dégoût qui les porte à renoncer à ce précieux agent. Préparer le sous-nitrate de bismuth en pâte homogène, formant avec l'eau un lait sans résidu granuleux, est donc un service à rendre aux malades ; vous avez bien fait de l'essayer, et si vous en généralisez l'usage dans les cas indiqués, les médecins devront vous en savoir gré ; ils pourront alors atteindre dans la pratique la réalisation complète du précepte : *Tuto, cito, jucunde.* Déjà, je le sais, le docteur Monneret vous a félicité de votre heureuse idée, qui lui a paru rationnelle, et il a accueilli votre produit avec beaucoup de faveur.

» Sur la préparation, vous êtes plus compétent que moi ; j'accepte vos résultats. Sur le mode d'administration, je vous demanderai la permission de soumettre à vos lecteurs quelques détails utiles dans l'application :

» 1° Que l'on prenne (sans dosage rigoureux), une demi-cuillerée à café ou une cuillerée entière de votre sous-nitrate de bismuth suspendu dans un quart de verre d'eau sucrée pris un quart d'heure ou une demi-heure avant le repas, presque toujours les matières fécales se teignent en noir en moins de douze heures.

» 2° Le malaise, la pesanteur, la douleur sourde et profonde du bas-ventre, avec courbature le plus souvent, se trouvent avantageusement modifiés presque immédiatement, bien avant que votre médicament se soit mis en contact avec les surfaces malades (cet effet est commun au sous-nitrate de bismuth et aux préparations opiacées). Les malades atteints de diarrhée simple, durant depuis quelques jours ou quelques semaines, sont disposés à se contenter des premiers moments d'amélioration et laissent de côté le médicament ; ils s'exposent de la sorte à des rechutes sans fin, à des alternatives de relâchement et de constipation qui, faute de persévérance dans le traite-

ment, deviennent une maladie opiniâtre et longue. Dans ces états simples, il est sage de ne renoncer au sous-nitrate de bismuth qu'après le rétablissement complet des garde-robes, et en procédant par doses décroissantes.

» 3° Dans les états anciens et rebelles à tous les autres agents thérapeutiques, le sous-nitrate de bismuth donne des résultats inespérés s'il est manié avec méthode. Commence-t-on par une petite dose sans obtenir un effet suffisant, la dose doit être augmentée du quart, du tiers, de la moitié, etc., jusqu'à sédation complète, puis maintenue au même degré pendant six ou huit jours. Les doses décroissantes reprennent ensuite, et les intestins peuvent être abandonnés à eux-mêmes pendant quatre ou cinq jours. Après ce premier temps de repos, surtout si le malaise et le relâchement reprennent, la double série, croissante, puis décroissante, est suivie d'un plus long repos. Ce traitement rend, en six semaines, à la vie commune, aux jouissances modérées de la table, des patients dont l'existence avait été longtemps misérable.

» 4° En exprimant à notre confrère M. le docteur Monneret toute ma reconnaissance pour cette nouvelle et fructueuse application d'un médicament ancien (le sous-nitrate de bismuth à haute dose dans les cas d'entérocolites rebelles et de dyssenterie chronique), j'ajoute, comme m'appartenant, l'idée d'employer le sous-nitrate de bismuth chez les sujets jeunes, lymphatiques, mais inflammables, qui présentent en même temps le besoin général des toniques et une susceptibilité intestinale exagérée. (Le médicament établit la tolérance au grand profit du malade.)

» Il est inutile, Monsieur et cher Confrère, d'ajouter que je ne veux porter aucune atteinte à l'incontestable supériorité de M. le docteur Monneret comme thérapeutiste. » (*Moniteur scientifique.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 octobre 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Nomination d'une commission pour l'examen des thèses adressées à la Société pour le concours du *prix Duval*.

Sont nommés : MM. Blot, Foucher et Giraldès.

COMMUNICATIONS.

Fistule anale remontant à une hauteur de plus de 15 centim. en dehors de la paroi rectale et sur la face latérale de l'intestin ; opération par l'écrasement linéaire ; mort ; autopsie ; phlegmon diffus de la partie supérieure du rectum. — M. VERNEUIL. Un facteur de la poste, âgé de quarante ans, d'une bonne constitution et d'un moral résolu, entra à l'hôpital Saint-Louis dans les derniers jours du mois d'octobre 1861, pour une fistule à l'anus. Celle-ci reconnaissait pour cause un phlegmon survenu plusieurs mois auparavant, et sur le développement duquel le malade ne donnait que des renseignements incomplets. L'abcès s'était ouvert spontanément et un suintement continuel plus ou moins abondant lui avait succédé.

L'orifice, d'un très-petit calibre, siégeait latéralement sur la fesse gauche, à trois centimètres de l'orifice anal. La région, du reste, était dans l'état normal ; il n'y avait point d'hémorrhoïdes, point de rougeur ni d'altération quelconque de la peau. Il ne sortait jamais rien par l'anus, et la fistule elle-même ne donnait issue qu'à du pus, tantôt bien lié, tantôt séreux ou sanguinolent. Dans l'été, après des marches forcées, le pourtour de l'orifice anormal s'enflammait, la suppuration augmentait ; il y avait douleur, cuisson, pesanteur, gêne dans la marche, dans la position assise, etc. C'est ce qui détermina ce pauvre homme à se faire opérer. Rien du reste ne contre-indiquait l'intervention chirurgicale, et une exploration attentive démontrait l'intégrité de tous les organes.

J'ai déjà indiqué le siége de l'orifice cutané de la fistule. Le stylet introduit pour l'exploration pénétrait à une grande profondeur, à sept centimètres environ, et paraissait à son extrémité se mouvoir aisément dans une cavité assez spacieuse. Il passait tout à fait en dehors du sphincter anal, qui était fort épais. Puis, au-dessus de ce muscle, se laissait sentir dans une grande étendue, à l'aide du doigt introduit dans le rectum. Il fut toujours impossible, même après plusieurs explorations, de retrouver un orifice interne à cette fistule, et je remarquai même que le stylet et le doigt étaient toujours séparés par une épaisseur de parties molles égalant plusieurs millimètres. L'examen, à l'aide d'un spéculum bivalve, pratiqué immédiatement avant l'opération et à la faveur de l'anesthésie, ne m'éclaira pas davantage.

D'après le résultat de cet examen, il était évident que pour opérer cette fistule à la manière ordinaire, et quelle que fût la méthode employée, il fallait d'abord créer artificiellement un orifice interne, c'est-à-dire perforer la paroi rectale dans toute son épaisseur, au niveau des limites supérieures du trajet fistuleux, pour diviser d'une manière quelconque la paroi rectale depuis l'orifice supérieur établi de vive force jusqu'à la marge de l'anus inclusivement. Cette section pratiquée sur des tissus souples et épais, et remontant à une grande hauteur, quatre centimètres au moins au-dessus du sphinter, devait rencontrer des vaisseaux artériels nombreux et volumineux susceptibles de fournir beaucoup de sang, s'ils étaient divisés par l'instrument tranchant. En cas d'hémorrhagie primitive fournie par les vaisseaux situés au sommet de la plaie, il eût été presque impossible d'obtenir l'hémostase directe par la ligature ou par les agents hémostatiques portés immédiatement sur les artères ouvertes. Il aurait fallu recourir au tamponnement, d'une application difficile, douloureuse, dangereuse même, et de plus d'une efficacité douteuse. Ces motifs plaidaient contre l'instrument tranchant et parlaient en faveur d'un procédé de diérèse capable d'oblitérer les vaisseaux préalablement à leur section.

Or, trois expédients remplissant la même indication préservatrice s'offraient à l'esprit :

1° La ligature lente ;

2° La section par pression continue et mortification ;

3° Enfin, l'écrasement linéaire.

Le premier moyen, très-douloureux, très-lent, et n'étant d'ailleurs point exempt de dangers, fut rejeté.

Le second, qui a été surtout préconisé par Gerdy, consiste à comprimer le pont de parties molles interposé entre le trajet fistuleux et la lumière du rectum, à l'aide de l'entérotome de Dupuytren, de manière à obtenir une mortification linéaire. La lenteur, les douleurs inhérentes à ce procédé, le firent rejeter. Au reste, le trajet fistuleux étant étroit et un peu tortueux, il eût été très-difficile d'y introduire le mors large, épais et dentelé de l'instrument susdit.

C'est pourquoi le troisième moyen parut mieux indiqué, le placement de la chaîne ne faisant entrevoir aucun obstacle sérieux, l'hémorrhagie n'était pas à craindre, la section pouvait avoir toute la précision désirable ; enfin, quelques minutes suffisaient pour terminer l'opération, sans exposer à de vives douleurs consécutives.

On pouvait seulement craindre que la traction opérée inévitablement par le renversement brusque de l'anse, n'eût une influence fâcheuse sur les tissus voisins.

Quoique j'hésite encore à regarder la méthode susdite comme devant être appliquée d'une manière très-générale à la fistule anale, elle me paraissait dans l'espèce tout à fait indiquée par la prudence.

Le 23 octobre, après les préparations d'usage (bain entier l'avant-veille ; purgatif salin la veille, lavement simple le matin même), je procédai à l'opération.

Le stylet, introduit pour une dernière exploration, pénétra à sept centimètres et demi, se dirigeant vers la paroi antérieure du rectum et le bord gauche de la prostate. Il fut remplacé par une sonde cannelée d'argent, dont l'extrémité était un peu recourbée. Je pus, non sans quelque difficulté, créer de toutes pièces un orifice interne en perforant la paroi rectale. Un nouveau stylet aiguillé, entraînant à sa suite un fort cordonnet et la chaîne de l'écraseur Charrière, fut glissé dans la cannelure de la sonde, et l'anse métallique fut placée sans coup férir.

J'opérai la constriction avec assez de rapidité, faisant parcourir au pas de vis deux tiers de tour par 15 secondes, un peu moins de trois tours à la minute. La section exigea environ neuf minutes. L'anesthésie avait été difficile à obtenir : l'examen au spéculum, l'exploration définitive de la fistule, le placement de la chaîne, avaient dépensé du temps ; aussi le patient était-il à peu près réveillé pendant les dernières minutes de la section. Il n'accusait pourtant que peu de douleurs, et voulait s'en retourner à pied dans la salle. Il ne s'écoula pas 40 grammes de sang. La plaie était un peu béante. Je ne plaçai point de mèche, et j'ordonnai pour son pansement l'application de cataplasmes tièdes maintenus par un bandage en T. Une alimentation légère fut permise, et la première journée se passa bien.

Le lendemain matin, l'état général était tout à fait satisfaisant : la plaie n'était nullement douloureuse et la région anale n'offrait aucune trace d'inflammation. Je ne fis aucune prescription particulière.

Le soir, vers quatre heures, un frisson assez marqué survint et fut suivi de fièvre. L'interne de garde prescrivit l'administration d'un gramme de sulfate de quinine. De plus, les urines, qui avaient été facilement et spontanément évacuées jusqu'alors, se supprimèrent, ou du moins apparurent des symptômes de rétention d'urine dont le malade ne parla point, et qui, ne faisant que s'accroître pendant la nuit, troublèrent le sommeil et causèrent une notable agitation.

Le lendemain, quarante-huit heures après l'opération, l'état général était assez bon : fièvre très-modérée, langue blanche, sensibilité du ventre spontanée et à la pression, mais uniquement dans la région hypogastrique ; ni vomissements ni ballonnement du ventre ; pas de selles ; la région anale indolente et sans aucune rougeur ; plaie de l'écrasement béante ; le doigt, introduit avec douceur et à une profondeur de 3 ou 4 centimètres, ne provoque aucune douleur. La rétention d'urine persiste ; je fais le cathétérisme sans difficulté et j'extrais seulement deux verres d'urine un peu rosée. La face était un peu altérée et légèrement jaunâtre ; mais cette coloration étant habituelle au malade, me préoccupe peu. (Bain tiède prolongé, cataplasmes sur l'hypogastre, une cuillerée d'huile de ricin.) Des sangsues seront placées au bas-ventre, le soir, si la chose est nécessaire.

A quatre heures, l'interne du service note une amélioration ; il se contente de sonder de nouveau. La nuit toutefois est agitée ; le malade, à deux reprises différentes, veut se lever et délire évidemment : un frisson se renouvelle et dure quelque temps.

A sept heures du matin, la religieuse constate la cessation de ces symptômes ; le malade dit qu'il va bien et qu'il désire dormir : une demi-heure après on le trouve mort dans son lit.

Autopsie. — Le rectum, fendu verticalement, est rempli supérieurement de matières fécales demi-molles ; la muqueuse, à peine plus colorée qu'à l'état normal, n'offre aucune altération notable, mais l'épaisseur totale de l'intestin semble triplée ; cette augmentation de volume, qui remonte presque jusqu'à la symphyse sacro-iliaque, est due à une infiltration purulente qui siége en dehors de l'intestin, entre la tunique musculeuse et la tunique péritonéale : c'est un véritable phlegmon diffus du tissu cellulaire péri-rectal.

Le pus n'est pas encore collectionné, mais il infiltre les mailles du tissu conjonctif, ce qui rend compte de l'induration et de l'épaississement du rectum. Cette lésion se retrouve du haut en bas, c'est-à-dire jusqu'au voisinage de la marge de l'anus, là où le péritoine n'existe pas. Toutefois, le tissu cellulaire pelvien, et celui qui remplit les fosses ischio-rectales, est intact ; la nappe purulente est encore confinée à la face externe du rectum et semble arrêtée en bas par les insertions du releveur de l'anus. Le pus est vert, crémeux, sans mélange de matières stercorales.

On retrouve la plaie verticale faite par l'écraseur ; elle est nette, entr'ouverte, et mesure un peu plus de 6 centimètres ; elle a divisé la paroi rectale dans toute son épaisseur.

On ne retrouve nulle trace d'orifice fistuleux naturel. La fistule était donc certainement borgne externe ; mais on reconnaît en revanche que le trajet était infiniment plus long que ne l'avaient fait supposer les explorations faites avant l'opération. J'avais, en effet, pratiqué la perforation artificielle à près de 8 centimètres de l'orifice fistuleux cutané. Or, la pièce sous les yeux, je constate que le décollement périrectal remontait sur les faces latérales de l'intestin à une hauteur au moins égale. Je n'avais donc incisé le trajet que dans la moitié environ de son étendue verticale. Sans doute une bride ou une inflexion brusque de la voie fistuleuse avait empêché le stylet de pénétrer jusqu'au fond du foyer, qui d'ailleurs était assez étroit dans sa région élevée.

Que serait-il advenu, si la plaie inférieure s'était cicatrisée ? Je ne saurais le dire.

L'inflammation provoquée par l'opération et partant de son siége se serait-elle propagée jusqu'aux limites du décollement et aurait-elle amené la cicatrisation ?

Le pus sécrété dans le cul-de-sac respecté aurait trouvé peut-être une issue plus facile, et dès lors n'aurait plus empêché, par sa rétention, l'adhésion de la partie supérieure de la fistule. Mais peut-être aussi une fistule borgne interne, à peu près inaccessible aux moyens chirurgicaux, se serait établie, et le malade, s'il n'y avait pas perdu, n'aurait pas gagné grand'chose à la métamorphose de son mal.

Toujours est-il que l'opération avait été incomplète, et qu'à ce seul point de vue l'autopsie révèle une particularité très-importante.

Quoique le phlegmon diffus n'ait été séparé de la cavité péritonéale que par la séreuse, il n'existait qu'un très-léger degré de péritonite, circonscrite d'ailleurs au fond du petit bassin et au niveau du cul-de-sac séreux inférieur. Un peu de vascularisation superficielle, deux ou trois cuillerées d'une sérosité un peu louche, sans fausses membranes et sans agglutination des anses intestinales, constituaient tout ce qu'on trouvait d'anormal. Au reste, pendant la vie, les signes de la péritonite avaient toujours fait défaut.

La vessie était contractée et revenue sur elle-même ; elle contenait environ trois ou quatre cuillerées d'une urine limpide, mais légèrement rosée. La muqueuse elle-même était quelque peu injectée, surtout au voisinage du col.

Tous les viscères abdominaux et thoraciques sont entièrement sains ; les veines du bassin et les branches de la veine-porte n'ont pu être examinées.

En communiquant cette observation à mes collègues, dit en terminant M. Verneuil, j'ai voulu appeler l'attention sur une lésion assez rare, et dont la thérapeutique n'est pas encore définitivement fixée. Je désirerais de plus que la discussion permît de résoudre au moins approximativement les questions suivantes :

1° Dans les cas de fistule péri-rectale remontant très-haut, quel traitement convient-il d'adopter ?

2° Les opérations sanglantes conviennent-elles à cette variété anatomique ?

3° En cas d'affirmative, faut-il donner la préférence à l'instrument tranchant, à la ligature lente, à la section par pression telle que peut l'effectuer l'entérotome de Dupuytren ou tout autre instrument analogue, ou bien à la section extemporanée, qu'on réalise à l'aide de l'écraseur ?

4° Dans le cas actuel, l'issue fatale doit-elle être attribuée à la méthode opératoire choisie ou à toute autre cause ? En résumé, si pareille maladie se présentait de nouveau et que l'opération chirurgicale fût résolue, de quelle manière devrait-on se comporter ?

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai pas trouvé un seul cas où la méthode opératoire par l'écraseur linéaire ne m'ait pas réussi.

Les malades opérés se lèvent en général au bout de trois ou quatre jours.

Nous venons de traverser une phase funeste à la chirurgie ; les érysipèles se sont déclarés en grand nombre après les opérations. Or, bien que j'aie opéré pendant cette période un grand nombre de fistules, je n'ai pas eu un seul cas d'érysipèle.

Quant à la communication de M. Verneuil, je pense qu'on a tort d'appeler *fistules anales* des lésions qui sont, comme dans ce cas, si en dehors du rectum, et qui n'ont de rapport avec elles que par leur ouverture au voisinage du rectum. Je réunis ces fistules, qui ne s'ouvrent pas dans le rectum, sous le nom de *fistules pelviennes*. Ces fistules, par le décollement étendu qui les accompagne ordinairement, sont graves et sont souvent compliquées, quand on les opère, de phlegmon diffus sous-péritonéal.

De plus il est possible que chez le malade de M. Verneuil on ait eu affaire à une fièvre pernicieuse uréthrale.

Je termine enfin en parlant d'un cas que je viens d'observer. J'ai opéré récemment, et pour la seconde fois, une fistule pelvienne, et j'ai vu survenir des accidents semblables à ceux dont vient de nous entretenir notre collègue.

M. VERNEUIL préférerait à l'expression vague de *fistules pelviennes* celle de *fistules péri-rectales*, pour les cas semblables à celui dont il vient d'entretenir la Société.

Quant à la fièvre pernicieuse, j'y avais songé, continue M. Verneuil, mais ici nous n'avions vraiment pas à faire intervenir cette cause pour expliquer les accidents qui sont survenus ; et nous avons à l'autopsie trouvé assez de lésions pour expliquer la mort.

La Société décide que la discussion sera renvoyée à la séance prochaine.

AUTRE COMMUNICATION.

M. SÉDILLOT. Je désire entretenir la Société de quelques faits de pratique que l'on rencontre quelquefois, et qui m'ont paru dignes de fixer un instant votre attention.

Les **abcès profonds de la cuisse** sont parfois d'un diagnostic embarrassant. La plupart d'entre eux ont eu leur point de départ soit au pied, soit à la jambe, et sont le résultat de lymphites ; mais il en est aussi qui se développent spontanément dans cette région.

Pour les ouvrir, il faut traverser une couche musculaire épaisse, et le pus n'a pas grande tendance à sortir.

J'ai cherché, pour tâcher d'éviter ces incisions à travers les muscles, un point où l'on pourrait arriver facilement à l'abcès, et qui serait aussi dans une position déclive. Ces abcès suivent le trajet des vaisseaux fémoraux ; aussi, pour donner issue au pus, j'incise au bas du triangle de Scarpa ; je cherche l'artère, et je pratique une incision en dehors de celle-ci. De cette manière, je ne traverse aucun muscle, et en plaçant un coussin sous le genou, le pus tend à s'écouler facilement, car l'incision est dans un point de déclivité très-avantageux.

Cette remarque que j'avais faite pour les abcès profonds de la cuisse, je l'ai aussi appliquée aux **abcès sous-claviculaires.** Ces abcès sont placés sous la clavicule, derrière le muscle grand pectoral. Ils reconnaissent des causes diverses, parmi lesquelles je signalerai surtout la pression par un uniforme, chez les jeunes gens. Il en est qui communiquent avec le poumon, mais d'autres, en plus grand nombre, sont tout à fait en dehors de la cage thoracique.

Pour les ouvrir, il faut traverser le muscle grand pectoral, soit en passant directement à travers ses fibres, soit en choisissant l'interstice qui sépare les deux portions du grand pectoral. Je préfère dans ces circonstances suivre la paroi antérieure du creux axillaire, et aller ouvrir ces abcès par le creux de l'aisselle. Je respecte le muscle, j'arrive à l'abcès (j'en ai même ouvert un qui s'étendait jusqu'au sternum), et l'incision ainsi placée permet au pus de s'écouler facilement.

Enfin, je vous parlerai d'une autre opération ; celle qui a pour but de combler certaines **perforations de la voûte palatine.** J'ai employé plusieurs fois un procédé que j'appellerai par *dédoublement et migration du lambeau*, procédé différent de l'ingénieux procédé de M. Bai-

zeau, moins grandiose que celui de M. Langenbeck, mais qui m'a paru très-bon pour cembler les petites perforations.

Je l'ai mis en usage sur un officier qui ne pouvait plus commander, et sur un autre qui portait un obturateur. Je commence par inciser obliquement le pourtour de la perforation, et j'attends. Il se fait alors par la cicatrisation une sorte de mouvement d'appel vers le centre de l'ouverture. On peut, à l'aide des cautérisations préconisées par M. Cloquet, aider à ce retrait.

Si cette simple incision oblique du centre vers la circonférence ne suffit pas, je fais de chaque côté une incision allant jusqu'à l'os, et avec un stylet ou une spatule je décolle les lambeaux, je les repousse vers le centre, et je les abandonne. Pendant quelques jours, je m'oppose à la cicatrisation des plaies latérales.

Pendant que la cicatrisation se fait, la cicatrice du centre se resserre, et j'ai vu la perforation se boucher complétement. Je ne fais pas, comme on le voit, de suture; c'est la cicatrice elle-même qui ferme l'ouverture. Ce traitement est long sans doute, mais il est bien simple. Il peut durer un mois, deux mois; dans un cas, il a exigé trois mois de durée. J'ai vu, une fois que le lambeau ainsi déplacé n'était pas soutenu par une portion de voûte palatine, la cicatrisation s'opérer sur un côté, mais non au niveau de la perforation et de l'autre côté; j'ai eu ainsi deux ouvertures. Mais l'ouverture médiane a fini par se combler; j'ai incisé plus loin et refoulé un autre lambeau, et la seconde perforation, celle qui était le résultat de mon opération, s'est fermée à son tour. Le traitement a duré au moins trois mois.

M. CHASSAIGNAC. Je me suis toujours très-bien trouvé, dans le traitement des abcès profonds de la cuisse, des tubes élastiques. Quant au procédé pour l'ouverture de ces collections proposé par M. Sédillot, je l'ai toujours employé quand j'avais à ouvrir quelque collection profonde dans une région dangereuse. Ainsi, pour un abcès profond du cou, je recommande de chercher les gros troncs vasculaires de cette région, afin de les éviter sûrement pour arriver au foyer. Dans un abcès profond post-œsophagien, j'ai une fois pris la trachée peur guide dans mon opération. Le procédé dont vient de nous entretenir M. Sédillot doit donc être généralisé, et employé chaque fois qu'on a à redouter la blessure d'un vaisseau ou d'un organe important.

M. BAUCHET. J'ai observé déjà un assez grand nombre d'abcès profonds de la cuisse. Pour l'un d'eux, j'ai cherché avant de l'ouvrir l'artère fémorale : il était en effet placé en haut de la cuisse et suivant le trajet de l'artère. Mais dans les autres cas, il n'eût pas été possible de mettre en pratique le procédé indiqué par M. Sédillot. J'ai vu trois fois un de ces abcès profonds placé sur la face externe de la cuisse. Quatre autres fois un abcès profond siégeant sur la face antérieure, au-dessous du triceps. Dans tous ces cas, l'abcès ne remontait pas jusqu'au triangle de Scarpa.

Voilà donc huit cas, et sept fois il n'y avait pas à songer à pratiquer l'incision comme l'indique M. Sédillot.

Dans toutes ces observations, le fémur n'était pas dénudé, et la guérison a été complète. Ces abcès étaient survenus à la suite de marche forcée, de contusions, et deux fois au moins sans cause appréciable autre qu'une influence rhumatismale.

Dans six de ces derniers cas, j'ai incisé le foyer en traversant la couche musculaire et en dehors du droit antérieur. Ces incisions donnent beaucoup de sang; on passe au milieu de fibres musculaires étalées entre deux larges aponévroses qui restent écartées, et par chacune des lèvres de l'ouverture il tombe une grande quantité de sang. Si on n'y prend pas garde, le foyer se remplit de caillots, et plus tard ce sang mêlé au pus s'altère, la suppuration devient fétide, et il peut survenir des accidents graves d'intoxication putride. Aussi l'incision faite, je place de la charpie entre les lèvres de la plaie pendant quelques heures, et je ne tiens à vider tout à fait le foyer qu'un peu plus tard.

On peut aussi faire une simple ponction avec le trocart. C'est ce que j'ai fait une fois pour passer de suite un tube-séton. Le pus dans tous les cas s'échappe difficilement, reste dans le foyer et s'altère. Une seule fois la guérison a marché d'une manière très-simple, et je n'ai pas eu besoin de faire de contre-ouverture. Pour les autres observations (excepté celle où j'ai de suite passé un tube, comme le fait M. Chassaignac), aussitôt que le pus s'altérait, je faisais une contre-ouverture dans un point déclive, sur le bord externe et supérieur du losange poplité pour les abcès placés au-devant de la cuisse, et je passais ensuite un tube qui livrait un facile écoulement au pus, et me permettait de laver tous les jours le foyer avec de l'eau d'abord, avec de l'eau iodée ensuite. Je ne saurais trop recommander dans le traitement de ces abcès profonds l'usage des tubes à drainage.

M. LARREY dit, à l'occasion de cette discussion, qu'il a employé un procédé que M. Cloquet a mis en usage il y a plus de trente ans au moins; c'était l'emploi de sondes élastiques dans le traitement des abcès profonds de la mamelle. Il évitait avec soin de passer à travers les muscles, et laissait ces sondes à demeure.

M. HUGUIER. Pour les abcès profonds de la cuisse, il y a deux catégories : les uns sont logés à côté ou dans la gaîne des vaisseaux, et parmi eux il en est qui sont placés au-dessus de l'anneau du troisième adducteur, et pour les ouvrir il est bon de suivre le precédé de M. Sédillot. Il en est d'autres qui sont au-desseus de cet anneau, et qu'on pourrait appeler *poplités*; ceux-là se montrent en dedans du creux poplité, en arrière du grand adducteur, et il ne faut pas songer, bien entendu, au précepte qui est utile peur les premiers. Mais il y a une seconde catégorie d'abcès tenant à une périostite ou à une nécrose, qui sont situés sur un point quelconque de la cuisse, et qu'il faut, bon gré mal gré, ouvrir à travers les muscles et surtout à travers le vaste externe. Pour ceux-ci, ils ne suivent pas le trajet des vaisseaux, ils sont dans un point quelconque du peurtour du fémur.

Pour les abcès sous-claviculaires, je crois que nous suivons tous le conseil que vient de donner M. Sédillot. Pour ma part, je ne traverse jamais le grand pectoral. Ces abcès descendent dans l'aisselle; c'est par là qu'ils se développent, c'est par là qu'on les ouvre, qu'il faut les ouvrir. Ces abcès doivent être ouverts de bonne heure pour éviter la gangrène et la destruction du tissu cellulaire du creux axillaire, et les fistules consécutives si longues, si interminables.

M. MOREL-LAVALLÉE. MM. Sédillot et Chassaignac donnent sans nul doute un bon conseil quand ils recommandent de chercher les vaisseaux importants avant d'ouvrir une collection profonde, si l'on est exposé à les blesser; mais il est des cas où l'artère est déplacée, et où il est difficile, pour ne pas dire impossible, de la trouver. Voici un fait qui vient à l'appui de ce que j'avance : Un jeune homme entre dans mon service. Il avait un gonflement considérable de la partie inférieure de la cuisse, notamment dans le creux poplité, où on trouvait une collection inflammatoire franchement fluctuante. Je cherchai les battements artériels sans les trouver. Le foyer était perforé, et je l'attaquai par le côté externe du creux poplité, en incisant avec précaution, couche par couche. J'ouvris ainsi l'abcès, et bien me prit d'agir avec prudence, car l'artère battait juste au milieu du losange poplité, et on sentait les battements à la face postérieure de la tumeur. Je trouvai aussi le fémur dénudé. Le malade guérit par la compression.

M. VELPEAU. Je désire insister surtout sur l'anaplastie dont a parlé M. Sédillot. J'ai opéré plusieurs malades par un procédé à peu près semblable, et je n'ai eu qu'à me louer de celui que j'avais mis en usage. Je me souviens parfaitement de quatre ou cinq cas, dont le premier remonte à plus de vingt ans. Dans un cas, je fis deux incisions se réunissant en avant et circonscrivant un espace triangulaire à la partie antérieure; une autre fois, cet espace triangulaire était postérieur. Dans une autre circonstance, je me bornai à aviver le pourtour de la fistule. Dans tous ces cas, la guérison fut obtenue sans que j'aie eu recours à aucune suture; seulement je cautérisais souvent, pour faciliter la cautérisation et le travail de retrait et d'appel de la cicatrice.

M. Velpeau cite alors deux de ses opérations, l'une qui a été faite sur un malade qui avait tenté de se suicider, et dont le nom a même retenti en cour d'assises il y a une vingtaine d'années. M. Velpeau l'opéra avant qu'il quittât la France. Un second avait une perforation spécifique de la voûte palatine. Un troisième avait été opéré de division du voile du palais, etc.

M. SÉDILLOT répond qu'il n'a pas eu l'intention de traiter complétement la question des abcès profonds de la cuisse ou de la région sous-claviculaire : ce n'est pas pour éviter un danger et suivre le précepte généralisé par M. Chassaiguac qu'il a agi ainsi, mais pour trouver un point favorable et déclive peur l'écoulement du pus. Le drainage, qui est un excellent moyen, ne remplace pas la déclivité, et l'ouverture que préconise M. Sédillot a ce dernier avantage. Pour les abcès sous-pectoraux, sur lesquels a insisté M. Huguier, ils se dirigent vers l'aisselle, c'est évident; M. Sédillot n'a pas eu en vue les abcès axillaires ou sous-pectoraux proprement dits, mais les abcès franchement sous-claviculaires.

M. Sédillot termine en disant qu'il est heureux que M. Velpeau, dont l'opinion a un poids si immense et si juste, soit venu confirmer par son expérience les faits qu'il a avancés.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

M. LAMARE-PICQUOT présente un séquestre énorme du tibia. Son travail et la pièce sont renvoyés à une commission composée de MM. Chassaignac, Désermeaux et Foucher.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, E. BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour les prix de l'internat a commencé par l'épreuve écrite.

Les candidats ont eu à traiter les questions suivantes :

1re division, internes de 3e et de 4e année : *Structure de l'intestin grêle; de la gangrène dans l'étranglement herniaire.*

2e division, internes de 1re et de 2e année : *Structure du foie, cirrhose du foie.*

— M. Ganthelme, chirurgien principal de la marine, est désigné pour diriger le service médical de l'escadre du Mexique.

— La liste par ordre de mérite des vétérinaires civils nommés aides-vétérinaires stagiaires à l'École de cavalerie, vient de paraître. Nous la reproduisons, en faisant suivre chaque nom d'une des lettres initiales A, L, T, représentant les Ecoles d'Alfort, de Lyon ou de Toulouse, dans laquelle ces vétérinaires avaient été diplômés :

Vogt (A), Peteaux (A), Salins (L), Marotel (A), Martin (A), Bidaut (T), Vernant (L), Bénart (L), Chaussignat (L), Dodart (L), Guilleminet (L), Lutret (A), Démion (T), Despages (T), Bouvier (A), Papiller (A), Delaître (A), Barbillon (A), Lacaze (T), Bommenel (L).

— Les diverses commissions de l'exposition internationale de 1862 fonctionnent à Londres, et se sont déjà occupées du cheix des objets dignes d'être exposés, de l'espace à allouer aux exposants, et, en général, de tous les arrangements de l'exposition qui les regardent.

Voici les noms des membres qui composent les commissions qui touchent de plus près aux sciences médicales :

Produits chimiques : MM. Brande, De la Rue, Faradey, Grantham, Hoffmann, Playfair, Redwood, Stenhouse.

Instruments de physique : MM. D. Brewster, Brodie fils, Brooke, Carpenter, Frankland, Galton, Gassiot, Tyndall, Wheatstone, H. James, W. De la Rue, Glashier et Weld.

Hygiène : MM. comte de Shaftesbury, comte Fortescue, l'évêque de Bath et Wells, le lord-maire de Londres, sir Joseph Olliffe, Campbell, Chadwick, Fairbairn, Goodwin, Holland, Jones, Rawlinson, Simon, Sutherland, Twining, Galton, Letheby.

Instruments de chirurgie : MM. Arnott, Bryson, inspecteur général des hôpitaux et flottes; Hadon, Hawkins, Lawrence, Longmore, Luke, Paget, South et Sherson.

— La Société d'hydrologie médicale de Paris reprendra le cours de ses séances lundi prochain 11 novembre, à trois heures et demie précises, au Cercle des sociétés savantes, quai Malaquais, n° 3, et les continuera les second et quatrième lundis de chaque mois. Ses séances sont publiques.

Le service d'été étant continué jusqu'au 15 novembre sur les lignes de Lyon et d'Orléans, le TRAIN, *indicateur spécial des chemins de fer de* ces deux lignes est bon jusqu'à cette date. Ce jour-là le service d'hiver sera mis en vente.

Le TRAIN (service d'hiver) pour les lignes du Nord, de l'Est et de l'Ouest, est en vente chez tous les libraires.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 132. — MARDI 12 NOVEMBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 132. — MARDI 12 NOVEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3.000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7.000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 11 NOVEMBRE 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

La chirurgie a fait presque à elle seule tous les frais de cette séance. L'Académie a entendu successivement une communication de M. Sédillot sur les accidents qui suivent le cathétérisme et les autres opérations pratiquées sur l'urèthre, une lecture de M. Bonnafont sur un nouvel appareil destiné à pratiquer des injections dans la trompe d'Eustache pour remédier à diverses causes de surdité ou de troubles fonctionnels de l'ouïe, et une lecture de M. Maisonneuve sur un nouveau trachéotome de son invention.

La communication de M. Sédillot sera publiée textuellement dans l'un des prochains numéros.

Nos lecteurs trouveront dans le compte rendu la description des instruments présentés par MM. Bonnafont et Maisonneuve, ainsi qu'un énoncé suffisant de leurs applications. Ils y trouveront aussi une note de M. Ozanam sur les applications à la thérapeutique de l'*eau oxygénatée*, ainsi que les extraits des travaux appartenant à la séance précédente et qui n'avaient pu trouver place dans le dernier compte rendu.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

DES AFFECTIONS CÉRÉBRALES ET DES MALADIES QUI LES SIMULENT.

De la congestion cérébrale (1).

(Leçons recueillies et rédigées par M. DUMONT, chef de clinique.)

Une deuxième catégorie de cas se présente. Il s'agit de ceux où l'on observe une certaine série d'accidents auriculaires. M. Menière a récemment entretenu l'Académie de certains phénomènes qui, suivant notre confrère, ont leur siége dans les canaux demi-circulaires. Ces phénomènes, d'après M. Trousseau, seraient rapportés par quelques praticiens à une congestion cérébrale.

« M. le docteur Menière, dit-il, a observé un grand nombre de malades qui sont pris subitement de vertiges, de nausées, et même de vomissements ; qui tombent à terre après avoir marché comme un homme ivre, et se relèvent difficilement, restent pâles, couverts d'une sueur froide, presque lypothymiques, et voient se renouveler ces accidents un grand nombre de fois. M. Menière a recueilli par centaines des observations établissant que ces prétendues lésions cérébrales sont bien évidemment des lésions de l'appareil auditif dans les canaux demi-circulaires. »

Ainsi une épilepsie, une lésion des canaux demi-circulaires, sont mises sur le même rang et sont toutes deux mal à propos attribuées à une congestion cérébrale apoplectiforme. Comment ces deux premières maladies peuvent-elles être confondues avec la troisième? Pour nous, jamais nous ne confondrons les accidents dont parle M. Menière avec l'épilepsie. Comment peut-on trouver à deux états aussi distincts des symptômes tellement semblables, que dans les deux cas on les rattache à la congestion cérébrale apoplectiforme?

Nous sommes bien convaincus, en attendant la réponse à nos questions, que pas un clinicien expérimenté ne confondra non plus un véritable accès d'épilepsie bien caractérisé, *normal* pour ainsi dire, avec les accès auriculaires dont on vient de parler, non plus qu'avec la congestion cérébrale.

Il est encore, suivant M. Trousseau, un autre état lié à des *désordres gastriques*, dont les symptômes sont confondus avec la congestion cérébrale. M. Trousseau à ce sujet partage nos sentiments, puisque, après avoir déclaré que le vertige lié à des désordres gastriques est sans cesse décoré du nom de congestion cérébrale, il termine en exprimant la crainte d'exagérer la facilité et la fréquence de cette confusion.

Les états anémique et chloro-anémique méritaient bien de figurer au nombre des maladies qui donnent le change à quelques médecins et font croire à une congestion cérébrale (apoplectiforme ou non). M. Trousseau dans sa note ne fait aucune mention de l'anémie et de la chloro-anémie, et cependant, soit dans mes cours de clinique, soit dans mes ouvrages, j'ai signalé la fréquence extrême de ces maladies. Partout, depuis trente ans, j'ai signalé cette cause d'erreur.

Un jour viendra où M. Trousseau reconnaîtra comme nous combien il est fréquent de voir la chloro-anémie déterminer des étourdissements, des vertiges, des tournoiements de tête, de la titubation, des défaillances, des lypothymies, des syncopes, et même la mort, consécutivement à la syncope. J'ai signalé autrefois dans mes cours et dans les sociétés savantes plusieurs observations qui m'étaient personnelles. Il s'agissait de jeunes femmes chloro-anémiques récemment accouchées, accusées par leur médecin d'apoplexie cérébrale, traitées comme telles, et succombant au milieu de syncopes subites.

Cette erreur s'entoure de bien des piéges où viennent tomber les médecins peu familiarisés avec la chloro-anémie ; c'est que les malades qui en sont atteints rougissent avec une extrême facilité, éprouvent des bouffées de chaleur au visage, et beaucoup d'autres symptômes appartenant aux maladies cérébrales : bourdonnements et sifflements d'oreilles, vomissements, fourmillements des membres, faiblesse musculaire, enfin, jusqu'à un degré voisin de la paralysie ; l'exploration du pouls juge le plus souvent le diagnostic. Aux maladies cérébrales appartiennent la lenteur, la plénitude, l'énergie ; mais à la chlorose, la mollesse, la flaccidité, la dépressibilité, l'absence même plus ou moins complète du courant artériel.

La spermatorrhée, si admirablement étudiée par Lallemand, donne aussi lieu à des méprises, à des symptômes cérébraux, au point que les malades atteints de pertes séminales se croient menacés d'une apoplexie purement imaginaire.

Revenons sur la physiologie et sur le mécanisme de ces accidents presque foudroyants, de ces accidents apoplectiques proprement dits, sur cette perte de connaissance subite, qui, selon M. Trousseau, se manifestent quelquefois chez un individu frappé *d'une hémorrhagie cérébrale* assez peu copieuse pour qu'après la cessation des accidents ci-dessus indiqués, *il ne reste plus qu'une hémiplégie légère*.

Or, en ce qui concerne l'hémorrhagie cérébrale proprement dite, celle qui a son siége dans les hémisphères cérébraux, il existe des centaines de cas particuliers qui démontrent que dans l'immense majorité des cas il ne se manifeste point cette perte subite de connaissance et autres accidents dont parle M. Trousseau.

Que si ces accidents éclatent quelquefois, ils supposent des conditions spéciales, des particularités soit de siége, soit d'étendue, soit de complication, sur lesquelles M. Trousseau garde un profond silence. Toutes les variétés symptomatiques que l'on observe dans ces cas, s'expliquent par les diversités de siége et l'abondance variable de l'hémorrhagie.

Pourquoi, dans le langage de M. Trousseau, les mots *apoplexie*, *congestion cérébrale apoplectiforme*, sont-ils spécialement employés pour désigner la perte subite de connaissance, de sentiment, de mouvement, qui ne se rencontre pas dans l'immense majorité des cas d'apoplexie ou d'hémorrhagie cérébrale proprement dite?

L'hémorrhagie du cervelet constitue une autre espèce anatomique d'hémorrhagie des centres nerveux, qui donne lieu à un cortége de phénomènes des plus curieux.

Elle s'annonce d'une manière toute spéciale, par des étourdissements, du tournoiement de tête, des vertiges, accompagnés de vomissements. Les malades ne peuvent se tenir debout, marcher librement, et, s'ils veulent se contraindre, ils tombent par terre en conservant toute leur connaissance, ainsi que le libre exercice de leurs facultés sensitives et intellectuelles. Ils parlent ; ils ne sont point hémiplégiques, comme ceux que frappe l'hémorrhagie cérébrale proprement dit ; ils peuvent à volonté étendre, fléchir, porter en dedans et en dehors les membres supérieurs et inférieurs ; seulement, ils ne peuvent exécuter les mouvements coordonnés dont se composent la marche et la station.

Tous les symptômes de l'hémorrhagie cérébelleuse ressemblent à plus d'un titre à ceux qui, selon M. Trousseau, constituent les phénomènes apoplectiques.

L'hémorrhagie centrale de la protubérance annulaire mérite aussi d'être mise en parallèle avec la congestion apoplectiforme de M. Trousseau.

En voici les symptômes :

Le malade tout à coup tombe au milieu de la nuit dans un état comateux ; il perd le mouvement, la sensibilité ; sa respiration est stertoreuse.

Que notre collègue nous dise, avant l'autopsie, s'il s'agit d'une congestion cérébrale apoplectiforme, ou d'une épilepsie, ou d'une hémorrhagie cérébrale proprement dite.

A l'autopsie : foyer sanguin récent, du volume d'un gros pois, au centre de la protubérance annulaire.

L'hémorrhagie de la protubérance annulaire avec épanchement sanguin consécutif dans le quatrième ventricule, mérite une mention.

Dans ce cas, le malade tombe privé de connaissance : roideur, convulsion des membres, alternant avec un collapsus profond, état épileptiforme, écume à la bouche.

S'agissait-il d'une congestion cérébrale apoplectiforme? A coup sûr, ces symptômes ressemblent beaucoup à ceux qui sont exposés par M. Trousseau.

En présence d'un tel malade, quel eût été le diagnostic de notre collègue?

S'agissait-il à ses yeux d'une épilepsie, ou d'une congestion cérébrale apoplectiforme, ou d'une hémorrhagie cérébrale proprement dite, d'une apoplexie?

A l'autopsie, on trouve que la protubérance est transformée en une poche remplie d'un sang coagulé en partie. Cet épanchement s'est fait jour latéralement à la surface de la protubérance par une petite ouverture, et en arrière dans le quatrième ventricule, qui se trouve distendu.

Quelle n'eût pas été l'erreur de ceux qui, dans ce cas si complexe, n'auraient d'abord vu qu'une épilepsie pure et simple !

M. Cruveilhier est l'auteur à qui appartiennent les deux cas que nous venons de signaler.

L'apoplexie de la moelle allongée a aussi ses symptômes épileptiformes et ses causes d'erreur.

Voici à ce sujet un fait observé par nous et signalé dans notre *Nosographie médicale*, article *Hémorrhagie de la moelle allongée*.

Un homme tombe tout à coup, comme s'il eût été frappé de la foudre, dans la rue ; on le transporte à la Charité ; il est agité de convulsions analogues à celles de l'épilepsie, et il avait de l'écume à la bouche... La respiration devient stertoreuse, et au bout de deux ou trois heures le malade succombe dans un état de résolution et de paralysie générale.

Que M. le professeur Trousseau nous dise quel eût été son diagnostic.

Une hémorrhagie cérébrale proprement dite, ayant donné lieu à cet étonnement cérébral sous l'empire duquel se manifestent les accidents foudroyants ou apoplectiformes?

Non, sans doute, répondra notre contradicteur ; non, les lésions anatomiques seront analogues à celles du cas précédent.

Voici l'autopsie :

La moelle allongée présente, dans ses deux tiers postérieurs, un foyer hémorrhagique. Le sang récemment épanché a déchiré la substance médullaire ; le foyer a son siége dans toute la longueur de la moelle allongée ; il s'est fait jour dans le quatrième ventricule. Il s'étend vers les prolongements qui vont s'épanouir dans le cervelet.

Rien de notable dans les hémisphères cérébraux ou cérébelleux.

Combien l'épilepsie était vraisemblable dans ce cas, et combien, en l'admettant, le médecin aurait commis une flagrante erreur !

Dans les deux cas dont il vient d'être parlé, le quatrième ventricule avait été le siége secondaire de l'hémorrhagie ; dans le premier, c'était le mésocéphale ; dans le deuxième, la moelle allongée, où résidait le foyer hémorrhagique primitif : tous deux avaient des phénomènes épileptiformes.

Nous venons de voir que ni l'hémorrhagie partielle du cerveau, ni l'hémorrhagie partielle du cervelet, ces deux principaux centres nerveux encéphaliques, ne donnent lieu par elles-mêmes à ces accidents foudroyants ou apoplectiques proprement dits. Au contraire, nous venons d'établir que ces phénomènes éclatent dans les cas d'hémorrhagie du mésocéphale et de la moelle allongée. Ces symptômes sont les caractères de ces deux dernières hémorrhagies ; aussi bien l'hémiplégie complète ou incomplète est un des signes de l'hémorrhagie des hémisphères cérébraux, comme l'embarras ou l'impossibilité de la marche, de l'équilibration des mouvements, est un des signes de l'hémorrhagie des hémisphères cérébelleux.

Voilà qui est net et précis.

Enfin, ces symptômes apoplectiques foudroyants se rencontrent-ils, oui ou non, dans l'hémorrhagie du cerveau lui-même ?

Oui, on les y rencontre quelquefois. Notre réponse affirmative ne saurait en rien discréditer notre doctrine sur le siége de

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 22 octobre.

l'hémorrhagie dans le cas d'apoplexie foudroyante; bien plus, notre réponse confirme nos idées.

C'est par exception que l'hémorrhagie du cerveau se présente sous forme foudroyante. Cette exception se rencontre quand l'hémorrhagie est assez abondante, assez étendue pour que le sang épanché comprime la protubérance annulaire et la moelle allongée. Elle se rencontre encore, cette exception, quand le foyer hémorrhagique du cerveau s'est fait jour dans les ventricules, et va comprimer plus directement encore que dans le cas précédent la protubérance et le bulbe. Or, dans les cas signalés plus haut, les symptômes foudroyants appartenaient à l'altération de ces deux portions des centres nerveux. Les deux exceptions que nous avons concédées viennent donc, ainsi que toutes les autres, confirmer la règle que nous avons posée, que les phénomènes foudroyants apoplectiques n'appartiennent pas en propre à l'hémorrhagie des hémisphères cérébraux.

Une différence vient séparer les deux séries de faits que nous venons de mettre en parallèle : dans les exemples signalés plus haut, il y avait destruction; dans ces derniers, il y a seulement compression de la moelle allongée et de la protubérance; mais depuis longtemps c'est une vérité acquise à la science que celle dont voici la formule :

Quand elle est arrivée à un certain degré, la compression des centres nerveux empêche l'exercice de leurs fonctions.

Enfin, tenez compte de toutes les observations que j'ai énumérées dans le cours de ces conférences, et permettez-moi d'ajouter quelques mots sur les recherches expérimentales que j'ai faites sur les fonctions du cervelet.

Il résulte de nos expérimentations que les lésions spéciales de la marche ou de la progression, et de la station ou de l'équilibration du corps, correspondent à des lésions ayant pour siége spécial le cervelet; de même que nous avons démontré bien des fois, et spécialement par l'observation qui précède, que les lésions spéciales de la parole, sous le double rapport des actes intellectuels et des mouvements coordonnés qui le constituent, correspondent à des lésions matérielles ou dynamiques du cerveau, ayant pour siége *spécial* les lobules antérieurs de cet organe.

Les troubles de la station, comme ceux de la parole, existent souvent soit séparément, soit ensemble, ce qui est bien plus rare chez des individus atteints de paralysie progressive; or ils indiquent toujours des lésions du cervelet, comme aussi de la partie antérieure des hémisphères cérébraux.

Voici maintenant ce qui résulte de mes expériences :

Dans les cas où l'on se contente d'irriter le cervelet, de le cautériser très-superficiellement par exemple, les animaux sont frappés sur-le-champ de convulsions générales, accompagnées parfois de distorsion des yeux, d'écume à la bouche; ces convulsions ressemblent exactement à celles de l'épilepsie. On détermine ainsi une sorte d'épilepsie expérimentale.

En raison de leur voisinage du cervelet, peut-être la moelle allongée, la protubérance annulaire, les tubercules quadrijumeaux, participent plus ou moins à l'irritation que provoque la cautérisation, et qu'ils jouent un certain rôle dans les phénomènes alors produits. Ce que je puis affirmer, c'est que des attaques épileptiformes de ce genre n'éclatent jamais quand on expérimente de la même façon sur les lobes cérébraux exclusivement. Au contraire, cette expérimentation sur les lobes cérébraux produit des troubles plus ou moins prononcés dans les facultés intellectuelles.

Rapprochons ici les accidents épileptiformes survenus dans les cas d'hémorrhagie avec déchirure de la substance du mésocéphale, de la moelle allongée avec épanchement dans le quatrième ventricule, et vous verrez combien nos expériences sur le cervelet concordent avec les résultats des observations cliniques ci-dessus relatées.

Résumé. — Les mots congestion cérébrale, apoplectiforme et épilepsie, ceux d'apoplexie, d'éclampsie, de maladies vertigineuses, d'étonnement cérébral, d'impatience cérébrale, de stupeur immédiate du cerveau et le reste, manquent plus ou moins d'exactitude, de signification précise, ne sont pas l'image fidèle des symptômes et des états anatomiques dont ils veulent être la traduction.

Il eût fallu suivre le conseil de Voltaire, *et définir les termes.*

Tous les médecins, en général, n'ont pas commis et ne sauraient, par suite, continuer à commettre la grosse erreur de diagnostic dont on les a gratuitement accusés. Ils n'ont pas pris et ne prendront jamais pour une congestion cérébrale apoplectiforme une attaque d'épilepsie plus ou moins forte.

M. Trousseau ne s'est nullement appliqué à démontrer que dans les attaques d'épilepsie complète et bien caractérisée, aucun des centres nerveux encéphaliques n'est le siége d'une congestion sanguine plus ou moins forte. Or, c'est là un *desideratum* important. L'épilepsie, en effet, appartient à la catégorie de névroses dites actives. Et dans quelques-unes de ces névroses, la névralgie faciale, par exemple, on observe des signes évidents de fluxion sanguine, de congestion active et quelquefois passive (période tétanique de l'épilepsie).

L'hémorrhagie cérébrale, le ramollissement, l'embolie ou l'oblitération subite des artères principales de la base du cerveau, produisent des troubles fonctionnels bien tranchés.

M. Trousseau a bien voulu reconnaître qu'il s'était servi à tort du mot apoplexie pour désigner ces lésions. Il a substitué le mot hémiplégie au mot apoplexie. Le mot hémiplégie ne saurait s'appliquer à tous les symptômes déterminés par ces états morbides. D'ailleurs, ce n'était pas seulement une question de mots, mais bien une question de doctrine qu'il fallait débattre, et qui se trouve en défaut dans le passage incriminé.

C'est à tort que notre collègue donne le nom de phénomènes apoplectiques à des phénomènes transitoires dont le principal est une perte subite de connaissance. En effet, la définition de l'apoplexie telle que la donne Boerhaave, ne donne pas à cette maladie des phénomènes caractéristiques transitoires :

» Apoplexia dicitur adesse, quando repente actio quinque sensuum externorum, tum internorum, omnesque motus voluntarii abolentur, superstite pulsu plerumque forti, et respiratione difficili, magna, stertente, una cum imagine profundi perpetuique somni. »

En outre, dans cette définition, l'apoplexie offre des caractères qui évidemment ne sont pas compris dans les phénomènes transitoires de M. Trousseau.

EXAMEN COMPARATIF

des méthodes aujourd'hui en usage pour l'ablation des tumeurs hémorrhoïdales.

Par M. le Dr Barthélemy (de Saumur), médecin-major en retraite.

Plus je m'avance dans la pratique, plus je constate l'importance réelle des maladies chirurgicales de l'anus.

Cette importance naît de l'extrême fréquence de ces affections, des misères toujours agaçantes et parfois intolérables qu'elles causent, et par conséquent de la satisfaction profonde qu'éprouvent les malades à en être complétement débarrassés.

Parmi ces maladies, aussi nombreuses que variées, les tumeurs hémorrhoïdales se placent au premier rang.

Une question préalable qui divise les praticiens en deux camps bien tranchés, s'élève tout d'abord quand il s'agit du traitement de ces tumeurs.

Les uns pensent que l'on peut impunément les enlever en totalité, tandis que beaucoup d'autres affirment que ce sont toujours des *noli me tangere.*

C'est en se plaçant dans le juste milieu de ces opinions extrêmes que, selon moi, on sera dans le vrai.

Et d'abord il convient de faire une distinction entre les hémorrhoïdes simples accompagnées parfois d'un flux sanguin salutaire qu'il serait dangereux de supprimer, et les tumeurs hémorrhoïdales proprement dites qui s'engorgent d'une manière permanente, se durcissent, s'ulcèrent parfois à leur surface en déterminant alors les accidents les plus pénibles.

En effet, par leur présence et leur volume elles gênent toujours la défécation. Lorsque dans cet acte elles sortent de l'anus, elles entraînent la muqueuse rectale, donnent lieu à des prolapsus plus ou moins considérables, et résistent parfois aux efforts que le patient est obligé de faire pour les réduire. Quand il n'y parvient pas, elles peuvent s'étrangler et être frappées de gangrène.

Mais l'accident qui les complique le plus communément, ce sont des écoulements sanguins journaliers plus ou moins abondants, qui usent rapidement les forces des malades et les conduisent à cet état de faiblesse et de pâleur que l'on appelle la cachexie hémorrhoïdaire.

Dans ces cas-là, retenus par un préjugé vraiment irrationnel, resterons-nous tranquilles spectateurs d'accidents si graves qu'ils peuvent causer la mort? Evidemment non !

La saine chirurgie en décide autrement, comme dans les faits suivants :

M. G..., âgé de soixante-trois ans, vient à mon cabinet me faire voir trois tumeurs hémorrhoïdales, dont l'une, la plus grosse, offrait une espèce de petit infundibulum d'où le sang s'écoulait incessamment. Le pauvre homme était tellement faible qu'il n'avait plus la force de respirer....

Je le priai de rentrer chez lui au plus vite, et une heure après, en présence et avec l'assistance de mon honorable confrère et ami M. Alphonse Amussat, je pinçais et cautérisais à sa base l'hémorrhoïde dangereuse, qui plus tard est tombée sans fournir une seule goutte de sang.

— La dernière personne que j'ai opérée était une jeune dame du monde, qui avait trois tumeurs hémorrhoïdales situées presque autant sous la peau que sous la muqueuse anale. Quand elles étaient gonflées et que cette dame marchait, de petites ruptures avaient lieu, le sang partait, et cette dame, âgée de vingt-cinq ans, en était arrivée à ne plus oser sortir à pied.

Devais-je la laisser dans cette triste situation ? Je ne l'ai pas pensé. J'ai détruit les deux tumeurs principales, en laissant la troisième, qui était la plus petite; mon opération a bien réussi, et cette dame a été rendue à la santé, je pourrais dire à la vie.

Il y a donc des cas où l'on ne peut pas se dispenser d'opérer Toutefois, on ne doit le faire qu'après avoir interrogé avec un soin minutieux tout l'organisme du malade; et si l'on trouve chez lui des aptitudes habituelles aux congestions vers le cerveau, les poumons ou le cœur, on devra faire tout au monde pour lui rendre son ennemi tolérable.

L'immersion journalière du siége dans de l'eau fraîche, de petits lavements avec cette même eau ou mieux avec de la décoction de ratanhia, l'usage intérieur du sirop de perchlorure de fer quand il y a hémorrhagie fréquente, sont autant de moyens qui peuvent faire obtenir cet heureux résultat.

Lorsque l'opération est décidée, trois méthodes se présentent pour l'exécuter; ce sont, par ordre chronologique, le fer rouge, le caustique de Vienne, qui comporte le procédé d'Amussat, et l'écrasement linéaire de M. Chassaignac.

C'est avec intention que je passe sous silence l'excision et la ligature; tous les chirurgiens sages les ont aujourd'hui abandonnées, à cause des accidents hémorrhagiques ou nerveux qui venaient à chaque instant les compliquer de la manière la plus grave.

Cautérisation par le fer rouge. — Cette méthode remonte à la plus haute antiquité. A peu près délaissée par les modernes, elle n'était plus guère, à l'époque de Dupuytren, que l'adjuvant, ou mieux le correctif de l'excision, dont elle modérait ou arrêtait les fréquentes hémorrhagies.

En 1840, Bégin fut un des premiers à remettre le cautère actuel en honneur, en en faisant l'application avec succès à deux cas de prolapsus très-prononcés de la muqueuse rectale.

Ces faits rapportés dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère*, me donnèrent l'idée d'appliquer le même moyen chez un jeune sculpteur qui avait un bourrelet hémorrhoïdal énorme. Je l'opérai le 25 novembre 1841, aidé par M. le docteur Miramont. Nous réussîmes parfaitement.

Je tiens à constater que dans cette opération que j'ai publiée, je ne laissai mon fer rougi à blanc que pendant un laps de temps tenant le milieu entre une cautérisation trop rapide qui n'aurait pas atteint assez de tissus, et une cautérisation prolongée qui eût porté trop loin son action destructive.

On produit, en effet, en agissant de la sorte, une eschare d'une certaine épaisseur, sous laquelle se développe une inflammation adhésive qui, de proche en proche, pénètre toute la tumeur, s'affaisse et la conduit à une cicatrice solide par rétraction.

Aussi, est-ce de cette manière qu'ont procédé, alors comme aujourd'hui, la plupart des praticiens sages et expérimentés.

Un seul parmi eux, Philippe Boyer, le fils du grand chirurgien de ce nom, s'imagina de vouloir carboniser les tumeurs hémorrhoïdales à force de cautères. Il en appliquait jusqu'à cinq ou six; et, chose remarquable, il n'atteignait que très-difficilement son but, parce que le sang jaillissait aussitôt que l'épithélium était détruit et éteignait tous ses cautères. Il en introduisait ordinairement trois dans l'anus, à 4 centimètres de profondeur, les y laissait jusqu'à ce qu'ils devinssent noirs, et terminait son opération en laissant sur l'orifice anal un cautère conique, à sommet tronqué, chauffé à blanc. Cette dernière phase de la cautérisation, disait-il dans son mémoire de 1847, avait pour but de détruire la peau de l'anus concourant à la formation du bourrelet hémorrhoïdal...

Et cependant on doit tout faire pour éviter cet accident, qui change plus tard l'acte de la défécation en un véritable supplice.

Dans un mémoire que je publiai en 1848, je m'élevai avec force contre cette pratique, qui me paraissait d'autant plus cruelle que Ph. Boyer ne se servait alors ni de l'éther ni du chloroforme.

Il paraît que les observations que je m'étais permises ne touchèrent que peu cet honorable confrère, car il continua de cautériser si bel et bien que l'un de ses opérés, dans un accès de délire, voulut se pendre !

Du reste, ces cautérisations à outrance ne trouvèrent que peu ou point de partisans, si ce n'est cependant en l'honorable M. Chassaignac, qui dit lui-même, dans son mémoire de 1858, qu'il a appliqué huit ou dix cautères pour détruire une tumeur hémorrhoïdale sur un capitaine anglais, M. Maconochie.

Aujourd'hui les choses se passent avec plus de mesure; on se borne, en général, à promener lentement sur toute la surface des tumeurs un ou deux cautères rougis à blanc. C'est ainsi qu'agissent MM. Nélaton, Guersant, Désormeaux, etc.

On s'applique surtout à isoler les tumeurs le plus possible des tissus sous-jacents, afin d'éviter qu'une trop grande masse de calorique ne les pénètre et ne produise, en agissant sur les sphincters, des rétrécissements quelquefois incurables.

C'est ainsi que M. Robert, qui emploie de préférence le cautère actuel, saisit les bourrelets à leur base, soit dans des pinces confectionnées *ad hoc*, soit en les attirant le plus possible au dehors au moyen de pinces-érignes ou mieux de longs ténaculums; que M. Demarquay, quand la disposition des tumeurs le permet, passe avec une longue aiguille courbe un fil en croix sous leur point d'implantation, de manière à les faire bien saillir au dehors avant de les cautériser.

C'est dans la même pensée que j'avais fait faire un spéculum (forme d'éteignoir) assez largement fenêtré pour admettre une tumeur hémorrhoïdale dans sa cavité où je pouvais la carboniser avec un cautère conique, sans agir presque sur les parties environnantes.

Malgré ces procédés rationnels et prudents, le cautère actuel a des inconvénients sérieux qui m'y ont fait renoncer.

Et d'abord ce sera toujours une chose des plus effrayantes que de se laisser introduire un fer rouge dans le rectum !

Le chloroforme est là, je le sais; mais aujourd'hui que chacun connaît les chances fatales attachées à cet anesthésique, son administration n'est guère de nature à rassurer.

Lorsque l'on a affaire à ces bourrelets énormes que l'on rencontre encore assez souvent, on est placé entre deux écueils.

Ne laisse-t-on le fer rouge que le temps nécessaire pour former une eschare d'épaisseur moyenne, à sa chute les tumeurs seront de beaucoup réduites, mais complétement affaissées et guéries, c'est plus que douteux.

Un malade opéré rue Jacob par M. Robert et moi, et qui avait deux tumeurs considérables, qui furent bien cautérisées à deux reprises différentes, les a vues diminuer assez pour qu'elles ne sortent plus de l'anus, mais conserver malgré cela la moitié de leur volume primitif.

Cherche-t-on au contraire à les détruire complétement par

l'application de nombreux cautères, on sait quels accidents redoutables peuvent survenir.

Lorsque le fer tombe sur une artériole, une hémorrhagie assez notable peut avoir lieu. Cet événement, quoique singulier en apparence, s'est cependant vu quelquefois.

Lorsque la cautérisation est terminée et que le malade sort du sommeil anesthésique, il ressent la vive cuisson des brûlures dans toute son intensité; on la calme un peu en lui plongeant le siége dans de l'eau froide; mais quand il regagne son lit, la sensation agaçante reparaît, et malgré les réfrigérants placés sur l'anus, elle continue assez longtemps et avec assez de force pour retentir sur le cerveau et déterminer un délire nerveux parfois très-inquiétant.

La réaction de la brûlure sur le rectum et sur la vessie fait presque toujours naître du ténesme anal ou vésical, et si ce dernier n'amène pas de rétention d'urine exigeant le cathétérisme, il y a pour le moins pendant plusieurs jours une dysurie des plus incommodes. Les ganglions inguinaux s'engorgent assez fréquemment.

Je connais plusieurs cas de phlébites graves dont deux ont emporté les malades.

Les garde-robes qui suivent l'opération ne sont que peu pénibles.

Il n'en est pas de même lorsque les eschares se détachent. A ce moment une hémorrhagie peut se produire, mais elle ne présente jamais de gravité.

Un autre phénomène bien plus incommode, c'est parfois une suppuration très-abondante et pour ainsi dire intarissable, qui peut tenir le patient en échec pendant plusieurs mois.

Ce qui se conçoit si l'on songe à l'étendue vraiment considérable que la plaie doit présenter quand le fer a été promené sur toute la surface d'un gros bourrelet hémorrhoïdal, ainsi que sur la portion de muqueuse rectale qu'il entraîne ordinairement avec lui.

Malgré ces inconvénients réels et par trop nombreux, je ne considère pas le fer rouge appliqué au traitement des tumeurs hémorrhoïdales comme un mauvais moyen, surtout quand ces tumeurs offrent un aspect douteux.

Je dirai même que la cicatrice qui suit son emploi et qui se fait par rétraction est meilleure et plus solide que par les deux autres méthodes, quoique par contre elle puisse faire naître des rétrécissements bien difficiles à détruire même par l'incision. *Quæquæ vidi!*

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 novembre 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

Accidents graves qui suivent parfois le cathétérisme et les autres opérations pratiquées sur l'urèthre. — M. SEDILLOT donne communication sous ce titre d'une note que nous publierons dans un prochain numéro.

Nouvel appareil à injections gazeuses dans l'oreille interne contre les surdités et les bourdonnements nerveux. — M. BONNAFONT donne lecture sous ce titre d'un mémoire dont voici un extrait :

C'est en 1724 que Guyot, maître de poste à Versailles, imagina le cathétérisme des trompes d'Eustache, qui le guérit de sa surdité; cette opération, que les médecins n'avaient pas crue possible jusqu'alors, ne fut accueillie, malgré le résultat merveilleux qu'en avait obtenu son inventeur, qu'avec la plus grande réserve...

Après bien des résistances, le cathétérisme des trompes ayant enfin acquis dans la science la position qu'il méritait d'y occuper, les praticiens cherchèrent à l'utiliser pour introduire dans l'oreille moyenne des agents plus énergiques et moins dangereux que les injections liquides. C'est ainsi que M. Deleau eut l'heureuse idée de remplacer les injections par l'insufflation d'air simple. Cette substitution des gaz aux injections liquides opéra une révolution des plus favorables dans la thérapeutique des cophoses, puisque avec les nouvelles insufflations on n'avait à craindre aucun des accidents résultant de la stagnation des liquides dans la cavité tympanique. Il restait encore à trouver des appareils convenables pour porter les douches gazeuses dans l'oreille moyenne. M. Deleau se sert d'un grand réservoir en cuivre dans lequel il comprime l'air à quelques atmosphères, puis à l'aide d'un tube qui établit une communication entre le réservoir et la sonde, il fait pénétrer les douches dans l'oreille. Cet appareil a, selon moi, l'inconvénient de ne pouvoir être réglé à volonté et de lancer ainsi des douches à tension trop inégale; en outre, il ne comporte le mélange d'aucun autre gaz avec l'air.

M. Kramer (de Berlin) a presque généralement substitué à l'air simple les douches de vapeur d'éther acétique, et pour cela il se sert d'un réservoir en verre dans lequel il chauffe l'éther à l'aide d'une lampe à esprit-de-vin, et lorsque la tension a atteint le degré indiqué par un thermomètre, il ouvre un robinet et la vapeur se précipite dans la trompe. Je me suis servi longtemps de cet appareil; mais, lui trouvant les mêmes inconvénients que j'ai signalés pour celui de M. Deleau, je le remplaçai par une simple pompe aspirante et foulante qui me permettait de porter dans l'oreille moyenne tel gaz que je jugeais convenable et de donner à ces injections tel degré de force que je voulais, sans avoir jamais la crainte d'être surpris par un dégagement subit. Les résultats que j'ai obtenus par ce simple appareil me firent penser qu'il serait possible d'en rendre l'action plus énergique et plus générale, en combinant certains gaz entre eux et en les injectant ensemble dans l'oreille. C'est pour réaliser cette idée que j'imaginai l'appareil que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie.

Cet appareil se compose de cinq petits flacons qui présentent deux ouvertures dont l'une, bouchée à l'émeri, sert à introduire les médicaments, tandis que l'autre s'adapte à l'extrémité d'un tube qui met ce flacon en communication avec le corps de la pompe; un petit robinet sert à entretenir ou à interrompre à volonté cette communication. Tous les tubes convergeant vers la partie inférieure de la pompe, il est facile de comprendre que l'action de celle-ci s'exerce également sur tous les flacons. L'opérateur peut donc avec cet appareil donner des douches d'air simple ou chargé d'un ou de plusieurs genres de vapeurs à la fois.

Les liquides que je préfère employer et qui jusqu'à présent m'ont le mieux réussi, sont l'éther, l'ammoniaque, le chloroforme, l'essence de menthe, le camphre et le benjoin. Les mélanges des vapeurs d'éther avec le chloroforme ou le camphre m'ont donné les meilleurs résultats contre les bourdonnements nerveux, cette infirmité qui met au supplice les personnes qui en sont affectées.

Les vapeurs d'ammoniaque et d'essence de menthe trouvent plus spécialement leur emploi contre les surdités nerveuses, tandis que le benjoin, le goudron et l'essence de térébenthine doivent être réservés contre les catarrhes chroniques des trompes et de la caisse. Si on a besoin d'employer un médicament dont la volatilisation à froid n'est pas suffisante, on peut le chauffer à l'aide d'une petite lampe à esprit-de-vin, placée sous le flacon.

Pour finir la description de l'instrument, j'ajouterai qu'il existe une petite communication entre le corps de pompe et l'air extérieur, et qu'on peut ainsi, en ménageant cette communication pendant le fonctionnement de la pompe, établir un mélange d'air extérieur avec le gaz aspiré, et diminuer ainsi d'autant son intensité. Enfin pour rendre les soupapes plus durables et moins accessibles à l'action corrosive des gaz, j'ai eu soin de les faire établir en platine. (Commissaires, MM. Flourens, Andral, Velpeau.)

Nouveau procédé de trachéotomie. — M. MAISONNEUVE lit sur ce sujet le travail suivant :

Telle qu'on la pratique habituellement, la trachéotomie est toujours une opération délicate, et, pour les chirurgiens qui n'en ont pas une grande habitude, son exécution présente souvent des difficultés sérieuses. Frappé, comme beaucoup d'autres praticiens, de ces difficultés et de ces embarras, j'ai pensé qu'il serait possible de les neutraliser pour la plupart, en substituant à l'ancienne méthode d'incision de dehors en dedans, qui fait la base de tous les procédés connus jusqu'à ce jour, la méthode beaucoup plus expéditive et plus simple d'incision de dedans en dehors.

Mais pour arriver à établir sur ces données un procédé simple et régulier, plusieurs questions étaient à résoudre : A. il fallait trouver sur le trajet du tube laryngo-trachéal un point fixe facile à reconnaître chez tous les sujets, assez superficiel pour être accessible aux instruments, et présentant toute sécurité contre la lésion de l'œsophage; B. il fallait trouver un instrument simple, facile à manier, et combiné de telle sorte qu'il pût à la fois ponctionner, inciser et soutenir le tube trachéal pendant l'introduction de la canule; C. enfin, il fallait trouver pour la nouvelle opération un manuel opératoire tout à la fois rapide et sûr, qui pût mettre à l'abri de tout accident grave, et permettre à tous les chirurgiens de mener à bien l'opération.

De nombreux essais ont été nécessaires pour arriver à remplir convenablement ce programme; mais enfin je pense y être parvenu d'une manière complète.

A. De tous les points du tube laryngo-trachéal, celui qui m'a paru le plus convenable pour la première ponction est l'espace crico-thyroïdien. Cet espace, en effet, a l'avantage : 1° d'être l'un des points les plus superficiels de ce tube; 2° d'être facile à reconnaître aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte; 3° de présenter une surface face plane et légèrement dépressible, où lors de la ponction l'instrument ne court aucun risque de glisser latéralement; 4° d'être exclusivement composé de parties molles, lamelleuses, peu épaisses, et par conséquent faciles à perforer; 5° enfin, de correspondre en arrière à la partie la plus large du tube laryngo-trachéal, à la seule dont les dimensions soient maintenues fixes par un anneau complet, et où l'œsophage soit protégé contre toute atteinte, par une sorte de bouclier cartilagineux (le chaton du cricoïde).

B. L'instrument auquel je me suis arrêté, et que je désigne sous le nom de *trachéotome*, consiste en une sorte d'aiguille courbe tranchante sur sa concavité, munie d'un *régulateur* destiné à limiter la profondeur de son action (trachéotome simple). Cette aiguille à trachéotomie peut être montée sur un manche fixe comme l'aiguille de Deschamps (trachéotome à manche fixe). Elle peut être munie d'un mécanisme très-simple, qui tient la trachée ouverte aussitôt que l'incision de celle-ci vient d'être terminée (trachéotome dilatateur.)

C. *Description de l'opération.* — Le malade étant couché sur le dos, la tête modérément renversée en arrière, le chirurgien cherche avec l'index de la main gauche l'espace compris entre la thyroïde et le cricoïde, puis, saisissant le trachéotome de la main droite, il en applique la pointe au milieu de l'espace crico-thyroïdien, et l'enfonce doucement dans une direction perpendiculaire (premier temps). Une sensation très-évidente de résistance vaincue indique que la pointe a pénétré dans le tube respiratoire, en même temps que le régulateur l'empêche de s'enfoncer trop profondément. Dirigeant alors la pointe de l'aiguille vers le sternum, il la fait cheminer doucement dans la trachée, jusqu'à ce que l'aiguille elle-même soit entièrement cachée dans les chairs. Pendant toute cette manœuvre, le régulateur doit être constamment en contact avec les téguments. Arrivé à la profondeur voulue, il fait saillir d'arrière en avant la pointe de l'aiguille à travers la trachée et les téguments, et incise de bas en haut toutes les parties molles comprises dans la cavité du tranchant. Cette incision se trouve limitée naturellement au niveau du cricoïde, par le fait de la disposition complétement mousse du talon de l'instrument. Pour donner à l'incision toute la perfection désirable, il est important de refouler de bas en haut les téguments avec la main gauche, au moment où la pointe de l'aiguille ponctionne d'arrière en avant le tube trachéal, puis dans le mouvement d'incision, de refouler, au contraire, les tissus de haut en bas, afin de faciliter leur section. Il résulte de ce petit tour de main, que l'incision faite aux téguments descend plus bas que celle de la trachée, et que le sang qui s'écoule de la plaie a moins de tendance à pénétrer dans le tube aérien.

Aussitôt l'incision faite, le chirurgien introduit de la main gauche le dilatateur, retire le trachéotome, et de la main droite devenue libre, il met la canule en place.

Dans le cas où l'on fait usage du trachéotome dilatateur, la manœuvre est encore plus simple et plus rapide. (Commissaires, MM. Velpeau, J. Cloquet et Jobert.)

Préparation et emploi en thérapeutique de l'eau oxygénatée. — M. OZANAM communique la note suivante :

Je donne le nom d'*eau oxygénatée* à l'eau distillée et chargée ensuite d'oxygène sous l'influence d'une haute pression. Ce terme évitera de la confondre avec l'eau oxygénée, le bioxyde d'hydrogène, où l'oxygène se trouve combiné chimiquement au gaz. Déjà, vers l'année 1800, M. Henry avait eu l'idée de mélanger l'oxygène à l'eau par le moyen d'un simple battage, mais la minime quantité de gaz ainsi incorporée au liquide en rendait les résultats insignifiants; aussi ne fut-il pas donné suite à cet essai. En renouvelant ces expériences, j'ai dû me servir de moyens plus puissants : c'est dans les appareils à refoulement pour l'eau de Seltz que nous avons, avec M. Madeleine, préparé l'eau gazeuse oxygénatée, la pression étant poussée à 8, 10 et jusqu'à 15 atmosphères.

L'oxygène est peu soluble dans l'eau : aussi, malgré une haute pression, nous fûmes loin d'obtenir des proportions semblables à celles de l'acide carbonique pour l'eau de Seltz. L'analyse du gaz contenu dans les bouteilles les mieux conservées a donné environ 1/2 volume, et pour l'eau déjà éventée ou laissée à l'air libre, la proportion a varié de 53 à 285 centimètres cubes pour un litre d'eau, c'est-à-dire de 1/20e à 1/4 de volume. Malgré cette difficulté de dissolution, comme au bout du compte l'eau ordinaire ne contient guère que 8 centimètres cubes d'oxygène par litre, c'est-à-dire 1/125e de volume, la différence est assez marquée pour faire espérer quelques résultats thérapeutiques. Les expériences que j'ai faites sur ce médicament nouveau m'ont conduit à lui reconnaître trois principales sphères d'action.

1° *Action reconstituante sur le sang.* — Dans les cas où l'hématose est incomplète ou insuffisante, comme dans les dyspnées, l'asthme, les asphyxies lentes, la cyanose, les maladies du cœur, les hémorrhoïdes, les congestions viscérales hémorrhoïdaires.

2° *Action oxydante ou métamorphique.* — Quand les métamorphoses des produits organiques par oxydation progressive ont éprouvé un arrêt de développement, comme cela arrive dans la glycosurie, dans la goutte, la gravelle d'oxyde urique, d'acide urique et oxalique, et peut-être dans la scrofule.

3° *Action excitante et régulatrice sur le cerveau et la glande thyroïde.* — De là son importance dans le traitement du goître et du crétinisme. Si l'eau de neige, en effet, prise en boisson, produit peu à peu ces graves états morbides, c'est parce qu'elle est entièrement privée d'air vital. Cette cause, à l'exclusion de toute autre, suffit pour produire le goître, et à l'appui de cette assertion je citerai un exemple remarquable de goître aigu survenu en pleine mer sur les gens de l'équipage du capitaine Cook, qui avaient bu de l'eau de glace pendant un voyage au pôle austral.

L'eau oxygénatée m'a donné, au contraire, aussi bien que les inhalations d'oxygène gazeux, des résultats nuls contre la migraine et défavorables dans les cas de maladies inflammatoires. Ainsi, dans le croup, l'oxygène calme momentanément la dyspnée asphyxique, mais augmente considérablement la fièvre. Dans le traitement du cancer ulcéré, l'eau oxygénatée ranime assez bien la vitalité et les forces du malade; les plaies prennent alors une couleur plus rose et plus vive, mais ne guérissent point, et si l'on baigne la surface avec des linges imbibés d'eau oxygénatée même éventée et très-peu chargée, on ne tarde pas à voir toute la superficie de l'ulcère se gangrener.

L'eau oxygénatée est parfaitement limpide et pure; le gaz s'en dégage sous forme de bulles très-fines et sans mousse persistante. Peu savoureuse, elle ressemble sous ce rapport à l'eau privée d'air; comme cette dernière, elle est un peu pesante pour l'estomac.

Entraîné par cette recherche, je n'ai point présenté de suite le résultat de mes premiers travaux commencés il y a dix-huit mois; mais MM. Maumené et Jacquelain venant de publier l'un et l'autre des mémoires sur le même sujet, je dois en déposant cette note prier l'Académie de vouloir bien faire procéder à l'ouverture d'un paquet cacheté déposé par moi le 26 mars 1860, sous le n° 1911, afin de constater la spontanéité de mes recherches. » (Commissaires : MM. Rayer, Bernard, Longet.)

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

Sur l'amputation des amygdales dans l'angine couenneuse. — M. PAILLOT présente sous ce titre un mémoire dont voici un extrait:

« Il y a quelques années, M. Bouchut imagina de faire l'excision des amygdales dans l'angine couenneuse comme moyen curatif de la maladie et comme prophylactique du croup. Il avait pensé que l'angine couenneuse est d'abord une maladie locale qu'on peut détruire sur place comme le charbon et la syphilis, de manière à empêcher l'*infection secondaire* de l'organisme. Plusieurs médecins ont suivi son exemple, et s'en sont applaudis. J'ai fait comme eux, et dans l'épidémie qui ravage si cruellement la commune de Noyers, trois fois j'ai amputé les amygdales d'enfants atteints d'angine couenneuse, qui ont tous guéri sans accidents. Je donne dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie tous les détails nécessaires sur ces trois observations.

» Dans la première, il s'agit d'une petite fille de huit ans, dont l'angine couenneuse avec gonflement des ganglions cervicaux gênant la respiration et la déglutition ne peut être contestée. L'amputation

des amygdales est faite le 5 décembre 1860, et la guérison est accomplie le 10, sans reproduction des fausses membranes sur la surface coupée.

» Dans la seconde, on voit une petite fille de trois ans dont les amygdales sont couvertes de fausses membranes, en même temps que les ganglions du cou sont engorgés et que les urines sont albumineuses. Le premier jour, le mal n'étant pas évident, on se contente d'un vomitif; mais le lendemain les fausses membranes s'étant étendues, on excise les amygdales malades. Les fausses membranes ne se reproduisent pas sur la surface coupée, et huit jours après l'enfant est guérie.

» Dans la troisième enfin, le cas est bien plus grave : un enfant de trente mois a tout le gosier, amygdales et voile du palais, couvert de fausses membranes et d'eschares. Malgré l'extension de la diphthérite, on ampute les amygdales. Les eschares tombent au bout de quarante-huit heures ; il ne se reproduit pas de fausses membranes, et dix jours après l'enfant se trouve guéri.

» Ces observations confirment ce qui a été dit à l'Académie des sciences en 1858, et ce qui a été observé depuis par MM. Domerc et Symyan (de Cluny), à savoir, que l'amputation des amygdales dans l'angine couenneuse à son début la guérit très-bien et empêche le croup de se produire. » (Commissaires : MM. Andral, Rayer, Velpeau.)

Sur les mouvements du cœur et leur succession. — M. BEAU présente sur ce sujet la note suivante :

« Dans une note lue à l'Académie des sciences le 7 octobre dernier, MM. Chauveau et Marey démontrent, à l'aide d'un instrument enregistreur, que le battement ventriculaire arrive après la systole de l'oreillette, et ils tirent de l'intervalle constaté au moyen de cet instrument entre la systole de l'oreillette et le battement ventriculaire cette conclusion, que le battement ventriculaire doit être attribué à la systole du ventricule ; car s'il était produit, pensent-ils, par la diastole ventriculaire, il serait isochrone à la systole auriculaire par laquelle est chassée l'ondée qui, dans mon opinion, va dilater le ventricule.

» Il n'était peut-être pas nécessaire de recourir à un instrument qui a ses incertitudes d'application et de résultat graphique, pour prouver une succession de mouvements facile à constater au doigt et à l'œil quand le cœur est mis à découvert. Les comités anglais, et avant eux Harvey, ont noté une ondulation successive qui, selon la théorie ancienne, fait communiquer rapidement la systole de l'oreillette avec la systole du ventricule. Cette ondulation, qui est réelle et qui est donnée par eux à tort comme systolique, résulte tout simplement de l'ondée chassée par l'oreillette, qui dilate successivement les voies cardiaques sur son passage, c'est-à-dire l'orifice auriculo-ventriculaire, puis le ventricule dans toute son étendue.

» Puisqu'il y a une ondulation diastolique de l'oreillette au ventricule, il y a dès lors un moment où l'ondée qui produit cette ondulation est entre l'oreillette et le ventricule. L'orifice auriculo-ventriculaire devient passagèrement le centre de l'ampliation diastolique pendant laquelle l'ondée, n'étant plus en pleine cavité auriculaire, n'est pas encore dans la partie profonde du ventricule où se trouve l'instrument enregistreur ; et par conséquent il doit y avoir entre la systole auriculaire et la diastole de la cavité ventriculaire un intervalle, peut-être exagéré par la manœuvre instrumentale, qui transmet au dehors et fixe sur le papier les mouvements cardiaques.

» Pour apprécier la durée de la progression de l'ondée, on doit tenir compte de la longueur des parois cardiaques déplacées et dilatées. C'est pour cela que cette durée est notable sur le cheval, qui est l'animal sur lequel a eu lieu l'expérimentation de MM. Chauveau et Marey ; elle serait plus considérable encore sur un cœur d'éléphant ; elle est presque nulle chez les oiseaux, qui nous donnent la systole de l'oreillette et le battement ventriculaire se succédant avec une rapidité voisine de l'isochronisme.

» Ce fait de succession ne s'oppose donc nullement à l'idée que je soutiens depuis longtemps. D'un autre côté, il ne rend pas plus claire ni plus compréhensible la théorie ancienne. MM. Chauveau et Marey, qui la défendent pied à pied avec tout le talent possible, mettent plus en relief que jamais, dans leur communication, la systole de l'oreillette suivie à un léger intervalle de la systole ventriculaire, sans diastole intermédiaire du ventricule. Or cela revient à dire, en propres termes, que l'oreillette se contracte sur une ondée qui, lancée hors de la cavité auriculaire, ne va pas dilater le ventricule. Mais où va donc cette ondée ? » (Commissaires : MM. Flourens, Rayer, Bernard.)

Nerfs des tendons. — M. PAPPENHEIM transmet sur ce sujet la note suivante :

« En 1843, dit l'auteur, je fis la découverte singulière, et restée jusqu'à présent à peu près inédite, qu'il existe un tendon qui se trouve parcouru dans toute sa longueur par un nerf cérébro-spinal à doubles contours. Ce tendon est le biceps de la nuque chez les oiseaux, et il n'est pas difficile de s'assurer non-seulement que ce nerf longe le milieu des fibres tendineuses, mais qu'il se ramifie en même temps dans le tendon même, en lui fournissant plusieurs minces filets. Ayant pu plus tard soumettre à mes investigations des oiseaux de grande taille, j'ai non-seulement rencontré des nerfs dans les gaînes des tendons, mais aussi dans la substance même de plusieurs tendons... La chose, du reste, est assez simple. Dès qu'un organe possède des artères, il manifeste également des nerfs. C'est ce que j'ai démontré après une recherche fort méthodique exécutée en 1843, et dont j'ai entretenu l'Académie en 1844 (séance du 9 septembre). Dans les tendons, surtout dans ceux de l'homme, j'ai trouvé depuis longtemps des artères, et toujours j'ai réussi dans ce cas à mettre à nu des nerfs. Puisque je vois mes observations faites à l'égard des artères des tendons confirmées par M. Jobert, je ne puis plus regarder comme douteux que tous les tendons qui possèdent des artères ne soient munis également de nerfs.

» Il va sans dire que la question de la qualité des nerfs est un sujet distinct, puisqu'un nerf qui se ramifie, en accompagnant de plus ou moins près une artère située dans un tendon, n'est pas pour cela même nécessairement de nature sensible ; et, de plus, que tout en étant sensible, vu sa petitesse propre et l'épaisseur de ses enveloppes celluleuses, cette faculté pourra très-bien n'être que difficilement appréciable. Il faudra alors des expériences assez minutieuses pour affirmer péremptoirement qu'un tendon doué de quelques filaments élémentaires est ou n'est pas sensible. Or, comme ni Haller ni les autres expérimentateurs n'ont jamais agi sur le tendon indiqué par moi chez les oiseaux, il est évident que les résultats de leurs expériences n'ont pas toute la généralité qu'ils leur supposaient. » (Commissaires : MM. Andral, Jobert (de Lamballe.)

CORRESPONDANCE.

DE LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE L'ÉGOPHONIE.

Nous avons accueilli dans notre *premier Paris* du numéro du 5 novembre, quelques réflexions qui nous avaient été adressées par M. le docteur Pruez-Latour (de Tardets), au sujet de la dernière communication de M. Landouzy sur l'égophonie, considérant ces réflexions comme l'expression des doutes légitimes que les conclusions de ce mémoire avaient fait naître dans beaucoup d'esprits. M. Landouzy nous transmet aujourd'hui la réponse suivante, qui ne peut avoir d'autre effet que de nous faire suspendre tout jugement, ainsi que le désire notre savant confrère, jusqu'à ce que la publication intégrale de son mémoire nous ait mis à même d'apprécier la valeur des faits sur lesquels il a fondé ses conclusions.

Reims, 6 novembre 1861.

Monsieur le Rédacteur,

Les conclusions sommaires que j'ai présentées à l'Académie, sur la valeur de l'égophonie, dérivant d'un ancien travail publié en 1856 par les *Archives*, et d'une nouvelle note qui va paraître dans le prochain fascicule des mêmes annales, je ne puis que renvoyer à ces publications l'auteur des réflexions que vous avez bien voulu soumettre à mon appréciation dans votre numéro d'hier.

Je raisonne d'après des résultats recueillis pendant la vie et après la mort ; votre jeune correspondant raisonne d'après des hypothèses. Je m'appuie sur l'autorité des faits ; il s'appuie sur l'autorité des noms, nous ne pouvons donc discuter utilement, et j'ajourne ma réponse au moment où il aura pris complète connaissance de la partie expérimentale de mes recherches.

En attendant, je renvoie notre confrère à Laennec lui-même, qui, avec une sagesse égale à son génie, termine le chapitre de l'égophonie par cette remarquable restriction, à laquelle une mort prématurée l'a empêché de donner suite : « *Tout annonce que l'égophonie est un signe pathognomonique de l'épanchement pleurétique ; cependant ce dernier résultat ne pourra être tout à fait certain que lorsqu'on l'aura vérifié par l'ouverture d'un grand nombre d'égophones.* » (Tome Ier, page 150).

Or, ce sont les autopsies d'égophones, les thoracentèses, les explorations réitérées sur des pleurétiques de tout type, qui m'ont prouvé que l'égophonie n'annonce ni l'existence d'un épanchement, ni son abondance, ni ses limites, mais uniquement une condensation du tissu pulmonaire, analogue à celle qui produit la bronchophonie.

Opinionum commenta delet dies ; naturæ judicia confirmat. Avec la précision qu'acquiert aujourd'hui la médecine, il faut des faits rigoureux et non des raisonnements vagues pour juger des conclusions basées sur l'observation clinique.

Veuillez agréer, etc.

H. LANDOUZY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous avons la douleur d'annoncer une grande perte que vient de faire le monde savant, et à laquelle le corps médical sera particulièrement sensible. M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, membre de l'Institut et associé libre de l'Académie de médecine, professeur au Muséum et à la Faculté des sciences de Paris, etc., vient de succomber à une courte maladie à l'âge de cinquante-six ans. Le jour des obsèques n'est pas encore fixé.

— Nous avons aussi à annoncer une autre perte dans les sommités universitaires, celle de M. Artaud, vice-recteur de l'Académie de Paris. Les obsèques de M. Artaud ont eu lieu aujourd'hui à midi, avec une grande pompe et au milieu d'un immense concours de notabilités universitaires et administratives.

—Dans la séance de l'Association générale des médecins de France, qui a eu lieu le 8 novembre, ont été admis : MM. Allaire, Archambault, Beau, Blondeau, Bouchard, Dumontpallier, Gerdy, Grisolle, Guillon (Alfred), Larroze, Léger, Leplat, Leroux, Magnien, Marmy, Malet, Menjaud, Palissat, Passant, Pilliot, Pornot, de Santi, Tropo.

— M. le docteur Mattei commencera un cours public d'obstétrique à l'Ecole pratique, le 19 de ce mois, à deux heures précises, et le continuera tous les jours, excepté le mercredi et le dimanche. Le professeur traitera d'une manière complète toutes les branches de l'obstétrique. La première leçon sera consacrée à l'histoire des principes et des résultats de l'obstétrique dans les diverses écoles, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES ORPHELINES LE PEYTRE.

La mort continue à éclaircir les rangs de l'infortunée famille du docteur Le Peytre, décédé médecin en chef de l'asile des aliénés de la Corrèze. Nous apprenons, en effet, que l'une des orphelines vient encore de succomber. Il en reste quatre, et nous prions nos confrères de ne point oublier que ces malheureuses enfants ne sont soutenues que par leur générosité. En attendant de nouveaux dons, nous publions la liste de ceux qui viennent de nous parvenir :

M. Guérin Menneville (de l'île Maurice) . .	25 fr.
M. Fabreguettis (de Saint-Etienne). . . .	5
M. Brunet (de Niort).	20
Total.	50 fr.
Total des listes précédentes. . . .	1038
Total général jusqu'à ce jour. . . .	1088 fr.

Les souscriptions continuent à être reçues chez MM. Brochin, rue Larrey, 1, et Legrand du Saulle, boulevard de Sébastopol, 9 (rive gauche), et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Éléments de pathologie chirurgicale, par M. A. NÉLATON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. 1844-59. 5 volumes in-8°. Prix : 37 fr. — Les tomes troisième et quatrième se vendent séparément chacun 6 fr. Le tome cinquième se vend séparément 9 fr. — Chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔTEL-DIEU DE LYON (M. Delore). De la résection du genou. — Des végétations syphilitiques. — Epidémie de scarlatine ; cécité scarlatineuse. — Asphyxie par le gaz à éclairage. — Diète respiratoirc. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 12 novembre. — Nouvelles.

PARIS, 13 NOVEMBRE 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion du rapport de M. Gosselin sur le mémoire de M. Lefort, relatif à la question de la résection de la hanche, ajournée par les travaux intérieurs de l'Académie, a été appelée à l'ordre du jour de cette séance. M. H. Larrey a engagé le premier le débat par la lecture d'un long discours écrit que nous ne pouvons reproduire, le manuscrit n'ayant point été déposé au secrétariat. Nous le regrettons d'autant plus, qu'autant qu'il nous a été possible d'en juger par la seule audition, la dissertation de M. Larrey répondait à tout ce que l'on avait le droit d'attendre de l'expérience profonde du savant académicien, et de la richesse des documents qu'il doit à sa haute position au sein du conseil de santé des armées.

Faute d'éléments suffisants pour apprécier en ce moment le fond même de la question (1), nous nous arrêterons un instant sur un incident qui, par la gravité du sujet autant que par le caractère de l'honorable membre qui l'a soulevé, est presque devenu l'événement de la séance; nous voulons parler d'une allocution de M. Davenne, l'ancien directeur général de l'Assistance publique, qui a été suivie d'une très-vive sortie de M. Malgaigne sur l'insalubrité des hôpitaux.

M. Gosselin avait incidemment exprimé dans son rapport le regret que l'organisation nosocomiale ne permît pas aux chirurgiens d'observer sur la même échelle les maladies des enfants et celles des adultes, ainsi que cela se pratique dans les hôpitaux anglais et allemands. Cette expression de regret, faite au nom des intérêts scientifiques, a éveillé la susceptibilité de M. Davenne, qui a défendu au double point de vue de l'hygiène et de la morale la séparation que l'administration a cru devoir établir entre les enfants et les adultes dans les hôpitaux de Paris.

Partant du texte d'un autre passage du rapport où M. Gosselin se demande s'il ne faut pas mettre sur le compte de l'insalubrité des hôpitaux de Paris l'éloignement général des chirurgiens de cette ville pour l'opération en question, M. Malgaigne a saisi cette occasion pour faire une sortie cicéronienne contre l'état de ces établissements, et pour demander compte à l'ancien représentant de l'administration de ce qu'elle a fait, ou plutôt de ce qu'elle n'a pas fait, lors de la construction des nouveaux hôpitaux de la capitale, pour les placer au niveau des grands établissements nosocomiaux des autres capitales de l'Europe.

« Que les anciens hôpitaux soient malsains, a-t-il dit, il n'y a rien là d'étonnant; la date de leur construction explique beaucoup d'imperfections. Mais il est bien triste de retrouver la plupart de ces imperfections dans les hôpitaux le plus nouvellement construits. »

M. le président, et M. Davenne après lui, ont eu beau rappeler que les hommes de l'art avaient fait partie des commissions instituées pour étudier les projets de construction et pour veiller à leur exécution, M. Malgaigne ne s'est pas montré plus satisfait. « De quels hommes de l'art veut-on parler? s'est-il écrié. Assurément ce n'étaient point des chirurgiens! »

L'auteur des recherches statistiques sur la mortalité comparée à la suite des grandes opérations dans les divers grands établissements hospitaliers de l'Europe, avait bien quelque droit de s'étonner, sans doute, que ni lui ni aucun de ses collègues n'eussent été appelés à émettre leur avis au sein de ces commissions.

Mais laissons de côté les personnes et leurs susceptibilités plus ou moins légitimes. Le fait mis en cause est par lui-même assez grave pour justifier les plaintes dont il a été l'objet et nécessiter une sérieuse enquête. L'étude des conditions hygiéniques d'un grand hôpital est un problème assez complexe et assez difficile, pour qu'on ne doive négliger aucune source de renseignements et de lumières.

Ce n'est pas un reproche que nous prétendons adresser ici à l'administration de l'assistance publique. Nous ne connaissons pas d'une manière assez exacte la manière dont elle a procédé lors des dernières constructions qu'elle a érigées, pour nous permettre de critiquer sa conduite; c'est un simple avis que nous lui donnons pour l'avenir.

Nous ne saurions lui indiquer un meilleur exemple à suivre, le cas échéant, que celui qui vient de lui être donné par M. le préfet de la Seine, qui, dans l'étude du projet de construction des nouveaux asiles d'aliénés, a pris individuellement l'avis de chacun des médecins des services de Bicêtre et de la Salpêtrière. — Dr Brochin.

(1) Nous avons saisi l'occasion de cette discussion pour publier une observation de résection du genou de M. le docteur Delore (de Lyon), que nous ferons suivre de documents statistiques sur les résultats de cette opération.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. DELORE.

De la résection du genou.

Loin d'acquérir la vogue qu'elle possède en Angleterre, la résection du genou a peu de faveur en France, où la plupart des chirurgiens la repoussent de leur pratique habituelle, soit à cause de sa gravité, soit à cause de la difficulté d'en poser nettement l'indication et d'assigner les limites précises du mal. Cependant, c'est une opération classique chez nos voisins, et dès lors il devient important d'examiner s'ils cèdent à un entraînement irréfléchi ou si nous repoussons systématiquement ce que nous ne connaissons pas. L'histoire, du reste, n'en est point encore faite, et il est utile de faire connaître tous les matériaux qui peuvent concourir à la rendre complète. C'est pour aider à ce résultat que je publie une opération de résection du genou chez l'adulte, dont la terminaison a été fatale, bien persuadé que les insuccès ont aussi leurs enseignements, et que, plus encore peut-être que les faits heureux, ils sont destinés à éclairer la pratique.

Coup d'œil historique. — La résection du genou fut pratiquée pour la première fois par Filkin, en 1762. Le succès qu'il obtint lui amena des imitateurs. Après diverses péripéties, elle était tombée dans un oubli presque complet, quand Fergusson la remit en honneur en 1850. Cette date est une ère nouvelle; elle inaugure une période plus féconde en résultats heureux.

Butcher, qui est un défenseur de cette opération, et qui a contribué à la perfectionner, a donné la statistique suivante, qui va jusqu'en 1854 :

82 opérés, 57 guéris, 15 morts, 7 amputés guéris. Sur les 57 guéris, 36 ont recouvré l'usage de leur membre, et 21 étaient en voie de guérison à l'époque où s'arrête leur observation.

M. Coate admet avec Butcher deux périodes dans l'opération, La première, depuis Park, qui en fit une méthode, jusqu'à Syme, qui la discrédita en 1830, par les arguments sérieux qu'il fit valoir contre elle.

Première période. — 31 opérés, 25 guéris, 5 morts, 1 amputé.

Deuxième période (de 1850 à 1854). — 51 opérés, 33 guéris, 9 morts, 7 amputés, 1 résultat douteux.

Une statistique faite par M. Giraldès, de 1762 à 1858, donne : 127 opérés, 33 morts; 26 pour 100.

Ces relevés statistiques sont assez satisfaisants, si on les compare aux suivants, faits par M. Coate sur l'amputation de la cuisse :

A l'hôpital du collége de l'Université, sur 19 amputations, 11 morts; 58 pour 100. D'après M. Malgaigne, sur 46 amputés, 34 morts; 75 pour 100. Un autre relevé de 153 cas donne 92 morts; 60 pour 100.

A l'hôpital Saint-Barthélemy, la mortalité a été de 50 pour 100. M. Syme évalue de 50 à 70 pour 100.

Ces relevés parlent en faveur de la résection, surtout en considérant la seconde série de Butcher; les faits américains sont plus satisfaisants encore, puisque sur 31 opérés 5 seulement sont morts et les autres ont guéri; 17 entre autres marchaient très-bien.

Si nous examinons les résections pratiquées en France, nous voyons qu'elles sont en petit nombre et que le résultat est peu encourageant. Les faits de Moreau, de Roux, de Janson, ont tous été funestes; ceux de M. Maisonneuve et de M. Follin, dont je n'ai trouvé les observations nulle part, ne furent pas plus heureux; enfin, voici une nouvelle tentative également suivie d'insuccès :

Observation de résection du genou; amputation consécutive; mort.

B..., journalier, âgé de trente et un ans, entre, le 30 juillet 1860, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Louis, n° 45. Il est affecté, depuis six ans, d'une tumeur blanche du genou gauche. Le mal a débuté par une douleur subite et très-intense, qui cessa au bout de quelques jours, pour revenir ensuite avec des alternatives plus ou moins irrégulières. Après quelques mois, elle devint continue. Malgré ses souffrances, cet homme se livra à de pénibles travaux pendant l'espace de trois ans, soit comme cultivateur, soit comme manœuvre de chemins de fer. Au bout de ce temps il cessa toute occupation. Le genou fut toujours plus volumineux que celui du côté sain, malgré une foule de médications employées pour en obtenir la guérison. Les renseignements que donne le malade sur la marche des accidents sont peu circonstanciés et peu explicites. Toutefois, il paraît qu'un abcès se développa lentement dans la jointure et qu'il s'ouvrit, sans douleur, à la partie externe quinze jours avant son entrée à l'hôpital.

Le 25 août je suis chargé du service chirurgical où se trouve le malade, et je constate ce qui suit :

Etat local. — Le genou gauche est tuméfié; il offre 45 centimètres de circonférence, tandis que l'autre n'en a que 36 1/2. Une ouverture fistuleuse existe à la partie externe de la jointure, en avant du tendon du biceps; elle laisse échapper une grande quantité de pus. Au niveau du bord interne de la rotule on perçoit une fluctuation, et on a en même temps une sensation de gargouillement; la pression en ce point fait refluer le pus par la fistule. Cet abcès, qui existe sous la peau, dans une étendue à peu près égale à celle de la paume de la main, communique librement à l'extérieur en traversant l'articulation du genou. Quand on imprime des mouvements légers de flexion et d'extension, une certaine quantité de pus s'écoule, et l'on perçoit des frottements rugueux, indices de la lésion des surfaces osseuses; toutefois, le stylet, introduit à travers le trajet sinueux de la fistule, ne peut pénétrer jusque sur les os malades. La marche est devenue complétement impossible; le malade ne peut exécuter sans souffrances le moindre mouvement dans son lit.

État général. — La constitution du malade est affaiblie par l'ancienneté du mal, le défaut d'exercice, et surtout par l'abondance de la suppuration. Il n'a pas d'appétit; il a du dégoût pour les aliments; chaque soir il a un peu de fièvre. Une foule de moyens ont été employés déjà pour combattre ces accidents; aucun n'a donné de résultats satisfaisants.

L'état local et général empire de jour en jour. Toutefois, quoique le malade semble voué à une mort probable, il paraît doué d'assez de force et de vigueur pour résister à une opération grave.

Quand on a constaté l'insuffisance de l'immobilité des injections iodées, des frictions résolutives et d'une médication tonique, on se décide à intervenir activement. On pouvait hésiter entre l'amputation de la cuisse et la résection du genou. Le malade répugnait beaucoup à la première de ces opérations. De plus, la seconde paraissait offrir des chances sérieuses de succès. En effet, le mal était plus limité que cela n'existe ordinairement dans les tumeurs blanches du genou. Les parties molles péri-articulaires étaient saines, hormis le point fistuleux et le lieu où siégeait l'abcès.

Opération. — Le 29 août 1860, je pratiquai la résection du genou au moyen d'une incision en L, dont une branche verticale était la continuation de la fistule, et une autre branche transversale, qui, partant du côté externe, allait jusqu'au côté interne, un peu au-dessous de l'interligne articulaire.

La première de ces incisions mesurait 5 centimètres, et la seconde 10. Le lambeau qui résulta de cette double incision fut disséqué et séparé de la rotule; cet os fut ensuite enlevé avec les parties molles fongueuses qui l'entouraient. Je reconnus que l'abcès, siégeant à la partie interne, s'enfonçait entre l'aponévrose fémorale et le triceps à une profondeur de 3 ou 4 centimètres.

Les ligaments latéraux et croisés ayant été divisés, l'articulation fut largement ouverte. Elle était pleine de pus, et les surfaces articulaires étaient cariées. Un ostéophyte fort dur, développé à la partie inférieure du condyle interne du fémur, empêchait qu'on n'introduisît au-dessous des condyles une planchette afin de les scier; on le coupa avec un ciseau et un marteau. On scia ensuite les condyles dans une épaisseur de 2 centimètres et demi, perpendiculairement à l'axe du membre. Les tubérosités du tibia servirent de point d'appui, dans ce temps de l'opération, à la planchette, d'après les préceptes de Bonnet. Comme il restait encore en avant une portion de la poulie fémorale superficiellement cariée, on l'enleva au moyen d'un trait de scie vertical, de telle sorte que les deux traits de scie formaient un angle droit dont la saillie fut émoussée avec les cisailles de Liston. Avec ce même instrument, on coupa l'angle du condyle interne, qui faisait une saillie trop prononcée. Les surfaces de section étant dès lors nettes et régulières, on aviva avec un trait de scie horizontal la surface articulaire du tibia qui était cariée à une petite profondeur. L'épaisseur enlevée équivalait à un centimètre.

Une seule ligature fut appliquée; une articulaire moyenne, qui donnait un peu de sang, ne put être liée à cause de la friabilité morbide des tissus; on la cautérisa avec le fer rouge.

Les surfaces osseuses avivées furent alors placées en contact; elles se correspondaient parfaitement. Six points de suture avec des fils d'argent unirent l'incision horizontale.

Le membre est déposé dans une gouttière de fil de fer matelassée, construite de telle façon que la partie correspondante au genou fai-

sait défaut, afin de pouvoir laver et panser la plaie sans imprimer de secousses au membre ; les deux parties de la gouttière sont solidement reliées entre elles par une tige de fer concave au niveau du creux poplité.

Examen des pièces anatomiques. — Les surfaces articulaires sont dénudées et superficiellement cariées dans toute leur étendue. Un séquestre existe dans le condyle interne du fémur. Il a 3 centimètres de diamètre; il occupe toute l'épaisseur de la partie du condyle qui a été enlevée, et il jouit d'une certaine mobilité. Il est probable que c'est lui qui a été l'origine du mal.

L'examen des pièces montre que la section des extrémités osseuses a porté sur la limite des parties malades. Les os n'ont été strictement dénudés de leur périoste que dans l'étendue où ils ont été coupés. L'opération a duré environ un quart d'heure.

Le lendemain et les jours suivants, il y a un suintement séro-purulent abondant; l'écoulement sanguin est nul; le pansement est fait avec précaution.

Le troisième jour, on commence des injections tièdes dans la profondeur de la cavité articulaire au moyen d'une sonde de gomme élastique. La plaie de la région externe est couverte de charpie imbibée d'alcool vulnéraire laudanisé.

L'état général est assez bon.

Le cinquième jour après l'opération, la fièvre cesse; le pouls est à 80; la langue devient rose; il y a de l'appétit.

Malheureusement l'état local était loin de présenter une marche aussi favorable. La suture de la plaie transversale s'était bien réunie immédiatement, et néanmoins chaque jour on était obligé de lutter contre la tendance incessante du fémur à se porter en avant du tibia. Malgré une pression exercée à la partie antérieure du fémur, malgré une planchette placée en arrière du tibia, ce déplacement s'exécuta de plus en plus. En outre, le pus vint à stationner à la partie interne et supérieure de l'articulation réséquée. On perfora la peau amincie de cette région, et on y introduisit un tube de M. Chassaignac, que l'on fit ressortir à la partie externe. Le drainage n'empêcha pas de nouveaux abcès de se déclarer dans les parties molles du creux poplité, à la partie antérieure de la jambe, et enfin dans la cuisse elle-même.

Le 15 octobre, un mois et demi après l'opération, M. Ollier, qui m'avait remplacé dans le service, pratiqua sur ma demande l'amputation de la cuisse à la partie moyenne.

L'examen de la jointure réséquée montra l'état suivant : les surfaces de section sont couvertes d'une couche mince et uniforme de bourgeons charnus; elles sont saines dans toute leur étendue; seulement le fémur s'est usé contre le tibia à cause de son chevauchement, et les deux surfaces de section sont devenues obliques l'une sur l'autre.

Pendant les premiers jours, le malade va bien; puis, tout à coup, se déclarent des frissons qui font craindre une infection purulente. L'opéré semble se remettre, lorsqu'il est atteint de pourriture d'hôpital, qui régnait alors endémiquement dans le service. Après quelques jours de résistance, ce malade, affecté déjà d'une entérite avec diarrhée, prend une indigestion et succombe avec des phénomènes de péritonite, le 10 novembre, soixante-dix jours après l'opération de résection, vingt-cinq jours après l'amputation.

A l'autopsie, on trouve l'abdomen ballonné, de nombreuses adhérences du péritoine; dans le pli de l'aine quelques ganglions sont en suppuration; autour de l'extrémité de l'os amputé on observe un décollement du périoste, remontant à deux centimètres; en dehors, ce décollement n'existe pas. Les caillots de sang contenu dans les veines sont mêlés de pus. Des ulcérations existent dans les intestins.

Je joins à cette observation le résumé de dix cas de résection du genou que j'ai extraits des journaux anglais en 1858; malheureusement d'importants détails ont été fréquemment omis. Nous publierons ce résumé dans un prochain numéro.

DES VÉGÉTATIONS DITES SYPHILITIQUES.

Par M. le docteur LABALBARY.

Ces lésions vénériennes, ordinairement décrites par les auteurs sous le nom de poireaux, choux-fleurs, crêtes de coq, condylomes, selon leurs variétés de position et de forme, sont à tort considérées par plusieurs médecins comme un symptôme de vérole constitutionnelle. M. Ricord, au contraire, soutient que les végétations ne sont ni la preuve d'une infection récente ni la manifestation d'un empoisonnement général. Pour ce célèbre syphiliographe, qui a élucidé tant de questions de doctrine avec une grande supériorité de verve et de talent, ce sont de simples irritations locales produites par les accidents primitifs plutôt qu'un effet spécifique. M. Grisolle, sans contester que des végétations ne puissent naître sur les organes génitaux sous l'influence d'une simple excitation, croit ce cas tellement rare qu'il ne saurait, dit-il, modifier le jugement du médecin. Aussi, ajoute-t-il, lorsqu'on trouvera sur les organes génitaux de l'homme ou de la femme des végétations quelles qu'elles soient, l'on devra toujours croire à l'existence d'une vérole constitutionnelle.

L'art médical vit d'observation. Aussi, toutes les fois que l'occasion s'en présente, importe-t-il de redresser des erreurs préjudiciables, et d'épargner aux pauvres malades les longueurs, les dépenses, et, ne craignons pas de le dire, les dangers d'un traitement inutile.

C'est surtout pour avoir mal observé ou pour avoir pris l'exception pour la règle, que le praticien a fait fausse route et a demandé au traitement spécifique les moyens de triompher d'une lésion toute locale. Qu'il nous soit donc permis, dans l'intérêt de l'art et de la dignité médicale, de reproduire ici quelques observations tirées de notre clientèle, afin de jeter, s'il se peut, quelques éclaircissements nouveaux sur cette intéressante question.

OBS. I. — M. L..., âgé de dix-huit ans, est d'un tempérament bilioso-sanguin. Quelques jours après avoir eu des rapports avec une femme malpropre, il voit la couronne de son gland se recouvrir de végétations allongées et découpées affectant la forme de crêtes de coq. Pas de blennorrhagie antécédente, nulle trace d'engorgement ganglionnaire caractéristique, nul écoulement uréthral récent.

Ne voyant là qu'un mal local, j'ordonne des lotions émollientes, des soins de propreté, un régime doux, abstinence complète de boissons alcooliques; j'attaque les végétations avec l'instrument tranchant, et je cautérise leur pédicule avec la pierre infernale. Je me borne pour tout pansement à placer un peu de charpie sèche sur les points cautérisés.

A dix jours de là, m'apercevant que les excroissances n'étaient pas complétement détruites et avaient de la tendance à se reproduire, je les cautérise de nouveau, et fais le même pansement.

Huit jours plus tard, une nouvelle cautérisation est encore faite, et les végétations disparaissent sans retour.

OBS. II. — Mme B..., âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, cohabite avec un homme de mœurs dépravées, qui a avec elle des rapports contre nature. Au bout de quelque temps Mme B... vient me consulter. Elle accuse de vives douleurs à la région anale.

L'examen des parties me fait découvrir sur la marge de l'anus, à droite, un condylome de la grosseur d'une aveline. A côté de cette plaque végétante je trouve dans un des plis rayonnés de l'anus une fissure vulgairement connue sous le nom de *rhagade*. De cette ulcération linéaire s'échappait une matière puriforme d'une odeur repoussante, qui imprégnait jusqu'aux vêtements de la malade et qui se répandait au loin.

Pas d'écoulement vaginal, nulle trace de chancre, pléiade ganglionnaire nulle. Je conseille la cessation des rapports suspects, des lotions froides, des bains de siége froids et salés, quelques tisanes rafraîchissantes, la diète lactée, le repos. Comme les plaques étaient le siége de vives douleurs et que la malade était pusillanime, ne pouvant employer l'instrument tranchant, je me borne à panser pendant les quatre premiers jours avec du cérat opiacé; après quoi j'ai recours à une pommade au calomel (4 gr. pour 30 gr. axonge).

L'ulcération profonde se modifiant peu, je l'attaque avec le nitrate d'argent. A chaque pansement, je place dans l'orifice anal une mèche enduite d'onguent populéum, et j'ordonne quelques lavements émollients pour faciliter les selles. Après dix-huit jours de ce traitement local, la malade s'est trouvée parfaitement guérie.

OBS. III. — M. S..., âgé de vingt-huit ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, marié, fait infidélité à sa femme et contracte une blennorrhagie accompagnée d'excroissances au pourtour du gland et d'engorgement des ganglions inguinaux, sans aucune trace apparente de chancre.

Les huit premiers jours il se manifeste une légère posthite, qui cède aux cataplasmes émollients et aux antiphlogistiques. — 10 sangsues au périnée; bain d'une heure tous les jours.

Je cautérise les végétations après les avoir excisées, mais elles semblent repulluler chaque jour sous le crayon destructeur. Soupçonnant alors un empoisonnement général, je prescris un opiat antiblennorrhagique ainsi formulé :

Copahu.	50 grammes.
Poudre de cubèbe. . . .	100 —
Essence de menthe.	2 gouttes.

De 10 gr. par jour, je fais faire au malade deux injections par jour avec 5 centigr. d'azotate d'argent pour 30 gr. d'eau, et je continue la cautérisation des excroissances tous les cinq jours. Guérison complète au bout d'un mois de traitement.

Si maintenant nous rapprochons ces trois observations pour en retirer l'enseignement qu'elles comportent, nous verrons que dans les deux premiers cas nous n'avions affaire qu'à une affection purement locale, tandis que, dans le dernier, il y avait un état général dont les végétations, à notre avis, n'étaient qu'un effet spécifique; aussi l'inutilité du traitement local, employé seul, a-t-elle concouru à donner une nouvelle valeur séméiotique aux végétations, en même temps qu'elle a été une indication nouvelle pour recourir à un traitement général.

M. Grisolle, en avouant que le traitement mercuriel a généralement peu d'influence sur les végétations, conseille néanmoins de l'administrer *toujours* lorsque les excroissances apparaissent comme symptôme manifestement consécutif ou primitif, et il ajoute que l'on doit, dans ce cas, *croire à l'existence d'une vérole constitutionnelle*.

Quelque respect que nous professions pour la théorie de cet éminent professeur, nous en appellerons pourtant de sa doctrine et ne l'admettrons comme fondée que dans les cas où les excroissances seront un symptôme manifestement consécutif; mais dans le cas où cet accident vénérien ne s'accompagne pas d'une blennorrhagie, d'un chancre ou de la pléiade ganglionnaire, nous croyons qu'il sera plus sage de se ranger de l'avis de M. Ricord, et de s'en tenir à un traitement exclusivement local qui, dans ces circonstances, est toujours couronné d'un heureux résultat.

ÉPIDÉMIE DE SCARLATINE. CÉCITÉ SCARLATINEUSE.

Par le docteur TRAPENARD, de Gannat (Allier).

Une épidémie de scarlatine a sévi pendant six mois sur Gannat et quelques communes voisines. Cette épidémie, plusieurs fois interrompue par d'assez longs intervalles, n'a d'ailleurs présenté ni intensité ni gravité; elle n'a très-généralement atteint que des enfants. Au point de vue des symptômes, de la marche, du traitement et de la terminaison de la scarlatine proprement dite, M. Trapenard n'a aucune particularité importante à vous signaler. Il n'en est pas de même des accidents consécutifs. Il a observé six cas d'anasarque simple, dont deux hideusement prononcés, à la face surtout. Pour ces six cas, guérison prompte au moyen de purgatifs; de frictions chaudes, sèches ou humides; de fumigations sèches, aromatiques, dans le lit, ou bien encore de quelques bains et enfin de boissons diurétiques.

Il a vu aussi quatre cas d'anasarque albumineuse. L'un d'eux s'est terminé par la mort. Le malade, enfant de neuf ans, avait été amené de la campagne par un jour de gelée intense et n'a été vu qu'une seule fois. Trente-six heures après, il n'existait plus. Les trois autres malades sont guéris lentement, péniblement et à force d'insistance à exagérer les fonctions de la peau et les sécrétions intestinales d'une part, et, quand il n'y avait plus de fièvre, à réparer les forces par une nourriture peu copieuse, mais aussi substantielle que possible.

Un de ces derniers malades, dont l'albuminurie a duré plus d'un mois, a présenté un phénomène qui a particulièrement motivé cette note.

Il s'agit d'un petit garçon de dix ans dont la scarlatine a marché régulièrement. Pendant la période de desquamation, vingt-trois jours après le début de la maladie, les parents remarquent de l'œdème à la face.

Le même jour, 28 février, M. Trapenard constate en outre de la fièvre et de l'albumine en abondance dans l'urine. Il prescrit deux sangsues à chaque mastoïde, des ventouses sèches et répétées à la région des reins, de la limonade Rogé pour le lendemain, et pour le soir même un bain qui est donné avec autant de soins qu'on peut en attendre dans une vaste et froide maison de paysans.

Le lendemain, dans la nuit du 1er au 2 mars, la fièvre augmente; il y a de l'agitation, un peu de délire, et enfin cette scène se termine par une cécité complète. A l'arrivée de M. Trapenard (4 heures du matin) il existe encore de la chaleur à la peau et un certain état fébrile, mais les facultés intellectuelles et les sens, moins la vue, sont intacts. La pupille, moins sensible que de coutume, se contracte néanmoins et se dilate d'une manière évidente. — Limonade Rogé; vésicatoire à la nuque; fumigations aromatiques sèches dans le lit.

Le 3 mars, il n'y a pas de fièvre et il ne s'en est plus présenté depuis, mais la cécité persiste. — Traitement dans le même sens.

Ce n'est que le 6 mars que le malade commence à entrevoir grossièrement quelques objets, et le 10 seulement qu'il distingue physiologiquement.

Voici, à propos de ce fait, les questions que M. Trapenard adresse à la Société :

Quelle a été la cause de cette cécité?

Est-ce un épanchement séreux dans les méninges ou les ventricules?

Est-ce l'amaurose albuminurique de M. Landouzy?

Est-ce un trouble profond dans la transparence des humeurs de l'œil, résultant de l'albuminurie?

Enfin, et pour mémoire seulement, car ici la question est bien hasardée, est-ce une perversion nerveuse locale, produite par le virus scarlatineux ou par l'affection albuminurique?

(*Soc. des sc. méd. de Gannat.*)

ASPHYXIE PAR LE GAZ A ÉCLAIRAGE.

Par M. le docteur BONNEAU (de Saint-Gérand-le-Puy).

Vers les quatre heures du matin, une grosse voiture fit rompre sous son poids un tuyau conducteur de gaz à éclairage. Ce tuyau, placé dans une rue étroite dont les maisons étaient très-élevées, longeait un cuvage qui communiquait à la pièce où couchaient les époux X..., et dont la porte se trouvait ouverte ce jour-là. Le gaz, s'échappant par l'ouverture faite au tuyau, ne tarda pas à envahir le cuvage et la chambre des époux X..., qui, surpris ainsi pendant leur sommeil, ne purent ni s'enfuir ni appeler du secours.

Lorsque vers les sept heures leurs enfants, étonnés de ne point les voir, pénétrèrent dans leur appartement avec des voisins, les époux X... étaient dans leur lit, mais le mari avait cessé de vivre, et la femme était dans une situation déplorable.

Un médecin distingué de la ville, appelé, trouva la femme dans l'état suivant :

Face violacée, trismus, respiration et circulation d'une extrême faiblesse; immobilité complète, membres sans roideur, mais retombant lourdement lorsqu'on les soulève; motilité et sensibilité à peine apparentes sous l'influence du pincement de la peau; perte absolue de la connaissance et des sens; pupille intacte. — Courants d'air établis dans l'appartement. Saignée qui fournit d'abord un sang épais et noirâtre.

La respiration se rétablissant un peu par la saignée, la malade fut transportée dans une chambre élevée où l'on ferma la veine, parce que la face était devenue pâle, la peau froide et le pouls imperceptible. L'air de cet étage était presque aussi vicié que celui du rez-de-chaussée. — Frictions stimulantes le long du rachis. Abaissement et élévation alternatifs des côtes par l'application des mains dans le but de maintenir la respiration.

Le médecin de la maison, obligé de s'absenter à huit heures, confia la malade à M. Bonneau, qui continua les manœuvres sur la poitrine, donna un lavement purgatif et fit promener des sinapismes sur les membres inférieurs. Nonobstant la respiration devint stertoreuse, le trismus reparut et avec lui la rigidité des membres. — Introduction de quelques gouttes d'éther dans la bouche par l'ouverture que laisse une dent perdue.

A neuf heures, le médecin de la maison constate le même état. — Traitement *ut suprà*. Potion éthérée et au chlorate de potasse.

A onze heures, respiration un peu moins inquiétante, mais toujours très-difficile. Quinte de toux légère qui amène l'expuition d'écume blanchâtre. Les sinapismes, oubliés sur les jambes pendant plus d'une heure, ont produit vésication et déterminent quelques mouvements par la douleur.

A midi, même état. — Sinapismes à la plante des pieds.

A une heure du soir, respiration à peu près nulle; pouls filiforme; peau froide; visage pâle; pupilles dilatées. Le médecin de la maison, croyant la mort inévitable et très-prochaine, se retire définitivement.

A une heure et demie, M. Bonneau est resté seul avec une dame auprès de l'asphyxiée. Sept ou huit gouttes d'éther sulfurique sont

versées dans la bouche et provoquent immédiatement un soupir et quelques contractions de la face. La respiration reparaît pour s'arrêter quelques instants après. Nouvelle introduction de dix à douze gouttes d'éther. La respiration revient et se maintient mieux. M. Bonneau fait alors passer, pendant quelques secondes, un flacon de chlore sous le nez de la malade. La respiration semble se relever. Nouvelles inspirations chloriques, aussi pendant quelques secondes. L'amélioration continue. L'écume blanche disparaît de la bouche. La joue droite se gonfle à chaque inspiration, sans déviation des lèvres. La face se colore, et le pouls, quoique faible, prend de la fréquence.

M. Bonneau fait rappeler le médecin de la maison, et l'on transporte la malade chez les parents de son mari, à une distance d'environ 300 mètres. On la place dans un lit bien chaud. Le trajet n'a pas aggravé la situation. Les poumons et le cœur continuent à fonctionner.

A deux heures, la respiration s'arrête quelques instants, mais reparaît ensuite. La perte de connaissance persiste toujours. — Sinapismes aux genoux et à la plante des pieds.

A sept heures, les facultés intellectuelles se réveillent; la connaissance revient. Mme X... n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé et se trouve tout étonnée de ne pas être dans sa maison. Elle se plaint de vives douleurs sur les endroits qui ont été frictionnés ou couverts de sinapismes. Nuit assez bonne; sommeil paisible; la peau et l'haleine exhalent une odeur sulfhydrique assez prononcée.

Pendant quelques jours cette odeur persiste et se retrouve dans les matières excrétées ou sécrétées. D'ailleurs, le mieux se maintient, et la guérison s'opère en peu de temps.

(*Société des sciences médicales de Gannat.*)

DIÈTE RESPIRATOIRE.

Monsieur le Rédacteur, agréez, je vous prie, mes excuses bien senties pour le peu d'empressement que j'ai mis à venir vous remercier du témoignage personnel que vous avez cru devoir rendre à la pénétration des liquides pulvérisés dans les bronches.

La note formellement contradictoire aux assertions de M. Champouillon, que vous avez apposée au bas de l'article de ce savant collaborateur, aura produit l'effet de l'autorité même qui s'attache à votre nom; il n'en fallait pas davantage. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 31 octobre 1861.)

Permettez-moi de profiter de l'occasion pour remercier aussi M. Champouillon de l'honneur qu'il m'a fait en s'occupant de la *diète respiratoire* jusqu'à instituer des expériences propres à en vérifier les données. Cette attention de la part de l'éminent professeur du Val-de-Grâce requiert toute notre reconnaissance.

De ces belles expériences, il résulte que les émanations de goudron ont en effet la propriété d'atténuer les qualités phlogistiques de l'oxygène de l'air. M. le professeur Guibourt avait déjà reconnu ce même fait devant l'Académie de médecine. Or, pour nous, qui accusons à bon droit cet oxygène d'être la cause d'excitation et d'entretien des lésions de la muqueuse respiratoire, ces constatations sont très-précieuses; elles confirment ce que dit notre théorie, à savoir, que si on mêle les émanations balsamiques du goudron à l'air respiré, l'oxygène de cet air sera moins phlogistique, moins irritant sur lesdites lésions.

M. Champouillon craint que ses expériences ne soient pas décisives, parce que, dit-il, elles ont manqué de quelques conditions essentielles d'exactitude. Qu'il se remette de ses loyales craintes : les expériences ont démontré que l'air qui a passé sur du goudron brûle mal avec le phosphore; donc elles sont exactes, car c'est ce qui doit arriver.

Maintenant, avons-nous jamais dit que le goudron *dénaturât* l'oxygène? Notre théorie a trop de respect pour l'hématose pour vouloir tant que cela. La théorie demande que l'oxygène soit *modifié* seulement, qu'il soit moins comburant. La respiration est une sorte de combustion, et le vieux nom de la phthisie est *consomption*. Il faut donc ménager les lésions des organes intéressés. Voilà l'objet de la *diète respiratoire*, qui par son petit appareil ou *cache-nez*, comme l'appelle l'expérimentateur, a rendu le goudron portatif, et fait que le malade emporte avec lui partout son atmosphère appropriée.

Relativement à la quantité, nous maintenons que l'air laisse une petite portion d'oxygène sur le goudron, du reste comme sur tous les corps siccatifs et térébenthinés; mais la diminution a lieu surtout par le fait de l'échauffement ou de la dilatation de l'air en passant à travers les doubles des tissus de l'appareil, mauvais conducteurs du calorique.

Nous ne justifierons pas le *cache-nez* du petit préjudice qu'il porte à l'expression du visage; mais s'il guérit les rhumes, s'il est utile dans les angines, s'il soulage les phthisiques, le préjudice est plus que compensé. Le *jucunde* médical est le dernier des trois points requis, et le médecin ne l'exige que par-dessus le marché.

En somme, et sauf encore un reste d'ironie littéraire, le dissentiment entre la théorie et la critique n'est pas profond, on pourrait même espérer qu'une sorte d'accord fût possible. Certes, nul ne serait plus que moi flatté d'en arriver à ce terme avec un homme du mérite et de l'importance du professeur du Val-de-Grâce.

Agréez, etc.

Dr Sales-Girons.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 novembre 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux rapports d'épidémies, par M. le docteur Bocamy (de Perpignan), et par M. le docteur Yvonneau de Blois (commission des épidémies);

2° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault pendant la saison de 1860, par M. le Dr Roby, et de l'hôpital militaire de Vichy, par M. le docteur Barthez. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le doyen P. Dubois, qui informe l'Académie que la séance solennelle de rentrée de la Faculté de médecine aura lieu vendredi prochain, à une heure;

2° Une note de M. Cauchard, pharmacien à Fère-en-Tardenois, sur les inconvénients de l'eau de Rabel comme agent de dissolution du sulfate de quinine (commissaire, M. Gobley).

— M. le président fait part à l'Académie de la mort de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, académicien libre.

Il s'exprime en ces termes :

Il y a moins de deux ans, votre honorable secrétaire perpétuel vous rappelait à cette tribune les grands talents de l'illustre Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, et les grands services qu'il avait rendus à la science.

C'est avec une profonde émotion que nous annonçons aujourd'hui à l'Académie la mort de son fils, M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, son digne successeur, qui nous est enlevé dans la force de l'âge et du talent.

Par son assiduité à nos réunions, M. Geoffroy Saint-Hilaire faisait voir quel prix il attachait à l'honneur de vous appartenir, et de quel zèle il était animé pour les progrès de la science.

L'Académie tout entière s'associe aux douleurs de la famille de M. Geoffroy Saint-Hilaire et au deuil du monde savant, dans lequel il occupait une place si distinguée. Une députation de l'Académie assistera demain aux obsèques de notre regretté collègue.

— M. le président annonce ensuite que l'Académie se formera en comité secret mardi prochain, immédiatement après le dépouillement de la correspondance, pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

Morve. — M. Jules Guérin demande la parole à l'occasion de la correspondance :

J'ai l'honneur de prier l'Académie de vouloir bien accepter le dépôt d'un paquet cacheté renfermant les conclusions d'un travail que je compte lui communiquer prochainement sur la physiologie pathologique de la morve. Ce travail repose en partie sur des observations postérieures à la discussion qui a eu lieu naguère dans le sein de l'Académie. Je lui demande la permission de lui donner, par anticipation, quelques renseignements devenus indispensables par suite d'une publicité prématurée, incomplète et surtout inexacte donnée à ces faits.

L'Académie se rappellera sans doute que, lors de la discussion, j'ai dit que mes premières et principales observations de morve ébauchée et de guérison spontanée de cette maladie avaient porté sur quarante chevaux. Ces chevaux m'appartenaient pour la plus grande partie, le reste appartenait à la Compagnie de l'Ouest. Deux ans plus tard environ, l'État m'a confié, pour des travaux agricoles, quinze chevaux sur lesquels, au mois de mars dernier, la morve se déclara spontanément. Les chevaux de l'État, placés dans une écurie à part, ont offert successivement et à des époques différentes, des cas de morve à tous les degrés, et le plus grand nombre à une date postérieure à la discussion. Tous ces chevaux ont été visités aux différentes époques de la maladie par des vétérinaires commis à cet effet par M. le ministre de la guerre; le plus grand nombre ont été abattus et autopsiés en ma présence par ces vétérinaires; j'ai recueilli sur chacun d'eux des pièces anatomiques d'un grand intérêt. J'ai conçu dès lors l'intention et déclaré avoir le désir de communiquer ces pièces à l'Académie. Par des circonstances indépendantes de ma volonté, je n'ai pas été à même de les lui communiquer plus tôt. Dans le but de mettre chacun à même de les apprécier, j'ai écrit à M. le ministre de la guerre, pour le prier, dans l'intérêt de la science et de l'administration, de vouloir bien communiquer à l'Académie tous les procès-verbaux de visite et d'abatage rédigés par les soins de MM. les vétérinaires. J'espère que M. le ministre voudra bien obtempérer à ma demande, et enlever ainsi à la publicité de ces faits le caractère de révélation et de divulgation que quelques personnes ont essayé de leur donner en les dénaturant et en les travestissant.

Je terminerai en disant que j'ai la plus intime conviction que la doctrine que j'ai mise en discussion recevra, de la nouvelle phase qu'elle aura à traverser, une entière et éclatante confirmation.

LECTURE.

Rage. — M. Boudin lit un mémoire intitulé : *De la rage considérée au point de vue de l'hygiène publique et de la police sanitaire.* Ce travail est résumé dans les conclusions suivantes :

1° On peut évaluer en Europe le nombre des chiens à plus de 12 millions; le prix annuel de leur alimentation à plus d'un demi-milliard; le nombre actuel des victimes humaines de l'inoculation à plusieurs centaines.

2° Dans l'immense majorité des cas, la rage se propage par la morsure d'animaux enragés; dans quelques circonstances elle paraît pouvoir se transmettre également par le simple lèchement de la peau plus ou moins entamée.

3° Parmi les innombrables documents publiés sur la matière, nous n'avons pu rencontrer un seul fait capable de constituer une preuve scientifique sérieuse de l'existence de la rage canine spontanée.

4° La spontanéité de la rage canine fût-elle rigoureusement démontrée, sa production serait en tout cas d'une telle rareté, qu'il y aurait à peine lieu d'en tenir compte dans la réglementation des mesures de police sanitaire.

5° L'hypothèse ancienne, renouvelée dans ces derniers temps, qui attribue la rage canine à la non satisfaction de l'instinct génésique, ne supporte pas le moindre examen.

6° L'influence attribuée à la température et à l'humidité de l'air sur la fréquence de la rage, est en contradiction avec les faits.

7° Les prétendues épizooties rabiques décrites par les auteurs ne sont que des faits multiples de rage communiquée, et le mot épizootie, dans ce cas, doit disparaître du langage scientifique.

8° La science ne possède rien de positif sur les limites extrêmes de la période d'incubation de la rage dans l'espèce humaine. Cette période paraît pouvoir durer 7 mois chez le chien et 14 mois 1/2 chez le cheval.

9° Il n'existe aucun signe véritablement pathognomonique de la rage chez le chien. L'hydrophobie proprement dite paraît faire complétement défaut dans la rage canine. L'aboiement-hurlement spécial paraît avoir une très-grande valeur au point de vue du diagnostic de la rage.

10° La science ne possède rien de certain concernant la nocuité ou l'innocuité alimentaire de la chair provenant d'animaux enragés, du lait des vaches et des chèvres mordues par des animaux atteints de la rage.

En ce qui regarde les mesures d'hygiène publique et de police administrative :

1° La taxe a pour effet de diminuer le nombre des chiens, et partant les chances de rage dans l'espèce canine et parmi les hommes;

2° La rage pouvant se manifester pendant l'année, la surveillance administrative des animaux doit s'exercer aussi pendant toute l'année, et le musèlement des chiens ne doit jamais être suspendu;

3° L'expérience ayant démontré la fréquence des morsures de la part des chiens muselés (20 fois sur 156), la muselière et son mode d'application doivent être sévèrement contrôlés par l'administration;

4° Les chiens mordus par des animaux enragés ou suspects, s'ils ne sont pas immédiatement abattus, doivent être séquestrés pendant un temps au moins égal au maximum connu de la durée de la période d'incubation.

Discussion sur la résection de la hanche.

— L'ordre du jour appelle la discussion à propos du rapport de M. Gosselin.

La parole est à M. Larrey.

Dans une note lue très-rapidement, et que l'honorable académicien n'a pas laissée au secrétariat, M. Larrey, tout en s'associant aux idées émises par M. Gosselin, déclare cependant faire des réserves pour les coxalgies consécutives aux blessures par armes à feu. Il donne d'ailleurs des éloges au travail de M. J. Lefort, et approuve pleinement toutes les tentatives faites dans le but d'étendre le domaine de la chirurgie conservatrice, et d'en faire prévaloir les principes.

M. Davenne lit ensuite la note suivante :

Messieurs, dans son rapport sur le mémoire de M. Lefort concernant le traitement des coxalgies, rapport dont on comprend que je n'ai pas à m'occuper au point de vue scientifique, M. le docteur Gosselin a touché en passant un point qui m'a paru mériter d'appeler l'attention de l'Académie, et sur lequel je demande la permission de lui soumettre quelques courtes observations.

L'honorable et savant rapporteur a critiqué en peu de mots, mais avec l'autorité attachée à sa parole, l'organisation de notre régime hospitalier, principalement dans la disposition des règlements qui, en classant certaines catégories de malades, notamment les enfants, dans des établissements spéciaux, ôte aux chefs de service des autres hôpitaux, faute d'avoir sous les yeux un mouvement nosologique complet, la possibilité de suivre le même genre de maladie chez l'enfant et chez l'adulte. M. Gosselin regrette que sous ce rapport la France soit restée en arrière de l'Angleterre et de l'Allemagne, dont les hôpitaux lui paraissent avoir le pas sur les nôtres.

Je suis trop peu au courant, je dois l'avouer, de ce qui se pratique à cet égard dans les hôpitaux des pays étrangers, pour pouvoir apprécier la valeur de cette allégation; au surplus il me suffit de l'affirmation de M. Gosselin pour que je l'accepte comme parfaitement exacte. Mais on m'accordera du moins que la diversité des mœurs et des habitudes doit entrer ici en ligne de compte; le mode d'administration des secours publics varie nécessairement dans chaque pays en raison du climat, des usages, de la nature des besoins, et même du caractère propre des populations; que par conséquent, ce qui est reconnu avantageux et d'une application facile chez nos voisins, pourrait avoir chez nous de sérieux inconvénients et rencontrer d'insurmontables obstacles.

Ainsi, par exemple, la taxe des pauvres n'est pas seulement un impôt, c'est un mode de secours particulier à l'Angleterre; mais il est repoussé en France par le sentiment public; il est antipathique à nos mœurs, et c'est par cette raison surtout que les tentatives faites à diverses époques pour l'acclimater dans notre pays ont heureusement échoué.

Il faudrait donc, pour pouvoir se prononcer avec quelque certitude en pareille matière, être plus complétement éclairé sur les véritables causes des dissemblances d'organisation qu'on signale.

Quoi qu'il en soit, la création des hôpitaux spéciaux à Paris, vous le savez, Messieurs, n'est point un fait nouveau, et, pour ne parler que des hôpitaux d'enfants, celui de la rue de Sèvres, par exemple, est d'une origine déjà ancienne, c'est-à-dire que sa fondation remonte à l'époque où, à la suite d'une étude approfondie des intérêts et des besoins auxquels les hôpitaux sont appelés à satisfaire, on reconnut l'utilité de séparer les âges comme les diverses natures d'affections qui exigent un traitement et un régime particuliers.

Personne ici n'ignore quel était l'état de nos hôpitaux avant 1789. Il suffit pour s'en rendre compte de parcourir le célèbre mémoire de Tenon, l'un des commissaires nommés par l'Académie des sciences, et les nombreux écrits qui ont été publiés sur ce sujet vers la fin du dernier siècle. L'Hôtel-Dieu, le plus considérable de ceux qui existaient alors dans Paris, recevait tous les malades sans distinction; les fous furieux n'étaient pas même exceptés. Les lits contenaient jusqu'à huit malades à la fois, et l'on regarda comme un grand bienfait du souverain l'ordre de Louis XVI qui fit donner un lit à chaque malade. La création des hôpitaux spéciaux fut en quelque sorte la conséquence de cette première amélioration. Il fallait désencombrer à tous prix cet Hôtel-Dieu, ou plutôt, comme le dit un auteur, ce vaste cloaque pestilentiel où les malades mouraient par centaines.

Le premier soin des administrateurs, d'accord avec les hommes de la science, fut d'en éloigner les enfants et les femmes en couches, pour lesquels on songea dès ce moment à établir des maisons spéciales. Les raisons qui justifiaient alors cette mesure semblent, je dois le dire, n'avoir rien perdu de leur force. Je ne puis à cet égard que faire appel aux lumières des savants médecins qui siégent dans cette enceinte. Les enfants ne sont-ils pas plus prédisposés, plus aptes que les individus dans la force de l'âge, à contracter le germe des diverses affections dont les émanations vicient, quoi qu'on fasse, l'atmosphère dans la plupart de nos hôpitaux d'adultes?

S'il en est ainsi, n'est-ce pas un acte de louable prudence que de les avoir classés dans des établissements à part, où ils sont soumis à un traitement spécial et à un régime approprié à leur âge et à leurs besoins?

Des considérations tirées d'un autre ordre de faits et d'idées venaient d'ailleurs ajouter à ces motifs déterminants. Quelque soin qu'on mette à séparer les enfants des adultes dans un même hôpital; quelque surveillance qu'on exerce, afin d'éviter toute communication

entre ces deux classes de malades, il est à peu près impossible d'échapper complétement à des rapprochements que la disposition des localités et une foule d'autres circonstances fortuites favorisent presque toujours. De là le grave inconvénient de laisser les enfants des deux sexes exposés à l'influence de conseils et d'exemples également pernicieux.

L'enfance, on le sait, n'est que trop disposée à faire la sourde oreille à toute remontrance, à tout avertissement salutaire ; mais elle écoute et recueille avidement tout ce qui peut flatter ses instincts secrets ou ses mauvais penchants. En un mot, si elle est physiquement plus exposée que l'âge mûr à subir l'effet de l'insalubrité de l'air dans un hôpital commun, elle ne l'est pas moins au danger de s'y corrompre moralement à un contact impur.

Mais ce n'est pas tout ; la mission de l'administration hospitalière ne se borne pas à traiter les maux physiques des enfants qui lui sont confiés ; ses efforts tendent à un autre but, non moins utile pour ceux surtout de ses jeunes malades que des affections chroniques, telles que la scrofule, les dartres, les coxalgies mêmes, retiennent souvent pendant de longues années à l'hôpital : je veux parler de l'éducation de ces petits malheureux qui lui arrivent, pour un grand nombre du moins, dépourvus de toute instruction comme de toute notion morale. Pour ceux-ci, à côté du médecin habile et dévoué qui les soigne, les guérit ou les soulage, est placé le prêtre qui leur enseigne leurs devoirs de chrétien, puis l'instituteur qui les initie aux éléments d'une instruction dont le bienfait les suivra dans leur avenir.

Ajoutons que des appareils gymnastiques, le grand air, l'espace, le soleil, sont autant de moyens d'action qui viennent en aide à la science pour hâter leur guérison.

Tels sont les principaux avantages attachés à la centralisation des enfants malades dans des hôpitaux spéciaux, avantages que leur enlèverait inévitablement leur dissémination dans les hôpitaux généraux, sans parler des dangers qui les y attendent.

Je demande pardon à l'Académie d'entrer dans ces détails, qui n'ont, à proprement parler, qu'un intérêt purement administratif ; mais je les ai crus nécessaires pour bien faire comprendre le but, le sens et la portée des mesures qui ont été prises en ce qui concerne la spécialisation des hôpitaux ouverts à l'enfance du pauvre.

Il m'a paru qu'il n'était pas hors de propos de bien préciser à cet égard les intentions et les vues de l'autorité dirigeante, dont l'œuvre à la fois moralisatrice et secourable avait été considérée jusqu'ici comme satisfaisant pleinement, sous ce double rapport, aux conditions d'un bon système d'assistance publique.

Fractionner aujourd'hui les différents services des hôpitaux d'enfants, c'est-à-dire renoncer au mode de spécialisation dont j'ai montré les avantages, pour annexer une salle d'enfants, je suppose, à chaque service dans les hôpitaux d'adultes, ne serait-ce pas faire un pas rétrograde dans la voie de progrès suivie avec tant de persévérance depuis la fin du siècle dernier, désavouer un principe dont l'application a porté les plus heureux fruits, et détruire, en vue d'un résultat utile sans doute, mais qui dans la pratique rencontrerait les plus grandes difficultés, une organisation qui a pour elle les sympathies populaires et l'assentiment des meilleurs esprits ?

Ou je m'abuse, Messieurs, ou ces considérations frapperont les vôtres. La question, vous le voyez, est très-complexe, et demande à être envisagée sous toutes ses faces.

Que préoccupé avant tout d'un intérêt purement scientifique, dont je suis loin de contester l'importance, l'éminent rapporteur ait négligé ou perdu de vue les raisons puissantes qui justifient, à tant d'autres égards, la création contre laquelle il s'élève, cela se conçoit parfaitement et n'a rien qui doive étonner ; mais une question aussi grave que celle de la refonte de nos règlements hospitaliers, en la supposant nécessaire, exigerait de très-sérieuses études, et une pareille tâche ne s'improvise pas.

Je ne prétends pas soutenir assurément que notre organisation nosocomiale soit arrivée au dernier terme des perfectionnements désirables et possibles. Si beaucoup de bien a été fait, beaucoup reste encore à faire, je suis le premier à le reconnaître. Seulement, quant à ce qui touche au mode de constitution et de fonctionnement des hôpitaux destinés à l'enfance, il me paraîtrait, je dois le dire, difficile, sinon impossible, d'y rien changer sans porter un trouble profond dans cette partie si intéressante de notre administration hospitalière, et c'est pour mettre l'Académie en état d'en juger en pleine connaissance de cause, que j'ai tenu à la bien renseigner sur les faits.

J'ose donc exprimer le vœu que, dans son vote approbatif du savant rapport de M. Gosselin, l'Académie veuille bien réserver la question incidemment soulevée par ce rapport, et qui m'a suggéré ces réflexions, que je livre à son appréciation éclairée.

M. MALGAIGNE. On ne doit pas attendre des chirurgiens de cette Académie une discussion bien approfondie sur la résection dans les coxalgies. Personne de nous n'a fait cette opération, personne ne l'a vu faire, personne n'a vu, je pense, de malade opéré ailleurs et guéri. Les éléments d'une discussion nous manquent donc absolument ; aussi vais-je me borner à quelques courtes réflexions. Bien qu'on ait fait en France certaines résections du pied avant qu'on en parlât dans les autres pays, ces opérations, appliquées aux grandes jointures, se sont toujours difficilement introduites dans nos habitudes. On sait avec quelle peine la meilleure des résections, celle du coude, que nous pratiquons tous aujourd'hui, a pénétré en France, et l'on n'ignore pas tout ce qu'il a fallu de persévérance et de talent à Roux, qui défendait la cause de cette résection, pour gagner les chirurgiens. Je crois qu'un peu de routine s'en mêle, et que nous devrions pratiquer plus souvent quelques-unes de ces opérations. Pourquoi, par exemple, ne faisons-nous pas plus souvent la résection du genou, qui, à ce qu'il paraît, donne à l'étranger au moins autant de succès que la résection de la hanche ? Pourquoi lui préférons-nous tous l'amputation de la cuisse, c'est-à-dire la plus meurtrière des opérations faites dans nos hôpitaux ? Peut-être aussi devrions-nous tenter plus souvent l'amputation scapulo-humérale, qui paraît être beaucoup moins dangereuse que la désarticulation de l'épaule ? Je le répète, il est à regretter que nous aimions trop peu à sortir de nos vieilles habitudes. Toutefois, je me hâte de dire qu'en fait de résections, nous avons grande raison pour ne pas tenter la résection tibio-tarsienne et celle du poignet.

Quant à la résection de la hanche, si nous ne l'avons pas adoptée, cela tient sans doute en grande partie à toutes les raisons données par M. Gosselin, à l'organisation de nos hôpitaux, aux succès plus nombreux que nous obtenons dans le traitement des coxalgies par les moyens ordinaires, à la moindre gravité de ces affections en France, etc. Il n'y a guère, parmi les moyens ordinaires que nous employons contre la coxalgie, que les appareils d'immobilisation qui constituent l'originalité de notre traitement. Ces appareils sont bons ; j'ai vu des malades qui leur ont dû la guérison, mais j'en ai vu d'autres mourir malgré les appareils. Ce n'est pas, somme toute, parce que nous traitons mieux que nous n'opérons pas : il y a à notre abstention une autre cause, c'est celle qui a failli laisser tomber dans l'oubli une des plus belles et des plus utiles opérations, la résection du coude.

Ce n'est pas que je me laisse éblouir par les succès obtenus dans les résections de la hanche. Je ne crois pas à ces succès, ou plutôt je ne les crois pas si beaux, parce que je doute qu'on ait publié toutes les opérations, quel qu'en ait été le résultat ; je crois seulement que notre attention doit être éveillée par ce qui se passe ailleurs. Il y a plusieurs circonstances à étudier qui me paraissent devoir exercer une influence favorable sur les résultats de l'opération. Lorsque, par exemple, la tête du fémur est seule cariée, et que, sortie de sa cavité, elle vient soulever les muscles fessiers, elle s'offre en quelque sorte à la résection, qui est plus facile, et doit être certainement plus heureuse dans ces cas que dans ceux où la tête fémorale est restée dans sa cavité et où la cavité cotyloïde elle-même est malade. Je pense aussi qu'il faut enlever le grand trochanter en même temps que le col du fémur : cela tient, à ce qu'il me semble, à ce que le grand trochanter venant s'appliquer, après la résection du col fémoral, au-devant de la cavité cotyloïde, fait l'office d'une soupape qui s'oppose au libre écoulement du pus. Dans une résection du coude où j'avais voulu ménager la tête de l'humérus, cette tête osseuse a joué, par rapport à la suppuration, le même rôle que joue le grand trochanter à l'articulation de la hanche. Ma résection a été malheureuse. D'une autre part, je note que dans les observations de résection de la hanche qui ont été publiées, les malades ont guéri dans les trois cas où l'étendue de la carie a forcé les chirurgiens à enlever le grand trochanter. La résection de cette apophyse semble donc compenser les désavantages qui résultent de lésions plus profondes et plus étendues.

Je ne terminerai pas, Messieurs, sans m'associer entièrement à ce que M. Gosselin a dit de l'insalubrité de nos hôpitaux, qui sont peut-être les plus détestables de l'Europe.

Que les anciens hôpitaux soient malsains, il n'y a là rien d'étonnant : la date de leur construction explique beaucoup d'imperfections. Mais il est bien triste de retrouver la plupart de ces imperfections dans les hôpitaux les plus nouveaux. Pourquoi n'avoir pris conseil, quand on les a construits, que d'architectes qui n'entendent rien à l'hygiène ? Pourquoi, dans une affaire de santé publique, n'avoir pas consulté des hygiénistes ? dans une affaire de médecine et de chirurgie, n'avoir pas demandé les conseils des médecins et des chirurgiens ?

MM. ROBINET et DAVENNE affirment que l'administration, qui ne prend jamais une mesure de quelque importance concernant les hôpitaux sans consulter des médecins, ne s'est pas départie de ses habitudes et qu'elle a pris l'avis d'hommes de l'art.

M. MALGAIGNE. Je ne sais de quel art étaient ces hommes, mais ils n'étaient pas de l'art médical.

M. GOSSELIN demande la parole pour la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

Nous avons déjà rendu compte de la séance tenue le 27 octobre dernier par l'Association générale des médecins de France. Cette Société s'étant de nouveau réunie le lendemain pour donner son avis sur plusieurs rapports importants, nous reviendrons un instant sur ces faits, qui intéressent un grand nombre de nos confrères.

Trois rapports ont été soumis à l'assemblée :

Le premier était présenté par M. Davenne, *sur les rapports des médecins avec les sociétés ouvrières de secours mutuels.* Le vote a été ajourné à l'année prochaine.

M. Tardieu a ensuite présenté un projet d'adresse à M. le garde des sceaux sur *la convenance et la justice qu'il y aurait à élever le taux des honoraires des médecins requis par les tribunaux.* Ce projet a été adopté à l'unanimité. — Il en a été de même d'un second rapport sur l'exercice illégal de la médecine.

Une dernière proposition de M. Gallard, relative à la publication d'un Annuaire de l'Association générale, a reçu l'approbation unanime de l'assemblée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 7 novembre, M. Adelon, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, a été admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite et nommé professeur honoraire.

Par un autre décret du même jour, M. Adelon a été élevé au grade de commandeur dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— La chaire de médecine légale étant actuellement vacante, les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris, avant le 28 de ce mois :

1° Leur acte de naissance ;

2° Leur diplôme de docteur en médecine ;

3° Une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement, et l'énumération de leurs ouvrages ou travaux scientifiques.

— M. le professeur Gavarret commencera son cours de physique médicale le lundi 18 novembre, à onze heures, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

— M. le professeur Natalis Guillot commencera son cours de pathologie médicale le lundi 18 novembre, à trois heures, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

— M. Axenfeld, agrégé de la Faculté de médecine, chargé cette année de suppléer M. le professeur Andral, commencera le cours de pathologie et thérapeutique générale le mardi 19 novembre, à trois heures, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

— M. le docteur Beyran commencera son cours sur les *maladies vénériennes* le vendredi 22 novembre, à quatre heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, pour le continuer les lundis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Joulin commencera son cours d'accouchements le samedi 16 novembre, à quatre heures et demie à l'École pratique, amphithéâtre n° 2, pour le continuer tous les jours, le jeudi excepté.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 15 NOVEMBRE 1861.

RENTRÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

La Faculté de médecine a tenu aujourd'hui, à une heure, sa séance solennelle de rentrée, sous la présidence de son doyen M. P. Dubois, assisté de ses deux assesseurs MM. Grisolles et Gavarret.

M. Moquin-Tandon a prononcé le discours d'inauguration.

L'alliance étroite de la médecine et de l'histoire naturelle, tel semblait être dès les premières lignes le texte de ce discours. Ce n'était qu'une introduction, mais une introduction on ne peut mieux appropriée à son sujet réel, l'éloge de Duméril. Quel exemple plus frappant, en effet, des rapports intimes qui existent entre ces deux grandes divisions des connaissances humaines, que la carrière de l'éminent professeur, qui, pendant plus d'un demi-siècle, a fait marcher de front l'enseignement de la zoologie et celui de la pathologie interne ?

Dans la part, un peu inégale il est vrai, de chacun de ces enseignements aux titres si légitimes que Duméril s'est acquis à la reconnaissance du monde savant, le naturaliste avait dominé le médecin. Le choix même de son panégyriste répondait assez à cette pensée. Nul mieux que M. Moquin-Tandon, dont l'enseignement et les ouvrages perpétuent si heureusement cette étroite et féconde alliance, n'était, en effet, à même d'apprécier sous leur véritable jour les immenses travaux d'histoire naturelle de Duméril; nul n'eût su mieux louer comme elle méritait de l'être, cette carrière si laborieusement et si honorablement remplie.

On trouvera dans le discours de M. Moquin-Tandon l'expression simple, mais juste, de la valeur des travaux de cet infatigable et passionné naturaliste, et de la part d'influence qu'ils ont exercée sur le mouvement scientifique de notre temps. On y trouvera surtout, dans la peinture de son caractère, le reflet de cette inaltérable probité unie à tant de bienveillance et de bonhomie, qui, avec l'amour constant du travail, constituaient une individualité si digne d'être proposée pour modèle aux nouvelles générations médicales.

La séance a été terminée, suivant l'usage, par la proclamation des prix décernés pour l'année 1860-1861, et la lecture du programme des prix proposés pour l'année scolaire qui commence. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Présidence de M. DUBOIS.

La séance est ouverte à une heure.

M. MOQUIN-TANDON a la parole pour la lecture de l'Eloge de M. Duméril. Il s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Il existe une alliance fort étroite entre la médecine et l'histoire naturelle. Quand on aborde l'étude si difficile de l'organisation, soit qu'on commence par l'anatomie humaine, soit qu'on débute par l'anatomie zoologique, on trouve toujours que ces deux sciences sont sœurs, que l'une conduit nécessairement à l'autre, et qu'elles se prêtent un mutuel appui. Aussi, Messieurs, la plupart des grands zoologistes ont-ils été médecins ou ont-ils passé pour l'être. Ils ont fait la force et l'ornement de nos écoles et de nos académies. Heureux de les posséder, ces grands corps leur ont rendu un juste tribut d'hommages dans leurs solennités publiques. C'est ainsi que Pariset a prononcé l'éloge de Cuvier, et que M. Dubois (d'Amiens) faisait, il y a deux ans, celui de Geoffroy Saint-Hilaire.

Le peuple lui-même, dans sa pensée, confond le naturaliste avec le médecin; pour lui, l'homme qui consacre sa vie à l'étude des êtres organisés est nécessairement initié à l'art de guérir. Lorsque Daubenton fut frappé d'apoplexie, on courut chercher en toute hâte Georges Cuvier, pour lui demander les premiers secours. Le grand anatomiste étonné eut beau répondre qu'il n'était pas médecin, sa résistance fut regardée comme un mauvais vouloir !...

Le savant et regretté collègue dont j'ai à vous entretenir est un des exemples les plus vrais et les plus frappants de ces rapports intimes, qui viennent d'être signalés, entre la médecine et la zoologie, et de l'heureuse impulsion que donnent nos premières études sur l'anatomie de l'homme aux recherches sérieuses et suivies sur l'organisation des animaux.

André-Marie-Constant Duméril naquit à Amiens le 1er janvier 1774. Son père était juge au tribunal de cette ville; il avait sept enfants; Constant était l'avant-dernier.

Le jeune Duméril accompagnait souvent sa mère dans une église de sa ville natale. Cette église abritait sous ses corniches plusieurs petits ménages d'hirondelles. Au-dessous de ces nids gisaient sur le sol, çà et là, de malheureux insectes meurtris ou mutilés, échappés au moment de la becquée. Constant remarqua ces insectes, il admira leurs couleurs; il en recueillit un certain nombre... Le sentiment de la curiosité n'est pas toujours le mobile de l'étude; mais, lorsqu'il est vif et durable, il peut conduire plus tard à la science en faisant naître un goût ardent et réfléchi ! Vers l'âge de quinze ans, notre jeune observateur montrait déjà pour l'entomologie une passion précoce peu ordinaire chez un enfant. Il cultivait aussi avec enthousiasme les autres sciences naturelles, surtout la botanique. Il avait l'habitude de communiquer à ses amis, dans des causeries presque savantes, les résultats de ses petites découvertes, et préludait ainsi, sans s'en douter, aux fonctions si difficiles qui devaient honorer toute sa vie.

Dans ces occupations du jeune âge, les parents de M. Duméril voyaient un amusement plutôt qu'une carrière; ils étaient fort embarrassés pour lui choisir une profession. Le jeune homme penchait vers la médecine (car son amour pour l'histoire naturelle pouvait être regardé comme une des manifestations instinctives de sa véritable vocation), lorsqu'un ami de la famille, frappé de sa prédilection pour l'entomologie et de ses progrès en botanique, conçut la singulière idée... de le placer dans une maison de droguerie ! Il proposa de l'envoyer à Rouen pour son noviciat...

M. Duméril se soumit au caprice de son protecteur sans objection, partit d'Amiens sans résistance, et devint garçon de boutique avec résignation.

Heureusement pour lui et pour la zoologie, l'honnête droguiste était en même temps membre titulaire de l'Académie royale des sciences, belles-lettres et arts de Rouen; il offrait un genre de cumul peu commun même aujourd'hui, et possédait une riche bibliothèque, qui aurait fait envie à beaucoup de professeurs. Il reconnut, de prime abord, l'instruction soignée du jeune apprenti et son inclination pour les sciences médicales. Fort instruit lui-même, il favorisa loyalement les études du pauvre enfant déclassé, l'aida paternellement de ses conseils, de ses livres, de ses amis, cachant sous le voile de la délicatesse la plus scrupuleuse tous les services qu'il s'efforçait sans cesse de lui rendre, et laissant ravir au magasin certaines heures de travail qui étaient libéralement accordées à la science.

Ce Mécène de la bourgeoisie s'appelait Thillaye. Il était peut-être parent du professeur de la Faculté de médecine, son homonyme et son contemporain. Ce que nous savons avec plus de certitude, c'est que M. Duméril parlait souvent du bienfaiteur qui avait encouragé ses premiers pas, et que ses paroles, profondément émues, exprimaient toujours son estime, son regret et sa reconnaissance.

Pendant son bizarre apprentissage, M. Duméril remporta un des prix de botanique décernés par l'Académie royale des sciences de Rouen. Ce premier succès aurait dû peut-être fixer son choix entre l'étude des plantes et celle des insectes, et le porter vers la première. Il n'en fut pas ainsi. On verra bientôt que l'entomologie obtint la préférence.

C'est vers cette époque que M. Duméril fut initié à la connaissance de l'organisation humaine par l'habile chirurgien Laumonier, correspondant de l'Institut de France et professeur à l'École secondaire de médecine de Rouen. L'anatomie ne tarda pas à devenir pour lui l'objet d'une véritable passion, qui fit oublier rapidement la botanique.

Cet abandon de l'*aimable science* avait encore une autre cause : c'était la dépense occasionnée par les herborisations, dépense en réalité fort peu considérable, et néanmoins trop élevée pour une petite bourse comme celle du jeune Duméril. Il écrivait à son père, le 10 juin 1794 :

« Le cours de botanique..... est dispendieux ici..... On fait trois herborisations..... qui coûtent chacune trois livres ; mais je ferai en sorte d'en éviter une ! »

Après quelques mois de dissections, M. Duméril fut nommé *prévôt d'anatomie*. On appelait ainsi un élève d'élite qui était à la fois moniteur à l'amphithéâtre et chef de service à l'hôpital. C'est alors qu'il commença de donner des leçons sur l'organisation humaine, d'abord devant quelques étudiants, bientôt devant un nombreux auditoire. Il obtint un grand succès, dans lequel il montra l'autorité d'un maître, malgré son extrême jeunesse, et dont il entrevit les conséquences, malgré sa modestie.

A l'âge de vingt et un ans, notre zélé prévôt fut choisi par le district de sa ville natale pour être envoyé à Paris comme élève de l'École de santé qui venait d'être fondée. Il arriva au mois de janvier 1795, plein de zèle et riche d'avenir ; il avait une lettre de recommandation pour le professeur Fourcroy, l'un des hommes les plus célèbres de l'époque et les plus puissants dans la direction de l'instruction publique. Bientôt M. Duméril prit rang parmi les meilleurs élèves de l'École, et, après un an d'étude, il obtint au concours la place de *prosecteur*, place toujours très-disputée, et par conséquent très-difficile à conquérir.

Ce nouveau succès enflamma son courage; Constant redoubla d'efforts, et fut nommé, encore dans un concours, aux importantes fonctions de *chef des travaux anatomiques*. Il avait eu pour concurrent non pas Bichat, comme on l'a dit et trop souvent répété, mais Dupuytren, athlète redoutable, qui déjà laissait entrevoir les brillants succès qui l'attendaient dans sa carrière.

Cette lutte mémorable offrit une circonstance peu commune dans l'histoire des concours. Les deux rivaux avaient l'un et l'autre de la science, de l'ardeur, mais n'avaient pas beaucoup d'argent..... Ils étaient amis. Avant de descendre dans l'arène, les pauvres jeunes gens rédigèrent une convention d'après laquelle celui des deux qui sortirait vainqueur s'engageait à donner au vaincu le cinquième de son traitement. Il était réservé à M. Duméril d'exécuter le compromis.

L'étude de l'anatomie humaine avait admirablement préparé le nouveau chef des travaux anatomiques à celle de l'organisation des animaux. Il commença par les vertébrés, il finit par les insectes. Ses progrès furent rapides, car ils étaient secondés par une intelligence prompte, par un coup d'œil sûr et par une mémoire très-facile. Il avait par-dessus tout cette passion du travail et ce mépris des obstacles qui donnent de la considération aux moins habiles et qui conduisent les plus heureux à la célébrité.

Notre jeune anatomiste méritait de plus en plus les encouragements et les éloges de ses maîtres. Cuvier ne tarda pas à le distinguer et à l'accueillir dans son laboratoire ; il le fit participer à ses travaux, et lui confia la suppléance de sa chaire au Panthéon. Bientôt il le pria de rédiger avec lui les deux premiers volumes de son *Anatomie comparée*, ouvrage immense, sans modèle, qui devait poser les premières bases de la zoologie moderne. L'idée de cette grande et belle publication semble même appartenir à notre savant confrère, si l'on s'en rapporte à un passage des Mémoires de Cuvier.

En 1801, à peine âgé de vingt-sept ans, M. Duméril fut nommé *professeur d'anatomie et de physiologie* dans cette Faculté, à la place de Leclerc, qui venait d'être appelé à l'enseignement de la médecine légale. Une seconde fois il eut son ami Dupuytren pour concurrent, et le succès couronna encore ses efforts. A vrai dire, ce n'était plus dans un tournoi scientifique, c'est-à-dire dans un combat engagé publiquement ; c'était dans une simple *présentation !*

Les connaissances de M. Duméril étaient très-variées, on le savait ; c'est pourquoi, en 1818, on lui permit de passer de la chaire d'anatomie et de physiologie à celle de *pathologie interne*, devenue vacante par la mort du professeur Bourdier. Après les déplorables destitutions de 1823, il fut chargé de nouveau de l'enseignement de la *physiologie*, et en 1830, lors du retour à la légalité, il reprit sa chaire de *pathologie interne*.

Ce qui prouvait bien plus encore les aptitudes nombreuses dont la nature avait doué notre confrère, c'est que déjà, depuis 1803, il suppléait au Muséum d'histoire naturelle le célèbre continuateur de Buffon dans l'enseignement de l'erpétologie et de l'ophiologie. Il n'avait pas sollicité cette suppléance, qui lui fut confiée en quelque sorte malgré lui, à une époque où il ne s'était pas encore occupé d'une manière spéciale des reptiles et des poissons. A partir de ce moment, il se livre avec une ardeur infatigable à l'étude de ces deux grandes classes d'animaux, généralement peu recherchés et peu connus : les premiers, à cause du dégoût qu'ils inspirent et des venins qu'ils inoculent; les seconds, à cause des profondeurs qui les recèlent et du milieu qui les protége. Il éclaircit, complète, perfectionne l'histoire et la classification des uns et des autres, mais en conservant toujours pour l'entomologie (sa chère entomologie !) le même amour et le même empressement !

M. Duméril réussit, du reste, en abordant son nouveau cours, comme il avait réussi en enseignant l'anatomie.

Il était encore chargé de cette même suppléance (1812), lorsque le gouvernement créa une chaire de zoologie et de physiologie à la Faculté des sciences de Paris. Un concours fut ouvert ; M. Duméril se présenta. Disons-le tout d'abord, il n'obtint pas la chaire. Cet échec fut-il déterminé uniquement par l'érudition féconde, par le savoir original, la verve oratoire, le mérite incontestable de son brillant compétiteur, ou bien, comme on l'a dit, par l'influence inattendue d'un protecteur illustre, qui avait entouré son adversaire de *tous les moyens de succès?* Dans le doute, il serait peut-être plus convenable de croire à la sincérité des épreuves et à l'impartialité du jugement ! M. Duméril aurait donc éprouvé, dans cette lutte avec Blainville, ce que, dans une autre circonstance, Dupuytren avait éprouvé avec lui !

Plus heureux au Jardin des plantes (1825), il fut nommé professeur en titre de la chaire d'erpétologie et d'ophiologie. Ce choix n'eut pas lieu à la suite d'un concours, mais à la fin d'une suppléance qui avait duré... vingt-deux ans ! Dans cette longue épreuve, l'ardeur de M. Duméril n'avait pas faibli un seul instant, et il avait montré un mérite bien rare à toutes les époques et dans toutes les carrières : celui de n'être pas pressé ! M. Duméril a conservé cet enseignement d'histoire naturelle jusqu'en 1856, époque où il a donné sa démission et où il est devenu professeur honoraire.

Ainsi, Messieurs, vous venez de le voir, notre savant confrère a été professeur pendant cinquante-quatre ans au Jardin des plantes, et pendant cinquante-neuf à la Faculté de médecine. Peu de membres de l'Université ont parcouru un carrière aussi longue et aussi

belle. M. Duméril a connu parmi nous 87 collègues; il en a vu mourir 64 ! Je n'ai pas compté le nombre des jeunes gens qu'il a interrogés !... Ses premières leçons ont été suivies par les pères de plusieurs professeurs actuels et par les grands-pères de beaucoup d'élèves qui m'écoutent !...

M. Duméril faisait donc marcher de front l'enseignement de la médecine et celui de l'histoire naturelle; et, chose extraordinaire, il avait encore le temps de voyager, de se livrer à la pratique de notre art et d'organiser les collections du Muséum.

Le gouvernement l'envoya avec Desgenettes, en 1804, à Pithiviers, pour déterminer la cause et conjurer les effets d'une épidémie qui causait de grands ravages; et en 1805 en Espagne, pour étudier la nature et les progrès de la fièvre jaune qui désolait l'Andalousie.

En 1814, il fut nommé médecin des hôpitaux; il en a rempli les fonctions avec un zèle scrupuleux durant quarante années.

Pendant tout ce temps, il voyait des malades et donnait des consultations. Sa pratique était prudente et heureuse. La justesse de son discernement était singulièrement favorisée par la maturité de son expérience. Notre confrère trouvait d'ailleurs dans cette douce habitude d'être utile à ses semblables un genre particulier d'occupations qui convenait merveilleusement aux besoins affectueux de son âme et de son cœur.

On l'a déjà dit, « le Muséum d'histoire naturelle lui doit la création non-seulement de la plus belle collection erpétologique qui existe, mais aussi celle d'une ménagerie pour les reptiles, entreprise qui n'avait été tentée par aucun naturaliste, et qui est considérée aujourd'hui comme une partie nécessaire de tout grand établissement zoologique. » (Milne-Edwards.)

Les exigences de l'enseignement et l'exercice de la médecine n'arrêtèrent jamais M. Duméril dans ses recherches d'histoire naturelle et dans la publication de ses travaux. Il est vrai qu'après vingt ans d'une pratique médicale très-active, il crut devoir renoncer à sa nombreuse clientèle pour se consacrer tout entier à la science.

Ses ouvrages sont nombreux et variés; son premier travail paraît être un mémoire sur la *respiration des plantes*, daté du 10 septembre 1792, et resté manuscrit. Sa première publication est le projet d'une nouvelle *nomenclature anatomique*, présenté en 1796 à la Société philomatique de Paris.

M. Duméril a rédigé par ordre du Premier Consul des *Éléments sur les sciences naturelles*. Ce livre, destiné aux divers établissements d'instruction publique, est dédié à Cuvier; il a eu cinq éditions.

Mais les ouvrages qui font sans contredit le plus d'honneur à notre savant collègue, ce sont la *Zoologie analytique*, l'*Erpétologie générale*, l'*Ichthyologie analytique*, et l'*Histoire générale des insectes*.

La *Zoologie analytique* est un exposé savant, fidèle et concis du règne animal, distribué en petits tableaux synoptiques, clairs et commodes, dans lesquels la filiation des genres est admirablement combinée avec la netteté des distinctions.

La *Zoologie analytique*, comme le dit l'auteur lui-même, présente, pour l'époque où elle a été publiée, *le résumé ou le bilan de la science*. Ce livre est un de ceux qui ont le plus répandu le goût et l'habitude des classifications régulières, et qui ont le plus influé sur les progrès et sur l'enseignement de la zoologie. Un illustre naturaliste a regardé la *Zoologie analytique* comme une des gloires de la France.

L'*Erpétologie générale* n'a pas moins de dix volumes. C'est l'ouvrage le plus considérable de notre laborieux confrère, c'est le plus complet et le plus important que l'on possède sur cette branche de la zoologie (Milne-Edwards). Il présente l'histoire de 1341 espèces de reptiles! L'auteur l'a rédigé avec le concours de son aide-naturaliste M. Gabriel Bibron, et de son fils, M. Auguste Duméril. Le premier a été enlevé à la science par une mort prématurée, au moment où la solidité de ses recherches allait donner de l'éclat à sa réputation. Le second, d'abord notre collègue dans cette Faculté, occupe aujourd'hui dignement au Muséum d'histoire naturelle une chaire importante, qui doit lui rappeler les plus doux souvenirs, offrant en même temps un nouvel exemple de l'utilité des études médicales pour les progrès de la zoologie.

L'*Ichthyologie analytique* embrasse tous les genres de poissons connus, et les réunit en trois sous-classes et en quarante-trois familles. Une érudition choisie et une très-heureuse combinaison de la méthode naturelle et du classement artificiel distinguent cet ouvrage capital de tous ceux qu'on a composés sur ce groupe d'animaux. L'auteur montre partout un jugement sévère, un tact exquis et une connaissance approfondie de la structure des poissons.

L'*Histoire générale des insectes* ressemble à l'*Ichthyologie* par l'esprit philosophique qui en a dirigé la classification; mais dans cette dernière œuvre, l'auteur, tout en s'occupant des formes et des rapports, insiste d'une manière spéciale sur les fonctions et sur les mœurs.

Vous le voyez, Messieurs, l'entomologie a toujours occupé notre savant collègue; amusement de son enfance, distraction de son âge mûr, elle est devenue le bonheur de sa vieillesse. L'*Histoire naturelle des insectes* peut être considérée comme son testament scientifique. Ce livre, composé par un octogénaire, est écrit avec beaucoup d'ordre, de concision et de lucidité; il rend la science gracieuse et facile à ceux qui ne la connaissent pas encore, il la montre digne et respectable à ceux qui ne sont pas appelés à la connaître.

Tant de travaux, ai-je besoin de vous le dire, Messieurs, devaient fixer sur M. Duméril l'attention des Compagnies savantes. A l'âge de vingt-six ans, il était déjà membre de huit Académies. Le 26 février 1816, il fut élu membre de l'Institut, et lors de la création de l'Académie de médecine, on s'empressa de l'inscrire parmi les titulaires. Vers la fin de sa carrière, il appartenait aux principales Sociétés savantes de l'Europe.

M. Duméril était plutôt observateur ingénieux que hardi généralisateur. Les longs enchaînements d'idées, les larges vues d'ensemble, ne convenaient pas à son esprit. Il aimait mieux chercher des faits nouveaux, éclaircir des observations obscures, analyser, peser, coordonner les connaissances acquises, qu'associer philosophiquement par la synthèse les matériaux recueillis par les autres ou découverts par lui.

Cependant il n'était pas indifférent aux grands mouvements et aux transformations de la science, et savait à propos s'élancer dans les nouvelles voies. C'est ainsi qu'il a été le premier à distribuer par familles naturelles la classe si nombreuse des insectes, à une époque où les arrangements systématiques dominaient encore toutes les études et paralysaient tous les progrès.

M. Duméril appartenait à l'école de Linné par l'élégance et l'euphonie de sa nomenclature, par le choix et l'opposition de ses caractères, par l'économie et la clarté de ses descriptions. Il suivait, pour ainsi dire pas à pas, les admirables compositions de cet immortel modèle dans l'ordonnance rigoureuse des ensembles et dans l'enchaînement symétrique des détails.

Mais il était de l'école de Cuvier par le nombre et la variété de ses anatomies, par la sagacité avec laquelle il déterminait les organes, par la rigueur qu'il apportait dans leur comparaison, et surtout par les applications qu'il en faisait à la zoologie.

Moins concis que le grand naturaliste suédois, moins aphoristique et moins profond, il était plus zoographe que l'illustre anatomiste français, plus classificateur et plus élémentaire.

Malgré sa réserve habituelle, il s'est laissé entraîner une fois par les séduisantes méditations de l'anatomie philosophique. Il a démontré l'analogie de composition qui existe entre les os de la tête et les vertèbres, analogie remarquable déjà entrevue par un grand poëte, mais rejetée comme une rêverie. M. Duméril a donc contribué, pour sa part, au développement de ces belles et fécondes théories (et ici, Messieurs, dans cet ordre d'idées, que le mot ne vous effraye pas), de ces théories qui ont exercé depuis cinquante ans une influence si heureuse sur les progrès de l'anatomie comparée et de l'histoire naturelle. Il fut malheureusement détourné de cette voie par les conseils et par l'exemple de son illustre maître. Une mauvaise plaisanterie sur la *vertèbre pensante* était à cette époque un argument sérieux. Le moment n'était pas venu où l'érudition et l'éloquence devaient se trouver impuissantes pour arrêter la marche et le triomphe de la nouvelle anatomie.

Scrutateur de la nature, enthousiaste, consciencieux et plein de finesse, notre savant confrère se rattache aussi, par plus d'un lien, à cette brillante et glorieuse phalange de naturalistes éminents qui compte dans son sein les Réaumur, les Lyonnet, les de Géer.... Nous trouvons, dans le grand ouvrage qui couronne sa carrière, des observations patientes et délicates, quelquefois neuves, souvent piquantes, toujours exactes, sur ces petits animaux industrieux qui nous étonnent par leur instinct encore plus que par leur organisation, et dont nous ne saurions trop admirer les associations ou les travaux, les ruses ou les combats, les chants ou les amours !...

In his tam parvis.... quæ ratio? quanta vis! quam inextricabilis perfectio!

M. Duméril était doué d'une activité puissante et passionnée; son ardeur pour l'étude et sa constance dans les investigations ont été les mêmes à toutes les époques de sa vie; il semblait craindre le repos! Son premier mémoire remonte à 1792, son dernier travail a paru en 1860. Il avait à peine 18 ans quand il écrivait sur la *respiration des plantes*, il en comptait 87 lorsqu'il présenta son grand ouvrage sur les insectes à l'Institut.

On remarquait dans notre collègue un esprit réfléchi et en même temps une vivacité singulière, rarement contenue, souvent même accompagnée d'un peu de pétulance. Sa conversation était variée, instructive, attachante, parfois animée d'une mimique expressive qui n'appartenait qu'à lui. Il avait à un haut degré le sentiment de l'ordre; il distribuait si bien ses heures de travail et classait si heureusement ses livres, ses extraits et ses observations, qu'il pouvait suffire aux ouvrages les plus étendus et aux occupations les plus diverses. Comme Lacépède, il appliquait la méthode des naturalistes à l'emploi de son temps, à ses études.... et même à ses distractions. Il observait très-rigoureusement la règle et le devoir : c'était le plus exact des professeurs. Je me trompe; il avait un rival de ponctualité dans un savant collègue (1), dont les années ne ralentissent pas le zèle et dont le zèle honore les années.

Naturellement bon, généreux et serviable, M. Duméril ne refusa jamais de seconder le travail des autres par de précieuses communications et de venir en aide aux médecins, aux naturalistes et aux élèves malheureux. Il semblait supporter un revers quand il refusait un suffrage, et solliciter une grâce quand il plaçait un bienfait. Il encourageait quand il ne louait pas (I. Geoffroy Saint-Hilaire). La bienveillance régnait dans ses démarches, dans ses écrits, dans toutes ses paroles.... et surtout dans *les examens*.

Il avait une modestie peu commune. Quelqu'un lui disait un jour : « Vous aviez dû faire des études bien profondes pour l'emporter sur Dupuytren. » Il répondit avec bonhomie : *Mais non; j'ai réussi, parce qu'à cette époque Dupuytren n'était pas fort.* Paroles remarquables, Messieurs, qui renferment un double enseignement : c'est d'abord une modestie naïve, qui a traversé intacte un demi-siècle de succès; c'est ensuite une défaite méritée, qui n'a pas découragé, au début de sa carrière, un jeune homme plein d'ardeur, devenu bientôt une des plus grandes illustrations de l'art chirurgical.

M. Duméril avait une conscience droite et pure, et un cœur franc et ouvert. Homme de principes et de caractère, il savait vouloir et résister. Il se décidait vite, quelquefois même un peu trop vite, et portait l'énergie de ses résolutions jusqu'à l'inflexibilité.

Ses amitiés étaient solides. Il a vécu dans l'intimité des hommes les plus illustres de son temps, et a su leur inspirer des sentiments aussi vifs et aussi durables que ceux qui le rendaient lui-même si aimant et si affectueux.

Il chérissait par-dessus tout la Faculté tutélaire dans laquelle il avait complété son instruction, préparé ses travaux, reçu des encouragements, trouvé une carrière et rencontré de vrais amis! Il aurait pu nous dire, et avec autant de vérité, ce que Fontenelle disait une fois à l'Académie française :

« Un demi-siècle passé parmi vous, Messieurs, m'a fait un mérite; mais je me flatte d'en avoir un autre, c'est mon attachement pour mes confrères. »

L'amour des distinctions et des honneurs n'a jamais été le mobile de ses écrits ni de ses actes, et son désintéressement a toujours marché de pair avec sa probité.

Lorsque Cuvier fut nommé secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, il laissa une place vacante dans la section d'anatomie et de zoologie. Le grand naturaliste était alors à Bordeaux. Il écrivit la lettre suivante à son élève et collaborateur :

« Je n'ai jamais été si embarrassé de ma vie que je le suis à présent entre vous trois, Geoffroy Saint-Hilaire, Alexandre Brongniart et toi. Je voudrais que vous arrangeassiez entre vous lequel je dois servir. L'inclination me porte pour toi; la reconnaissance pour Geoffroy, auquel je dois en quelque sorte toute mon élévation actuelle; Brongniart, de son côté, ne se fâchera-t-il pas contre vous et contre moi?... Cela me tourmente....

« Tout bien calculé, que penses-tu pas que mon devoir est de donner les premières voix à Geoffroy? C'est à ton amitié que je m'en rapporte. C'est sans doute la plus grande preuve que je puisse te donner de mon estime que de te consulter dans ta propre cause. »

On ne connaît pas au juste la réponse de M. Duméril; on sait seulement qu'*il ne se présenta pas, et que Cuvier vota pour Geoffroy Saint-Hilaire!*

M. Duméril est arrivé à une vieillesse pour ainsi dire exceptionnelle; il a dû cet avantage à la force de sa constitution et à la régularité doucement austère de sa vie.

Il me semble voir encore au milieu de nous ce Nestor de la science, à taille élancée et droite, à démarche ferme et assurée, à figure à la fois grave et bienveillante. Ses beaux cheveux blancs commandaient le respect, et sa bouche souriante appelait la confiance. Il avait un air méditatif, mais enjoué; des manières sérieuses, mais prévenantes; de l'assurance sans contrainte et de la dignité sans froideur. Sa vie a été calme et heureuse; il a éprouvé dans la société toutes les satisfactions de l'honnête homme; il a goûté dans sa famille toutes les joies du cœur et de l'esprit. Les angoisses de la maladie lui ont été épargnées; après une vieillesse exempte de caducité, la Providence a voulu lui envoyer une mort exempte de souffrance. Admirable de résignation et de tranquillité, il s'est endormi paisiblement à l'âge de quatre-vingt-sept ans, avec toute la lucidité de son esprit, après quelques jours de malaise ou de difficulté de vivre.

Messieurs, le souvenir de M. Duméril restera profondément gravé dans les annales de la science. La gloire de son nom est associée à une des plus mémorables époques de l'histoire naturelle. Il a été parmi nous le dernier représentant de cette génération puissante qui a illustré la fin du dernier siècle et le commencement du siècle actuel. Nous chercherons longtemps un esprit aussi positif, des convictions aussi généreuses et des conseils aussi utiles.

Le nombre, la variété et l'importance des travaux de M. Duméril l'ont rendu, sinon l'égal, du moins l'auxiliaire de Linné, de Réaumur et de Cuvier. Il est au-dessus de Gouan et de Bloch, et sur la même ligne que Fabricius et que Latreille.

Les grâces de son esprit, l'urbanité de ses manières et la sincérité de ses affections, en ont fait un professeur chéri par ses collègues, par ses disciples et par tous ceux qui l'ont connu.

Puissent cette belle intelligence et ce noble cœur servir de modèle à la jeunesse d'élite réunie dans cette enceinte; qu'elle s'efforce de marcher dans la voie studieuse que M. Duméril a si bien parcourue; qu'elle imite son désintéressement, sa modestie et sa bonté; elle honorera ainsi une des professions les plus utiles, une des écoles les plus célèbres, et méritera la même considération, les mêmes éloges et les mêmes regrets.

(Ce discours a été accueilli par les applaudissements unanimes de l'assemblée.)

Prix des élèves de l'École pratique.

M. GAVARRET proclame les noms des lauréats de l'École pratique :

1° *Grand prix* (médaille d'or) : M. Raynaud;

2° *Premier prix* (médaille d'argent) : M. Mousteu;

3° *Mention honorable* : MM. Dujardin-Beaumetz, Dodeuil.

— *Prix Corvisart.* La question proposée pour l'année 1862 est la suivante : « *De l'influence des diurétiques dans les maladies du cœur.* »

RENTRÉE DE L'ÉCOLE ET DE LA SOCIÉTÉ DE PHARMACIE DE PARIS.

L'École supérieure de pharmacie de Paris a fait sa rentrée le mercredi 13 novembre, à une heure, sous la présidence de M. Bussy, directeur de cette École.

M. Guibourt, professeur de matière médicale, a ouvert la séance en donnant lecture d'un travail sur l'opium et sur les quantités de morphine qu'il doit renfermer dans les conditions normales.

M. Buignet, professeur de physique et secrétaire général de la Société de pharmacie, a exposé le compte rendu des travaux de cette Société et les heureuses applications qu'elle a faites des sciences physiques et naturelles pendant le cours de l'année.

M. Cap a lu ensuite une notice biographique sur Pierre Coudenberg, apothicaire belge et botaniste célèbre, qui vivait au quinzième siècle.

Enfin, M. Réveil, au nom d'une commission désignée par la Société de pharmacie, a lu un rapport sur le concours relatif au prix que cette Société a fondé tout nouvellement, et qu'elle a désigné sous le nom de *prix des thèses*.

La séance s'est terminée par la distribution des prix.

M. Biasson a obtenu le prix de 1re année de l'École de pharmacie;

M. Poulain, le prix de 2e année;

M. Petit, le prix de 3e année;

M. Achille Valenciennes a obtenu le prix des thèses de la Société de pharmacie.

EXAMEN COMPARATIF

des méthodes aujourd'hui en usage pour l'ablation des tumeurs hémorrhoïdales (1).

Par M. le Dr BARTHÉLEMY (de Saumur), médecin-major en retraite.

Méthode de M. Chassaignac pour l'ablation des tumeurs hémorrhoïdales par l'écraseur linéaire. — Pendant que le malade est en état d'insensibilité anesthésique, on introduit dans l'anus une érigne divergente à six branches, se terminant chacune par une pointe acérée et recourbée sous forme d'hameçon. On ramène à soi la canule qui tient ces six branches rapprochées,

(1) M. Adelon.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 12 novembre.

afin de les laisser s'écarter; exerçant alors une traction modérée d'abord, et plus forte ensuite, on s'assure de la solide implantation des crochets, implantation, disons-le en passant, qui doit se faire dans l'épaisseur des tumeurs hémorrhoïdales et dans la muqueuse elle-même, dans les points qui n'offrent pas de tumeurs; on amène au dehors toute la partie inférieure de la muqueuse rectale avec les tumeurs qu'elle supporte. Une forte ligature est jetée en arrière de tout ce qui fait saillie; on la serre avec force, de manière à former un pédicule sur lequel doit agir la chaîne de l'écraseur. L'instrument est mis en jeu; on le fait marcher lentement et dans la proportion de quinze secondes par chaque cran de sa crémaillère. En général, la tumeur est détachée en dix minutes.

En voyant ce procédé, on frissonne à l'idée de ce harpon multiple qui va s'attacher dans l'anus à tout ce qu'il rencontre, et qui renverse au dehors toute la partie inférieure de la muqueuse rectale, assez aisément quand les tumeurs sortent, et nécessairement avec une certaine violence lorsque les tumeurs ne se montrent jamais hors de l'anus.

L'application de la méthode de M. Chassaignac est tellement douloureuse, que l'emploi du chloroforme est absolument indispensable. M. Chassaignac dit bien qu'il ne donne jamais de chloroforme que ce qu'il faut pour obtenir la tolérance anesthésique... Mais quand ses opérations, au lieu de ne durer que dix à douze minutes (ce qui est déjà passablement long), se prolongent pendant quinze, vingt et même trente-cinq minutes, comme dans la dix-septième observation de son mémoire, alors il est bien forcé, pour maintenir l'insensibilité, de faire respirer des quantités de chloroforme capables de produire l'état de collapsus qu'il redoute tant et avec raison.

On peut donc dire que l'emploi forcément prolongé du chloroforme, en faisant naître les dangers que chacun sait, est un des vices radicaux du procédé de M. Chassaignac. Eh bien! à mon avis, c'est peu de chose à côté des dangers plus grands qu'il présente au point de vue de l'hémorrhagie!

Lorsque M. Chassaignac fit connaître son procédé, il fut accueilli avec faveur par la généralité des praticiens, à cause de la presque immunité qu'il promettait sous ce rapport. Mais l'illusion ne dura pas longtemps. Déjà, dans son mémoire, en 1858, cet honorable confrère cite lui-même des cas où le sang a paru assez abondamment.

Un assez grand nombre de confrères m'ont cité des cas d'hémorrhagie dont ils avaient été témoins à la suite de ce mode opératoire.

Pour ne pas l'accuser trop légèrement, j'ai cru devoir remonter à la source de trois faits où le procédé de M. Chassaignac, appliqué par lui-même, avait donné lieu à de graves hémorrhagies, à Passy, à Monceaux, et à Lariboisière même.

Une chose remarquable, c'est que dans ces trois opérations la perte de sang a eu lieu le soir ou le lendemain; ce qui me porterait à l'expliquer ainsi : le rectum, dans sa partie ampullaire, est bien loin d'être un organe immobile. Vide le matin quand on opère, il se remplit dans le courant de la journée de matières qui le distendent. Les orifices des vaisseaux intéressés deviennent béants par le déplissement des tissus agglutinés et condensés tout d'abord sous l'action de l'écraseur, et alors le sang coule plus ou moins abondamment : de telle sorte que la méthode de l'écrasement linéaire, qui préserve de l'hémorrhagie dans une infinité d'autres circonstances, vient assez souvent échouer dans le rectum contre les tumeurs hémorrhoïdales.

Ce qui complique ce côté faible de l'opération de M. Chassaignac, c'est la presque impossibilité où se trouve le chirurgien de se servir d'un hémostatique quelconque, à cause de l'intolérance, par excès de douleur, de la surface intéressée.

Un autre inconvénient appartenant en propre à ce procédé, c'est la possibilité de l'occlusion de l'anus par l'agglutination de la plaie à elle-même sous l'empire de la violente contraction des sphincters.

Cet accident paraît avoir donné bien de la tablature à l'honorable M. Chassaignac, qui en fin de compte ne cherchait plus à opérer le décollement qu'au bout de vingt-quatre heures, et en imposant même alors au patient les douleurs les plus vives.

La réaction sur le col de la vessie, aussi forte qu'avec le cautère actuel, nécessite souvent le cathétérisme.

La plaie reste longtemps très-douloureuse; aussi les premières garde-robes sont-elles des plus pénibles.

Si cette plaie se cicatrise un peu plus rapidement que dans les deux autres procédés, elle a le grave inconvénient de donner lieu parfois à des rétrécissements consécutifs de l'anus. La marche concentrique de la cicatrisation d'une plaie circulaire conduit pour ainsi dire mathématiquement à ce fâcheux résultat : c'est ce qu'a fort bien démontré M. Verneuil à la Société de chirurgie.

Tout en convenant de la possibilité de ces rétrécissements, M. Chassaignac a prétendu qu'ils tenaient à de faibles brides formées par la muqueuse; mais on lui a cité un praticien de province qui, à la suite de l'application de l'écrasement linéaire, avait été obligé d'employer le bistouri pour détruire un rétrécissement anal organique.

D'après ce qu'il m'a été possible d'apprendre, il paraîtrait que des phlébites avec résorption du pus ont donné une issue fatale à plusieurs opérations faites avec l'écraseur. Bien que ce grave accident puisse survenir quel que soit le procédé que l'on emploie, par la raison que les veines sont susceptibles de s'enflammer chaque fois que l'on entame leurs parois, je serais néanmoins porté à croire que cette méthode y prédispose davantage.

Cette critique de la méthode de M. Chassaignac ne doit pas m'empêcher de reconnaître que, dans les mains aussi habiles qu'exercées de cet éminent chirurgien, elle produit la plupart du temps de très-beaux résultats. J'ai appris d'ailleurs récemment, dans une visite que j'ai faite à Lariboisière, que M. Chassaignac avait modifié radicalement son opération.

Aujourd'hui, m'a-t-on dit, il n'ampute plus circulairement toute la partie inférieure de la muqueuse rectale; il se borne, en passant la chaîne de son écraseur à travers les tumeurs, à en enlever seulement la moitié ou les deux tiers, suivant les cas. Cette nouvelle manière de faire, qui ne surprend point de la part d'un praticien doué de la plus grande sagacité chirurgicale, atténue sans doute une partie des objections qui s'adressaient à son procédé primitif.

Et cependant, comme cette méthode a toujours pour vices fondamentaux, à mes yeux du moins, la douleur excessive qu'elle occasionne, par suite l'emploi forcé et souvent très-prolongé du chloroforme, la possibilité de graves hémorrhagies, surtout aujourd'hui que la chaîne chemine au milieu des tissus érectiles, je crois toujours devoir donner la préférence au procédé plus sûr que je vais décrire, et qui sera un des titres de gloire d'Amussat.

Cautérisation par le caustique de Vienne; procédé d'Amussat. — Ce procédé consiste, comme on le sait, à saisir les tumeurs hémorrhoïdales à leur pédicule ou à leur base dans des pinces droites ou en T, offrant des rainures avec ou sans recouvrement, que l'on remplit de caustique Filhos et qu'on laisse en place trois minutes au moins, quatre minutes au plus. Un irrigateur ou clysopompe verse de l'eau froide, tant sur l'anus que sur les instruments en place, pendant tout le temps que dure l'opération.

Ce n'est qu'après de nombreux tâtonnements qu'Amussat est arrivé à ce procédé si simple et si ingénieux.

Au commencement de 1849, ce chirurgien m'invita à l'aller voir opérer un malade. J'observai toutes choses avec attention et suivis le malade, qui avait deux tumeurs, une grosse et une petite : cette dernière fut épargnée.

Vers le sixième jour, l'hémorrhoïde cautérisée se détacha sans écoulement de sang. Au bout de quinze jours, la guérison était parfaite.

La facilité avec laquelle cet admirable résultat fut obtenu me frappa, et dès lors je renonçai au fer rouge, qui m'avait procuré quelques belles guérisons sans doute, mais au prix de douleurs telles que le souvenir m'en est encore pénible.

— M'inspirant toujours des préceptes du maître, voici, avec quelques légères modifications, comment j'opère depuis douze ans.

J'étudie avec le plus grand soin les tumeurs, leur nombre, leur volume et leur point d'implantation. C'est après avoir donné au malade ou un léger purgatif ou des lavements, que je procède minutieusement à cet examen, d'où dépend en quelque sorte le sort de l'opération. Il faut, en effet, une certaine expérience pour déterminer de suite de quel instrument on devra préférablement se servir.

Lorsqu'il s'agit de tumeurs situées soit dans la cavité de l'intestin, soit dans l'espace intra-sphinctérien, ne sortant jamais entièrement de l'anus, mais se montrant seulement à l'orifice anal, je les saisis sur place avec la pince droite d'Amussat, qui ressemble à un compas, ou avec celle que j'ai fait courber un peu sur le plat, pour qu'elle s'accommode mieux à la cavité rectale.

Les tumeurs sortent-elles tout à fait au dehors, soit seules, soit en entraînant un bourrelet plus ou moins volumineux de muqueuse, je les attaque en travers avec la pince en Y d'Amussat. Si la portion de muqueuse prolapsée est peu considérable, je la néglige pour brûler bien à leur base les tumeurs implantées sur elle.

En agissant ainsi, j'ai plusieurs fois réussi et à détruire les tumeurs et à faire disparaître à jamais le bourrelet de muqueuse qui contracte des adhérences, grâce à l'inflammation qui se développe toujours pour l'élimination des eschares.

Tel fut le cas d'un malade que j'ai opéré aux Invalides, avec l'assistance de mes honorables confrères et amis MM. Robert et Amussat fils.

— Lorsque le prolapsus de la muqueuse est tel qu'il existe un de ces bourrelets monstrueux, semblable à celui dont parle M. Alphonse Amussat à la fin de son mémoire de 1854, ou à celui du sapeur Gibaud, du 15e de ligne, que nous opérâmes à l'hôpital du Gros-Caillou avec mon honorable collègue et ami M. le baron Larrey, alors les pinces en T doivent être appliquées plus ou moins haut sur la muqueuse prolapsée elle-même.

Quand un bourrelet volumineux occupe tout le pourtour de l'anus, je l'attaque avec deux pinces en T, et cela dans le même moment. Généralement il se présente de petites intersections, qui permettent de bien placer les extrémités des pinces.

Je préfère l'emploi de deux pinces à une seule qui saisirait le paquet dans toute son épaisseur et à sa base, afin de ne point avoir quatre duplicatures de membrane à détruire, et d'éviter plus tard une plaie circulaire, chose toujours mauvaise en ce lieu.

En thèse générale, je cautérise en une seule opération tout ce que je crois devoir enlever.

Conformément au précepte d'Amussat, je laisse presque toujours une des tumeurs, la plus petite et la moins malade. Je me suis jusqu'à présent bien trouvé de cette précaution, et je me persuade que cette tumeur, qui se flétrit, du reste, plutôt qu'elle ne se développe, jointe à un certain état de turgescence hémorrhoïdaire de la muqueuse rectale, conjure les accidents possibles dans l'avenir.

Pour pratiquer l'opération, je place le malade sur le bord de son lit, comme pour l'opération de la fistule. Un long morceau carré de toile cirée est glissé sous le siége. On attache avec une épingle les deux angles inférieurs de cette toile, de manière à former une large gouttière qui doit conduire dans un bassin l'eau froide qu'un aide dirige continuellement sur l'anus et sur les instruments au moyen d'un irrigateur ou d'un clysopompe.

Si je me sers des pinces droites, je préfère celles qui n'ont aucun recouvrement, parce que ces dernières laissent entre elles et les tissus, au moment où l'on tourne les lamelles, un léger espace par lequel le caustique en fusion peut se répandre sur les parties voisines. D'ailleurs, avec la pince droite articulée comme un compas, on saisit plus sûrement les tumeurs, quelque haut qu'elles soient implantées, et l'on peut plus aisément aussi les attirer en dehors.

J'introduis ces pinces fermées et soigneusement huilées; je les écarte et les porte rapidement sur le pédicule ou la base des tumeurs, que je presse assez fortement pour empêcher le caustique de sortir des rainures. Si, dans ce temps de l'opération quelques parcelles de caustique restent sur la surface de la tumeur, je les enlève soigneusement avec mon index droit trempé dans l'huile, ou bien en faisant un lavage avec l'irrigateur. Lorsque j'applique les pinces en T, j'ai soin, au moment où je mets le caustique à nu, de serrer l'écrou assez fort pour amortir la sensibilité. Toutefois, je ne pense pas qu'il faille aller jusqu'à l'écrasement des tissus, ce qui serait aussi douloureux qu'inutile, puisque le caustique est là, faisant œuvre de destruction.

Je laisse le caustique Filhos en contact avec les tissus trois minutes au moins, et quatre ou cinq minutes au plus, suivant l'épaisseur des parties à cautériser. Les pinces enlevées, je débarrasse les tumeurs des plus minimes parcelles de caustique, soit avec mes doigts trempés dans l'huile, soit en faisant continuer l'irrigation d'eau fraîche; puis je les fais rentrer dans l'anus. Je plonge immédiatement le siége dans un vase rempli d'eau froide en été, et tiède en hiver, pendant une bonne heure.

J'ai pris le parti de réduire le paquet cautérisé avant de donner le bain, parce qu'il m'est arrivé deux fois d'éprouver beaucoup de difficulté en n'opérant cette réduction qu'après le bain.

Le malade est remis au lit avec des compresses d'eau froide sur l'anus ou un sachet de glace pilée. Un peu plus tard des cataplasmes froids, arrosés de laudanum, et des onctions dans l'intestin avec une sonde en gomme élastique enduite de cérat opiacé ou belladoné, soulagent beaucoup le malade. Ce dernier moyen surtout apaise le ténesme anal. J'ordonne enfin une boisson fraîche, et le soir de l'opération un bouillon seulement.

Tous les soirs je fais prendre 3 ou 4 centigrammes d'extrait thébaïque pour provoquer la constipation.

Autrefois on prescrivait dès le lendemain de l'opération de petits lavements émollients et huileux pour évacuer les fèces avant qu'elles fussent durcies. L'expérience nous a conduits, M. Amussat fils et moi, à prendre le contre-pied de cette manière d'agir. Nous avons cru voir que les efforts de défécation trop rapprochés de la cautérisation étaient toujours pénibles, et même un peu dangereux au point de vue de la dilacération possible des eschares, et par suite de l'hémorrhagie. Nous avons en conséquence pris le parti de chercher à n'avoir de garde-robes qu'au bout de cinq ou six jours.

Dans la dernière opération que j'ai pratiquée, j'ai maintenu la constipation pendant dix jours par le mode d'alimentation susmentionné et par l'administration chaque soir de l'extrait gommeux d'opium.

Cette tentative a été couronnée d'un plein succès, puisqu'au septième jour les tumeurs se sont détachées sans le moindre écoulement de sang, et que le sixième jour, avec 30 grammes d'huile de ricin dans une tasse de bouillon, suivie une heure après d'un lavement émollient et huileux, j'ai obtenu une première garde-robe presque sans douleur, chose bien rare, comme on sait.

Sans prétendre que le procédé d'Amussat pour l'ablation des tumeurs hémorrhoïdales soit exempt des inconvénients inhérents à une opération quelconque faite sur un organe pourvu d'autant de vaisseaux et de nerfs que le rectum à son extrémité inférieure, je vais essayer de démontrer que ces inconvénients sont bien moindres que par l'emploi du fer rouge ou de l'écraseur de M. Chassaignac.

Si l'on fait, en effet, l'examen comparatif de ces trois méthodes sous leurs divers aspects, on voit :

1° Que l'opération par le fer rouge ou l'écrasement donne une grande frayeur aux malades, tandis que l'on se fait aisément à l'idée d'une cautérisation avec une pâte caustique appliquée seulement sur le pédicule d'une tumeur;

2° Que l'extrême douleur causée par les deux premières méthodes rend indispensable l'emploi du chloroforme, tandis qu'on peut fort bien s'en passer par le procédé d'Amussat, où la douleur est supportable, grâce à l'irrigation d'eau fraîche, et quand on a soin d'opérer sur des tumeurs exemptes d'inflammation;

3° Que l'hémorrhagie qui se manifeste quelquefois dans l'emploi du cautère actuel, et qui par l'écrasement linéaire prend assez souvent encore les plus graves proportions, est chose inconnue dans notre procédé (je suis autorisé à affirmer que si, dans les 83 opérations d'Amussat, les 23 faites par son fils et les 20 faites par moi-même, il s'est écoulé quelques gouttes de sang lors du détachement des eschares, il n'y a jamais eu d'hémorrhagie proprement dite);

4° Que les phlébites mortelles qui surviennent quelquefois à la suite du fer rouge ou de l'écrasement linéaire, ne se sont point manifestées dans les 126 opérations pratiquées par

MM. Amussat et moi, et que je n'en connais que deux cas cités par M. Roux (de Toulon), et recueillis sur deux forçats, dont un était tuberculeux ;

5° Que les ténesmes anal et vésical, qui sont souvent très-prononcés, surtout après le cautère actuel, sont assez faibles dans notre mode opératoire pour que l'on ne soit presque jamais forcé de recourir au cathétérisme ;

6° Que la plaie, qui était circulaire et assez large dans l'écrasement, et toujours très-étendue à la suite de la cautérisation par le fer rouge, reste au contraire à peu près linéaire dans notre procédé, surtout aujourd'hui que nous maintenons l'intestin en repos, et que nous ne détruisons point les adhérences que l'inflammation détermine ;

7° Qu'en conséquence nous obtenons la cicatrisation de la plaie au bout de douze ou quinze jours ordinairement ; tandis que dans les deux autres méthodes il y a souvent des suppurations abondantes et interminables, par le cautère actuel surtout !

8° Que les rétrécissements de l'anus, qui sont si fâcheux quand l'action du fer rouge s'est étendue jusqu'aux sphincters, restent étrangers à notre procédé, tout comme à l'écrasement *tel qu'il se pratique aujourd'hui!*

L'ensemble de ces considérations me porte à croire que plus le procédé d'Amussat sera expérimenté par les chirurgiens, plus ils seront enclins à l'adopter comme méthode générale pour la destruction des tumeurs hémorrhoïdales.

Il est en effet d'une application facile, et conduit toujours à d'excellents résultats, avec le moins de dangers possible pour les opérés.

LIQUIDE DU THYMUS. — RÉACTION SPÉCIALE.

L'humeur laiteuse qu'on obtient de la glande thymus préalablement incisée, puis comprimée, présente au microscope des corps sphéroïdaux opalins et très-réguliers dont le diamètre surpasse de peu celui des globules rouges du sang et un liquide ou plasma qui tient ces corps en suspension. M. Tigri a soumis cette tumeur à l'observation microscopique et est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les globules de l'humeur thymique sont formés par une substance spéciale qui se résout, par le contact de l'eau commune, en un corps homogène, demi-transparent, albumineux.

2° Le fait de la transformation albumineuse de se dissoudre dans le champ du microscope par la disparition graduelle des globules après qu'ils ont été baignés par l'eau ; ce n'est pas par une action d'endosmose et une rupture successive de ceux-ci ; mais, au contraire, par la propriété de se dissoudre dans un menstrue aqueux, à la manière des corps pseudo-salubres ; propriété très-singulière et sans autre exemple dans l'histoire des corps globulaires.

3° Si le thymus ou l'humeur thymique a éprouvé des changements pathologiques, la réaction caractéristique et physiologique n'arrive plus.

4° C'est un moyen très-simple d'établir, dans les autopsies des nouveau-nés, s'il y a eu altération pathologique de la glande thymus. (*Bolletino delle Scienze mediche.*)

ESSENCE DE SEMEN-CONTRA NATURELLE.

L'huile essentielle de semen-contra est véneneuse (2 grammes tuent un lapin). Elle n'exerce pas d'action vermifuge, contrairement à toute prévision. On explique ce fait par son absorption dans l'estomac et la partie supérieure de l'intestin grêle, ce qui l'empêche d'arriver au contact des lombrics qui habitent ordinairement plus bas. Son odeur n'est pas désagréable, quoique forte et persistante ; sa couleur est légèrement jaune, sa saveur brûlante. Elle surnage l'eau et se dissout sensiblement dans l'alcool. (*Archiv. für pathol.*, etc.)

GARGARISMES CRÉOSOTÉS.

M. Green a retiré, dit-il, de grands avantages de gargarismes préparés selon l'une des formules suivantes, dans le traitement de l'inflammation chronique de la gorge et de l'angine folliculaire localisée à la muqueuse pharyngienne :

I. Créosote.	24 gouttes.
Teinture de myrrhe.	12 grammes.
Teinture de lavande composée. .	12 —
Sirop simple.	24 —
Eau de fontaine.	150 —

Mêlez.

II. Créosote.	20 gouttes.
Teinture de poivre d'Espagne. .	6 grammes.
Teinture de myrrhe.	12 —
Teinture de lavande composée. .	12 —
Sirop simple.	24 —
Eau de fontaine.	150 —

(*Bulletin de Thérapeutique.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les cours d'hiver de la Faculté, ouverts depuis hier vendredi 15 novembre 1861, auront lieu dans l'ordre suivant :

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
	MM.		
Physique médicale. . . .	Gavarret.	Lundi, mercredi, vendr.	A 11 h.
Pathologie médicale. . .	Natalis Guillot. . .	Lundi, mercredi, vendr.	A 3 h.
Opérations et appareils. .	Malgaigne.	Lundi, mercredi, vendr.	A 4 h.
Chimie médicale.	Wurtz.	Mardi, jeudi, samedi.	A 10 h. 3/4.
Anatomie.	Jarjavay.	Mardi, jeudi, samedi.	A midi.
Pathologie et thérapeutique générales.	Andral, suppléé par M. Axenfeld, agrégé.	Mardi, jeudi, samedi.	A 3 h.
Pathologie chirurgicale.	Denonvilliers.	Mardi, jeudi, samedi.	A 4 h.
Clinique médicale. . . .	Bouillaud.	à la Charité.	Tous les jours, le matin, de 7 à 10 h.
	Piorry.	à la Charité.	
	Rostan.	à l'Hôtel-Dieu.	
Clinique chirurgicale . .	Trousseau	à l'Hôtel-Dieu.	
	Laugier	à l'Hôtel-Dieu.	
	Jobert (de Lamballe).	à l'Hôtel-Dieu.	
	Velpeau	à la Charité.	
Clinique d'accouchements	Nélaton	à l'hôp. de la Faculté.	
	P. Dubois.	à l'hôp. de la Faculté.	

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, BOURBON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur West, médecin de l'hospice de Soultz (Haut-Rhin), membre du conseil d'arrondissement de Colmar, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, MM. Moitessier, Guinier et Pécholier, agrégés en exercice à la Faculté de médecine de Montpellier, ont été autorisés à ouvrir, le premier un cours de toxicologie, le deuxième un cours sur les maladies des enfants, et le troisième un cours de thérapeutique et de matière médicale, dans l'amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de cette ville. (*Montpellier médical.*)

— Un jeune chirurgien de 3e classe, M. Bellangé, embarqué sur l'aviso à vapeur l'*Archimède*, parti de Lorient pour le Sénégal, a péri, dans cette traversée, d'une déplorable façon : par un gros temps, une lame l'a enlevé du pont du navire et englouti dans les flots.

— M. le docteur Decool vient d'être nommé médecin adjoint de l'asile des aliénés d'Auxerre ;

M. le docteur Guérineau médecin adjoint de celui de Blois.

— M. le professeur Trousseau commencera son cours de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu mardi prochain 19 novembre, et le continuera tous les mardis, jeudis et samedis.

— M. le professeur Laugier commencera son cours de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu lundi prochain 18 novembre, et le continuera tous les lundis, mercredis et vendredis.

— M. le docteur Bouchut commencera son cours de pathologie interne à l'Ecole pratique, dans l'amphithéâtre n° 3, le mardi 19 novembre, à quatre heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Phillips commencera la 3me partie du cours des maladies des voies urinaires le mardi 19 novembre, à 2 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et il la continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cette 3me partie comprend l'affection calculeuse et la lithotritie.

— M. le docteur E. Bailly commencera, mardi prochain 19 novembre, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, à trois heures, un cours d'accouchement, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants.

— M. le docteur Mallez commencera son cours sur les maladies des voies urinaires le mercredi 20 novembre, à trois heures moins un quart, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et il le continuera les lundis, vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur E. Dally ouvrira le lundi 18 novembre, à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 1, à trois heures, un cours de thérapeutique générale et de matière médicale. Ce cours sera continué les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

— Le 18 novembre 1861, M. Fort, interne des hôpitaux, recommencera son cours d'anatomie et de physiologie, rue Monsieur-le-Prince, n° 58.

Il sera permanent, et aura lieu tous les jours de 4 à 6 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Grelat, né à Argenteuil (Seine-et-Oise) ; *De la coqueluche.*

Ruault de la Lande, né à Vitré (Ille-et-Vilaine) ; *De l'embolie.*

Badan, né à Genève (Suisse) ; *Sur quelques points du diagnostic des méningites chez les enfants.*

Desléonnet, né à Jabreiller (Haute-Vienne) ; *Des théories de l'accommodation de l'œil aux différentes distances.*

Cuillon, né à Paris (Seine) ; *Des rétrécissements du canal de l'urèthre et de leur traitement par la stricturotomie intra-uréthrale d'arrière en avant.*

Pelletier, né à la Bernerie (Loire-Inférieure) ; *De l'intervention chirurgicale dans certaines maladies des yeux.*

Sorel, né à Villers-Bretonneux (Somme) ; *Quelques considérations sur la fièvre typhoïde.*

Grenet, né à Veron (Yonne) ; *Étude sur les divers traitements de la tuberculisation pulmonaire.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Traitement de la blennorrhagie par les injections de sous-nitrate de bismuth, par M. le docteur MOURLON, médecin aide-major de première classe. Paris, 1861, in-8° de vingt pages. Prix : 75 c. Chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857, par M. le docteur P. F. da Costa ALVARENGA, membre titulaire de l'Académie royale des sciences de Lisbonne, médecin consultant du roi et de l'hôpital S. José, etc., etc. ; traduit du portugais par M. le docteur P. GARNIER. In-8° avec tableaux statistiques. Paris, 1861, chez J. B. Baillière et fils. Prix : 4 fr. 50 c.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 18 NOVEMBRE 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

La rhinoplastie devra un nouveau progrès à M. Ollier. Jusqu'à présent les nez créés par la main des chirurgiens, réduits à un moignon informe constitué de parties molles et manquant de toute charpente solide, étaient à peu près fatalement condamnés à des rétractions qui avaient pour résultat définitif de substituer à une affreuse difformité une difformité nouvelle, parfois aussi repoussante. Les études récentes d'ostéoplastie périostique auxquelles M. Ollier a pris, comme on le sait, une si large part depuis quelques années, devaient naturellement conduire à l'idée d'appliquer cette nouvelle méthode chirurgicale à la rhinoplastie. L'occasion s'étant présentée, M. Ollier n'a eu garde de la laisser échapper. Ayant à refaire un nez en partie détruit par des ulcérations syphilitiques et dont la charpente osseuse se trouvait réduite à quelques vestiges, l'habile chirurgien de Lyon, dans le but d'assurer à ce nouvel appendice la solidité convenable, a combiné l'ostéoplastie périostique avec l'ostéoplastie osseuse, en utilisant d'une part les lambeaux osseux qui restaient, et en disséquant d'autre part, aux dépens de la région frontale, un lambeau comprenant toute l'épaisseur des parties molles, y compris le périoste. Cette entreprise paraît avoir été couronnée de succès.

La relation de ce fait intéressant, dont on trouvera les détails dans le compte rendu, est la seule communication médicale qui ait été faite dans cette séance. — Dr Brochin.

HOPITAL Mre DU VAL-DE-GRACE. — M. L. COLIN.

Fièvre typhoïde ; perforation de la vésicule biliaire ; péritonite circonscrite. Autopsie.

L'inflammation des voies d'excrétion de la bile n'est pas un fait nouveau dans la fièvre typhoïde ; dès la première édition de son livre, M. Louis en a déterminé le degré de fréquence dans cette maladie ; mais la perforation de la vésicule y est sans doute fort rare. Les observations de MM. Cruveilhier, Andral (*Clin. méd.*), de M. Littré (*Dict. de méd.*, t. V), sont des cas de perforation résultant soit d'inflammation idiopathique des voies biliaires, soit de l'extension à leur tissu par continuité d'une phlegmasie duodénale (première observation de M. Andral), soit surtout de la présence de calculs biliaires (M. Littré). Dans le cas cité de Martin-Solon, qui a rencontré vingt-cinq ulcérations de la vésicule, dont deux avec perforation, chez un sujet mort de péritonite aiguë, il ne semble pas qu'aucune influence morbide préalable ait déterminé cette singulière diathèse ulcéreuse. Dans le cas suivant, au contraire, le rapport le plus net existe entre ces graves accidents et une fièvre typhoïde encore en période d'évolution ; l'observation en a été recueillie dans mes salles par M. le docteur Gavoy, médecin stagiaire.

Au n° 2 de la salle 27 est couché le nommé Jacques V..., atteint d'une fièvre typhoïde de moyenne gravité, parvenue à son troisième septenaire, dont l'évolution n'a rien offert de particulier jusqu'à la date actuelle (25 octobre), et qui se trahit encore par l'état suivant : adynamie assez considérable, facies pâle, plus d'éruption spéciale ; température normale ; pouls à 100 ; encore un peu de météorisme, plus de diarrhée, langue humide ; le malade commence à reprendre un peu de sommeil, et ne se plaint plus que d'un sentiment de sécheresse à la gorge, résultat de concrétions mucoso-sanguines adhérentes à la paroi postérieure du pharynx. — Bouillon, pruneaux, gargarismes acidulés.

Le 26 octobre, sentiment de pesanteur dans l'hypochondre droit ; un peu de douleur à la palpation. — Cataplasmes.

Du 26 au 31, se développe une teinte ictérique légère, avec coloration des urines ; l'adynamie se prononce davantage ; langue pâteuse ; on cherche en vain par l'exploration du thorax quelque complication en rapport avec cette aggravation ; du reste, la température ne s'est pas élevée, le pouls n'a repris aucun caractère fébrile ; il semble qu'il y ait un simple embarras gastrique, résultat possible d'une alimentation prématurée.

Le 31, une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 1er novembre, depuis la veille douleur vive dans tout l'abdomen sans que le malade parvienne à en préciser le point de départ ; palpation extrêmement douloureuse, vomissements abondants de matières bilieuses ; l'eau de Sedlitz n'a pu être prise ; constipation depuis quatre jours, teinte ictérique un peu prononcée. — 20 sangsues à l'hypochondre droit, deux potions laudanisées, lavement huileux.

Le 2, exagération de la douleur abdominale ; nécessité d'un cerceau pour supporter les couvertures ; le malade n'urine plus qu'au moyen du cathétérisme ; la respiration est courte, à 30 par minute, et cependant le pouls n'offre aucun changement notable, toujours de 96 à 100 pulsations. — Potion éthérée, 15 centigrammes d'extrait d'opium en pilules, bain de siége.

Le 3, hoquet, nouveaux vomissements bilieux ; la langue redevient fuligineuse. — 20 sangsues ; 15 centigrammes d'opium.

Le 4, ballonnement extrême du ventre ; gêne de la respiration. — Onctions mercurielles ; vin de cannelle.

Le 5, hoquet et cris continuels ; 36 respirations par minute ; râle trachéal ; pouls petit, à 110 pulsations.

Mort le 6, dans la matinée.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Abdomen. — Le péritoine pariétal est lisse, ainsi que la face antérieure du grand épiploon qui a conservé sa minceur et sa transparence normales, et n'a, d'autre part, contracté aucune adhérence avec les anses intestinales sous-jacentes ; la face antérieure du foie, de l'estomac, du gros intestin est également lisse ; absence complète de liquide dans la cavité du petit bassin ; en résumé, pas de péritonite générale. Ce qui frappe le plus est la saillie de la vésicule biliaire, qui avance d'environ 5 centimètres sur le bord tranchant du foie. En continuant l'exploration, on constate également la parfaite liberté des sillons qui séparent entre elles les anses de l'intestin grêle ; mais entre celui-ci et le côlon ascendant existe une adhésion molle, glutineuse, se rompant à la moindre traction sans se diviser en lames fibrineuses, véritable type, en un mot, de la pseudo-membrane initiale (voir Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, tome II, p. 275, et tome IV, p. 416). D'autre part, tout le bord droit du côlon ascendant et le bord postérieur de la première moitié du côlon transverse sont intimement soudés, le premier à la paroi abdominale, le second au bord tranchant du foie depuis le niveau de la crête iliaque jusqu'au fond de la vésicule biliaire ; sur toute cette ligne, l'adhésion est complète, la fibrine stratifiée, bien que cédant à une traction peu énergique qui fait pénétrer dans l'intérieur d'un vaste foyer. Constitué en haut par toute la face inférieure du lobe droit du foie, en arrière par la portion réfléchie du diaphragme, en avant par le côlon et les adhérences mentionnées plus haut, ce foyer comprend tout le cul-de-sac péritonéal situé à droite de l'hiatus de Winslow ; en dedans, il est limité par les fausses membranes qui soudent la vésicule au côlon transverse. Les parois sont colorées en vert par l'épanchement, qui est de la bile presque pure où nagent quelques flocons fibrineux ; le calibre de ce foyer est réduit d'un tiers environ par le développement dans sa cavité de la vésicule elle-même qui est du volume d'un œuf d'oie, et dont la face externe présente, à peu près au milieu de son corps et à droite, une altération fort remarquable : c'est une surface comme bourgeonnée, à peu près circulaire, de 4 centimètres de diamètre ; constituée par un groupe confluent de petits mamelons qui dépassent d'environ 3 ou 4 millimètres le niveau de la séreuse ; cette surface donne de suite l'idée d'une éraillure des tuniques, et, en effet, en la pinçant entre deux doigts, on se rend compte de l'amincissement extrême de la paroi cystique dont la pression en ce point fait sourdre de la bile.

La vésicule, étant incisée dans toute sa longueur, laisse écouler environ 200 grammes de bile verte, parfaitement liquide, sans calcul ni concrétion du moindre volume ; la tunique muqueuse, épaissie surtout au niveau du col, est remarquable par la saillie et la profondeur de ses aréoles ; elle est brusquement coupée à pic au niveau de l'ulcération, au fond de laquelle le tissu sous-muqueux a pris une coloration claire jaunâtre qui tranche parfaitement sur le vert très-foncé du reste de la poche ; les bords sont décollés et faciles à soulever avec l'ongle. Placée à contre jour, cette ulcération présente une infinité de petits points transparents correspondant aux sommets des mamelons de la surface extérieure, et à travers lesquels on fait sourdre différents liquides.

Rien de notable dans les conduits cystique et cholédoque ; beaucoup de bile dans toute l'étendue du tube digestif ; dans l'intestin grêle, développement de neuf plaques agminées, molles, dont une seule présente une érosion superficielle ; engorgement des ganglions mésentériques. Rate doublée de volume ; le foie, jaune pâle, n'offre aucune augmentation de volume.

Poumons durs donnant par incision écoulement à beaucoup de liquides spumeux ; aucun engorgement hypostatique.

Réflexions. — On a dit que c'était généralement dans les cas légers de fièvre typhoïde qu'avait lieu la perforation intestinale ; on voit que notre malade était atteint d'une forme bénigne de l'affection. La nature, passive pour ainsi dire, des manifestations anatomiques secondaires de la fièvre typhoïde, même des ulcérations, semble expliquer cette apyrétie presque complète si peu en rapport avec le tableau des symptômes de la cholécystite, donné par M. Littré (*loc. cit.*).

D'autre part, la localisation de la péritonite, son enkystement ne résulte-t-il pas peut-être d'une condition anatomique également créée par l'influence typhoïde, le météorisme du gros intestin qui a pu former barrière à l'épanchement, en attendant la formation toujours si rapide de fausses membranes ? Ce qui pourrait le faire supposer, c'est qu'à part les cas de rupture de la vésicule biliaire par des calculs, la péritonite résultant de cette perforation a toujours été générale.

L'ictère qui s'est manifesté huit jours avant l'explosion de la péritonite a signalé sans doute le début de l'inflammation du réservoir de la bile ; c'est un des signes considérés par M. Littré comme constants dans la cholécystite. Or, au point de vue de la précision du diagnostic, on comprend toute l'importance de ce phénomène précurseur quand, chez un sujet atteint de fièvre typhoïde, éclate une péritonite suraiguë. Sans cet ictère, quel est le praticien qui ne croirait alors tout naturellement à une perforation intestinale, entraîné à cette conviction par l'observation de chaque jour ?

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. DELORE.

De la résection du genou (1).

Trois cas de résection du genou, par M. PRICE.

Premier cas. — S..., âgée de dix-sept ans, a subi la résection du genou en mai 1856, pour une affection scrofuleuse des os de la jointure. Au bout de deux mois, elle marchait avec des béquilles ; au bout de trois mois sans aucun support. Une fausse articulation se forma d'abord, puis une ankylose. L'état définitif est très-satisfaisant.

Deuxième cas. — Résection du genou droit chez un enfant de neuf ans, pour une altération datant de quelques années. Tout alla bien d'abord, mais longtemps après on fut obligé d'amputer la cuisse, et le petit malade guérit parfaitement.

Troisième cas. — Résection du genou gauche, au mois d'octobre 1856, chez un jeune homme de vingt-huit ans, pour une nécrose de la jointure. Au bout de deux mois, les os sont soudés, et le malade marche avec des béquilles. Au bout d'un an, on est obligé d'enlever la rotule qu'on a laissée dans le lambeau, et qui s'est cariée. Peu de temps après guérison complète.

M. Price tire de ce fait la conclusion qu'il faut toujours enlever la rotule.

Quatrième cas. — En juillet 1858, M. Bowman pratiqua l'excision du genou gauche à un enfant de quatorze ans, qui put se lever et marcher au bout de six semaines.

Cinquième cas. — Le 14 août de la même année, M. Fergusson présenta un jeune homme à qui il avait excisé le genou depuis trois ans. Les os furent enlevés dans une épaisseur de 5 centimètres. La santé de cet opéré est excellente ; il remplit les fonctions de domestique, boite légèrement, marche fort bien, et jouit, chose remarquable et importante, de quelques mouvements du genou.

Deux résections du genou suivies de mort, par M. FERGUSSON.

Sixième cas. — Le 20 octobre 1858, on admit à l'Hôpital roya Jeanne T..., âgée de trente-cinq ans ; elle avait pris froid au genou huit mois auparavant ; il était tuméfié et douloureux, ankylosé à peu près à angle droit. La santé générale était très-mauvaise, et l'émaciation considérable.

Le 6 novembre, simple incision transversale à la partie interne du genou ; ablation des extrémités articulaires du tibia et du fémur. Opération rapide ; mort le dix-septième jour. On trouve dans les poumons des traces de phthisie et de pneumonie.

Septième cas. — Alexandre, âgé de vingt et un ans, a une ankylose du genou à angle droit à la suite de rhumatisme. Il y a des fistules et des caries.

Le 13 novembre, opération ; incision transversale en avant. Difficultés considérables. Mort au bout de treize jours, avec ischurie rénale.

Deux résections du genou suivies de guérison, par M. CRAMPTON.

Huitième cas. — Marie M..., âgée de vingt-deux ans, est affectée depuis trois ans d'une tumeur blanche au genou gauche. Une fistule, située en arrière, laisse pénétrer un stylet sur les os cariés.

Après l'opération, la cicatrisation se fit en grande partie par première intention. Au mois d'août 1858, la malade marchait fort bien.

Neuvième cas. — Ch. G..., âgé de vingt-deux ans, avait été atteint d'une tumeur blanche du genou gauche, avec nombreuses fistules, il y a deux ans. La suppuration était tarie ; mais l'articulation, entourée d'un tissu de cicatrices, était ankylosée avec un angle de 50 degrés.

L'opération fut pratiquée, et quatre mois après le malade pouvait faire de longues promenades sans le secours d'un bâton.

Dixième cas. — Résection du genou, guérison, par M. Price. (*The*

(1) Voir le numéro du 14 novembre.

Lancet, 17 juillet 1858.) Un enfant scrofuleux, âgé de quinze ans, avait depuis dix ans une tumeur blanche du genou, avec carie et fistules.

Opération le 7 décembre 1857, avec formation d'un lambeau semi-lunaire, à concavité supérieur. Les condyles fémoraux et les tubérosités tibiales sont enlevés ainsi que la rotule. Il y eut une hémorrhagie considérable; on fit quelques points de suture et l'on plaça une attelle à la partie postérieure. Elle fut maintenue soigneusement en place, pendant sept semaines, jusqu'à la fin du traitement, sans subir le moindre déplacement, précaution à laquelle M. Price attache une haute importance. Au bout de quatre mois quelques gouttes de pus coulent à peine par une petite fistule; il y a une soudure osseuse très-ferme. La cuisse est en ligne droite avec la jambe; le raccourcissement est de 4 centimètres.

Sur les 11 faits que je viens de citer: 8 guérisons, 3 morts, 28 pour 100. Des trois malades qui ont succombé, l'un avait 35 ans, l'autre 32 ans, le troisième 21 ans.

Ces chiffres prouvent que l'excision du genou ne convient guère aux adultes; mais cette conclusion sera plus évidente encore après les considérations dans lesquelles je vais entrer.

1° *Indication de l'opération.* — Avec nos idées chirurgicales, il est difficile de les formuler nettement; aussi je pense que nous n'imiterons jamais la pratique anglaise. La résection appliquée au genou n'a été jusqu'ici pour nous qu'une méthode exceptionnelle réservée à des cas graves, et les résultats ont été constamment malheureux. Si l'on approfondit les raisons de cette différence capitale, on trouve bientôt que la thérapeutique chirurgicale des tumeurs blanches est toute autre en France qu'en Angleterre. Plus que les Anglais peut-être nous possédons des moyens pour enrayer la marche de ces maladies rebelles. Nous avons les cautérisations superficielles ou profondes, qui exercent une révulsion énergique; l'immobilité dans le bandage amidonné ou les gouttières, qui permet la résolution des engorgements profonds; le redressement ou rétablissement de la forme, dont les avantages ne sont pas sérieusement contestables à ceux qui l'ont vu expérimenter sur une large échelle; tout ce qui constitue en un mot la méthode de Bonnet, méthode qui ne réussit pas toujours, ce grand chirurgien était le premier à le reconnaître, mais qui arrête le développement d'un grand nombre de tumeurs blanches, qui eussent abouti sans cela à la résection ou à l'amputation de la cuisse. Je crois donc avec les personnes qui ont fait de la chirurgie anglaise une étude approfondie, qu'elle est inférieure à la nôtre, en ce qu'elle manie les caustiques avec trop de timidité.

C'est surtout chez les enfants que la résection a donné un grand nombre de succès; or, c'est justement chez eux que le traitement des tumeurs blanches nous réussit le mieux. Le fait suivant en est, à mon avis, une preuve incontestable. Dans le service chirurgical des enfants de l'hôpital de la Charité de Lyon, il s'écoule plusieurs années consécutives sans qu'on pratique une seule amputation de cuisse, et cependant il compte cent vingt lits, et les tumeurs blanches suppurées du genou y abondent.

Voici, je crois, les conditions locales qui doivent se trouver réunies, pour que le chirurgien soit autorisé à pratiquer la résection du genou; il faut que les surfaces articulaires du tibia ou du fémur soient cariées ou nécrosées; que l'affection soit incurable par les efforts de la nature et au-dessus des autres ressources de l'art; il faut que la lésion des parties molles ne soit pas trop étendue et trop considérable, que la cuisse et la jambe soient saines, que le ramollissement osseux ne remonte pas trop haut, que le fémur ne soit point atteint de cette ostéomyelite, sur laquelle M. Roux (de Toulon) a appelé l'attention dans ces derniers temps; toutes ces notions diverses sont fort difficiles à acquérir, et quelque soin qu'on apporte à déterminer avec précision les conditions locales, il reste encore une inconnue qu'il est impossible d'éliminer, et qui intimidera toujours bon nombre de chirurgiens. Les Américains, imitant Buck et Barton, font la résection dans des cas d'ankyloses angulaires du genou, sans suppuration; une semblable pratique me paraît difficile à justifier; je ne pense pas qu'elle soit jamais adoptée parmi nous. Avec un tuteur bien fait, on peut toujours faire marcher une personne affectée d'une ankylose tellement solide que le redressement est impossible.

L'opération est formellement indiquée au moment où la vie du malade paraît compromise par les désordres graves qui ont envahi la jointure. Malheureusement, à cette période, l'état général a déjà tellement fléchi, la constitution est tellement détériorée, que l'opération n'est plus rationnelle. Comment songer à faire une résection chez un malade en proie à la fièvre hectique, et dont l'organisme affaibli ne pourra faire les frais d'une longue suppuration?

Mon malade remplissait les conditions locales et générales que je viens d'énumérer. La lésion locale était une nécrose du condyle interne du fémur, qui pénétrait dans la jointure; les parties molles péri-articulaires n'étaient pas profondément détériorées; il n'avait point une constitution scrofuleuse, et ses forces paraissaient encore suffisantes pour résister à une suppuration abondante. Mais malheureusement il avait plus de trente ans, condition très-défavorable.

Deux fois déjà j'ai pratiqué chez l'adulte la résection d'une grande articulation, et chaque fois j'ai été frappé de l'étendue de la plaie. Chez l'enfant, il n'en est point de même; les surfaces articulaires sont beaucoup moins étendues, ce qui n'est pas étranger au résultat plus favorable.

2° *Choix du procédé.* — Il est commandé par la lésion des parties molles; car il me paraît rationnel d'inciser les fistules. L'opération est praticable par tous les procédés, seulement avec plus ou moins de facilité. A cause de la fistule verticalement allongée à la partie externe, je choisis une incision en L; sinon j'aurais donné la préférence au procédé de Syme, qui ménage davantage les parties molles. La rotule fut enlevée à cause de la carie de sa surface articulaire. Du reste, l'épaisse couche de tissu lardacé qui l'entourait était très-peu apte à former une bonne cicatrisation. M. Price a établi en principe qu'on devait toujours enlever la rotule, à cause de la facilité avec laquelle elle se carie plus tard.

3° *Traitement consécutif.* — La grande difficulté, c'est de conserver un rapport exact entre les surfaces osseuses avivées par la scie. C'est là précisément qu'ont échoué tous nos efforts, ainsi que les soins intelligents de M. Christot, interne du service. Le fémurs avait une tendance invincible à se porter en avant. Aussi, je me propose, si désormais j'ai à pratiquer une nouvelle résection du genou, de suturer les extrémités des os avec un fil métallique. Nous fûmes d'autant plus désarmé contre ce déplacement incessant, que les parties molles enflammées devinrent le siége de fusées purulentes multiples; dès-lors la moindre pression fut intolérable. C'est du reste un des obstacles les plus fréquents contre lesquels les chirurgiens ont à lutter; il a été rencontré par M. Janson, et il est signalé par les chirurgiens anglais. Evidemment, il doit être moindre chez les enfants dont les membres plus petits exigent des appareils de contention moins énergiques. Le traitement consécutif me semble plus épineux que l'opération elle-même.

4° *Parallèle entre la résection et l'amputation de la cuisse.* — La résection me paraît avoir les *avantages* suivants: elle a une gravité immédiate incomparablement moindre que l'amputation. Un simple coup d'œil sur la statistique précitée établit cette assertion. Cette différence s'explique; il n'y a pas de gros vaisseaux ouverts; il n'y a pas séparation d'une partie importante du corps. Elle laisse à l'opéré, dans les cas heureux, un tuteur naturel bien préférable à tous les membres artificiels. Mais à côté nous trouvons des inconvénients sérieux. Ainsi la suppuration est en général d'une extrême longueur; elle peut épuiser le sujet; des fusées purulentes se développent aisément dans les parties molles; les extrémités des os réséqués peuvent se carier ou se nécroser de nouveau, et l'amputation devenir nécessaire. M. Syme, se fondant sur un seul fait exceptionnel sans doute, allégua que la résection du genou empêchait le membre de prendre désormais de l'accroissement; mais les faits contradictoires de Jones, de Beith, de Page, sont venus démontrer depuis que ces assertions étaient prématurées.

Si maintenant je considère l'amputation, je vois qu'elle donne une proportion de morts considérable; mais dans un parallèle, il faut bien l'absoudre en partie de ce résultat; en effet, la plupart des lésions qui ont nécessité l'amputation étaient trop graves pour permettre l'emploi d'un autre moyen; et puis c'est chez les enfants en majorité que la résection a été pratiquée, il faudrait donc la comparer aux résultats de l'amputation de cuisse dans le bas âge, ce qui n'a jamais été fait que je sache.

L'amputation expose moins aux caries consécutives, aux interminables suppurations; mais aussi c'est la dernière ressource de l'art; tandis que la résection, opération plus conservatrice, permet encore de recourir à l'amputation avec quelque chance de succès.

Si l'on compare les deux opérations au point de vue de la marche des sujets, la question de prééminence est difficile à apprécier, même d'après les journaux anglais; j'ai bien trouvé de temps en temps le résultat des opérations plusieurs années après, mais il était alors toujours favorable, et il est probable qu'on eût été moins jaloux de le publier s'il eût été defectueux. Mais si je ne peux rien préciser sur la marche des réséqués, je puis affirmer que bon nombre d'amputés marchent fort mal avec des appareils bien faits; j'avais donc raison de dire que la solution du problème était encore à donner.

M. Coate met en parallèle la résection du genou et le redressement brusque de la jointure ankylosée; il donne la préférence à cette dernière méthode, qui est depuis plusieurs années en vigueur parmi nous, et à qui nous devons plus d'un succès, surtout chez les enfants, qui finissent par très-bien marcher avec un genou ankylosé; mais, je le répète encore une fois, jamais nous n'avons songé à réséquer une articulation malade, à la guérison de laquelle on pouvait appliquer le redressement; et un semblable parallèle, établi par le chirurgien anglais, semble révéler une propension trop facile à pratiquer la résection chez les partisans de cette opération.

En résumé, la résection du genou peut être considérée comme une opération fort grave et d'une application exceptionnelle.

MOYEN DE S'ASSURER SI C'EST LE SOMMET QUI SE PRÉSENTE

lorsque la tumeur sanguine est très-prononcée.

Par M. Duvivier, médecin-accoucheur.

Pour peu que l'on ait pratiqué les accouchements depuis plusieurs années, et que l'on ait été souvent appelé soit par une sage-femme ou un confrère pour décider, vu la longueur du travail, s'il y aurait lieu à faire une application de forceps, il est presque certain que l'on s'est trouvé dans la position dont je vais parler.

Lorsque la tumeur sanguine est très-volumineuse et qu'il est impossible de sentir ni les sutures ni les fontanelles, et que cependant la vulve n'est pas assez ouverte pour voir la partie fœtale qui se présente, plus d'une fois, malgré l'assurance de ce qui avaient pu en juger dès le commencement, on est resté da le doute s'il n'y aurait pas erreur de la part de ceux qui vo ont fait demander, et si c'est bien le sommet auquel on a affair ou bien une autre partie qui se présente, telle que la fesse, l'é paule, le genou, etc.

Moi-même, je me suis trouvé en discussion à ce sujet ave des confrères très-habiles comme médecins et comme accou cheurs, et j'ai pu les convaincre de suite que je ne me trom pais pas. Comme, lorsque la tumeur sanguine est très-épaisse e volumineuse, il est presque toujours possible d'introduire deu doigts, le pouce et l'index, il n'y a qu'à rapprocher ces doigts sur la tumeur (les membranes étant rompues bien entendu) essayer de prendre les petits cheveux entre, en tirant légè ment. Si c'est le sommet qui se présente, toujours on aura l sensation des petits cheveux plus ou moins clair-semés que l' tient entre les doigts; car il n'y a que sur cette partie du fœt que l'on puisse constater cette sensation, toute autre n'étant j mais assez velue pour produire le même effet, et, pour ma pa ce moyen m'a toujours réussi.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 novembre 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce la perte que vient d faire l'Académie dans la personne de M. Isidore Geoffroy Saint-Hi laire, et donne lecture de la lettre par laquelle le fils du savant na turaliste, M. Albert Geoffroy Saint-Hilaire, fait part de ce douloureu événement.

Ostéoplastie. — M. OLLIER communique un mémoire intitulé *Ap plication de l'ostéoplastie à la restauration du nez; transplantation d périoste frontal.*

En voici un extrait:

Les nez refaits avec la peau du front ou des joues, quand ils n sont pas soutenus par les restes suffisants de l'ancien squelette, so condamnés à se rétracter, à diminuer de plus en plus, et à deven presque aussi repoussants à l'œil que la difformité qu'on voulait ré parer. Il leur manque une charpente solide, et cette charpente n peut leur être fournie par les procédés de l'autoplastie cutanée. Ayan eu récemment à refaire un nez, nous avons combiné l'ostéoplasti périostique avec l'ostéoplastie osseuse, et notre entreprise a été cou ronnée de succès.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans, scrofuleux, ayant perdu par suite de syphilis congénitale la presque totalité de la charpent du nez: le vomer, le cartilage de la cloison, les cornets, une parti des os propres, le gauche surtout. Les parties molles, labourées e tous sens par des cicatrices suite d'ulcérations anciennes, étaient affaissées et disparaissaient en grande partie dans une excavation qui remplaçait la saillie normale du nez. La sous-cloison et les narines étaient heureusement conservées; mais ces dernières se trouvaient rétrécies, et au lieu d'être horizontales elles regardaient en haut.

Pour réparer cette difformité, nous avons d'abord songé à relever ce qui était enfoncé; mais comme la peau était rétractée sur elle-même par des cicatrices dures et inextensibles et par conséquent insuffisantes pour reformer la saillie du nez, nous avons emprunté c qui nous était nécessaire au front et aux joues. Quant à la charpente qui devait le soutenir, elle nous a été fournie par un lambeau osseux comprenant ce qui restait de l'os propre du nez à droite et une portion de l'apophyse montante du maxillaire supérieur du même côté. Nous avons, d'autre part, disséqué la portion frontale du lambeau cutané jusqu'au périoste inclusivement, c'est-à-dire en comprenant cette membrane dans le lambeau, afin que du tissu osseux se développât plus tard en ce point et renforçât la charpente du nouvel organe.

La peau qui nous a servi à le modeler formait un lambeau triangulaire unique, ayant son sommet au milieu du front et sa base au niveau de l'attache des narines. Ce lambeau a été abaissé sans renversement, ni torsion. Sa portion médiane a été repliée sur elle-même dans le sens vertical pour former le dos du nez. Sa base adhérente était nourrie par trois points; au milieu par la sous-cloison qui avait été conservée et de chaque côté par un large pédicule formé en partie par les ailes de l'ancien nez.

Le lambeau osseux dont nous avons parlé a été détaché; mais son extrémité inférieure ou sa base est restée adhérente au reste du squelette par le périoste en dehors, et par le périoste doublé de la muqueuse nasale en dedans. Nous l'avons infléchi en bas et en avant de manière qu'il formât la pointe du nez. Il a été ensuite fixé dans le sillon vertical formé par l'adossement des parties latérales du lambeau cutané. Ces connexions ont parfaitement suffi à sa nutrition. Il s'est greffé dans sa nouvelle situation. Nous aurions voulu en faire autant de l'autre côté, de manière à avoir deux arcs-boutants se fournissant un mutuel appui, mais la destruction plus avancée de l'os propre du nez à gauche ne nous l'a pas permis.

Quant au périoste qui doublait la portion du lambeau emprunté au front, il ne s'est pas ossifié immédiatement, mais deux mois et demi après l'opération il se durcissait de plus en plus et offrait déjà une résistance qui ne pouvait être produite que par un plan ostéo-fibreux.

A cette époque, le lambeau osseux constituait une charpente solide; il ne cédait pas à la pression. Vers la quatrième semaine, il avait subi un léger affaissement, mais il s'était depuis lors solidement greffé sur la portion correspondante du maxillaire et par cela même opposé à toute nouvelle déformation. Le nez dépasse de 14 millimètres son point d'attache à la lèvre supérieure; les narines sont devenues horizontales; elles sont largement ouvertes, et, au lieu d'une excavation de la région nasale, on a une saillie dont les photographies, que nous avons l'honneur de présenter, permettront d'apprécier exactement les proportions. (Commissaires, MM. Flourens, Milne-Edwards, Velpeau, Cloquet, Jobert, Bernard, Longet).

— M. BONNAFONT, qui a présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie son *Traité des maladies de l'oreille*, adresse, pour se conformer à une des conditions imposées aux concurrents,

une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail. Il prie en même temps l'Académie de vouloir bien admettre comme appendice à cet ouvrage le mémoire qu'il lui a lu dans la précédente séance, sur un appareil de son invention pour injections gazeuses dans l'oreille moyenne. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie).

— M. LEHU adresse au concours pour le prix du legs Bréant un mémoire *sur le choléra épidémique, sur la nature et le siége de cette maladie et sur son traitement.* (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale).

Procédé ostéoplastique pour le traitement des fentes de la voûte palatine. — M. MILNE-EDWARDS présente de la part de M. B. Langenbeck, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Berlin, un mémoire sur un nouveau procédé opératoire pour le traitement des fentes de la voûte palatine, qui vient à l'appui des vues de M. Flourens relativement aux fonctions du périoste.

Ce procédé ostéoplastique consiste dans le décollement de la membrane muqueuse avec le périoste de la voûte palatine à l'aide de rugines et de leviers, et dans la réunion des lambeaux mucoso-périostiques par suture. A la suite de l'ossification déterminée par le périoste, la fente de la voûte palatine est fermée, comme M. Langenbeck l'a vu dans deux cas, par une couche osseuse assez solide, et il a obtenu ainsi la guérison complète de fentes du palais osseux qui s'étendaient depuis l'arrière-bouche jusque entre les dents incisives. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 novembre 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. Porta adresse en outre la lettre suivante, où il a exposé en abrégé le résultat de ses recherches microscopiques sur la structure des tumeurs érectiles :

« Messieurs, j'ai l'honneur de vous adresser un travail que je viens de publier en Italie, et dont voici une esquisse rapide.

Mon livre est une monographie sur l'angiectasie basée sur l'étude de cent cinquante et un cas, que j'ai recueillis dans mon service de clinique à Pavie et dans ma clientèle privée. J'expose et discute la nomenclature, les causes, le siége, la symptomatologie, tous les éléments, en un mot, qui ont rapport à l'histoire de la maladie. Je passe en revue les divers traitements conseillés depuis Jean Bell jusqu'à nos jours.

Toutefois la partie la plus étendue et la plus originale de mon travail repose sur l'étude anatomique et microscopique que j'ai entreprise dans le but d'élucider la structure intime des différentes espèces d'angiectasie. J'ai fait représenter dans les planches qui accompagnent mon mémoire les résultats auxquels je suis arrivé depuis la texture de la tache jusqu'à celle de la tumeur à toutes ses périodes.

Le microscope se prête à merveille à ce genre de recherches; la transparence des pièces bien préparées permettant de reconnaître parfaitement leur organisation à un grossissement de 36, 60, 100 diamètres, sans injection préalable.

La simple dissection permet de retrouver dans la tumeur érectile la tache de la peau, la couche granuleuse de nouvelle formation, qui forme le parenchyme, et la couche placée sous la membrane adipeuse. De ces éléments il n'y a que les deux premiers qui lui appartiennent en propre et la constituent réellement.

A première vue, la peau ne présente d'autres altérations que la tache et un repli qui la borde en dehors, comme fait le cercle peur un verre de montre; repli constitué par la couche charnue placée audessous; elle conserve d'ailleurs ses caractères physiques de l'état normal : épiderme, poils, glandes sébacées et sudorifères. Lorsque la maladie passe de l'état de tache à celui de tumeur érectile sous-cutanée, entre la peau et la membrane adipeuse, on découvre une couche charnue de nouvelle formation, rougeâtre, molle, fragile, granuleuse, de l'épaisseur d'un ou plusieurs millimètres, qui constitue le parenchyme de la tumeur. Si l'on enlève un grain de ce parenchyme à l'aide de pinces, on trouve qu'il a environ le volume d'un grain de millet. Si on l'étale sur une lame en verre, et qu'on l'observe au microscope, on reconnaît les trois éléments anatomiques qui le composent : cellules adipeuses, tissu cellulaire ou connectif, et anastomoses vasculaires. La trame celluleuse, très-mince et très-délicate, enveloppe partout ces anastomoses vasculaires, et en représente la partie fondamentale; celles-ci figurent comme des nœuds, des volutes et des circonvolutions.

Les réseaux des anastomoses cutanées qui forment la tache se continuent avec les anastomoses agrandies de la couche charnue placée au-dessous.

Telle est la disposition de l'angiectasie artérielle, pourprée, érectile et pulsative, *qui est la plus fréquente*, et dans laquelle la production d'un parenchyme vasculaire de nouvelle formation pendant le cours de la maladie, prouve d'une manière positive que ce n'est pas une affection purement mécanique, c'est-à-dire une dilatation des vaisseaux capillaires primitifs, comme l'on a cru jusqu'ici, mais bien l'effet d'une métamorphose progressive, qui entraîne la genèse d'un nouveau tissu.

L'angiectasie veineuse, bleu céleste, qui manque de pulsations et de frémissements et jouit simplement de la propriété de se tendre et de se dégonfler est plus rare et a son siége plus souvent dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux. Par sa structure, elle est également composée de réseaux et d'anastomoses veineuses dilatées, avec cette différence que dans la première les vaisseaux sont plus grands, souvent visibles à l'œil nu et plus ou moins déformés, irréguliers, boursouflés.

Je n'ai pas oublié non plus de traiter des autres espèces d'anévrysmes, tels que les anévrysmes cyrsoïdes ou cylindroïdes formés par le développement exagéré des artères de quatrième ou de cinquième ordre, qui sont placées au-dessus des vaisseaux capillaires; l'anévrysme ou fongus pulsatile des os, et la tumeur sanguine aréolaire ou caverneuse qui présente, dans son parenchyme, des lacunes ou cavernes entre lesquelles le sang est épanché et résorbé par les vaisseaux artériels et veineux, comme l'ont observé J. Bella, Palett, MM. Cruveilhier, Robin, etc.

J'indique enfin les rapports que ces différentes espèces de tumeurs sanguines ont avec l'angiectasie capillaire que je tenais à décrire d'une manière particulière.

Tel est le travail scientifique sur lequel j'ai cru devoir fixer pour un instant votre bienveillante attention. »

M. CHASSAIGNAC : M. le professeur Porta dit que pour lui les tumeurs érectiles artérielles sont plus fréquentes que les tumeurs érectiles veineuses. Pour ma part, c'est tout le contraire que j'ai observé.

M. GUERSANT a fait la même remarque que M. Chassaignac pour les tumeurs érectiles des enfants.

Suite de la discussion sur les fistules pelviennes ou péri-rectales.

M. RICHET. Je prends la parole dans cette discussion, parce que j'ai pu observer un fait semblable à celui dont M. Verneuil nous a entretenus, et que le résultat que j'ai obtenu a été différent. Mais avant de rapporter ce fait et de m'appesantir sur les déductions pratiques qu'il m'a paru devoir fournir, je dirai quelques mots sur la dénomination de ces abcès. Je rejette l'expression d'abcès pelviens; ils ne sont pas plus pelviens que ceux du creux ischio-rectal, que toutes les suppurations qui avoisinent le rectum.

Depuis que M. Velpeau a décrit la loge ischio-rectale, tous les auteurs qui se sont succédé ont reproduit avec plus ou moins de détails cette description. Il y a, en effet, autour du rectum un espace limité en dehors par l'ischion et l'obturateur interne, en dedans par le releveur de l'anus. J'ai appliqué à cette région le nom d'espace pelvi-rectal inférieur. J'ai décrit dans mon ouvrage un autre espace limité par la face supérieure du releveur de l'anus, le péritoine et le rectum, et que j'ai appelé par opposition espace pelvi-rectal supérieur. Cette disposition n'avait pas été indiquée avant moi.

Or il y a des abcès qui peuvent se développer dans l'espace pelvi-rectal supérieur, et en se développant fuser dans la fosse pelvi-rectale inférieure. Ces abcès sont accompagnés de désordres et d'un décollement considérables.

La cause de ces abcès réside ou peut résider souvent dans la vessie ou la prostate, qui n'est séparée de l'espace pelvi-rectal supérieur que par cette aponévrose de la prostate si bien décrite par M. Denonvilliers.

L'abcès que j'ai observé avait précisément son siége dans le creux pelvi-rectal supérieur, et, quoique le malade en rapportât l'origine à une violence extérieure, je pense bien plutôt qu'il avait eu sa source dans une affection de la prostate.

Voici du reste le fait que j'ai rencontré dans mon service à l'hôpital Saint-Louis :

Abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur. — Fistule ano-périnéale avec décollement profond. — Application de l'entérotome. — Guérison. — Ferdinand S..., âgé de trente-sept ans, encadreur, entre le 15 janvier 1861, salle Saint-Augustin, n° 19.

Ce malade, qui est très-fort et très-robuste, nous dit avoir toujours joui d'une excellente santé. Il n'a jamais été malade; il a seulement eu des plaques muqueuses au scrotum et dans la bouche il y a deux ans.

Au commencement de septembre 1860, il a vu survenir à l'anus une tumeur qui a acquis la grosseur d'un œuf de pigeon et qui a percé seule. Il en attribue l'origine à un coup, sans pouvoir rien préciser. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il eut à cette époque des rétentions d'urine, ce qui laisserait supposer qu'il avait quelque altération du côté de la vessie ou de la prostate.

Il alla consulter alors M. Devergie, qui le fit entrer dans son service à l'hôpital Saint-Louis. Là on reconnut une fistule à l'anus. On lui prescrivit un traitement antisyphilitique, et il subit plusieurs cautérisations avec le nitrate acide de mercure et le nitrate d'argent.

Après trois mois de soins infructueux, M. Devergie lui conseilla de passer en chirurgie, afin d'y subir une opération.

Il entra alors dans mon service, salle Saint-Augustin.

Nous constatons alors les phénomènes suivants : il existe à la partie antérieure du rectum un trajet fistuleux qui remonte si haut que le stylet ordinaire de trousse n'en peut atteindre les limites. Un autre trajet se dirige vers le périnée et va jusqu'à la racine des bourses.

Le malade souffre beaucoup, et ne peut ni marcher ni s'asseoir. Le suintement est assez considérable. On pratique pendant cinq ou six jours des injections iodées dans ces trajets. Mais comme elles occasionnent un gonflement notable qui persiste et des pertes de sang, on suspend ce traitement et on l'engage à changer d'air. On l'envoie à Vincennes le 23 février. Il y reste dix jours, quitte l'asile, et, un peu plus tard, le 23 mars, rentre dans mon service.

Redoutant des hémorrhagies qui auraient pu être difficiles à arrêter, vu la hauteur à laquelle il faudrait porter le bistouri, je me décide à employer l'entérotome selon le procédé de Gerdy.

Le 8 avril, je procédai à l'opération. Je fendis d'abord le trajet fistuleux qui se dirigeait vers la paroi antérieure du rectum, puis je pus porter le doigt dans la plaie et procéder à l'application de l'entérotome de Dupuytren, de la manière suivante :

Je retirai la vis qui unit les deux branches à leur partie inférieure, pour les désarticuler; puis, le doigt introduit dans le rectum, je fis glisser dans le trajet la branche mâle de l'instrument. Cette branche une fois placée, je la fis tenir par un aide, et j'introduisis la branche femelle dans le rectum pour articuler l'instrument, comme on le fait pour le forceps, et pincer entre les mors de l'entérotome les parties qui séparent les deux branches.

Le malade ne ressentit qu'une très-légère douleur lors de cette application. L'instrument fut fixé par un bandage en T et solidement maintenu; de la charpie fut interposée, afin que la partie inférieure de l'instrument ne pût pas blesser les parties voisines.

Six jours après, l'instrument tomba de lui-même, ayant toujours entre ses mors la partie mortifiée par la compression.

Le toucher rectal fait reconnaître alors que le trajet fistuleux n'est pas détruit dans toute sa hauteur, et que l'entérotome, malgré la profondeur de 10 centimètres à laquelle il avait été introduit, n'avait pas atteint le fond du décollement.

Le lendemain, j'appliquai de nouveau l'entérotome, et cette fois je compris entre les mors une cloison ayant 5 ou 6 centimètres au moins de longueur. L'instrument tomba seul au bout de quatre jours.

Le toucher démontre alors que le trajet fistuleux est maintenant complétement détruit.

Le malade n'éprouvant plus aucune douleur, n'ayant plus aucun écoulement purulent, en un mot étant bien guéri, nous l'envoyons à Vincennes, le 8 juin 1861.

Le 5 novembre, nous revoyons ce malade. Il est parfaitement bien portant, et toujours très-fort et très-vigoureux.

Depuis l'opération, il est atteint d'une légère incontinence de matières fécales, qui tend à diminuer tous les jours, à tel point qu'il nous dit lui-même qu'il est presque sûr que dans quatre ou cinq mois il sera parfaitement guéri de cette petite infirmité.

Par le toucher rectal, on constate que la face antérieure du rectum est occupée par une cicatrice assez large, en forme de gouttière, que le doigt suit avec assez de facilité et qui se termine à la partie supérieure par une petite tuméfaction du volume d'un pois, qui se trouve à 8 ou 9 centimètres de l'anus.

Je pense que dans des cas semblables à celui-ci, quand le décollement remonte asssez haut, au point d'atteindre l'espace pelvi-rectal supérieur, il faut préférer l'application de l'entérotome à tout autre procédé.

L'écraseur produit une solution de continuité, une fente, et n'a sur le bistouri d'autre avantage que celui de pouvoir éviter une hémorrhagie. Cette incision ne suffit pas; il faut produire une perte de substance dans le rectum, et l'entérotome remplit très-bien cette indication. Cet instrument s'applique assez facilement, et son emploi met à l'abri des hémorrhagies encore mieux que l'écraseur.

J'ajouterai qu'il n'a produit que peu de douleur la première fois, et moins encore la seconde, et qu'il n'a pas été nécessaire de recourir à la chloroformisation.

M. BOINET. Je ne veux parler que des fistules péri-rectales remontant très-haut. J'en ai observé cinq cas. La guérison peut être obtenue de plusieurs manières, et je puis dire que je connais trois modes de guérison : les injections iodées, l'application de l'entérotome, et enfin une observation sur laquelle je reviendrai tout à l'heure et dans laquelle la guérison a été obtenue d'une manière toute particulière et peu ordinaire.

J'ai beaucoup étudié les effets des injections iodées; mais il y a des cas où il ne faut pas y avoir recours, ainsi quand il existe un décollement considérable et que la muqueuse est amincie. Pour faire ces injections, il faut ouvrir assez largement les trajets et ouvertures fistuleuses. Pour faire ces débridements, je me sers d'un instrument ressemblant beaucoup aux uréthrotomes. Je n'ai jamais recours aux injections que quand j'ai fait ainsi une voie assez large et dans laquelle je pénètre facilement.

Dans d'autres cas, je me sers de l'entérotome, c'est ainsi que j'opérai dans un cas où tout le pourtour du rectum était criblé de fistules. J'ai vu le malade avec notre maître M. Velpeau. Je fis trois applications de l'entérotome à des intervalles éloignés et quand la plaie résultant de la première application était guérie. Il reste chez ce malade une incontinence légère de matières fécales et qui diminue de jour en jour.

Je me sers pour ces opérations d'un entérotome modifié, et dans lequel les mors sont plus longs. De cette manière, une seule application suffit pour arriver au sommet du décollement.

Dans une circonstance, voici ce qui m'est arrivé :

Un malade avait une fistule sans communication avec le rectum. Je voulus débrider, et l'instrument fendit l'intestin. Une injection iodée détermina des douleurs excessivement vives, car il est à remarquer que les injections sont surtout très-douloureuses quand le liquide pénètre dans la cavité du rectum. A partir de ce jour, le malade ne voulut plus se soumettre à aucune exploration. Il guérit. Le pus s'écoulait librement par le rectum, la plaie se détergea et la cicatrisation se fit complétement.

M. VERNEUIL. Avant que la discussion se prolonge, je désire ajouter un mot pour compléter ma communication : Je ne pense pas qu'il puisse s'établir ici un parallèle entre les avantages et les inconvénients de l'écraseur et de l'entérotome. Pour ma part, je n'ai employé l'écraseur que par suite d'une erreur de diagnostic, ou par suite d'un diagnostic incomplet. Je croyais avoir atteint, par l'exploration à laquelle je m'étais livré, les limites du décollement. Si j'avais supposé que le mal remontât si haut, j'aurais bien certainement employé de préférence l'entérotome. Je ne crois pas que l'écraseur fût ici indiqué.

— La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. LABORIE présente un malade atteint d'une **fausse ankylose du coude droit.**

Ce jeune homme, d'une bonne constitution, âgé de dix-huit ans, exerçant la profession de bijoutier, a été atteint, il y a six mois environ, d'une arthrite rhumatismale. L'articulation du coude droit, spécialement affectée, est restée malade. Lorsque ce jeune homme est entré dans mon service il y a une dizaine de jours, il m'a donné sur le mal dont il est atteint, sur le traitement qu'il a suivi, les détails que j'ai l'honneur de vous transmettre.

L'inflammation fut vivement combattue d'abord par des antiphlogistiques, qui firent disparaître après un certain temps les symptômes aigus; mais l'arthrite aiguë ne fut que se transformer en arthrite chronique, et peu à peu, malgré les soins donnés, l'avant-bras se porta dans l'extension et s'y maintint. On eut recours à l'emploi de cautères, de frictions, de massages, sans pouvoir ramener le membre dans la flexion; on fit des tentatives pour la produire violemment, et on se servit d'une mécanique, le tout sans résultat. Je dois dire que jamais on n'employa le chloroforme.

Comme on peut le voir, la santé générale de ce jeune homme est parfaite. Le membre ne présente pas d'amaigrissement; la jointure est médiocrement déformée. Si on cherche à fléchir l'avant-bras, on n'obtient qu'une mobilité presque insensible; les mouvements de pronation et de supination sont aussi presque absolument abolis.

J'ai l'honneur de soumettre ce malade à votre examen pour savoir si une opération n'est pas indiquée. Ce jeune homme, qui est bijoutier, ne peut plus faire son état; la main droite ne pouvant être rapprochée du corps, il lui devient impossible de se livrer à une occupation qui demande que les objets travaillés soient rapprochés des yeux. Mon intention serait, sauf l'avis de mes collègues, de rompre cette fausse ankylose après avoir produit le sommeil anesthésique, et, si l'opération réussit, de maintenir l'avant-bras dans la flexion à angle droit, si l'on ne peut espérer rétablir les mouvements de l'articulation.

M. VERNEUIL pense qu'il ne faut pas hésiter, dans ce cas, à trans-

former la position actuelle du membre en une ankylose angulaire. On doit agir directement et avec force, après avoir soumis le jeune homme à l'influence de l'anesthésie.

M. BAUCHET. Je pense aussi qu'il faut agir dans ce cas, et je m'appuie sur deux faits que j'ai rencontrés. Mais je ne crois pas qu'il faille de suite se borner à chercher une ankylose angulaire. Certainement le malade gagnerait déjà beaucoup, mais peut-être peut-il gagner encore davantage. Dans un des cas que j'ai rencontrés, je n'ai obtenu qu'une flexion à angle dépassant l'angle droit; le blessé se sert très-bien de la main. Dans l'autre, le jeune homme a recouvré tous ses mouvements, flexion et extension complètes, pronation, supination, etc. J'ai déjà présenté le malade à la Société : c'est un élève en pharmacie. Depuis cette époque, il a gagné encore, et aujourd'hui il se sert de son membre blessé comme de l'autre.

J'ajouterai, pour répondre à une objection qui avait été faite lors de la dernière discussion, que ce jeune homme a eu une inflammation de l'articulation, une arthrite blennorrhagique, que la phlegmasie a porté sur la synoviale, et qu'elle a été suivie de la formation de plusieurs abcès péri-articulaires.

M. CHASSAIGNAC pense aussi qu'il ne faut pas hésiter à faire des tentatives pour rompre cette ankylose. Il ne voit aucun signe de suppuration passée ou présente autour de l'articulation; il n'y a pas de douleur; il n'y a aucune contre-indication. Il préférerait, au lieu de se servir d'une machine, placer le pli du bras sur l'épaule, et agir fortement en se servant de l'extrémité de l'avant-bras comme d'un levier. Le chirurgien peut plus aisément, de cette manière, graduer la force qu'il emploie.

M. LARREY. Dans des cas semblables, non-seulement l'avant-bras et le bras sont en ligne droite, mais l'avant-bras a une tendance extrême à se porter de plus en plus en pronation forcée. C'est, du reste, ce qu'on observe déjà chez le jeune homme qui nous est présenté. Aussi je m'associe à l'opinion de mes collègues, et je pense qu'il faut non-seulement fléchir l'avant-bras, mais encore lutter contre cette position vicieuse si défavorable pour l'usage du membre.

M. HUGUIER partage la même opinion. Ce jeune homme est dans de bonnes conditions; il n'est ni lymphatique, ni scrofuleux. Quand l'une de ces dernières dispositions existe, il peut survenir des accidents inflammatoires, et consécutivement une tumeur blanche. Il l'a observé une fois. Il partage aussi l'idée émise par M. Larrey, et ajoute que dans ce cas il semble exister une pseudo-ankylose de l'articulation radio cubitale supérieure.

M. BROCA. Tout le monde me paraît d'accord sur ce point qu'il faut agir. Mais pour arriver à un résultat il y a deux manières de procéder : ou bien agir graduellement, lentement, ou bien avoir recours à des moyens brusques, instantanés. M. Verneuil s'est prononcé pour la rupture immédiate; mais on se condamne alors à avoir le coude dans une position fixe. Je pense qu'il est préférable de faire comme l'a dit M. Bauchet, et de chercher à rétablir les mouvements par des efforts graduels. C'est ce que j'ai fait chez un jeune homme qui avait une déviation de la hanche. J'ai employé une trentaine de séances; je n'ai pas été de suite jusqu'à la rupture complète des adhérences qui maintenaient le membre dans une position anormale. J'ai employé des manipulations un peu violentes. Ce jeune homme a maintenant le membre dans une position rectiligne, et de plus jouit de mouvements et boite peu. Il peut venir de Paris à Bicêtre à pied.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai vu M. Gerdy rompre de ces pseudo-ankyloses. Quand l'articulation n'est pas détruite, ou peut provoquer une inflammation et une tumeur blanche. J'ai rompu un certain nombre de fois des ankyloses, souvent avec des résultats satisfaisants. Récemment encore, j'en ai rompu une du genou. J'ai senti, au moment de la rupture, un craquement très-fort : il n'y a pas eu d'accidents. J'ai ensuite fait exécuter des mouvements; j'ai recommandé à la malado d'en faire elle-même en s'asseyant sur le bord de son lit et en fléchissant ainsi la jambe. Le résultat est satisfaisant; la malade marche mieux et sans faucher, comme elle faisait auparavant.

M. VERNEUIL. Je m'étais d'abord borné à donner des renseignements sommaires et à exprimer mon opinion sur le fait qui nous était présenté. Il y a peu de cas dans lesquels on peut compter sur un succès complet, et celui de M. Bauchet est une heureuse exception. J'ai fait des tentatives à l'hôpital des Enfants; je me suis servi de machines. Il m'est arrivé d'obtenir des résultats d'abord satisfaisants, mais quinze jours après les accidents s'étaient reproduits. Et encore, si ces petites manœuvres étaient innocentes! Elles sont douloureuses et quelquefois aussi graves que la rupture complète des adhérences.

Ces considérations m'ont décidé à adopter la marche que j'ai conseillée. Je préfère donc la rupture brusque, et je me sers des mains. Il m'est arrivé une fois de casser l'olécrane, et il n'est survenu aucun accident.

M. BAUCHET. Dans le fait que j'ai, il y a un instant, rappelé, la guérison s'est maintenue depuis plus de trois mois, et elle est complète. J'ajouterai que l'on ne peut rien promettre à l'avance. Il faut tâcher d'obtenir le plus qu'on peut et d'arriver à rendre les mouvements au membre; mais ce résultat n'est pas toujours possible. Dans un cas, j'ai dû me contenter d'une ankylose angulaire au lieu d'une ankylose rectiligne.

M. GUERSANT pense qu'il faut agir lentement. Il a vu les extensions graduées amener de bons résultats.

M. RICHARD. Je n'ai pas beaucoup vu par moi-même; mais ce que j'ai vu me donne confiance qu'on peut obtenir beaucoup. Dans de telles tentatives, je me sens soutenu par la foi de voir ces affections céder à des soins prolongés. J'ai beaucoup étudié les résultats de Bonnet et sa manière d'agir. Or, je ne pense pas que si Bonnet avait vu le malade, il eût de suite donné le conseil de rompre brusquement cette ankylose. Il eût commencé par assouplir les tissus, par faire rendre à l'articulation tout ce qu'elle peut encore donner, par l'habituer aux manœuvres; puis il aurait agi plus énergiquement. Il faut du temps et de la patience. C'est cette pratique que je crois devoir adopter.

M. CHASSAIGNAC. Il y a dans ce fait deux points à examiner :

1° Faut-il agir brusquement ou lentement?

2° Faut-il de suite tenter d'obtenir une ankylose dans une position plus favorable, ou faut-il essayer de rendre les mouvements à cette articulation?

J'ai déjà, dans une autre discussion, exprimé mon opinion à cet égard. Il faut d'abord essayer de conserver les mouvements par des tentatives répétées et plus ou moins rapprochées, suivant les accidents qui se présentent. Il faut agir énergiquement dès le début, et voir ce qui se passe ultérieurement. J'ai vu des cas où tout essai de rendre les mouvements était inutile. Alors il faut bien se contenter d'obtenir une ankylose dans une position plus favorable.

M. VOILLEMIER. La conduite à suivre est essentiellement différente suivant les cas. Il faut surtout distinguer ceux dans lesquels il y a soudure des os, de ceux où il n'y a qu'une rigidité des parties fibreuses extra-articulaires. Dans les premiers, les tentatives lentes pour vaincre l'ankylose sont impuissantes, et les tentatives brusques produisent inévitablement une fracture plus ou moins près de l'articulation. Malgré cet inconvénient sérieux, on peut les employer quand on compte, en donnant au membre une position nouvelle, en étendre les usages. On n'a point détruit l'ankylose, mais changé la disposition des leviers. J'ai eu l'honneur de présenter à la Société, il y a deux mois, un homme dont les deux coudes étaient ankylosés, les avant-bras étant dans l'extension. Il s'agissait d'une soudure osseuse. En présence de notre collègue M. Foucher, j'eus recours à la flexion brusque, après avoir chloroformé le malade. A droite, il y eut arrachement de la trochlée humérale; à gauche il se produisit une véritable fracture transversale de l'humérus, à 2 centimètres environ de l'articulation. Les avant-bras furent placés dans la demi-flexion. Le malade guérit sans le moindre accident, et il avait beaucoup gagné à cette opération.

Quand l'abolition plus ou moins grande des mouvements tient à la rigidité des liens fibreux, on doit recourir aux tentatives lentes et modérées à l'aide des mains et des machines. On a lieu d'espérer une guérison par ces moyens prudents, tandis que des mouvements brusques et violents pourraient déterminer de graves accidents inflammatoires. Car il faut encore distinguer les cas où la maladie, ordinairement rhumatismale, qui a déterminé l'ankylose a porté seulement sur les tissus fibreux de l'articulation, de ceux où elle a altéré la synoviale. Si cette membrane a été fortement intéressée, bien que ses adhérences soient assez faciles à rompre, et que l'on puisse ramener les mouvements, ce succès est de courte durée. On voit peu à peu les mouvements diminuer d'étendue et l'ankylose se reproduire. En ce moment même j'ai dans mon service deux cas de ce genre.

M. LABORIE. M. Jamain a déjà fait des tentatives modérées avec des des machines, et n'a rien obtenu. Je remercie mes collègues des avis qu'ils ont donnés, et je tiendrai la Société au courant de ce qui pourra se présenter.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 12 novembre, M. Mourier, recteur de l'Académie de Bordeaux, a été nommé vice-recteur de l'Académie de Paris, en remplacement de M. Artaud, décédé.

— M. le docteur Sérullaz, ancien interne des hôpitaux, a été nommé chef de clinique d'accouchement à l'hôpital de la Charité de Lyon, en remplacement de M. le docteur Debauge, dont les fonctions ont expiré le 31 octobre.

— Un concours sera ouvert le 16 décembre prochain à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, pour un emploi de répétiteur vacant à l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg, et pour deux emplois de même nature nouvellement créés à ladite École.

Sur ces trois emplois, deux se rattachent à l'enseignement de la médecine et un à l'enseignement de la chirurgie.

Le programme qui servira de base aux épreuves de ce concours sera incessamment rendu public.

Seront admis à prendre part audit concours les médecins aides-majors des deux classes, et les médecins-majors de 2e classe.

Les officiers de santé de ces trois grades qui désireront concourir s'adresseront à leurs chefs directs, qui solliciteront des généraux commandants ou intendants militaires, suivant la position régimentaire ou hospitalière des candidats, l'autorisation nécessaire pour que ces candidats puissent être dirigés sur Paris.

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Lyon s'est terminé le 30 octobre dernier, par la nomination de MM. Oran, Bonesœur, Poulet, Ménard (Gustave), Pressegol, Bonhomme, Planche, Bonnefous, Lambert, Museau, Breyton et Meynard (Armand).

Dix-neuf candidats seulement s'étaient fait inscrire pour disputer ces douze places.

— Dans sa séance publique annuelle, la Société des sciences et arts de Poligny, honorée du patronage de S. A. I. le prince Napoléon, vient de décerner, pour des *Traités d'hygiène primaire* envoyés à ses concours, un 1er prix à M. Millet, professeur à l'Ecole de médecine de Tours; un 2e prix à M. Dupasquier, à Nan-sous-Thil; des mentions honorables et diplômes de correspondants à MM. Guy-Raoul et Nicolas (de Paris). — Parmi les autres lauréats, nous avons remarqué le docteur Chereau (de Paris), auquel sa traduction de la description de la Franche-Comté de G. Cousin a valu un premier prix.

— Après douze ans de services, M. Moore Neligan résigne ses fonctions de rédacteur en chef du *Dublin quarterly Journal of medical science*. Nous faisons des vœux pour que son successeur, M. le docteur George H. Kidd, maintienne à la même hauteur une publication que M. Wilde, puis M. Moore Neligan, ont rendue la plus remarquable expression de la science médicale irlandaise.

— M. le docteur Hiffelsheim commencera un cours public d'électricité médicale mardi 26 novembre, à sept heures du soir, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique. Il traitera de l'électricité appliquée à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique.

Une belle collection de la *Gazette* depuis son origine (1828), reliée, et les années 1834, 1835, 1836, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1850, 1855, sont à vendre au bureau du journal.

Les îles Canaries et la vallée d'Orotava au point de vue hygiénique et médical, par M. Gabriel DE BELCASTEL. Une brochure in-8° de 40 pages. Prix : 1 fr. 25 c. Paris, 1862, chez J. B. Baillière et fils, éditeurs, rue Hautefeuille, 19.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Des intervalles lucides, de leur valeur médico-légale et de leur application en matière de testament. — CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE (M. Tavignot). De la méthode galvano-caustique appliquée à la cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales. — Des accidents fébriles qui suivent les opérations pratiquées sur le canal de l'urèthre. — De l'hydrocotyle asiatique et de son emploi dans les maladies de la peau. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 19 novembre. — Nouvelles.

PARIS, 20 NOVEMBRE 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après le dépouillement de la correspondance et la lecture du discours prononcé par M. le président aux obsèques de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, discours que l'on trouvera plus bas, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de la section d'hygiène et de médecine légale, et la discussion des titres des candidats à la place vacante dans cette section. Cette discussion s'étant prolongée jusqu'au delà de cinq heures, l'Académie n'est point rentrée en séance publique. L'élection aura lieu dans la séance prochaine. — Dr Brochin.

DES INTERVALLES LUCIDES,
DE LEUR VALEUR MÉDICO-LÉGALE ET DE LEUR APPLICATION EN MATIÈRE DE TESTAMENTS.

Le cœur humain renferme dans ses replis les plus cachés des sentiments très-divers. La raison les comprime ou les désavoue : la folie les déploie ou les révèle au grand jour. Entre ces deux extrêmes vient s'interposer une sorte d'état mixte digne à tous égards du plus sérieux examen : le médecin est parfois aussi embarrassé à en donner la juste interprétation que les tribunaux sont hésitants à consacrer son principe, à valider ses conséquences. C'est qu'il est difficile au premier abord d'admettre deux termes qui s'excluent l'un l'autre, *santé* et *maladie*, et que la conscience frémit toujours à la pensée de l'erreur, surtout quand il peut en résulter un dommage pour l'honneur, la fortune ou la vie des citoyens.

Cela dit, quel est ce phénomène qui a reçu le nom d'*intervalle lucide ?*

Dans le compte rendu d'un procès célèbre entre le prince de Conti et Mme de Nemours, au sujet du testament de l'abbé d'Orléans, on trouve une définition de l'intervalle lucide qui, malgré l'imperfection notoire des connaissances médicales à cette époque (1698), laisse très-peu à désirer : ce n'est point, a dit d'Aguesseau, « un crépuscule qui joint le jour à la nuit, mais une lumière parfaite, un éclat vif et continu, un jour plein et entier qui sépare deux nuits. » Cette opinion de l'illustre chancelier nous satisfait d'autant mieux que parmi les rares auteurs qui se sont occupés de la question, il existe quelque confusion, et que le caractère de la manifestation psychique que nous allons étudier a reçu tour à tour des explications peu compréhensibles ou contradictoires.

L'intermission ou la rémission, la dissimulation maladive ou l'action sage d'un fou, sont bien loin d'être une seule et même chose ; aussi, lorsqu'on songe à l'importance que ces différents termes acquièrent en médecine légale, on ne peut que souhaiter de les voir précisés désormais d'une façon plus nette.

L'intervalle lucide consiste dans la suspension absolue, mais temporaire, des manifestations et des caractères du délire. C'est une trêve réelle, un loyal armistice. On l'observe souvent dans la manie (25 fois sur 100 environ), quelquefois dans la mélancolie, très-rarement dans la monomanie proprement dite, tout à fait à titre exceptionnel dans les hallucinations, la démence aiguë et les illusions ; mais certaines formes de maladies mentales n'en présentent jamais : la démence confirmée, l'imbécillité et l'idiotie sont de ce nombre.

Sauf le cas d'explosion d'un nouvel accès, l'aliéné, qui, selon l'expression de la loi romaine, se trouve *in suis induciis*, jouit de la réhabilitation de ses attributs intellectuels : s'il a l'amertume de se souvenir de la crise passée, il a du moins la conscience du présent et la consolation de raisonner l'acte qu'il commet. Le médecin, pour s'assurer du retour de ces facultés mentales tout à l'heure absentes, aura beau tendre des piéges, il n'ébranlera pas la solidité du jugement. La paix, bien que passagère, n'est ni trompeuse ni infidèle.

Le malade en possession d'un intervalle lucide ne ressemble donc en rien à ce monomaniaque dont l'aberration est parfois tellement exclusive qu'il paraît complétement sain d'esprit, mais qu'une idée fausse cependant opprime et fait extravaguer. Il y a chez le premier une grande fortune qui peut sombrer en un instant ; tandis que chez l'autre tout est luxe apparent, mais misère cachée.

Il faut discerner de l'intervalle lucide ces lueurs d'un instant, ces bonds d'intelligence et de calme qui se montrent tout à coup : cette situation est, il est vrai, d'un excellent augure et sert d'avant-coureur à une intercurrence réelle ou même à la convalescence, mais rien n'est plus fragile. La visite d'un parent ou d'un ami, la communication d'une lettre, la nouvelle d'un événement triste ou une émotion quelconque, vont précipiter une rechute et rappeler les pleurs, l'agitation et les cris. Au bout d'une ou de deux semaines, d'un mois peut-être, le malade restera un matin au lit, accusera de la fatigue, parlera peu : il entre encore dans une phase suspensive. On redouble de soins et de sollicitude, et l'on ne tarde pas à être édifié sur le caractère rapide ou persévérant de l'oscillation.

Le retour au calme se différencie également de la franche manifestation de la lucidité. Lorsque l'excitation turbulente a cédé, tout n'est pas fini, et l'incohérence du langage peut subsister. La disparition de l'agitation, signe extérieur de la lésion psychique, n'entraînant nullement la réintégration de l'exercice normal de la pensée, le médecin ne doit pas se fier à ce demi-réveil et laisser les familles baser de longs espoirs sur un sable aussi mouvant. Prêtez l'oreille, et, selon toute probabilité, vous allez entendre l'orage gronder dans le lointain.

Quand l'intervalle lucide est de bon aloi et de toute évidence, les habitudes et les dispositions antérieures reparaissent, la physionomie reprend son expression d'autrefois, et le malade songe avec intérêt à ses affaires ; il revoit avec plaisir sa famille, sourit à ses amis, oublie les aversions mal fondées qu'il a conçues dans son délire, et balbutie timidement quelques paroles d'excuse et de sympathie aux personnes qui en ont été l'objet. La bienveillance est dans son regard, la sensibilité dans son cœur, et c'est le retour des sentiments affectueux qui domine toute la scène.

Dans la simple rémission, au contraire, il n'est pas toujours possible de fixer longtemps l'attention. Les traits sont indécis, les réponses brèves et souvent évasives ; la parole est saccadée, la voix un peu voilée, et l'aspect général manque d'aplomb.

Quant à ces aliénés *bien portants* qui, pour recouvrer plus vite la liberté, protestent tous les jours de leur guérison et affirment qu'ils n'entendent plus de voix ou qu'ils n'ont plus d'apparitions, ils veulent en imposer et dissimulent leur état. Les presse-t-on de questions, ils répondent par des mensonges. C'est bien d'eux qu'on peut dire : *Incombit onus probandi sanam mentem*. Jusque-là, il faut se tenir sur ses gardes.

Il ne nous semble pas qu'il puisse s'établir une équivoque dans les esprits relativement à l'acte sage de l'aliéné et à l'intervalle lucide. Le fou commet un acte très-raisonnable, mais il n'en reste pas moins frappé dans son intelligence : un éclair a percé des ténèbres, mais pour les rendre ensuite plus sombres et plus épaisses. Le trait de lumière a été rapide, instantané. Il y a, au contraire, dans l'intervalle lucide une série d'actions frappées au coin de la plus saine logique ; l'intégrité mentale demeure ferme et se soutient dans toute sa pureté pendant un temps donné. S'il devait suffire de prouver quelques actions sages pour faire admettre l'intervalle lucide, il ne se rencontrerait probablement jamais de cause assez désespérée pour que l'on ne trouvât point des témoins capables de déposer dans ce sens ; or, à quels résultats judiciaires n'arriverait-on pas ? Non, comme l'a si bien dit Marc, l'action sage est un acte, l'intervalle est un état.

C'est naturellement ici que l'appréciation du type périodique dans la folie doit trouver sa place. Des phénomènes oscillatoires et d'une intermittence très-bien accusée, comparables jusqu'à un certain point aux accès qui s'observent chez les goutteux, apparaissent dans certains cas de manie ou de mélancolie. Ce flux et ce reflux sont parfois régularisés à ce point que la crise est prévue et annoncée à jour fixe. La manifestation maladive se déclare, suit son cours habituel, a sa durée déterminée, puis tout rentre dans l'ordre.

Nous avons donné des soins, il y a quelques années, dans un établissement public d'aliénés, à la jeune veuve d'un médecin militaire qui, de quatre mois en quatre mois, était affectée d'un délire maniaque des plus violents. Chaque accès durait environ trois semaines. Ce temps d'épreuves une fois écoulé, la malade allait reprendre sa place dans le monde, et personne ne se doutait du motif de son éloignement passager.

Broussais a cité l'observation d'une dame qui, depuis trente années, avait un accès annuel de folie d'une durée de trois à quatre mois. Elle en pressentait le retour et se rendait d'elle-même dans une maison de santé.

L'un des cas les plus curieux qui aient été déposés dans les archives de la science, est certainement celui que M. le docteur Morel a rapporté dans son ouvrage si plein de faits intéressants (1) :

Nous devons encore faire ici une distinction. Nous ne voudrions pas que l'on confondît les longs intervalles lucides que nous venons de signaler dans la folie périodique avec les alternances de calme et d'agitation qu'Esquirol a définies ainsi qu'il suit :

« Il est, dit-il, des maniaques qui ne sont agités, violents, emportés, qu'à certaines époques du jour, qu'à certain jour, que dans certaines saisons ; tandis que leur délire est calme et paisible pendant le reste du temps. Il en est dont la lypémanie ne devient plus profonde, plus accablante, qu'à des intervalles plus ou moins réguliers ; tandis qu'habituellement elle offre tous les traits d'un délire fixe, combiné avec les passions gaies. Les saisons, la menstruation, ramènent les mêmes symptômes, le même délire, la même exaltation, le même accablement. » Il ne s'agit là que de phénomènes observés dans des cas d'aliénation mentale essentiellement chronique, chez des malades ne quittant pas l'Asile, inhabiles à récupérer des aptitudes intellectuelles stables, et voués pour toujours à la déraison ; tandis que la plupart de ceux dont nous parlions il n'y a qu'un instant, et qui jouissent pendant un temps plus ou moins long de l'intégrité de leurs facultés, sortent des établissements, vont, viennent, et dépensent au milieu de la société leur libre activité. Ils sont atteints de fréquentes récidives de folie *aiguë*. Nous ne voulons pas dire par là que l'état chronique et l'incurabilité ne doivent être un jour la terminaison dernière de ce délire, — le fait est à peu près constant, — mais nous prenons ces malades à un moment où ils se meuvent encore sur le théâtre des affaires humaines, et non pas lorsqu'ils sont relégués oisifs dans le préau d'un hôpital. Ces derniers, en droit criminel, sont couverts par la protection de la loi, tandis que les autres voient discuter devant les tribunaux la responsabilité de leurs actes.

(1) *Traité des maladies mentales*, p. 477.

Le point de psychologie judiciaire le plus délicat peut-être à résoudre, celui qui laisse si souvent dans le vague et l'obscurité, consiste dans la question de savoir si le crime commis pendant l'intervalle lucide ou la période suspensive de la folie périodique, doit être mis sur le compte de la propension maladive, ou bien s'il a été déterminé par les suggestions d'une conscience indépendante. La justice fera-t-elle, dans ce cas, jouir le coupable de l'immunité qui s'attache à l'absence de discernement ; le considérera-t-elle comme en possession de son libre arbitre, et le frappera-t-elle alors avec la sévérité égale pour tous, ou bien descendra-t-elle en sa faveur l'échelle de la pénalité d'un ou de plusieurs degrés ?

Hale, le grand justicier de l'Angleterre, a posé à ce sujet une terrible règle de conduite. D'après lui, tout individu « jouissant d'autant de connaissances et de jugement qu'un enfant de quatorze ans, est en état d'être déclaré coupable de trahison et de félonie, absolument comme celui qui, *ayant un accès de folie par jour*, commettrait un crime dans les intervalles lucides de la journée (1). » Il nous a suffi de rapporter cette sentence inhumaine, pour avoir fait comprendre combien elle pèche par l'exagération.

MM. Chauveau (Adolphe) et Faustin Hélie, avec cet accent de loyale conviction qui les anime, se sont posé la question : « Ne peut-on pas présumer, disent-ils, que l'état habituel d'aliénation a pu exercer quelque influence sur la détermination de l'agent, alors même qu'aucun signe ne la décèle ? Quel juge oserait affirmer que cette intelligence, tout à l'heure éteinte, a repris subitement toutes ses clartés ? Enfin, faudra-t-il attendre pour le jugement un autre intervalle lucide ? Et la folie ne pourra-t-elle pas survenir au milieu de l'instruction et avant que la justice ait achevé son cours (2) ? »

Après l'exposé d'opinions si formellement contradictoires, on est en droit de nous demander où habite la vérité. Nous ne ferons pas attendre notre réponse.

Les médecins légistes ne doivent pas, en général, faire entendre aux magistrats des paroles en contradiction trop flagrante avec les idées reçues. Sans cela, leur intervention, pour vouloir atteindre un but éminemment respectable, dépasserait les limites admissibles et sèmerait l'incrédulité dans le prétoire. Faire valoir dans les cas dont il s'agit la doctrine de l'immunité *quand même*, c'est réellement outre-passer la frontière du juste et du droit. Voici, par exemple, un homme qui, dans l'intervalle lucide le plus complet, le mieux constaté, a armé son bras et a frappé son semblable ; a volé son voisin ou incendié les récoltes d'autrui : qui vous dit qu'il n'y a pas eu chez lui une préméditation coupable, qu'il n'a pas obéi à un calcul intéressé et que son action répréhensible et dommageable ne porte pas l'empreinte d'une détermination volontaire ? N'est-il pas homme, et ne peut-il pas comme tel être sujet à des entraînements, à des défaillances ? Ne devez-vous pas à la société une garantie contre des atteintes et des agressions qui la lèsent, la spolient ou l'oppriment ?

Cette argumentation des plus significatives est en général formulée à l'audience par le ministère public ; nous devons même dire que sa justesse relative impressionne vivement.

Lorsqu'un médecin est consulté dans un procès de ce genre, il doit d'abord prévoir les objections qui ne manqueront pas de lui être faites, et, pour en triompher, si toutefois il y a lieu, il doit apporter dans sa mission d'expert une prudence en harmonie avec sa sagesse et sa probité. Il doit, par exemple, exposer si le fait incriminé a été commis à une époque rapprochée ou lointaine du délire, et tirer de cette première circonstance des conclusions conformes aux saines données de la pathologie et de la pratique usuelle. Le moment précis où aura commencé et fini l'intervalle lucide ressortira du froid examen des faits et de la constatation sincère des signes et symptômes divers qui ont été précédemment indiqués.

Il importe ensuite de rechercher quelles ont été les conceptions délirantes du précédent accès, de les analyser et de voir si elles se rapprochent en quelque chose de l'action imputée. Si, par exemple, le malade avait été poursuivi par des instincts homicides ou incendiaires et avait entendu des voix lui intimant l'ordre de tuer ou de brûler, et que le procès criminel actuellement pendant devant la justice fût en relation directe avec cette variété de perturbation mentale, il va sans dire que l'on devrait émettre une opinion très-nette et tout en faveur de l'impulsion morbide et de la privation de liberté morale. Si, au contraire, le fait est en désaccord absolu avec le délire passé et s'il paraît avoir été motivé par des considérations ayant leur raison d'être : perversité naturelle, jalousie, libertinage, vengeance, etc., et se justifiant d'elles-mêmes, le médecin devra pencher du côté de la compromission possible, probable même, du libre arbitre, eu égard aux accès antérieurs de folie, mais il s'abstiendra de déposer en faveur de l'absence radicale du discernement.

Dans un examen de cette nature, il faut savoir peser à leur juste

(1) *Histoire des plaidoyers de la couronne*, t. Ier, p. 30.
(2) *Théorie du Code pénal.*

valeur les penchants et les dispositions antérieures de l'individu et tâcher de recueillir à ce sujet des témoignages ou des révélations capables de jeter du jour sur les débats; on doit discuter à part soi les mobiles et les causes vraisemblables de l'acte, ainsi que les circonstances qui ont accompagné sa perpétration. Il y a là tout un travail à faire, et l'on comprend combien il importe, au nom de la morale publique et de la vérité, d'entourer cette enquête de soins minutieux, scrupuleux même, et de ne point perdre de vue qu'en thèse générale la liberté morale est d'autant plus grande que l'intellect a été plus puissant et que les connaissances ont été plus vastes.

Pour trancher toutes les difficultés, nous devons dire, au résumé, qu'il est possible de ramener à trois types différents les actes criminels commis pendant des intervalles lucides ou des phases suspensives de la folie périodique :

1° Le fait s'est accompli au milieu de circonstances qui ne permettent guère de douter de la plénitude relative des facultés. — Exposer alors l'influence possible des accès antérieurs de folie sur la détermination de l'agent et conclure à l'atténuation de culpabilité.

En pareille occurrence, la justice usera certainement d'indulgence.

2° Le crime a eu pour auteur un individu qui, tout en conservant les apparences d'une activité intelligente, fléchit néanmoins sous l'oppression mentale. — Etablir la lésion de l'entendement et appuyer cette opinion d'exemples et de preuves résultant des interrogatoires et de l'allure particulière du prévenu. Conclure enfin à l'irresponsabilité devant la loi.

Une ordonnance de non-lieu est le plus souvent rendue, et la séquestration dans une maison d'aliénés est ordonnée par l'autorité.

3° L'acte consommé résulte d'une volonté libre, mais il y a eu presque immédiatement explosion d'un délire ou d'attaques nerveuses pouvant ressembler de près ou de loin à la folie ou à l'épilepsie. — Rechercher avec soin si la simulation ne joue pas le principal rôle, et si les phénomènes morbides accusés ne trahissent pas un souvenir trop fidèle des accidents antérieurs. Demander, en cas de doute, la translation provisoire dans une maison spéciale; observer et faire surveiller attentivement; puis, lorsque la conviction reposera sur des données certaines, remettre à l'autorité judiciaire un rapport dont les conclusions devront nécessairement rentrer dans les deux cas précédents.

Selon toute probabilité, l'arrêt sera conforme aux conclusions de l'expert.

Quel rôle peut jouer maintenant l'intervalle lucide dans la question des testaments?

« Si le fou, disait la loi romaine, a recouvré la raison ou s'il a fait un testament dans un intervalle lucide, le testament est réputé valable; à plus forte raison si le testament a été fait avant la folie. »

La loi française, jugeant peut-être que tout serait douteux et arbitraire si l'on arrivait à admettre l'intervalle lucide, n'a point autorisé cet état intermédiaire, et elle s'est intentionnellement abstenue. Les arrêts des parlements ne font mention d'aucune distinction à ce sujet, et l'article 901 du Code Napoléon se contente seulement de dire : « Pour faire un testament, il faut être sain d'esprit. »

On s'est très-souvent demandé si un ou plusieurs accès antérieurs de folie pouvaient laisser dans les intervalles lucides assez de clairvoyance pour que le judicieux accomplissement de l'acte de dernière volonté pût s'effectuer sans entrave. Eh bien, cela ne nous paraît pas douteux, et il n'est certainement pas un seul médecin d'aliénés qui n'en ait fait l'expérience en faisant écrire les malades, ou en recevant d'eux, *pendant ces moments de trêve*, des dispositions testamentaires irréprochablement prises. Nos lois restent muettes sur ce point; mais les magistrats, chargés de leur interprétation, n'en valident pas moins les actes civils contractés ou consentis pendant les intercurrences de calme et de raison indubitables et ayant eu une durée suffisante pour que leur constatation réelle fût à l'abri de tout soupçon.

En parcourant les recueils de la jurisprudence, on voit sans de grands efforts que la loi établit toujours une présomption en faveur de la liberté morale de celui qui a disposé de sa fortune : c'est aux héritiers à démontrer qu'au moment où il a arrêté sa succession, le testateur n'était pas sain d'esprit. Deux cas peuvent du reste se présenter : ou le testament renferme des clauses raisonnables, et celui qui l'attaque doit prouver la folie; ou l'acte contient des bizarreries, et c'est aux légataires qu'il incombe d'établir la sagesse.

Serres a vu casser à Toulouse le testament d'ailleurs irréprochable du sieur Aymant du Moret, parce que cet homme, pendant le cours de sa vie, « croyait être fille, et avait la manie de vouloir passer pour fille, bien que, sur tous les autres points, cet homme parût avoir du bon sens. Il allait souvent habillé en fille, on l'avait même vu communier en cet état, et voulait être appelé *mademoiselle Rosette*. Il filait, se formait une gorge avec des étoupes, etc. (1). »

Merlin a rapporté deux exemples assez curieux. Un individu commande à son héritier de jeter ses cendres à la mer. Cette condition était-elle obligatoire? Les jurisconsultes ont pensé qu'il fallait d'abord se rendre un compte exact de l'état de l'intelligence du testateur, au moment où il a formellement émis un vœu aussi étrange, et que, dans le cas où la plénitude de la raison serait établie par des *preuves solides*, la succession devrait alors être livrée à l'héritier, sans que celui-ci fût tenu d'obéir à la volonté tout au moins originale du testateur : *Hoc prius inspiciendum est, ne homo qui talem conditionem posuit, neque compos mentis esset. Igitur si perspicuis rationibus hæc suspicio amoveri potest, nullo modo legitimus hæres hæreditate controversiam facit scripto hæredi* (2).

Dans l'autre cas, un père avait fait une disposition des plus sages. Son fils ne put l'attaquer qu'en alléguant l'insanité d'esprit; mais les empereurs Dioclétien et Maximien lui imposèrent la nécessité de justifier une présomption si peu apparente.

Il serait souverainement injuste et contraire à toutes les règles du bon sens que le testament d'un aliéné, ou d'un individu prétendu tel, ne pût être attaqué qu'à la condition d'une interdiction préalable, car quel espace de temps fixerait-on raisonnablement aux familles pour qu'elles en appelassent à cette excommunication civile de l'un des leurs? Les affections de l'intelligence ont une durée extrêmement capricieuse, et nous ne saurions dire tout ce qu'il y a d'imprévu dans la pathologie mentale : tel maniaque guérit en six semaines, tel autre en six mois, alors qu'un troisième, devenu incurable, reste vingt-cinq ans dans l'asile où il a été placé. Ira-t-on recourir alors aux formalités judiciaires dès les premiers jours de l'invasion de la folie? « Il n'y a que l'impossibilité, a dit d'Aguesseau, de dérober ce triste spectacle au public, qui puisse obliger une famille à prendre la pénible résolution de faire éclater en même temps et sa douleur et sa honte (1). » Sans considérer la mesure souvent si tutélaire de l'interdiction avec une appréhension égale à celle de l'illustre chancelier, nous ne conseillons en général l'application des mesures légales que lorsqu'il s'agit de conserver à une femme et à des enfants la possession d'une fortune que l'on voit menacée d'une prochaine dissolution par suite des dépenses inusitées, des largesses extravagantes de certains malades et des onéreux engagements souscrits par eux.

En général, la sagesse qui a présidé à la rédaction d'un acte testamentaire ne donne la mesure de l'intégrité des facultés de l'esprit qu'autant qu'il a bien notoirement existé pendant la maladie des intervalles lucides irréfutables, et que la preuve peut en être aisément fournie. Autrement le discernement fortuit qu'atteste le testament peut résulter de ces saillies passagères d'un jugement sain, comme on en rencontre fréquemment dans les maladies aiguës de l'intelligence, sans pour cela que la raison soit récupérée; l'acte demeure discutable et ne détruit pas l'accusation de folie.

« Ainsi tombe, dit M. Brierre de Boismont, cette doctrine enseignée par Voët, adoptée par l'avocat général Séguier, sanctionnée même dans la jurisprudence moderne par un arrêt de la cour de Paris, et qui consiste à prétendre que la seule sagesse de l'acte emporte le droit de présomption qu'il a été fait dans un intervalle lucide; qu'un testament olographe notamment doit être considéré comme se rapportant à un intervalle lucide, par cela seul que ses dispositions n'offrent rien qui puisse faire supposer l'aliénation » (2).

Le médecin, consulté sur des questions aussi délicates, ne saurait apporter trop de précautions dans l'exercice d'un mandat où plusieurs écueils peuvent faire sombrer son amour du juste et du vrai. En effet, les renseignements qui lui sont fournis par la partie intéressée à la cassation des volontés du testateur, sont empreints la plupart du temps d'inexactitude, d'exagération et même de fausseté. Marc avait déjà signalé ce danger et donné à cet égard l'excellent conseil que voici : « L'expert doit, pour asseoir son jugement sur des bases solides, s'enquérir avec beaucoup de soin de la valeur des documents et des témoignages qu'on lui présente; et lorsqu'ils ne sont produits que par des personnes qui ont évidemment un intérêt à les lui faire adopter, il ne devra donner qu'une décision conditionnelle, c'est-à-dire qu'il ne devra conclure que dans la supposition de l'exactitude des circonstances dans lesquelles il aura puisé sa conviction, et exprimer cette réserve dans son rapport ou dans sa consultation. » Nous ne pouvons que nous associer hautement à cette manière de voir, et rappeler, en terminant, à nos confrères, qu'entre un témoin ordinaire et le médecin il y a toute la distance qui sépare l'homme qui a des sens de celui qui possède une intelligence.

Dr Legrand du Saulle.

(1) *Institutions*, liv. 2, tit. 12, § 1.
(2) Loi 27; D. *De conditionibus institutionum*.

(1) Plaidoyer du 10 janvier 1696.
(1) *De l'interdiction des aliénés.*

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

M. Tavignot.

De la méthode galvano-caustique appliquée à la cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales.

§ I. — *De la nature de la tumeur lacrymale.*

Il est peu de maladies sur la nature desquelles on se soit mépris d'une manière aussi complète et aussi constante. On a voulu y voir un peu de tout, excepté ce qui existait en réalité. C'est ainsi qu'on a fait jouer un rôle important à la carie des parois osseuses, au rétrécissement plus ou moins prononcé du canal nasal, à l'état phlegmasique de la muqueuse naso-lacrymale. Or, s'il est vrai de dire que ces lésions diverses existent dans un certain nombre de cas, il faut reconnaître aussi qu'elles ne surviennent qu'à titre de complications de la maladie elle-même. « Et la preuve est qu'on peut triompher successivement de ces différentes complications sans avoir guéri par cela même le malade affecté d'une tumeur ou d'une fistule lacrymale. »

Il faut donc prendre les choses de plus haut, comme nous l'avons déjà fait, et dire : « La tumeur lacrymale est le résultat d'un désaccord organique survenu entre les propriétés chimiques des larmes et les propriétés physiologiques de la muqueuse naso-lacrymale »; résultat qui s'explique aussi bien que possible, si l'on admet avec nous que, par suite d'une modification survenue dans sa vitalité, la muqueuse des voies lacrymales cesse de tolérer le contact des larmes de la même manière que, dans d'autres circonstances, la muqueuse vésicale se congestionne et s'enflamme au contact de l'urine.

L'inflammation des voies lacrymales n'a pas de raison d'être autre que celle que nous venons d'indiquer; et la meilleure preuve que l'on en puisse donner, c'est de mettre la muqueuse naso-lacrymale à l'abri du contact des larmes : la dacryocystite s'améliore aussitôt et disparaît d'elle-même en quelques jours; de telle sorte que si la doctrine étiologique nouvelle que nous venons de formuler justifie le traitement, le traitement, à son tour, appuie la doctrine, à laquelle il sert, pour ainsi dire, de démonstration quotidienne.

§ II. — *De l'oblitération des conduits lacrymaux au moyen de l'excision palpébrale.*

Lorsque, il y a cinq ou six ans, je fus conduit à proposer l'oblitération des conduits lacrymaux pour obtenir la cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales, je n'ignorais certes pas que d'autres m'avaient précédé dans cette voie nouvelle; que Quesnel au dix-huitième siècle, et plus tard Busche (de Lyon), Serra (de Bologne), avaient proposé et mis en usage avec succès la cautérisation des points lacrymaux, et que M. Velpeau avait pratiqué plusieurs fois l'excision des conduits sans obtenir leur oblitération. (Voy. *Manuel prat. des maladies des yeux*, 1840, p. 583.) Mais ce que j'ignorais complétement, comme tout le monde, c'était la valeur réelle de la nouvelle méthode considérée dans son ensemble, c'est-à-dire au triple point de vue :

1° De la possibilité d'obtenir l'oblitération définitive des conduits;

2° De l'influence favorable de cette oblitération sur l'inflammation chronique de la muqueuse naso-lacrymale;

3° De l'importance qu'il fallait attacher au larmoiement consécutif.

Ces différents points ont été résolus par moi dans le travail que j'ai publié en 1856. (Voy. *Gaz. des Hôpitaux*, nos 95, 99, 127 et 134.) Depuis, des faits nouveaux et plus nombreux sont venus corroborer les premiers, de telle sorte qu'il m'est bien permis de dire aujourd'hui en toute confiance : Oui, on peut obtenir facilement l'oblitération des conduits; oui, cette occlusion réalisée guérit la tumeur ou la fistule lacrymale; non, l'épiphora consécutif n'est pas à redouter.

J'avais tenté primitivement d'oblitérer la partie antérieure des conduits lacrymaux en usant du crayon de nitrate d'argent, et j'ai vu, malgré le nombre de mes cautérisations, les conduits restés perméables, après avoir eu recours, dans plusieurs cas, à l'ablation de la glande lacrymale; j'ai fait l'excision palpébrale, et, comme M. Velpeau, sans succès. C'est alors que j'ai eu l'idée de créer la méthode des opérations multiples, c'est-à-dire de revenir une seconde, une troisième et même une quatrième fois à l'excision palpébrale jusqu'à ce que l'oblitération des conduits fut complète. J'avais soin en même temps d'éviter toute pression sur le sac, pour prévenir le reflux du liquide vers l'œil et par conséquent la rupture prématurée de la cicatrice. Une ponction du sac distendu pouvait même être indiquée à l'occasion, bien que je n'y aie eu recours que rarement.

J'ajouterai, en outre, que si j'ai eu cette confiance et cette persévérance, elles m'étaient inspirées moins par la méthode opératoire proprement dite que par le désir très-vif que j'avais d'établir sur des preuves incontestables l'origine véritable de cette maladie, dont la nature était restée une énigme pour tous les chirurgiens qui raisonnent en même temps qu'ils opèrent.

L'excision répétée autant de fois qu'elle est indiquée, l'excision coup sur coup, si l'on veut, est donc une excellente méthode, supérieure à toutes les autres, pouvant et devant guérir 100 malades sur 100. Je lui dois assurément les plus beaux succès de ma pratique ophthalmologique.

C'est beaucoup, sans doute, et pourtant je n'étais pas tout à fait content de cette conquête chirurgicale. Voici pourquoi :

J'ai dit qu'il fallait revenir à l'excision dans les deux tiers des cas environ. Eh bien, il m'a toujours paru difficile de faire comprendre aux malades, même les plus intelligents, que c'était là une méthode régulière et raisonnée. Il leur paraissait plus simple d'admettre que je n'avais recours à une seconde opération que parce que la première avait été mal exécutée.

Il faut tenir compte de tout dans la vie pratique; aussi ai-je recherché avec soin un procédé plus efficace encore que l'excision, et pouvant guérir, pour ainsi dire, d'emblée. J'ai imaginé ce procédé il y a deux ans, et l'ai rendu public dans une lettre adressée à M. Velpeau, sur l'excision des conduits. (V. *Gazette des Hôpitaux*, 1858, p. 536.) Il est aussi simple et aussi perfectionné que l'est elle-même la méthode galvano-caustique.

§ III. — *De l'occlusion des conduits lacrymaux à l'aide de la cautérisation galvanique.*

L'appareil instrumental se compose : 1° de la pile Grenet à pédale; 2° d'une pince à coulisse; 3° de notre tige galvano-caustique.

Les dispositions préliminaires étant prises, le chirurgien procède à l'opération de la manière suivante :

D'une main armée de la pince, il saisit le bord palpébral à peu de distance du point lacrymal, de manière à le rendre saillant en l'attirant à lui et un peu en dehors. De l'autre main armée de la tige galvano-caustique, il attaque le point lacrymal en appliquant sur lui l'extrémité de l'instrument, dirigé lui-même dans la direction connue des conduits.

Cela fait, il presse avec le pied sur la pédale de la pile, et aussitôt la tige de platine chauffée à blanc pénètre de 2 ou 2 millimètres et demi dans l'épaisseur du bord palpébral en suivant le trajet indiqué à l'avance.

On peut commencer indifféremment par l'une ou par l'autre paupière, car il n'y a aucun écoulement de sang.

Pour tout pansement, j'applique avec un pinceau une couche de collodion sur chaque point cautérisé, et je laisse l'œil tout à fait libre, ainsi que les paupières.

Les soins ultérieurs sont trop simples pour exiger une mention spéciale.

Les faits suivants vont servir tout à la fois à prouver l'efficacité de la méthode nouvelle et à guider les praticiens qui voudront y recourir.

Obs. I. — *Tumeur lacrymale de l'œil droit (2e espèce). Durée, de 20 à 25 ans. Guérie en 15 jours.*

M. A..., quarante ans, habite le plus souvent l'Angleterre, où il est contre-maître dans une fabrique; il m'est adressé par le docteur Dieudonné, médecin français fixé à Londres. Sa tumeur lacrymale, dit-il, remonte à l'enfance. Elle fut opérée il y a vingt ans par le professeur Roux, qui employa le séton pendant six semaines seulement; la guérison n'a persisté que quinze jours.

Du même côté est survenue, il y a six ans, une irido-périphakite qui s'est terminée par la perte de la vue de cet œil, avec atrophie assez prononcée du globe oculaire.

L'existence de la tumeur lacrymale, qui s'accompagne d'un lar-

moiement assez prononcé, ajoute à l'irritabilité du moignon, et l'œil du côté opposé s'injecte par sympathie. Cet état fatigue le malade, le gêne dans ses travaux et le décide à l'opération.

Le 27 août, je l'opérai, avec l'assistance du docteur Beckers, par la méthode galvano-caustique. Il n'éprouva pas de douleurs bien vives. Quinze jours après, il était tout à fait guéri. Les deux conduits étaient oblitérés à leur partie antérieure; la tumeur lacrymale ne s'est pas reproduite un seul instant, et le vingtième jour après l'opération, il s'embarquait pour l'Angleterre, n'ayant plus qu'un très-léger épiphora.

Obs. II. — *Tumeur lacrymale de l'œil droit* (2e *espèce*). *Durée, huit ans. Guérie en dix jours.*

M. G..., vingt-trois ans, fabricant de cannes, est affecté d'une tumeur lacrymale de la 2e espèce, d'après notre division, c'est-à-dire que la pression sur le sac fait refluer le muco-pus par les conduits lacrymaux et nullement par le canal nasal. Je l'opérai le 15 juin, en présence du docteur Ducom.

Il était guéri le 23. Trois mois plus tard, c'est-à-dire le 22 octobre, M. G... venait nous confirmer sa guérison.

Obs. III. — *Tumeur lacrymale de l'œil droit* (2e *espèce*). *Durée, dix ans. Guérie en huit jours.*

M. Ch..., âgé de quarante-deux ans, médecin-vétérinaire en 1er au 5e d'artillerie, à Grenoble, vient me consulter le 14 novembre pour une tumeur lacrymale de l'œil droit, dont le début remonte à dix ans. Le malade, qui a habité quinze ans l'Afrique, a eu de nombreux coryzas.

Quoi qu'il en soit, ce n'est que depuis un an que le reflux de muco-pus s'opère par les conduits lacrymaux; antérieurement, il suffisait de presser sur le sac pour le vider dans la fosse nasale correspondante.

Le 15 novembre, aidé du docteur Veyne, j'applique ma méthode galvano-caustique avec le succès ordinaire. M. Ch... avoue qu'il s'attendait à une plus vive douleur. Quelques gouttes de collodion sont étendues sur les points lacrymaux cautérisés profondément.

Le 20 novembre, il est survenu une très-légère blépharite; l'œil est larmoyant, surtout au grand air. L'opéré n'a pas cessé de se promener dans Paris, les yeux garnis de conserves. Le sac est médiocrement distendu.

Le 22, la distension du sac a cessé; l'eschare inférieure s'est détachée sous forme de bourbillon; les deux surfaces, cautérisées en haut et en bas, sont d'un blanc grisâtre et en bonne voie de cicatrisation. Au grand air, le larmoiement est peu sensible; il est nul dans la chambre.

Le 24, le larmoiement, provoqué surtout par la blépharite, a diminué très-notablement. Les orifices des conduits ne sont plus appréciables. Le travail de réparation est très-avancé; pas de déviation des cils ni des bords palpébraux. C'est dans ces excellentes conditions que M. Ch... part le soir même pour Grenoble.

Comme on le voit, l'uniformité même de ces faits rend leur exposé peu attrayant et sans utilité réelle. Je vais donc me restreindre à deux autres observations qui ont trait à des cas en apparence plus graves, bien qu'ils n'aient guère exigé pour guérir qu'un peu plus de temps et de soins que les précédents.

Il s'agit dans le premier cas d'une tumeur lacrymale extrakystique, et dans le second d'une fistule lacrymale compliquée de la présence d'un corps étranger.

Obs. IV. — *Tumeur lacrymale extrakystique de l'œil gauche. Début dès l'enfance. Guérison rapide.*

M. Mat..., âgé de vingt-sept ans environ, fait remonter son affection à l'âge de neuf ans. Depuis cinq ans, il a eu cinq tumeurs lacrymales aiguës; en d'autres termes, il a éprouvé cinq attaques de dacryocystite phlegmoneuse. Une opération fut pratiquée dans l'intervalle par un chirurgien d'Amsterdam. J'ignore quelle méthode fut mise en usage. La guérison n'eut pas lieu.

Opéré par moi le 30 juillet, le malade était guéri le 15 août.

Obs. V. — *Fistule lacrymale de l'œil gauche datant de neuf ans. Corps étranger. Guérison rapide.*

Mlle T..., âgée de vingt-sept ans, est employée chez M. Husting, marchand de comestibles, rue Neuve-du-Colombier, 4, à Paris, qui me l'adresse dans les circonstances suivantes:

Début de la maladie, il y a neuf ans; la fistule s'est établie peu de temps après la formation de la tumeur. Il y a six ans, la malade fut opérée à l'hôpital de la Pitié par la canule. La guérison n'a duré qu'un mois. Néanmoins la canule est restée en place pendant une année. Elle fut extraite alors, c'est-à-dire il y a cinq ans, à Rambouillet, par un chirurgien du pays. La canule extraite fut vue par la malade, mais elle lui parut bien petite, m'a-t-elle dit. On verra plus loin pourquoi ce peu de longueur de la canule.

Quoi qu'il en soit, l'exploration au stylet n'ayant rien accusé de particulier dans les parois osseuses des voies lacrymales, je pratiquai le 19 juillet l'opération par la méthode galvano-caustique, en présence des docteurs Veyne et Ducom, et avec ma confiance ordinaire en un prompt succès.

Or l'un et l'autre conduits étant oblitérés et la fistule lacrymale avec l'engorgement phlegmoneux périphérique du sac étant améliorée seulement et non guérie, il fallait ou voir là une exception à la règle générale, un premier échec d'une méthode qui s'annonce comme guérissant toujours, ou découvrir la cause accidentelle de ce revers.

Le stylet n'accusait aucune trace de carie, et je ne percevais aucune sensation de séquestre mobile. J'attendis.

Enfin, le 24 octobre, voulant en finir, je débridai la fistule et allai avec une pince à la recherche d'une esquille quelconque. Je saisis bientôt dans le sac lacrymal un corps étranger plus ou moins arrondi, perdu dans un tissu assez dense qui l'occupait dans sa totalité; par un mouvement de torsion, j'ai extrait ce corps étranger; c'était l'extrémité supérieure oxydée de la canule placée, il y a six ans à la Pitié, et dont le chirurgien de Rambouillet avait très-probablement cassé la tête avec une pince avant d'extraire le corps principal.

Trois jours après cette petite opération, la fistule était fermée et la guérison obtenue. J'ai revu depuis la malade; elle n'a pas d'épiphora, bien que travaillant ordinairement au grand air.

Nous ne croyons pas nécessaire d'insister davantage pour démontrer que la méthode galvano-caustique guérit la tumeur et la fistule lacrymales, les guérit même très-rapidement et sans exposer à aucun danger.

Elle est, par conséquent, bien supérieure à la méthode de Nannoni, quel que soit le procédé mis en usage.

M. Gosselin, qui disait à la Société de chirurgie (voy. *Gazette des Hôpitaux*, 1860, p. 552) être prêt à abandonner toutes les méthodes pour celle qui mettrait à l'abri de l'inconvénient qu'il signale, — l'épiphora, — s'est engagé par cela même à expérimenter celle que nous venons de faire connaître.

Elle expose moins au larmoiement, soit parce qu'elle guérit d'une manière plus complète, soit parce qu'elle guérit sans provoquer d'aussi graves désordres; dans tous les cas, je puis affirmer que je vois assez souvent des malades guéris par moi, il y a deux, trois ou six ans, par l'occlusion des conduits obtenue à l'aide de l'excision; aucun d'eux ne m'a parlé le premier de larmoiement; c'est toujours moi qui les ai interrogés à cet égard. Ils étaient satisfaits.

On vient de voir que nous accordions, pour obtenir l'occlusion immédiate des conduits lacrymaux, une supériorité incontestable à la cautérisation galvanique sur l'excision; les faits justifient suffisamment à cet égard notre opinion, tandis que, d'un autre côté, le raisonnement nous vient en aide pour faire comprendre que l'excision ne donne qu'une cicatrice de surface, tandis que la cautérisation, agissant en profondeur, fournit un tissu inodulaire, qui a des racines profondes, et offre une résistance plus grande aux influences extérieures.

DES ACCIDENTS FÉBRILES

qui suivent les opérations pratiquées sur le canal de l'urèthre.

A la suite des manœuvres chirurgicales pratiquées sur le canal de l'urèthre, il peut survenir un certain nombre d'accidents qui débutent par un frisson suivi de fièvre, et qui ont reçu pour cela le nom d'accidents fébriles. Mais à ce début uniforme succède une scène morbide qui n'est pas toujours la même. Tantôt, en effet, les accès se renouvellent sous forme intermittente et sans qu'il existe, dans beaucoup de cas, de cause appréciable qui les entretienne; d'autres fois, au contraire, la fièvre prend le caractère continu et s'accompagne de phlegmasies d'une nature particulière.

MM. Velpeau, Nélaton, Civiale, Phillips, Perdrigeon, Mauvais, de Saint-Germain et Brou, dans des travaux tout modernes, ont attiré l'attention des pathologistes sur cet ordre de faits; mais M. le docteur Edmond Marx, résumant toutes les observations éparses dans la science, vient de publier sur la question un long et consciencieux travail (1).

D'après l'auteur, la première question à se poser quand on observe un frisson à la suite de manœuvres sur l'urèthre, est celle-ci: A-t-on affaire à un accès? L'examen attentif des organes permettra presque toujours de répondre *à priori*. Si en effet l'urèthre ou les parties circonvoisines sont tuméfiées, s'il y a un écoulement par l'orifice du canal; si l'un des testicules est douloureux, on a très-probablement affaire à une inflammation des tissus survenant là, comme elle peut survenir dans toute autre partie du corps, à la suite d'une lésion traumatique, et non à un accès intermittent. Le doute ne pourra pas d'ailleurs être de longue durée. Dans un cas, en effet, on verra succéder au frisson une fièvre continue sans exacerbations; dans l'autre, surviendront au contraire de la chaleur, des sueurs; puis une apyrexie, le plus souvent définitive, et qui, dans d'autres cas, durera jusqu'à l'apparition de nouveaux accès.

Le diagnostic avec une fièvre intermittente ordinaire ne sera pas plus difficile. Ce seront d'abord les antécédents, puis l'heure des apparitions des accès, qui sera toujours soumise dans ce cas à celle du cathétérisme, tandis que dans l'autre elle arrivera de préférence à certaines heures, et le plus souvent la nuit, comme l'a établi M. le professeur Gintrac père, de Bordeaux. Dans la fièvre uréthrale, il y aura moins de régularité dans la réapparition des accès, et la fréquence du pouls persistera en général après l'accès proprement dit; ici encore le type quotidien dominera, tandis que le type tierce sera très-rarement observé; nouvelle différence avec les fièvres paludéennes. Enfin, d'après M. Phillips, il y aura souvent après l'accès un enduit blanchâtre et épais sur la langue, qu'on ne retrouvera pas dans la fièvre paludéenne, à moins qu'elle ne soit d'origine gastrique.

M. Edmond Marx a décrit avec un grand soin les accès fébriles bénins, les accès pernicieux ordinaires et les accès pernicieux foudroyants qui s'observent à la suite des manœuvres chirurgicales dont l'urèthre est le siége.

Enfin, ses conclusions sont les suivantes:

1° A la suite des opérations sur l'urèthre, il survient deux sortes d'accès fébriles: les accès simples et les accès pernicieux;

2° Les simples ne demandent qu'un traitement en quelque sorte hygiénique, et guérissent sans sulfate de quinine;

3° Les pernicieux peuvent se diviser en *ordinaires*, qui semblent céder toujours à l'emploi des anti-périodiques; en *foudroyants*, qui restent au-dessus des ressources de l'art, et en *compliqués*, dans lesquels on doit tenir le plus grand compte de la maladie complicante, sous peine de voir succomber le malade, malgré la modification le plus souvent heureuse apportée aux accès par l'anti-périodique.

4° A côté des accès fébriles intermittents surviennent aussi des phlegmasies siégeant spécialement dans les masses musculaires, les articulations et les séreuses, à caractères spéciaux.

5° Si on recherche la cause productrice de ces accidents, on est bien obligé de reconnaître l'influence, toujours facile à constater, d'une manœuvre chirurgicale pratiquée sur l'urèthre. Quant à leur nature intime, tout en laissant à l'infection purulente, qui peut se produire ici comme dans tous les traumatismes, la part qui lui revient, on ne peut nier qu'elle soit le plus souvent insuffisante pour donner l'explication des faits cliniques.

Dans le cours de ce travail, un très-grand nombre d'observations éclairent les questions du diagnostic et du pronostic de ces accidents fébriles: théorie et pratique se trouvent réunies.

(1) *Des accidents fébriles à forme intermittente et des phlegmasies à siége spécial qui suivent les opérations pratiquées sur le canal de l'urèthre.* — Un vol. grand in-8°. Chez Germer-Baillière. Paris, 1861.

DE L'HYDROCOTYLE ASIATIQUE

et de son emploi dans les maladies de la peau,

Par M. Fournier.

M. Pihan-Dufeillay a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* une intéressante leçon de M. Hardy sur le traitement de l'eczéma; après avoir critiqué les différentes médications préconisées par ses confrères de l'hôpital Saint-Louis, M. Hardy arrive à parler de l'hydrocotyle asiatique, qu'il considère comme une substance parfaitement inerte et insignifiante; ajoutant que M. Hillairet, qui l'avait d'abord préconisé, est actuellement de son avis.

Qu'il nous soit permis de rétablir ici la vérité en rappelant les faits.

Il y a environ trois ans, nous fîmes remettre à M. Hardy, qui avait eu l'obligeance d'offrir ses salles pour l'expérimentation du nouveau médicament, une certaine quantité de granules d'hydrocotyle. M. Hardy se mit à l'œuvre, et au bout d'un mois nous réclama une nouvelle provision, en nous déclarant qu'il n'avait encore rien de bien favorable à nous donner sur les effets du remède; un seul malade sur six ou huit mis en traitement avait éprouvé de l'amélioration. L'expérimentation dura à peine deux mois, elle porta sur dix malades au plus, atteints d'affections très-rebelles et très-anciennes. J'ajoute que, maniant ce médicament pour la première fois, il devait y avoir pour lui de l'incertitude et de l'indécision dans les doses et l'opportunité.

M. Hardy s'est-il procuré plus tard de l'hydrocotyle en nature, dont il se serait servi pour une nouvelle série d'expériences? Je l'ignore; mais si cela était, je lui demanderais s'il a tenu compte des conseils et des réflexions de M. Lépine, et de nos propres travaux sur l'inconvénient qu'il peut y avoir à employer la plante. Je lui rappellerais qu'elle n'agit qu'à la condition d'être dans un parfait état de conservation; qu'elle s'altère avec une très-grande facilité, et que, dans ce cas, non-seulement elle ne contient plus de vellarine, mais que la proportion de résine est sensiblement augmentée; en un mot qu'elle ne peut donner lieu qu'à de mauvaises préparations, incertaines dans leurs effets quand elles ne sont pas complétement inertes.

Quoi qu'il en soit, M. Hardy n'a point publié ses observations, et ce que nous savons des conditions dans lesquelles il a opéré suffit-il pour justifier l'ostracisme dont il frappe l'hydrocotyle? Non, certainement, surtout en présence des faits si concluants recueillis dans l'Inde par les docteurs Poupeau, Boileau, Houbert, par plusieurs médecins anglais, sur l'invitation du *Medical Board*, de Madras, notamment par M. A. Hunter, médecin en chef de l'hôpital des lépreux de cette résidence.

Il résulte des divers documents recueillis par ces expérimentateurs et qu'on peut lire dans la brochure de M. Lépine, que dans presque la totalité des cas la lèpre a été ou guérie ou améliorée; un très-petit nombre seulement de malades n'ont éprouvé aucun bien de l'usage de l'hydrocotyle; ce nombre n'a été que de 5 sur 77 à l'hôpital des Lépreux, d'après le rapport du docteur Hunter. L'expérimentation a duré plus d'une année. En France, les expériences n'ont pas été moins affirmatives: MM. Devergie, Cazenave, Hillairet, médecins de l'hôpital Saint-Louis; P. Laroche, ancien interne des hôpitaux de Paris; le docteur Potier de l'Hermenault, les docteurs Renault, Jallat et tant d'autres, dans un grand nombre d'observations, ont constaté la supériorité de l'hydrocotyle dans le traitement de l'eczéma, du psoriasis et de l'acné, etc.

M. Devergie, qui le premier a institué des expérimentations régulières dans les hôpitaux pour étudier le médicament contre l'eczéma, termine la publication d'une série d'observations par les lignes suivantes: « Les eczémas pour lesquels j'ai mis en usage l'hydrocotyle sont des eczémas localisés, en général très-rebelles. Il a amené la guérison dans les quatre cas, et dans un espace de temps assez court; c'est donc là un résultat remarquable; le médicament n'a développé aucun accident, soit du côté de l'estomac, soit du côté de la santé générale. »

Sur huit malades atteints de lichen ou de prurigo, M. Cazenave a obtenu six guérisons ou améliorations. D'après ce judicieux médecin, dans tous les cas, et ils sont fréquents, où il existe du prurit ou de l'hyperesthésie, c'est sur l'élément hyperesthésique que l'hydrocotyle agit d'abord, et avec une merveilleuse promptitude. Cette observation, sans avoir été érigée en règle générale, avait d'ailleurs été faite par les médecins qui ont expérimenté dans les Indes.

Quant à M. Hillairet, nous renvoyons les lecteurs aux réflexions dont il a fait suivre le récit d'une curieuse observation publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* (1er mars 1860).

Faut-il ajouter, pour convaincre M. Hardy de précipitation, que M. le docteur Potier, après avoir obtenu de magnifiques résultats dans douze cas d'eczéma, nous a communiqué l'observation d'un malade atteint de lèpre vulgaire (*psoriasis inveterata*), qui datait de quinze ans, et qui s'était montrée rebelle à tous les traitements. Après quelques semaines de traitement par l'hydrocotyle, il était en bonne voie de guérison.

Un autre cas de *psoriasis inveterata* non moins grave avait été traité sans succès à l'hôpital Saint-Louis, dans les services de MM. Cazenave et Devergie, par les bains de vapeurs, les préparations arsenicales, etc., et en Allemagne par l'hydrothérapie. Au mois d'octobre 1857, le docteur Sulkowski, de Lapoutroie (Haut-Rhin), prescrivit des granules d'hydrocotyle, qui amenèrent la guérison en moins d'un an. Enfin, M. Cazenave lui-même et le docteur Laroche ont obtenu la guérison de deux cas de psoriasis très-anciens et très-graves.

Nous ajouterons cependant, pour répondre à toutes les assertions de M. Hardy, que nous avons de très-grandes raisons pour croire que M. Hillairet ne partage en aucune façon sa manière de voir sur l'efficacité de l'hydrocotyle. Cela est si vrai, que ce médecin distingué l'ordonne chaque jour dans une grande variété d'affections.

Quant à M. Bazin, nous croyons savoir qu'il n'avait jamais expérimenté le nouveau remède, et que, si son opinion lui était défavorable, elle l'était tout gratuitement, et par suite de son entière confiance dans la sagacité de son collègue M. Hardy.

Ce procès ne peut être jugé que par les médecins; pour cela nous mettons à leur disposition, ainsi que nous l'avons toujours offert, telle quantité de granules d'hydrocotyle qu'il leur plaira de nous demander, afin de continuer les expérimentations si heureusement commencées d'un côté, si malheureusement de l'autre. Eux seuls sont compétents pour juger en dernier ressort entre M. Hardy et ses nombreux collègues ou confrères.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 novembre 1861. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et des travaux publics transmet :

1° Le tableau des maladies traitées aux eaux de Sermaize (Marne) de 1855 à 1859, par M. le docteur Ernest Damourette, inspecteur adjoint (commission des eaux minérales) ;

2° La recette d'une poudre désinfectante au coaltar, par M. Corne, de Paris. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

L'Académie reçoit :

1° Une observation d'abcès du périnée provenant de cause traumatique, et ayant occasionné un trouble notable dans les fonctions génitales, par M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Evêque (commissaires, MM. Ch. Robin et Gosselin) ;

2° Une note sur la valériane, par M. Pierlot, pharmacien (commissaires, MM. Moquin-Tandon et Chatin) ;

3° Une note sur le *diplotaxis muralis*, par M. Levance, pharmacien (commissaire, M. Chatin) ;

4° Un rapport de M. le docteur Cabrol sur le service médical de l'hôpital militaire de Bourbonne pour l'année 1860 (commission des eaux minérales) ;

5° Une note sur l'emploi topique du collodion dans les éruptions de la peau, et en particulier l'érysipèle et la variole, par M. le docteur Remy (de Châtillon-sur-Marne) ;

6° Un rapport de M. le docteur Kosciakiewicz sur une épidémie de variole qui a régné en 1860 et 1861 à Rive-de-Gier (commission de vaccine) ;

7° Un mémoire de M. le docteur Lamare-Picquot (de Honfleur) sur la curabilité de certaines. tumeurs cancéreuses du sein, destiné au concours pour les prix (renvoyé à la future commission des prix) ;

8° Une note intitulée *Nouvelle méthode de distillation*, par M. le docteur Delagrée, de Fougeray. (Commissaire, M. Regnault.)

— M. le Président donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire. Voici en quels termes il s'est exprimé :

Messieurs, l'Académie impériale de médecine aurait cru manquer à un devoir sacré si elle n'avait pas donné à l'un de ses représentants la mission d'apporter sur cette tombe l'expression de ses douloureux regrets.

Il y a moins de deux ans l'Académie écoutait avec respect l'éloge de l'illustre Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, dans lequel son secrétaire perpétuel avait dépeint, avec une vérité saisissante et un rare bonheur d'expressions, les grandes qualités de l'émule, du rival de Cuvier.

Cet hommage ne devait pas être le seul rendu à la mémoire du savant naturaliste qui avait été notre collègue.

L'Académie de médecine, pour l'honorer une seconde fois, s'était empressée de s'associer son fils, M. Isidore Geoffroy, le digne successeur de ce nom glorieux.

Mais ce n'était pas seulement, hâtons-nous de le dire, parce qu'il s'appelait Geoffroy, que l'Académie avait donné au fils le fauteuil du père.

M. Isidore Geoffroy était un de ces hommes qui, par leurs immenses travaux scientifiques, se placent bientôt au premier rang, et pour lesquels l'illustration du nom est une noblesse qui oblige.

Personne n'avait mieux rempli ce devoir que notre regretté collègue, et l'histoire des sciences dira les deux Geoffroy, comme elle a dit les deux Pelletier, les Jussieu, les Richard.

Les travaux des Geoffroy avaient eu, surtout parmi nous, un grand retentissement.

La médecine est une de ces sciences complexes résultant de l'application judicieuse de toutes les connaissances humaines, et s'il était donné à un homme de tout savoir, afin qu'il puisse remplir sa mission sans défaillances, sans méprises, c'est bien le médecin qui devrait être cet homme.

Sa vie est une vie de labeurs et d'études constantes. Jamais il ne croit avoir assez appris, et pour satisfaire ce besoin qui le tourmente, pour répondre à ce cri de sa conscience, il recherche avec ardeur les plus savants dans toutes les sciences, il s'attache à leurs pas et se suspend à leurs lèvres.

Tel est, Messieurs, le sentiment qui porta l'Académie de médecine, dès son origine, à s'associer les maîtres de la science, les Jussieu, les Cuvier, les Geoffroy Saint-Hilaire, Arago, Gay-Lussac, Thénard.

M. Isidore Geoffroy était bien digne de l'une de ces places que les illustrations de la science avaient occupées.

Ses travaux si remarquables en zoologie, en tératologie et anthropologie, lui donnaient des titres brillants à l'estime de l'Académie, et si nous avons considéré comme un honneur de le voir à nos côtés, M. Geoffroy ne témoignait pas moins, par une assiduité constante à nos séances, du prix qu'il attachait au titre de membre de l'Académie impériale de médecine.

C'est avec une profonde émotion que l'Académie a appris la grande perte qu'elle venait de faire.

Puisse cette imparfaite expression de ses regrets être du moins une preuve de la douleur qu'elle ressent.

L'Académie s'associe à l'affliction de la famille de M. Geoffroy et au deuil du monde savant, qui était aussi sa famille, et dans laquelle il occupait une place si distinguée.

Adieu donc, cher et honoré collègue ! Ton nom restera gravé dans notre mémoire et dans les fastes de l'Académie, à côté de celui de ton illustre père et parmi les noms les plus respectés. Adieu !

(L'Académie a accueilli cette lecture par des témoignages unanimes d'approbation.)

— A trois heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le classement des candidats à la place vacante à l'Académie de médecine dans la section d'hygiène et de médecine légale, qui a eu lieu en comité secret dans la séance d'hier, a été arrêté, sauf erreur, dans l'ordre suivant : 1° M. Vernois, 2° M. Boudin, 3° M. Bouchut, 4° M. Duchesne, 5° M. Delpech, 6° M. Ménière. L'Académie a ajouté à cette liste et hors rang, M. Réveil.

— Par arrêté du 15 novembre, M. Tardieu, chargé, à titre de suppléant, de la chaire de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, est chargé de ladite chaire, en remplacement de M. Adelon, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— M. le ministre de la marine a été frappé, assure-t-on, pendant son séjour à Toulon, de l'insuffisance du cadre des chirurgiens de marine. Aussi, à son arrivée à Paris, sa première pensée a été d'ordonner un travail sur une augmentation du personnel, qui permettra à ces dignes confrères de goûter quelques instants de repos dans l'intervalle de leur embarquement. De plus, on donne comme certain que le budget de la marine pour 1862 portera un crédit supplémentaire de 145,000 fr., affecté spécialement à l'augmentation de ce cadre, mais seulement pour les grades appelés à naviguer.

Les exigences de la navigation sont, en effet, arrivées à ce point que les médecins de la marine ne peuvent plus séjourner à terre, que leur instruction souffre d'absences continues, et que la fatigue dépasse pour eux les limites du zèle et du dévouement; de là ces nombreuses démissions, ces demandes de retraite prématurées, qui enlèvent au service des officiers capables et expérimentés.

Mais cette amélioration n'est pas la seule à réaliser : les appointements des chirurgiens de la marine ne sont pas en harmonie avec les besoins de la vie la plus modeste; ils sont d'un tiers inférieurs à ceux de leurs collègues de la guerre.

Enfin la proportion des grades : 30 chirurgiens principaux, 85 chirurgiens de 1re classe, 190 chirurgiens de 2e classe, doit être radicalement changée, si l'on ne veut pas condamner la grande moitié des officiers de santé à végéter toute leur vie dans le grade de lieutenant.

Tels sont en peu de mots, au point de vue du budget, les vœux légitimes du corps médical de la marine, tout en réservant la question de réorganisation, appelée à satisfaire des intérêts plus précieux encore, ceux de sa dignité et de sa considération.

— Un arrêt important, et qui donne une nouvelle autorité à la jurisprudence qui applique une pénalité distincte à chaque fait d'exercice illégal de la médecine, vient d'être rendu par la Cour impériale de Paris dans les circonstances suivantes :

Le sieur Goupil, rebouteur à Pontgouin (Eure-et-Loir), a été cité devant le tribunal correctionnel de Chartres par M. le docteur Curé, médecin dans cette commune, en son nom personnel, mais sur l'invitation et avec l'assistance de la Société locale d'Eure-et-Loir. Cinq cas d'exercice illégal ont été constatés à sa charge. Par jugement en date du 26 septembre 1861, Goupil a été condamné à cinq amendes de 10 fr. chacune, et en outre à 310 fr. de dommages-intérêts envers le docteur Curé. Il a interjeté appel. La Cour a confirmé le jugement, et condamné Goupil en tous les dépens de première instance et d'appel.

En élevant au-dessus de 300 fr. les dommages-intérêts, cet arrêt rend Goupil contraignable par corps, et assure ainsi l'exécution de la condamnation.

— M. le professeur Bouillaud commencera ses leçons cliniques, à l'hôpital de la Charité, le samedi 23 novembre 1861, et les continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Manuel de petite chirurgie, contenant les pansements, les médicaments topiques, les bandages, les appareils de fractures et des affections articulaires, l'application des bandages herniaires et des pessaires, les pansements des plaies, des hémorrhagies, de la gangrène, des brûlures, des ulcères, la rubéfaction, la vésication, la cautérisation, les ponctions, la vaccination, les incisions, la saignée, les ventouses, le cathétérisme, l'extraction des dents, les agents anesthésiques, etc. 1860, 3e édition, refondue. Un volume grand in-18 de 716 pages, avec 307 figures; par M. A. Jamain, chirurgien des hôpitaux, etc. Prix : 7 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André Lebel. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. La clinique médicale de Graves. — Hydatides du poumon et de la plèvre chez les enfants. — Traitement des fièvres intermittentes par la médication arsenicale. — Des accidents graves qui suivent parfois le cathétérisme et les autres opérations pratiquées sur l'urèthre. — Écoulement par le conduit auditif externe et la trompe d'Eustache. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 13 novembre. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La clinique médicale de Graves.

Cette semaine a vu ouvrir tous nos cours de clinique, et nous nous sommes empressé, comme c'était notre devoir, d'assister aux leçons qui ont inauguré la nouvelle année scolaire. Avant d'exposer ici ces prémices de nos exercices hebdomadaires, nous demanderons à tous, maîtres et lecteurs, la permission de consacrer ces premières lignes à l'accomplissement d'un devoir tardif envers l'un des plus éminents cliniciens de notre époque, enlevé récemment à une école que son nom seul eût suffi à illustrer.

Ceux de nos confrères qui sont familiarisés avec la langue anglaise connaissent depuis longtemps l'enseignement si retentissant et si essentiellement pratique du professeur Graves. Quant à ceux qui sont privés de cet avantage, nous ne croyons pas pouvoir leur rendre pour le moment un meilleur service que de leur signaler la publication toute récente de la traduction des leçons de clinique médicale de cet éminent professeur (1).

Nous avons parcouru la première partie de cet ouvrage, et, dès les premières pages, nous avons pu nous convaincre que les éloges que nous en avions souvent entendu faire n'étaient point au-dessus de la vérité.

Une lettre de M. le professeur Trousseau à M. Jaccoud sert d'introduction à cet ouvrage. Nous ne saurions mieux faire que d'en mettre quelques passages sous les yeux de nos lecteurs.

« Depuis bien des années, dit M. Trousseau, je parle de Graves dans mes leçons cliniques; j'en recommande la lecture, je prie les élèves qui savent l'anglais de considérer cet ouvrage comme leur bréviaire; je dis et je répète que, de toutes les œuvres pratiques publiées dans notre siècle, je n'en connais pas de plus utile, de plus intelligente, et j'ai toujours regretté que les leçons cliniques du grand praticien de Dublin n'eussent pas été traduites dans notre langue. Professeur de clinique dans la Faculté de médecine de Paris, j'ai sans cesse lu et relu l'œuvre de Graves; je m'en suis inspiré dans mon enseignement; j'ai essayé de l'imiter dans le livre que j'ai publié moi-même sur la clinique de l'Hôtel-Dieu, et encore aujourd'hui, bien que je sache presque par cœur tout ce qu'a écrit le professeur de Dublin, je ne puis m'empêcher de relire constamment un livre qui ne quitte jamais mon bureau. »

Plus loin, M. Trousseau ajoute : « Dirai-je maintenant quelles sont, dans l'œuvre de Graves, les leçons les plus remarquables et les plus importantes? Je devrais, pour être juste, les signaler toutes successivement : il n'en est pas une, en effet, qui ne soit féconde en déductions pratiques; il n'en est pas une qui ne porte l'empreinte de cette admirable et puissante faculté d'observation qui distingue entre tous le médecin de *Meath hospital*. Les leçons sur la scarlatine, sur la paralysie, sur les affections pulmonaires, sur la toux, sur la céphalalgie, ont acquis une célébrité européenne, et l'intérêt qu'elles inspirent à tout lecteur attentif en est assurément le meilleur panégyrique. «

» ... Graves est un thérapeutiste plein de ressources... Il n'y a pas de jour que je ne mette en œuvre quelques-unes des méthodes de traitement qu'il excelle à décrire avec la minutie du vrai praticien, et pas de jour que, dans le fond de ma conscience, je ne remercie le médecin de Dublin des enseignements qu'il m'a donnés.

» Graves est, à mon sens, un clinicien complet. Observateur attentif, savant profond, artiste ingénieux, thérapeutiste habile, il fait aimer l'art, dont il agrandit le domaine; il fait aimer la pratique, qu'il rend plus utile et plus féconde. »

Que pourrions-nous ajouter à ce jugement porté de si haut et à cette appréciation aussi compétente que désintéressée? Le seul moyen d'y ajouter serait de citer textuellement, et de reproduire quelques passages de ces belles et instructives leçons qui justifient si bien ce magnifique éloge. Nous aurons certainement l'occasion de puiser souvent dans ce recueil et d'y chercher des compléments à l'enseignement des maîtres de nos écoles, ou tout au moins des termes de comparaison toujours utiles et dont bénéficient également ceux qui les fournissent. Pour le moment, nous nous bornerons à une simple énumération des sujets traités dans ce premier volume, qui ne renferme pas moins de trente-huit leçons :

De l'enseignement clinique en général; Des avantages de la méthode clinique suivie en Allemagne; Étude de la physiologie et de l'anatomie pathologique, tels sont les titres des trois premières leçons, où l'on trouve, à côté des meilleurs préceptes d'initiation aux études cliniques, une appréciation toujours juste des apports de la physiologie, de l'anatomie pathologique, de la chimie et des diverses autres branches des sciences naturelles à la médecine pratique, et un jugement impartial des principales écoles cliniques de l'Europe.

La quatrième leçon est consacrée à l'étude du pouls, que l'auteur a considéré particulièrement sous le point de vue de l'influence qu'exercent sur sa fréquence les diverses attitudes du corps, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie, et dans ses divers rapports avec la respiration. Deux leçons, la cinquième et la sixième, sont consacrées à l'étude de l'inflammation. Le *typhus fever*, cette affection endémique si meurtrière de l'Irlande, qui n'a que des analogies plus ou moins éloignées avec notre fièvre typhoïde, en raison de son importance spéciale, n'occupe pas moins de quatorze leçons.

Nous ferons remarquer à ce sujet, avec M. Trousseau, que cette étude pour laquelle il était tout naturel que Graves eût une prédilection spéciale, n'a pas seulement pour nous l'intérêt qu'offre toute question de pathologie comparée; elle a un intérêt plus direct et qui nous touche de beaucoup plus près, par les préceptes de l'auteur sur le traitement de cette pyrexie, souvent applicables aux formes graves de notre fièvre typhoïde, et surtout par les principes relatifs au régime dans les maladies aiguës, qui sont devenues aujourd'hui le guide des praticiens de presque tous les pays.

La vingt et unième leçon a pour sujet la fièvre jaune des îles Britanniques, comparée aux épidémies les plus connues de cette affection et notamment à la fièvre jaune de Gibraltar, décrite par M. Louis.

Les leçons si justement célèbres et si souvent citées sur la scarlatine et sur la goutte, figurent dans ce volume.

Nous signalerons encore les leçons sur le choléra, sur la fièvre intermittente, sur l'influenza, le rhumatisme, l'apoplexie, le *delirium tremens*, et enfin les trois dernières leçons (les 36e, 37e et 38e) sur la paralysie, leçons qui renferment toute la doctrine des paralysies et des convulsions réflexes d'origine périphérique, devenue aujourd'hui classique dans toute l'Europe.

C'est assez pour une simple énumération, ce serait beaucoup trop peu pour une analyse. Toutefois nous ne pouvons terminer ce rapide aperçu sur le bel ouvrage de Graves, sans payer un juste tribut d'éloges et de reconnaissance à son traducteur M. le docteur Jaccoud, qui ne s'est pas borné à la tâche déjà si utile de vulgariser parmi nous l'enseignement du professeur de Dublin, mais qui a ajouté encore à la traduction du texte des annotations dont nous aurons l'occasion, lorsque nous reviendrons sur quelques-unes de ces leçons, de faire remarquer la justesse.

(1) *Leçons de clinique médicale* du professeur R. J. Graves (de Dublin), précédées d'une introduction de M. le professeur Trousseau, traduites et annotées par M. le docteur Jaccoud, ancien interne des hôpitaux. Ier vol. in-8°.— Chez Delahaye, place de l'Ecole de médecine.

Hydatides du poumon et de la plèvre chez les enfants.

Les kystes acéphalocystes se développent, comme on le sait, principalement dans l'âge moyen de la vie; ils deviennent d'autant plus rares qu'on se rapproche des deux limites extrêmes de l'existence. M. Davaine, auteur d'un excellent ouvrage sur les entozoaires, publié l'année dernière, a constaté en particulier l'extrême rareté de cette affection chez les enfants. Cette circonstance, jointe aux difficultés pratiques nombreuses que soulève l'existence de ces sortes de tumeurs dans la cavité thoracique, donne un intérêt particulier aux deux faits suivants, que M. Roger a communiqués récemment à la Société médicale des hôpitaux.

Le 6 juillet dernier, M. Roger a été appelé par M. le docteur Lyon pour une jeune fille de quinze ans, non menstruée, d'apparence délicate et un peu cachectique. Depuis quinze ou seize mois environ, on s'était préoccupé d'une petite toux sèche, fréquente, pénible, quinteuse, analogue à celle de la coqueluche, et accompagnée par intervalles d'une expectoration particulière, et qui ne tarda pas à s'accompagner de fièvre, de dyspnée et d'amaigrissement. La jeune malade fut envoyée à Bagnères-de-Luchon, où, dans une crise d'oppression et de toux, elle rendit une quantité abondante de matières que M. Lambron reconnut pour des hydatides : il en évalua le nombre à trente ou quarante. Après cette évacuation par les bronches, il y eut une amélioration sensible; le fièvre avait disparu, le teint était meilleur, les forces revenues et la santé générale presque satisfaisante. Mais au mois de mai dernier, les mêmes accidents reparurent, et des hydatides se montrèrent de nouveau dans les crachats.

Voici quel était l'état de la malade lors de la première visite de M. Roger :

Faciès altéré, teint pâle, légèrement jaunâtre. La jeune fille, qui, lorsqu'elle est au lit, ne peut rester couchée que la tête et le tronc relevés et inclinés du côté malade (côté droit), passe le plus grand nombre d'heures qu'on le lui permet assise dans un fauteuil, le tronc porté en avant, comme les asthmatiques.

La respiration est haute, assez rapide, avec légère dilatation des ailes du nez. La toux est très-fréquente, tantôt sèche et tantôt avec expectoration de muco-pus, mêlé parfois de sang ou de sanie et de débris d'hydatides. La poitrine est manifestement saillante en bas, du côté droit, comme dans les cas de pleurésie. Le palper est douloureux dans les régions sous-mammaire et hépatique, sans qu'à la percussion le foie paraisse augmenté de volume. Il y a également de la douleur dans l'épaule droite. La percussion donne une matité notable dans les deux tiers inférieurs du côté droit, en avant et en arrière. La respiration vésiculaire est absente dans ce même côté; au sommet seulement et au niveau des grosses bronches, le murmure est rude et même bronchique; on n'y perçoit aucune espèce de râle. Du côté gauche la sonorité est normale, et le bruit vésiculaire exagéré. Le pouls est accéléré (de 110 à 120); la peau sèche, et plutôt froide que chaude; frissons et redoublements fébriles par intervalles; appétit diminué; diarrhée.

On prescrivit des inspirations iodées, puis plus tard des inspirations camphrées (les premières n'ayant point été supportées), qui produisirent une amélioration momentanée. Mais le mieux ne se soutint pas; au bout de deux semaines la malade était retombée dans le même état, et une semaine après, vers la fin du mois de juillet, elle eut de violents accès de suffocation terminés par une vomique. La poche, loin d'en être diminuée, paraissait au contraire avoir augmenté; la matité remontait à droite jusqu'à la clavicule. La respiration s'embarrassant de plus en plus, la malade ne tarda pas à succomber.

— Ce fait a rappelé à la mémoire de M. Roger un cas semblable, terminé heureusement par la guérison, qui s'est passé quelques années auparavant. C'était chez un petit malade soigné par M. le docteur Descroisilles, et dont M. Roger a pu constater la guérison persistante au bout de cinq ans, justement à l'époque où il venait d'assister à l'issue fatale de la maladie chez la jeune fille dont nous venons de rappeler l'histoire, et à l'occasion même de cet événement malheureux.

Voici cette observation, qui, à cause de cette issue heureuse, présente un intérêt plus particulier encore :

Un enfant de treize ans, fréquemment affecté de bronchite dans ses premières années, était soigné depuis cinq ans comme suspect de phthisie; il était sujet à des accès de toux si violents qu'elle devenait parfois convulsive. Pendant la nuit surtout, la dyspnée était extrême, et l'enfant était obligé à chaque instant de se lever pour se tenir à demi-couché sur un canapé.

Un jour, c'était le 8 août 1856, après une légère amélioration apparente, qui avait suivi une application de pâte caustique de Vienne sur la poitrine, pratiquée six jours auparavant, l'enfant, auquel on avait administré un vomitif le matin, fut pris dans la soirée d'une angoisse inexprimable, et se livra à des efforts inouïs pour expectorer; à force de s'introduire lui-même les doigts dans la gorge, il rendit avec une masse considérable de matières d'un aspect purulent et une fétidité insupportable, un fragment membraneux dont la surface lisse et comme nacrée fit naître l'idée d'une poche acéphalocystique; malheureusement, cette membrane ne fut pas gardée.

L'enfant éprouva à la suite de cette évacuation spontanée un soulagement notable et qui dura plusieurs jours.

Le 18, il y eut une exacerbation nouvelle, retour de la toux convulsive, angoisse extrême, surtout la nuit, et à la suite d'un nouveau vomitif, le 20, dans la matinée, après de violents efforts, avec imminence d'asphyxie, il avait rendu un nouveau fragment beaucoup plus considérable d'une membrane, qu'à sa blancheur, sa densité et sa structure en feuillets, on reconnut positivement être une poche acéphalocystique.

L'état de l'enfant était, du reste, assez bien relativement : la fièvre, la dypsnée persistaient, mais avec beaucoup moins d'intensité; la toux était moins fréquente et moins douloureuse, avec expectoration séro-purulente grisâtre, d'une fétidité particulière.

Le côté droit de la poitrine était manifestement dilaté à sa partie inférieure : la percussion donnait une matité complète dans les deux cinquièmes, au moins de ce côté, à la base, et la

matité existait à peu près jusqu'au même niveau en avant et en arrière. Dans toute la région mate, la respiration vésiculaire manquait, et de plus on entendait, au niveau de la bronche droite, un ronchus à grosses bulles, qui avait été perçu au moment de l'issue de la membrane; d'ailleurs pas de souffle.

Des inspirations iodées furent conseillées et employées avec persévérance pendant plusieurs semaines. On constata, à la suite de l'emploi de cette médication, que la respiration était redevenue presque normale à droite.

A dater de là, la convalescence marcha rapidement. La guérison ne s'est pas démentie depuis.

Tels sont les renseignements qui ont été fournis à M. Roger sur ce petit malade par M. le docteur Descroisilles, son médecin.

Voici dans quel état M. Roger a trouvé cet enfant à la fin de juillet dernier, cinq ans après l'événement que nous venons de rappeler.

L'enfant, âgé aujourd'hui de treize ans, est petit et d'apparence délicate; mais sa santé est très-bonne, il ne tousse point, il n'éprouve aucune douleur dans la poitrine, il joue et court comme ses camarades. Le thorax, inspecté à nu, ne paraît point déformé; seulement le côté droit est un peu déprimé en arrière, au lieu de la saillie plus grande qu'il présente normalement dans la région hépatique. La percussion, pratiquée à la base de la poitrine, donne un son naturel et égal des deux côtés; le murmure vésiculaire, parfaitement entendu, ne présente aucune différence à droite et à gauche, et à l'encontre de ce qui advient longtemps après la guérison d'une pleurésie chronique, on ne trouve aucune trace de la grave affection dont l'enfant a été atteint.

M. Roger est entré à l'occasion de ces deux faits dans des considérations très-étendues sur le diagnostic de cette affection. Nous regrettons de ne pas pouvoir le suivre sur ce terrain, mais nous ne voulons pas priver nos lecteurs des réflexions pratiques que ces mêmes faits lui ont inspirées.

Voici en quels termes notre savant confrère formule la ligne de conduite à suivre en pareille circonstance :

« Lorsque, dans les cas de kyste hydatique intra-thoracique, la nature a frayé une voie d'expulsion aux helminthes, il est permis *à priori* d'espérer la guérison spontanée, et il y a lieu de se borner à l'expectation, alors que cette évacuation se fait assez largement, et qu'elle est suivie d'une amélioration marquée dans l'état général et dans l'état local, comme il est advenu pour le sujet de la deuxième observation. Mais lorsque la voie frayée par le travail pathologique est insuffisante, lorsque la maladie paraît se prolonger indéfiniment, et que la phthisie hydatique menace la vie; lorsque surtout l'examen physique démontre que la tumeur intra-thoracique reste stationnaire ou s'accroît, il est sage de ne plus temporiser et de pratiquer l'opération de l'empyème, comme s'il n'y avait pas de fistule bronchique.

» L'existence de la fistule bronchio-pulmonaire ne constitue pas par elle-même une contre-indication absolue, et ne s'oppose pas à la guérison définitive. Il est remarquable, en effet, que la seule observation qui ait été publiée de kyste hydatique intra-thoracique ouvert dans les bronches et traité par l'empyème soit un cas de guérison (fait de Freteau, de Nantes, publié en 1812 et rapporté dans l'ouvrage de M. Davaine). On serait d'autant plus fondé aujourd'hui à compter, en pareille circonstance, sur le succès, que le médecin a à sa disposition la ressource des injections iodées, et que les procédés opératoires ont reçu d'utiles perfectionnements. Il faut se rappeler, en outre, qu'il ne s'agit pas ici, comme dans la pleurésie, de plonger le bistouri dans une cavité séreuse que la sécrétion pathologique pourra remplir de nouveau en peu de temps, et dont l'ouverture peut exposer à des dangers bien connus, surtout si elle doit être maintenue béante pendant un temps plus ou moins long. Il s'agit, au contraire, de l'ouverture d'une collection liquide de nature spécifique; et l'occlusion du kyste qui la contenait deviendra une conséquence nécessaire de l'évacuation du liquide et de la mort des helminthes.

» Mais si nous conseillons d'avoir recours au bistouri lorsque les indications sont nettes et pressantes, nous avons garde de faire de l'intervention chirurgicale une règle applicable à tous les cas; avant d'y avoir recours, il sera toujours d'une saine pratique d'étudier attentivement les ressources que la nature paraît devoir mettre en œuvre pour le cas particulier. Cette période d'observation pourra d'ailleurs ne pas être exclusivement expectante, et l'on devra avoir recours, pendant sa durée, à divers moyens considérés comme capables d'amener la mort des entozoaires : ce seront les préparations hydrargyriques et notamment l'usage du calomel à doses fractionnées; les préparations de camphre, le chlorure de sodium *intus et extra*, recommandé par Laennec, et autres substances analogues.

» Enfin, si les essais tentés en ce moment même pour faire pénétrer les liquides médicamenteux dans les voies respiratoires réussissaient définitivement, peut-être, pour les cas où la tumeur se sera ouverte spontanément dans les bronches, modifierait-on avantageusement le kyste hydatique en portant directement jusque dans sa cavité les agents de la thérapeutique. »

Traitement des fièvres intermittentes par la médication arsenicale.

M. le docteur Sistach, dont nous avons exposé récemment dans cette *Revue* les intéressantes études cliniques sur le traitement des fièvres intermittentes par la médication arsenicale, nous transmet une petite note complémentaire, que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs; elle est relative à l'indication précise du mode de préparation de la liqueur arsenicale de M. Boudin.

Cette indication est d'autant plus importante, et il est d'autant plus utile que les praticiens soient bien fixés sur ses moindres détails, que l'efficacité et l'innocuité de la liqueur arsenicale dépendent en grande partie de son mode de préparation.

Voici de quelle manière se fait cette préparation à l'hôpital militaire de Vincennes :

Acide arsénieux pulvérisé. . . .	1 gramme.
Eau distillée.	1 litre.

Mettez dans une capsule de porcelaine ou un ballon de verre l'acide arsénieux et l'eau, que l'on soumet à une ébullition de deux ou trois heures, jusqu'à ce que l'acide soit entièrement dissous; agitez de temps en temps le liquide avec un tube de verre jusqu'à dissolution complète. Laissez refroidir; filtrez, et remplacez l'eau qui s'est évaporée.

Cette solution conserve indéfiniment sa limpidité et ne laisse point précipiter l'acide arsénieux.

Mêlée avec partie égale de vin blanc, cette solution est employée sous le nom de *liqueur arsenicale*. Par suite de la grande facilité qu'a le vin blanc de se décomposer (lorsqu'il est largement étendu d'eau), la liqueur arsenicale se trouble ordinairement vers le troisième jour, et finit par perdre complétement sa limpidité les jours suivants. Il est donc nécessaire de ne préparer la liqueur que proportionnellement aux besoins de chaque jour; la solution aqueuse arsenicale, au contraire, peut et devrait même être préparée longtemps à l'avance; car il est utile de faire remarquer que la solubilité de l'acide arsénieux est d'autant plus complète, qu'il est plus longtemps en contact avec l'eau.

DES ACCIDENTS GRAVES

qui suivent parfois le cathétérisme et les autres opérations pratiquées sur l'urèthre;

Par M. C. Sédillot.

Tous les chirurgiens ont signalé des accidents graves ou même mortels survenus à la suite du cathétérisme ou après d'autres opérations souvent de peu d'importance, pratiquées sur le canal de l'urèthre. Qu'il me suffise de rappeler les faits signalés dans le savant *Traité de médecine opératoire* de notre illustre collègue M. le professeur Velpeau, et dans les leçons d'un des habiles et célèbres inventeurs de la lithotritie, M. le docteur Civiale.

Il semblerait, d'après ces auteurs, qu'un simple cathétérisme a pu être la cause de complications rapidement funestes, et cette opinion est généralement admise; cependant si j'interroge ma propre expérience, je serais conduit à apporter quelques restrictions à ce jugement et je le modifierais, en ce sens que les accidents m'ont toujours paru déterminés par un certain degré de violence dans les manœuvres chirurgicales, entraînant des éraillures, ou de légères déchirures des parois du canal, comme l'attestaient une coloration rougeâtre de la sonde, un suintement sanguinolent, ou même quelques gouttes de sang. Je n'ai jamais vu le libre et facile passage d'une bougie, sans douleurs, sans difficultés et sans efforts, amener de manifestations morbides d'un caractère général ou constitutionnel, et cette remarque, comme on le verra par la suite de cette Note, mérite une grande importance.

Si les chirurgiens sont d'accord sur la possibilité et la gravité de ces accidents, ils le sont également pour s'avouer impuissants à en expliquer la cause, et c'est à peine s'ils ont parlé d'une sorte de sympathie morbide et de retentissement inflammatoire sur les organes affaiblis, irritables ou déjà compromis par des désorganisations profondes et latentes. Rien ne justifie toutefois ces suppositions, et la question semble jusqu'à ce jour être restée insoluble. L'étude assidue de cet intéressant problème, facilitée par les nombreuses opérations que j'ai vu exécuter ou que j'ai pratiquées sur l'urèthre, m'a permis de me rendre compte des causes et de la nature des accidents dont je m'occupe, d'en prévenir l'apparition et de les combattre fréquemment avec succès lorsqu'ils étaient déclarés.

A mes yeux, l'absorption de l'urine normale ou altérée est la seule et véritable origine des complications, dont la gravité est en rapport avec la quantité et les propriétés plus ou moins virulentes du liquide. Comme cette explication se fonde sur une série de preuves qui s'enchaînent et se fortifient l'une par l'autre, je demanderai la permission de les exposer.

Des expériences directes, entreprises sur les animaux, ont montré que l'injection de l'urine dans le sang déterminait la mort immédiatement, si la quantité du liquide était considérable, ou si la qualité en était rendue plus toxique par un commencement de décomposition putride.

Si les animaux ne succombaient pas promptement, ils périssaient plus tard avec des abcès gangréneux pulmonaires, des épanchements pleurétiques, ou d'autres collections parenchymateuses de mauvaise nature.

La guérison survenait dans les cas d'un empoisonnement moins violent, et par la disparition successive des accidents.

La clinique nous présente des observations identiques. Dans les tailles périnéales et hypogastriques, dans les uréthrotomies externes et internes, à la suite des infiltrations, des abcès urineux et des larges débridements qu'ils nécessitent, on a vu les mêmes degrés de complications se manifester.

Tantôt ce sont des infections purulentes et urineuses qui tuent le malade en quelques jours et occasionnent des abcès gangréneux des poumons, avec perforations et épanchements pleurétiques; l'extrême prostration, l'adynamie, le délire, la peau terreuse, la fuliginosité, la rapidité de la mort du troisième au cinquième ou sixième jour, différencient l'affection d'une infection purulente ordinaire et ne laissent pas de doute au chirurgien.

Dans d'autres cas où l'absorption de l'urine a été momentanée, peu toxique et arrêtée par l'introduction et la mise à demeure d'une sonde dans la vessie, on observe une série d'abcès multiples sur toutes les parties du corps, au milieu des muscles, à la surface du périoste, etc., et les malades peuvent encore se rétablir.

Plusieurs fois j'ai vu les poumons engorgés et atteints d'indurations partielles; les inspirations multipliées, des abcès nombreux et profonds sur différents points du corps, et néanmoins l'affection provoquée par des infiltrations urineuses se termina heureusement.

La complication la plus fréquente consiste en accès de fièvre plus ou moins violents qui suivent presque immédiatement certains cathétérismes forcés, ou les incisions intra-uréthrales.

Sur plus de cent malades dont j'ai traité les rétrécissements par l'application de mes uréthrotomes, j'ai observé les résultats suivants :

Lorsque le rétrécissement était unique, simple, peu étendu, valvulaire et fibreux, et que le canal était rendu immédiatement libre, les malades se trouvaient à l'instant guéris, et n'éprouvaient pas d'accidents ou offraient rarement un très-léger accès de fièvre.

Si les rétrécissements étaient multiples, épais, avec induration inflammatoire du tissu connectif sous-muqueux, le canal engorgé, naturellement étroit, les accès de fièvre étaient très-violents, duraient plusieurs heures, et se renouvelaient quelquefois pendant deux ou trois jours, quoique en général l'accès fût unique.

Un officier, atteint antérieurement de fièvre pernicieuse en Afrique, eut du délire, et tomba dans un affaissement des plus inquiétants, dont nous ne réussîmes à le faire sortir que par des excitants énergiques.

On comprend combien il devait nous paraître important de trouver les moyens de prévenir de pareils accidents, et le rôle que nous attribuions à l'absorption de l'urine ouvrait la voie à de nouvelles expérimentations.

Il devait suffire de laisser à demeure une grosse sonde dans la vessie et d'en maintenir l'ouverture libre, pour empêcher le contact et l'absorption de l'urine.

Ces données de la théorie furent converties en essais pratiques, et des malades qui avaient été en proie à un violent accès de fièvre lors de l'incision d'un premier rétrécissement, en furent préservés par la présence de la sonde, à la suite d'une seconde opération.

Nous avons varié ces expériences, et les accès fébriles se sont produits ou ont été prévenus, selon que nous laissions l'urine venir au contact de la plaie, ou que nous avions recours à une sonde évacuatrice.

L'expérience est facile, et nous paraît de nature à être prise en sérieuse considération et à rassurer les chirurgiens qui auraient à pratiquer le cathétérisme ou d'autres opérations uréthrales sur des vieillards ou des personnes craintives et débilitées.

Il est indispensable de choisir une sonde assez volumineuse et d'un diamètre intérieur assez large pour empêcher l'urine de s'échapper, pendant une contraction vésicale, entre les parois du canal et l'instrument, et la précaution la plus sûre est de laisser la sonde ouverte pour prévenir toute accumulation d'urine dans la vessie et tout besoin de miction.

Au bout d'un ou deux jours, les petites surfaces traumatiques ne sont plus susceptibles d'absorption si l'urèthre est redevenu libre, et la sonde peut être retirée.

Le maintien dans la vessie d'une sonde à demeure n'est pas sans doute exempt de quelques inconvénients dans un certain nombre de cas, et je suis loin d'avoir toujours recours à ce moyen; mais son efficacité comme préservatif immédiat des accidents que nous avons signalés ne nous paraît pas douteuse. C'est un progrès pour la chirurgie urinaire, dont certaines opérations seront pratiquées avec moins de danger, et c'est également une voie ouverte à de nouvelles et intéressantes expérimentations sur les causes, le mécanisme, les conditions et les effets de l'absorption de l'urine mêlée ou non à du pus ou à des liquides altérés par un commencement de fermentation putride.

ÉCOULEMENT PURULENT

par le conduit auditif externe et la trompe d'Eustache. — Tubercule développé dans le rocher. — Abcès du cerveau occupant la presque totalité des lobes moyen et postérieur à droite. — Absence de tous signes pouvant faire soupçonner cette grave lésion.

(Présenté à la Société de chirurgie par M. Richet, dans la séance du 13).

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société des pièces anatomiques provenant d'un individu qui a succombé dans mon service aux suites d'une lésion qui me paraît mériter toute l'attention des anatomistes et des physiologistes.

Il s'agit d'une lésion profonde du rocher, probablement d'un tubercule de cet os, ayant donné lieu, *par voisinage*, à une suppuration intra-crânienne considérable, qu'aucun symptôme appréciable n'est venu révéler pendant la vie.

Voici un résumé de l'observation recueillie par M. Landeta, interne du service.

Le 21 octobre 1861 s'est présenté à notre consultation Auguste G..., garçon boucher, âgé de vingt et un ans, pour se faire recevoir à l'hôpital.

C'est un garçon blond, vigoureux; il présente un écoulement purulent par l'oreille droite et des douleurs de tête depuis longtemps.

Admis dans les salles, il est couché au n° 27 de la salle Saint-Augustin.

Là, il raconte que son affection a débuté il y a trois ans; qu'ayant peu souffert d'abord, les douleurs augmentèrent dernièrement (il y a quelques mois), et qu'alors survint un abcès, puis un écoulement purulent qu'il conserve encore.

Il a toujours joui d'une bonne santé, et n'accuse d'autre affection que son otite.

Les différentes fonctions ont été normales chez lui. L'appétit s'est conservé jusqu'à ces jours derniers. Depuis lors il éprouve un mauvais goût à la bouche et crache du pus. Il accuse également un peu de constipation.

Il a toujours vaqué à ses occupations de garçon boucher et a marché jusqu'au jour de l'entrée à l'hôpital; il vient à pied à la consultation.

Absence complète de troubles cérébraux; jamais de paralysie, contracture ou convulsions. La sensibilité est partout complétement

conservée. L'intelligence est très-nette ; il nous fournit tous les renseignements demandés sur sa maladie.

Les seuls troubles cérébraux qu'il accuse sont des *étourdissements légers* auxquels il n'attache pas d'importance, et une céphalalgie temporo-pariétale droite, persistante et sourde, surtout dans ces derniers temps.

Lorsqu'on regarde le malade de face, deux symptômes d'une égale importance nous frappent :

1° Une saillie du pavillon de l'oreille à sa base et en arrière, ce qui ferait croire, avec le gonflement des parties molles, à une augmentation de volume de l'apophyse mastoïde, produite par une altération morbide des cellules qu'elle renferme.

2° Une certaine hébétude de la face, quelque chose de terne dans le regard, mais sans le moindre signe de paralysie faciale ou autre.

Le conduit auditif externe est rempli de pus, et la membrane du tympan perforée, ce dont on s'assure en faisant moucher le malade, lorsqu'on lui ferme le nez et la bouche. L'air des arrière-narines communique avec l'air extérieur au moyen de la trompe et de l'ouverture laissée par la destruction de la membrane du tympan.

Le 22, le pouls est fréquent, la peau chaude, la langue couverte d'un enduit blanchâtre. En raison de ces derniers symptômes, M. Richet, craignant un travail pathologique congestif du côté des méninges, présomption bien justifiée par l'événement, n'hésite pas à faire appliquer vingt sangsues derrière l'oreillette droite.

On prescrit également de l'eau de Kissingen, mal tolérée par le malade, et dont l'effet est nul.

Le 23, léger soulagement. Rien de nouveau. — Une bouteille d'eau de Sedlitz ; injections d'eau de guimauve dans le conduit auditif externe.

Le 24, le malade a été à la garde-robe. Il demande à manger ; il souffre toujours de l'oreille et de la tempe. L'écoulement purulent ne tarit pas. Sur ses vives instances on lui accorde deux portions.

Le 25, mort subite dans l'après-midi. Rien à la visite n'aurait fait présager une mort aussi rapide. Interrogé à l'effet de savoir s'il avait mangé ses deux portions d'aliments prescrites la veille, il avait répondu affirmativement, et ne paraissait pas plus souffrant que de coutume. Mais, dans l'après-midi, la religieuse du service trouve le malade asphyxiant, l'écume à la bouche ; elle envoie chercher le chirurgien de garde, qui n'a pas même le temps de lui faire une prescription.

Autopsie le 27 octobre, à huit heures du matin. — Le cadavre indique une mort rapide, avec peu d'épuisement ; les muscles sont volumineux, les formes arrondies : roideur cadavérique.

Le conduit auditif externe est rempli de pus. Lorsqu'on détache les parties molles de l'os temporal qu'elles recouvrent, on voit que le conduit auditif externe a été perforé à l'union de la portion osseuse et de la portion fibro-cartilagineuse ; aussi du pus en nappe existe au pourtour de ce conduit après avoir décollé les parties molles.

A l'ouverture du crâne, on peut voir un développement vasculaire veineux assez considérable à la convexité des hémisphères ; ceux-ci et les méninges qui les recouvrent ne paraissent point d'ailleurs être le siége d'une altération profonde.

Au niveau de la corne sphénoïdale, les circonvolutions sont aplaties et présentent une couleur grisâtre, qui les fait distinguer des parties saines ; la substance cérébrale y est ramollie, et on y sent une fluctuation évidente. Les méninges ne présentent pas de traces d'inflammation.

La dure-mère, qui adhère à la face supérieure du rocher, ne présente aucune altération par sa face interne ou viscérale, mais le feuillet externe offre une tache d'un gris de fer qui correspond à une ouverture anfractueuse produite par la carie du rocher à cet endroit. La dure-mère est épaissie à cet endroit et n'offre aucune perforation. Un tractus unit l'arachnoïde pariétale au feuillet viscéral.

M. Richet détache le cerveau, et au moment où il arrive à la partie interne de la scissure de Sylvius, au niveau du confluent antérieur du liquide céphalo-rachidien, nous voyons un véritable flot de pus inonder la base du crâne; nul doute, il vient du ventricule latéral.

Alors l'examen du cerveau fait découvrir un énorme abcès à parois peu régulières, occupant la presque totalité du lobe moyen du cerveau, et se prolongeant dans le lobe postérieur jusque dans la corne dite occipitale. Le pus arrive jusqu'à la base des circonvolutions, qui sont comme déplissées; dans ces circonvolutions elles-mêmes on remarque, surtout dans celles qui recouvrent la face supérieure du lobe moyen, une infiltration purulente, comme de véritables petits abcès miliaires. Le lobe antérieur est sain.

Le ventricule latéral droit, dans sa totalité, a été envahi par le pus, qui y a fait irruption par la paroi supérieure, celle qui regarde le centre ovale de Vieussens.

Les plexus choroïdiens sont infiltrés de matière purulente.

La couche optique droite et le corps strié sont en partie détruits par le pus, qui paraît avoir pénétré leur substance au moment de son apparition dans le ventricule, car il ne présente point de vascularisation.

Cet abcès, qui contient près de 200 à 300 grammes d'un pus verdâtre dans certains endroits, d'un blanc laiteux ailleurs, et des stries sanguinolentes, semble être le résultat de la destruction des parois contiguës d'une foule d'abcès plus petits de différentes grosseurs. Ce qui nous fait dire cela, c'est l'existence actuelle de deux abcès de la grosseur d'une petite noix, tapissés par une fausse membrane d'une dureté remarquable (ce qui fait penser qu'elle existe déjà depuis longtemps), et très-voisins l'un de l'autre.

Le ventricule latéral gauche est sain.

Une coupe du rocher montre la destruction des parties membraneuses de l'oreille moyenne (caisse du tympan), la disparition des osselets. Toute la caisse du tympan est remplie par un pus noirâtre et par des fausses membranes peu consistantes.

Au-dessus et en dehors de la caisse, on voit une vaste cavité séparée de la caisse par une lame osseuse de 2 millimètres d'épaisseur; elle aboutit à la face supérieure de cet os au-dessous de la dure-mère.

Le nerf facial est sain.

Les poumons de ce garçon sont parfaitement sains. On y découvre de l'écume bronchique, une congestion à la base, qui disparaît par le lavage. Ils sont parfaitement crépitants et ne contiennent pas de tubercules.

Les autres viscères sont également sains.

A cette description peut-être un peu sommaire, j'ajouterai quelques détails et quelques réflexions.

Cette cavité est creusée dans la paroi supérieure du conduit auditif externe, et tout à fait en dehors de la caisse; c'est là l'origine de tout le mal, c'est de là que la suppuration est partie pour détruire l'oreille moyenne, et faire irruption par le conduit auditif externe et la trompe d'Eustache à l'extérieur et dans l'arrière-gorge; c'est de là également qu'est partie cette inflammation qui s'est propagée aux méninges par continuité, et puis, par *voisinage*, a déterminé la suppuration de la pulpe cérébrale. Veuillez remarquer effectivement qu'il n'y a aucune communication entre cette cavité accidentelle creusée dans le rocher et la cavité crânienne, et que par conséquent la suppuration n'a pu se frayer un passage dans le crâne.

Qu'est-ce que cette cavité? comment s'est-elle formée? Est-ce une carie ou une nécrose purement inflammatoire? ou bien résulte-t-elle de la fonte purulente d'un tubercule osseux? Je suis assez porté à admettre cette dernière opinion, par la raison que les parois en sont parfaitement lisses et polies, qu'il n'est possible de découvrir dans les parties osseuses qui l'avoisinent aucune trace d'un travail phlegmasique, qui aurait certainement existé si le travail eût été purement inflammatoire; enfin, parce que nous avons trouvé cette cavité remplie d'un pus grisâtre, concret, ressemblant pour la consistance à ce mastic dont les vitriers se servent pour assujettir les vitres.

Néanmoins je confesse que l'absence de tubercules dans les viscères est une objection qui se présentera tout naturellement à l'esprit. La pièce d'ailleurs sera déposée au Musée Dupuytren, où chacun pourra l'examiner et juger la valeur des raisons que je viens de donner.

Il me reste maintenant à attirer votre attention sur un dernier point; je veux parler de la question physiologique. Il n'est pas sans exemple, vous le savez tous, de voir des lésions du cerveau, même très-étendues, ne manifester leur présence pendant la vie par aucun symptôme appréciable; et pour mon compte, j'ai cité dans mon *Anatomie chirurgicale* l'observation d'un cordonnier dont les deux lobes cérébraux avaient été traversés par un coup de tranchet, et qui n'en continua pas moins à vivre pendant huit jours sans offrir aucun symptôme pouvant faire soupçonner une si grave lésion. Néanmoins, il est rare de voir un travail pathologique aussi étendu ne se trahir à l'extérieur que par de légers étourdissements, et on reste réellement confondu en songeant que dans certains cas un épanchement sanguin de la grosseur d'une noisette, survenant soit dans le corps strié, soit dans les couches optiques, soit ailleurs, détermine des hémiplégies complètes, tandis qu'une collection purulente contenant 250 à 300 gr. de pus, peut se former dans le cerveau sans occasionner le plus léger trouble dans la motilité ou la sensibilité, je dirai même dans l'intelligence. On renonce à toute explication de pareils faits.

Mais ce qu'il faut faire ressortir, c'est la mort subite de cet individu, qui, dans l'espace de quelques minutes, a été comme asphyxié par l'écume bronchique abondante que nous avons retrouvée à l'autopsie dans les voies respiratoires.

Il me paraît possible d'expliquer cette mort rapide de la manière suivante : l'abcès qui s'était formé dans la pulpe cérébrale et occupait les lobes moyen et postérieur en presque totalité, s'était avancé jusqu'au voisinage immédiat du ventricule latéral, lorsque tout à coup, rompant la paroi supérieure de ce ventricule, le pus fit irruption dans cette cavité, jouant le rôle d'un brusque épanchement sanguin.

Cet homme aurait donc succombé comme succombent les individus frappés d'apoplexie dite foudroyante, avec cette différence que le liquide désorganisateur était du pus et non du sang. Ainsi on pourrait dire qu'il a été atteint, non d'une *hémorrhagie*, mais d'une *pyorrhagie cérébrale*, qu'on nous passe l'expression.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 novembre 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. LABORIE dit qu'il a rompu l'ankylose du coude chez le jeune homme qui a été présenté dans la dernière séance. Les efforts nécessaires ont été faits pendant que ce garçon était soumis à l'influence du chloroforme; et la flexion a été telle qu'on a pu immédiatement lui faire toucher l'épaule avec la main.

M. Laborie fera connaître plus tard le résultat définitif de cette opération.

Suite de la discussion sur les fistules péri-rectales.

M. HUGUIER profite de l'occasion que vient de lui fournir la discussion actuelle, pour soumettre à la Société le procédé qu'il a choisi dans l'opération des fistules à l'anus, procédé dont il fait ressortir les avantages. L'écraseur de M. Chassaignac a sans doute l'avantage de prévenir les hémorrhagies, mais avec *l'emploi du spéculum bivalve*, dit *à bec de cane*, on opère à découvert, et il est toujours facile d'arrêter les pertes de sang : il est aisé de pratiquer la ligature des vaisseaux et de jeter un fil en se servant d'une pince, ou mieux d'un ténaculum. On peut aussi attacher une serre-fine avec un lien qui ressortira par l'anus, et pincer avec cette serre-fine le point par où se fait l'hémorrhagie.

Cette petite pince, à pression continue, reste en place pendant quelques jours, et le fil empêche qu'elle ne se perde dans l'intestin ou la plaie. Il est facile aussi, grâce à l'emploi du spéculum, d'appliquer, s'il y a eu écoulement sanguin en nappe, une boulette de charpie imbibée de perchlorure de fer. Par ce procédé, on s'assure aisément de l'existence de clapiers, des décollements, et l'on peut couper avec des ciseaux les lambeaux flottant dans la plaie ou recouvrant les clapiers, ou cautériser et détruire avec le nitrate d'argent les trajets fistuleux. Le spéculum, en un mot, rend cette opération facile, et permet d'éviter les récidives.

M. Huguier ajoute que l'on peut ainsi placer plus facilement la mèche qui doit tenir écartées les lèvres de la plaie.

M. CHASSAIGNAC a toujours pensé que l'opération de la fistule anale était simple, et, dans presque tous les cas, suivie de guérison, quelque procédé que l'on choisît. Il s'étonne que l'on cherche en quelque sorte à rendre cette opération si difficile. Il s'élève contre les difficultés et les récidives signalées par M. Huguier. Il n'est pas besoin de se servir d'un spéculum, et l'opération la plus simple réussit aussi bien que celle qui est pratiquée avec tous ces instruments.

M. Chassaignac avait conseillé l'usage de l'écraseur pour remplacer le bistouri, pour se mettre sûrement à l'abri de toute hémorrhagie : la plaie qui en résulte lui semblait dans de meilleures conditions que celle que l'on fait avec l'instrument tranchant. M. Richet a donné une préférence marquée à l'excision, et M. Chassaignac ne voit pas quels avantages cette méthode a de plus que la simple incision. Quant aux injections iodées, notre collègue les a abandonnées. Pour les fistules qui sont peu profondes, elles ne donnent aucun résultat; pour celles qui remontent plus haut, l'injection offre l'inconvénient de laisser passer la teinture d'iode dans le rectum, ce qui rend l'opération très-douloureuse. Si les séreuses en effet supportent très-bien le contact de la solution iodique, il en est tout autrement des muqueuses.

M. Chassaignac pense enfin qu'il ne faut pas admettre trop facilement l'emploi de l'entérotome dans le traitement des fistules anales.

L'application de cet instrument, qui reste ainsi en place pendant un septénaire, est par trop gênante, douloureuse, dangereuse même. M. Boinet va même plus loin que M. Richet, et il a inventé un instrument avec des mors plus longs encore que ceux de l'entérotome ordinaire. Que Gerdy, frappé de l'innocuité de l'application de l'entérotome dans le traitement de l'anus contre nature, et craignant d'ouvrir le péritoine dans l'opération des fistules anales, ait eu l'idée de généraliser l'emploi de cet instrument, cela peut se comprendre, et encore dans certains cas; mais il serait dangereux de trop préconiser ce moyen.

Enfin, M. Chassaignac cite un travail de notre collègue M. Trélat, sur l'emploi de l'entérotome.

M. BOINET. M. Chassaignac est sorti du terrain sur lequel était placée la discussion. Il ne s'agissait pas en effet du traitement des fistules à l'anus en général, mais de certains décollements spéciaux, bien précisés par M. Richet, placés autour du rectum et remontant très-haut. Ces fistules sont borgnes, externes, et ne peuvent être attaquées par le bistouri. C'est pour elles qu'il a imaginé la modification de l'entérotome dont il a parlé, et ce sont ces décollements qu'il avait en vue quand il a pris la parole dans la dernière séance.

M. Boinet ajoute qu'il ne croit pas qu'il soit nécessaire d'arriver même tout à fait jusqu'au sommet du clapier pour que la guérison puisse être obtenue.

Il termine en combattant l'assertion de M. Chassaignac sur les injections iodées.

Pour lui, le contact de la solution iodique est plus douloureux pour les séreuses que pour les muqueuses. Ces dernières membranes le supportent très-bien, et la teinture d'iode ne provoque des cuissons vives et intolérables parfois, que quand elle touche un orifice, soit l'anus, soit la vulve, soit les lèvres.

M. RICHET. Je dirai avec M. Boinet que M. Chassaignac a fait dévier la discussion. Il ne s'agit pas pour le moment du traitement des fistules à l'anus, et ce n'est pas pour elles que j'ai vanté l'usage de l'entérotome. J'ai bien précisé, au contraire, les cas pour lesquels on pourrait avoir recours à son emploi. Le traitement des fistules par l'excision n'est pas en cause ici, je n'en parlerai donc pas, bien que ce soit une méthode que je préfère à l'incision pure et simple. M. Chassaignac ne devrait pourtant pas sortir de la question, puisqu'il avait cherché à bien préciser les abcès dont il est question, et qu'il avait proposé de les désigner sous le nom d'abcès pelviens : dénomination à laquelle j'ai préféré celle d'abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur.

La question ainsi replacée sur son véritable terrain, j'ai donné les raisons qui m'ont fait rejeter l'emploi de l'écraseur et préférer celui de l'entérotome; je n'ai pas à revenir sur ce point.

M. CHASSAIGNAC maintient ce qu'il a avancé relativement à la douleur provoquée par le contact de la teinture d'iode sur les membranes séreuses ou muqueuses.

M. GOSSELIN. J'établis une distinction entre les cas où l'on applique l'entérotome immédiatement après l'opération, et ceux où on l'applique consécutivement. Je n'ai pas eu l'occasion de faire l'application immédiate. J'ai bien rencontré quelquefois un décollement qui remontait au delà des limites atteintes par le doigt, et plus haut que je n'avais pu le prévoir. Je n'avais pas d'entérotome sous la main. J'ai attendu, et j'ai fait les pansements ultérieurs avec plus de soin encore qu'à l'ordinaire, afin de favoriser le recollement par la compression, et je dois dire que dans les deux ou trois cas de ce genre dont j'ai conservé le souvenir, la guérison a été obtenue. Je crois donc qu'il n'y a pas lieu de se presser d'appliquer l'entérotome.

Quant à l'application consécutive, je l'ai faite deux fois pour des malades chez lesquels le décollement s'était opéré consécutivement à l'opération, et par le développement d'une inflammation diffuse propagée le long de la paroi rectale. Or les malades non-seulement ont bien guéri, mais ont supporté, sans trop se plaindre, l'entérotome pendant huit ou dix jours. Je ne m'associe donc pas, d'après ce que j'ai vu, aux craintes exprimées par M. Chassaignac sur la douleur qu'occasionnerait ce procédé.

Discussion sur le traitement des hernies ombilicales, à propos d'un travail de M. Goyrand, lu dans la séance du 12 juin.

M. HUGUIER. Je désire d'abord, Messieurs, préciser les conditions qui ont amené, fait naître, et retardé la discussion.

Une malade m'avait fourni l'occasion d'une observation des plus curieuses et des plus intéressantes. C'était une femme atteinte tout à la fois d'une tumeur de l'ovaire gauche, d'une hydropisie ascite, de péritonite chronique et d'une ancienne hernie ombilicale. La hernie s'était réduite par suite de la distension des parois abdominales et de l'ascension du paquet intestinal; le liquide séreux s'était accumulé dans le sac, et après avoir aidé à en faire sortir l'intestin, il l'avait rempli au point de former une poche distendue, fluctuante, molle, et d'une transparence remarquable.

Aucun des médicaments préconisés dans ces circonstances ne réussissant, et l'hydropisie augmentant toujours, je me décidai, pressé surtout par la malade, qui réclamait la ponction à chacune de mes visites, à pratiquer la paracentèse.

Le second jour, la hernie se reproduisit avec tous les signes de l'étranglement. La poche était distendue, douloureuse; l'abdomen était aussi très-sensible à la pression; le sac était violacé. Prévoyant à l'avance tous les dangers d'une opération pratiquée dans ces circonstances, sachant par expérience la gravité de la kélotomie dans les hernies ombilicales, je me décidai à abandonner cette affection aux efforts de la nature. M. Gosselin, mon collègue à l'hôpital Beaujon, partagea mon opinion; j'attendis.

Le sac se gangréna, il se forma un anus contre nature; puis les accidents disparurent, l'anus se ferma, et la malade guérit.

Ce fait m'avait porté, à la fin d'une discussion sur les hernies, il y a plus de quatre mois, à formuler devant la Société la proposition suivante :

Dans la hernie ombilicale étranglée, qu'elle soit seulement intestinale ou entéro-épiploïque, il serait peut-être préférable d'abandonner la hernie aux efforts de la nature, en surveillant et en combattant les complications, que de pratiquer l'opération de la kélotomie complète.

J'émettais le vœu que la Société entamât bientôt une discussion sur ce sujet, et je faisais appel à mes collègues pour tâcher de résoudre cette importante question.

Un des chirurgiens les plus distingués de la province, membre correspondant de la Société, M. Goyrand (d'Aix), y a répondu. Il est partisan de l'opération, ainsi qu'il le dit dans son travail, sous forme de lettre, lu dans la séance du 12 juin. Il invoque à l'appui de son opinion un certain nombre d'arguments que je vais vous rappeler brièvement.

Dans les cas désespérés, dit M. Goyrand, il vaut mieux adopter le précepte de Celse : *Melius anceps quam nullum.* Je suis de l'avis de M. Goyrand, à la condition que le remède ne sera qu'incertain, et qu'on ne pourra pas lui appliquer cette juste réflexion de Marius, qui, en parlant de l'extirpation des varices dont il était atteint, disait que le *remède était pire que le mal.*

M. Goyrand pense qu'il y aurait imprudence à repousser dans le ventre, par un taxis prolongé et forcé, l'intestin, avant de l'avoir mis à découvert et examiné avec attention.

A en juger par trois opérations de hernies ombilicales qu'il a pratiquées avec succès, M. Goyrand est porté à croire que l'étranglement de la hernie ombilicale n'est pas plus grave dans cette hernie que dans les hernies inguinales et crurales. « Evidemment, ajoute » M. Goyrand, j'ai rencontré une série heureuse ; mais M. Huguier, » de son côté, ne serait-il pas tombé sur une mauvaise série ? »

Non, pour l'un ou l'autre de nous, ce n'est pas une série de faits heureux ou malheureux, car ils se sont présentés à des intervalles trop éloignés. Le premier fait de notre confrère est de 1836, le second (un an après) de 1837, et le troisième (quinze ans plus tard) de 1853.

Au moment où arriva la lettre de M. Goyrand, un concours, dans lequel j'étais juge, me tenait éloigné de la Société. Par une marque de bienveillance dont je remercie mes collègues, la discussion fut remise, et le nombre de nos travaux était tel qu'elle a été reculée jusqu'à présent.

Les raisons qui m'ont déterminé à porter cette question devant la Société m'ont paru assez considérables.

Pendant mon internat, j'ai vu des opérations pratiquées dans des cas de hernie ombilicale étranglée par Dupuytren, Richerand, Gerdy, et un quatrième chirurgien qui vit encore : autant d'opérations, autant de morts.

Pour ma part, j'ai fait sept fois la kélotomie dans des cas semblables ; 3 fois en ville, 4 fois à l'hôpital : 7 opérations, 7 morts.

J'ai fait une enquête sommaire auprès de quelques-uns de nos collègues ; je leur ai demandé des renseignements tirés soit de leur pratique, soit de leurs souvenirs. Voici le résultat de cette enquête, à laquelle il ne faut pas attacher, bien entendu, la valeur d'une statistique faite par chacun de nos collègues avec des notes précises, mais qui a néanmoins une importance capitale :

MM.	Gosselin.	4 opérés	4 morts.		
	Son oncle, M. Jacquemin.	—	—	1 succès.	
	Guersant.	2	2	—	
	Broca.	2 —	2 —		
	(Les deux opérations ont été pratiquées, l'une par Blandin, l'autre par A. Thierry.)				
	Demarquay.	4 opérés	4 morts.		
	Giraldès.	2 —	2 —		
	Deguise fils.	2 —	2 —		
	Boinet.	2 opérés (par Samson)	2 morts.		
	Morel-Lavallée a vu opérer un ou deux malades par ses anciens chefs : les opérés sont morts.				
	Bauchet.	1 opéré (par Després)	1 mort.		
	Richet.	2 opérés	1 mort	1 guéri.	
	Follin.	1 —	—	1 guéri.	

Continuons, et arrivons aux cas où il n'a pas été fait d'opération :

MM.	Boinet. . . .	1 cas	1 guérison.	
	Bauchet. . . .	1 —	1 —	avec ou sans anus contre nature.
	Broca. . . .	2 —	2 —	

Je n'ai pas besoin d'insister sur la valeur de ces résultats au point de vue où je me suis placé. Mais quelles sont les causes qui rendent si grave l'opération de la hernie ombilicale ?

Boyer attribue cette gravité à l'intensité des symptômes d'étranglement, à la gangrène qui se déclare plus promptement que dans toute autre hernie, et à ce qu'on pratique l'opération presque toujours trop tard.

M. Velpeau, sans se prononcer affirmativement, attribue les causes de la plus grande gravité de l'opération de la hernie ombilicale à ce qu'on agit près de l'estomac et du diaphragme, à ce que les organes herniés ont des rapports immédiats avec l'estomac, à ce qu'on ne se décide à opérer qu'à une période trop avancée de la maladie, à ce qu'après l'opération il est impossible de mettre la plaie dans une position déclive : le pus et autres liquides hétérogènes étant ainsi forcés de tomber dans le péritoine.

Les causes qui rendent l'étranglement de la hernie ombilicale et l'opération qu'il peut nécessiter plus graves que dans les autres hernies, sont, pour moi, de deux ordres : les unes primitives, et qu'on peut appeler anatomo-pathologiques ; les autres chirurgicales, opératoires et consécutives.

Dans les premières, nous rangerons les suivantes :

1° L'ouverture abdominale, en général circulaire ou ovalaire, étroite, résistante, mince, détermine une action contondante énergique et presque tranchante.

2° La disposition ombelliforme ou champignonnée des parties herniées donne à la tumeur un pédicule étroit correspondant à une masse considérable sortie par l'anneau ombilical.

3° Le peu d'épaisseur des enveloppes qui dispose de trois manières aux accidents qui peuvent se présenter : par froissement des parties herniées dans le taxis ; par l'inflammation plus facile de ces enveloppes distendues et affaiblies ; par leur rupture possible dans un effort (Boyer en rapporte un exemple), une chute, un coup. On peut même ajouter, comme nous le verrons dans un instant, que pendant le premier temps de l'opération cette disposition expose à la lésion des organes herniés.

4° L'absence ou la petite quantité de sérosité dans le sac.

5° La gangrène fréquente du sac.

6° Le volume considérable de la tumeur, et par conséquent son irréductibilité plus fréquente, résultant aussi des adhérences qui se sont établies et de l'embonpoint du sujet.

7° Le voisinage de l'étranglement de la cavité péritonéale ; circonstance qui prédispose à la péritonite pariétale et viscérale. Nous verrons cette cause prédisposante jouer un grand rôle dans l'étude des causes chirurgicales ou consécutives.

Arrivons maintenant au deuxième groupe de causes que nous avons appelées chirurgicales ou consécutives :

1° Dans le premier temps de l'opération, lésion facile des parties herniées, à cause du peu d'épaisseur des enveloppes, l'absence fréquente de sérosité, l'existence des adhérences nombreuses viscérales et péritonéo-viscérales. Lassus dit que cet accident lui est arrivé ; Boyer avance que la peau devient si mince, qu'on aperçoit au travers les circonvolutions intestinales, et qu'on ne peut l'inciser sans ouvrir en même temps quelques-unes de ces circonvolutions. C'est dans ces circonstances qu'il est quelquefois difficile d'éviter l'épiploon. J'ai vu un cas fort remarquable dans lequel cette lésion a été faite.

2° Nécessité dans la grande majorité des cas, pour arriver à l'intestin, de passer à travers l'épiploon qui est blessé, et qu'on réduit ensuite dans le ventre.

3° L'irruption subite des parties herniées à travers l'incision des enveloppes. Boyer, dans un exemple curieux qu'il rapporte, ne put pas terminer l'opération et lever l'étranglement ; il fut obligé de pratiquer de suite la suture du pelletier, pour ne pas laisser les intestins à découvert. J'ai rencontré deux fois cette complication, et je n'ai pas pu arriver à l'étranglement.

4° Difficultés extrêmes que l'on rencontre après avoir découvert les parties et débridé, pour réduire la hernie ; et même quelquefois impossibilité absolue d'opérer cette réduction.

5° Proximité de la plaie du débridement du péritoine pariétal abdominal, qui est nécessairement blessé. Dans les hernies inguinales et crurales, et surtout dans ces dernières, le sac est infundibuliforme ; il forme pour ainsi dire un appendice du péritoine ; l'étranglement est à une certaine distance de la grande cavité péritonéale : circonstance toute différente de ce qui se passe pour la hernie ombilicale.

6° Le voisinage très-rapproché du sac détermine bien plus vite, et d'une manière bien plus inévitable que dans les autres hernies, la propagation de l'inflammation du sac au péritoine.

7° La position déclive de l'ouverture herniaire débridée, agrandie, fait, comme l'observe très-bien M. Velpeau, que le sang, le pus, les liquides de la décomposition organique, peuvent facilement s'infiltrer dans la cavité du péritoine.

J'ajouterai que pour moi le sang est loin d'être un liquide peu offensif. J'ai vu parfois une petite quantité de sang déterminer une péritonite foudroyante. Pour être moins irritant que la bile ou l'urine, le sang n'en est pas moins un liquide excessivement dangereux quand il tombe dans la cavité péritonéale.

En résumé, dans la hernie ombilicale étranglée plus que dans toute autre hernie, on devra insister sur les moyens propres à obtenir la réduction. La kélotomie complète, c'est-à-dire avec tous ses temps (incision des enveloppes herniaires, débridement et réduction), ne devra être généralement pratiquée que dans les hernies petites, récentes et antérieurement réductibles. Pour la plupart des autres cas, il nous semble, d'après les faits connus, et que l'on devra simplement faciliter l'ouverture spontanée de la tumeur, et au besoin, ouvrir l'intestin, afin de faciliter l'évacuation des matières fécales, sans aller jusqu'au débridement de l'anneau et à la réduction des parties.

Cette discussion aura au moins pour résultat certain de démontrer, mieux qu'on ne le savait naguère encore, l'extrême gravité de la kélotomie ombilicale, et par conséquent de mettre les praticiens à même de prévenir la famille sur le peu de chances de succès de cette opération.

— La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

Le secrétaire, BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Lechin père, médecin à Leugny (Yonne), vient de terminer sa longue et honorable carrière. M. le docteur Duché (d'Ouanne) a retracé sur sa tombe, en présence d'une foule qui témoignait par son attitude des regrets que lui causait la mort de cet homme de bien, la vie noblement remplie de son compatriote.

— Le célèbre John Forbes, éditeur du *Cyclopedia of Practical medicine*, et fondateur du *British and foreign medical Review*, vient de mourir à l'âge de soixante-quatorze ans. En 1853, il avait été élevé à la dignité de *chevalier* (knight). C'est lui qui le premier défendit et fit triompher en Angleterre les idées de Laennec. Le diagnostic *physique* d'abord rejeté avec le plus profond dédain par les médecins anglais, ne fut accepté qu'après les travaux de John Forbes, qui se fit le traducteur de Laënnec et d'Avenbrugger.

— Le *Journal du Havre* appelle l'attention des médecins sur le fait suivant :

« Le capitaine Corre, commandant le navire *Aréquipa*, arrivé le 8 octobre 1864 à Cayenne, venant de Saint-Nazaire, était parti le 1er août avec une patente nette.

» Rien ne pouvait faire supposer qu'il y eût à bord aucun germe de maladie, et cependant, peu de jours après le départ du navire, le second s'est trouvé atteint d'un malaise ayant tous les caractères de la fièvre jaune ; le 12 août il expirait, malgré tous les soins possibles. Le 22 du même mois, des symptômes identiques furent observés sur le mousse, qui succomba bientôt après. Le fléau s'appesantit aussi, le 26, sur un matelot, le 28 sur un autre matelot, et le 9 septembre sur le capitaine lui-même, qui dut recourir à un traitement énergique pour se sauver.

» Enfin, le maître d'équipage, un troisième matelot et le novice, furent aussi frappés du fléau. En somme, il y eut trois morts : le novice Pinchon, le second et le mousse, sur sept cas bien caractérisés de fièvre jaune.

» A son arrivée à Cayenne, l'*Aréquipa* a subi six jours de quarantaine.

» On se rappelle que, peu de temps avant le départ de l'*Aréquipa* de Saint-Nazaire, un navire venant de la Havane, l'*Anne-Marie*, avait apporté la fièvre jaune à son bord, et que quelques cas s'étant déclarés parmi les ouvriers occupés au déchargement, on avait cru devoir saborder et couler le navire. »

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours public sur les maladies syphilitiques mardi 26 novembre, à sept heures du soir, et le continuera à la même heure les samedis et mardis suivants, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

Erratum. — Dans le compte rendu de la séance de l'Académie de médecine de mardi dernier (n° du 21 novembre), le nom de l'auteur de la note sur le *diplotaxis muralis* a été mal imprimé. *Au lieu de :* M. Levance, pharmacien, *il faut lire :* M. Swann, pharmacien.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, 25 novembre 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

Quelle est la nature des gaz produits pendant la décomposition de l'acide carbonique par les feuilles et parties vertes des végétaux exposées à la lumière ?

Cette question n'intéresse pas seulement la physique et la physiologie végétale, elle intéresse aussi la physiologie humaine et la pathogénie, car il s'agit avant tout de déterminer les changements que l'un des principaux phénomènes de la végétation introduit dans les éléments de notre atmosphère, le *pabulum vitæ* par excellence. On connaît les belles expériences de Théodore de Saussure sur la séparation des éléments de l'acide carbonique par les parties vertes des végétaux, l'assimilation du carbone et l'élimination de l'oxygène. Le fait, dans son expression générale, est resté acquis à la science depuis les mémorables travaux de Saussure. Mais il est resté des doutes sur deux points essentiels du problème; savoir : quel est le rapport précis qui existe entre le volume de l'oxygène éliminé et celui du gaz acide carbonique décomposé ? d'autre part, quelle est l'origine du gaz azote qui apparaît dans ce phénomène? Telles sont les difficultés que M. Boussingault s'est proposé de lever par de nouvelles expériences dont il a communiqué les résultats à l'Académie. De Saussure avait bien constaté déjà que l'oxygène, mis en liberté par l'action de la lumière sur les feuilles, avait un volume notablement inférieur au volume du gaz acide carbonique d'où il émane; qu'il y a par conséquent fixation d'oxygène en même temps que fixation de carbone. Toutefois, de ces résultats il n'était pas permis de conclure que les parties vertes retiennent une fraction de l'oxygène appartenant à l'acide carbonique qu'elles dissocient sous l'influence solaire, parce que ce n'étaient pas seulement les parties vertes qui fonctionnaient dans l'atmosphère, mais la totalité des organes du végétal. Or l'on sait que les parties des végétaux qui ne sont pas colorées, absorbent l'oxygène. Il pourrait donc arriver, fait remarquer M. Boussingault, alors même que les feuilles éclairées par le soleil formeraient un volume de gaz oxygène égal ou même supérieur à celui de l'acide carbonique qu'elles décomposent, que le volume mesuré fût inférieur, par la raison que les racines auraient absorbé une certaine quantité de ce gaz.

Mais ce n'est point là le point le plus important que M. Boussingault s'est proposé d'éclairer. De Saussure avait reconnu que les feuilles, en exhalant du gaz oxygène, laissent toujours dégager du gaz azote en proportion du gaz acide qu'elles décomposent; il en attribuait la production à la substance même de la plante. La connaissance plus exacte que l'on a aujourd'hui de la constitution intime des végétaux, ne permettait plus d'admettre cette hypothèse. Le fait lui-même avait d'ailleurs besoin d'un nouveau contrôle. Des expériences nombreuses que M. Boussingault a entreprises dans ce but, et qu'il rapporte dans son mémoire, il semblerait résulter qu'il y a effectivement apparition d'azote pendant la décomposition du gaz acide carbonique par les feuilles, en proportions inférieures, il est vrai, à celles qui étaient indiquées dans les travaux antérieurs. Mais il se demande aussitôt lui-même s'il est bien indubitablement établi que ce gaz résidu soit de l'azote pur.

De nouvelles analyses plus précises lui ont fait reconnaître que dans l'azote provenant des expériences dans lesquelles les plantes ont été exposées à l'action solaire, il y avait une proportion très-appréciable de gaz combustibles (en grande partie composés d'oxyde de carbone), qu'on ne retrouvait pas dans le gaz provenant des plantes qui n'avaient point subi l'insolation.

Voici quelles sont en définitive les conclusions qui ressortent de ce travail, conclusions qui tendraient, comme on va le voir, à jeter un jour nouveau sur l'étiologie de l'une des endémies les plus meurtrières d'un grand nombre de contrées. Nous les reproduisons textuellement :

Les feuilles, pendant la décomposition de l'acide carbonique, n'émettent pas de gaz azote, mais, avec le gaz oxygène, du gaz oxyde de carbone et du gaz hydrogène protocarboné. La lumière paraît indispensable au développement de ces gaz combustibles. En d'autres termes, et pour rester strictement dans les conditions des expériences, ces gaz accompagnent constamment l'oxygène dont le soleil détermine l'apparition, quand il éclaire un végétal submergé dans de l'eau imprégnée d'acide carbonique.

En résumant l'histoire des belles observations qui ont été faites sur la relation des végétaux avec l'atmosphère, l'on trouve que Bonnet aperçut l'émission de gaz opérée à la surface des feuilles; que Priestley reconnut que ce gaz est de l'oxygène; qu'Ingen-Houtz démontra la nécessité de la présence de la lumière pour la réalisation du phénomène; que Sennebier prouva que le gaz oxygène obtenu dans ces circonstances est le résultat de la décomposition du gaz acide carbonique. Ce qui frappe en lisant les mémoires de l'époque, c'est de voir ces importantes observations fixer l'attention des savants bien plus au point de vue de l'hygiène qu'au point de vue de la physique végétale. Priestley énonçait sa brillante découverte en disant : que les plantes possédaient la faculté de purifier l'air vicié par la combustion ou par la respiration des animaux. N'est-il pas curieux, qu'à un siècle de distance, on vienne établir devant cette Académie que probablement les feuilles de toutes les plantes, et très-certainement les feuilles des plantes aquatiques, en émettant du gaz oxygène qui améliore l'atmosphère, émettent aussi l'un des gaz les plus délétères que l'on connaisse, l'oxyde de carbone? J'ajouterai : N'est-il pas permis d'entrevoir dans l'émanation de ce gaz pernicieux l'une des causes de l'insalubrité des contrées marécageuses ?

La communication de M. Sédillot sur les accidents consécutifs au cathétérisme, que nous avons reproduite dans le numéro de samedi dernier, a provoqué, de la part de M. Mercier, l'envoi d'une note sur le même sujet que l'on trouvera au compte rendu. On y verra qu'après avoir été longtemps disposé à croire aussi que l'empoisonnement urineux se produisait à la suite de quelques lésions des tissus, M. Mercier a été conduit plus tard, par des observations dont il rapporte un spécimen très-intéressant, à reconnaître que ces accidents peuvent se produire sans le concours d'aucune lésion mécanique. Ces nouveaux faits sont de nature à apporter des restrictions à la proposition trop absolue de M. Sédillot, ainsi qu'aux préceptes pratiques qu'il en a déduits. — Dr Brochin.

Nos lecteurs se rappellent la perte douloureuse que le corps médical et l'armée ont faite dans la personne de M. Scrive, inspecteur du service de santé. Voici en quels termes M. Laborie, président de la Société de chirurgie, a rendu compte de ce cruel événement à ses collègues dans la séance qui a suivi le jour des obsèques :

Depuis la dernière séance, a dit M. Laborie, la Société a eu la douleur de perdre un de ses membres correspondants nationaux. M. Scrive a succombé aux suites d'une maladie dont il avait subi les premières atteintes lors de la guerre de Crimée. Une grave dyssenterie, qu'il avait contractée à cette époque, n'a jamais été complétement guérie; des accidents cérébraux sont survenus dans ces derniers temps, et ont rapidement amené la mort.

Je me suis fait un devoir de représenter la Société de chirurgie aux obsèques.

Trois discours ont été prononcés : le premier au nom du corps de santé de l'armée par M. Larrey.

Dans une rapide et intéressante analyse, notre honorable collègue a retracé la vie si brillante et malheureusement si courte de M. Scrive, qui, à peine âgé de quarante-six ans, était arrivé à une des positions les plus élevées de la chirurgie militaire. Il a rappelé les grands services rendus par notre regretté collègue pendant la guerre de Crimée, lorsqu'il était médecin en chef de l'armée d'Orient. On aura une idée de l'importance de ces services, quand on saura que sur 300,000 soldats qui ont pris part à cette grande guerre, plus de 100,000 ont dû recevoir les soins des médecins et chirurgiens.

Après ce discours, M. le général Lebrun, parlant au nom de l'armée, a chaleureusement approuvé les éloges donnés à la mémoire de M. Scrive par M. Larrey.

Nous avons été heureux d'entendre une parole si autorisée apprécier avec une si parfaite conviction l'importance de la médecine militaire. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire devant vous ce remarquable discours.

J'ai dû ensuite, au nom de la Société de chirurgie de Paris, que j'avais l'honneur de représenter, adresser quelques paroles d'adieu à notre éminent collègue.

M. Laborie donne lecture du discours suivant, qu'il a prononcé après celui du général Lebrun :

Messieurs,

Après les discours prononcés sur la tombe de M. Scrive, il ne reste rien à dire sur cette existence si cruellement interrompue. Aussi renoncerais-je à prendre la parole si je n'avais un devoir à remplir comme *président de la Société de chirurgie de Paris*. C'est au nom de cette Société que je viens adresser quelques mots d'adieu à notre savant et regretté collègue.

M. Scrive avait été nommé membre correspondant de la Société en 1859. Dès 1852, il avait adressé de nombreux et intéressants mémoires inédits pour appuyer sa candidature, indiquant ainsi le prix qu'il attachait à une nomination qui l'associait à un groupe de travailleurs consciencieux et désintéressés. Réunissant au suprême degré les conditions de savoir et d'honorabilité scientifique, il fut accueilli avec bonheur par la Société, qui s'honorait de le compter parmi ses membres correspondants nationaux.

Je citerai parmi les travaux de notre collègue, travaux qui nous ont été spécialement destinés :

Des observations sur les plaies par armes à feu ;

Une observation de plaie de l'artère interosseuse ;

Un fait de luxation du poignet en arrière ;

Deux observations de corps étrangers articulaires, etc.

M. Scrive, placé dans une haute position qui absorbait tous ses instants, ne pouvait malheureusement pas prendre une part active à nos travaux; mais, la Société comptait sur lui, et espérait le voir s'asseoir auprès de ses honorés et savants collègues, MM. Larrey et Legouest, deux de nos plus assidus confrères, se tenant comme eux dans les premiers rangs de cette vaillante médecine militaire que nous admirons tous pour son savoir et son dévouement. Nous comptions sur la coopération d'un collègue qui pouvait un jour prendre part à nos discussions en y apportant les résultats d'une grande expérience acquise dans des conditions tout exceptionnelles.

M. Scrive, placé à la tête du service de santé de notre glorieuse armée, lors de cette grande guerre d'Orient si meurtrière, a pu montrer ce que pouvait la science s'alliant à toutes les qualités de l'homme dévoué et courageux ; et si amis comme ennemis se sont émerveillés de la magnifique organisation du service de santé, nous avions, nous, en outre des applaudissements donnés à notre collègue, conçu l'espoir de l'entendre nous livrer sur cette grande épopée les immenses matériaux scientifiques qu'il avait recueillis; mais, vain espoir ! la mort vint interrompre une existence qui, après avoir déjà tant donné, promettait tant encore !

Devant cette tombe si brillamment entourée, nous n'avons plus que des paroles de regret et de douleur; notre seule consolation est de penser qu'une vie si honorable, si constamment vouée au bien, doit trouver dans un monde meilleur une récompense méritée.

Au nom de la Société de chirurgie de Paris, adieu, cher et honoré collègue.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Exposé de la méthode opératoire de M. Marion Sims pour la fistule vésico-vaginale.

M. Marion Sims, sur l'invitation de M. Velpeau, a opéré, il y a quelques jours, à la Charité, dans le service de ce professeur, une femme atteinte d'une large fistule vésico-vaginale récidivée. Après l'opération, M. Sims a bien voulu exposer devant l'assistance les points principaux de sa méthode opératoire. Nous reproduisons d'après la *Gazette hebdomadaire* cette leçon recueillie par M. H. Liouville.

« Je me permets, dit-il, de reprocher aux chirurgiens qui pratiquent l'opération de la fistule vésico-vaginale plusieurs choses qui me paraissent avoir une grande importance :

» 1° La position donnée à la malade ;

» 2° La manière insuffisante dont est fait l'avivement ;

» 3° Le nombre trop restreint des sutures ;

» 4° La distance qui les sépare des lèvres de la plaie.

» Le décubitus latéral est le meilleur; les lèvres de la fistule doivent être largement avivées en surface ; les sutures doivent être nombreuses et rapprochées de la plaie.

» *Position.* — Au début de ma pratique, je plaçais la malade sur les genoux, le corps appuyé sur les coudes, la tête abaissée, le bassin élevé. Un aide soutenait la tête, un autre tenait le spéculum.

» J'ai vu depuis les inconvénients de cette position, et les objections que je lui fais sont les suivantes : une grande fatigue pour la malade ; impossibilité ou au moins difficulté très-grande d'administrer le chloroforme, s'il en est besoin ; une grande fatigue pour l'opérateur, obligé de rester debout.

» J'ai donc modifié la position de la manière suivante :

» Je place la malade dans le décubitus latéral gauche, les cuisses fléchies à angle droit sur le bassin ; le corps en pronation, de manière que le sternum touche la table. Il ne doit y

avoir sur cette dernière ni oreillers ni coussins, mais seulement une simple couverture et des draps pour diminuer la fatigue de la position.

» La tête de la malade ne doit pas être fléchie, mais étendue, et ce point a son importance s'il faut administrer le chloroforme, parler à la malade, surveiller l'expression de sa physionomie.

» Mais ce que cette position a surtout d'avantageux, c'est qu'en empêchant la flexion du trone, elle n'amène ni compression des organes ni gêne de la respiration; les viscères abdominaux ne sont pas refoulés du côté du bassin, et ne viennent déplacer ni la vessie ni le vagin.

» L'aide devra observer rigoureusement que la position soit toujours la même; le moindre changement pouvant amener des modifications dans la situation des parties sur lesquelles on opère.

» Enfin l'administration du chloroforme sera facile, mais je ne l'emploie presque jamais, et il faut une disposition tout à fait spéciale, un grave désir manifesté par la malade, l'impossibilité d'agir autrement, pour que je m'y résigne.

» Une fois la position décidée, j'applique le spéculum, que je confie pendant l'opération aux mains d'un aide.

» J'emploie trois espèces de spéculum, de grosseurs variables, suivant l'âge, le degré de distension du vagin, et suivant aussi que j'examine pour la première fois une femme qui se dit atteinte de fistule.

» Le spéculum dont je me sers a une forme spéciale. Un chirurgien américain, qui a été mon élève et auquel j'avais montré mes instruments, vint à Paris il y a deux ans (M. Bozeman), et fit fabriquer un spéculum qu'il crut semblable au mien et dont il s'attribua l'invention. Malheureusement il avait oublié que mon spéculum est courbé dans son milieu, de sorte que ses valves, au lieu d'être presque à angle droit avec le manche, tendent à se rapprocher l'une vers l'autre du côté de leur extrémité libre.

» Il en résulte que, dans l'application, ce n'est plus le dos de la valve qui porte dans tout son plein, mais seulement le bec, de sorte que cette extrémité peut venir appuyer seule sur la paroi du vagin, qu'elle peut même perforer, comme cela est arrivé à un chirurgien anglais.

» Je proscris ce spéculum, ainsi modifié par erreur, et n'emploie que celui dont je viens de vous montrer la disposition.

» Lorsque la malade est placée dans la position exigée, lorsque le spéculum est confié à un aide qui doit le soutenir sans effort, je divise les instruments en trois classes, correspondant aux trois temps de l'opération.

» *Premier temps. Avivement.* — Quatre instruments sont nécessaires : des ciseaux droits ou courbes, un bistouri, un ténaculum, des pinces.

» Comme vous voyez, le ténaculum a la forme d'un petit crochet; je saisis avec cet instrument la muqueuse vaginale près d'un des angles de la fistule, et je fais à ce niveau avec le bistouri une petite incision portant sur la paroi vaginale seulement. Je soulève la muqueuse avec le crochet, et avec des ciseaux droits je coupe toute l'épaisseur de la lèvre de la plaie jusqu'à la muqueuse vésicale, qu'*il faut toujours respecter.* C'est là un point important, et je regarde comme une faute grave de couper profondément au point d'intéresser la vessie.

» Soulevant ainsi de proche en proche avec le crochet toutes les parties de la fistule, je complète l'avivement toujours avec les ciseaux droits ou courbes.

» *Deuxième temps. Passage des fils.* — Ce temps exige comme instruments : ténaculum, pinces, aiguilles enfilées d'un fil de soie double, de manière à avoir une anse du côté opposé à l'aiguille.

» Le ténaculum soulève une partie de la plaie; l'aiguille (courte, comme vous voyez, presque droite et tenue par une pince à coulant) est enfoncée vers un des angles de la fistule, à 1 centimètre environ de distance des bords libres de la plaie. Elle reparaît sur la tranche de la paroi vésico-vaginale que forme la fistule, *mais elle ne doit pas aller jusqu'à traverser la muqueuse vésicale.* Je soulève alors sa pointe en la prenant dans la concavité du ténaculum; je retire la pince, puis je reprends avec elle la pointe de l'aiguille, que j'achève de passer. J'ai fait ainsi un demi-point de suture de dehors en dedans; je reprends alors l'aiguille près du chas avec ma pince, je l'introduis (de dedans en dehors) dans la lèvre fistuleuse même pour la faire sortir de la même façon que précédemment, à 1 centimètre en dehors. J'ai ainsi passé une suture complète, que je serrerai postérieurement; je me borne maintenant à prendre les deux extrémités du fil et à les engager dans une petite encoche faite à un morceau de bois, ce qui me permet de retrouver tous mes fils sans crainte de les mélanger.

» Ces sutures doivent être mises à 1 centimètre à peu près en dehors de la plaie : plus rapprochées, elles pourraient déchirer; plus éloignées, elles pourraient permettre le renversement de la muqueuse refoulée, de telle sorte que les portions avivées ne se correspondraient plus.

» Les aiguilles ne doivent pas être enfoncées perpendiculairement, mais obliquement, afin d'être plus sûr de ne pas intéresser la vessie.

» Je pose ainsi cinq, six ou un plus grand nombre de points de suture; il vaudrait mieux encore en mettre trop que pas assez.

» Tous mes fils de soie placés, je reprends celui qui avoisine l'un des angles de la plaie; je passe au milieu de son anse le bout d'un fil d'argent que je tords, et il me suffit alors de tirer sur l'extrémité qui porte l'aiguille, pour remplacer dans la plaie le fil de soie par le fil d'argent entraîné à la suite du premier.

» *Troisième temps. Torsion des fils métalliques.* — A mesure qu'un des fils d'argent a remplacé un fil de soie, je porte un petit conducteur carré analogue à la plaque d'une sonde cannelée, et dans sa rainure j'engage les deux bouts du fil. Je tords alors un peu, je saisis le fil avec une pince, et je le coupe de manière à lui laisser une longueur de 2 centimètres. Je le courbe à angle droit sur lui-même et y achève la torsion. De cette manière, celle-ci ne porte que sur le fil et non sur les lèvres de la plaie.

» Tous les fils sont posés de la même manière; la torsion du dernier est surtout délicate. Tous les fils étant tordus, la suture est faite; et la partie est essuyée avec de petites éponges, pour qu'on puisse se rendre un compte parfait de l'opération.

» Avant de reporter la malade à son lit, il faut appliquer une sonde à demeure. Cette sonde, d'une forme spéciale, est courbée en S; son extrémité vésicale est percée de petits trous. Les trous doivent être très-nombreux et assez petits pour laisser seulement pénétrer une épingle ordinaire. Les sondes employées par M. Bozeman avaient les trous trop grands, de telle sorte que la muqueuse vésicale ou uréthrale pouvait y engager de petits bourgeons charnus qui obstruaient la sonde et la rendaient quelquefois difficile à retirer.

» Le cathéter sert de suite à pousser une injection d'eau dans la vessie; on laisse sortir immédiatement le liquide injecté; mais la sonde doit rester à demeure et être changée au moins deux fois dans les vingt-quatre heures.

» Un bon régime doit être donné à la malade : elle prendra dans la journée deux potions calmantes contenant un quart de grain de morphine, l'une après l'opération, l'autre le soir, afin d'amener la constipation.

» L'opérée pourra, après quelques jours, se coucher à volonté sur le côté ou sur le dos; mais elle doit avoir soin d'éviter les mouvements brusques.

» Le huitième ou le neuvième jour les fils seront retirés; le cathéter sera maintenu quelques jours de plus.

» L'enlèvement des fils est une opération délicate. A ce moment, la suture semble s'être enfoncée dans le vagin. Une pince saisit le bout tordu, soulève le point suturé, et quand on voit la boucle, mais seulement alors, on coupe un des bouts simples du fil. La boucle doit être retirée entière; si l'on coupait à la fois les deux extrémités tordues, on aurait la plus grande peine à retirer les fils.

» Ces détails peuvent paraître minutieux, mais je les crois très-importants, plus même que l'habileté de l'opérateur, que la façon brillante avec laquelle la suture peut être faite. »

HOPITAL DE STRASBOURG. — M. SCHUTZENBERGER.

Observation d'ostéomalacie.

L'ostéomalacie est une affection assez rare, même en Alsace et dans les pays qui longent le Rhin, où elle est plus fréquente cependant que dans d'autres contrées, pour que nous ne doutions pas que nos lecteurs trouvent quelque intérêt à l'observation suivante, que nous empruntons à la *Gazette médicale de Strasbourg*. Elle a été recueillie à la clinique de M. le professeur Schützenberger, par M. Sommeiller, interne du service, et présentée à la Société de médecine de Strasbourg par M. le docteur Spielman, agrégé et chef des cliniques, qui l'a fait suivre de judicieuses réflexions, auxquelles nous n'aurons rien à ajouter.

Christine S..., âgée de cinquante-sept ans, fileuse, a toujours joui d'une bonne santé; elle a toujours été régulièrement réglée de quinze à cinquante ans; elle est mariée et a un enfant dont l'accouchement fut très-facile. Elle avait une constitution robuste, un système osseux bien développé. Depuis douze ans elle s'est trouvée dans des conditions hygiéniques mauvaises; elle habitait un rez-de-chaussée humide. Il y a trois ans elle a commencé à éprouver des douleurs aiguës le long de la colonne vertébrale, qui se sont irradiées dans les extrémités. Ces douleurs étaient continues et existaient jour et nuit. On remarqua alors une légère déviation à la colonne vertébrale; la déformation fut d'abord lente, puis rapide. Dans les derniers mois le thorax et le sternum furent aussi déformés, et en même temps la taille diminua. Depuis un an la marche est pénible; depuis six mois elle est impossible.

Dès l'invasion de la maladie il y eut de la dyspnée, qui augmenta progressivement. En même temps il y eut de la faiblesse dans les extrémités inférieures.

La malade n'a jamais eu de fièvre; la digestion est facile; les selles sont régulières.

A son entrée, on constate l'état suivant :

Les extrémités supérieures et inférieures ne sont pas déformées et présentent les dimensions d'une personne bien constituée. Il en est de même du crâne et de la mâchoire inférieure. Les os du tronc présentent seuls une altération de forme remarquable.

Le thorax est large; il n'est pas aplati transversalement, caréné comme dans le rachitisme; le sternum est porté en avant et a décrit un mouvement de rotation autour de ses attaches supérieures; en outre, il est plié presque à angle droit au niveau de son tiers inférieur. Par suite de cette saillie angulaire, il présente un excès de longueur de deux centimètres sur le sternum d'une femme bien constituée couchée dans le lit voisin.

La tête est enfoncée entre les épaules, le cou a pour ainsi dire disparu; le larynx est en partie enfoncé derrière la fourchette sternale. Les mouvements de la tête sont d'ailleurs libres.

La colonne vertébrale offre des déviations nombreuses :

1° La plus frappante est une saillie formée par les vertèbres dorsales moyennes, qui forment une convexité à rayon très-court, dirigée un peu à gauche. Les vertèbres ont subi un mouvement de torsion par lequel les apophyses épineuses sont portées un peu à gauche.

2° A la partie supérieure de cette saillie s'élèvent, presque à angle droit, les vertèbres cervicales supérieures;

3° Au-dessous de cette saillie, viennent les vertèbres dorsales inférieures et lombaires, qui ont à peu près leur direction normale.

Enfin, le sacrum offre une exagération très-prononcée de sa courbure naturelle, sa partie supérieure étant enfoncée dans le détroit supérieur, et l'extrémité inférieure relevée.

Les espaces intercostaux sont effacés; les côtes se touchent presque. Par suite du mouvement de torsion des vertèbres, il existe en arrière une gibbosité très-prononcée à droite. Par suite de la déformation du thorax, les omoplates ne sont plus appliquées contre le thorax, elles sont ailées et écartées du tronc.

L'exploration du bassin dénote une déformation considérable; en avant, la palpation fait reconnaître que les deux branches horizontales du pubis sont infléchies presque à angle droit, et la symphyse pubienne forme un bec saillant que la main peut saisir. Le toucher vaginal ne peut être pratiqué; la première phalange de l'indicateur peut seule pénétrer dans le vagin, dont l'ouverture se trouve fermée par le rapprochement des deux branches descendantes du pubis; il n'y a donc plus de véritable arcade pubienne. La pelvimètrie externe, qui est seule possible, nous donne pour le diamètre sacro-pubien extérieur 0m,18, ce qui équivaut à un diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, de 9 centimètres; il y aurait donc une diminution de longueur de 2 centimètres. Le diamètre bitrochantérien donne 0,24, et le diamètre bis-iliaque également 0,24.

La taille, qui était très-grande, a été réduite à 1m,32.

La respiration est suspirieuse, saccadée; la malade, examinée au spiromètre, n'expire qu'un demi-litre.

Le moindre mouvement augmente la dypsnée; un repos forcé est la suite de cette gêne respiratoire, aussi bien que d'une grande faiblesse des extrémités.

La malade présente une teinte plombée; les vaisseaux du cou sont distendus; les veines des extrémités inférieures sont variqueuses; la peau est sèche, flétrie; les muscles sont atrophiés. L'auscultation et la percussion n'offrent rien d'anormal; le cœur est logé dans l'angle rentrant que forme la saillie antérieure du sternum. — Régime reconstituant; extrait de quinquina; phosphate calcique en poudre.

Les symptômes présentés par la malade se modifièrent peu durant son séjour à l'hôpital. Elle eut quelques douleurs dans les membres; fut atteinte de dysphagie, que l'on dut attribuer à la compression de l'œsophage; finalement, une bronchite hâta sa mort, qui survint le 23 mai, trois semaines après son entrée.

Les urines de la malade, analysées par M. Hepp, offrent une composition digne d'être remarquée : au lieu de présenter une augmentation de la quantité des phosphates calcaires, elles n'en renferment qu'une petite quantité.

Il n'y a que 5gr,86 de matières inorganiques dans les urines de vingt-quatre heures, tandis qu'à l'état normal il en existe 15 à 20 grammes. Elles sont du reste pâles, anémiques, ne renferment pas d'albumine, ont une densité = 1011,6, et présentent une réaction alcaline très-prononcée.

L'autopsie est faite vingt-six heures après la mort et fournit les résultats suivants :

La capacité de l'abdomen est considérablement diminuée; le *foie* dépasse le rebord des fausses côtes de 0,05. Il est très-petit et ne pèse que 840 grammes. Il est plus convexe en avant qu'à l'état normal; son parenchyme ne présente pas d'altération.

L'estomac a une direction presque verticale; le côlon transverse est déjeté en bas et décrit un S; le cœcum est situé au-devant de la base du sacrum. Le rein gauche et la rate sont à leur place habituelle, mais le rein droit repose sur la colonne lombaire.

Le thorax renferme des poumons emphysémateux; le cœur est petit et ne pèse que 190 grammes. L'œsophage et la trachée ont une direction verticale, mais l'aorte est restée fixée à la colonne vertébrale et décrit au sommet de la crosse une double courbure telle que, se portant d'abord de bas en haut et de gauche à droite, en se réfléchissant elle se dirige à droite, puis en avant et en bas. Il n'y a pas de lésion de l'œsophage au niveau du larynx; la dysphagie était un simple phénomène de compression.

Les os du tronc étant dépouillés de leurs parties molles, on peut constater avec facilité la déviation de la colonne vertébrale telle qu'elle a été déjà décrite; les côtes sont presque toutes fracturées, voire même en plusieurs endroits. Leur tissu est mou, rougeâtre, gorgé de sang.

Le bassin présente toutes les déformations que Kilian a déjà si bien décrites en 1829, comme propres à l'ostéomalacie.

Les branches horizontales du pubis sont coudées à angle droit et forment un bec à deux branches d'égale longueur, séparées par un intervalle de 2 centimètres.

La base du sacrum s'est portée en avant et fait saillie dans l'aire du détroit supérieur. Le diamètre transversal est réduit à 0,115; le diamètre antéro-postérieur à 0,07, et le diamètre oblique à 0,10. Les os iliaques se sont relevés, ils sont presque verticaux, la crête iliaque est déjetée vers la fosse iliaque interne, qui paraît plus profonde. Les deux cavités cotyloïdes regardent directement en avant; les faces ovales sont dirigées d'avant en arrière.

Les branches descendantes du pubis sont rapprochées et laissent entre elles une fente étroite, au lieu de former une arcade largement ouverte. Enfin, la pointe du coccyx se trouve relevée, ainsi que celle du sacrum; la courbure de cet os dans le sens vertical se trouve donc beaucoup exagérée.

Tous les os du tronc sont excessivement mous, se laissent facilement couper au couteau, et ont une couleur brun sale. Ceux des extrémités présentent la même couleur et se laissent également couper avec facilité, mais ils ont conservé leur rigidité. Ils présentent tous un grand nombre de pores, de vacuoles; la substance compacte des os longs a en partie disparu et se trouve remplacée par du tissu osseux aréolaire, renfermant une grande quantité de moelle rouge.

A l'examen microscopique on constate que la substance calcaire qui incruste le tissu osseux a en grande partie disparu.

Les cellules osseuses ont encore conservé leur forme dans beaucoup d'endroits, mais se trouvent englobées dans une masse hyaline; les sels calcaires ont disparu. Dans d'autres parties, où l'altération est plus avancée, par exemple aux côtes, les cellules osseuses sont

déformées ; les prolongements multiples qui les caractérisent sont en partie détruits. Les canalicules de Havers sont partout élargis. La moelle est surtout constituée par de jeunes cellules et de la graisse.

Les fractures que l'on observe en grande quantité aux côtes, sont en partie complètes, en partie incomplètes. Contrairement à l'assertion de Stiebel (Virch., *Path. u. Ther.*), on peut constater en plusieurs endroits une réunion de deux fragments par un cal osseux ; à ce niveau le tissu spongieux de l'intérieur de l'os se trouve remplacé par un tissu plus compacte, dans lequel cependant l'ossification n'est pas complète, les sels calcaires faisant défaut.

Ailleurs les deux fragments se trouvent réunis par des tractus fibreux ; un cal fibreux périphérique. Le périoste subit les modifications qui doivent le transformer en tissu osseux, mais l'ossification se fait d'une façon moins régulière qu'à l'état normal ; il ne se dépose pas de sels calcaires entre les cellules osseuses.

Ce cas d'ostéomalacie ne peut être rangé dans l'une des deux espèces décrites par Kilian, car si la mollesse des os du bassin, la couleur brune de tous les os du squelette, parlent pour une *osteomalacia cerea aut flexilis*, par contre le grand nombre de fractures que l'on rencontre aux côtes impose le diagnostic d'*osteomalacia vitrosa seu fracturosa*. Ces deux espèces ne sont donc pas distinctes ; d'ailleurs, comme l'a fait remarquer Virchow, beaucoup de déformations que l'on serait tenté d'attribuer à la mollesse, à la flexibilité des os, sont dues en réalité à des infractions, c'est-à-dire à des fractures incomplètes.

Quoique ce cas rentre dans les cas légers, puisque les os du tronc étaient seuls malades, il n'en a pas moins été mortel par suite de l'obstacle matériel apporté à la respiration.

On ne pouvait guère espérer une autre terminaison en présence du petit nombre de guérisons avérées qui se trouvent dans les auteurs. L'état de cette femme cependant semblait permettre un pronostic relativement favorable : les matières inorganiques de l'urine se trouvaient réduites au tiers à peu près de la quantité normale ; on pouvait donc croire que l'affection était arrêtée dans son développement.

Je ne soulèverai pas la question de l'identité de l'ostéomalacie et du rachitisme ; elle me semble actuellement résolue. Il n'est plus que fort peu de médecins qui défendent l'identité de ces deux affections. Si elles se ressemblent par quelques points, il en est beaucoup d'autres par lesquels elles diffèrent entre elles.

Le ramollissement et l'ostéoporose leur sont communes ; mais que de différences quant au siége, à l'évolution morbide, à la terminaison ! Le rachitisme atteint les points d'ossification, surtout les épiphyses des extrémités inférieures ; on peut dire que c'est une maladie de l'ossification ; il atteint les enfants, peut guérir, et se terminer alors par des dépôts abondants de sels calcaires qui donnent à l'os l'aspect observé.

L'ostéomalacie affecte tous les os de l'économie, mais surtout ceux du tronc ; elle produit la destruction de l'os déjà formé par la résorption des sels calcaires. Elle atteint les femmes qui ont souvent accouché, se rencontre plus fréquemment dans certains pays, et se termine presque toujours fatalement.

Je ne puis voir dans ces deux groupes de symptômes que deux affections bien différentes, et non pas deux variétés d'une seule et même affection.

Le bassin de cette femme offre encore un exemple de ces rétrécissements considérables qui fournissent une indication absolue pour l'opération césarienne. Il eût été impossible d'extraire le fœtus par les voies naturelles, même en faisant l'embryotomie. Le rétrécissement du détroit inférieur ne permettait pas même l'introduction du doigt, et aurait encore moins donné passage aux instruments destinés à l'extraction. Une femme enceinte présentant de pareilles conditions serait vouée à une mort certaine si elle était abandonnée à elle-même. Il y a donc indication absolue d'extraire le fœtus par une autre voie.

CAS D'ALCOOLISME CHRONIQUE.

Depuis que des travaux récents ont porté à la connaissance du monde médical les dangers sans nombre qu'enfante l'ivrognerie, les observations d'alcoolisme chronique et d'absinthisme se multiplient. En voici un nouveau cas que M. le docteur Girard de Cailleux vient d'avoir l'occasion de constater en ville.

M. M....., ancien employé des postes, âgé de quarante et un ans, est né d'une mère aliénée. Dès son bas âge, il s'est fait remarquer par des actes bizarres, par une mobilité excessive, par des hallucinations dont il a conscience et dont il trace lui-même l'histoire. Il se signala plus tard par un défaut d'application et de suite dans les idées, qui lui fit abandonner les carrières des écoles Polytechnique, de Saint-Cyr et de Droit pour celle des finances. Par une irrégularité de conduite et de vie, et par des excès alcooliques qui motivèrent, en 1855, sa destitution de la place d'employé des postes et l'amenèrent insensiblement à l'état suivant :

Physionomie stupide, face pâle, traits affaissés, yeux à demi éteints, dépression morale et physique. Ses idées se forment lentement et s'expriment de même ; on remarque une indifférence absolue sur sa situation et pour tout ce qui l'entoure aussi. Il vit au jour le jour, sans souci du passé ni du lendemain, dévorant rapidement l'argent qu'il tient de la libéralité de son frère, et se livrant à un penchant irrésistible pour le vin, sauf à manquer du nécessaire pendant plusieurs jours ; n'ayant souvent aucun soin de son corps, vêtu le plus ordinairement de haillons en désaccord avec sa position sociale, ses anciennes habitudes et celles de sa famille.

Cette espèce de paralysie morale se reproduit pour les sensations internes. Quoique jeune encore, les désirs vénériens sont complétement éteints ; il vit isolé, craintif et défiant, vagabondant, n'éprouvant aucun besoin de goûter le plaisir de l'amitié ni d'échanger ses idées. Sa vie est bizarre comme sa conduite. Il rentre le plus souvent au milieu de la nuit à son hôtel, à moitié pris de vin, parlant seul, s'adressant les demandes et formant les réponses, jurant, divaguant, menaçant, vivant dans le désordre et la malpropreté, se livrant à des actes insensés, plaçant ses meubles d'une manière bizarre et faisant un bruit singulier avec son nez. Le défaut d'énergie et de force morale est tel, l'apathie si profonde, qu'il n'a pu encore obtempérer au congé que lui a plusieurs fois signifié le propriétaire de la maison qu'il habite.

A ces symptômes psychiques se joignent la lourdeur de tête, la pesanteur des membres, la lenteur de la circulation, l'analgésie cutanée.

Le sommeil est pénible et interrompu par des rêves, la langue est saburrale, l'appétit désordonné. On observe des troubles sensoriels qui semblent être un commencement d'hallucination de l'ouïe et de la vue.

Le malade est fréquemment en proie à un découragement et à un ennui, à un dégoût de lui-même et de la vie, qui font naître dans son esprit des idées de suicide qu'il n'a pas la force d'accomplir.

M. Girard de Cailleux termine en concluant ainsi :

M. M... est atteint d'un affaiblissement des facultés mentales et principalement de la force morale, suite d'intoxication alcoolique, qui aujourd'hui le prive de son libre arbitre, et qui exige, dans l'intérêt de sa santé, un isolement dans un asile d'aliénés.

CAMPHORATE DE QUININE.

M. Pavesi, pharmacien italien, a fait connaître la recette suivante :

On dissout l'acide camphorique pur dans 8 parties d'eau distillée bouillante ; on y incorpore la quinine peu à peu, jusqu'à saturation, en agitant constamment. A ce point, on ajoute un peu de charbon animal pur. La liqueur est filtrée après quelques minutes d'ébullition, et évaporée doucement jusqu'à siccité. On obtient une poudre blanche qui doit être conservée dans un flacon bien bouché.

On prépare de même les camphorates de morphine et de strychnine.

Ces sels sont employés dans les mêmes cas où l'action de leurs bases est invoquée. (*Gaz. méd.*)

GASTRALGIE. — PRÉPARATION.

Vin de Malaga.	500	grammes.
Aya pana.	40	—
Colombo.	4	—
Feuilles de belladone. . . .	5	—
Rhubarbe.	1	—

Faites macérer pendant dix jours.

A la dose d'une cuillerée à soupe avant chaque repas. Ce médicament réussit souvent là où les préparations de pepsine échouent. (*Journ. des Conn. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 novembre 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

M. LONGET présente à l'Académie le tome Ier (1re et 2e parties) de son *Traité de physiologie*.

— M. BOUSSINGAULT donne lecture d'un mémoire intitulé : *Nouvelles recherches concernant l'action exercée sur l'atmosphère par les parties vertes des végétaux* (voir le *premier Paris*).

Des accidents graves qui suivent parfois le cathétérisme et les autres opérations pratiquées. — M. LE Dr AUG. MERCIER adresse sous ce titre la note suivante :

Dans une note qu'il a adressée à l'Académie des sciences dans sa séance du 4 novembre, M. Sédillot exprime le doute que les accidents formidables qui suivent parfois des opérations, mêmes légères, pratiquées sur l'urèthre, puissent survenir sans déchirure, ou du moins sans éraillure des tissus, et il attribue ces accidents à l'absorption de l'urine.

Vu la gravité du sujet, je prends la liberté d'en dire quelques mots.

L'opinion que ces accidents peuvent être l'effet d'une résorption urineuse, n'est pas nouvelle. Voici ce que j'ai écrit à la page 461 de mes *Recherches* de 1856, à propos de malades qui avaient succombé à l'uréthrotomie : « Par l'étude comparative d'un certain nombre de faits analogues, j'ai acquis la conviction que ces malades ont été victimes d'une résorption et d'une infection urineuses. Ces abcès dans des parties éloignées, ces épanchements dans le péricarde, les genoux, etc., on les observe dans une foule de circonstances où le sang est évidemment vicié, soit parce que certains matériaux excrémentitiels n'ont pas été éliminés, comme dans les suppressions de transpiration, soit parce que certaines matières nuisibles s'y sont mêlées, comme dans l'absorption de pus. On me dira : Dans les rétentions d'urine prolongées, dans les fièvres dites urineuses, il ne se manifeste pas habituellement d'accidents semblables. C'est vrai ; mais alors l'urine n'est pas résorbée *en nature*, comme lorsque le système veineux a été ouvert..... »

Toutefois prétendre qu'il en est toujours ainsi est une assertion qui me paraît trop exclusive. Peut-être, il y a quelques années, n'aurais-je pas été très-éloigné de l'admettre ; mais il n'en est plus de même depuis que j'ai observé le fait suivant, qui est à la connaissance de plusieurs membres de cette Académie.

M. S..., Brésilien, étudiant en médecine, rue des Beaux-Arts, 5, fatigué de la persistance d'un écoulement uréthral ancien, se fit, de lui-même, le 2 octobre 1857, une injection de nitrate d'argent. Les urines, qui auparavant s'écoulaient très-difficilement, furent complétement arrêtées, et il n'opposa à cette rétention que des bains prolongés.

Le 3, vaincu par la souffrance, il me fit demander ; mais j'étais absent, ainsi que plusieurs chirurgiens chez lesquels on se présenta. Enfin le jour était fort avancé quand j'arrivai, et bientôt après vinrent MM. Civiale et Velpeau. Le premier, malgré mon invitation, ne voulut pas rester ; le second me prêta son concours. Le malade sortait d'un bain, et était dans un état d'agitation extrême. Je me mis en devoir de passer une sonde élastique, et je constatai immédiatement un rétrécissement très-étroit dans la région bulbeuse. Alors je pris une bougie des plus fines, et, après quelques recherches, je la fis pénétrer jusque dans la vessie. Je la retirai aussitôt, et l'urine sortit goutte à goutte. Il n'y eut pas la moindre trace de sang. Nous nous en tînmes là ; le malade fut mis au lit, maintenu chaudement, et, moyennant une potion calmante, il passa une bonne nuit ; l'urine continua de couler.

Le 4, le trouvant bien, je lui passai une bougie un peu plus forte que l'autre, mais avec plus de facilité encore. Toujours point de sang. La journée fut bonne ; mais le soir il y eut un accès fébrile de peu de durée, caractérisé par du frisson, de la chaleur et de la sueur.

Le 5 au matin, le malade était bien ; cependant, comme la langue était un peu saburrale, je ne le sondai pas, et je lui fis prendre une bouteille de limonade magnésienne. Une demi-heure après, accès fébrile très-court. Vers midi, nouveau frisson très-violent, puis chaleur. A une heure j'accourus, et je trouvai le pauvre malade dans un état épouvantable : pouls d'une rapidité extrême, tête renversée en arrière, yeux fixés en haut, perte complète de connaissance ; en un mot, tous les signes d'une violente congestion cérébrale. MM. Andral, Nonat et Vigla furent appelés. Je n'ai pas besoin de dire que des frictions excitantes furent faites sans relâche, que des révulsifs de toute espèce furent appliqués sur toute la surface du corps ; on couvrit la tête d'un vésicatoire ammoniacal ; le camphre, le musc, l'assa-fœtida et le sulfate de quinine à forte dose furent administrés par le rectum. Rien ne fit, et le malade mourut entre quatre et cinq heures du soir. Pendant tout ce temps, il n'a pas rendu une seule goutte d'urine, et la vessie, examinée à plusieurs reprises par la percussion, fut trouvée constamment vide.

Mon opinion sur la cause de cette catastrophe se trouve implicitement exprimée dans le passage cité précédemment. Ici encore il y avait, à mon avis, empoisonnement urineux, mais par suppression d'urine, par défaut d'élimination de ses matériaux excrémentitiels, très-probablement par néphrite aiguë double et simultanée, triple condition qui explique la rapidité foudroyante des accidents.

Quelle conséquence en tirer? C'est que la sonde à demeure que préconise M. Sédillot, outre qu'elle n'est pas une sauvegarde très-fidèle contre les résorptions urineuses, ne me semble pas parfaitement indiquée pour prévenir les désordres des reins. Il dit qu'avec cette précaution il n'a pas vu d'accidents semblables après l'uréthrotomie ; mais je ne les ai jamais vus survenir non plus dans les mêmes circonstances, quoique, depuis plus de vingt ans que j'ai démontré la structure constamment fibreuse des rétrécissements dits organiques de l'urèthre, les procédés d'uréthrotomie que j'emploie aient la plus grande analogie avec celui qu'a adopté M. Sédillot, et que je ne mette jamais de sonde à demeure. (Commissaires, MM. Velpeau, Jobert.)

Appareil enregistreur de certains phénomènes de la circulation. — M. BUISSON soumet au jugement de l'Académie la description d'un appareil qu'il a imaginé pour l'étude des phénomènes de la circulation.

« En construisant un nouvel appareil enregistreur, je me suis proposé, dit M. Buisson, d'obtenir simultanément sur un même cylindre tournant les représentations graphiques des phénomènes qui se passent en plusieurs points du système circulatoire, afin de déterminer les rapports qui existent entre ces phénomènes.....

» Si la plupart des expériences que j'ai faites avec cet instrument se rapportent au mécanisme de la pulsation artérielle, d'autres sont relatives à la théorie des mouvements du cœur ; ce sont ces dernières expériences seulement dont j'ai traité dans la note que j'ai aujourd'hui l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie. »

(Renvoi à l'examen de la commission nommée pour une communication récente de MM. Chauveau et Marey, commission qui se compose de MM. Flourens, Rayer et Bernard.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 septembre 1861. — Présidence de M. Magne, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le docteur Dehoux, d'Haïti, présente un travail sur *le mouvement organique et la synthèse animale* ; il demande le titre de membre correspondant. (M. Mallez.)

Kyste palpébral. — M. LEGRAND présente un malade affecté d'un kyste sous-palpébral. La tumeur, qui a la forme et à peu près le volume d'une petite amande, est située sous la paupière supérieure de l'œil gauche, et pénètre évidemment sous la paroi osseuse de l'orbite, à une profondeur difficile à apprécier. M. Legrand a pour but, en présentant ce malade, de faire constater la présence et la situation de la tumeur qu'il se propose d'enlever à l'aide de la cautérisation linéaire, ce qui a déjà reçu un commencement d'exécution. En effet, on voit sur le sommet de la paupière une ligne noire de l'épaisseur de 2 millimètres au plus, longue de 2 centimètres, et parallèle au bord de la paupière. Cette eschare, qui est le résultat de trois cautérisations, a déjà été légèrement incisée, afin de favoriser l'action du caustique en profondeur et de permettre de s'étendre en largeur.

M. Legrand ajoute qu'avant que le malade se remette entre ses mains, sa tumeur avait déjà été l'objet d'une tentative d'ablation, faite au mois de décembre dernier à l'aide de l'instrument tranchant. Cette opération a été suivie d'une hémorrhagie assez abondante et d'une réaction fébrile qui a duré plus de huit jours. Le malade prétend qu'une partie du kyste avait été enlevée, ce qui me paraît fort douteux. Mais ce qui est certain, c'est qu'il se serait rempli de nou-

veau, et qu'il a continué d'augmenter de volume, de telle façon qu'il empêche aujourd'hui la paupière de se relever complétement et qu'il commence à gêner la vision.

M. FOUCHER fait remarquer que le diagnostic de la tumeur que porte le malade qui est présenté à la Société, n'est pas aussi simple ni aussi certain qu'on semble le croire.

D'une façon générale, les tumeurs de l'orbite sont d'un diagnostic difficile, attendu qu'elles reposent sur un plan profond et dépressible, qui rend très-incertaine l'appréciation de leur consistance. Dans le cas présent, la tumeur est molle, mais la fluctuation n'y est pas évidente ; elle est régulière à sa surface, mais elle semble adhérente au rebord orbitaire ; de telle façon que l'examen direct est tout aussi favorable à l'idée d'une tumeur solide qu'à celle d'un kyste. Les renseignements fournis par le malade ne sont pas suffisants pour juger la question ; car si d'une part il nous parle d'une matière épaisse, blanchâtre, qui serait sortie par une incision faite par M. Desmarres, d'autre part il ajoute que ce chirurgien, après avoir incisé la peau, n'a pas poussé plus loin son opération ; et on peut croire qu'il a agi ainsi parce que la tumeur n'était pas un kyste.

J'insiste sur la difficulté du diagnostic en cette circonstance, parce qu'il me semble que c'est là la première question à juger.

Je suis loin de nier l'avantage de la cautérisation quand il s'agit d'enlever ou de détruire une tumeur enkystée ; mais ce procédé ne me paraît pas aussi bien indiqué dans les cas de tumeurs adhérentes et solides. Il serait vraiment fâcheux que l'on compromît ainsi une méthode bonne en elle-même, et dans certains cas bien déterminés, en l'appliquant sans trop se rendre compte de ce que l'on fait aux tumeurs dont les différences tranchées sont la source d'indications différentes ; et pour mon compte, je ne saurais admettre que l'on se contentât d'un diagnostic rétrospectif, qui consiste à essayer le traitement pour arriver à saisir la nature de la tumeur.

M. COURSSERANT croit qu'il s'agit là d'une tumeur solide. En effet elle est adhérente ; or, si c'était un kyste, il aurait été nécessaire qu'il existât une pression qui, s'exerçant sur son bord supérieur, eût fait développer la tumeur dans sa partie inférieure ; c'est ce qui n'a pas eu lieu. M. Desmarres a fait une ponction, et il est sorti du sang. Plus tard il a fait une large ouverture, et s'il avait rencontré un simple kyste, nul doute qu'il n'en eût cautérisé la paroi interne, ce qu'il n'a pas fait.

Hématocèle des corps caverneux. — M. CARON communique le fait suivant :

Le 15 avril dernier, je fus appelé à donner des soins à M. F....., trente-six ans, employé des Halles, rue Verderet.

Il éprouvait une violente douleur de la verge, s'irradiant jusqu'au sacrum et gagnant les lombes.

Il existait sur le côté gauche et latéral du corps caverneux, au-dessous du bulbe, en arrière du collet, une tumeur ovoïde bilobée de trois à cinq centimètres d'étendue, antéro-postérieure, du volume d'une fève de marais : il était impossible d'y toucher sans réveiller chez le malade une douleur tellement vive qu'il craignait de se trouver mal.

Il ne pouvait qu'à grand'peine satisfaire à la miction urinaire, mais il redoutait encore bien plus les efforts de la défécation. Le demi-priapisme auquel cette tumeur donnait lieu, rendait la station verticale, et principalement la marche, des plus pénibles ; le pouls, à 90, traduisait un état fébrile bien évident ; la soif était assez vive ; diminution très-sensible de l'appétit. Le malade était très-profondément découragé, il se croyait affecté d'une maladie incurable.

Au milieu des questions que j'adressai à mon client, de façon à pouvoir poser un diagnostic de quelque valeur, ou au moins pour établir la nature d'une affection assez rare d'ailleurs, j'appris que le 11 du présent mois, par conséquent quarante-huit heures avant le début de la maladie, le susdit F... s'était laissé entraîner dans une maison de tolérance, où, après un *congrès*, sa trop diligente Niobé, mue par un sentiment bien légitime que prescrit l'hygiène la plus routinière, s'était empressée de lui verser sur le membre viril tout le contenu d'un pot d'eau de puits récemment montée. L'appareil génital, encore turgescent, a nécessairement subi une commotion, une contraction brusque qui a amené la rupture de quelques-unes des cloisons du corps caverneux ; il s'est produit là une véritable apoplexie, un épanchement sanguin qui, comme on va le voir, a donné naissance à un abcès.

A l'instant même le malade éprouva une douleur aiguë, pongitive, profonde, qui produisit une demi-syncope.

Je prescrivis immédiatement une application de 12 sangsues au périnée, un grand bain tiède, des onctions d'huile de camomille camphrée laudanisée, des cataplasmes, et enfin des pilules camphrées contenant un quart de grain d'opium.

Malgré cette énergique médication, les choses n'en continuèrent pas moins leur marche : la tumeur se développa et finit par se ramollir ; elle abcéda le troisième jour et se fit naturellement passage par deux ouvertures, l'une dans l'intérieur du canal, ce que témoignait une sorte de blennorrhagie momentanée ; et la seconde à l'extrémité antérieure du corps caverneux, au niveau du collet du bulbe, dans le repli du prépuce. Les bains, le régime aidé de quelques injections émollientes opiacées, firent promptement justice de toutes ces manifestations locales ; les forces du malade, l'appétit, se réveillèrent, et il en fut quitte pour la peur, après huit jours environ de soins et de repos.

Cette observation, fort intéressante en elle-même, suggère certaines réflexions d'une grande importance ; on s'étonne, en effet, de voir cet accident assez rare pour qu'il ne soit signalé nulle part. A quoi tient cette rareté en présence d'un fait qui se produit journellement ?

Ce fait unique peut-être en son genre, au moins jusqu'à présent, doit appeler l'attention des physiologistes, des médecins, sur une pratique qui, toute rationnelle qu'elle peut être en elle-même, demande certaines précautions qu'il est du devoir du praticien de signaler, parce que les accidents qui peuvent en résulter sont susceptibles d'avoir des conséquences extrêmement graves.

— M. LEGRAND lit un travail *sur les tumeurs composées et leur ablation curative par les caustiques.*

— M. TERRIER rend compte du septième *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux.*

Diabète. — Parmi les observations ou communications, nous signalerons en première ligne celle de M. Béhier, sur la valeur de la potasse caustique et la solution cupro-potassique ou liquide de Barreswill, comme réactifs pour la recherche du sucre dans les urines. Vous savez, Messieurs, que les réactifs proposés pour découvrir la présence d'une minime quantité de sucre dans les urines avaient produit des espérances en apparence fondées pour la guérison du diabète.

En effet, plusieurs chimistes avaient acquis une certaine célébrité pour la cure radicale d'une maladie qui paraissait à leurs devanciers au-dessus des ressources de la thérapeutique. Mais si les guérisons étaient nombreuses, on avait droit d'être surpris de rencontrer un aussi grand nombre de diabètes à l'état naissant.

Le doute sur la fidélité des réactifs employés à la découverte du sucre dans les urines vint à plusieurs médecins, et l'un d'eux, bien connu par son mérite, M. Béhier, venait cette année faire part à la Société de ses recherches.

La glycose étant la partie du sucre attaquable par les réactifs, il voulut savoir si les caractères auxquels les chimistes avaient accordé toute valeur à ce sujet ne se présentaient pas aussi dans les urines qui n'en contenaient pas, ou si des traces de glycose ne se retrouvaient pas dans toutes les urines, sans que pour cela les malades fussent en aucune façon menacés du diabète.

Après avoir essayé successivement par la potasse caustique et le liquide de Barreswill les urines de tous les malades de son service, qu'ils fussent atteints de maladies aiguës ou chroniques avec ou sans fièvre, et aussi l'urine de plusieurs personnes en santé, il arriva à cette conclusion que l'urine de toutes ces personnes, dont pas une seule ne présentait les caractères généraux du diabète, offrait à différents degrés tous les caractères des urines contenant des traces de glycose. Ainsi, par la potasse caustique, elles prenaient une coloration jaune foncé passant au rouge brun par ébullition ; et par la solution cupro-potassique (liquide de Barreswill) récemment préparée, les urines donnaient un précipité rouge brun, quelquefois jaunâtre ou jaune verdâtre.

Ces réactifs sont donc infidèles, et les renseignements qu'ils donnent insuffisants pour le diagnostic. Un moyen de diagnostic préférable dans le diabète est la densité plus grande de l'urine, reconnue par l'aréomètre ; mais il faut alors, pour obtenir un résultat positif, que les urines contiennent une quantité notable de glycose, et dans ces cas la santé générale a subi déjà une altération plus ou moins profonde.

M. Gubler, qui s'est livré à des recherches semblables à celles de M. Béhier, est arrivé aux mêmes conclusions. Il attribue cependant l'incertitude où l'on reste par l'emploi de la solution cupro-potassique, à la présence fréquente d'une quantité souvent notable d'albumine dans les urines.

L'albumine empêche les précipités rouge brun, et donne lieu à ces teintes verdâtres considérées à tort comme caractères de la présence d'une minime quantité de glycose. Il faut alors une ébullition prolongée pour arriver à un résultat positif.

Une observation capable de renverser les signes basés sur la pesanteur spécifique de l'urine des diabétiques est celle de Dietl, qui a cité trois cas de diabète passager où les urines, contenant d'assez notables quantités de glycose, étaient plus légères qu'à l'état normal.

Suivant M. Cahen, on obtiendrait, en traitant par la levûre de bière les urines plus ou moins chargées de glycose, un dégagement d'acide carbonique, et la production d'alcool en soumettant ces urines ainsi mélangées à une température propre à la formation de l'alcool.

La présence du sucre ou glycose dans les urines serait fréquente, suivant Alvaro Reynoso, parce que toutes les fois que la respiration est gênée la glycose du sang n'est pas entièrement brûlée, et il passe du sucre dans les urines.

M. Hervez de Chégoin croit devoir ajouter aux signes diagnostics de la présence du sucre dans les urines le prurit de la muqueuse uréthrale et vaginale. Il a observé ce prurit chez toutes les femmes dont les urines contenaient du sucre.

Le secrétaire annuel, Dr ELLEAUME.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 16 novembre 1861, M. Petit, membre du comité des travaux historiques et des sociétés savantes pour la section des sciences, a été nommé secrétaire de ladite section, en remplacement de M. L. Figuier, démissionnaire.

— Par arrêté du 20 novembre 1861, M. le docteur Broquier a été nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de Marseille, en remplacement de M. Berrut, démissionnaire.

— La rentrée solennelle des Facultés et de l'École de médecine de Bordeaux a eu lieu le 16 novembre, sous la présidence de M. Mourier, recteur de l'Académie de Bordeaux, aujourd'hui vice-recteur de l'Académie de Paris.

Après un discours de M. Mourier, qui avait pour sujet l'influence du culte des sciences sur la pratique des arts et de l'industrie, MM. les doyens ont donné le compte rendu de leur Faculté respective. M. Gintrac, directeur de l'École de médecine, a fait l'historique des améliorations réalisées dans ces dernières années ; puis il a indiqué le nombre des élèves (il dépasse 100), le chiffre des inscriptions et le résultat des examens. La séance a été terminée par la distribution des prix aux élèves de l'École de médecine.

(3e année.)

Prix. — M. Sentex, de Saint-Sever (Landes).
Premier accessit. — M. Pochelu, d'Orègues (Basses-Pyrénées).
Deuxième accessit. — M. Kort, de Labrède (Gironde).

(2e année.)

Prix. — M. Mourié, de Suzenac (Ariége).
Premier accessit. — M. Fougeron, de Massignot (Charente).
Deuxième accessit. — M. Pujos, de Bordeaux.

(1re année.)

Premier prix. — M. Addison, de Mortagne (Charente).
Deuxième prix. — M. Martin, de Saint-Savin (Gironde).
Premier accessit. — M. Fadeuilhe, de Port-Louis (Ile Maurice).
Deuxième accessit. — M. de Lanessan, de Cubzac (Gironde).

ÉLÈVES EN PHARMACIE.

Prix. — M. Frichou, de la Roche-Chalais (Dordogne).
Premier accessit. — M. Aussel, de Gourdon (Lot).
Deuxième accessit. — M. Labarre, de Labachellerie (Dordogne).

— Le banquet annuel et commémoratif de la fondation de l'Université libre de Bruxelles a eu lieu le 20 novembre. Le banquet des professeurs était présidé par M. Fontainas, bourgmestre de Bruxelles, celui des anciens étudiants par M. Albert Picard, avocat. Au dessert, des toasts nombreux ont été portés au succès et à la prospérité de ce grand établissement national, consacré par la liberté au culte du libre examen. Plus de cent anciens étudiants maintenant répandus dans les diverses provinces de la Belgique s'y étaient donné rendez-vous.

On demande un médecin pour la commune d'Hasnon (Nord) : population, 3,500 habitants. — Adresser les références et demandes de renseignements au maire de la commune.

Les îles Canaries et la vallée d'Orotara, au point de vue hygiénique et médical, par M. Gabriel de BELCASTEL. In-8° de 40 pages. Prix, 1 fr. 25. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 139. — JEUDI 28 NOVEMBRE 1861.

(34e ANNÉE.)

N° 139. — JEUDI 28 NOVEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 ». Un an. . . 30 ».

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 27 NOVEMBRE 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

Une élection et un comité secret ont rempli toute celle séance. L'élection destinée à compléter la section de médecine légale et d'hygiène publique a eu pour résultat la nomination de M. Vernois, porté le premier sur la liste de présentation, et qui a obtenu la majorité au premier tour de scrutin. Les autres voix se sont réparties entre MM. Ménière, Boudin, Bouchut et Duchesne.

L'Académie ne s'était pas encore recrutée d'un nouveau membre, que de nouveaux vides s'étaient faits déjà dans son sein. Avant l'ouverture du scrutin, M. le président a annoncé à la Compagnie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Isid. Bourdon, membre de la section d'anatomie et de physiologie, et celle de M. Riberi, associé étranger, à Turin. La mort va plus vite que les scrutins !

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Une question de diagnostic. — Du danger des vésicatoires.

Au n° 17 de notre salle Sainte-Agnès est actuellement couché un homme âgé de trente-trois ans, qui avait toujours joui d'une excellente santé habituelle, bien que toussant parfois. Il y a six semaines, il éprouva une douleur de côté, eut un peu de fièvre et présenta les symptômes d'une pleurésie légère. Il ne suspendit point son travail pendant quelques jours, mais il fut ensuite forcé d'aller consulter un médecin : ce dernier reconnut parfaitement l'existence de la pleurésie, et conseilla l'application d'un vésicatoire volant sur la poitrine. Le vésicatoire causa de très-vives souffrances pendant vingt-quatre heures, puis il se recouvrit de croûtes épaisses ; les traces en étaient encore fort apparentes un mois après.

En examinant ce malade, nous constations l'existence de deux abcès : l'un situé sur la partie antérieure de la poitrine, du côté gauche ; l'autre sur la partie latérale. La fluctuation était évidente.

Nous nous aperçûmes bien vite d'un contraste frappant : l'élévation des côtes s'exécutait facilement et d'une façon tout à fait normale du côté droit, tandis que l'immobilité était absolue à gauche. Le défaut d'harmonie dans les mouvements respiratoires imprimait au thorax une sorte de torsion. La matité était complète dans toute l'étendue du côté malade ; le cœur était déplacé et se rapprochait de la ligne médiane ; la rate, subissant une pression de la part du diaphragme, venait faire saillie dans la cavité abdominale.

L'épanchement était donc considérable ; mais de quelle nature était-il ? Nous crûmes d'abord à un empyème ayant déterminé la rupture des parois thoraciques et ayant amené des abcès sous-cutanés. Cependant il n'y avait point de fièvre, le malade avait la langue très-nette, accusait de l'appétit et présentait l'aspect le plus satisfaisant : sans l'intervention de la percussion et de l'auscultation, on eût cru, en vérité, à une convalescence.

Les abcès n'en étaient pas moins là, sous nos yeux. Au dire de cet homme, cinq jours après l'application de son vésicatoire, il avait ressenti une douleur au bas de la poitrine ; deux tumeurs s'étaient formées et avaient progressivement grossi ; l'une avait acquis le volume du poing, l'autre celui d'un œuf de dinde.

Existait-il une communication entre ces deux abcès, puis entre les abcès et la cavité thoracique ? En pressant alternativement les tumeurs, il ne se manifestait pas de fluctuation solidaire. D'autre part, si les abcès avaient communiqué avec la cavité thoracique, cela n'avait pu se produire que par un large pertuis, et il eût été possible, par une compression méthodique et prolongée, de faire refluer le pus dans la poitrine. L'expérience demeura sans résultat.

S'agissait-il d'abcès froids, de névrose costale ? Mais avant le début de la pleurésie, il n'avait jamais été question de rien, et les abcès étaient d'ailleurs d'une date trop récente. En admettant néanmoins cette hypothèse, il aurait fallu que les deux caries osseuses se déclarassent en même temps et du même côté. S'il n'y avait eu qu'une seule carie, il eût existé de la fluctuation solidaire. Or, il n'en était rien.

Une croûte d'ecthyma restait à la place qui avait été occupée par le vésicatoire, et je pensai que cet exutoire avait déterminé une phlegmasie des vaisseaux lymphatiques et des ganglions lymphatiques : ce fut à mes yeux le seul coupable.

J'ouvris ces abcès et retirai 250 grammes d'un pus lié, nullement fétide ; je promenai ensuite une algali de femme et m'aperçus qu'il n'existait aucune lésion osseuse appréciable.

Il est plus que probable que ces abcès seront survenus sous l'influence de la constitution épidémique régnante, et que le vésicatoire, après s'être enflammé, aura étendu la phlegmasie aux vaisseaux lymphatiques avoisinants. Toujours est-il que tous les accidents rétrocèdent, que la tuméfaction s'affaisse, que le recollement s'opère, que la pleurésie est en voie déjà avancée de résolution, que la voussure thoracique s'abaisse, que la matité diminue notablement et que les signes stéthoscopiques annoncent un prompt et prochain rétablissement.

— Au numéro 9 de la même salle, nous avons un malade exerçant la profession de maçon, qui, à la suite d'une dothiénenthérie simple, se mit à tousser un peu. Le médecin qui fut appelé ordonna l'application d'un énorme vésicatoire. Trois jours après, le vésicatoire s'ulcérait, se recouvrait de fausses membranes et se sphacélait déjà. La dothinentérie s'amenda, mais un érysipèle envahit tout le corps et la tête. Le malade se tira d'affaire et supporta même encore une récidive d'érysipèle qui s'était déclaré à la place du vésicatoire. Tout allait bien, lorsqu'il survint une péritonite érysipélateuse qui mit le pauvre maçon à deux doigts de sa perte. Il guérit néanmoins.

— Il y a cinq mois, je fus mandé rue de la Pépinière, auprès d'un malade affecté d'un *vieux catarrhe*, et auquel on avait appliqué un vésicatoire dans le dos. Cinq jours après avait apparu un furoncle, puis bientôt quarante ou cinquante furoncles s'étaient rapidement succédé. Un anthrax et un érysipèle se mirent de la partie, mais le malade se rétablit. Sur ces entrefaites, se déclara une arthrite universelle suppurée, et mort s'ensuivit !

— J'ai eu occasion de voir encore, il y a deux mois à peine, un négociant qui mourut d'un anthrax survenu à la suite d'un vésicatoire, lequel avait été apposé en vue de combattre une toux d'ailleurs très-peu grave.

Il doit ressortir pour vous cette conclusion, qui est d'un intérêt pratique considérable ; à savoir, que l'on ne doit jamais appliquer légèrement des vésicatoires, surtout lorsqu'il règne des épidémies de furoncles, d'anthrax, d'érysipèles ou de péritonites puerpérales. Invoquez vos souvenirs, et ils devront vous rappeler plus d'une observation où un vésicatoire sera devenu la cause originelle de furoncles, d'anthrax ou d'accidents graves. N'administrez jamais, en général, de remèdes susceptibles de faire du mal, surtout lorsque vous pouvez parfaitement vous en dispenser, et le vésicatoire est de ceux-là.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Amputation de la cuisse, désarticulation de la tête et résection de l'extrémité supérieure de l'humérus,

Par J. M. C. E. LE RUTTE, officier de santé de 2e classe, attaché à l'expédition de Baudjermasin, île de Bornéo (Indes néerlandaises).

Le 24 novembre 1860, à sept heures du matin, arrivait à Amoenthay, parmi d'autres blessés, S..., soldat javanais, avec une fracture de la cuisse gauche, causée par un coup de feu dans le tiers inférieur. Deux balles étaient entrées par la partie externe du membre et ressorties par la partie interne. La distance entre les deux trous d'entrée et les trous de sortie était de trois pouces ; on voyait en outre, entre les deux trous de sortie, une petite incision. Il était très-facile de distinguer à travers de grands fragments du fémur. La cuisse était peu gonflée et le patient éprouvait peu de douleur. C'était un individu robuste, très-passif dans cette malheureuse position, comme la plupart des indigènes.

Il avait été frappé le 22 novembre, à six heures de l'après-midi, pendant qu'il était assis avec d'autres soldats dans un petit bateau nommé *djoekon*, pour transporter un convoi.

Le 23, à midi, il avait été pansé par un officier de santé, puis évacué à Amoenthay, où il arrivait le 24, à sept heures du matin. Il s'était donc écoulé soixante heures depuis la blessure au moment de l'arrivée du blessé.

Après avoir défait le pansement et nettoyé les parties, j'appliquai de l'eau froide, et bientôt il y eut quelques heures de sommeil.

Le soir il y avait très-peu de réaction, cependant le pouls était monté jusqu'à 90 par minute. L'amputation, jugée indispensable, fut immédiatement décidée. L'opération eut lieu le jour suivant, 25, à sept heures du matin ; elle fut faite avec l'assistance d'un soldat de l'ambulance, et sous l'influence du chloroforme.

Les inhalations furent faites simplement au moyen d'un mouchoir ; en moins de cinq minutes on obtint une insensibilité parfaite. L'amputation fut faite alors par la méthode circulaire, entre le tiers supérieur et le tiers moyen du corps de l'os ; la peau fut circulairement incisée et renversée dans une étendue de quatre pouces, jusqu'au lieu d'amputation. Les muscles furent divisés ensuite jusqu'à l'os, je pratiquai la ligature de l'artère fémorale et d'une branche que ce tronc artériel fournit. Les muscles superficiels s'étant rétractés, je coupai les muscles profonds au niveau du point de rétraction de la couche musculaire superficielle, maintenue au moyen d'une compresse fendue à deux chefs.

L'os fut scié à quatre pouces environ de la ligne de l'incision cutanée. Pendant toute la durée de l'opération, je n'ai pas cessé d'observer le patient et de lui faire prendre de temps en temps quelques inhalations de chloroforme. Le réveil eut lieu pendant que je procédais au pansement. Le malade n'accusa qu'un léger mal de tête. Il fut immédiatement transporté dans son lit.

Vers le soir, la réaction se manifesta par une grande soif et une accélération du pouls, battant 120 par minute.

Le jour suivant, les symptômes d'une fièvre traumatique augmentaient ; le pouls donnait 140 pulsations. Le pansement fut renouvelé à cause d'une légère hémorrhagie séreuse qui avait eu lieu. Je prescrivis une dose de sulfate de quinine associée au calomel.

Le 25 novembre, après l'administration d'une dose de sulfate de magnésie donnée dans le but d'opérer une dérivation vers les intestins, quelques symptômes de la dyssenterie des tropiques se manifestèrent. Heureusement cette maladie fut coupée par la morphine. Le moignon cependant devint livide et bientôt noir, exhalant l'odeur spécifique de la gangrène, et le quatrième jour après l'opération la gangrène était tout à fait développée. Un traitement convenable, l'application du chlorure de chaux liquide et d'une infusion de fleurs de camomille toutes les six heures, un pansement nouveau et une bonne nutrition, posèrent la limite entre les parties mortifiées et celles qui ont échappé à la gangrène.

Après quatorze jours, j'avais à regretter une perte des parties molles assez considérable avec saillie de l'os ; mais la plaie était saine. J'enlevai l'os saillant par la scie, aussi haut que possible, et je tâchai, par un pansement convenable, d'obtenir la réunion. Pendant ce traitement local, le patient reçut tous les jours une décoction d'écorce péruvienne avec un acide minéral.

Le 11 janvier 1861, cinquante-sept jours après l'opération, la plaie est presque réunie, et recouverte vers le centre par un tissu cicatriciel. Dans la partie inférieure du moignon, on peut observer deux petits canaux qui fournissent un peu de pus de bonne nature, et qui se dirigent vers un point induré.

La ligature de la fémorale n'est pas encore détachée, tandis que celle de la branche secondaire est tombée le huitième jour.

(En 1858, la ligature était tombée dès le quatrième jour chez un indigène, à l'île de Sumatra, auquel j'avais amputé la jambe).

En partant pour le Dayak, autre district de Bornéo, mon successeur, l'officier de santé Van Goens, m'écrit, le 11 mars 1861, que mon Javanais était presque tout à fait guéri.

OBS. II. — S..., condamné aux travaux forcés, fut évacué en même temps, avec une fracture totale de l'humérus dans le tiers supérieur, causée également par un coup de feu. La balle était entrée au milieu du muscle deltoïde et sortie en arrière du côté droit. Le patient refusa toute opération jusqu'au 8 décembre 1860, lorsque, assisté par l'officier de santé de 3e classe Dettingmeyer, je procédai, d'après la méthode de M. Larrey, premièrement à la désarticulation de la tête de l'humérus, et après cela à la résection de l'extrémité supérieure de cet os : presque un tiers de l'os fut enlevé par la scie.

Deux grands fragments de l'humérus brisé furent éloignés ; une seule branche artérielle fut tordue ; l'opération faite, le patient, qui avait été soumis au chloroforme, s'éveilla, pour tomber bientôt dans une défaillance nerveuse ; la syncope fut dissipée et la sensibilité ranimée par la respiration artificielle. Le patient but quelques gouttes de vin et tomba pour la deuxième fois en défaillance : encore une fois la respiration artificielle sauva l'opéré.

Aujourd'hui, le 11 mars 1861, notre opéré est presque guéri, et chez lui je n'ai observé aucun fâcheux accident.

DES TUMEURS COMPOSÉES,

De leur ablation curative par les caustiques.

(Mémoire communiqué à l'Académie des sciences dans sa séance du 23 septembre, et lu à la Société de médecine pratique le 3 octobre 1861.)

Par M. le docteur A. LEGRAND.

OBS. I. — Le 11 mars 1861, j'avais l'honneur d'écrire (en séance à M. le président de l'Académie des sciences (voyez le n° 33 de la *Gazette des Hôpitaux* de cette année) une lettre dont j'extrais les passages suivants : « J'ai pris la liberté hier (10 mars) de mettre sous les yeux d'un des commissaires auxquels vous avez eu la bonté de renvoyer toutes mes précédentes communications, *un lipome* que j'avais enlevé la veille à l'aide de la méthode que j'ai exposée devant

l'Académie dans sa séance du 31 janvier 1859. Chez le malade qui fait l'objet de cette communication, cinq cautérisations linéaires et cruciales et une application de caustique Canquoin avaient suffi pour amener la chute du lipome, qui a eu lieu le quatorzième jour du traitement. »

Le lendemain, cette communication ne paraissait plus être l'expression de la vérité !

En effet, la tumeur, molle et indolente, qui siégeait derrière l'oreille gauche, au-dessous de la ligne courbe inférieure de l'occipital, et qui, grosse comme un pois à son début, avait mis dix ans environ à acquérir le volume de la moitié d'une grosse bille de billard, dont elle affectait assez bien la forme, cette tumeur, dis-je, après sa chute (*spontanée* pour ainsi dire, tant l'ablation avait été facile), avait laissé au milieu des faisceaux charnus déprimés et écartés du trapèze une cavité de près de 15 centimètres de circonférence et d'une profondeur de 2 centimètres au moins, dont le fond était recouvert d'un tissu charnu, d'une *teinte orangée* et offrant assez bien l'aspect d'une portion du muscle, quoiqu'elle n'en eût pas la disposition fibrillaire. On eût dit plutôt, en effet, des espèces de circonvolutions semblables à celles du cerveau, mouillées d'un liquide onctueux et n'ayant que peu de sensibilité au toucher. Le lendemain, cette cavité était entièrement remplie par ce même tissu, qui faisait même une saillie telle, que la tumeur, *si heureusement et si facilement enlevée*, avait repris son volume primitif !

Il ne pouvait point y avoir de doute à l'égard de la portion de tumeur enlevée : son aspect, le liquide huileux qu'elle laissait suinter, dénotaient assez sa nature adipeuse ; mais ces caractères physiques n'étaient plus ceux du tissu pathologique qui avait pris sa place. Comparant alors celui-ci à d'autres tumeurs précédemment enlevées, et dont l'examen a été fait par le savant et obligeant micrographe M. le docteur Ch. Robin, je ne pus plus douter que la seconde tumeur de M. C... ne fût de nature fibreuse.

Dans ce cas donc, ainsi que dans celui que j'exposerai tout à l'heure, *le lipome recouvrait une tumeur fibreuse.*

Le développement de celle-ci avait-il précédé la naissance de la première, en avait-il été la cause, l'origine, ou est-ce au contraire la tumeur fibreuse qui, en prenant de l'accroissement, avait altéré le tissu adipeux qui lui était superposé? Voilà ce que je ne saurais dire ; mais ce que je sais bien, c'est que cette disposition fort singulière que j'ignorais et qui n'a encore été, ce me semble, signalée que par M. le docteur Lebert (*Traité d'anatomie générale et spéciale*), a dû être cause de plus d'un mécompte.

En continuant d'attaquer la nouvelle tumeur par le caustique Canquoin, dont je fis trois nouvelles applications (les 12, 21 et 30 mars) de plus en plus restreintes et de moins en moins prolongées (36, 24 et 12 heures), je réussis à détruire entièrement la seconde tumeur. La dernière application fut pratiquée sur deux petites portions du tissu morbide, dont une située à une profondeur de quinze millimètres au moins, grosse comme une lentille, très-adhérente et très-sensible, paraissait être le point de départ du mal ; et, comme on dit vulgairement et assez improprement, la racine de la tumeur.

Ces applications furent faites avec les précautions convenables pour empêcher l'action du caustique sur les tissus sains. La douleur fut atténuée autant que possible en recouvrant ceux-ci et le pourtour du siége de la tumeur avec une pommade puissamment calmante :

Sous-carbonate de plomb porphyrisé. .	0,25	centigr.
Extrait thébaïque.	0,50	—
Eau simple	0,50	—
Pommade de concombre	4,50	—

ensuite par les cataplasmes émollients et calmants ; la réaction fébrile, succédant aux applications caustiques (de 75 à 80 puls.), fut aussi combattue par une potion antispasmodique et calmante. Une fois la douleur passée, la chute des eschares fut accélérée par des pansements avec l'onguent de la mère Th. : celle-ci eut toujours lieu sans la moindre douleur, sans la moindre perte de sang. Circonstance qui se représente presque constamment et qui m'a permis de dire que j'enlevais ces tumeurs, non pas sans opération (puisque la cautérisation est une opération), *mais du moins sans opération sanglante.*

M. C..., qui est âgé de cinquante et un ans, d'un tempérament éminemment nerveux, mais d'une bonne santé, quoique retenu à la chambre à cause de la situation de sa tumeur, a continué de surveiller la publication de son journal, et n'a vu survenir, malgré la douleur que lui causait le caustique, aucun trouble sérieux dans sa santé, et il est reparti pour le ***, entièrement débarrassé de sa tumeur, mais attendant encore la cicatrisation de la plaie, qui n'a été définitive que le 27 avril, soixante-cinq jours après le commencement du traitement, et grâce à des pansements journaliers avec des bandelettes agglutinatives et à quelques cautérisations répressives avec le crayon de nitrate d'argent, la cicatrice offrant à peine dans un sens un léger bourrelet, tout à fait linéaire dans l'autre, et que venaient complétement cacher les cheveux. M. C..., en m'annonçant ce résultat, ajoutait que, malgré la longueur du traitement, « le résultat chez lui avait été tel, que s'il avait quelque nouvelle tumeur à enlever, c'est encore à la cautérisation qu'il voudrait avoir recours. »

J'ai souvent des nouvelles de mon opéré par un de mes collègues à la Société de médecine pratique, celui-là même qui me l'a adressé, et le temps paraît devoir confirmer cette cure (ce 5 septembre 1861).

Voici comment s'exprime M. Lebert au sujet de ces lipomes de forme inusitée (*loco cit.*, 4e liv., p. 122 et suiv., année 1855) : « La combinaison du lipome avec d'autres tumeurs est rare... » Cependant le professeur de Zurich a observé, grâce à l'obligeance de M. le professeur Denonvilliers, *une combinaison de tumeurs graisseuses et d'enchondromes.* De nombreuses tumeurs cartilagineuses étaient coiffées de véritables lipomes, ou alternaient avec ceux-ci par étages superposés. Dans le cas que je viens de rapporter, le lipome coiffait une tumeur évidemment fibreuse ; genre de tumeur, du reste, qui se rapproche de l'enchondrome. Cette disposition particulière de deux tumeurs de nature tout à fait différente, et l'une recouvrant l'autre, doit apporter d'assez grandes difficultés dans l'ablation chirurgicale, soit qu'on la pratique à l'aide du bistouri, soit qu'on ait recours aux caustiques. On vient de voir et on a pu apprécier les difficultés que j'ai rencontrées dans le cas qui précède, mais elles ont été bien plus grandes encore dans le cas qui suit, elles ont été telles que je me suis demandé et que je me demande encore si on eût pu les surmonter à l'aide de l'instrument tranchant?

Combien l'opération eût été longue, difficile et d'une difficulté inattendue, alors que commencée dans le but d'enlever un lipome superficiel, une tumeur sous-cutanée, il eût fallu poursuivre une seconde tumeur sous-jacente, d'une autre nature, mêlée au tissu propre des muscles, et envoyant enfin des ramifications jusque sur l'un des os de la région dans laquelle elle s'est développée, s'y confondant avec le périoste de ce même os, pénétrant même peut-être dans sa propre substance.

Telles sont les difficultés qui m'ont été offertes dans le cas suivant, et que je n'ai pu vaincre qu'avec le temps et grâce au courage et à la persévérance du malade.

Obs. II. — M. N..., âgé de soixante-sept ans, d'un tempérament excessivement nerveux, ancien notaire, habitant la province, porte sur le sommet de l'épaule droite une tumeur qui a une forme arrondie et offre le volume de la moitié d'une grosse pomme de Calville. Son origine remonte à l'année 1843, époque où le malade s'aperçut de la présence d'une grosseur du volume de la moitié d'une noix, et qui était située sur l'apophyse acromion. Quant à la cause, M. N..., qui était grand chasseur, la trouve dans la pression exercée sur cette région par son carnier. La tumeur resta longtemps stationnaire, puis, sans cause bien appréciable, elle grossit assez rapidement et ne tarda point à acquérir le volume actuel.

Je pratiquai immédiatement (6 mars 1861) une première cautérisation linéaire cruciale, donnant à chaque ligne de cautérisation 5 centimètres d'étendue, ce qui donne une idée approximative du développement de la tumeur. Cette cautérisation, qu'on peut, dans les cas de ce genre, appeler préparatoire, fut renouvelée les 8, 9, 10 et 11 mars, en prenant le soin (après la première cautérisation) d'intéresser, à l'aide de la pointe acérée d'une lancette, la portion la plus superficielle et la plus dure de l'eschare, de manière à bien faire agir le caustique en profondeur. Aussi, le 12, la tumeur se trouvait-elle bien mise à découvert, sans que le malade ait perdu une seule goutte de sang (1) et sans avoir éprouvé d'autre douleur, fort supportable du reste, que celle de la cautérisation. L'aspect de la tumeur ne laisse aucun doute sur sa nature : c'est bien un lipome enveloppé de sa membrane propre et baigné d'un liquide qui ressemble à de l'huile.

Je pratiquai alors une première application du caustique au chlorure de zinc, dont je recouvris toute la portion de la tumeur mise à découvert, en préservant les bords cutanés de la plaie, et le laissai appliqué quarante-huit heures, *jusqu'à l'épuisement de la douleur*, que je m'efforçai de calmer, sans toujours y réussir, par la pommade opiacée indiquée plus haut, par les sirops de pavot blanc ou de codéine, malheureusement mal supportés par le malade.

Le 14, tout le caustique non absorbé par le tissu pathologique fut enlevé, et la tumeur fut tenue recouverte le jour d'un linge enduit de pommade calmante, sur lequel on plaçait, pour la nuit, des cataplasmes émollients et calmants ; soins qui sans doute diminuèrent la réaction fébrile, atténuèrent quelquefois la douleur qui se réveillait avec assez de facilité (une fois entre autres, sous l'influence d'un pansement avec l'onguent de la mère), mais ne réussissaient pas toujours à procurer le sommeil si facilement troublé chez les vieillards en général, mais sur celui-ci surtout.

Enfin, le 22, après plusieurs nuits excellentes, des sorties journalières, je pus enlever l'eschare, qui entraîna avec elle le lipome, sans effort, sans douleur et sans la plus légère perte de sang. Mais, comme dans le cas précédent, je retrouvai au-dessous une masse charnue, rosée, abondamment mêlée de tissu adipeux, et toujours baignée d'une graisse diffluente. Immédiatement seconde application de Canquoin, que j'enlève vingt-quatre heures après, et qui, le 30, me donne une eschare fort épaisse sous laquelle je retrouve ce même tissu jaunâtre du cas précédent, et que j'attaque le 31 par une troisième application de Canquoin. Celui-ci, enlevé le lendemain, donna lieu, après une bonne nuit cependant, à une douleur qui persista jusqu'au 5 avril, apporta un peu de trouble dans la santé générale, mais me fournit le 8 une nouvelle eschare de 18 millimètres d'épaisseur, de forme ovale, offrant 7 centimètres de diamètre dans un sens et 6 dans l'autre, et tenant encore aux tissus sous-jacents par une espèce de pédoncule de la grosseur du petit doigt, et que je pus inciser sans que le malade s'en aperçût. Cette portion persistante de la tumeur s'enfonçait au milieu des faisceaux charnus et sains du trapèze et du peaucier, et sa résistance sous le pinceau de bois dont je me sers, ne pouvait laisser aucun doute sur la nature fibreuse de ce prolongement, de cette seconde tumeur *que coiffait le lipome !*

Je crus pouvoir détruire ce dernier fragment à l'aide de la cautérisation destructive pratiquée journellement, et je perdis ainsi plus de vingt jours, jusqu'au 4 mai, époque où je fis une dernière application de caustique au chlorure de zinc, qui ne fut sans doute pas moins douloureuse que les précédentes, mais qui du moins fut complétement efficace. En effet, la chute de l'eschare, qui eut lieu le 8 mai, laissa après elle une cavité qui avait au moins 2 centimètres de profondeur, de forme ovale, avec 3 centimètres dans son plus grand diamètre et 2 pour le moindre, dans la profondeur de laquelle j'aurais pu facilement coucher mon pouce. C'est au fond de cette cavité, établie dans une région si riche en tissu fibro-cartilagineux, que je constatai sur l'apophyse acromion, mise entièrement à découvert, l'insertion de ce pédoncule fibreux de forme sphérique, et occupant sur l'os une étendue circulaire qu'aurait à peine recouverte une pièce de cinquante centimes.

Je présumai que de ce jour (12 mai) il me suffirait d'attaquer à l'aide de la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent les points d'insertion de la tumeur pour arriver à détruire le peu de tissu morbide persistant, qui se confondait évidemment avec le périoste et pénétrait peut-être dans la substance même de l'os, qui offre quelques petits points de dénudation, et assurer enfin cette cure si difficilement obtenue.

L'événement est venu réaliser mes présomptions. Au fur et à mesure que je détruisais le tissu morbide persistant, la plaie se comblait chaque jour par les chairs qui repoussaient dans le fond et commençaient à recouvrir l'os, par le rapprochement de ses parois latérales, rapprochement que je favorisais à l'aide de pansements journaliers avec des bandelettes agglutinatives, et le malade, parti le 2 juin dans les meilleures conditions, m'annonçait le 5 juillet dernier sa guérison définitive, remontant déjà à quelques jours.

Ce traitement a sans doute été long (du 6 mars au 5 juillet), mais le cas, quoique analogue au premier, était sans doute encore plus inusité, et l'insertion du point originaire de la tumeur sur un os situé encore assez profondément présentait des difficultés qui n'eussent sans doute pas été moindres pour l'instrument tranchant, lequel n'aurait pu atteindre le même but qu'à l'aide d'une dissection qui n'aurait pas exigé moins d'habileté de la part de l'opérateur que de patience et de courage de la part de l'opéré, d'autant plus qu'à raison de son impressionnabilité nerveuse, il aurait mal supporté le chloroforme, dont il aurait fallu prolonger l'emploi d'une manière dangereuse (1). Et puis n'aurait-on point eu à craindre chez le premier comme chez le second malade le développement d'un érysipèle, alors que cette maladie, qui régnait épidémiquement aussi bien en ville que dans les hôpitaux, faisait plus que de décimer les opérés des deux catégories? Ainsi les chirurgiens les plus éminents, les opérateurs les plus habiles, voyaient presque toutes leurs opérations, ablation de lipome et de loupes entre autres, se compliquer de cette terrible inflammation qui, dans un seul service chirurgical, faisait succomber dix opérés. L'épidémie ne se montrait pas moins terrible dans la pratique de la ville. Soit par voie de contagion directe, soit par influence épidémique, elle atteignait plusieurs de nos confrères, ou leurs parents ou leurs alliés, et les faisait succomber. Elle enlevait une jeune femme de la société à la suite de l'ablation d'une tumeur du cou ; un ancien notaire de la province, venu à Paris pour se faire extirper un cancroïde situé entre les deux sourcils ; un membre de la magistrature la plus élevée, âgé à peine de quarante-cinq ans, à la suite de l'extirpation d'une loupe située derrière l'oreille. Ce fut donc au milieu de ces conditions si fâcheuses que je traitais mes deux malades.

Le premier subissait cinq cautérisations linéaires et quatre applications de pâte de Canquoin ; le second, quatre cautérisations linéaires, trois applications du même caustique au moins, et vingt cautérisations destructives, en pure perte, ainsi que je l'ai dit (*en tout trente-six applications de caustique !*), sans qu'il se soit jamais manifesté, pas plus chez l'un que chez l'autre, le plus léger symptôme d'inflammation érysipélateuse!

(1) Chez le premier malade, il m'est arrivé une fois que cette légère incision, quoiqu'elle n'eût excité aucune douleur, fut suivie après mon départ d'une légère perte de sang, dont l'écoulement du reste fut facilement arrêté.

(1) M. le docteur Mailly, ancien interne des hôpitaux, qui était allé se fixer à l'île Bourbon, vient d'y mourir récemment sous l'influence fatale des inhalations de chloroforme, que, pour plus de sécurité, il s'était administré lui-même pour se soustraire à la douleur de l'avulsion d'une dent. (*Revue de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 1er août 1861, page 420.)

CAS DE SYPHILIS DU CERVEAU.

Par M. le docteur Albers (de Bonn).

N..., âgé de soixante-quatre ans, journalier depuis son jeune âge, n'avait jamais été malade, quand à quarante-six ans il contracta un chancre, qui donna lieu à un bubon inguinal et à une éruption pustuleuse, et, malgré un traitement rationnel, une éruption impétigineuse continua depuis à se montrer de temps en temps. Des malheurs, des pertes, avaient exagéré un caractère naturellement mélancolique. Sous l'influence de l'affection syphilitique, cette disposition s'exagéra encore davantage, et il fut alors obsédé par la crainte de perdre le peu qu'il possédait encore.

A l'automne de 1851, il survint de la toux avec oppression et expectoration. Ce rhume fut un moment assez violent pour troubler son repos pendant la nuit. Cependant il ne retrancha rien de ses habitudes, continua à passer ses soirées à l'auberge, et ne renonça pas à l'usage du vin, dont il ne faisait toutefois jamais abus. Quelques vertiges survinrent, et un jour on le trouva sur son lit privé de sentiment, avec paralysie de la jambe droite, et ayant presque entièrement perdu l'usage de la parole. Le côté gauche de la face était paralysé et un peu dévié à droite, le pouls radial était plus petit à droite qu'à gauche et un peu déprimé ; la face était rouge, le battement carotidien très-prononcé et la dilatation des pupilles assez marquée. Une saignée, des ventouses scarifiées à la nuque, des embrocations froides, un lavement de sulfate de soude et un purgatif, combattirent successivement cet état.

Au bout de deux jours, le malade put articuler quelques mots, mais la paralysie avait fait de nouveaux progrès. La strychnine fut administrée, et peu après le mouvement se manifesta de nouveau aux extrémités.

Le malade ne prenait plus de strychnine depuis quinze jours, lorsqu'il fut pris subitement par une syncope accompagnée d'une violente contraction qui fermait les lèvres et faisait pencher à gauche la tête et le cou. Le côté droit des membres était le siége d'une contraction analogue, accompagnée de convulsions alternatives. Le visage était rouge, la tête chaude, et les battements des carotides étaient tumultueux. Ces accidents, énergiquement combattus, durèrent deux heures ; puis le malade fit quelques pas, mais il continua à ressentir une douleur très-vive dans le bras et surtout à l'épaule où la paralysie s'était déclarée. Les accès convulsifs se reproduisirent tous les huit ou quinze jours avec une certaine intensité et durèrent d'une à deux heures. On eut recours à des frictions stibiées derrière l'oreille gauche ; et l'ulcère qui en résulta fut entretenu pendant une période de trois à quatre mois. Les accès devinrent moins violents, le malade ne perdit plus connaissance, mais il conserva toujours un tremblement dans la main droite.

C'est ainsi qu'il se maintint jusqu'au 12 octobre, où, après cinq jours d'une constipation opiniâtre, le tremblement se manifesta avec une intensité nouvelle, accompagné d'une angoisse inaccoutumée, sans toutefois perdre connaissance. Mais après avoir duré trois jours, ces accidents furent suivis d'un coma qui après huit heures d'agonie aboutit à la mort.

L'autopsie, faite quarante-quatre heures après la mort, fournit les résultats ci-après :

La température du corps était encore de 10 degrés Réaumur. L'odeur cadavérique était peu sensible. La rigidité cadavérique était très-prononcée dans les membres, un peu moins à droite qu'à gauche; ce dernier était mieux nourri. Le bulbe oculaire gauche était atrophié. Point d'anomalie des os du crâne. A la surface du cerveau, on rencontrait des vaisseaux vides de sang. L'hémisphère gauche était plus développé que le droit, et les anfractuosités y avaient plus d'étendue que dans le côté opposé. Au tiers postérieur de l'hémisphère gauche et près de la faux, on trouvait, immédiatement au-dessous de la substance grise, une substance ramollie colorée en vert, dans laquelle on reconnaissait quelques stries jaunes. Cette substance, de l'étendue d'une petite pomme, gagnait le centre semi-ovulaire de Vieussens jusqu'à la voûte du ventricule latéral; elle était plus molle que la substance cérébrale normale. Quelques parties en étaient dures, sans être nettement limitées, et se perdaient dans la substance blanche en se continuant dans la substance grise du genou.

On observait partout les traces d'une congestion très-apparente; les artères du cercle de Willis, et surtout celles qui s'irradient au corps calleux et à la couche optique, étaient fortement dilatées; à droite elles étaient à l'état normal. Le plexus choroïde gauche était plus injecté que le droit, et la couche optique était moins étendue à gauche qu'à droite.

Ce qui caractérise surtout le cas que nous venons d'analyser, c'est l'état inflammatoire des vaisseaux artériels dépendant non d'une affection rhumatismale, comme cela s'observe souvent, mais de la généralisation progressive de la maladie syphilitique, qui s'est manifestée par des localisations inflammatoires.

FRACTURE VERTICALE DU BORD ALVÉOLAIRE
ou portion alvéolaire du maxillaire inférieur, due à un contre-coup;

Par M. le Dr ALLAIRE, d'Héricy-sur-Seine.

M. Lemaître, marchand boucher à Héricy-sur-Seine, âgé de trente-huit ans, ayant la vue très-affaiblie depuis environ un an, fut, dans la soirée du 20 mai 1859, précipité hors de sa voiture au moment où il donnait un coup de fouet à son cheval. Les personnes présentes, à l'aspect des désordres traumatiques qui résultèrent de cette chute, croyaient que l'une des roues lui avait passé sur la tête.

Reconduit à son domicile, distant de 5 kilomètres, le malade me fit incontinent appeler. Après avoir enlevé un bandage qui avait été appliqué provisoirement par un confrère qui se trouvait alors sur les lieux, je dus constater, siégeant sur la presque totalité de la face du *côté gauche*, dont la joue est congénitalement hypertrophiée :

1° Une forte contusion, et çà et là diverses intoxications peu considérables;

2° Une plaie contuse et déchirure occupant l'oreille (conque, tragus, antitragus et anthélix).

Du côté droit, la région maxillo-mentonnière et le reste de la face sont indemnes de toute lésion, et la pression exercée sur ces parties ne détermine nulle douleur. Pourtant, de ce côté, je diagnostique une fracture du bord alvéolaire près la ligne médiane, reconnue facilement à une division nette et verticale de la cloison comprise entre l'incisive médiane et l'incisive latérale, sortie en partie de son alvéole, et par contre très-vacillante.

Je remarque que l'ouverture de la bouche augmente l'écartement des deux petits fragments, et qu'un léger soulèvement du menton suffit pour les rapprocher. En parcourant avec les doigts la surface extérieure de la branche droite du maxillaire inférieur suivant la direction correspondante à cette solution de continuité inter-alvéolaire, je ne rencontre aucune inégalité pouvant me donner raison du prolongement de la fracture sur la portion basilaire.

Comme appareil, j'ai préféré la mentonnière classique et ses accessoires à tout autre moyen contentif. Je surmonte difficilement, ou plutôt je ne puis surmonter l'indocilité de mon malade.

La nuit, il se débarrasse ou se fait débarrasser de son appareil par sa garde-malade, afin, dit-il, qu'on puisse nettoyer et panser son oreille. Il n'entend pas non plus se priver de parler, et veut absolument se nourrir de potages, voire même d'aliments plus ou moins solides. Malgré tout, la réunion des petits fragments s'est trouvée complétement consolidée vers le quarante-cinquième jour, et la dent, quoique restée vacillante, sert à la mastication.

Au point de vue du traitement, il est évident qu'ici la nature a fait pour ainsi dire les frais de la guérison. *Natura..... multas habet quæ captum medicorum fugiunt* (Baglivi).

Presque tous les auteurs modernes admettent les fractures par contre-coup pour un certain nombre d'os (clavicule, côtes, sternum, radius, et même le maxillaire inférieur, si je m'en rapporte à mes recherches circonscrites); mais à l'endroit de celles dites incomplètes, l'accord est moins unanime. Suis-je donc autorisé à ranger le cas présent dans la catégorie de ces dernières? Mentionnerai-je les épiphénomènes suivants, qui se sont manifestés successivement et presque instantanément: céphalalgie limitée au côté droit; insomnie; déglutition difficile; expuition presque continuelle de salive; parfois expectoration de crachats blanchâtres; douleur aux régions amygdalienne et sublinguale, et celle-ci est devenue tuméfiée, a été le siége de plusieurs abcès, dont un assez considérable; sortie d'une certaine quantité de pus par le conduit auditif jusqu'au vingtième jour.

ADHÉRENCE ANORMALE DU PLACENTA.
Expulsion abandonnée à la nature; résorption putride; guérison.

Par M. le Dr MOLAS (d'Auch).

La rétention du placenta dans la matrice, en totalité ou en partie, quelle qu'en soit la cause, a toujours été justement considérée comme une circonstance d'autant plus fâcheuse que les accidents les plus graves en sont ordinairement la conséquence. On conçoit, en effet, que ses fonctions étant terminées après la naissance de l'enfant, cette masse vasculaire devient un corps étranger dont la présence dans l'utérus ne peut qu'être nuisible; d'abord elle empêche cet organe de revenir sur lui-même, et par là le dispose aux hémorrhagies, ou les entretient, si elles existent déjà. En second lieu, elle expose les femmes aux plus grands dangers, par l'intoxication qui résulte de la résorption des matières putrides provenant de sa décomposition. Cette résorption est d'autant plus prompte et plus dangereuse que les orifices des sinus utérins sont encore béants, et qu'elle s'opère dans une circonstance où l'organisme tout entier se trouve éminemment disposé à subir l'action des agents délétères.

Il est donc d'indication urgente, quand la nature n'effectue pas en temps convenable la délivrance, de procéder à cette opération; malheureusement cela n'est pas toujours possible; l'observation suivante en fournit une preuve remarquable :

La femme P..., cuisinière, habitant la ville d'Auch, âgée de trente-six ans, d'une constitution sèche, d'un tempérament nerveux sanguin, a eu une enfance maladive, qui a souvent nécessité l'emploi de la saignée: ce n'a été qu'à l'âge de dix-huit ans que sa santé s'est affermie. Mariée à trente-quatre ans, elle ne tarda pas à devenir enceinte. La grossesse et l'accouchement suivirent leur marche ordinaire; seulement la délivrance fut un peu retardée par de légères adhérences du placenta qu'il fallut détruire, ce qui se fit sans de grandes difficultés.

Devenue enceinte une seconde fois dans les premiers jours de janvier 1860, cette nouvelle grossesse n'a point ressemblé à la première. Elle a été constamment accompagnée de malaise et de douleurs au ventre, qui ont souvent, par leur acuité, forcé cette femme à garder le repos et à recourir à la saignée et aux bains pour les calmer; malgré cet état de souffrance presque continuel, la grossesse est parvenue à son terme; le travail s'est établi d'une manière régulière, et le 20 septembre, à six heures du matin, je suis appelé pour terminer l'accouchement; l'enfant venait par les pieds, et la moitié du corps était déjà dehors.

Le temps qui s'était écoulé depuis que l'enfant était dans cette position faisait assez prévoir sa mort; aussi, tous les moyens mis en usage en pareil cas pour le rappeler à la vie sont restés sans effet. J'ai laissé le soin de la délivrance à la sage-femme, pensant qu'elle se ferait naturellement; mais, une heure après, j'ai été appelé de nouveau par cette dernière pour extraire le placenta, dont rien n'annonçait le décollement; il n'y avait eu, en effet, d'autre écoulement de sang que celui qui s'était fait par le cordon.

Mes tentatives pour opérer le décollement ont été vaines; les adhérences étaient générales et très-fortes. La crainte d'opérer l'inversion de la matrice, de l'irriter ou de la blesser, si j'employais la violence, m'a fait prendre le parti d'abandonner le tout à la nature; la femme fatiguée a été remise dans son lit; et, à part quelques tremblements nerveux, qui se sont bientôt dissipés, il n'y a eu rien de bien saillant jusqu'au lendemain au soir. Alors seulement sont survenus du malaise, des douleurs aux lombes et des contractions utérines.

Le 22, les douleurs lombaires sont plus fortes. Un violent frisson, suivi d'une grande chaleur, accompagnée de céphalalgie, s'est déclaré à neuf heures du matin. A la pâleur que le frisson a produite, a succédé une vive coloration de la face et une soif ardente; le pouls est à 120; le calme est survenu vers midi; mais, à six heures du soir, l'accès s'est reproduit avec la même violence.

Le 23, chute du cordon; mêmes accès fébriles que la veille, laissant après eux un grand abattement; ventre légèrement ballonné, mais sans douleur bien prononcée, même à la pression.

Prescriptions. — Lavement émollient, qui produit des évacuations abondantes et du soulagement; potion composée de :

Eau de cannelle.	ãã 30 grammes.	
— de tilleul		
— de fleurs d'oranger. . .		
Extrait mou de quinquina. . .	4	—
Sulfate de quinine.	1	—

F. S. A. Une potion à prendre par cuillerées à soupe, de demi-heure en demi-heure.

Injections utérines avec décoction d'orge; cataplasmes de farine de lin sur le ventre, renouvelés toutes les trois heures.

Le 24, point de fièvre; l'eau des injections est trouble et répand une odeur infecte; mêmes prescriptions, plus teinture d'iode ajoutée à l'eau d'orge; bouillon substantiel; une cuillerée de vin.

Le 25, la fièvre n'est pas revenue; les injections entraînent des débris du placenta; l'odeur infecte s'est dissipée; même prescription, sauf la suppression du sulfate de quinine dans la potion, et la réduction de l'extrait de quinquina à 2 grammes.

Le 26, légère fièvre sans frissons; ventre souple, non douloureux; le globe utérin diminué de volume; l'eau des injections est bourbeuse, sans odeur forte.

Prescriptions. — Potage au tapioca; vin; la potion n'est donnée que toutes les deux heures; limonade vineuse pour boisson.

Les 27, 28, 29 et 30, même état; rien de changé pour le traitement ni le régime.

Le 1er octobre, assoupissement continuel; pouls développé, teint régulier; les injections iodées entraînent toujours des matières.

Le 2, l'assoupissement a disparu; le pouls est à 70; le ventre souple, non douloureux; l'eau des injections est très-chargée. — Suppression de la potion.

Le 3, léger frisson qui dure peu; appétit; les injections amènent toujours des matières. — Trois potages.

Depuis ce jour, tout va en s'améliorant; la matrice diminue de volume, et le 15 tout est rentré dans l'ordre. La malade se lève; la convalescence est assurée.

Les douleurs que cette femme a éprouvées au ventre pendant sa grossesse, et que les antiphlogistiques ont chaque fois amendées, indiquent évidemment la cause des adhérences du placenta; il n'y a donc rien qui doivent surprendre; mais ce qui est à remarquer, à cause de sa rareté, c'est l'adhérence entière de cet organe. Il a été impossible, en effet, de trouver le moindre décollement, soit sur son bord, soit à son centre; force a été dès lors de l'abandonner à la nature; la décomposition, et par suite la résorption des matières putrides, en ont été les conséquences; l'intoxication qui en est survenue, traduite par les frissons, une chaleur que j'appellerai réactionnaire, la soif, etc., a été heureusement combattue par l'extrait de quinquina uni au sulfate de quinine, et par la teinture d'iode, qui a agi, non-seulement comme désinfectant, mais encore comme antiseptique, en neutralisant, je pense, les matières en décomposition.

POLYDACTYLIE ET SYNDACTYLIE
chez un ouvrier vigneron de quarante-quatre ans.

Par M. le Dr GRANDCLÉMENT.

Le docteur Grandclément a signalé à la Société des sciences médicales de Gannat une anomalie fort intéressante et remarquable à cause de la régularité très-peu commune que présente particulièrement l'une de ces deux mains.

La main droite portait primitivement sept doigts. L'un d'eux, composé seulement de la phalange onguéale et placé comme un crochet à la face externe de l'auriculaire, a été enlevé, il y a douze ans, au moyen d'un fil de soie. Les six doigts restant sont complets. Chacun d'eux est muni de son métacarpien, est parfaitement libre, et jouit de tous les mouvements des doigts normaux.

La main gauche porte sept doigts. Les deux surnuméraires sont :

1° Un doigt en crochet, formé de deux phalanges seulement et articulé sur la troisième phalange de l'auriculaire, au côté externe;

2° Un doigt évidemment formé par un dédoublement de l'annulaire, auquel il est resté soudé ainsi qu'au médius. Le doigt moyen de cette patte d'oie n'a que deux phalanges.

Cette main ne renferme que cinq métacarpiens, mais la tête de celui qui correspond à l'annulaire est très-développée pour servir à l'articulation du doigt dédoublé.

Le pied droit a six orteils. Le surnuméraire est entre le petit orteil et le suivant, sur un plan plus élevé.

Le pied gauche porte aussi six orteils. Le sixième est placé comme à droite, mais sur un plan plus inférieur.

L'homme chez lequel on remarque ces anomalies n'a pas le goître, mais, selon l'auteur, il présenterait tout le faciès d'un individu que le crétinisme aurait touché. Il a pu apprendre à lire et à cultiver la vigne.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 novembre 1861. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et des travaux publics transmet :

1° Un rapport du médecin en chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1860 (commission des eaux minérales);

2° Des rapports d'épidémies par MM. les docteurs Picard (de Romorantin), Sergeant (de Neauphle-le-Château), et Lemaistre (de Limoges) [commission des épidémies];

3° La formule d'un remède pour la guérison des affections laiteuses, par M. le docteur Lebert, de Nogent-le-Rotrou (commission des remèdes secrets et nouveaux).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

L'Académie reçoit :

1° Un rapport de M. le docteur Renault (d'Alençon) sur les vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées depuis l'année 1825 (commission de vaccine);

2° Une note de M. le docteur Nivelet (de Commercy) sur une pile nouvelle fonctionnant avec le sel commun et le perchlorure de fer (commissaires, MM. Gavarret et Regnault);

3° Une lettre de M. Réveil, qui remercie l'Académie de l'avoir porté sur la liste de candidature pour la section d'hygiène publique et de médecine légale.

4° M. le docteur Burq, dont nous avons fait connaître en septembre dernier une première communication sur un nouveau système de filtration, d'aération et de rafraîchissement des eaux potables, adresse à l'Académie :

1. Un nouveau mémoire sur cette question, où sont exposés tous les détails de son système;

2. Le plan d'un réservoir monté pour l'épuration, le rafraîchissement et l'emmagasinement de 5,000 mètres cubes d'eau par jour;

3. Un spécimen de grandeur naturelle des appareils (alcarrazas-Filhes) destinés à fonctionner sur ledit réservoir, dont ci-dessous le dessin et la description.

Légende : échelle de 0,02 par mètre.

1, 2, 3, troncs creux de pyramide quadrangulaire crénelés sur chaque face, en forme de persienne d'appartement, réunis, le sommet de l'un sur la base de l'autre, de manière à former un récipient polyédrique à jour, à très-grande surface, dont toutes les cannelures sont inclinées de manière à venir toutes s'ouvrir perpendiculairement par des plans différents au-dessus des bordures ou entablements qui unissent les pyramides entre elles. A l'intérieur sont encastrés, lutés et isolés avec soin les uns des autres, ainsi que l'indique la pyramide n° 2, des diaphragmes *a b* en pierre à filtre de fontaine, d'environ 10 à 12 millimètres d'épaisseur seulement.

A, tuyau de prise d'eau.

B, tuyau de trop plein.

D 1, continuation de B, coudée en *o* sur une poulie à engrenage F, disposée pour permettre d'élever ou abaisser à volonté la partie *o* 1 de ce tuyau, et par conséquent élever ou abaisser d'autant la pression dans

le filtre, suivant les besoins de la filtration et du rafraîchissement.

L'eau est d'abord filtrée et rafraîchie à travers et sur les nombreux diaphragmes en pierre. A sa sortie du filtre elle est divisée, criblée en quelque sorte par les lames de persienne qui lui fournissent autant de gouttières d'écoulement, puis pulvérisée, pour mieux s'aérer encore, par les entablements sur lesquels chaque gouttière est obligée de se déverser directement. Après avoir ainsi inondé les faces extérieures de l'appareil, l'eau épurée tombe dans le réservoir d'approvisionnement.

Un trou d'homme pratiqué sur le couvercle de fermeture permet l'introduction facile d'une brosse pour le nettoyage. Mais dans un grand service public d'eau, ce nettoyage se fait automatiquement de la façon suivante :

La prise d'eau est calculée de manière à assurer le service privé et celui de la voie publique. Or ce dernier étant au premier à peu près comme 4 ou 5 est à 1, il en résulte que les appareils de filtrage reçoivent 4 ou 5 fois plus d'eau qu'ils ne peuvent en débiter. De là un courant énergique à effet de remous déterminé par la disposition à la partie inférieure des ouvertures d'entrée et de sortie A, B, qui suffit pour nettoyer les surfaces inférieures des diaphragmes et entraîner directement sur la voie publique avec l'eau destinée à en faire le service tous les dépôts des filtres.

Le débit par appareil est, suivant la pression, de 100 à 150 mètres cubes par jour, et le prix de revient de l'eau filtrée, aérée et rafraîchie, est d'environ 1 cent. à 1 cent. 1/4 le mètre cube.

Dans un grand service public des eaux où fonctionnent 20, 30, 100 appareils semblables à celui qui vient d'être décrit, les appareils sont divisés en groupes distincts de 3 ou 4. Chaque groupe vient s'ouvrir sur un gros tuyau. (Commissaires, MM. Adelon, Robert et Guérard).

— M. ROBIN fait hommage à l'Académie en son nom et au nom de M. Magitot d'un opuscule sur l'origine et l'évolution des dents chez l'homme et chez les animaux. Il donne de vive voix une analyse de ce travail.

— M. MALGAIGNE présente au nom de M. Verneuil un deuxième fascicule du documents inédits tirés des archives de l'ancienne Académie de chirurgie.

— M. LARREY présente de la part de M. le docteur Bizet un compte rendu des revaccinations qu'il a pratiquées au 32e de ligne pendant l'année 1861.

Embryotome. — M. MATHIEU présente à l'Académie un embryotome caché à lames mobiles et à chaînons de scie destiné à la section du cou ou du tronc du fœtus dans l'utérus, qu'il a exécuté d'après les indications de M. Jacquemier.

Dans les cas si embarrassants de présentations du tronc, où le fœtus est mort et la version impraticable, l'indication est de pratiquer la section du cou ou de séparer le tronc en deux parties qui sortent isolément avec la plus grande facilité. Mais jusqu'à présent, l'art n'ayant à sa disposition que des moyens défectueux et insuffisants pour remplir cette indication, la section du cou du fœtus dans l'utérus est restée une opération des plus difficiles, le plus souvent même inexécutable, qu'on élude presque toujours.

C'est en vue de remédier à cet état de choses que le présent instrument de décollation ou de décapitation a été imaginé. Il est fort simple, bien que composé de plusieurs pièces, qui sont :

1° Un crochet mousse (fig. 1) creusé dans toute son étendue d'un canal à rainure dans le sens de sa courbure ;

2° Une tige portée sur un manche (*g*) fixé par une vis, tige qui glisse librement dans le canal du crochet, et terminée (*b*) par une série de lames articulées dont la convexité fait saillie à travers la rainure du crochet ;

3° Une seconde tige qui peut, sans qu'on déplace le crochet, remplacer la première, portant (fig. 2, *b*), au lieu de lames convexes, des chaînons de scie évasés en dehors, de manière à former une large voie, dans laquelle la partie recourbée du crochet aplatie à cet effet peut s'engager facilement.

4° Une gaîne mobile (*d*, *d*) qu'on peut faire glisser jusqu'à la naissance de la courbure du crochet, et qui met à l'abri des lames convexes ou des dents de la scie la vulve, le vagin, l'orifice utérin, etc.

On peut, par une disposition particulière (fig. 1), faire saillir à volonté la lame terminale au bout du crochet, et le transformer en un crochet aigu pour le cas où il serait impossible de le porter sur le cou, et où l'on voudrait agir sur le tronc, diviser la colonne vertébrale, le sternum, etc.

En saisissant d'une main le manche du crochet, qu'on tient immobile, et de l'autre le manche de la tige, on peut faire exécuter des mouvements rapides de va-et-vient aux lames ou à la scie, et diviser les parties embrassées dans la concavité du crochet.

Cet instrument se démonte avec la plus grande facilité, et chaque pièce peut être nettoyée isolément.

L'instrument, débarrassé de sa tige et même de sa gaîne protectrice si cela est nécessaire, est introduit dans l'utérus et mis en place comme un crochet mousse ordinaire. Après avoir poussé la gaîne au delà de l'orifice utérin contre les parties du fœtus, on fait glisser la tige armée jusque dans la courbure du crochet ; tandis que la main droite appliquée sur le manche de la tige lui imprime des mouvements rapides de va-et-vient, la gauche appliquée sur le manche du crochet le fixe sur les parties embrassées dans sa concavité.

Il résulte d'expériences nombreuses sur le cadavre que le crochet n'est pas exposé à être faussé ni la tige armée à sortir de sa gaîne. La tige à lames convexes divise facilement et rapidement les parties molles, tandis que la scie à large voie ne divise que lentement les parties osseuses. Cette partie de l'opération exige un exercice préliminaire et l'habitude de se servir d'une scie concave, ayant à diviser en même temps des parties dures et des parties molles dans des conditions peu favorables. Le point important est de ne pas exagérer la pression exercée avec la main qui fixe le crochet et le tient immobile sur les parties embrassées dans sa concavité.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie qu'elle vient de faire deux pertes également regrettables depuis la dernière séance, dans les personnos de M. Isid. Bourdon, membre titulaire, et de M. Riberi, médecin de S. M. le roi d'Italie, membre associé étranger.

L'Académie a été représentée aux obsèques de M. Is. Bourdon par quelques-uns de ses membres. M. Boudet a improvisé sur sa tombe l'expression des regrets de l'Académie.

Sur la demande de M. le président, M. Boudet donne lecture de ce discours. (Marques d'approbation de l'Académie.)

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

Voici la liste de présentation :

En 1re ligne.	M. Vernois.
En 2e.	M. Boudin.
En 3e.	M. Bouchut.
En 4e.	M. Duchesne.
En 5e.	M. Delpech.
En 6e.	M. Ménière.
Candidat de l'Académie. . . .	M. Réveil.

Le nombre des membres présents et prenant part au vote est de 75 ; majorité, 38.

Au premier tour de scrutin, les voix ont été réparties comme il suit :

M. Vernois a réuni . . .	38	suffrages.
M. Ménière.	16	—
M. Boudin.	11	—
M. Bouchut.	6	—
M. Duchesne..	3	—
Bulletin blanc..	1	

M. Vernois ayant réuni la majorité des suffrages, a été proclamé membre de l'Académie. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

Immédiatement après le dépouillement du scrutin, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la suite des rapports sur les prix.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Quelques inexactitudes s'étant glissées dans le compte rendu des mutations qui ont eu lieu récemment dans les hôpitaux de Paris, l'administration générale de l'Assistance publique nous prie de les rectifier ainsi :

M. le docteur Hervieux, médecin du bureau central d'admission, a été nommé médecin de la Maison d'accouchement, en remplacement de M. le docteur Delpech, passé à l'hôpital Necker ;

M. le docteur Charcot, médecin du bureau central, a été nommé médecin de l'hôpital de Lourcine, en remplacement de M. le docteur Matice, passé à l'hôpital Saint-Antoine ;

M. le docteur Vulpian, médecin du bureau central, a été nommé médecin de l'hospice de LaRochefoucauld, en remplacement de M. le docteur Racle, passé à l'hôpital des Enfants ;

M. le docteur Labric, médecin du bureau central, a été nommé médecin de la Direction des nourrices, en remplacement de M. le docteur Woillez, passé à l'hospice de la Vieillesse (femmes).

— Le concours du prosectorat à l'école préparatoire d'Alger, s'est terminé par la nomination de M. Colozzi comme prosecteur, et par celles de MM. Bourlier et Garreau comme aide-prosecteurs.

— M. le docteur Ménestrel vient de mourir à Paris à l'âge de soixante-six ans. Il avait publié un *Traité d'hygiène* estimé, fait en collaboration avec Moreau (de la Sarthe), ancien bibliothécaire de la Faculté de médecine.

— M. le docteur de Guindrecourt, professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger, médecin de l'Orphelinat de Mustapha, est mort dans cette commune le 30 octobre dernier.

MM. les docteurs de Niort et Grosse-Durocher, médecins de colonisation à Chebli et à Blidah, avaient précédé de peu de jours dans la tombe M. le docteur de Guindrecourt.

— M. le docteur Deval continue ses consultations cliniques *sur les maladies des yeux*, à son dispensaire, rue des Marais Saint-Germain, 18, tous les jours, à onze heures du matin, excepté le dimanche et le mercredi.

Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires, contenant : les rétentions d'urine occasionnées par les rétrécissements de l'urèthre, le catarrhe de la vessie et les affections de la glande prostate ; de la blennorrhagie et des maladies syphilitiques ; par M. le docteur DUBOUCHET. Dixième édition. Prix : 5 fr. *franco*. Chez Germer-Baillière, libraire, et chez l'auteur, r. Taitbout, 16.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.
Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »
POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Des diarrhées et des dyssenteries qui ont régné épidémiquement à Paris et dans plusieurs départements, pendant les mois d'août et de septembre.

Nous avons signalé à nos lecteurs, à l'époque même où elles sévissaient, les affections diarrhéiques et dyssentériques qui ont fait le fond de la constitution médicale de Paris et d'une grande partie de la France pendant les mois d'août et septembre derniers. Si nous y revenons aujourd'hui, c'est pour exposer les résultats d'une étude approfondie que M. le docteur Empis a faite des caractères et de la thérapeutique de cette épidémie, tant à l'hospice des Incurables, dont il est médecin, et à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Monneret qu'il remplaçait alors, que dans sa pratique civile et dans plusieurs communes du département de l'Oise, dans lequel il a fait à cette époque une rapide excursion.

Nous empruntons à l'excellente relation que ce médecin vient de publier dans le dernier cahier des *Archives de médecine*, les principaux traits de ce petit tableau épidémique qui nous a paru tracé avec une parfaite exactitude :

Pendant les premières semaines du mois d'août, dit M. Empis, l'épidémie à son début consistait particulièrement en diarrhées catarrhales liées à un état de faiblesse générale très-prononcée ; plus tard, vers la fin d'août et pendant tout le mois de septembre, l'épidémie changea de forme : ce n'était plus seulement de la diarrhée, mais une véritable dyssenterie, quelquefois bénigne, le plus souvent très-grave. Un phénomène particulier à cette épidémie et qui a paru à M. Empis mériter l'attention, c'est l'état de faiblesse dans lequel étaient immédiatement plongées les personnes atteintes. Les malades ne pouvaient ni marcher ni se livrer à leurs occupations sans ressentir une fatigue extrême, sans éprouver des vertiges et des sueurs plus ou moins profuses. Cet état de faiblesse ne pouvait être expliqué par l'abondance des excrétions alvines, car il n'était nullement en rapport avec leur nombre. Quelques malades chez qui le flux intestinal avait été très-léger, conservaient néanmoins, après la cessation complète de la diarrhée, cet état de faiblesse pendant plus d'une semaine encore.

Au début de l'épidémie, la plupart de ces diarrhées furent sans gravité. Chez quelques individus cependant elle acquit de très-grandes proportions et revêtit la forme cholérique, dont nous avons à cette époque entretenu nos lecteurs.

La dyssenterie qui vint bientôt se joindre à la diarrhée a présenté un caractère beaucoup plus grave. Elle a entraîné la mort de plusieurs malades à l'hospice des Incurables. Elle s'est déclarée dans cet établissement vers la dernière semaine du mois d'août, et elle a atteint en très-peu de jours un très-grand nombre de sujets. Voici comment la maladie s'est comportée dans cette nouvelle phase de l'épidémie :

Les malades, d'abord atteints de diarrhée, présentaient au bout d'un certain nombre de jours les symptômes de la dyssenterie. Le nombre des selles était très-élevé : des malades y allaient 25 à 30 fois par jour, quelques-uns plus de 60 fois ; d'autres ne pouvaient même plus les compter. Les garde-robes, mucoso-sanguinolentes et très-fétides, étaient suivies de ténesme et de cuisson à l'anus. Ce ténesme et cette cuisson étaient d'ailleurs les deux seuls symptômes douloureux, car il n'y avait point de colique, ni avant ni pendant les garde-robes. Le ventre était souple, non ballonné, la palpation n'en était pas douloureuse.

Cette dyssenterie était essentiellement apyrétique et adynamique ; les malades étaient abattus, prostrés ; ils avaient une grande tendance à se refroidir ; dans la forme grave de la maladie, la peau devenait flasque et légèrement cyanosée ; la physionomie s'altérait beaucoup, les yeux devenaient cernés et perdaient leur expression.

Chez quelques malades, il y eut un délire comateux. Le pouls était le plus souvent petit, dépressible, et, dans les cas graves, inégal. La langue, simplement blanchâtre chez la plupart des malades, devint, chez quelques-uns seulement, sèche, fuligineuse, et se recouvrit plus tard de muguet. Il n'y eut de vomissements que chez un très-petit nombre de malades, et seulement au début de la maladie.

La marche et la durée de la dyssenterie ont été très-variables. Dans les premiers jours du mois de septembre, au moment où l'épidémie était à son maximum, la maladie marchait très-rapidement vers une issue funeste. Une malade est morte, à ce moment, au quatrième jour ; d'autres au septième et au huitième. En général, toutes les fois que la maladie s'est terminée par la guérison, sa durée a été de six à huit jours dans les cas légers, de huit à douze dans les cas de moyenne intensité, et de quinze à vingt et au delà dans les cas très-graves.

Chez les sujets qui ont succombé à la maladie, M. Empis a rencontré des lésions qui ne diffèrent entre elles que par leur étendue et par le degré plus ou moins avancé de leur évolution. Le siége de la lésion anatomique a été constamment dans le gros intestin ; elle s'est toujours développée primitivement vers l'extrémité inférieure de l'intestin, et de là elle a successivement gagné, de proche en proche, les parties supérieures, de telle sorte qu'au moment où l'inflammation des follicules et de la muqueuse était déjà en pleine ulcération à la partie inférieure du côlon, elle ne consistait qu'en une espèce d'éruption folliculeuse dans les parties plus élevées, voisines de la valvule iléo-cœcale. Il n'est pas moins remarquable aussi que, dans tous les cas qui ont été examinés, les lésions n'aient jamais été au delà de la face de la valvule qui regarde le côlon, et que l'intestin grêle n'ait jamais offert aucune altération.

Chez les sujets morts avec les caractères anatomiques du premier et du deuxième degré de l'inflammation du gros intestin, les ganglions mésentériques ont toujours été trouvés très-nombreux et augmentés de volume.

Au début de l'épidémie, l'eau de riz, les lavements d'amidon et la diète ont suffi le plus souvent pour arrêter la diarrhée ; mais bientôt, la maladie devenant plus grave, M. Empis a eu recours à l'extrait thébaïque et au laudanum de Sydenham administré soit en lavement, soit en potion. La dose en a été élevée rapidement à 40 et à 60 gouttes par jour, et dans presque aucun cas on n'a eu à se louer de son action. Les malades tombaient dans un narcotisme qui exagérait beaucoup leur faiblesse, et la diarrhée n'en persistait pas moins avec intensité.

Les éméto-cathartiques et les purgatifs salins ont rendu plus de services. M. Empis a prescrit plusieurs fois à des malades atteints de diarrhée, au début de l'épidémie, un mélange d'ipécacuanha et de sulfate de soude, ou bien encore une bouteille d'eau de Sedlitz, et plusieurs fois cette médication a mis fin très-rapidement à la maladie. Cependant, lorsque l'épidémie s'est transformée en dyssenterie, cette médication, mise en usage dès le début des premiers symptômes, n'a plus obtenu de succès.

Les préparations opiacées, essayées de nouveau contre la dyssenterie, ont également échoué ; elles n'ont rendu service que dans deux ou trois cas dans lesquels il y avait exceptionnellement des coliques violentes. L'opium a paru agir alors avec efficacité contre l'élément douleur ; mais comme ce symptôme ne s'est présenté qu'un très-petit nombre de fois dans tout le cours de l'épidémie, il n'y a pas eu souvent lieu de le combattre.

L'état général des malades atteints par la dyssenterie, l'apyrexie et l'adynamie qui accompagnaient la maladie, contre-indiquaient les émissions sanguines ; aussi n'ont-elles point été mises en usage.

La décoction blanche de Sydenham, le sous-nitrate de bismuth, la craie préparée, les préparations de ratanhia, n'ont été utiles qu'à la fin des dyssenteries graves, lorsque la maladie, avant de se terminer, reprenait sa forme diarrhéique. Dans cette circonstance, l'usage de ces médicaments a paru hâter la guérison ; mais au début, ils n'ont ni empêché la dyssenterie de se déclarer ni mis obstacle à son aggravation.

Lorsque, malgré l'emploi des émollients, des émétiques, du sous-nitrate de bismuth, des préparations de ratanhia, des vésicatoires volants sur le ventre, etc., la maladie ne s'amendait pas, et que, tout au contraire, les malades tombaient dans une adynamie présageant une mort prochaine, M. Empis a eu recours au nitrate d'argent à haute dose (40 centigr. divisés en quatre pilules, données de quatre en quatre heures).

Encouragé par l'heureux succès que lui avait procuré le nitrate d'argent dans deux cas désespérés, ce médecin le prescrivit de suite à quatre autres malades de l'infirmerie qui, sans être dans un état tout à fait aussi désespéré, se trouvaient néanmoins

---

JEANNE D'ARC JUGÉE PAR LES MÉDECINS.

Au seuil des temps modernes se trouve inscrit un mystérieux événement : la France, presque à la veille de disparaître de la carte géographique, a été sauvée par une femme. Que n'a-t-on pas dit sur la vierge de Domremy ? Les historiens, les littérateurs et les poëtes se sont trouvés à court d'expressions pour interpréter sa mission et en exalter le caractère ; d'après eux ce fut une sibylle et un héros. Quelques médecins, au contraire, analysant avec une impitoyable sévérité le fait des illuminations mentales de Jeanne, n'ont pas craint de considérer comme « une théomane hallucinée et une véritable folle » la pure et enthousiaste libératrice de Charles VII.

A l'attaque succède la défense, et voici que nous venons de prendre connaissance du très-curieux mémoire sur *les voix et les révélations de Jeanne d'Arc*, dont M. le docteur Brierre de Boismont, président de la Société médico-psychologique, a récemment donné lecture à cette savante compagnie, et dont il vient d'enrichir la *troisième* édition de son livre (1). Nous avions d'abord eu l'intention de rendre compte de cet important ouvrage ; mais puisque le hasard nous a fait tomber sur quelques pages palpitantes d'intérêt et nous a permis de faire allusion à une grande figure historique, que notre savant confrère veuille bien en prendre son parti : nous parlerons de Jeanne, et c'est lui qui restera chargé de l'absoudre d'un jugement inique, inconsidéré.

Jeanne était bien constituée, forte, vigoureuse, et apte à tous les exercices du corps. L'influence du milieu, les traditions répandues, la tournure de son esprit, son amour pour le roi et la France, son horreur pour l'étranger, ses convictions religieuses, sa vie contemplative et la grandeur du but, durent surexciter au plus haut degré sa force nerveuse. Une organisation semblable la porta à méditer de bonne heure sur les moyens d'affranchir la France de ses oppresseurs ; peu à peu cette pensée s'empara de toutes ses facultés, « et lorsque ses voix se firent entendre, elles ne furent que les échos de sa pensée. Jeanne appartient à ces âmes d'élite qui s'éprennent de toutes les idées généreuses, volent au secours de toutes les infortunes, ne reculent devant aucun danger, franchissent les obstacles les plus insurmontables, et marchent en avant quand des milliers d'autres s'arrêtent. »

L'humble fille de village commença à entendre des voix en 1425 ; elle avait alors treize ans accomplis. L'ange Gabriel, l'archange saint Michel, puis sainte Catherine et sainte Marguerite, la préparèrent à sa mission, lui promirent de la guider et lui ordonnèrent de croire à leurs paroles. Jeanne ne s'appartint plus ; elle se donna tout entière à Dieu et lui voua sa virginité. Nul ne sut ce qui se passait en elle, et pendant plusieurs années elle vécut dans le commerce des saints et des saintes.

Un jour enfin, il lui fut ordonné d'aller à Vaucouleurs auprès de Robert de Baudricourt, capitaine du lieu, qui lui donnerait des gens pour partir avec elle. Le sire de Baudricourt dit une première fois qu'il fallait la ramener à son père *bien souffletée* ; mais obligé plus tard de regarder l'entreprise comme sérieuse, il lui donna une épée et la fit accompagner par six hommes armés.

L'ouïe n'était pas chez Jeanne le seul sens affecté. Une vive lumière se manifestait, en effet, du côté où partaient les voix, et souvent dans cette lumière se dessinait la figure des interlocuteurs. Le toucher et l'odorat furent également atteints : elle avait embrassé des saintes et senti l'odeur exquise qui s'exhalait d'elles.

La délivrance d'Orléans causa une impression profonde. Le siége durait depuis sept mois ; la Pucelle y mit fin en une semaine. Immédiatement elle se rendit auprès du roi pour le conduire jusqu'à Reims, mais elle voulait qu'on se pressât. Elle disait « qu'elle ne durerait guère plus d'un an, et qu'on songeât à bien besogner, car elle avait beaucoup à faire. »

M. Brierre de Boismont rapporte que Christophe d'Harcourt questionna un jour Jeanne devant le roi, et lui demanda comment lui parlaient ses voix. Elle répondit que lorsqu'on opposait des doutes à sa mission, elle se retirait à part et priait Dieu. Sa prière faite, elle entendait une voix qui lui disait : « Fille de Dé (de Dieu), va, va, va, je serai à ton aide, va ! » Et quand cette voix lui venait, elle était bien réjouie et eût voulu toujours être en cet état.

Orléans délivré, les Anglais chassés, en moins d'une semaine, de leurs principales positions sur la Loire et battus en rase campagne dans leur retraite ; le roi mené à Reims avec une armée dépourvue de tout, à travers un pays occupé par l'ennemi, entrant dans les villes et atteignant le but de son voyage sans coup férir, voilà la première partie de la mission accomplie. L'épreuve douloureuse va commencer.

Tandis que Jeanne traversait Melun dans la semaine de Pâques (vers le 15 avril), « ses voix, dit M. Brierre de Boismont, lui dirent qu'elle serait prise avant la Saint-Jean, et depuis elles le lui répétaient tous les jours. Elles ne la détournaient pas cependant d'aller en avant ; elles lui annonçaient sa captivité comme une chose qu'elle devait

(1) *Des hallucinations, ou histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, des rêves, du magnétisme et du somnambulisme.* Paris, 1862, chez Germer-Baillière.

dans une situation très-grave. Ces quatre malades ont été promptement hors de danger.

Les beaux résultats obtenus par le nitrate d'argent administré à une période avancée de la maladie, et lorsque déjà elle était parvenue à la période d'ulcération, l'engagèrent à essayer aussi cette médication dans la première période de la maladie, dès que les garde-robes présentaient les caractères dyssentériques : il n'a eu qu'à se louer également des bons effets du remède dans cette circonstance.

M. Empis a employé plusieurs fois aussi le nitrate d'argent en lavement à la dose de 10 centigrammes dissous dans 200 grammes d'eau distillée, et répétés deux fois par jour. Ce mode d'administration a été loin de lui rendre les mêmes services que les pilules. Aussi, tout en le recommandant comme lui ayant été utile dans quelques cas, où probablement l'inflammation spécifique ne remontait pas au delà de l'extrémité inférieure du côlon, il n'hésite pas à le placer bien au-dessous des pilules.

En définitive, de tous les médicaments employés contre la dyssenterie dans le cours de cette épidémie, celui qui a paru à notre confrère avoir une efficacité incontestable, et auquel il déclare devoir la vie de quelques malades arrivés à un état presque désespéré, c'est le nitrate d'argent.

Paralysie générale et ataxie locomotrice; association de ces deux états morbides.

Personne jusqu'à présent, que nous sachions, n'a signalé l'association de la paralysie générale et de l'ataxie locomotrice. Cette association a été observée récemment sur plusieurs sujets par M. Baillarger, qui a bien voulu nous faire part des résultats de ses premières recherches sur ce point intéressant de pathologie.

Le premier malade, âgé de quarante ans, avait commencé à éprouver de l'embarras dans la marche à trente-cinq ans; les mouvements étaient incertains, saccadés, et avaient quelque chose de convulsif. Ces symptômes avaient été précédés d'une diplopie qui avait persisté six semaines. A trente-six ans et demi, congestions cérébrales suivies d'embarras de la prononciation. Quelques désordres légers avaient déjà été remarqués du côté de l'intelligence, lorsque le délire ambitieux éclata à trente-sept ans.

Après une période d'agitation de plusieurs mois, le malade devint plus calme, mais l'intelligence paraissait affaiblie, l'embarras de la parole était très-prononcé; miction et défécation involontaires, station impossible. Cependant, sous l'influence d'un traitement actif, on vit peu à peu une partie des symptômes disparaître. Les fonctions de la vessie et du rectum reviennent à l'état normal, l'embarras de la parole cesse, l'intelligence se raffermit, les mouvements des jambes seuls restent si désordonnés que la marche est toujours impossible.

Tels avaient été les antécédents du malade, lorsque M. Baillarger fut appelé à le voir.

« Si je n'avais pas su, dit-il, que ce malade avait eu deux ans auparavant de l'embarras de la parole, du délire ambitieux, de la paralysie des sphincters, je n'aurais pas pu soupçonner de si graves antécédents. Il paraissait raisonnable, sa parole était libre. Cependant, bien qu'on ne pût constater aucun désordre mental apparent, il n'avait pas recouvré toute l'activité de son intelligence.

» Quant à l'ataxie locomotrice, elle était facile à constater. La marche était impossible à cause des mouvements désordonnés et comme convulsifs des membres inférieurs; mais le malade assis contractait très-fortement les muscles des jambes, qu'on pouvait difficilement faire fléchir quand elles étaient étendues.

» On avait noté chez ce malade et on observait encore chez lui des douleurs névralgiques et rhumatismales dans les membres, douleurs qui revenaient par accès, et qui semblaient remplacées parfois par des oppressions ou des migraines. »

Le deuxième malade est un sujet qui, à l'âge de trente-quatre ans environ, a commencé à éprouver de grands maux de tête et de la diplopie; à trente-cinq ans, sensation de pesanteur et de faiblesse dans le bras et la jambe gauches; assez souvent incontinence d'urine. En même temps s'étaient produits des désordres intellectuels assez graves.

Quatre ans se passent. Les désordres de l'intelligence restent au même point, ou du moins n'aboutissent pas à un délire tranché.

A trente-neuf ans, le malade offre des symptômes plus graves. Deux médecins des hôpitaux constatent « l'altération des traits, un air d'hébétude, de l'embarras dans la parole, de la titubation des membres inférieurs, symptômes caractéristiques de la paralysie générale des aliénés ».

Un mois s'était à peine écoulé, que les mêmes médecins, dans une seconde consultation, « déclarent ne plus constater chez ce malade l'ensemble des signes de paralysie générale ».

Ils ajoutent « qu'il ne reste qu'une paralysie des membres inférieurs dont l'application a coïncidé avec l'amendement des autres symptômes. »

Très-peu de temps après cette consultation, M. Baillarger fut appelé à voir le malade, et il ne trouva plus que la paraplégie. Il n'y avait ni hébétude ni embarras de parole. Les réponses étaient justes, nettes, précises.

La paraplégie était presque complète; à peine si le malade, debout ou couché, pouvait soulever ses jambes, qui étaient d'ailleurs complétement insensibles.

Enfin, chez un troisième malade, homme d'environ cinquante ans, qui avait été atteint quatre ou cinq ans auparavant de diplopie, de strabisme et d'un commencement d'amaurose de l'un des yeux, on vit apparaître plus tard des douleurs très-aiguës dans les jambes, se manifestant par accès et consistant en des élancements rapides. Le désordre dans la marche était peu appréciable. Cependant, quand le malade se retournait un peu brusquement, il vacillait sur ses jambes. M. Duchenne (de Boulogne), qui le vit à cette époque, diagnostiqua une ataxie locomotrice à la première période.

Il y a quinze mois environ, la parole commença à s'embarrasser et la mémoire à s'affaiblir: ces symptômes augmentèrent graduellement. Le malade dut bientôt quitter ses occupations et aller vivre à la campagne. Il est arrivé aujourd'hui à un degré avancé de paralysie générale. La démence surtout a fait de grands progrès. Cependant, le défaut de coordination des mouvements n'est pas appréciable, et l'on ne constate rien dans la démarche que l'on ne voie chez les malades simplement paralitiques. L'ataxie locomotrice semble donc arrêtée dans sa marche.

Ce qui semble devoir surtout fixer l'attention dans les faits que nous venons de rappeler succinctement, et c'est sous ce point de vue spécialement que M. Baillarger nous les a signalés, c'est que les symptômes de paralysie générale semblent faire partie de la période que M. Duchenne a appelée *céphalique*. Il semble résulter de cette circonstance une gravité moindre; dans les deux premiers cas cités par M. Baillarger, les symptômes de paralysie générale ont disparu, l'ataxie locomotrice s'étant au contraire aggravée.

Dans le troisième fait, les symptômes de paralysie générale continuent, mais l'ataxie locomotrice semble arrêtée dans sa marche. M. Baillarger fait remarquer qu'il y a en dehors de l'ataxie locomotrice des paraplégies simples qui ont aussi une sorte de période céphalique, et la paralysie générale se comporte, dans ce cas, comme avec l'ataxie locomotrice.

Rien enfin ne montre si bien que ces faits quelle est la complexité des caractères et de la marche de la paralysie générale, et combien ces sortes d'associations de phénomènes appartenant à des espèces pathologiques différentes accroissent encore les difficultés du diagnostic et du pronostic de cette affection.

Cancer du rectum.

Un homme âgé de soixante-quatorze ans est entré le 30 octobre 1861 à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay. Cet homme, qui a toujours joui d'une bonne santé, éprouve depuis treize mois environ une constipation opiniâtre et de vives douleurs en allant à la garde-robe. Il reste quelquefois quarante-cinq jours sans aller à la selle, éprouve du côté de l'anus des douleurs lancinantes, et a rendu quelquefois du sang par le rectum. En introduisant le doigt dans l'intestin, on constate que, depuis l'anus jusqu'à 4 ou 5 centimètres au-dessus, les parois intestinales sont dures, bosselées, dans tous les points du cylindre qui forme le rectum, excepté en avant et un peu latéralement à gauche. Le doigt arrive aisément à dépasser la limite supérieure de l'altération, qui paraît bornée à l'intestin et ne semble pas avoir envahi les parties voisines. Les ganglions inguinaux sont sains, et l'on ne trouve dans la cavité abdominale aucune tumeur. Le malade a bon appétit, toutes les autres fonctions s'exécutent bien, quoique depuis quelque temps il ait maigri et que sa peau soit assez décolorée.

L'âge du malade, la gravité de l'opération que nécessitait l'affection dont il était atteint, devaient être pris en sérieuse considération avant de se décider à prendre un parti; mais en songeant que l'altération du rectum n'était pas assez étendue pour ne pas permettre son ablation, en présence d'une aussi bonne constitution, et considérant surtout que l'opération était l'unique planche de salut, M. Demarquay résolut de pratiquer l'ablation de la partie inférieure du rectum; toutefois il ne voulut pas le faire sans avoir pris l'avis de M. Monod, qui donna son adhésion.

Le 8 octobre, le malade, étant soumis à l'action du chloroforme, M. Demarquay fit une incision elliptique autour de l'anus, s'arrêtant au niveau de la partie saine de l'intestin, c'est-à-dire en avant et à gauche.

Le rectum fut alors détaché des parties voisines, en ayant soin de lier les vaisseaux à mesure qu'ils étaient divisés, comme M. Velpeau en a donné le conseil.

Parvenu au delà des limites du mal, M. Demarquay plaça une chaîne d'écraseur de chaque côté de la partie saine de l'intestin et le divisa dans toute sa hauteur en serrant un cran toutes les quinze secondes. Ces deux sections eurent lieu sans aucun écoulement de sang. La portion malade ne tenait plus au reste du rectum que vers la partie supérieure.

Dans le but de se mettre en garde contre l'hémorrhagie, M. Demarquay comprit dans une anse de fil passée à l'aide de l'aiguille de Deschamps modifiée par Blandin, une petite portion du rectum, et après l'avoir liée il détacha la tumeur dans le point correspondant; il fit ainsi une série de ligatures successives avant de séparer complétement la partie malade.

L'opération terminée, il n'y eut aucun vaisseau à lier; le rectum était maintenu en place par toute la partie saine qui avait pu être conservée, et formait une espèce de pont qui s'étendait depuis le point où la section de l'intestin avait eu lieu jusqu'à l'anus.

Des compresses imbibées d'eau froide furent appliquées sur la région anale; fréquentes lotions sur la plaie pour la maintenir dans le plus grand état de propreté possible; pilules d'opium dans le but de retarder les garde-robes, etc. Jusqu'à présent, le malade est dans un état très-satisfaisant.

La partie du rectum enlevée était convertie en un tissu lardacé, blanchâtre à la coupe, fournissant par la pression un suc blanc laiteux.

— Nous avons rapporté cette observation pour appeler l'attention sur le procédé opératoire mis en usage par M. Demarquay, procédé qui lui a permis de se mettre en garde contre

---

souffrir; et la Pucelle, quoiqu'elle eût mieux aimé la mort, marchait sans peur à l'accomplissement de son œuvre.

» Le funeste avertissement s'était réalisé. Jeanne, prisonnière des Bourguignons, enfermée dans la tour de Beaurevoir, près de Cambrai, voulant échapper aux Anglais et venir au secours des gens de Compiègne, résolut de sauter du haut de cet édifice. On a beaucoup disserté sur cet événement; mais ce qui est établi, c'est que ses voix l'avaient dissuadée de ce dessein périlleux. Après sa chute, sainte Catherine la réconforta, la reprit doucement de son imprudence, et lui dit de se confesser et de demander pardon à Dieu. »

Jeanne est devant ses juges. Pendant son procès, tous les témoins s'accordent à vanter sa simplicité, son bon sens, sa présence d'esprit, sa mémoire, cette prudence dans ses réponses et cette hardiesse de langage qui témoignaient tout à la fois de la sûreté de son jugement et de la droiture de son cœur.

Le mardi 30 mai 1431, Jeanne fut conduite à la place du Vieux-Marché, à Rouen. Sur le bûcher, les saintes qu'elle invoquait encore, quoiqu'elles semblassent l'avoir abandonnée, se montrèrent de nouveau à elle. Jusqu'à la fin elle soutint que ses révélations venaient de Dieu. Une dernière fois, elle prononça le nom de Jésus, puis baissa la tête : sa prière était achevée.

D'après M. Brierre de Boismont, les hallucinations de la vierge française n'ont aucun de ces caractères d'opiniâtreté, de mobilité, d'étrangeté, de transformation que l'on observe dans celles des aliénés. Jeanne n'en est pas assaillie jour et nuit; les figures viennent à certains moments, et surtout quand elle les appelle; elles ne se rapetissent ni ne grandissent énormément, ne se montrent point par parties; les voix ne se font pas entendre par l'épigastre, par le côté. Ses hallucinations ne sont ni puériles ni absurdes, comme le sont celles des fous; elles ne se contredisent pas; elles sont, au contraire, en concordance parfaite avec la grandeur de sa mission. Elles n'offrent ni ces changements de personnes et de choses qu'on note à chaque instant dans l'aliénation mentale, ni cette indécision, ni cette confusion dans les idées que produisent à la longue les fausses sensations. Jamais les visions et les auditions de la jeune fille ne sont entachées des croyances erronées du temps, telles que celles du diable, de la sorcellerie, de la magie, de la féerie, dont on retrouve tant de traces ailleurs. Son esprit, malgré la persévérance, la fréquence et la durée des hallucinations, ne perd aucune de ses qualités, et il ne présente jamais l'apparence de ces conceptions délirantes qui sont l'apanage des monomanes.

En un mot, l'auteur déclare que Jeanne a eu des hallucinations *physiologiques*, et il réhabilite ainsi l'état mental de l'héroïne du quinzième siècle.

En soutenant la doctrine des *hallucinations compatibles avec la raison*, M. Brierre de Boismont a appelé à lui toutes les ressources de son esprit ingénieux et élevé, et il a émis des vues originales, séduisantes, entraînantes. Sans doute, Jeanne d'Arc n'a jamais été, à notre avis, une folle, et ce serait se refuser à l'évidence que de lui contester les belles et éminentes qualités de son esprit; mais les phénomènes psychiques qu'elle a présentés rentrent bien un peu, d'autre part, dans le cadre des actes extraordinaires, anormaux de l'intelligence, des irrégularités mentales, des modifications fonctionnelles du système nerveux central. Nous sommes bien aise de faire ces réserves, et de ne point admettre d'emblée une théorie, quelque brillamment échafaudée qu'elle soit. Nous fuyons l'exagération; or, si nous sommes naturellement porté à croire que l'humble fille de Domremy a été calomniée, nous ne pouvons pas nier cependant qu'elle ait présenté certaines manifestations intellectuelles en dehors des lois normales.

Du reste, le livre si élégamment écrit de M. Brierre de Boismont va rester sous nos yeux; nous le feuilletterons souvent. Peut-être bien finirons-nous par y puiser les éléments d'une conversion.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Leçons de clinique médicale de R. J. Graves, précédées d'une introduction de M. le professeur TROUSSEAU. Ouvrage traduit et annoté par M. le docteur JACCOUD, interne des hôpitaux de Paris. Tome Ier. Un volume in-8° de 748 pages. Paris, 1862. Chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, rue de l'École de Médecine.

Dictionnaire de diagnostic médical, comprenant le diagnostic raisonné de chaque maladie, leurs signes, les méthodes d'exploration et l'étude du diagnostic par organe et par région; par M. E. J. WOILLEZ, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 944 pages. Prix, 11 fr. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Traité pratique des affections nerveuses et chloro-anémiques considérées dans les rapports qu'elles ont entre elles, par M. MORORET, chirurgien et médecin de l'asile des aliénés de la Sarthe, deux fois lauréat de l'Académie de médecine. Un vol. in-8°. Paris, 1861. Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Les altitudes de l'Amérique tropicale comparées au niveau des mers au point de vue de la constitution médicale, par M. le docteur JOURDANET. Un vol, in-8°. Paris, 1861. J. B. Baillière et fils, libr.-éditeur.

l'hémorrhagie primitive et contre celle qui survient quelque temps après l'opération, et qui est d'autant plus à redouter, que souvent le sang coagulé s'amasse dans le rectum, et que le malade meurt épuisé sans que l'on se soit même aperçu de la quantité de sang qu'il a perdue. C'est ainsi que le troisième malade opéré par M. Velpeau mourut ayant une livre de sang coagulé dans le rectum (*Traité de médecine opératoire*, t. IV). On voit, d'après la description de l'opération qui a été pratiquée, que trois méthodes ont été successivement mises en usage : celle de l'instrument tranchant, de l'écraseur linéaire et de la ligature.

Le rectum ayant été isolé de toutes parts, excepté en avant et à gauche, était devenu en quelque sorte flottant au milieu de la partie postérieure du périnée, de sorte que l'opérateur a pu le diviser dans une partie de sa hauteur avec l'écraseur linéaire sans exercer aucune traction sur la partie supérieure, comme cela aurait eu lieu si les chaînes des écraseurs eussent fonctionné avant que l'intestin eût été disséqué dans presque toute sa circonférence. Lorsque l'on ne prend pas cette précaution, M. Demarquay pense que les tractions que l'on exerce alors inévitablement sur l'intestin en le divisant de haut en bas avec l'écraseur linéaire, favorisent plus tard une inflammation du tissu cellulaire de l'espace pelvi-rectal supérieur, accident fréquent après l'ablation du rectum et qui entraîne presque toujours la mort.

Pour séparer complétement du rectum la portion cancéreuse, trois procédés pouvaient être mis en usage. On pouvait avec des ciseaux couper au-dessus du mal, et venir ensuite faire la ligature des vaisseaux ouverts. Cette manière de faire permettait de terminer l'opération en quelques instants, mais elle exposait à de grands dangers. Il pouvait être impossible de lier les artères fournissant du sang en assez grande abondance, car la section du rectum devait porter sur un point assez éloigné de l'anus, et il eût fallu nécessairement faire un tamponnement, ce qui est toujours très-douloureux. D'un autre côté, en admettant que l'on fût parvenu à lier les vaisseaux d'où venait le sang, il eût été possible que plus tard des artérioles, qui eussent échappé à la ligature parce qu'elles ne fournissaient pas de sang immédiatement après l'opération, devinssent la source d'une hémorrhagie consécutive, et le malade, affaibli par une perte de sang considérable, aurait pu mourir quelques jours après l'opération.

Un second procédé qui se présentait naturellement à l'esprit consistait à placer une chaîne d'écraseur au-dessus de la partie malade pour en achever la séparation. Il eût fallu, pour se mettre à l'abri de toute hémorrhagie, agir avec la plus grande lenteur, à cause des nombreux vaisseaux qui existent dans cette région. Dans un cas où M. Demarquay pratiquait l'ablation d'une partie de la langue atteinte de cancer, la chaîne de l'écraseur de M. Chassaignac ne fut serrée que toutes les trente secondes, et cependant il a fallu faire plusieurs ligatures après la section. Ainsi l'emploi de l'écraseur linéaire prolongeait considérablement une opération qui avait déjà duré un certain temps, et ne mettait pas d'une manière certaine à l'abri d'une hémorrhagie.

Il restait un troisième procédé, celui de la ligature. Ce procédé, qui met à l'abri de l'hémorrhagie, est extrêmement douloureux, et la partie qui tombe en gangrène fournit une suppuration fétide et plus ou moins abondante, ce qui peut être l'occasion d'une infection putride.

M. Demarquay résolut de combiner la ligature avec l'emploi de l'instrument tranchant, de manière à réunir les avantages des deux méthodes sans en avoir les inconvénients. Une série d'anses de fil fut passée dans la partie saine du rectum de manière à interrompre le cours du sang, et à mesure qu'une anse était placée avec le bistouri, il séparait complétement la tumeur du reste de l'intestin.

M. Velpeau a donné le conseil, une fois la partie cancéreuse enlevée, de passer des fils de manière à venir faire une suture pour rapprocher l'intestin de la peau ; mais dans le cas actuel, pour faire cette réunion, il eût fallu exercer une traction considérable sur l'intestin, qui avait été coupé à une assez grande distance de l'anus. Dans une autre opération que M. Demarquay a pratiquée quelque temps auparavant, il a réuni l'intestin à la peau, et dans ce cas cette manière de faire était d'autant plus indiquée que la région du sphincter était complétement saine.

Ovariotomie.

Dans sa leçon clinique de lundi dernier, M. le professeur Nélaton, récemment de retour de Londres où il est allé voir pratiquer cinq opérations d'ovariotomie par M. Backer-Brown, a rendu compte à son auditoire des faits dont il a été témoin et des impressions qu'il en a reçues.

Ces faits sont trop importants pour ne les rapporter ici que d'une manière sommaire. Ils doivent d'ailleurs faire l'objet d'une communication à la prochaine séance de la Société de chirurgie ; nous serons par conséquent très-prochainement en mesure de les faire connaître dans tous leurs détails. Nous nous bornons donc pour le moment à dire que sur ces cinq opérations M. Nélaton a constaté trois guérisons complètes, une guérison qu'il considère comme très-probable, et que, dans un seul cas, le pronostic lui a paru peu favorable.

M. Nélaton, sans se prononcer définitivement sur la valeur de cette opération, et tout en laissant à son auditoire sa liberté d'appréciation, a résumé son opinion en ces termes :

1° Il y a lieu d'encourager, au lieu de blâmer, les chirurgiens disposés à pratiquer l'ovariotomie quand ils la jugeront indiquée.

2° L'indication existe quand un kyste multiloculaire commence à amener le dépérissement ou une série d'accidents sérieux.

DIATHÈSE URIQUE. — SIROP CITRO-ALCALIN.

Sirop de sucre.	500 grammes.
Citrate acidulé de soude.	50 —
Teinture de zestes de citrons. . . .	10 gouttes.

Ce sirop, employé avec succès par le docteur Rapatel, se prescrit à la dose de trois cuillerées à soupe par jour dans un verre d'infusion d'uva ursi. (*Bulletin de Thérapeutique.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 novembre 1861. — Présidence de M. Laborie.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Sur l'opération de la hernie ombilicale étranglée. — M. le docteur LE GENDRE, à l'occasion de la dernière communication de M. Huguier, adresse, à titre de renseignements, l'extrait suivant de trois observations tirées de la pratique de M. Philippe Boyer.

Obs. I. — 1838. Vieillard de soixante-dix ans, hernie ombilicale étranglée depuis quatre jours : un médecin avait percé la tumeur avec un trocart ! On fit cependant le débridement ; le malade succomba à la péritonite.

Obs. II. — 1848. Femme de cinquante-huit ans. Hernie ombilicale depuis trente ans, irréductible, soutenue seulement par une ceinture : douleur dans la tumeur à la suite d'un effort le 14 janvier 1848 ; pendant trois jours vomissements, augmentation du volume de la hernie. Entrée à l'hôpital, on essaye le taxis sans résultat ; opération après quatre-vingts heures d'étranglement. La tumeur renfermait de l'épiploon et une anse d'intestin de douze à quinze centimètres de long, rouge, violacée, sans adhérence. Après le débridement, on réduit facilement l'intestin ; quant à l'épiploon, de nombreuses adhérences forcent à en exciser quarante grammes, le reste est maintenu dans la plaie ; on a pratiqué neuf ligatures. La malade a guéri.

Obs. III. — 1853. Femme de cinquante-neuf ans. Hernie ombilicale depuis trente-cinq ans, maintenue par un bandage. Le 8 avril, la hernie sort ; la malade étant entrée à l'hôpital, l'interne en fait rentrer une partie. Il y a eu des vomissements ; on l'opère le deuxième jour de l'accident. La tumeur renfermait la portion transverse du côlon et une grande quantité d'épiploon. On a excisé 46 grammes d'épiploon et fait six ligatures, et divisé plusieurs brides pour faire rentrer l'intestin. La malade a guéri.

Sur la découverte de la staphylorrhaphie au dix-huitième siècle. — M. VERNEUIL, en présentant à la Société un exemplaire du deuxième fascicule de sa publication des *Documents inédits tirés des Archives de l'ancienne Académie de chirurgie* (Paris, 1861, in-8°), donne une analyse verbale de ce nouveau fascicule, qui est intitulé : *Découverte de la staphylorrhaphie*. Après avoir entendu cette communication avec intérêt, la Société décide que les conclusions du travail de M. Verneuil seront inscrites au *Bulletin*. Voici ces conclusions :

1° L'histoire de la staphylorrhaphie peut être divisée en deux périodes distinctes : la première qui comprend les tentatives faites au dix-huitième siècle et au commencement du dix-neuvième jusqu'en 1816 ; la seconde qui s'étend depuis la première opération de Græfe jusqu'à nos jours.

2° La période ancienne appartient exclusivement à la chirurgie française. Le premier nom inscrit est celui d'un dentiste, Lemonnier, qui pratiqua avec succès la suture à une époque indéterminée, mais antérieure à 1766. Le même praticien parvint à oblitérer par la cautérisation les perforations de la voûte palatine.

Nous ignorons les détails de la première opération, et quels motifs conduisirent Lemonnier à cette belle conception.

3° Au mois de septembre 1779, Eustache (de Béziers) proposa la suture du voile du palais à un malade auquel il avait la veille divisé cet organe pour extirper un polype du pharynx. L'opération fut refusée. Cependant, ayant étudié avec soin la physiologie du voile du palais et sa division congénitale, Eustache persista à croire qu'on pourrait avec succès réunir les deux moitiés du voile séparées, soit de naissance, soit par accident. Il décrivit un procédé opératoire, prévit les accidents possibles, et traça les indications principales avec la plus grande sagacité. Après de longues méditations, il communiqua ses idées à l'Académie de chirurgie en 1783. Dubois fit promptement son rapport, et déclara l'opération impraticable. Eustache, qui attendait la décision favorable pour agir, s'abstint sans doute après cet arrêt. Dans tous les cas, nous ignorons tout à fait s'il mit son projet à exécution.

4° Il est possible qu'avant 1816 Colombe et Itard aient songé à pratiquer la staphylorrhaphie, et l'aient même proposée formellement à des malades ; mais rien ne le prouve suffisamment à l'historien sévère.

5° La seconde période commence à Græfe, qui en 1816 opéra et réussit. Son procédé était défectueux : aussi plusieurs essais subséquents, tentés avant 1820, furent-ils suivis d'insuccès.

6° En 1819, Roux imagina spontanément la staphylorrhaphie ; il mit en usage un bon procédé, qui du premier coup amena la guérison. Cette opération eut un immense retentissement, et contribua essentiellement à vulgariser la découverte.

7° Il paraît certain que la suture du voile du palais a été découverte au moins quatre fois ; car aucun des inventeurs ne semble avoir eu connaissance des publications antérieures. Le silence gardé par les livres classiques de toutes les époques sur ces essais en doit être accusé. L'Académie de chirurgie est responsable pour sa part d'un retard de plus de trente ans dans l'avénement d'une des opérations modernes les plus brillantes.

8° La production des textes précédents devra désormais faire cesser tout débat de priorité ; elle servira de même à rendre *cuique suum*. Enfin, le nom d'Eustache (de Béziers), jusqu'ici resté obscur, devra prendre place à l'avenir sur la liste des chirurgiens qui ont bien mérité de la science. C'est encore un *petit prophète* réhabilité.

COMMUNICATION.

Sur la déformation artificielle du pied chez les femmes chinoises. — M. LE Dr FUZIER, ex-médecin major de l'artillerie du corps expéditionnaire de Chine, présente des pièces anatomiques montrant cette déformation, et fait sur ce sujet la communication suivante :

On ne sait pas d'une manière précise à quelle époque on doit faire remonter l'usage de la déformation des pieds pratiquée par les femmes chinoises, ni les causes auxquelles on doit l'attribuer. Les historiens chinois sont muets sur ce sujet.

Le but des femmes chinoises, en déformant leurs pieds, est surtout d'en amoindrir le volume en longueur et en largeur.

La diminution de longueur est obtenue en fléchissant les deux extrémités du pied sur elles-mêmes, c'est-à-dire en les rapprochant l'une de l'autre comme les deux bouts d'un arc que l'on bande. Dans cette flexion, comme l'indique la pièce que la Société a sous les yeux, d'une part, le calcanéum et l'astragale exécutent, sur un axe transversal, un mouvement de rotation qui produit presque une subluxation sur les os de la seconde rangée du tarse. Le mouvement de rotation du calcanéum va jusqu'au quart de cercle, de sorte que dans sa nouvelle position, au lieu d'être horizontal dans son plus grand diamètre, comme à l'état normal, il est devenu vertical, et il ne fait plus de saillie en arrière de l'astragale.

D'une autre part, les métatarsiens et les orteils sont fléchis en bas et en arrière.

De ces mouvements des deux extrémités du pied résultent, outre la petitesse obtenue :

1° La formation d'une excavation profonde à la région plantaire ;

2° Une disposition plus grande au déplacement des os de la seconde rangée du tarse (il paraîtrait même que l'énucléation de l'un de ces os se ferait artificiellement quelquefois pour augmenter encore la petitesse du pied) ;

3° L'élévation bien plus considérable au-dessus du sol de l'articulation tibio-tarsienne, élévation qui, augmentée encore par la hauteur du talon de la chaussure, explique la fréquence des chutes des femmes, ainsi que les entorses plus ou moins graves et les fractures de la jambe qui sont la suite de ces chutes ;

4° La formation d'un pied qui, tout en se rapprochant des pieds bots *équins* et *talus* par certains caractères, s'en éloigne par d'autres.

La diminution de largeur n'a pu s'obtenir qu'à la partie antérieure du pied. Ç'a été en fléchissant les orteils en bas et en dedans, au moyen d'une subluxation des phalanges des quatre derniers orteils sur les métatarsiens, et des phalanges les unes sur les autres, tandis que le gros orteil reste en place.

Enfin, l'atrophie de tous les os du pied contribue aussi à sa petitesse.

La compression au moyen de bandes est le seul moyen employé pour obtenir tous ces déplacements et tous ces désordres. Elle se fait, en général, vers l'âge de trois ou quatre ans.

La compression n'est que temporaire. Quand les déplacements osseux ont été obtenus, les bandes sont relâchées et réduites ; dans la suite, elles sont mises, peu serrées, comme soutien et comme moyen de propreté.

La compression est douloureuse tant qu'elle doit être maintenue avec rigueur pour amener le pied à la forme désirée, et pendant cet espace de temps elle force au repos. Quand la déformation est obtenue, les bandes sont progressivement relâchées ; la douleur diminue et devient supportable, puis nulle, et bientôt les petites filles se mettent à courir, bien que toujours avec une gêne qui tient en partie à la difficulté de l'équilibre.

On voit circuler dans les rues et dans les sentiers de la campagne les femmes des artisans et de la classe peu riche qui ne peuvent faire les frais d'une chaise et de ses porteurs. Mais elles ne peuvent se permettre de longues stations debout ni une marche au delà d'une lieue, sans que leurs pieds se fatiguent et se tuméfient.

Leur démarche est pénible ; le corps repose presque en totalité sur le talon, et la semelle de bois de leur chaussure immobilise la partie antérieure du pied, dont les mouvements seraient douloureux. Il en résulte qu'elles semblent marcher sur des échasses.

Les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse sont peu considérables ; de là l'atrophie relative des muscles du mollet et des os de la jambe et la forme conique de celle-ci ; mais les mouvements de rotation du bassin sur la cuisse sont plus étendus. De là peut-être la possibilité d'expliquer la conformation un peu carrée du bassin chez les Chinois. Il serait possible de contrôler l'effet de cette cause, en comparant avec ceux des Chinois les bassins des Tartares Mantchoux, qui règnent actuellement en Chine, et dont les femmes ne se déforment pas les pieds.

Il est intéressant de noter qu'un bandage a pu être appliqué, par suite de l'usage dont il s'agit, avec assez de force pour produire de grands déplacements dans les os du pied, et cependant sans faire naître des accidents constants par l'effet de la compression des parties molles, des vaisseaux et des nerfs. Il est vrai que la voûte osseuse de la face plantaire du pied, l'épaisseur de l'épiderme et du tissu cellulaire qui la recouvrent, protégent en grande partie contre une compression trop directe les principales branches des vaisseaux et des nerfs du pied. De là sans doute l'innocuité de la pratique.

La facilité avec laquelle on voit s'opérer ici les déplacements osseux et les déformations durables à la suite d'une compression, légitime la crainte des chirurgiens pour les effets de l'application prolongée des bandages sur les articulations en particulier des mains et des pieds des jeunes sujets, dans les cas de fracture par exemple. Mais aussi elle autoriserait peut-être encore plus de hardiesse dans l'application prolongée des bandages fortement compressifs, quand il s'agit de remédier à des difformités congénitales, telles que les pieds bots, malgré les modifications qui existent alors dans les surfaces articulaires. La compression sera surtout inoffensive, si des couches de ouate la rendent moins immédiate sur les vaisseaux et sur les nerfs.

Comme toutes les difformités artificielles ou acquises, surtout quand elles n'existent que chez l'un des sexes, la déformation des pieds de la femme chinoise ne se transmet pas par l'hérédité, et les pieds des Chinois ne se ressentent pas de l'altération de ceux de leurs mères ; ils sont bien conformés, et si leur longueur est moyenne, celle de leurs mains l'est aussi.

Les difformités des pieds paraissent non plus fréquentes en Chine qu'en Europe. Les cas d'éléphantiasis y sont assez communs chez les gens de la campagne, mais ils ne peuvent évidemment se rapporter à l'usage pratiqué par les femmes.

La coutume de se déformer le pied est à peu près généralisée chez les Chinoises : les batelières de Canton, les domestiques, les femmes qui cultivent les champs, les femmes d'origine tartare sont à peu près les seules qui ne la pratiquent pas. Aujourd'hui elle est imposée par la tradition et par l'usage, qui, en Chine, sont plus puissants que les lois.

Cette coutume est funeste à plus d'un titre ; parfois, assez rarement il est vrai, sa pratique est suivie d'accidents locaux : carie, nécrose des os du pied, etc.

Si les résultats qui précèdent sont l'exception, les suivants sont presque la règle. En effet, cette coutume force à un repos relatif dans le jeune âge, surtout pendant l'application compressive des bandes ; elle gêne donc le développement de l'enfant ; dans l'âge adulte, elle ne permet qu'un exercice borné ; puis, plus tard, elle force au repos plus ou moins absolu par l'embonpoint qu'elle produit, repos qui a pour conséquence l'affaiblissement, l'anémie, la chlorose, etc.

Cette coutume peut donc être accusée de favoriser de plus en plus le développement du tempérament lymphatique de la race chinoise, chez laquelle ce tempérament domine presque exclusivement.

Enfin, elle ne sert en rien les intérêts de la morale, et elle blesse ainsi bien gratuitement les droits de la nature et de l'humanité.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. DEMARQUAY met sous les yeux des membres de la Société un exemple d'**enchondrome du testicule** dont voici l'observation :

G..., cultivateur, âgé de trente-quatre ans, entre le 14 novembre 1860 à la Maison de santé.

Il s'est toujours assez bien porté, n'a jamais eu aucune maladie du côté des organes génito-urinaires. Marié depuis douze ans, il a eu quatre enfants, qui sont tous forts et bien portants ; le dernier a trois ans et demi.

Il y a quinze mois, il reçut sur le testicule, du côté droit, un coup de pied de cheval; il ressentit sur le moment une douleur atroce. Une ecchymose assez étendue se forma; tuméfaction considérable de l'organe, rougeur de la peau, fièvre, anorexie. Ces symptômes inflammatoires cédèrent assez rapidement, mais la tuméfaction du testicule persista.

L'état resta stationnaire pendant deux mois. Au bout de ce temps, le malade se livra à des travaux pénibles; il porta de lourds fardeaux; alors la tumeur augmenta, des douleurs assez vives apparurent. Un médecin consulté fit deux ponctions avec un trocart à hydrocèle; il sortit par chaque ouverture une cuillerée environ de sang. Ces deux petites opérations furent suivies d'une poussée inflammatoire assez intense. Ces symptômes durèrent environ huit jours.

Le testicule, qui avait cette fois encore augmenté de volume, ne diminua pas ensuite. Depuis cette époque, il est resté à peu près dans le même état; il a très-peu grossi jusqu'à la moisson dernière ; alors le malade voulut encore travailler, il se fatigua beaucoup par de longues marches, il porta des fardeaux. Son testicule augmenta de nouveau de volume; les douleurs furent si vives qu'elles l'obligèrent de garder le lit. Il survint une fièvre intense, de l'insomnie, perte d'appétit, rougeur de la peau des bourses, etc. Enfin, à partir de ce moment, la tumeur est restée stationnaire.

Le malade n'éprouvait d'abord que des souffrances assez légères, mais depuis quinze jours ses douleurs le forcent à rester au lit; il ne peut marcher. Il éprouve dans son testicule des élancements, des picotements, parfois une douleur contusive; dans d'autres circonstances, il lui semble que l'organe est comme serré dans un étau.

Il entre le 14 novembre à la Maison de santé pour se faire enlever sa tumeur.

On constate que le testicule du côté droit a acquis un volume énorme (nous donnons plus loin les dimensions de la tumeur). Sa forme rappelle celle d'une hydrocèle ; il est presque cylindrique, arrondi aux deux extrémités, un peu étranglé à sa partie moyenne. Soulevée dans la main, cette tumeur est pesante, trop pesante pour ne contenir qu'un liquide; du reste, on ne peut y constater nulle part de transparence. Dure, résistante, un peu élastique dans la moitié inférieure de sa face antérieure, en arrière et sur les côtés, elle offre des points fluctuants en avant et en haut : il y a évidemment là une portion liquide, mais le reste est solide.

La pression n'est pas très-douloureuse. La peau a sa coloration normale, un peu violacée pourtant ; elle est parcourue par des veines nombreuses. Une ponction exploratrice faite dans sa partie moyenne ne donne issue qu'à un peu de sang.

L'opération est pratiquée le 15 novembre 1861.

Deux incisions elliptiques commençant en avant vers la partie moyenne de la tumeur et se terminant en arrière, circonscrivent un lambeau de peau qui doit être enlevé avec l'organe malade ; puis la tumeur est disséquée avec grand soin jusqu'au cordon, et isolée du testicule gauche, qui est très-sain et qu'on laisse enveloppé de ses membranes. M. Demarquay est obligé de faire remonter sa dissection très-haut, jusqu'au delà de l'orifice externe du canal inguinal, car une portion de la tumeur se prolonge jusque dans ce canal. Les deux piliers sont mis à nu. Les artères coupées sont liées à mesure que le bistouri les atteint. La tumeur est ainsi enlevée. Les deux lèvres de la plaie sont réunies par une suture dans presque toute leur étendue. Une petite ouverture est laissée à la partie inférieure pour l'écoulement du pus.

Le malade a perdu peu de sang ; il avait été soumis aux inhalations de chloroforme.

La tumeur enlevée pèse 950 grammes. Comme pendant l'opération il s'est écoulé de plusieurs kystes placés à sa partie antéro-supérieure une assez grande quantité de liquide séreux, citrin, on peut porter le poids total à 1 kilogramme environ. Sa grande circonférence, qui est verticale, est de 40 centimètres; sa petite circonférence, qui est horizontale, est de 29 centimètres. On reconnaît dans ses enveloppes les membranes qui entourent le testicule ; on peut les isoler assez facilement. Quant à la tunique vaginale, ses deux feuillets ont contracté entre eux des adhérences dans presque toute leur étendue. Cette tunique est épaissie, vasculaire ; on voit des ramifications capillaires extrêmement nombreuses ; partout elle est fortement adhérente à la tumeur. En avant et en haut, ses deux feuillets s'écartent l'un de l'autre en trois points, constituant ainsi trois cavités anfractueuses, irrégulières, qui contenaient ce liquide séreux qui s'est échappé pendant l'opération; ce liquide ressemblait à celui des hydrocèles ordinaires. L'un de ces kystes aurait pu contenir une pomme d'un volume moyen; les deux autres, plus petits, pouvaient contenir chacun une noix.

La tumeur est formée de deux parties: l'une principale, qui la constitue presque tout entière, et dont nous allons parler ; l'autre, qui a le volume d'une petite noix, est séparée de la précédente et se prolonge entre les éléments du cordon. Elle est horizontale; sa forme est celle d'une amande. On reconnaît à la coupe qu'elle est formée d'une quantité innombrable de petits cartilages de forme irrégulière, adossés les uns aux autres, et interceptant entre eux des cavités pleines d'un liquide filant et transparent.

La tumeur principale est assez régulière dans ses contours ; elle est à peu près ovoïde, à grand diamètre vertical. Une coupe faite dans toute son épaisseur et la divisant en deux parties, montre qu'elle est constituée par une masse enchondromateuse qui en forme les trois quarts. En étudiant ce tissu, on y constate l'existence d'une grande quantité de petits cartilages irréguliers de forme, contournés dans divers sens, festonnés sur leurs bords. Tous ces petits noyaux s'accolant les uns aux autres, s'entre-croisant les uns dans les autres, laissent entre eux des vacuoles anfractueuses qui contiennent un liquide filant, transparent, semblable à du blanc d'œuf. Dans la partie supérieure de la tumeur, la quantité de ces noyaux cartilagineux est énorme ; mais à mesure qu'on descend leur nombre diminue. Dans le point où ils sont si nombreux, on voit en divers endroits des plaques compactes de cartilages dans lesquelles on trouve à peine quelques petites cavités contenant le liquide filant dont nous venons de parler.

Dans la moitié inférieure, ces points cartilagineux disséminés sont placés dans un tissu blanc jaunâtre d'apparence fibreuse, très-vasculaire et contenant par endroits de petits épanchements sanguins. Toute la masse est, du reste, très-vasculaire.

Dans la moitié inférieure de cette masse enchondromateuse est enkystée une autre masse d'aspect et de nature tout différents, enveloppée d'une membrane propre qui paraît de nature fibreuse et unie assez lâchement dans quelques points au tissu qui l'entoure pour qu'on puisse l'en détacher avec le doigt. Cette masse, qui peut être énucléée d'une manière complète, est du volume d'une petite orange. Son tissu est grisâtre, friable. On y trouve des vaisseaux assez nombreux qui forment sur la surface de section autant d'orifices béants. On n'y trouve nulle part aucune trace de cartilages; on dirait une masse de fibrine résultant de transformations subies par un épanchement sanguin considérable.

Le tissu enchondromateux fait à cette tumeur fibrineuse une enveloppe complète dont l'épaisseur est, en bas et sur les côtés, de 2 centimètres environ.

— La suite de la discussion sur les hernies ombilicales et leur traitement est renvoyée à la séance prochaine.

— A cinq heures moins un quart, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire annuel, BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Faculté a été convoquée extraordinairement pour aujourd'hui samedi 30, à l'effet d'entendre les rapports sur les candidatures et de procéder à la présentation des candidats pour la chaire de médecine légale actuellement vacante.

— Le nombre des élèves inscrits à la Faculté de médecine de Strasbourg pour l'année scolaire 1861-1862 se décompose ainsi :

Elèves civils en cours d'inscription.	113
— en cours d'examen.	63
Elèves militaires en cours d'inscription	243
— en cours d'examen	36
Total général.	455

Nous aurions voulu donner également le nombre des élèves inscrits à la Faculté de médecine de Paris, ainsi que nous le faisons chaque année ; mais le nouveau secrétaire de la Faculté, auquel nous nous sommes adressé pour avoir ce renseignement, vient de nous répondre que : « donnés officiellement à la Sorbonne pour être transmis à » l'administration centrale, ces renseignements ne peuvent être com- » muniqués et rendus publics que par l'une ou l'autre de ces auto- » rités. » O bureaucratie! ! !

— La rentrée des Facultés de Strasbourg, de l'École de pharmacie et de l'École impériale du service de santé militaire a eu lieu le 14 de ce mois.

Voici la liste des lauréats de la Faculté de médecine :

Première année. Prix : M. Cousin, de Boulogne (Pas-de-Calais).
Mention très-honorable : M. Faucon, de Thérouanne (Pas-de-Calais).
Deuxième année. Prix : M. Chauvel, de Quintin (Côtes-du-Nord).
Troisième année. Prix : M. Wendling, de Saint-Martin (Bas-Rhin).
Mention très-honorable : M. Bleicher, de Colmar (Haut-Rhin).

Pour les thèses soutenues pendant l'année scolaire 1859-1860, la Faculté a désigné à M. le ministre, comme méritant des distinctions particulières :

En première ligne : M. le docteur Foltz, médecin adjoint du bureau de bienfaisance, auteur de la thèse *Sur les naissances tardives*.
En deuxième ligne : MM. Sellier, Sizarret et Michel.

Les élèves ayant obtenu le premier rang dans les divers concours sont :

Internat : MM. Rumbach, Boell, Pellegrin, Magnant, Pingaud.
Externat : MM. Pingaud, Chauvel.
Aide de botanique : M. Bleicher.

— M. le docteur Sviridoff, professeur de médecine légale à l'Université impériale de Kharkoff, conseiller d'Etat, chargé par le gouvernement russe d'examiner en France le système de construction des asiles d'aliénés, vient de terminer sa mission. Il n'est pas sans intérêt, dans les circonstances actuelles, de savoir que ce médecin, tout en adoptant l'*asile* pour les établissements que la Russie se propose d'élever, a l'intention d'y appliquer la colonisation comme un auxiliaire utile.

On demande un médecin pour la commune d'Hasnon (Nord) : population, 3,500 habitants. — Adresser les références et demandes de renseignements au maire de la commune.

Une belle collection de la *Gazette* depuis son origine (1828), reliée, et les années 1834, 1835, 1836, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1850, 1855, sont à vendre au bureau du journal.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par M. Ch. DEVAL, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur de clinique ophthalmologique. Un très-fort volume grand in-8° de 1,056 pages, contenant : 1° 44 figures intercalées dans le texte; 2° 6 planches destinées à l'appareil instrumental; 3° 6 planches coloriées représentant les principales altérations constatables à l'ophthalmoscope ; 4° l'épreuve de la vue ou échelle typographique d'E. Jaeger. Prix : 15 fr. ; *franco* 16 fr. Chez Albeissard et Bérard, éditeurs, rue Guénégaud, 8, à Paris; même maison à Marseille, rue Pavillon, 25.

Moniteur scientifique Quesneville, seul journal qui résume la science pure aux applications industrielles. Indispensable aux arts chimiques. Un an : 15 fr.; six mois : 8 fr.; bimensuel. On peut s'abonner à partir du numéro du 1er novembre, qui a paru, rue de la Verrerie, 55, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

 N° 141. — MARDI 3 DÉCEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Hospice de l'Antiquaille de Lyon (M. Rollet). Observations d'épididymite simulant le bubon sur deux malades dont le testicule était retenu dans l'anneau. — Des effets physiologiques de l'atropine et des inductions qu'on peut en tirer en faveur du traitement rationnel de l'épilepsie. — Deux nouveaux cas de mort par le chloroforme. — Fièvre intermittente pernicieuse cholériforme. — Académie des sciences, séance du 25 novembre. — Nouvelles. — Feuilleton. Manuel d'anatomie chirurgicale générale et topographique.

Paris, le 2 décembre 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu dans cette séance trois lectures sur des sujets d'histoire naturelle, savoir : un mémoire de M. Duval-Jouve, pour servir à l'histoire naturelle des équisetum de France ; des recherches sur les monstruosités du brochet, observées dans l'œuf et sur leur mode de production, par M. Lereboullet, travail qui se rattache à la question générale de la formation des monstruosités ; et un mémoire de M. Jourdan, sur les restes fossiles de deux grands mammifères. Nous laisserons à notre collaborateur du feuilleton scientifique le soin d'indiquer ce que ces communications renferment de nouveau ou de particulièrement intéressant pour la science.

Parmi les pièces de la correspondance que l'on trouvera dans le compte rendu, nous signalerons une note de M. Czermak, sur l'application de la photographie à la laryngoscopie et à la rhinoscopie ; des remarques de M. Maisonneuve, à l'occasion de la communication de M. Sédillot sur l'intoxication urineuse, comme cause des accidents qui suivent les opérations pratiquées dans l'urèthre (1) ; et un travail de M. Schmidt, sur la coagulation de la fibrine.

Nous mentionnerons enfin les présentations qui ont été faites, par M. Andral, du quatrième volume du Traité d'anatomie pathologique générale de M. Cruveilhier, et par M. Cloquet, de deux opuscules de M. le docteur Ernest Berchon, chirurgien de 1re classe de la marine. Le premier de ces opuscules est relatif à l'emploi méthodique des anesthésiques à l'aide de l'appareil réglementaire dans le service de santé de la marine ; le deuxième est un rapport fait à la Société des sciences, arts et belles-lettres de Rochefort, sur le livre de M. le docteur J. C. Cornay, intitulé : Principes d'adénisation et exposition générale des règles à suivre dans l'amélioration de la chair des animaux. Dans ce livre, plein de vues neuves et originales, et qui intéresse également la physiologie et l'hygiène, l'auteur propose un nouveau mode de zooculture consistant à pratiquer l'ablation des glandes nidoriennes qui communiquent par leur sécrétion plus ou moins fétide, un mauvais goût aux espèces animales alimentaires, et donnent une odeur insupportable aux espèces d'agrément.

L'Académie a procédé à la nomination d'un membre dans la section de minéralogie et de géologie. M. H. Sainte-Claire Deville a été nommé à la majorité de 51 suffrages sur 57 votants. Les autres voix ont été réparties entre MM. Delesse, Rivot et des Cloizeaux. — Dr Brochin.

(1) Voir sur cette question la communication faite par M. Mercier dans la précédente séance, et l'article du 21 novembre sur le livre de M. le docteur Ed. Marx.

HOSPICE de L'ANTIQUAILLE A LYON. — M. Rollet.

Observations d'épididymite simulant le bubon, sur deux malades dont le testicule était retenu dans l'anneau.

Dans les cas de migration incomplète des testicules, les complications d'orchite et d'épididymite, qu'entraîne après elle la blennorrhagie, peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic souvent très-graves et à des accidents d'inflammation péritonéale que l'anatomie et l'analogie peuvent faire prévoir.

Cette particularité, d'ailleurs excessivement rare, que peut présenter l'histoire de l'épididymite blennorrhagique, n'a pas été, que je sache, indiquée par les auteurs, et les notions de pathologie que nous possédons relativement aux testicules détenus dans l'abdomen ou dans le canal inguinal, se bornent à peu près aux troubles fonctionnels, à l'atrophie, aux inflammations spontanées ou traumatiques, et aux dégénérescences de ces organes.

Dans le cas plus particulier où un testicule retenu dans le canal est pris d'inflammation, l'erreur la plus commune, celle qu'on a le plus de tendance à commettre, consiste à diagnostiquer une adénite inguinale, un bubon, malgré le siége plus élevé de la tumeur, relativement au ligament de Fallope. S'il s'agit d'une épididymite blennorrhagique, la confusion sera rendue encore plus facile par le fait de cette coexistence d'une maladie vénérienne qui peut bien, par suite de l'irritation locale, déterminer une inflammation sympathique d'un ganglion inguinal.

Il n'est d'ailleurs pas très-rare de voir le bubon compliquer la blennorrhagie, puisque, d'après la statistique de l'Antiquaille, cette complication s'observe une fois sur quatorze.

On comprend quelles funestes conséquences pourrait avoir une semblable erreur, et combien il est prudent, avant d'ouvrir un abcès de l'aine, de s'assurer que les deux testicules sont dans le scrotum.

D'un autre côté, si la portion du péritoine qui coiffe le testicule et doit à l'état normal constituer la tunique vaginale, est encore en communication directe avec la grande cavité abdominale ; si l'oblitération ne s'est pas opérée, on aura à craindre de voir se généraliser l'inflammation de la séreuse testiculaire que détermine presque toujours l'épididymite. Ce n'est pas d'ailleurs une supposition gratuite, et dans plusieurs observations dont quelques-unes ont été rapportées par M. Curling, la péritonite, déterminée par l'inflammation traumatique d'un testicule retenu dans le canal, a pu se généraliser et entraîner la mort des malades.

Les mêmes accidents pourraient être provoqués par l'épididymite blennorrhagique. Toutefois, les deux observations que nous allons rapporter, intéressantes comme diagnostic, sont beaucoup plus rassurantes au point de vue du pronostic.

Obs. I. — S... (Jean), âgé de trente ans, est d'un tempérament lymphatique, d'une constitution ordinaire, d'une stature au-dessous de la moyenne. Cet homme n'a que le testicule droit dans le scrotum ; le gauche a toujours été dans le canal, où il glissait facilement. Jamais ni les efforts ni les manipulations n'ont pu lui faire franchir l'anneau externe, jamais il n'est rentré dans l'abdomen. Aucun symptôme dans les antécédents du malade n'indique qu'il y ait adhérence du testicule ainsi retenu avec les organes de l'abdomen, intestins ou épiploons. Il n'y a pas de hernie. Ce testicule est plus petit que le droit. Il donne à la pression la sensation de douleur caractéristique. Il n'a jamais été le siége d'aucune sensation anormale, ni présenté aucun signe d'engorgement. Jamais il n'a eu à subir de violences extérieures. A l'époque de la puberté, rien ne s'est manifesté de ce côté. Les désirs vénériens sont normaux. La virilité est parfaite, cet homme a au moins deux érections par jour ; il a pu fournir cinq coïts complets dans une nuit. La sécrétion spermatique est assez abondante, la barbe est bien fournie.

Le 1er avril 1861, le lendemain d'un coït, il vit survenir un écoulement uréthral peu abondant, avec ardeur pendant la miction. Les jours suivants l'écoulement augmente beaucoup, la douleur devient aussi plus forte. — Tisane de chiendent.

Au bout de huit jours, l'écoulement avait beaucoup diminué ; mais l'inflammation s'était transmise à tout le canal. La miction et les érections déterminaient une douleur assez vive dans la région périnéale.

A partir du 8 avril, malgré l'acuité de ces symptômes, le malade a pendant trois nuits de suite des rapports avec une femme. Pendant ce temps, l'écoulement n'augmente pas, mais la douleur du canal, surtout au voisinage de l'anus, devient très-violente.

Le 12 avril, lendemain du dernier coït, douleur dans le pli de l'aine gauche avec engorgement inflammatoire de la région. Ces symptômes vont en augmentant les jours suivants, et s'accompagnent d'une rougeur assez marquée de la peau. La douleur était beaucoup plus forte pendant la station, elle devenait intolérable lorsque le malade se tenait parfaitement droit ; aussi était-il obligé de se courber un peu en marchant, de manière à avoir la cuisse légèrement fléchie sur l'abdomen. Pendant le décubitus dorsal, surtout quand les cuisses étaient un peu relevées, la douleur était presque nulle.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel d'anatomie chirurgicale générale et topographique; par MM. le professeur A. Velpeau et B. J. Béraud, chirurgien et professeur adjoint de la Maternité de Paris (1).

Pour qu'en médecine et en chirurgie un travail puisse être un guide tout à la fois clinique et pratique, il faut à l'auteur cette vaste expérience qui ne s'acquiert qu'avec une étude multipliée de nombreux faits. Ce n'est donc qu'après une assez longue carrière déjà qu'un chirurgien peut écrire avec autorité. Malheureusement alors les exigences d'une pratique qui absorbe tous les instants ne lui permettent plus guère de se livrer avec autant d'ardeur au travail du cabinet : c'est ainsi que la science se trouve privée de livres qui seraient consultés avec fruit et deviendraient en quelque sorte le code des générations futures. Chaque maître ajoutant ainsi le fruit de ses labeurs et de son expérience, la science y trouverait son profit.

Nous devons donc savoir gré à M. Velpeau, qui, malgré ses nombreuses occupations, a bien voulu refaire son *Manuel d'anatomie chirurgicale générale et topographique*. Ce *Manuel*, comme l'auteur l'indique dans la préface de la première édition, loin de rentrer dans ces abrégés succincts qui sont plutôt nuisibles qu'utiles, est au contraire un traité complet, dans lequel l'auteur a pu produire une grande partie des résultats de sa vaste expérience et de sa judicieuse observation.

Dans une courte préface qui fait honneur à celui qui a attiré ainsi sur lui l'attention du maître, M. Velpeau indique comment il a cru devoir associer à son travail un de ses anciens internes, M. Béraud, anatomiste et physiologiste aussi laborieux que distingué. De l'association du maître et de l'élève résulte, dit M. Velpeau, « *un ouvrage en grande partie nouveau qui devient dorénavant l'œuvre de M. Béraud autant que la mienne.* » Le maître a revu avec soin toutes les épreuves, et à côté des faits anatomiques même le plus récemment découverts, se trouvent les réflexions pratiques du savant chirurgien de la Charité.

La tâche attribuée à M. Béraud dans la rédaction de ce travail important, côtoyait plusieurs écueils qu'il a su éviter. En effet, M. Velpeau ayant le premier publié un Traité complet d'anatomie chirurgicale, il fallait éviter d'attribuer à d'autres qui étaient venus après lui les opinions qui lui appartenaient. D'une autre part, M. Velpeau, dans son enseignement, avait répandu une foule d'idées acceptées et répétées ensuite par ses élèves, il ne fallait point les perdre de vue, et rendre au maître des opinions qui à tort pouvaient être attribuées à d'autres. Enfin, comme la part attribuée plus spécialement à M. Béraud dans cette seconde édition était relative aux recherches anatomiques, il lui fallait mieux faire, si cela était possible, que ce qui existait dans la première édition. Or comment corriger une œuvre qui avait été écrite à l'amphithéâtre, le cadavre sous les yeux? Aussi M. Béraud n'a pu que vérifier la fidélité des descriptions premières, en y ajoutant les recherches histologiques modernes ; et nous verrons qu'il s'en est acquitté avec bonheur.

Mais j'ai hâte d'esquisser à grands traits cet ouvrage important, qui, je n'en doute point, sera accueilli avec reconnaissance par la jeune génération, laquelle se trouvera ainsi en mesure de profiter de la vaste expérience d'un maître si justement honoré. N'oublions pas de signaler cependant que de nouveaux livres traitant des mêmes matières ont été publiés dans ces dernières années, et qu'ils sont dus également à des maîtres éminents, MM. Malgaigne et Richet. Chacun de ces livres, présenté à des points de vue différents, se complète et s'éclaire ; de la réfutation des faits et de la discussion qu'elle nécessite a pu ainsi jaillir la lumière.

Sous le titre modeste, trop modeste, de *Manuel*, le traité publié par M. Velpeau contient plus de 800 pages d'un texte compacte et serré, et certes il renferme la matière de deux volumes ordinaires. Ce traité comprend deux parties distinctes :

1° L'anatomie générale chirurgicale ;

2° L'anatomie topographique chirurgicale.

L'anatomie générale chirurgicale a dans cette seconde édition subi de profondes modifications qu'ont nécessitées les découvertes modernes ; ainsi la peau, cette membrane tégumentaire qui guide souvent le chirurgien dans ses opérations, a été étudiée avec soin dans ses divers éléments ; aussi y trouvera-t-on une très-bonne description du système glandulaire, qui, par suite des modifications qu'il peut subir, devient la source de tumeurs si diverses et dont l'origine était mal connue. M. Velpeau a aussi donné un extrait, mais suffisant pour l'intelligence du lecteur, de ses recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur les cavités closes naturelles et accidentelles de l'économie ; ce travail remarquable avait été communiqué à l'Académie des sciences, et est inséré en entier dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère*.

M. Béraud s'est attaché dans l'anatomie générale, ne pouvant rien ajouter aux faits purement anatomiques, à signaler toutes les recherches modernes, histologiques ou physiologiques qui peuvent éclairer les premières. Ainsi, on lira avec intérêt de nouvelles considérations sur les propriétés du tissu musculaire, les recherches sur la structure des os par MM. Nélaton et Ch. Robin, ainsi que sur la non-existence du périoste interne des os longs par MM. Gosselin et Regnault. Les myéloplaxes découverts par M. Robin y sont également signalés avec leurs caractères, et l'on sait que ces éléments, par leur accumulation pathologique, peuvent donner naissance à des tumeurs même volumineuses, que M. E. Nélaton a récemment fait connaître dans une excellente thèse.

L'histoire des divers modes de développement des os y est aussi longuement traitée, et je ne peux quitter encore ce chapitre important sans attirer l'attention du lecteur sur le rôle du périoste

(1) 2e édition. Chez Germer-Baillière (1862).

La marche était très-gênée. La douleur était limitée au testicule enflammé; elle ne se propageait pas au scrotum et ne remontait pas vers la région lombaire; un jour seulement elle s'est étendue, mais avec peu d'intensité, à la face antérieure de la cuisse.

A partir du 12 avril, jour du début de l'épididymite, l'écoulement uréthral et la douleur diminuèrent assez rapidement.

Après être resté quatre jours sans traitement, le malade appliqua des cataplasmes sur la tumeur du pli de l'aine, et en obtint un soulagement notable; mais son état demeurant stationnaire, il se décida enfin à entrer à l'Antiquaille le 27 avril 1864.

A cette époque, la blennorrhagie est presque nulle; la miction n'est plus douloureuse; les érections sont encore un peu pénibles. Il y a au pli de l'aine gauche une tumeur ovoïde ayant son grand diamètre dans l'axe du canal inguinal, à trois centimètres environ au-dessus de l'anneau externe. Cette tumeur, peu résistante au toucher, peu mobile, n'est pas très-douloureuse. Tout autour, le tissu cellulaire est un peu empâté; la peau est rouge. La tumeur simule admirablement un bubon, et si l'on n'avait pas reconnu que le testicule gauche n'était pas dans le scrotum, c'est là sans doute le diagnostic qui aurait été porté. La palpation ne permet pas de distinguer le testicule de l'épididyme, à cause de l'empâtement des parties; mais en pressant la partie supérieure et externe en un point que le malade sait très-bien indiquer, on détermine la sensation caractéristique que cause le froissement d'un testicule.

On ordonne le repos au lit, la tisane de chiendent, des cataplasmes et des injections avec l'extrait de Saturne et le sulfate de zinc.

A partir de ce moment, l'engorgement et la douleur diminuent.

Le 1er mai, on peut distinguer le testicule de l'épididyme; le malade marche sans souffrance.

Les jours suivants, l'amélioration va en augmentant; l'épididyme devient de plus en plus distinct; on sent le testicule très-petit à la partie supérieure et externe. Enfin, le 7 mai, le malade sort guéri. Il franchit en courant quatre étages sans éprouver de douleur; son testicule ne le gêne en rien, il est redevenu mobile; il n'y a plus ni empâtement ni rougeur. L'épididyme n'a pas repris son volume ordinaire, il forme encore une petite tumeur grosse comme une amande.

L'écoulement uréthral a disparu complétement.

Obs. II. — G... (Pierre), âgé de vingt ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, a eu, il y a dix-huit mois, une blennorrhagie sans complications. Admis à l'Antiquaille le 28 octobre 1864, il raconte qu'il a contracté une blennorrhagie il y a un mois, et que l'écoulement, très-abondant dans les premiers jours, avait diminué considérablement, grâce à l'emploi de capsules de copahu. Il n'y avait plus de douleur ni pendant la miction ni pendant les érections, quand un excès de boissons ramena l'état aigu.

Il y a sept jours, douleur au pli de l'aine droite avec tuméfaction, augmentant par la station, diminuant par le décubitus, gênant considérablement la marche.

A l'entrée du malade, on constate tous les signes d'une blennorrhagie subaiguë. Le gland est rouge, non tuméfié; l'écoulement jaune n'est pas très-abondant. Il n'y a pas de douleur dans le canal. Les urines sont un peu plus fréquentes que d'habitude, mais elles sont claires, et la miction n'est pas douloureuse.

Il existe au pli de l'aine droite, vers l'anneau externe du canal inguinal, mais un peu plus haut et en dehors, une tumeur arrondie, un peu inégale, un peu résistante à la pression, très-douloureuse, du volume d'une petite noix. Cette tumeur, qui est un peu mobile, simule un ganglion enflammé.

On ne trouve dans le scrotum que le testicule gauche, qui est normal.

On prescrit le repos au lit, huit sangsues sur la tumeur, la tisane de guimauve.

Le lendemain 29 octobre, la douleur a considérablement diminué.

Le 30, l'engorgement a disparu presque en totalité. La tumeur est très-petite, à peine comme une noisette; elle semble être un renflement du cordon qu'on peut suivre dans le canal inguinal. Cette tumeur est assez sensible à la pression. Il est impossible de la décomposer par le toucher en testicule et en épididyme; il semble même que le testicule est complétement atrophié, et que ce qui reste est constitué uniquement par l'épididyme et l'extrémité du canal déférent.

Interrogé sur l'absence du testicule droit, le malade dit qu'il n'a jamais eu dans le scrotum que le gauche; que la petite tumeur du pli de l'aine était mobile dans le sens du canal inguinal, et qu'elle n'a jamais été le siége de douleur ou d'engorgement. Ses appétits vénériens sont très-modérés; il n'a que très-peu de barbe.

Il ressort des deux faits que nous venons de rapporter un enseignement relatif à plusieurs points de la pathologie des testicules.

Dans l'un et l'autre cas, la rétention de l'organe dans le canal inguinal ne peut pas être mise en doute. Dans un cas, le testicule ainsi arrêté était à gauche; dans l'autre, il était à droite.

Cette anomalie ne se compliquait ni de hernie intestinale ni de hernie épiploïque, ce qui arrive si souvent. Aucun symptôme dans les antécédents ne peut faire supposer que l'arrêt dans la migration ait été le résultat d'adhérences avec aucun des organes de la cavité abdominale, suite de péritonites développées dans la vie intra-utérine, ainsi qu'on l'a observé dans un certain nombre de cas. Le testicule était mobile dans le canal, et les déplacements qu'on lui faisait subir ne déterminaient ni tiraillements ni coliques.

Dans le premier cas, bien que le testicule retenu fût plus petit que l'autre, ses fonctions semblaient se faire assez normalement, ainsi que paraît l'indiquer la virilité du sujet. Dans le second cas, l'atrophie était très-marquée, et la puissance génésique du malade était aussi singulièrement amoindrie.

Enfin, on ne peut trouver dans les antécédents d'aucun d'eux ces symptômes d'engorgement, de douleur, ou simplement de gêne, qu'occasionnent si souvent les testicules qui n'ont pas pu franchir l'anneau externe du canal inguinal.

Mais ce ne sont là que des considérations relatives à la migration incomplète des testicules; ces faits nous fournissent de plus des conclusions qui vont nous servir à tracer quelques points de l'histoire de l'épididymite blennorrhagique dans le cas de rétention du testicule; question toute nouvelle sur laquelle il est bon, je crois, que l'attention soit fixée.

L'étiologie ne diffère en rien de ce que nous savons pour l'épididymite blennorrhagique ordinaire. Dans les deux cas, l'uréthrite était arrivée à la période subaiguë, et avait eu le temps de se transmettre aux régions profondes du canal.

Le premier malade était atteint de sa blennorrhagie depuis douze jours, le second depuis trois semaines. Le premier surtout a insisté d'une manière très-précise sur les douleurs que déterminaient la miction et les érections dans la région périnéale, symptômes habituels du transport de l'inflammation spécifique aux portions membraneuse et prostatique du canal.

Les causes déterminantes ont été chez l'un un excès de coït, chez l'autre un excès de boisson.

Il est remarquable que chez tous deux le testicule retenu a seul été atteint d'épididymite. On serait donc porté à penser que l'arrêt dans la migration prédispose les testicules à s'enflammer sous l'influence de la blennorrhagie; mais il faut se garder d'exagérer cette opinion, car dans le cours d'une première uréthrite, le second malade n'avait offert aucun accident du côté des glandes séminales.

Les symptômes habituels de la maladie se sont retrouvés dans nos deux observations: le gonflement, la douleur, la rougeur de la peau, l'œdème du tissu ambiant, n'y font pas défaut. L'inflammation portait principalement, sinon exclusivement, sur l'épididyme; mais dans les premiers jours, l'empâtement du tissu cellulaire et la position beaucoup moins accessible de l'organe ne permettaient pas de faire cette distinction, qui est devenue évidente seulement dans la période de résolution.

Il a été impossible de constater aucun signe d'épanchement dans la séreuse testiculaire; mais, outre que ce phénomène est loin d'être constant, ainsi que l'a démontré M. Velpeau, il peut se faire que la séreuse, dans ces deux cas particuliers, ne formant pas une cavité close, l'épanchement n'ait pas pu se présenter sous forme de collection. Toutefois on aurait dû avoir dans cette dernière hypothèse des signes de péritonite localisée, qui ont fait complétement défaut.

La douleur a été très-vive et plus intense peut-être qu'elle ne l'est habituellement dans l'épididymite blennorrhagique ordinaire; elle s'exaspérait surtout par la marche et par la station verticale, à cause de la compression que déterminait alors la tension de l'aponévrose du grand oblique.

La marche de la maladie n'a rien présenté d'anormal ni même de spécial; la période aiguë n'a duré que quelques jours, et sous l'influence du traitement antiphlogistique la résolution s'est opérée franchement et rapidement.

La durée de l'orchite a été de vingt-quatre jours dans le premier cas, de onze dans le second.

Le diagnostic offrait des difficultés sérieuses, et si l'on ne s'était aperçu de l'absence d'un des testicules dans le scrotum, l'erreur eût été possible. C'est avec le bubon surtout que l'orchite pouvait être confondue. Sans doute le siége du bubon est d'ordinaire inférieur au canal inguinal; toutefois il n'est pas très-rare de voir survenir dans le cours des maladies des organes génitaux des adénites formant tumeur au-dessus du ligament de Fallope. La confusion avec une hernie inguinale commençante enflammée semble beaucoup plus difficile. Mais si l'on se rappelle que plus d'une fois l'orchite développée dans le scrotum a été prise par des chirurgiens, même expérimentés, pour une hernie inguinale étranglée, et *vice versa*, on comprendra que les cas qui nous occupent auraient pu à plus forte raison donner lieu à cette erreur. D'ailleurs les symptômes d'étranglement et de péritonite qu'on peut observer dans ces circonstances, et l'existence antérieure d'une tumeur mobile dans le sens du canal inguinal et présentant des mouvements de propulsion en avant, en bas et en dedans sous l'influence des efforts et de la toux, sont tout autant de signes capables de conduire à un faux diagnostic. Et de pareilles erreurs ont été commises. M. Curling parle d'un cas de ce genre où un testicule retenu dans le canal inguinal et pris d'inflammation spontanée, eut à subir, non sans de grandes douleurs pour le patient, des tentatives réitérées de taxis.

On comprend quelle gravité pourraient avoir de semblables confusions, et par conséquent quel soin on doit apporter au diagnostic. On pourra, je crois, le baser d'une manière à peu près certaine sur l'examen des caractères suivants:

1° Absence dans le scrotum du testicule du côté malade.

2° La maladie a eu pour point de départ une petite tumeur existant antérieurement dans le canal inguinal, où elle était mobile de haut en bas. Cette tumeur était ovoïde, en général, plus petite que le testicule qui existe dans le scrotum, mais elle donnait à la pression la douleur caractéristique.

3° La tumeur inflammatoire siége au-dessus du ligament de Fallope; elle est ovoïde, et son grand axe est dirigé suivant l'axe du canal inguinal.

4° La tumeur est décomposable par la palpation, au moins dans la période de résolution, en deux parties, l'une inférieure et interne, plus considérable, dure, inégale: c'est l'épididyme; l'autre, supérieure et externe, plus petite, lisse, ovoïde, molle: c'est le testicule.

Nous pourrions ajouter que la maladie débute en général brusquement, que la douleur et l'engorgement inflammatoire suivent une marche rapidement croissante, et peuvent arriver à leur maximum en vingt-quatre ou quarante-huit heures, ce qui

---

dans la régénération des os. Dans ce paragraphe, MM. Velpeau et Béraud se sont attachés à démontrer la part qui revenait à chacun des observateurs, rôle qui paraissait avoir été un peu oublié.

L'article consacré au système cartilagineux a dû aussi, dans cette seconde édition, subir de profondes modifications; on y trouve un exposé des recherches de M. Béraud, qui, contrairement aux idées généralement admises et à M. Richet dont il discute les opinions, admet que les cartilages s'enflamment, et dans un cas il a pu même montrer qu'il existait des vaisseaux dans leur épaisseur.

Je dirai, pour terminer, que plusieurs autres systèmes, tels que le système artériel, veineux, lymphatique, ont été considérablement développés dans cette seconde édition; le système nerveux a été refait complétement, et les auteurs ont ajouté à cette partie de leur travail un chapitre complet et plein d'intérêt sur les systèmes glandulaires et érectiles, qui n'existait point dans la première édition.

— La seconde partie, l'*anatomie topographique*, est la plus importante; aussi comprend-elle près de 700 pages. Comme chaque région avait été décrite avec un soin tout particulier, cette partie de la première édition a nécessité moins de changements. Le plan primitif, qui était irréprochable, a dû aussi être en grande partie conservé. Certaines régions néanmoins ont dû subir de profondes modifications pour être l'expression de la science actuelle. Je citerai seulement les plus importantes.

Dans tout ce qui est relatif aux centres nerveux, on y trouvera les résultats les plus saillants des recherches de M. Duchesne (de Boulogne), de M. Bouillaud, de M. Gubler, sur la paralysie alterne, et de M. Hillairet, qui a publié dernièrement, dans les *Archives*, un excellent travail sur les lésions du cervelet.

Dans la description du sens de l'ouïe, M. Béraud a apporté le résultat de nouvelles recherches sur la communication de cellules avec la caisse du tympan. Pour l'appareil de la vision, on lira avec intérêt de nouvelles recherches sur les glandes lacrymales, et la description d'un nerf spécial qui n'avait point encore été signalé avant M. Béraud, ainsi qu'un exposé très-succinct de ses intéressantes recherches sur les voies lacrymales et le canal nasal. L'œil lui-même, cet appareil si complexe, a été décrit avec le plus grand soin d'après les récentes et très-curieuses recherches de MM. Robin, Muller, Rouget, etc. Pour compléter ce qui a rapport aux régions supérieures, je citerai encore les recherches de MM. Gosselin, Giraldès et Béraud, sur l'appareil de l'olfaction, une description très-intéressante et très-bien faite de la région parotidienne, ainsi que des lèvres et des dents.

Le tronc et les membres mériteraient aussi, par l'importance des régions et les intéressantes recherches que l'on trouvera dans ce livre, une mention détaillée, mais qui dépasserait les limites qui me sont imposées. Aussi c'est avec regret que je me vois réduit à ne pouvoir que les signaler. Telles sont les recherches de Luscka sur les articulations de la colonne vertébrale, une description très-complète des aponévroses du cou, des vaisseaux lymphatiques du poumon, la région ombilicale, qui, malgré les intéressantes recherches de M. Richet, a encore permis à M. Béraud de signaler des points importants: la région inguinale, scrotale, périnéale, chez l'homme et la femme, etc. Pour les membres, on lira avec intérêt les articles aisselle, coude, creux poplité, où l'on trouve les intéressantes recherches de M. Foucher sur les bourses tendineuses de cette région.

Que de faits intéressants j'aurais eu à signaler pour chacune de ces régions; mais il faut savoir se limiter. Je dirai encore cependant que cet ouvrage, par les nombreuses recherches bibliographiques qu'il contient, a encore le mérite, outre qu'il est très au courant de la science, de rendre à chaque travailleur la part qui lui est personnelle. Cela ne doit point nous étonner, car l'on sait avec quelle bienveillance M. Velpeau accueille les travaux des jeunes débutants, et combien il est heureux de leur rendre justice. Ce maître, justement honoré, s'est toujours empressé dans ses nombreuses publications de signaler au monde savant les découvertes des jeunes générations, et en les prenant sous son égide, il a certainement noblement contribué à les encourager.

Dans un ouvrage de cette nature il est un écueil important et difficile à éviter, c'est d'en faire un livre d'anatomie descriptive. On ne pouvait s'en tirer avec plus de bonheur que l'ont fait MM. Velpeau et Béraud.

Pour donner une idée exacte du livre, je voudrais encore faire connaître les nombreuses applications chirurgicales que la longue pratique de M. Velpeau lui a permis d'y intercaler; mais ce nom si autorisé dans la chirurgie française suffit, et à lui seul, mieux que je ne pourrais le faire; il montre que si les anatomistes tireront un grand profit de la lecture de ce livre, les chirurgiens y trouveront souvent des indications précieuses, car il est rare qu'à côté d'un fait purement anatomique, M. Velpeau n'y ait point placé les réflexions chirurgicales qui en découlent.

Le *Manuel d'anatomie chirurgicale et topographique* de MM. Velpeau et Béraud est donc un de ces livres qui devront à la fois se trouver dans la bibliothèque de l'élève et des maîtres.

Quant à ce qui concerne M. Béraud, je dirai avec M. Amédée Latour, après avoir lu la préface de ce livre: « Heureux sont les jeunes collaborateurs que M. Velpeau prône ainsi de ses éloges. » Houel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. Decq; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Leçons sur les maladies de la peau, professées à l'hôpital Saint-Louis par M. le docteur Hardy, médecin de cet hôpital; rédigées par M. le docteur Moysant; revues et approuvées par le professeur. 2e édition, revue et corrigée. — Dartres, scrofulides, syphilides. — Un volume in-8° de 220 pages. Prix: 3 fr. 50 c. *franco*. Paris, Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

n'est pas le propre du bubon. Qu'enfin, les accidents d'étranglement, s'ils existent, cèdent rapidement aux antiphlogistiques locaux, et qu'un léger laxatif triomphera de la constipation.

Il est une remarque qu'il est peut-être bon de faire ici. Quelquefois, dans les cas de migration imparfaite du testicule, l'épididyme, tiraillé par le gubernaculum, franchit l'anneau externe en laissant le testicule dans le canal. Si l'orchite blennorrhagique survient dans ces circonstances, comme elle porte presque exclusivement sur l'épididyme, les signes énumérés plus haut ne seront pas observés; la tumeur existera dans le scrotum, et les symptômes ne différeront pas sensiblement de ceux qu'on constate dans les cas ordinaires. Le diagnostic porté ne pourra pas être faux, il sera tout au plus incomplet.

Le pronostic, si l'on devait le baser sur les deux observations que nous avons rapportées, ne différerait pas de celui de l'orchite blennorrhagique ordinaire; je puis même dire qu'il serait plus bénin. En effet, si, comme cela résulte des recherches de M. Gosselin, l'induration de l'épididyme, que cette maladie entraîne si souvent après elle, oppose un obstacle au passage des spermatozoïdes, ce fâcheux résultat sera beaucoup moins regrettable s'il s'agit d'un testicule qui n'a pas franchi l'anneau; les fonctions de l'organe étant le plus souvent dans ces conditions profondément lésées, et sa structure étant même quelquefois tout à fait méconnaissable, ainsi qu'a pu l'observer M. Follin.

Mais il est un accident redoutable auquel nos deux malades ont pu échapper, que l'analogie nous fait prévoir, et sur lequel l'attention du médecin devra toujours être éveillée, je veux parler de la péritonite. Il est de règle dans l'orchite blennorrhagique que la tunique vaginale participe à l'inflammation, et que le plus souvent il se fait un certain épanchement dans sa cavité. Il n'en résulte pas d'accidents graves, grâce à l'oblitération qui a rompu toute communication entre cette séreuse et le péritoine, dont elle n'était primitivement qu'un diverticulum. Mais si, dans les cas qui nous occupent, la tunique vaginale n'est pas complète, si elle communique avec la cavité abdominale, l'orchite blennorrhagique pourra déterminer rapidement une péritonite souvent mortelle. Or, quelle est la disposition de la séreuse dans les cas où le testicule est retenu dans l'aine?

Dans quelques autopsies, on a trouvé une tunique complète; mais M. Curling pense que le plus souvent la glande n'est entourée que par un prolongement du péritoine. Il s'appuie sur l'examen de plusieurs ouvertures cadavériques et sur l'observation qui a pu être faite directement sur le vivant dans le cours de quelques opérations de castration.

M. Cloquet était arrivé déjà à la même conclusion. Ainsi, sans que cette disposition soit constante, les testicules retenus dans le canal ne sont pas enveloppés dans une séreuse indépendante où l'inflammation puisse se circonscrire. C'est à cette disposition anatomique que sont dus les faits signalés au début de ce travail, dans lesquels on a vu l'inflammation traumatique d'un testicule retenu dans l'aine entraîner une péritonite mortelle. Ainsi, l'analogie vient nous enlever une sécurité trompeuse qui aurait pu résulter d'une observation trop restreinte au sujet de la gravité de l'épididymite blennorrhagique dans les cas de migration imparfaite. Et comme il est impossible de reconnaître à aucun signe s'il existe ou non une communication entre les deux séreuses, le pronostic devra toujours être très-réservé.

Le traitement repose sur les mêmes indications générales que celui de l'épididymite ordinaire. Toutefois, il y a quelques indications spéciales et quelques contre-indications sur lesquelles il est bon d'insister.

Dans la position donnée au malade, on ne devra pas, comme cela a été conseillé, chercher à élever le bassin de telle sorte que le testicule soit le point culminant du corps; il en résulterait une compression inégale et très-douloureuse de l'organe malade, due à la tension de l'aponévrose du grand oblique. On devra, au contraire, conseiller un léger degré de flexion et d'adduction de la cuisse du côté malade, ce qui se fera à l'aide de coussins et non par l'action musculaire.

La compression est une méthode qui évidemment n'est pas applicable dans ces cas, puisqu'elle ne pourrait pas embrasser l'organe malade; et l'on sait que si elle a eu d'heureux résultats, elle détermine souvent, quand elle est appliquée d'une façon inégale, des accidents souvent fort graves.

L'incision de l'albuginée, conseillée par Vidal, les mouchetures de M. Velpeau, dont on se passe d'ailleurs fort bien dans la plupart des cas ordinaires, me semblent surtout devoir être rejetées dans ces cas particuliers, puisqu'on courrait risque d'ouvrir le péritoine.

Je ne vois rien qui puisse contre-indiquer l'usage des répercussifs, si ce n'est qu'ils empêchent l'emploi des antiphlogistiques locaux, sur lesquels on pourrait peut-être fonder de plus grandes espérances.

C'est, en effet, à la méthode antiphlogistique que l'on devra recourir de préférence, et surtout aux saignées locales, aux sangsues appliquées en abondance dès le début des accidents, si c'est possible. On pourrait, de cette façon, empêcher la séreuse de participer à l'inflammation. A un degré plus avancé de la maladie, leur application est encore indiquée, et l'on ne devra pas craindre de la renouveler au moindre signe de recrudescence inflammatoire. Enfin, si malgré ces précautions il survient des symptômes de péritonite, on devra, sans plus tarder, employer l'ensemble des moyens locaux et généraux conseillés contre cette redoutable complication.

Bouchard,
interne du service.

DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE L'ATROPINE

et des inductions qu'on peut en tirer en faveur du traitement rationnel de l'épilepsie.

Par M. le docteur Michéa.

Depuis l'année 1853, époque où j'avais l'honneur de lire devant l'Académie impériale de médecine un *Mémoire sur l'emploi du principe actif de la belladone dans le traitement de certaines maladies convulsives*, j'ai eu l'occasion d'administrer l'atropine ou ses principaux sels chez quarante-deux sujets des deux sexes et d'âges divers. Presque tous ces sujets étaient des personnes atteintes d'épilepsie soit récente, soit ancienne, simple ou compliquée d'aliénation mentale. La dose de l'atropine, presque toujours employée intérieurement, a varié depuis un demi-milligramme jusqu'à un centigramme en vingt-quatre heures, dernière dose que je n'ai expérimentée du reste que dans un très-petit nombre de cas.

Voici les principaux phénomènes physiologiques ou primitifs de l'atropine, ceux qui concernent particulièrement les fonctions du système nerveux cérébro-spinal.

Tous nos sujets sans aucune exception eurent la bouche, les lèvres, le palais, la langue, le gosier, dans un état de sécheresse plus ou moins pâteuse et incommode le lendemain ou le surlendemain du jour de l'administration de l'atropine ou des sels d'atropine, même aux doses les plus faibles, un milligramme ou un demi-milligramme.

Cette sécheresse, qui était rarement accompagnée de soif véritable, et qui disparaissait momentanément quand la bouche était humectée par quelques gorgées d'un liquide quelconque, semblait produite tantôt par une simple diminution de la sécrétion des parois de la bouche et du pharynx, et tantôt par un amoindrissement dans la sécrétion des glandes salivaires.

La dilatation plus ou moins considérable de la pupille, avec tendance à l'immobilité de l'iris, vint immédiatement après le phénomène dont je viens de parler, même en se bornant à la dose de 2 milligrammes, mais le plus ordinairement après l'avoir dépassée. Le *mydriasis* existait alors sans altération bien notable de la vue, car il n'empêchait pas de lire, même des caractères assez fins.

En arrivant graduellement à la dose de 4 à 5 milligrammes, vingt-trois sujets accusèrent de la difficulté à avaler soit les liquides, soit les solides, principalement la petite quantité de salive qu'ils avaient à la bouche, et ce n'est qu'après certains efforts des muscles du cou et du pharynx que la déglutition parvenait à s'effectuer. Toutefois la dysphagie n'était pas le résultat de la contraction spasmodique de ces muscles, comme cela arrive dans les attaques d'hystérie ou d'épilepsie; elle semblait plutôt l'effet de leur semi-paralysie, car aucun des sujets en question n'éprouva la sensation constrictive du gosier dont se plaignent les hystériques et plusieurs épileptiques au commencement de leurs accès, et, d'un autre côté, la main passée sur le cou ne percevait pas le gonflement et le raccourcissement qu'on observe dans l'état spasmodique des muscles de cette région.

Parvenus à la dose de 6 milligrammes, dix-neuf sujets offrirent un peu d'affaiblissement de la voix, qui, dans un cas seulement, toucha presque à l'aphonie, phénomène déjà constaté par MM. Bouchardat et Stuart Cowper; et en même temps chez treize il survint de la lenteur et de l'hésitation dans l'articulation de certains mots.

Ce léger embarras de la prononciation m'a semblé ne pas porter seulement sur les muscles des lèvres, comme cela a lieu dans la paralysie du nerf facial, paralysie où l'articulation des voyelles qui exige l'intervention des lèvres, l'*o* par exemple, et la prononciation des consonnes labiales, les *b* et les *p*, deviennent difficiles; ce léger embarras dans la prononciation, dis-je, m'a paru dépendre également des muscles de la langue, car celle-ci se montrait parfois vacillante.

J'ai trouvé, du reste, beaucoup d'analogie entre cette difficulté de la prononciation et l'hésitation dans la parole, la gêne dans l'articulation de certains mots, qui caractérisent le début de la paralysie générale des aliénés.

En arrivant à la dose de 7 milligrammes, presque tous les sujets, dont alors la dilatation de la pupille était considérable, se plaignirent de trouble dans la vision: ils apercevaient les objets comme enveloppés d'un brouillard; ils n'en distinguaient plus nettement les contours, ils ne pouvaient plus lire que les gros caractères, ils étaient impropres à enfiler une aiguille, etc. Enfin douze sujets eurent de la diplopie ou un léger strabisme, et six accusèrent de la difficulté à mouvoir le globe de l'œil. Ce dernier phénomène, dont n'avaient pas parlé les auteurs qui s'étaient occupés jusqu'à présent des effets physiologiques de l'atropine, fut observé pour la première fois par Himly durant l'administration de la belladone (1).

A la dose de 8 milligrammes, neuf sujets sur seize avaient la conscience de ne plus pouvoir commander aussi bien aux organes locomoteurs. Ils éprouvaient parfois, malgré les efforts de leur volonté, une vacillation dans la marche analogue à la titubation de l'ivresse, mais beaucoup moins prononcée. Ils ne pouvaient plus ni se tenir aussi solidement sur leurs jambes, ni se servir aussi aisément et aussi promptement de leurs mains pour boutonner leurs vêtements; en un mot, ils offraient dans les mouvements des extrémités supérieures et inférieures un embarras, une hésitation à peu près semblables à l'embarras et à l'hésitation dont sont affectés les mouvements de ces mêmes parties dans les premières périodes de la paralysie générale des aliénés.

L'analogie qui existe entre les symptômes caractérisant le début de cette dernière maladie et les troubles de la motilité produits par la belladone, est du reste parfois tellement grande que la distinction en devient d'abord assez difficile. Comme exemple de la possibilité de confondre les effets de cette intoxication avec les signes de la paralysie générale commençante, je citerai le cas suivant, sur lequel j'ai été appelé tout récemment à formuler mon opinion. (*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Suivant cet auteur, de fortes doses de belladone, administrées intérieurement, produisent non-seulement la dilatation de la pupille, mais déterminent aussi une immobilité remarquable du globe de l'œil, dont les muscles se trouvent paralysés par ce moyen. (Voir son Mémoire, traduit de l'allemand par Ehlers, Paris, 1802.)

DEUX NOUVEAUX CAS DE MORT PAR LE CHLOROFORME.

La *Gazette médicale de Lyon* signale, d'après le *British medical journal*, deux nouveaux cas de mort par le chloroforme.

Obs. I. — Je fus dernièrement appelé, dit M. Nourse, à administrer le chloroforme pendant une opération que M. Field se proposait de faire pour l'ablation d'hémorrhoïdes internes à l'aide de l'écraseur. Le patient était un homme robuste, très-musculeux, âgé de cinquante ans, adonné à la boisson, mais sur lequel on ne reconnut pas d'état anormal du cœur ni des autres organes; le pouls et la respiration étaient dans les conditions naturelles.

On mesura 8 grammes de chloroforme, qu'on versa sur une éponge creuse, et qu'on fit, selon l'usage, respirer d'une manière graduelle. La période d'excitation fut très-prononcée. Après quelques minutes, la quantité de chloroforme étant épuisée, on en versa encore 40 ou 50 gouttes. Tandis que les vociférations du malade continuaient, on remarqua un peu de stertor, et l'éponge fut aussitôt éloignée. Dans l'espace d'une minute, le stertor devint plus profond, la face livide, mais sans pâleur; le pouls cessa, et la respiration tomba visiblement.

L'opération cependant n'avait pas encore été commencée. M. Field établit immédiatement la respiration artificielle, et aspergea la face et la poitrine avec un linge mouillé; mais on n'obtint par ce moyen que quelques inspirations et spasmes. Tout en le continuant, on ouvrit la veine jugulaire, qui était distendue, on frictionna les membres, on appliqua l'électro-magnétisme; mais au bout d'une heure aucun signe de vie ne reparaissant, il fallut discontinuer ces tentatives.

L'autopsie montra le cœur farci (loaded) de graisse, sa substance musculaire mince et faible; les parois de l'oreillette et du ventricule droits dans un état de dégénération graisseuse (1). Les cavités de ce côté étaient gorgées de sang fluide; les valvules et les gros vaisseaux, ainsi que tous les autres organes, étaient sains.

Obs. II. — Un enfant de huit ans, Edwin Hambly, fut reçu, le 25 octobre dernier, à l'hôpital Sainte-Mary de Londres pour subir une autoplastie nécessitée par une difformité de la lèvre suite de brûlure. Le mercredi suivant, jour fixé pour l'opération, M. Edwards, qui est depuis huit ans chloroformisateur de cet hôpital, qui y a anesthésié sans accident plus de trois mille patients, et dont l'expérience en cette matière a été garantie par les témoignages les plus authentiques, fut chargé d'administrer le chloroforme. L'enfant fut endormi au bout de dix minutes, et M. Lane commença l'opération. Mais un moment avant qu'elle fût terminée, le patient tomba en faiblesse (fainted). On établit immédiatement la respiration artificielle, qui fut continuée pendant une demi-heure. Vu l'insuccès de ce moyen, on plaça l'enfant dans un bain chaud, et on appliqua le galvanisme durant une heure et demie, mais sans un meilleur résultat.

A l'autopsie, on trouva *« tous les organes sains, sans trace d'aucune maladie nulle part. »*

Ce second fait ne saurait être ni plus lamentable ni plus significatif. Voici un enfant plein de vie qui succombe en quelques minutes, et sans que rien ait pu faire prévoir, sans que rien ensuite puisse expliquer pourquoi. L'autopsie elle-même est muette. Aussi le jury chargé de l'enquête a-t-il dû se borner, suivant la coutume anglaise, à déclarer que la mort est arrivée « accidentellement et malheureusement par manque d'action du cœur! »

Nous ne cesserons de le demander tant que la mort ne cessera pas de poser la question : Est-ce là le dernier mot de la science?

P. D.

(1) Notons qu'on n'avait jusque-là observé chez cet individu aucun symptôme de maladie du cœur, et que, examiné avant l'opération, il n'en avait pas offert le moindre signe.

FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE CHOLÉRIFORME?

Une femme de vingt ans, primipare, fut admise dans la clinique obstétricale de la Faculté de Madrid, sous la direction du professeur Alonso. L'accouchement physiologique eut lieu le 25 septembre 1859 sans rien d'anormal; mais s'étant levée trois jours après, cette femme éprouva des frissons dans les épaules, un malaise général, des douleurs dans l'hypogastre, puis dans tout l'abdomen, et spécialement du côté gauche, suivies de trois ou quatre selles. Elle se remit au lit. Diète, décoction blanche gommée et eau panée. Nulle altération des lochies ni de la sécrétion mammaire.

Le 6 octobre, décubitus, indifférence, céphalalgie légère, langue large, sèche et rouge au centre et à la pointe, soif, mauvais goût de la bouche, douleur à la pression dans la fosse iliaque gauche avec météorisme; trois ou quatre selles neutres par jour, chaleur de la peau; pouls fréquent et petit; le reste normal. — Douze sangsues *loco dolenti*; lavements astringents.

Une amélioration s'ensuivit, mais des accès fébriles se répétèrent, qui firent recourir au sulfate de quinine.

Le 25, pâleur, pouls petit, fréquent et mou, chaleur normale, ventre non douloureux; un peu d'agitation. Le lendemain, au contraire, frisson général, pouls petit et perceptible à peine, altération profonde

de la physionomie; yeux cernés et enfoncés, langue froide, soif, nausées, deux vomissements; douleurs abdominales, cinq selles liquides, séreuses. — Caléfaction, lavements amidonnés et opiacés, glace, même tisane.

Cet état persista jusqu'à midi. Ventre plus douloureux; selle bilieuse avec des stries sanguinolentes. — Dix-huit sangsues à l'hypogastre.

A quatre heures, réaction franche, pouls fréquent et plein; selle liquide et blanchâtre, ventre moins douloureux; peau halitueuse ensuite et sueur.

Le 26, face naturelle, un peu animée; langue large, humide et rouge; soif; météorisme; pouls petit et fréquent, chaleur générale. — Riz et décoction blanche.

Le 27, nouvel accès comme le précédent à onze heures. Deux grammes de sulfate de quinine avec 10 centigrammes d'extrait thébaïque gommeux en dix-huit pilules, à prendre dans la rémission, qui se manifeste à cinq heures de l'après-midi par le hoquet et une pâleur générale.

Le 28, insomnie, face décomposée, tintements d'oreilles, pouls fréquent et petit, langue rouge, soif, douleur dans la fosse iliaque droite et au-dessus. — Continuation du sulfate de quinine.

Les symptômes s'amendèrent graduellement, la fièvre disparut, et après une longue convalescence, la malade sortit de l'hôpital le 4 décembre. (*Siglo medico*).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 novembre 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

Application de la photographie à la laryngoscopie. — **M. J. CZERMAK** adresse un mémoire sur l'application de la photographie à la laryngoscopie et à la rhinoscopie.

Il y a deux ans, dit-il, que je conçus l'idée d'appliquer la photographie à la laryngoscopie. Mais ce n'est qu'à la fin du mois d'août et au commencement du mois de septembre 1860, que j'ai eu pour la première fois l'occasion d'essayer réellement l'application de la photographie à la laryngoscopie (1). M. Lackerbauer, de Paris, dont tout le monde admire les gravures et les photographies, a bien voulu m'aider par son habileté connue.

L'appareil photographique se place près du miroir d'éclairage, au même endroit où à l'ordinaire se trouvent les yeux des observateurs qui veulent voir les images que j'obtiens par mon instrument d'autolaryngoscopie, de manière que ces images se projettent sur la planche collodiée.

Quoique nous n'ayons pas alors réussi à avoir une photographie complète du larynx, nous avons pourtant obtenu des traces distinctes de la glotte, des cordes vocales supérieures et inférieures et des ventricules de Morgagni, de sorte qu'il ne restait donc plus de doute sur la possibilité de fixer par la photographie les images laryngoscopiques.

Encouragé par les résultats de ces expériences, forcément interrompues par mon brusque départ de Paris, je les ai reprises pendant le mois d'octobre de l'année courante à Prague, dans l'atelier du peintre et photographe M. Brandeis, qui se chargeait de la partie photographique du travail. Cette fois j'ai réussi complétement, et je m'empresse de signaler ce fait et de soumettre au jugement de l'Académie les premières épreuves de cette nouvelle application de la photographie et du stéréoscope à la science.

Trois épreuves jointes au mémoire représentent: la première, une double photographie laryngoscopique; la deuxième, une photographie stéréoscopique du larynx; la troisième, une photographie rhinoscopique. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Coagulation de la fibrine. — **M. A. SCHMIDT** (de Dorpat) communique un mémoire sur la coagulation de la fibrine.

Une série d'investigations ayant pour objet la fibrine et la coagulation du sang, ont amené l'auteur à plusieurs résultats, dont voici les principaux:

1° Le chyle et la lymphe se coagulent instantanément lorsqu'on y ajoute du sang frais et privé de la fibrine.

(1) Cette idée n'avait pas du tout excité l'attention publique; le seul M. Mandl, qui m'avait prêté son concours pour la traduction française de ma brochure, l'a appliquée plus tard, et a fait construire, pendant son dernier séjour à Vienne, un appareil destiné à photographier les images du larynx, obtenues par l'autolaryngoscopie aussi bien que par l'exploration laryngoscopique des malades.

2° En mêlant du sang défibriné aux liquides de l'organisme contenant de l'albumine, tels que la sérosité du péricarde ou celle provenant de l'hydrocèle, ces liquides se coagulent; la rapidité de la coagulation, ainsi que la consistance du caillot, correspondent à la quantité et au degré d'activité du sang ajouté. La quantité de la fibrine précipitée est en rapport avec la quantité totale de substance organique contenue dans le liquide fibrinogène.

3° La coagulation artificielle est accélérée par la chaleur et retardée par le froid. L'efficacité du sang, au contraire, disparaît très-rapidement au libre accès de l'air et dans la chaleur, mais subsiste pendant longtemps dans le froid et dans un espace hermétiquement fermé. On l'observe le plus longtemps dans les caillots renfermant les corpuscules du sang.

4° L'acide carbonique retarde la coagulation; l'oxygène ne paraî produire aucun effet.

5° Le chyle, la lymphe et le pus privés de la fibrine, agissent sur les sérosités de la même manière que le sang, à cette différence près que leur action est beaucoup plus lente.

6° Le sérum du sang agit beaucoup plus lentement que le sang défibriné. Mais le sérum privé de corpuscules autant que possible, après qu'on lui a fait traverser une membrane animale, agit encore sur la fibrine, quoique avec peu d'énergie.

7° En mettant une cornée ou bien une portion de vaisseau ombilical dans une sérosité, celle-ci se coagule lentement. On arrive au même résultat en employant l'extrait aqueux de ces tissus, ainsi que la salive et les différentes humeurs de l'œil: l'humeur aqueuse, le corps vitreux et le cristallin.

8° En ajoutant aux sérosités en question les cristaux du sang lavés à plusieurs reprises jusqu'à ce que l'eau de lavage ne montre plus les réactions de l'albumine, on voit ces cristaux se dissoudre promptement, et bientôt après les sérosités se prendre en une gelée tremblotante. Le caillot ainsi obtenu fournit, en l'exprimant, un liquide qui jouit à son tour de la faculté de produire la coagulation, etc.

— **M. MAISONNEUVE**, à l'occasion de la communication faite dans la séance du 4 novembre par M. Sédillot, remarque qu'on ne peut présenter comme entièrement nouvelle la théorie qui consiste à considérer les accidents consécutifs aux opérations intra-uréthrales comme le résultat d'une intoxication urineuse; « cette théorie, dit M. Maisonneuve, est précisément celle que je professe depuis plusieurs années dans mes cliniques, ainsi que le constatent:

1° Le résumé succinct que M. de Saint-Germain, l'un de mes anciens élèves, en a consigné dans sa thèse inaugurale de janvier 1861;

2° Les propositions précises que j'ai formulées dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de lire devant l'Académie le 10 juin 1861. »

(Renvoi à l'examen de MM. Velpeau et Jobert, déjà désignés dans la précédente séance pour une semblable réclamation élevée par M. Mercier.)

— **M. VINCI** (de Naples), présente une note sur une méthode de traitement qu'il a imaginée pour certaines affections du canal de l'urèthre, du vagin, du sac lacrymal et des conduits nasaux.

L'auteur a été conduit à penser que le seul moyen de ne pas voir se prolonger indéfiniment, comme c'est trop souvent le cas, la plupart de ces affections, c'était de leur opposer une médication topique permanente. Pour satisfaire à cette indication, il a dû s'occuper non-seulement de la composition de ces médicaments et de la forme sous laquelle il convenait de les employer; mais il a dû, pour mettre ces topiques en contact avec les parties sur lesquelles ils devaient agir, inventer des appareils nouveaux.

La note et les instruments qui l'accompagnent sont renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. Cloquet, Jobert et Civiale.

— **M. MATHIEU**, fabricant d'instruments de chirurgie, présente une pince à anneaux, munie d'un nouveau mode de fermeture. Le mécanisme consiste en deux crochets placés en sens inverse sous les anneaux et que l'opérateur peut accrocher à volonté par une simple pression, tandis qu'il les décroche par un simple mouvement de latéralité opéré par les deux doigts engagés dans les anneaux. L'ouverture et la fermeture n'exigent donc pas le secours de l'autre main. (Renvoi à l'examen de MM. Velpeau et Bernard).

— **M. DE TARADE** envoie un supplément à sa note sur l'emploi d'un appareil destiné à préserver de l'asphyxie les personnes obligées de travailler dans des lieux où se dégagent des gaz impropres à la respiration.

Cette note est renvoyée, comme la précédente, à la commission chargée de décerner le prix dit des arts insalubres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Faculté de médecine s'est réunie samedi pour la présentation des candidats à la chaire de médecine légale. Nous n'avons pu parvenir à connaître le résultat de ses délibérations, tant est grande la discrétion dont l'administration de l'Ecole paraît vouloir entourer ses actes. Nous ne croyons pas trop nous compromettre cependant en annonçant que le nom de M. Tardieu a dû être porté le premier sur la liste; mais nos suppulations ne peuvent aller plus loin à l'égard des autres candidats.

— Le 28 avril prochain, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours public pour deux places de médecin de cet hôpital.

Les candidats devront se faire inscrire avant le 13 avril, au secrétariat général de l'administration, à l'Hôtel-Dieu.

— La Société impériale de médecine de Lyon, sur la proposition de M. le docteur Teissier, son trésorier, vient de fonder un nouveau prix qu'elle décernera tous les deux ans à l'auteur du meilleur mémoire manuscrit (et inédit) qui, pendant ce temps, lui aura été envoyé sur un sujet quelconque relatif aux sciences médicales.

Ce prix, de la valeur de 100 à 300 fr., sera décerné pour la première fois à la fin de l'année 1862.

— Par arrêtés en date du 28 novembre 1861:

Un congé d'inactivité, jusqu'à la fin de la présente année classique, est accordé à M. le docteur Négrier, professeur d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

M. Guignard, professeur suppléant à la même École, est délégué provisoirement dans la chaire d'accouchements, pendant la durée du congé accordé à M. Négrier.

— Les mutations suivantes viennent d'avoir lieu à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes:

M. Malherbe, professeur adjoint de clinique interne, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Bonamy, décédé.

M. Trastour, professeur suppléant pour les chaires de médecine proprement dite, est nommé professeur adjoint de clinique interne, en remplacement de M. Malherbe.

M. Henry, professeur suppléant de chirurgie et d'accouchements, est nommé professeur d'accouchements, en remplacement de M. Gegouais, décédé.

M. Piban du Feillay fils est nommé professeur suppléant de médecine, en remplacement de M. Trastour.

M. Heurtaux, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur suppléant de chirurgie, en remplacement de M. Henry.

M. Laennec, chef des travaux anatomiques, est nommé professeur suppléant d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Heurtaux.

M. Jouon est nommé chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Laennec.

— M. Resseguet, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé de nouveau chef des travaux anatomiques à ladite école.

— M. le docteur Garnier est nommé médecin adjoint du lycée impérial du Mans.

— M. de Quatrefages, professeur, membre de l'Institut, reprendra son cours d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme ou d'anthropologie, le jeudi 5 décembre prochain, à deux heures un quart, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Le professeur passera en revue les races noire et jaune. Il en fera connaître la distribution géographique, les caractères anatomiques, physiologiques, intellectuels et moraux. Il insistera d'une manière spéciale sur les groupes les plus importants à ces divers points de vue.

— M. le docteur Mandl commencera un cours public sur les affections chroniques des organes de la respiration, à l'École pratique, amphithéâtre n° 2, le jeudi 5 décembre courant, à sept heures du soir, et le continuera tous les jeudis à la même heure. Le cours d'hiver est consacré aux affections du larynx. Des conférences ont lieu à sa clinique, 6, rue du Pont-de-Lodi, les jeudis, de dix heures à midi.

— M. le docteur Duchesne-Duparc reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, jeudi prochain, 5 décembre, à son dispensaire de la rue Larrey, n° 8, et les continuera les jeudis suivants, à onze heures précises.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 142. — JEUDI 5 DÉCEMBRE 1861. (34° ANNÉE.) N° 142. — JEUDI 5 DÉCEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Hôtel-Dieu (M. Trousseau). Du rhumatisme noueux. — Des effets physiologiques de l'atropine et des inductions qu'on peut en tirer en faveur du traitement rationnel de l'épilepsie. — Sur l'hémorrhagie inflammatoire du col de la vessie. — Académie de médecine, séance du 3 décembre. — Nouvelles.

Paris, le 4 décembre 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a repris et terminé la discussion sur le rapport de M. Gosselin, relatif à la question de la résection de la hanche dans la coxalgie.

Avant de résumer ici ce court débat ou plutôt cet échange d'observations, car il y a eu à peu près unanimité sur le fond de la question entre les divers membres qui ont pris la parole sur cette question, nous rappellerons en quelques mots le sens général du discours de M. Larrey, qui n'a pas pu trouver place dans nos colonnes.

M. Larrey adoptant d'ailleurs, comme l'ont fait depuis tous ses collègues, les doctrines exposées dans le rapport, a commencé par exprimer le doute que le diagnostic et le pronostic, souvent difficiles à établir en pareil cas, aient toujours suffisamment démontré l'urgence d'opérer dans les observations des chirurgiens étrangers citées dans le mémoire de M. Lefort.

Puis, après avoir suivi dans ses développements toutes les circonstances qui peuvent indiquer ou contre-indiquer l'opération, M. Larrey, rappelant ce qu'il lui a été donné d'observer sur cette grave affection dans les hôpitaux militaires, et spécialement au Val-de-Grâce, est amené à cette conclusion, que si la résection de la hanche n'a pas été plus souvent pratiquée en France dans les hôpitaux militaires que dans les hôpitaux civils, c'est par une série de motifs tendant à compléter ceux qu'a si bien exposés M. le rapporteur.

Cependant, dit-il, je n'en déduirai pas cette conséquence générale de ne pas recourir à l'opération ; je crois même, avec M. Gosselin, que M. Lefort a grandement raison de la préconiser en France ; mais je crois aussi, et on ne saurait trop y insister, qu'il faudrait toujours essayer, sinon épuiser, avant d'en venir là, les ressources si variées, si précieuses et si souvent efficaces de la thérapeutique... Or c'est ce que ne semblent pas avoir toujours fait les habiles chirurgiens étrangers qui ont eu recours trop prématurément, selon nous, à la résection.

La résection, en définitive, paraîtrait donc devoir être réservée plus particulièrement à certains cas de fémoro-coxalgie chronique, surtout chez des adultes débilités par une suppuration persistante et hors d'état de guérir par tout autre mode de traitement, avec la condition enfin que la résection ne soit pas contre-indiquée par des causes diathésiques ou par des complications morbides, par la constitution médicale, par l'insuffisance des ressources hygiéniques et par le refus des malades ou des parents.

M. Larrey examine ensuite la question sous le point de vue des fractures par armes à feu de l'extrémité supérieure du fémur, et termine en ces termes :

Je conclurai enfin de cette argumentation que, d'accord avec MM. Lefort et Gosselin sur le principe de la résection de la hanche, je crois nécessaire d'en restreindre beaucoup les applications, tant pour la fémoro-coxalgie chronique et suppurée, que pour les fractures par armes à feu de l'extrémité supérieure du fémur.

Mais je n'hésite pas à reconnaître en même temps que cette opération trop peu essayée en France jusqu'ici, ayant au contraire fourni à l'étranger, en Angleterre surtout, en Allemagne et en Amérique, des résultats dignes de l'attention des praticiens, est destinée peut-être, par une expérimentation nouvelle et judicieuse, à étendre encore le domaine si agrandi de la chirurgie conservatrice.

M. Velpeau, à son tour, a tenu à justifier aussi la chirurgie française de son indifférence apparente à l'endroit des résections. Si on ne pratique pas plus souvent cette opération en France, a-t-il dit, c'est parce qu'on soigne mieux les coxalgies, qu'on en guérit un certain nombre et que les indications d'opérer se présentent moins souvent. La chirurgie française n'est d'ailleurs pas restée, comme on a pu le croire, étrangère à l'étude de cette question et aux progrès qu'a pu faire ce point de médecine opératoire. Il ne repousse pas d'ailleurs l'opération, mais il l'accepte avec une grande réserve et veut qu'on ne se décide à la pratiquer qu'après un mûr et sérieux examen, au double point de vue chirurgical et médical.

A des observations qui ne faisaient que confirmer les appréciations du rapport sur presque tous les points, M. Gosselin n'avait que peu de chose à répondre. Il a cependant résumé avec une grande netteté les quelques points accessoires de la question qui avaient pu être l'objet de légères dissidences ou de doutes de la part de ses collègues. Mais le point sur lequel il a insisté surtout dans sa réplique, c'est la grande question de l'hygiène des hôpitaux.

L'espace nous manque aujourd'hui pour relever cette partie de l'argumentation de M. Gosselin. C'est un sujet trop important pour que tôt ou tard nous ne devions pas en faire l'objet d'un examen sérieux. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Du rhumatisme noueux.

Au n° 3 de la salle Saint-Bernard est couchée une femme atteinte d'un *rhumatisme noueux*. Je ne sais pas s'il existe une dénomination plus déplorable que celle-là, mais je la conserve cependant, n'en trouvant point d'autre qui rende très-exactement ma pensée. Le nom fait d'ailleurs peu de chose à l'affaire ; l'important est que je décrive devant vous cette affection avec assez de soin et de fidélité pour que votre esprit en conserve le souvenir. Cela seul m'importe ; vous baptiserez ensuite la maladie comme vous l'entendrez.

Cette femme est âgée de quarante ans, et est d'une faible constitution. Ne vivant que du produit de son aiguille, elle se nourrit mal ; bien réglée d'ailleurs, elle a eu un enfant et ses couches ont été des plus heureuses. Sa famille n'est point visitée par les diathèses goutteuse et rhumatismale, et elle-même a jusqu'à ce jour échappé à leurs atteintes. En interrogeant cependant le passé, on découvre qu'elle a eu une fièvre scarlatine à l'âge de huit ans. Or, chez l'adulte, cette fièvre éruptive s'accompagne fréquemment de rhumatisme scarlatin, d'arthrite scarlatineuse ; ces accidents constituent une variété rhumatismale infiniment moins grave que le rhumatisme articulaire. D'autre part, les symptômes généraux ne sont pas semblables.

La malade a été sujette à des migraines périodiques extrêmement intenses, revenant à peu près tous les quinze jours, et caractérisées par des signes d'une rare acuité : céphalalgie, nausées, dépression des facultés intellectuelles, etc. Vous observerez souvent des migraines de ce genre chez les femmes affectées de rhumatisme noueux, absolument comme chez les hommes en proie à la goutte ou à quelque autre diathèse. La migraine est elle-même une affection diathésique, et vous remarquerez qu'il est bien rare qu'un individu ayant été sujet pendant sa jeunesse à des migraines périodiques n'éprouve pas dans le cours ou sur la fin de sa carrière quelques manifestations pathologiques placées sous la dépendance de la gravelle, de la goutte, de calculs biliaires, d'hémorrhoïdes ou de toute autre diathèse.

Les migraines ont persisté jusqu'à il y a deux ans environ avec la même intensité ; à partir de ce moment, la malade n'a plus ressenti que quelques légers malaises consistant en de la céphalalgie légère et des nausées ; mais c'est alors qu'ont commencé les douleurs articulaires. Les mouvements des genoux sont devenus moins faciles, les articulations se sont rouillées et se ployaient mal ; elles étaient même le siége de véritables souffrances le matin au réveil. La marche s'est peu à peu embarrassée, les douleurs des genoux se sont propagées aux poignets, puis aux jointures métacarpo-phalangiennes, et enfin aux phalanges elles-mêmes. Après cinq ou six mois, ces articulations restant toujours envahies, le mal s'est étendu aux épaules, aux coudes, aux pieds, et cette malheureuse femme s'est bientôt trouvée dans l'impossibilité de sortir, de reporter son ouvrage, de travailler et même de s'habiller : elle était devenue tout à fait *cul-de-jatte*. Sur ces entrefaites, elle entra à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de la clinique, il y a trois mois ; c'était vers le milieu du mois d'août.

Que la durée de son séjour parmi nous ne vous paraisse pas quelque chose d'étrange : l'affection qui nous occupe est des plus rebelles aux tentatives les plus sages de la thérapeutique, et lorsqu'une amélioration déjà sérieuse survient au bout de trois, de quatre ou de six mois, il faut encore se trouver bien privilégié. Or notre malade va mieux, beaucoup mieux.

Lorsque nous l'examinions à son entrée à l'hôpital, nous trouvions le poignet droit énormément tuméfié, empâté, les articulations métacarpo-phalangiennes noueuses, les doigts également noueux, armés de saillies de chaque côté, et ressemblant à la silique d'un radis. Les hanches, les épaules et les coudes étaient le siége d'un gonflement marqué, d'une roideur considérable. L'état est aujourd'hui relativement bien meilleur. Nous n'avons jamais constaté le plus léger signe de lésion cardiaque ; l'absence de tout travail pathologique du côté du cœur est du reste la règle dans le rhumatisme noueux, et vous aurez beau ausculter avec le soin le plus minutieux de pauvres malades voués à l'immobilité depuis un grand nombre d'années, vous ne découvrirez jamais rien de ce côté.

La femme du n° 3 n'a point eu de fièvre à aucune époque de sa maladie ; sa santé était altérée évidemment ; mais lorsqu'on songe aux mauvaises conditions d'alimentation et d'hygiène générale dans lesquelles elle a vécu, on reste convaincu que le rhumatisme a seulement influé d'une manière indirecte sur l'état général. Du reste, le régime réparateur qui lui a été prescrit ici a ramené de l'embonpoint.

Bien que le rhumatisme noueux attaque plus particulièrement les femmes, nous pouvons rapprocher de l'observation qui précède celle d'un homme, aujourd'hui infirmier supplémentaire dans nos salles, et qui y est entré comme malade il y a sept ans. Cet homme était tailleur de son état, et il commença d'abord par avoir des engorgements aux genoux, aux pieds, aux épaules ; il fut bientôt forcé de renoncer à son travail et vit progressivement ses poignets, ses articulations métacarpo-phalangiennes et ses doigts, devenir le siége des lésions caractéristiques que vous connaissez. Dans l'incapacité de se mouvoir, de se redresser, de conserver la station verticale, il ne s'était pas levé depuis *sept mois*, lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu.

Cet homme avait frappé à toutes les portes, essayé toutes les médications possibles et fréquenté tour à tour les stations thermales de Wiesbaden, d'Aix-la-Chapelle et de Bourbonne-les-Bains ; toutes ses ressources pécuniaires avaient été englouties dans ces onéreux déplacements.

A son arrivée, nous le mîmes en traitement. Au bout d'un an il commençait à mieux aller, et nous lui fîmes donner le régime alimentaire dû aux infirmiers ; il l'a encore. Nous l'avons soigné pendant trois années consécutives ; son état est relativement bon aujourd'hui, mais la guérison est impossible, car il existe plusieurs luxations des doigts ; seulement il ne souffre pas, et c'est tout ce que nous pouvons désirer pour lui.

Chez les deux malades dont nous venons de parler, la teinture d'iode a été employée à des doses énormes ; son administration n'a jamais causé de dommages à l'économie, et il faut dire que notre infirmier supplémentaire en a pris 5 grammes par jour pendant plus d'un an sans que son appétit ait le moins du monde fléchi. La femme du n° 3 de la salle Saint-Bernard a parfaitement supporté 20, 30, 40 et 60 gouttes de teinture jusqu'à il y a quinze jours.

Ce qui m'a fait dire en commençant que je n'aimais point la dénomination de *rhumatisme noueux*, c'est qu'elle laisse à penser qu'il y aurait quelque connexion entre cette affection et le rhumatisme tel que nous le connaissons ; or, cela n'est pas.

Vous n'observerez le rhumatisme noueux que chez les adultes ; je ne l'ai jamais rencontré dans le bas âge. Il ne s'accompagne en aucun cas de désordres du côté du cœur, alors que ces accidents se retrouvent constamment dans le rhumatisme articulaire aigu. Il n'a, d'autre part, aucun rapport avec le rhumatisme chronique succédant au rhumatisme articulaire aigu. On ne saurait enfin établir aucune espèce de parité entre le rhumatisme noueux et la goutte : la première de ces affections atteint plus particulièrement la femme, et la seconde s'attaque de préférence à l'homme. Il est vrai d'ajouter que lorsque la femme a passé l'âge de la ménopause, sa constitution se rapproche davantage de celle de l'homme, et qu'elle devient exposée, par cette raison, à contracter la goutte. Mais ce qui tend toujours à prouver le défaut de similitude entre le rhumatisme noueux et la goutte, c'est que dans le premier de ces états morbides vous ne rencontrez ni le tophus ni la gravelle, qui ne marchent guère sans le second.

C'est de vingt-cinq à quarante ans, et plus spécialement chez la femme, que l'on voit débuter cette affection : elle commence tantôt par les articulations des membres inférieurs et des genoux, tantôt par celles des membres supérieurs, les poignets et les doigts, par exemple. Les malades se plaignent d'abord de douleurs légères, puis de roideur articulaire, et enfin de souffrances vives, incommodes, pendant la nuit ; au bout de plusieurs semaines, survient une tuméfaction qui tient à l'épiphyse osseuse et au tissu fibreux, puis les bourses synoviales s'engorgent. Lorsque le rhumatisme noueux frappe les doigts, il donne aux articulations la forme de fuseaux : rien n'est plus facile que de constater ce renflement fusiforme.

Cette scène pathologique se passe du reste sans fièvre, sans

rougeur; mais une fois qu'une articulation a été touchée, il est excessivement rare que la phlegmasie chronique rétrocède d'une manière complète; la déformation de la jointure persiste habituellement pendant toute la vie. Vous voyez donc qu'il s'agit là d'une affection essentiellement progressive qui va droit devant elle, comme l'ataxie locomotrice, la paralysie générale des aliénés, l'atrophie musculaire, et qui ne s'arrête quelquefois spontanément que pour reprendre ensuite sa marche.

Les déformations sont parfois portées jusqu'à la luxation; vous savez que notre infirmier supplémentaire en est là. Je soigne en ce moment une dame italienne qui a une véritable luxation du poignet, et vous comprenez à combien peu de résultats l'intervention médicale est conduite dans ce cas. Comment remettre en contact les surfaces articulaires?

Depuis vingt ans que mon attention s'est portée sur cette maladie, je déclare n'avoir jamais pu constater un seul cas de guérison. Cette affection n'a sans doute aucune influence directe sur la vie, mais elle laisse malheureusement le sujet estropié. Il y a trois semaines, je vis entrer dans mon cabinet une jeune dame : elle était belle, riche et appartenait à une famille éminemment distinguée; je la vis ôter des gants assez larges, et elle me montra des doigts fusiformes. Le mal avait débuté au mois de février dernier et avait successivement frappé les deux genoux. Cette dame parlait de son état avec légèreté et désinvolture, et exigeait sa guérison dans un bref délai. Je ne pus m'empêcher en revanche de lui dire que son sort m'inspirait une vive compassion, que sa situation était fort grave, et que si elle ne se mettait pas à suivre un traitement très-sérieux, elle ne tarderait peut-être pas à être vouée pendant le reste de sa vie à l'immobilité.

J'ai d'abord employé les bains de sublimé. En 1832, lorsque je suppléai Récamier à l'Hôtel-Dieu, il me vint des salles de Lisfranc un jeune groom qui, trois mois auparavant, avait contracté une blennorrhagie. Il ressentait de vives douleurs articulaires, n'avait point un rhumatisme blennorrhagique localisé, mais était noué de toutes les articulations du corps. Je prescrivis des bains de sublimé, et trois mois après il était guéri.

Ayant rencontré plus tard des rhumatismes dans cette forme chronique, sans fièvre, et n'ayant pas compris qu'il y avait là quelque chose de spécifique, je les attaquai également par les bains de sublimé; mais le succès ne fut pas aussi complet. Ce mode de traitement procure cependant, dans quelques cas, un soulagement assez marqué, et la femme du n° 3 de la salle Saint-Bernard en a ressenti, au début, de bons effets.

Il y a neuf ans, lorsque je pris le service de la clinique, il y avait dans les salles plusieurs cas de rhumatisme noueux. M. le Dr Lasègue, mon chef de clinique alors, eut l'idée de me proposer la teinture d'iode à doses élevées; nous arrivâmes jusqu'à en prescrire 5 grammes par jour; et, à notre très-grande joie, quelques malades s'en trouvèrent fort bien. Je place aujourd'hui cette médication en première ligne, mais tout l'honneur en appartient à M. Lasègue.

Viennent ensuite les bains et les douches de sable chaud. Il y a très-longtemps que je suis persuadé que dans certaines eaux minérales très-différentes par leur composition chimique, et qui s'adressent, par exemple, avec un égal succès au rhumatisme, il existe un principe commun d'une puissante action; je veux parler du calorique en excès. Le calorique est pour moi l'antiphlogistique par excellence. Lorsque vous en faites une application sur une partie phlegmasiée, vous déterminez d'abord une inflammation un peu plus vive, mais qui rétrocède bientôt avec avantage.

Voici comment le calorique peut être mis au service de surfaces articulaires : vous faites chauffer dans une poêle ou dans un vase quelconque du sable fin, et vous le remuez afin que l'élévation de la température s'établisse d'une manière uniforme; vous chauffez ainsi le sable jusqu'à 60 ou 70 degrés, vous le mettez dans un pot et le versez sur l'articulation malade. Plus le sable est chaud, plus il faut le faire tomber de haut et veiller à ce que son écoulement soit menu. Vous recommencez de même pendant tout le temps que le sable conserve sa chaleur, qui, d'une manière générale, doit être à peine supportable et arriver presque à la limite de la brûlure. Après cinq, six, huit ou dix minutes de cette épreuve, la peau rougit, se tuméfie, les vaisseaux se gonflent, mais il n'y a pas habituellement d'aggravation de la douleur, et même, pendant le reste de la journée, le malade éprouve une sensation de fraîcheur sur la partie soumise aux applications de sable.

Un moyen presque aussi bon, lorsqu'il s'agit des extrémités, consiste à plonger le membre dans le sable chaud, ou bien encore à couvrir la partie malade d'un sachet de sable chaud, que l'on laisse appliqué jusqu'à ce que sa température se soit mise en équilibre avec celle de la peau. Ce traitement doit être continué avec persévérance; plusieurs mois sont en effet nécessaires pour que cette thérapeutique essentiellement chronique puisse aboutir à des résultats d'une certaine valeur.

Les bains de sublimé, la teinture d'iode et les bains, les douches et les sachets de sable chaud, suffisent dans un grand nombre de cas pour que le rhumatisme noueux soit attaqué avec des chances de succès relatif : la maladie est atténuée. L'usage de l'iode, si longtemps continué chez les deux malades dont nous avons parlé, n'a déterminé ni les troubles gastriques, ni l'atrophie des testicules ou des glandes mammaires, ni ces accidents d'intoxication dont on a tant parlé. J'ai même vu dans des circonstances analogues certains sujets assez maigres prendre de l'embonpoint.

En Allemagne, on a préconisé les préparations d'arsenic et administré la liqueur de Pearson ou celle de Fowler. Lorsque vous voudrez prescrire un médicament arsenical, ayez les doses dans l'esprit, formulez vous-même, et ne faites pas qu'une substance dont une cuillerée à café peut tuer un individu reste sur un meuble à la disposition de tous. Prescrivez, par exemple, 5 centigrammes d'arséniate de soude pour 120 grammes d'eau; faites prendre matin et soir une cuillerée à bouche et élevez progressivement la dose jusqu'à ce que la tolérance de l'estomac soit bien établie. Qu'un enfant trouve cette solution et en boive une partie, il vomira sans doute; mais sa vie ne sera pas mise en danger.

Si vous préférez la forme pilulaire, servez-vous de l'acide arsénieux à la dose de 2 milligrammes par pilules, en commençant par une seule, puis en augmentant progressivement.

Je vous engage à faire prendre ces médicaments au moment du repas : c'est le moyen de les faire bien supporter et d'éviter tout retentissement sur la membrane muqueuse de l'estomac. L'arsenic agit sur l'économie tout entière, augmente l'appétit, excite les mouvements du cœur et relève l'état des forces. Dans certaines contrées, en Styrie, par exemple, les populations en font un fréquent usage, et les filles à marier usent de ce talisman pour se mettre en bon état de présentation. Les maquignons économisent l'avoine, et communiquent néanmoins à leurs chevaux du feu, de l'embonpoint et un poil luisant; leur secret consiste sinon dans l'emploi de l'arsenic, du moins dans l'administration du sulfure d'antimoine natif, ce qui revient identiquement au même. Les engraisseurs et les nourrisseurs de bœufs ou de moutons mettent de l'arsenic dans l'eau qu'ils donnent à boire à leurs bestiaux, et ils les mettent ainsi dans d'excellentes conditions; mais, pour en revenir au rhumatisme noueux, il est certain que l'usage de l'acide arsénieux ou de l'arséniate de soude peut finir par modifier cette fâcheuse maladie.

Craignant l'action des préparations arsenicales administrées à l'intérieur, M. le docteur Gueneau de Mussy a préconisé les bains arsenicaux : il se sert de l'arséniate de soude à la dose d'un gramme (avec addition de 125 grammes de carbonate de soude), puis il élève progressivement, s'il y a lieu, la substance arsenicale jusqu'à la proportion de deux, de trois et de quatre grammes. Ces bains ne réussissent pas toujours; la malade du n° 3 de la salle Saint-Bernard, loin d'en retirer un certain profit, a vu son état s'aggraver. Peut-être en supprimant le carbonate de soude, comme le conseille dans ce cas M. Gueneau de Mussy, serions-nous arrivé à un meilleur résultat.

De tous les moyens que nous avons passés en revue, je n'ai point à vous dire lequel est incomparablement préférable aux autres, car il vous faudra probablement les essayer tous, chacun à leur tour; encore n'arriverez-vous, malgré leur emploi le plus sagement combiné, qu'à permettre à vos malades de vivre avec des déformations susceptibles de ne point trop entraver leurs occupations. Rappelez-vous enfin que le rhumatisme noueux est une affection des plus rebelles, et qu'il est malheureusement des cas où l'intervention médicale ne peut arrêter la marche d'une lésion qui condamne sans pitié les malades à l'immobilité. — Dr Legrand du Saulle.

DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE L'ATROPINE

et des inductions qu'on peut en tirer en faveur du traitement rationnel de l'épilepsie (1).

Par M. le docteur Michéa.

Des douze sujets d'expérience dont il a été question dans le précédent article, huit accusèrent, quand l'atropine atteignit la dose de 9 milligrammes, de la difficulté dans l'émission des urines. Ils offrirent, en outre, une diminution notable dans la sensibilité cutanée : ils paraissaient presque indifférents au chatouillement déterminé par les barbes d'une plume promenée sur les ailes du nez, à l'orifice des narines ou sur les commissures des lèvres, et ils percevaient beaucoup moins vivement la douleur produite par des aiguilles enfoncées brusquement et à leur insu, soit dans la peau du cou, du visage ou du tronc, soit dans celle des membres.

Enfin, sur six sujets (c'étaient des épileptiques dont le début des attaques remontait à une époque assez éloignée) chez lesquels la dose de l'atropine fut élevée jusqu'à 1 centigramme, il survint, indépendamment des phénomènes que je viens de signaler, une apathie morale et physique, une langueur et une sorte d'obnubilation de l'intelligence, ayant quelque analogie avec l'état de stupeur qu'on observe dans la fièvre typhoïde. En effet, ces sujets semblaient comprendre difficilement les questions qui leur étaient adressées, ils y répondaient avec beaucoup de nonchalance et une extrême lenteur; et cependant, quoique surgissant lentement et avec effort, les idées étaient justes, elles n'offraient ni incohérence ni trop grande confusion.

Dans un cas seulement, il se déclara un délire bruyant accompagné d'hallucinations.

Il est important de faire observer que tous ces effets physiologiques, dont plusieurs pouvaient au premier abord inspirer de l'inquiétude, n'ont jamais eu de suites dangereuses; qu'ils disparaissaient d'ailleurs, soit spontanément, soit en administrant du thé ou du café, peu de temps après l'interruption de l'emploi de l'atropine, sauf toutefois la dilatation de la pupille et la sécheresse du gosier, qui persistaient souvent de six à dix jours après cette interruption.

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

L'ordre d'apparition ou de succession des principaux phénomènes primitifs de l'atropine, tel que nous venons de l'exposer, est donc, à peu de chose près, celui qui avait déjà été indiqué par M. Bouchardat, M. Grandi et M. Maresch. De là il résulte que dans son influence sur les fonctions du système nerveux cérébro-spinal cet alcali organique agit à l'inverse de la strychnine, c'est-à-dire en diminuant ou en abolissant les fonctions de ce système; qu'il exerce sur lui une influence successive et non simultanée; qu'il agit sur l'appareil nerveux moteur avant d'agir sur l'appareil nerveux sensitif, et que ce sont les lobes cérébraux qu'il influence en dernier lieu. Il résulte aussi de nos expériences que, relativement à l'appareil nerveux moteur, l'atropine agit sur les nerfs crâniens avant d'agir sur les nerfs rachidiens; car immédiatement après avoir déterminé la dilatation des pupilles, elle produit la dysphagie, puis tend à paralyser successivement les muscles qui concourent à opérer la phonation, la prononciation, les mouvements du globe de l'œil.

Est-il vrai, comme l'assurent quelques personnes, que les sels d'atropine n'ont pas d'autres propriétés physiologiques que celles qu'ils doivent à leur base, et conséquemment qu'il n'y a aucune différence, sous ce rapport, entre le sulfate et le valérianate? ou bien doit-on admettre que l'acide valérianique jouit d'une vertu antispasmodique spéciale qui vient s'ajouter à celle de l'atropine dans la combinaison de cet alcali avec cet acide? Ce qu'il y a de certain pour nous, c'est que le valérianate d'atropine, sel qu'on obtient aujourd'hui à l'état complet de cristallisation au moyen du procédé de M. Calmann, produit chez l'homme, à doses beaucoup plus faibles que celles de l'atropine ou du sulfate d'atropine, tous les effets physiologiques dont il vient d'être question. Ainsi, par exemple, chez un sujet âgé de cinquante-sept ans, d'une forte constitution, d'une haute stature, dont le début de l'épilepsie ne remontait pas au delà de deux mois et demi, et qui n'avait eu en tout que deux attaques, la première survenue au milieu de la nuit, et qui avait été prise, en raison de l'âge et de la constitution, pour une attaque de congestion cérébrale; chez ce sujet, dis-je, deux jours après l'administration d'un demi-milligramme de valérianate d'atropine, je vis survenir la sécheresse de la bouche; le cinquième jour, je vis se produire la dilatation des pupilles, et le sixième jour un commencement de dysphagie. Chez un autre épileptique, beaucoup plus jeune, un garçon âgé de onze ans, auquel j'ai administré le valérianate d'atropine pendant plus de deux ans, à diverses reprises, sans jamais dépasser la dose d'un milligramme par jour, un seul demi-milligramme suffisait pour produire presque immédiatement la sécheresse du gosier, et à la dose d'un milligramme il survenait presque constamment, outre la dilatation des pupilles, une diplopie assez prononcée.

Du reste, pour mieux élucider la question de savoir si les valérianates autres que celui d'atropine jouissent réellement d'une vertu antispasmodique, j'ai institué les expériences suivantes sur des batraciens :

J'ai introduit quelques milligrammes de sulfate de strychnine sous la langue de plusieurs grenouilles, qui avaient séjourné pendant seize heures dans environ 200 grammes d'eau tenant en dissolution 25 centigrammes de valérianate de zinc. Or, vingt minutes après, des convulsions se sont manifestées au plus léger attouchement de la peau, mais beaucoup moins intenses que celles qui surviennent d'habitude chez les grenouilles empoisonnées exclusivement par la strychnine.

L'épuisement de l'activité réflexe a eu lieu au bout de quatre heures environ, et les grenouilles sont mortes non pas dans un état complet de rigidité, comme cela arrive dans cet empoisonnement, mais dans un état de semi-rigidité.

Pour m'assurer si c'était bien par l'acide valérianique et non par sa base que le valérianate de zinc tendait à diminuer la surexcitation du système spinal produite par la strychnine, j'empoisonnai également au moyen de cette dernière substance d'autres grenouilles, après les avoir placées aussi pendant seize heures dans 200 grammes d'eau tenant en dissolution 2 gr. de sulfate de zinc. Mais, dans ce dernier cas, les convulsions furent très-énergiques et accompagnées de croassements. Elles persistèrent avec la même intensité pendant dix heures, et l'activité réflexe ne disparut qu'après la trentième heure, époque à laquelle la mort survint au milieu de l'état tétanique le plus complet.

J'ai répété de plus, avec l'acide valérianique et l'oxyde de zinc employés séparément, les mêmes expériences que j'avais faites avec le valérianate de zinc. Or, quand on soumet à l'action de la strychnine une grenouille quelque temps après lui avoir introduit sous la peau une goutte d'acide valérianique, les convulsions sont très-faibles; les fonctions de la moelle cessent au bout de trente-cinq minutes, et cependant la grenouille, dont aucun attouchement ne peut plus faire contracter les membres, vit encore, car la respiration est forte, et le cœur continue à battre. Quand, au contraire, on empoisonne par la strychnine une grenouille après lui avoir introduit dans l'estomac 15 ou 20 centigrammes d'oxyde de zinc, les convulsions ne sont nullement affaiblies; l'activité réflexe dure plus longtemps, et la mort survient au milieu d'une assez grande rigidité musculaire.

Les résultats ont été les mêmes dans des expériences avec le valérianate de quinine comparé au sulfate. Toujours le premier de ces sels a produit, dans l'empoisonnement par la strychnine ce que ne déterminait pas le second, ou du moins ce qu'il ne produisait pas d'une façon aussi nette, l'amoindrissement des convulsions, l'abolition plus prompte des fonctions de la moelle, la mort sans trop grande rigidité musculaire. Du reste, dès l'année 1844, un médecin de Lyon, M. Francis Devay, avait

déjà conclu de plusieurs faits observés par lui chez l'homme, que, au point de vue de leur vertu antipériodique, il n'était point tout à fait indifférent d'employer le valérianate ou le sulfate de quinine. Il avait cherché à établir que le premier de ces sels quiniques est supérieur au second, et qu'il a surtout la propriété d'agir à plus petites doses.

Peut-on conclure des effets primitifs ou physiologiques de l'atropine à ses effets consécutifs ou thérapeutiques? Pour peu qu'on rapproche l'ensemble des modifications imprimées par l'atropine aux fonctions du système nerveux cérébro-spinal de l'ensemble des symptômes qui caractérisent les attaques d'épilepsie, on ne tarde pas à s'apercevoir que dans l'un et l'autre cas les principaux phénomènes portent sur les mêmes organes, qu'ils y offrent à peu près le même ordre d'apparition ou de succession, mais dans un sens opposé.

En effet, nous avons vu que dans son action sur l'appareil nerveux moteur, l'atropine tend d'abord à paralyser l'iris, puis successivement les muscles qui président à la déglutition, à la phonation, à la prononciation, aux mouvements du globe de l'œil, enfin qu'elle tend plus tard à frapper d'inertie les muscles des extrémités inférieures et supérieures. Or, que se passe-t-il dans une attaque d'épilepsie? Suivant Marshall-Hall, la contraction des muscles du gosier, puis celle des muscles qui ferment le larynx, sont les premières manifestations convulsives, le second anneau, pour nous servir des expressions de cet auteur, de la chaîne des symptômes; le premier anneau étant la surexcitation du centre nerveux rachidien, et le troisième la compression de la jugulaire interne et des autres veines importantes de cette région.

Quoi qu'il en soit de cette théorie, il est certain, aux yeux de tous les pathologistes, que dans les attaques d'épilepsie les convulsions commencent presque toujours par la région du cou ou par celle du visage. Non-seulement il en est ainsi dans les grandes attaques; d'où le cri initial, la compression des jugulaires, la fixité du regard ou le strabisme, mais encore dans beaucoup d'attaques légères. Dans les crises sans chute et sans convulsions générales, qu'on connaît sous le nom de vertige, les spasmes sont exclusivement bornés aux muscles du cou ou du visage.

Dans l'affection épileptiforme qu'on produit artificiellement chez les cochons d'Inde, en pratiquant l'hémisection de la moelle, les convulsions commencent aussi toujours, d'après M. Brown-Séquard, par les muscles de la face.

(La fin à un prochain numéro.)

SUR L'HÉMORRHAGIE INFLAMMATOIRE DU COL DE LA VESSIE,

Par M. le docteur A. MERCIER.

La *Gazette des Hôpitaux* du 1er octobre dernier a publié un travail intéressant de M. Balzeau sur ce qu'il appelle la *cystite hémorrhagique du col vésical compliquant l'uréthrite;* seulement ce chirurgien, pratiquant dans les hôpitaux militaires, ne paraît pas avoir observé le sujet sous toutes ses faces et à tous ses degrés d'intensité. Il eût sans doute été plus complet s'il eût poussé ses recherches bibliographiques encore un peu plus loin qu'il ne l'a fait.

Ainsi, il paraît croire qu'un écoulement de sang se renouvelant à la fin de chaque émission des urines provient nécessairement du col de la vessie. Le fait est vrai le plus souvent; mais dans bon nombre de cas on se tromperait si l'on se basait sur ce seul caractère.

D'une part, d'autres hématuries que celles du col de la vessie peuvent ne se manifester qu'à la fin de l'émission. J'ai dit, il y a déjà longtemps, qu'il en peut être ainsi de celles qui proviennent de la vessie elle-même, et je ne parle pas seulement des cas où il existe un corps étranger contre lequel on pourrait supposer que les parois viennent frotter quand l'urine est expulsée, mais d'autres où il n'existe pas autre chose qu'une inflammation chronique. « Souvent, ai-je écrit, les deux tiers ou les trois quarts de l'urine contenue dans la vessie sortent exempts de toute teinte sanguinolente, et ce n'est que vers la fin que ce liquide apparaît de plus en plus rouge... On rencontre ordinairement alors la membrane muqueuse ardoisée, presque noire et formant une foule de mamelons dans la cavité vésicale. Ces mamelons, qui bien des fois ont été pris pour des polypes ou des fongosités de la vessie, annoncent tout simplement une congestion inflammatoire très-vive de la muqueuse coïncidant avec un état encore sain de la tunique musculeuse: la première, n'ayant pu suivre la seconde dans sa contraction, s'est froncée, et c'est de ce froncement que résulte, suivant moi, l'extravasation sanguine: le sang a véritablement été exprimé de la muqueuse congestionnée par la contraction de la couche musculeuse. » (*Recherches sur les valvules du col de la vessie*, p. 141; 1844.)

Ce n'est pas tout; je me suis assuré bien des fois que le sang, lorsqu'il vient de la partie antérieure du canal, peut encore n'apparaître que vers la fin de la miction, et j'ai signalé ce fait dans des circonstances qui ne permettent pas le plus léger doute. Après avoir décrit l'application du nitrate d'argent sur le col de la vessie, j'ajoute: « Le liquide, qui pendant presque tout le temps de l'émission a sa couleur habituelle, apparaît sanguinolent vers la fin: c'est surtout pendant les efforts opérés pour expulser les dernières gouttes que le sang est plus abondant; il sort quelquefois alors presque pur... Le suintement sanguinolent se manifeste également vers la fin de l'émission urinaire, quand la cautérisation a été faite dans la portion antérieure de l'urèthre... cependant il n'est pas si abondant, toutes choses égales d'ailleurs. » (*Ibid.*, p. 230.)

Ainsi, premier point, le sang peut apparaître à la fin de la miction, non-seulement quand il a sa source au col de la vessie, mais encore quand il provient de la vessie elle-même ou de la partie antérieure de l'urèthre.

En second lieu, il peut se montrer depuis le commencement jusqu'à la fin dans les cas où il est fourni par le col seul: c'est un point sur lequel j'avais déjà appelé l'attention. « On est convaincu, ai-je encore écrit, que le sang provenant de l'urèthre ne passe dans la vessie qu'autant qu'un caillot, un calcul, un rétrécissement ou un autre genre d'obstacle l'empêchent de se faire jour en avant. Il résulte de là qu'on se trompe souvent sur la source de certaines hématuries. Souvent, en effet, quand le sang s'épanche en quantité au delà de la portion membraneuse, il passe dans la vessie. » (*Rech. sur le traitement des maladies urinaires*, etc., p. 329; 1856.) Cette particularité s'explique par le mode d'occlusion du col que j'ai fait connaître, mode qui fait que le sang épanché franchit plus facilement cet orifice que la région membraneuse. L'auteur a d'ailleurs signalé la possibilité de ce passage; mais il a oublié de nous dire comment il reconnaît alors que le sang qui sort de la vessie a sa source au col.

Existe-t-il quelques signes qui puissent nous éclairer?

Les phénomènes concomitants, selon qu'ils se manifestent plus particulièrement du côté de la vessie ou de son col, peuvent sans aucun doute aider beaucoup au diagnostic. Quand il s'en produit du côté des organes génitaux, il n'y a guère à se tromper, c'est le col qui donne le sang. Malheureusement, quand l'inflammation est un peu vive, il arrive souvent que tout se prend, et le diagnostic reste incertain si l'on ne possède pas des signes commémoratifs suffisamment nombreux et positifs.

Les épreintes excessivement douloureuses qui accompagnent l'expulsion des dernières gouttes d'urine ont assurément beaucoup de valeur quand elles existent. Mais en serait-il de même si elles étaient, comme le dit l'auteur, déterminées par l'apparition du sang? Car alors peu importerait que celui-ci vînt de la vessie ou du col. Mais, d'une part, le passage du sang à travers un urèthre sain y produit plutôt une sensation de chaleur agréable, et, d'autre part, quand le col est enflammé, des épreintes peuvent s'y produire sans exhalation sanguine. Les épreintes ne sont donc pas le résultat de cette exhalation. On pourrait dire avec plus de raison que celle-ci est le résultat des épreintes; mais comme elle peut aussi avoir lieu sans elles et dans des parties du canal non soumises à des forces contractiles, on doit croire que la cause la plus ordinaire de ces deux phénomènes, c'est l'exacerbation produite par le passage de l'urine sur la muqueuse enflammée.

Outre les symptômes que je viens de rappeler en peu de mots, j'en ai fait connaître quelques-uns qui me semblent plus caractéristiques.

Ainsi certains malades, dans les éjaculations, soit spontanées, soit provoquées, excrètent une plus ou moins grande quantité de sang avec le sperme. N'est-il pas à croire, s'ils en rendent en même temps à la fin de la miction, que ce sang vient du col de la vessie? Celle-ci n'en est certainement pas la source, et il n'attendrait pas l'éjaculation pour se faire jour s'il émanait de la région spongieuse qui en fournit d'ailleurs plus rarement.

Si explorant le col de la vessie avec une bougie terminée par un renflement olivaire, celui-ci ramène du sang, tandis qu'on n'en a pas ramené dans une exploration faite préalablement sans dépasser la région membraneuse, on ne peut douter de l'origine de ce sang.

Si, chez un malade qui en rend après la miction, on introduit une petite sonde et qu'il n'en vienne pas avec les dernières gouttes, il est évident que celui qui sort habituellement n'est pas fourni par la vessie.

Enfin, relativement aux cas où le sang a reflué dans ce dernier organe et s'y est mêlé à l'urine, j'ai écrit: « On a vu précédemment qu'il n'est pas aussi facile qu'on le dit de distinguer les hématuries provenant de la partie profonde de l'urèthre de celles qui ont leur origine dans la vessie; cependant il est quelques différences qui m'ont été plusieurs fois utiles. Habituellement, quand le sang a sa source dans l'urèthre, si on lave la vessie au moyen de plusieurs injections, il arrive un moment où celles-ci reviennent claires jusqu'à la fin. Si alors on en fait une dernière, si on retire la sonde dans la partie profonde du canal, qu'on l'y laisse quelques instants et qu'on la repousse ensuite dans la vessie, le premier jet est mêlé de sang, tandis que le reste de l'injection s'écoule jusqu'à la fin sans coloration. Supposons au contraire que le sang vienne de la vessie: d'abord le caractère précédent n'existera pas, et, de plus, les dernières parties de chaque injection reviendront presque constamment colorées, souvent même de plus en plus. Mais ce dernier caractère ne distinguera véritablement cette hématurie de la précédente, qu'à la condition que l'émission se fera par la sonde; car si on la laissait se faire naturellement par le canal, les derniers jets pourraient être également sanguinolents quand celui-ci est le siége de l'hémorrhagie; quelquefois même ce sang sort alors presque pur. » (*Ibid.*, p. 337).

Quant au pronostic, l'auteur a pu dire avec raison, pour la grande majorité des cas, que l'hémorrhagie inflammatoire du col de la vessie est sans gravité; elle n'annonce en effet qu'une exacerbation du molimen phlogmasique, et disparaît avec elle. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Parfois, après plusieurs alternatives de disparition et de retour, l'écoulement sanguin finit par devenir habituel, atonique pour ainsi dire, et, dans quelques cas, fort abondant, surtout s'il s'y joint, comme il arrive souvent, un spasme, une contracture du col de la vessie, qui nécessite de grands efforts pour que l'émission urinaire se fasse, efforts qui portent sur les veines du bassin et forcent le sang à sortir de ses vaisseaux, dilatés par une inflammation prolongée.

Alors les moyens indirects ont bien peu d'efficacité, et je suis à peu près sûr que les antiblennorrhagiques que l'on préconise n'en auraient pas plus que les autres. Il faut faire cesser la dysurie, ou du moins prévenir les efforts qui en sont la conséquence. J'ai conseillé, et il m'a suffi, dans quelques circonstances, de mettre à demeure une sonde volumineuse, qui a le double avantage de livrer un passage facile à l'urine et de comprimer les parties d'où le sang s'échappe; « mais fréquemment, dans ces cas, ai-je ajouté, la persistance de la cause ramène les mêmes effets ». (*Rech. sur le traitement*, etc., p. 348.) D'ailleurs l'emploi de la sonde n'est pas toujours possible et même sans danger.

J'ai aussi retiré de grands avantages de la cautérisation du col faite avec la précision que permet de donner mon porte-caustique; mais ce moyen n'est pas toujours sûr; il peut même avoir des inconvénients. Supposons par exemple que, avec ou sans dysurie antécédente, l'irritation causée par le caustique amène une rétention d'urine, et qu'il ne soit possible ni de laisser une sonde à demeure, ni de sonder le malade aussi souvent et avec tout le soin qu'il est nécessaire, n'aura-t-on pas à craindre une aggravation de l'hémorrhagie? On voit que le cas peut être fort embarrassant. On trouvera un exemple de ce genre de difficulté dans le fait cité dans l'ouvrage précité, p. 350.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 décembre 1861. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et des travaux publics transmet:

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Hérault et dans l'arrondissement d'Albi, par MM. les docteurs Dumas et Cassan;

2° Des rapports sur diverses épidémies, par MM. les docteurs Maugenest, Guichard, Cottin et Grémaud (commission des épidémies);

3° Un rapport de M. le docteur Goyrand sur le service médical des eaux minérales d'Aix (Bouches-du-Rhône), pendant l'année 1859;

4° Une demande de nouvelle analyse de la source de Saint-Limozin, à la Ferté-Saint-Aubin. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

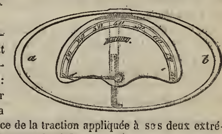
L'Académie reçoit:

1° Une lettre de M. le docteur Xavier Galenzowski, qui fait hommage à l'Académie d'un travail imprimé en langue russe, ayant pour titre: *De l'ophthalmoscope et de son emploi pour le diagnostic des maladies internes du globe de l'œil;*

2° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Billod, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Sainte-Gemmes. Le dépôt est accepté;

3° M. J. Charrière présente, au nom de M. d'Estanque, médecin à Mont-de-Marsan, un nouvel instrument pour l'extraction des dents, qu'il désigne sous le nom d'attractif d'Estanque. Nous donnerons la description de cet instrument dans le prochain numéro.

4° M. Mathieu présente un dynamomètre d'une grande simplicité et dont le mécanisme consiste en un ressort de forme ellipsoïde et d'une crémaillère indépendante.



Ce dynamomètre, très-petit et très-léger, est disposé pour être employé de deux manières: il peut servir à indiquer la force de pression de la main, et à donner la force de la traction appliquée à ses deux extrémités, ainsi qu'il peut être employé dans la réduction des luxations en général.

Pour obtenir ce dernier résultat, il suffit d'opérer le tirage avec de simples crochets en S de A en B.

— M. POGGIALE offre en hommage à l'Académie le premier fascicule du *Bulletin de la Société médicale d'Alger*, et appelle particulièrement l'attention sur une importante discussion qui a eu lieu dans le sein de cette Société relativement à la rage.

— M. LARREY présente un mémoire sur la prostitution publique dans la ville de Bordeaux en 1860, et sur le dispensaire de salubrité de cette ville, suivi d'une statistique des vénériens dans la garnison de Bordeaux et d'un essai de statistique de l'infection vénérienne dans les garnisons de l'empire français, par M. le docteur J. Jeannel, pharmacien en chef de l'hôpital militaire et professeur à l'École de médecine de Bordeaux.

— M. J. CLOQUET offre, au nom de M. le docteur Cazin (de Boulogne-sur-Mer), la collection complète des mémoires de la Société de sauvetage.

— M. MICHEL LÉVY présente un ouvrage de M. Willemin (de Strasbourg), sur la structure du tubercule.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie, de la part du conseil d'administration, que MM. les académiciens seront convoqués à domicile pour une séance extraordinaire qui aura lieu samedi prochain, à trois heures.

— M. CH. ROBIN, au nom de MM. Martin et Léger, internes de Saint-Lazare, donne lecture d'un extrait d'un mémoire intitulé: *Recherches sur l'anatomie et la pathologie des appareils sécréteurs des organes génitaux externes chez la femme.* (Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Huguier, Gosselin et Robin).

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. BOUDET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

Eaux minérales. — M. H. GAUTHIER DE CLAUBRY, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture d'un rapport concluant à ce que l'autorisation d'exploiter les eaux minérales d'Evian soit maintenue. (Adopté).

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les résections de la bancbe. La parole est à M. Velpeau.

Suite de la discussion sur les résections de la hanche.

M. VELPEAU. Il semblerait résulter du rapport de M. Gosselin que la chirurgie française est restée jusqu'ici presque étrangère à cette question. Je ne voudrais pas qu'une telle impression restât dans les esprits. La chirurgie française est restée si peu étrangère à l'étude des résections de la hanche, que c'est parmi nous que cette question a été discutée pour la première fois.

Vers la fin du dernier siècle, elle a fait l'objet de divers travaux publiés en France par Vermandois et Petit-Radel. Dans les premières années de ce siècle-ci, Chaussier faisait déjà voir qu'après cette résection il se reconstitue une sorte d'articulation nouvelle ; à cette époque ce fait fut vivement discuté. Depuis lors Roux l'a pratiquée et en a parlé dans son mémoire sur les résections des articulations. Enfin Moreau avait formellement proposé cette opération.

Les chirurgiens français, comme on le voit, ont été toujours au courant du progrès de ce point de médecine opératoire. Si nous ne pratiquons pas plus souvent cette opération, ce n'est donc pas par ignorance, mais bien parce qu'elle ne se présente pas à nos yeux avec les mêmes indications qu'aux yeux des chirurgiens étrangers, ou que nous n'avons pas la même confiance qu'eux dans ses résultats. Il y a pour cela plusieurs raisons :

L'une de ces raisons est quenous guérissons peut-être plus de coxalgies qu'on n'en guérit à l'étranger. Cela tient sans doute à ce que les chirurgiens anglais, par exemple, qui paraissent avoir une prédilection plus particulière pour cette opération, sont un peu moins médecins que nous. En Angleterre, il y a encore, comme on le sait, plusieurs classes de médecins; les chirurgiens en général ne sont pas docteurs. Ce qu'il y a de certain, c'est que nous agissons médicalement dans le traitement de la coxalgie, nous associons l'usage des moyens internes avec la position ; nous insistons surtout beaucoup sur l'extension, c'est-à-dire sur l'écartement des surfaces articulaires, ce qui, pour le dire en passant, est une excellente méthode. J'ai obtenu plusieurs guérisons par l'association de ces moyens, notamment l'année dernière, chez deux malades de mon service, et j'en pourrais citer plusieurs de la ville.

Il est d'ailleurs diverses circonstances qui rendent très-difficile l'appréciation des résultats obtenus, et qui ne permettent pas d'établir la proportion des cas de guérison. Dans la pratique civile, il est rare qu'on puisse suivre les malades jusqu'au bout ; la maladie étant ordinairement très-longue, ils changent souvent de médecin, et on finit par les perdre de vue. Dans les hôpitaux, il y a un autre inconvénient. La coxalgie étant le plus habituellement une maladie de l'enfance, ce n'est guère que dans les hôpitaux spéciaux qu'on a l'occasion de l'observer ; il en résulte que nous n'avons pas de données suffisantes sur ces malades. Enfin, une dernière circonstance qui vient encore accroître ces difficultés, c'est qu'un certain nombre de ces malades sont pris de phthisie pendant le cours de leur coxalgie. C'est là une nouvelle cause d'hésitation et de conflit dans l'esprit du chirurgien entre l'action et l'expectation, qui ont à ses yeux un égal danger.

Quant à l'opération considérée en elle-même, est-elle dangereuse? Je ferai remarquer à cet égard qu'on n'est pas toujours assez juste envers les chirurgiens. On confond souvent avec les dangers de l'opération les dangers de la maladie elle-même. Est-il juste, par exemple, de faire peser sur la responsabilité de l'opérateur la péritonite qui survient si souvent à la suite de l'opération de la hernie étranglée? Il faut faire la part de ce qui tient à l'opération et de ce qui tient à la maladie.

Non, l'opération de la résection de la hanche n'est ni dangereuse par elle-même ni très-difficile. Ce n'est donc pas là ce qui nous porte à nous abstenir de la pratiquer, c'est tout simplement parce que les indications nous paraissent moins fréquentes qu'à nos voisins. Il est, il est vrai, un danger que cette opération peut faire courir aux malades, mais ce danger lui est commun avec toutes les autres opérations : je veux parler de l'érysipèle. L'érysipèle se manifeste aussi bien en ville que dans les hôpitaux, dans les salles les mieux aérées comme dans les autres. Y a-t-il à cet égard une différence entre les malades anglais et nos malades? Cela est possible; il peut y avoir une différence tenant à la constitution particulière des individus des deux nations, ou bien au régime auquel ils sont soumis. Quoi qu'il en soit, il n'en faut pas moins admettre qu'il y a telles opérations qui réussissent mieux dans un pays que dans un autre.

Voici, en résumé, quelles seraient mes conclusions : on ne doit pas songer à désarticuler tant que la suppuration n'est pas assez avancée pour que la vie des malades soit sérieusement menacée ou pour qu'on puisse s'assurer qu'il y a une nécrose étendue. Je voudrais, avant de se déterminer à l'opération, que le mal eût été exploré avec un grand soin par le chirurgien, avec l'assistance d'un médecin qui s'assurât de son côté de l'absence de toute complication susceptible de la contre-indiquer. Avec ces réserves, j'admets la pratique de cette opération.

M. GOSSELIN. Les observations qui ont été présentées par mes collègues au sujet de mon rapport se rattachent à deux ordres de questions : à des questions chirurgicales et à des questions d'hygiène des hôpitaux. Les questions chirurgicales qui ont été soulevées sont peu nombreuses. MM. Larrey, Malgaigne et Velpeau ont à peu de chose près adopté les opinions de la commission sur l'opportunité et les indications de l'opération. Je n'ai donc à signaler à cet égard que quelques propositions seulement.

M. Velpeau a donné à entendre que le rapporteur et l'auteur du mémoire n'étaient peut-être pas très au courant de l'historique de la question. Je tiens à justifier l'auteur, comme moi-même, de ce reproche. Il y a dans le travail de M. Lefort un long historique qui montre assez qu'il est parfaitement au courant de tout ce qui a été dit et fait sur cette question de chirurgie. On comprend que dans le rapport je n'ai pas dû m'étendre sur ce point.

M. Larrey a confirmé toutes les propositions émises dans le rapport, et il a ajouté des documents empruntés à la pratique des hôpitaux militaires. Il résulte de ces documents qu'on guérit dans les hôpitaux militaires un certain nombre de cas de coxalgie. Les choses paraissent se passer à cet égard comme dans les hôpitaux civils. Mais, d'après notre collègue, nous n'aurions que des notions insuffisantes sur la proportion des morts et des guérisons. Il est certain qu'il n'existe nulle part de statistique de quelque valeur sur ce sujet. Aussi la commission a-t-elle cru devoir faire un appel à tous les chirurgiens pour provoquer les éléments indispensables d'une appréciation motivée.

Il est un autre point sur lequel M. Larrey a insisté, c'est l'extraction des esquilles dans les cas de coups de feu sur la hanche. Si je n'en ai pas parlé, c'est uniquement parce que je n'avais pas cru qu'il y eût là un sujet de considérations particulières. Si les esquilles sont petites, leur extraction rentre dans les petites opérations ordinaires ; si elles sont en grand nombre et volumineuses, c'est alors une véritable résection que l'on a à pratiquer.

M. Malgaigne a présenté quelques observations critiques sur les statistiques. Je suis de son avis, il faut les examiner avec beaucoup de soin. Il est vrai que dans celle de M. Lefort on ne sait pas bien quel a été le résultat de l'opération par rapport à la déambulation, par exemple. Quant au résultat général, d'après les renseignements que j'ai recueillis auprès des chirurgiens qui sont allés en Angleterre et qui ont vu les faits par eux-mêmes, auprès de M. Lefort lui-même qui est dans ce cas, je dois dire qu'il y a lieu de penser que les statistiques anglaises sont exactes.

M. Malgaigne a examiné un autre point, savoir s'il vaut mieux faire la section au-dessus ou au-dessous du grand trochanter. Nous n'avons pas les éléments suffisants pour résoudre ce point. Toutefois les chiffres indiqués par M. Lefort sembleraient indiquer une solution différente de celle que M. Malgaigne paraît disposé à adopter.

J'arrive à la question d'hygiène des hôpitaux. J'avais exprimé dans mon rapport le regret que, par suite de l'exclusion des enfants dans les grands hôpitaux de Paris, les chirurgiens ne fussent pas à même d'observer un nombre suffisant de coxalgies pour se faire une opinion sur la valeur de l'opération en question. Ce n'était là que l'expression d'un regret seulement ; mais M. Davenne a paru croire que j'en faisais l'objet d'un reproche à l'administration ou tout au moins d'une réclamation. Il y a eu évidemment là-dessous un malentendu ; je n'ai jamais eu cette pensée. Je suis, au contraire, convaincu qu'il est résulté de la réunion des enfants dans un même établissement des enseignements très-utiles pour la science, témoins les excellents travaux dont les maladies des enfants ont été le sujet. Mais ce qui m'a frappé et ce que j'ai voulu signaler, c'est le système un peu trop exclusif de séparation des enfants et des adultes. J'ai déjà dit quels étaient les résultats fâcheux de ce système trop exclusif de séparation au point de vue de la question qui nous occupe ; je pourrais ajouter qu'il a d'autres inconvénients encore au point de vue de l'humanité, celui, par exemple, d'exposer les enfants qui ont à subir des opérations aux dangers des contagions permanentes de ces établissements. Il y aurait avantage, il me semble, sous tous les rapports, à réserver dans chaque hôpital un petit nombre de lits ou une petite salle spéciale pour des enfants. La science et l'humanité y trouveraient également leur avantage, et je ne crois pas que la morale eût autant à y perdre que paraît le croire M. Davenne.

Reste une autre question, l'hygiène comparée des grands hôpitaux. D'après les renseignements qui m'ont été fournis par plusieurs chirurgiens étrangers ou par ceux de nos collègues qui ont visité les principaux établissements hospitaliers des pays voisins, la différence entre les résultats obtenus dans les hôpitaux de l'Angleterre et de l'Allemagne, et ceux que nous avons dans les hôpitaux de Paris, tiendrait à ce que dans ces hôpitaux étrangers les opérés seraient entourés de beaucoup plus de soins et de précautions hygiéniques que chez nous. Ce qui me frappe, en effet, en lisant les détails contenus dans la thèse de M. Topinard et dans le mémoire de M. Lefort lui-même, c'est de voir que les salles des hôpitaux de Londres, par exemple, sont beaucoup mieux aérées que les nôtres ; qu'elles sont pourvues de grandes cheminées qui établissent des courants et brûlent l'air méphitique des salles ; que les malades qui sont en état de marcher, au lieu de prendre leurs repas dans les salles, comme dans nos hôpitaux, les prennent dans des réfectoires, ce qui contribue beaucoup à diminuer l'encombrement des salles pendant une partie de la journée, et à maintenir une plus grande pureté de l'air; ce qui me frappe encore, c'est que le système de lavage des salles prévient le soulèvement des poussières; c'est que, enfin, les lits ne sont pas, comme les nôtres, entourés de rideaux qui retiennent les miasmes, et que tous les objets de literie sont l'objet de soins particuliers de propreté et d'épuration, trop négligés dans nos hôpitaux.

Telles me paraissent être les causes principales des différences que l'on observe entre les résultats des mêmes opérations dans nos hôpitaux et dans les hôpitaux étrangers.

La discussion est close.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La liste de présentation des candidats de la Faculté de médecine pour la chaire de médecine légale, est composée comme il suit :

En première ligne. . . . M. Tardieu.
En deuxième ligne. . . . M. Lorain.

— Par arrêté du 2 décembre, M. le docteur Achille Chauvin est nommé professeur suppléant, pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

— La cérémonie d'inauguration du nouvel hôpital de la Croix-Rousse, à Lyon, aura lieu après demain samedi 7 de ce mois. Peu de jours après, les services seront ouverts aux malades.

— Nous avons à enregistrer une bonne action. L'un de nos confrères, M. le vicomte de L....., docteur en médecine à ..... (Indre), vient de prendre chez lui l'aînée des orphelines Le Peytre. Il s'est chargé de son éducation. La famille médicale ne pourra qu'applaudir à cet acte de générosité et de dévouement. — A l'avenir, le produit de la souscription, qui est toujours ouverte dans nos bureaux, sera seulement destiné aux trois jeunes enfants dont il reste encore à assurer l'existence.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 143 — SAMEDI 7 DECEMBRE 1861. (34e ANNEE.) N° 143. — SAMEDI 7 DECEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Deux cas de variole confluente compliquée d'érysipèle dans le décours de la maladie.

M. le professeur Trousseau, dans l'une de ses dernières leçons cliniques, a signalé à l'attention de son auditoire deux cas de variole confluente, compliquée d'érysipèle, qui se sont montrés en même temps dans sa salle des femmes.

La première malade était une jeune femme couchée au n° 8 de la salle Saint-Bernard. Cette femme, non vaccinée, a présenté le troisième jour de l'invasion de la fièvre une éruption confluente, et dès le même jour elle fut prise d'un violent mal de gorge. Le lendemain elle avait de la salivation; il lui était impossible d'avaler sa salive, tant était vive la douleur de gorge. Le septième jour, la face commença à se tuméfier; les pieds et les mains se tuméfièrent vers le dixième jour. Quelques jours plus tard, une pustule, développée sur la sclérotique, s'ulcéra et provoqua l'évacuation de l'œil. Cependant la malade à ce moment paraissait assez bien.

On en était là, surveillant attentivement la maladie et suivant de jour en jour ce qui se passait, lorsque, sans cause apparente, on s'aperçut un jour que le pouls était devenu beaucoup plus fréquent et que la malade était abattue.

On se demandait quelle pouvait être la cause de cette recrudescence fébrile, quand, en examinant attentivement la malade, on constata des rougeurs douloureuses avec tuméfaction sur divers points du corps, notamment sur les cuisses, sur la poitrine et autour des mamelles. Des érysipèles multiples dans une pareille situation étaient d'un assez mauvais pronostic.

Les choses cependant semblaient s'arranger, lorsque le vingt-quatrième jour de la maladie (cinquième de la manifestation des érysipèles), on aperçut une tuméfaction de la région parotidienne. Etait-ce un phlegmon des tissus ambiants ou une parotide proprement dite?

Il n'est pas toujours très-facile de faire cette distinction. Mais grâce à un signe découvert par M. Archambault, et qui jusqu'à présent ne paraît pas avoir manqué une seule fois, il a été facile de savoir de suite à quoi s'en tenir. Lorsqu'on a affaire à une parotide, dès les premières heures même de son apparition, si l'on ouvre largement la bouche du malade, de manière à découvrir l'orifice du canal de Sténon, et qu'on presse en même temps sur la glande, on fait sourdre aussitôt par cet orifice une goutte de pus. M. Trousseau a fait l'épreuve chez cette femme, et il a vu sourdre le pus. La malade mourait le soir même. On a pu vérifier à l'autopsie l'existence d'une véritable parotide, venant vérifier une fois de plus l'exactitude du signe établi par M. Archambault.

— La deuxième malade, couchée au n° 7 de la même salle, est une femme de quarante ans. Elle prétend avoir été vaccinée, mais elle n'en présente pas de traces; elle a eu une éruption varioleuse discrète le troisième jour de l'invasion de la fièvre, avec tuméfaction du visage le huitième jour. A la même époque les pustules commençaient à se dessécher, et il n'y avait qu'une très-légère tuméfaction d'une main seulement. La fièvre était tombée du neuvième au dixième jour. Cette femme paraissait aller à merveille, lorsque le dix-neuvième jour elle fut prise de nouveau de fièvre et d'anorexie, sans aucun accident d'ailleurs du côté de la gorge ni de la poitrine. En cherchant quelle pouvait être la cause de cette explosion fébrile, on trouva une large plaque érysipélateuse sur la cuisse droite. L'érysipèle était d'autant plus facile à reconnaître ici, qu'il y avait très-peu de pustules, qu'elles étaient rares et éloignées.

M. Trousseau prescrivit aussitôt, dans le but d'enrayer la marche progressive probable de cet érysipèle, de pratiquer autour de la cuisse un bandage compressif très-exact, mouillé après application avec de l'alcool camphré.

Le lendemain les choses allaient mieux. Mais le troisième jour l'érysipèle avait franchi ses premières limites. M. Trousseau l'attaqua alors par le procédé suivant, qu'il recommande à ses élèves. Il fait faire une mixture composée de camphre, d'éther et de tannin, dont voici la formule :

Ether sulfurique.	50 grammes.
Camphre.	30 —
Tannin.	10 —

Il fait badigeonner avec cette mixture toute la surface érysipélateuse. L'éther se volatilise, le camphre et le tannin se déposent et se fixent sur la surface cutanée. Il en résulte une sorte de bandage compressif et médicamenteux dont l'effet a paru quelquefois très-favorable. On n'arrêtera sans doute pas toujours les progrès d'un érysipèle par ce moyen, mais on pourra l'arrêter souvent, au dire de M. Trousseau. Il est certain que chez cette malade il a eu un assez bon résultat.

A dater de cette application et du moment où l'érysipèle a été ainsi soustrait à l'action de l'air, il a cessé de faire des progrès. Il est bon d'ajouter que cet érysipèle n'était pas seul, il était accompagné, comme chez la malade précédente, de plusieurs autres manifestations érysipélateuses témoignant un état général; cette femme avait en effet, en même temps, un érysipèle au nez et un autre à la joue.

En résumé, le point sur lequel M. Trousseau a voulu appeler l'attention de ses élèves en leur signalant ces deux observations, c'est la manifestation d'un érysipèle dans le décours de la variole, fait sur lequel l'attention des médecins s'est peu fixée jusqu'à présent, et qui a cependant son importance; car, de même que les furoncles, les anthrax et les abcès profonds qui se produisent si souvent à cette période de la maladie, il peut déterminer une issue funeste à une période de la maladie où l'on pourrait croire les malades hors de toute atteinte grave, ainsi que cela a eu lieu chez la malade qui fait le sujet de la première observation.

Albuminurie consécutive à la suppression de la sueur. Anasarque considérable. Hydrothérapie. Guérison.

Dans une séance récente de l'Académie de médecine, M. le docteur Mariano-Semmola lisait les conclusions d'un mémoire intitulé : *De la nature et de la cause de l'albuminurie, et de son traitement par l'hydrothérapie.*

A peu près à la même époque, on observait à l'hôpital de la Charité un malade albuminurique, œdématié de tout le corps, chez lequel les accidents paraissaient bien évidemment liés à la suppression des fonctions de la peau. L'hydrothérapie, appliquée quand déjà d'autres moyens avaient échoué, fut rapidement suivie des résultats les plus favorables.

Voici la relation de ce fait, que nous devons à l'obligeance de M. Capelle, interne du service.

Le nommé R..., tourneur en cuivre, âgé de dix-neuf ans, entre le 20 août à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Beau.

Cet homme, d'une santé habituellement bonne, a été pris, il y a un mois, d'un mal de gorge subit, qui a duré une quinzaine de jours, a guéri sans traitement, et n'a du reste jamais été assez violent pour l'empêcher de vaquer à ses occupations.

Le 10 août, après une journée de travail, le malade s'est couché, le corps couvert de sueur, et a dormi toute une nuit près d'une fenêtre ouverte.

Le lendemain, il s'aperçut que ses paupières étaient un peu gonflées, ses jambes un peu plus grosses que de coutume, et en trois jours l'enflure avait acquis les proportions qu'elle présente au moment où le malade vient à la consultation de l'hôpital.

A son entrée, le visage est pâle, bouffi; les paupières, épaissies, ne s'entr'ouvrent qu'avec difficulté; l'anasarque a envahi les quatre membres, mais surtout les membres inférieurs; les jambes et les cuisses sont d'un volume énorme; les saillies ordinaires sont effacées, les mouvements des jarrets impossibles; en quelque point que l'on presse, il reste après la pression un enfoncement profond qui met quelque temps à se combler.

L'infiltration occupe aussi le tronc; mais c'est surtout dans les parties déclives de la paroi abdominale, au-dessus des arcades crurales et des crêtes iliaques, que l'œdème est le plus prononcé. Le scrotum et la verge offrent enfin un gonflement considérable.

L'anasarque est donc généralisé; on peut dire que l'infiltration a envahi tout ou presque tout le tissu cellulaire sous-cutané. Les cavités séreuses sont libres.

La peau, dans toute son étendue, est d'un blanc légèrement grisâtre, sans vascularisation; elle est partout sèche au toucher, sans aucune trace de moiteur à sa surface. La pression n'est en aucun point douloureuse.

Les urines, en quantité moyenne, sont plutôt un peu foncées que décolorées; par la chaleur ou l'acide nitrique, elles donnent un tel précipité d'albumine que tout le liquide se transforme en coagulum blanchâtre. A part cela, rien de particulier à signaler; l'appétit est bon, les digestions se font bien.

Le malade fut soumis aux préparations drastiques, et n'en obtint aucun effet favorable; on n'insista point du reste sur cette médication, et, comme les accidents paraissaient liés à la suppression de la sueur, ce fut le rétablissement de la sueur que l'on voulut obtenir.

Les sudorifiques ordinaires furent insuffisants; les bains de vapeur furent mal tolérés et ne rétablirent point la transpiration. On en vint alors à l'application du drap mouillé, et les emmaillottements furent renouvelés pendant huit jours de suite.

Après le premier, on ne put constater aucune modification sensible, mais le malade déclara qu'il se trouvait mieux. Pendant le deuxième, la peau devint plus chaude, et sa sécheresse fut remplacée par une légère moiteur, qui se répandit sur toute sa surface; enfin, dans la nuit qui suivit, des sueurs abondantes survinrent pendant le sommeil.

Dès ce moment, les fonctions de la peau furent rétablies, et les emmaillottements, que l'on pratiqua encore, n'eurent plus d'autre but que de les rendre plus actives. L'anasarque diminua progressivement; la bouffissure de la face disparut, les membres reprirent peu à peu leur forme habituelle, et au bout de dix jours il ne restait plus d'œdème qu'aux extrémités inférieures. A ce moment, les urines étaient plus pâles qu'au début, mais elles précipitaient encore une abondante quantité d'albumine, sans cependant se prendre en masse comme précédemment.

Le 12 septembre, il n'existait plus d'enflure; la peau avait repris sa coloration, sa souplesse et sa moiteur normales; les urines étaient encore albumineuses, mais le précipité semblait y diminuer de jour en jour.

Enfin, après une convalescence sans autre accident qu'une pleurésie légère, qui, contractée par suite d'une exposition imprudente à un courant d'air, disparut rapidement et presque sans traitement, le malade put être envoyé à la maison de Vincennes dans les premiers jours d'octobre.

A ce moment, les urines ne se troublaient plus que fort légèrement sous l'influence de la chaleur et de l'acide nitrique.

Lagophthalmie consécutive à la blépharite granuleuse; opération d'ankyloblépharon partiel pour remédier au défaut de rapprochement des paupières.

Un des effets des granulations palpébrales traitées pendant longtemps par la cautérisation avec le sulfate de cuivre, est une modification dans l'état des paupières, qui perdent leur souplesse et restent plus ou moins dures ou tuméfiées. De là une certaine difficulté du libre jeu des voiles membraneux. Jusque-là il n'y a rien de bien grave, et les fonctions de l'œil n'en sont pas compromises. Mais il est d'autres cas où, sous l'influence de ces cautérisations répétées, il s'est formé de nombreuses traînées cicatricielles dans le tissu cellulaire sous-conjonctival; sous l'influence de la rétraction inhérente à l'inodule, les paupières se sont raccourcies, ces voiles n'arrivent plus au contact et laissent l'œil en partie à découvert. Ce n'est pas que les paupières soient alors renversées en dehors ou en dedans; il y a simplement une diminution de longueur, une espèce de *lagophthalmos*. Si on invite le malade à fermer l'œil, on constate que les bords libres des paupières restent à plusieurs millimètres l'un de l'autre; une portion de la cornée n'est pas recouverte. De cet état de choses résultent des conséquences que chacun pressent. Dans le clignement, comme dans l'état de sommeil, une partie du globe cesse d'être abritée; il en résulte une phlegmasie permanente que les topiques habituellement employés améliorent, sans qu'on puisse espérer une guérison radicale. M. le docteur Fano s'est trouvé tout récemment aux prises avec des difficultés de ce genre, et il s'est décidé, pour faire cesser le lagophthalmos, à rétrécir, par une opération d'*ankyloblépharon*, l'ouverture palpébrale. Il a donc pratiqué la soudure des paupières au niveau de la commissure externe. Cette tentative a été couronnée d'un résultat heureux. Le lagophthalmos a disparu, c'est-à-dire que les paupières arrivent à un contact parfait, et les kératites fort graves dont la malade était sans cesse atteinte ont disparu.

Voici cette observation :

La demoiselle S..., âgée de dix-huit ans, se présente à la clinique de M. Fano dans le cours du mois de septembre dernier. L'œil droit est complétement atrophié depuis deux ans qu'on a fait une opération de ce côté (probablement un staphylome). Il y a dix-huit mois, on a commencé à lui pratiquer tous les jours ou tous les deux jours des cautérisations sur la face interne

des deux paupières gauches. Ces cautérisations ont été exécutées dans une clinique oculistique avec un crayon de sulfate de cuivre, et d'une manière non interrompue, pendant dix mois consécutifs. Depuis cette époque, l'œil est resté larmoyant.

Il est facile de reconnaître que les paupières du côté gauche n'arrivent pas au contact lorsque la jeune fille essaye de rapprocher ces voiles membraneux ; l'œil reste en partie à découvert. En examinant les choses avec attention, on reconnait qu'au moment où l'on ordonne à la patiente de fermer les paupières, la supérieure s'abaisse comme à l'ordinaire ; l'inférieure, au contraire, ne subit qu'un mouvement d'ascension à peine appréciable ; le bord adhérent s'enfonce un peu dans l'orbite, de façon qu'il existe là une petite dépression. Il n'y a pas cependant d'ectropion de cette paupière. La muqueuse palpébrale supérieure et inférieure est boursouflée, rouge, sans granulations. La cornée est un peu vascularisée à la partie inférieure. Il y a un larmoiement continuel, et la jeune malade est exposée à chaque instant à des recrudescences de la kératite.

Le 26 septembre dernier, M. Fano pratique l'opération suivante: la patiente est assise sur une chaise basse, la tête convenablement maintenue. L'opérateur incise avec des ciseaux la commissure externe des paupières gauches ; puis, saisissant successivement avec des pinces à griffes le bord libre de chaque paupière, au voisinage de cette commissure, il en excise un lambeau d'environ 4 millimètres de long, sur 1 ou 2 d'épaisseur. Deux points de suture entortillée réunissent les lèvres de cette plaie. — Compresses d'eau froide.

Le 28, les deux épingles sont retirées ; les paupières n'arrivent que difficilement encore au contact parfait. — Compresses d'eau froide.

Le 6 octobre, la plaie de l'angle externe des paupières est complétement cicatrisée ; l'orifice palpébral est manifestement rétréci. Lorsque la malade contracte fortement l'orbiculaire, les bords libres des paupières arrivent au contact. Toute vascularisation de la cornée a disparu.

Le 17, l'état est plus satisfaisant encore ; il faut une contraction moins énergique de l'orbiculaire pour faire arriver les paupières au contact. Enfin, au commencement de novembre, la jeune fille revient plusieurs fois de suite à la clinique ; chaque fois on constate que le mouvement d'occlusion des paupières est de plus en plus facile, c'est-à-dire qu'il faut un effort de plus en plus modéré de la part de la patiente, pour obtenir un rapprochement et un contact parfait du bord libre des paupières.

M. Fano a bien voulu soumettre tout récemment cette opérée à notre examen, et nous avons pu nous convaincre qu'effectivement le rapprochement des paupières s'effectuait sans effort jusqu'au contact, et que l'état de l'œil était parfait.

Paralysie générale et ataxie locomotrice.

L'article que nous avons publié dans la *Revue* de samedi dernier sur l'association de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale, contient un passage qui, à défaut d'un développement suffisamment explicite, pourrait faire croire à une erreur de diagnostic dans l'une des observations citées. Il s'agit de la deuxième observation, qui semblerait avoir été présentée comme un exemple d'ataxie locomotrice ayant succédé aux symptômes de la paralysie générale, tandis qu'en réalité c'est d'une simple paraplégie qu'il était question, ainsi qu'on pourra s'en assurer en lisant la relation complète de ce fait publié depuis dans les *Archives cliniques des maladies mentales*, sous le n° 66. Il doit donc rester bien entendu que les observations première et troisième de l'article précité, sont seules des exemples d'ataxie locomotrice associée à la paralysie générale. Cette deuxième observation n'était rapportée à côté d'elles que comme exemple d'une sorte d'association ou de succession analogue de formes habituellement distinctes de paralysie.

Nous saisissons l'occasion de cette rectification pour signaler à ceux de nos lecteurs de Paris qui désireraient étudier par eux-mêmes l'ataxie locomotrice, que plusieurs malades atteints de cette affection sont réunis en ce moment dans le service de M. le professeur Trousseau, à l'Hôtel-Dieu. Nous consacrerons prochainement un article de cette *Revue* à l'histoire de ces malades, dont le rapprochement nous permettra de faire ressortir d'une manière plus particulière quelques-uns des caractères propres aux diverses phases et aux divers degrés de cette curieuse maladie.

DES AFFECTIONS NERVEUSES SYPHILITIQUES.

Les auteurs des siècles derniers rattachaient presque tous à la syphilis un grand nombre d'affections des viscères : le scepticisme de notre époque crut devoir les en distraire. De temps à autre une voix timide, s'appuyant sur des faits isolés, osait à peine s'élever pour protester contre l'absolutisme des doctrines régnantes, et ces faits épars, enfouis dans des recueils scientifiques, restaient lettre morte pour la plupart des praticiens.

Tout récemment cependant, dans un travail soumis à l'Académie de médecine, M. Yvaren réunit un assez grand nombre de ces faits, leur adjoignit ses observations propres et les accompagna de réflexions très-judicieuses. D'autres auteurs encore, depuis quelques années, ont publié quelques faits sur cette question ; mais c'est surtout à partir du moment où les *affections nerveuses syphilitiques* ont été proposées comme sujet de prix par l'Académie de médecine, que les faits à l'appui se sont multipliés.

M. le docteur Léon Gros et M. E. Lancereaux, interne des hôpitaux de Paris, viennent de faire paraître, sur ce point important de pathologie, un ouvrage très-intéressant (1), dans lequel ils ont groupé tous les caractères distinctifs capables de faire reconnaître de prime abord les affections nerveuses qui se rattachent à la syphilis. D'après ces auteurs, la vérole est une maladie générale susceptible de porter son action sur l'organisme tout entier, et capable de localiser cette action plus spécialement peut-être sur quelques tissus, mais néanmoins n'en épargnant aucun. L'opinion émise par MM. Gros et Lancereaux est peut-être moins qu'on ne pourrait le supposer en désaccord avec les idées généralement reçues. Que professe-t-on en effet depuis longtemps? Que la syphilis a un lieu d'élection spécial, le système ganglionnaire et le tissu fibreux. Or aujourd'hui qu'il est démontré que du tissu conjonctif et des vaisseaux entrent comme éléments accessoires dans la composition de tous les tissus et de tous les organes, on ne doit pas trouver étrange l'opinion dont il s'agit.

Les altérations syphilitiques du système nerveux ne paraissent pas à MM. Gros et Lancereaux différer sensiblement des altérations syphilitiques des autres systèmes. Partout analogie, sinon identité. Quel que soit l'organe ou le système qui devient le siége de la localisation, toujours sa lésion se traduit anatomiquement par de la congestion, de l'inflammation ou un travail d'exsudation. C'est ordinairement, comme dans toutes les maladies générales, de la périphérie au centre que marche le travail morbide ; mais des circonstances particulières peuvent déranger ou entraver la marche naturelle de ce travail. Aussi la localisation se trouve-t elle, la plupart du temps, dépendre de conditions physiologiques, hygiéniques ou pathologiques propres à l'individu malade. Ces mêmes conditions sont encore fréquemment l'occasion de la manifestation syphilitique. Il ne faut donc pas s'étonner de voir dormir pendant un temps parfois fort long et se réveiller tout à coup une maladie qui, n'étant pas parfaitement connue, avait pu laisser le malade dans une sécurité trompeuse.

« A côté de la grande classe des affections syphilitiques dont le point de départ se trouve dans le système nerveux, nous rangeons, disent MM. Gros et Lancereaux, les affections consécutives à l'altération des tissus ou des organes du voisinage, et là encore nous rencontrons la plupart des formes morbides appartenant au système nerveux. Ces manifestations diverses d'un même état organique — la syphilis — longtemps confondues avec des affections dont on semble faire des unités pathologiques, nous paraissent mériter la plus sérieuse considération. Non-seulement elles nous recommandent d'avoir recours à des moyens de traitement déterminés, mais elles nous conduisent encore à douter de la classification généralement admise, et nous rendent compte des insuccès journaliers en thérapeutique et du scepticisme qui en résulte. En effet, si nous choisissons parmi ces affections la plus simple de toutes, la névralgie, nous voyons que les médicaments qui réussissent habituellement à la combattre sont ici sans résultats, et cela parce que cette névralgie n'est que l'expression de la lésion ou du trouble fonctionnel apporté par la maladie syphilitique au sein du système nerveux. La névralgie est donc ici une manifestation syphilitique au même titre que celles qui antérieurement ont pu avoir lieu vers la peau, et par conséquent elle réclame le même traitement. La seule différence gît donc dans la localisation. Ce que nous disons de la névralgie, nous pouvons le dire aussi de l'épilepsie, de la chorée, de la paralysie, qui constituent autant d'unités pathologiques, et qui, à vrai dire, ne sont que des expressions morbides appartenant à des états différents de l'organisme, états qu'il est important de savoir reconnaître si l'on veut arriver à les combattre sûrement et sciemment. »

Le diagnostic des affections nerveuses syphilitiques est presque toujours possible. Il repose sur l'existence antérieure ou actuelle d'un ou de plusieurs accidents appartenant à la diathèse syphilitique ; sur l'apparition de l'affection en dehors des conditions d'âge qui président d'ordinaire à son développement ; sur l'absence des causes ordinaires des maladies nerveuses ; sur l'absence de tout signe indiquant que l'affection nerveuse doit être rattachée à une autre cause ; sur la régularité de l'apparition de l'affection nerveuse à une période déterminée de la maladie générale ; sur l'apparition successive de phénomènes nerveux variés et multiples, donnant à l'affection une physionomie toute spéciale ; sur l'impuissance de toutes les médications reconnues ordinairement efficaces contre les affections nerveuses ; sur les résultats favorables fournis par les traitements spécifiques ; sur les récidives habituelles lorsque le traitement spécifique n'est pas continué pendant un temps fort long. La réunion de plusieurs de ces caractères constituera dans l'immense majorité des cas une certitude à peu près absolue.

Le traitement des affections nerveuses syphilitiques est celui de toutes les autres manifestations de la même diathèse. Les préparations mercurielles et iodurées sont employées isolément ou simultanément, suivant la période de la maladie, la gravité de l'affection et l'état général du malade. Le mercure est plus spécialement indiqué dans les formes congestive et inflammatoire, l'iodure de potassium dans la forme exsudative ou plastique. Le traitement spécifique, pour être utile et amener une guérison soutenue, doit être continué pendant un temps toujours fort long, et qui variera suivant la durée de l'affection et l'existence d'une lésion matérielle plus ou moins profonde et étendue. On doit de plus y revenir avec insistance, à plusieurs reprises, et surtout à la moindre apparence de récidive.

L'ouvrage si intéressant de MM. Gros et Lancereaux renferme 270 observations ; beaucoup sont inédites et des plus concluantes. Dans de semblables conditions, le succès fait rarement défaut.

(1) *Des affections nerveuses syphilitiques*, ouvrage couronné par l'Académie de médecine. Paris, 1861, chez Adrien Delahaye. Prix : 7 francs.

NOUVEL INSTRUMENT POUR L'EXTRACTION DES DENTS,

Par M. d'Estanque, médecin à Mont-de-Marsan.

L'instrument que M. J. Charrière a présenté mardi dernier à l'Académie de médecine au nom de M. d'Estanque, et qu'il désigne sous le nom d'*attractif d'Estanque*, est un genre de levier dont le point d'appui se produit dans la main de l'opérateur et hors de la bouche, à l'aide d'une poignée garnie d'un pignon comme celui du brise-pierre. Ce point d'appui donne à l'attractif toute la puissance que peuvent nécessiter les diverses opérations pour l'extraction des dents, tout à la fois par un mouvement que l'opérateur peut maîtriser à sa volonté ; la dent étant saisie glisse sur le mors inférieur par l'attraction du pignon.

On peut adapter à volonté sur cet instrument tous les genres et toutes les formes de mors employés dans les daviers et pinces, ainsi qu'on le voit par la figure ci-jointe.

Description des figures. — Fig. 1. Attractif d'Estanque, vu monté, opérant l'extraction d'une canine.

Fig. 2. L'extrémité du même avec les mors disposés pour l'extraction d'une racine.

Fig. 3. Le même avec les mors excentriques, côté gauche, pour les grosses molaires.

Fig. 4. Le même, côté droit, vu fermé.

Fig. 5. Deux mors droits vus démontés.

A. Poignée portant le pignon qui s'engrène à une crémaillère qui attire la tige articulée et mobile.

B. Ressort qui oppose une résistance modérée.

C. Manche de l'instrument, qui sert de point d'appui dans la main de l'opérateur.

D. Ecrou que l'on dévisse pour démonter l'instrument.

E. Vis prisonnière qui sert à démonter le ressort.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 novembre 1861. — Présidence de M. Laborie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, **M. Bouvier** prend la parole : Je désire, dit-il, ne pas laisser passer sans observation la très-intéressante communication de M. Fuzier. J'ai trouvé dans le commerce des modèles en plâtre de pieds de femmes chinoises. Mais ce ne sont que des modèles de fantaisie. On voit bien sur eux le gros orteil qui fait la pointe, les orteils renversés et contournés sous la plante du pied, qui a la forme d'un coin, mais ce n'est vraiment qu'une reproduction grossière.

Cette disposition si singulière du pied chinois peut être rapprochée de certains vices de conformation, et il me paraît curieux de mettre en parallèle le résultat auquel, en Chine, on arrive artificiellement et par des moyens mécaniques, et les lésions que nous fournit dans certains cas l'anatomie pathologique.

Il y a plus de vingt-cinq ans, j'ai décrit une certaine difformité sous le nom de *pied creux*, et j'ai déposé au musée Dupuytren le squelette d'un pied semblable, que j'ai recueilli à l'hôpital de la Charité. M. Duchenne, par ses travaux, a agrandi la description et a admis plusieurs variétés de pied creux. Déjà en 1853 M. Little avait indiqué le pied creux, en parlant du talus, mais il n'avait fait que l'indiquer. Dans son livre publié à la même date, M. Little a fait représenter, à côté du pied creux, le dessin d'un pied chinois, qu'il tenait d'un M. Goldsmith, mais il ne dit pas qu'il ait vu le pied ; il ne parle que d'un dessin.

Or qu'est-ce qu'un pied chinois? Nous lui trouvons trois caractères principaux : atrophie générale, flexion forcée des orteils, surtout les quatre derniers, abaissement du talon, qui est porté en bas et en avant. Je n'insiste pas sur les deux premiers caractères, mais le troisième se rapproche d'une disposition pathologique sur laquelle j'appelle votre attention.

M. Fuzier nous a dit que la disposition du pied des femmes chinoises paraît participer du talus et du pied équin : du talus par la direction du talon, et du pied équin par celle de l'avant-pied.

Pour faire le pied équin il faut que le talon suive la fausse direction de l'avant-pied, et ici nous avons le contraire. J'aime mieux dire que c'est un *talus pied creux*.

Si je mets en regard les deux pièces (le pied chinois que M. Fuzier m'a confié et la pièce que j'ai déposée au musée Dupuytren), en cachant les orteils, on voit que les deux pieds se ressemblent, et si l'on ne voyait que la partie postérieure d'un pied de femme chinoise, on pourrait dire qu'elle a un *talus pied creux*.

La cause de cette altération du pied, indiquée par Little, a été bien étudiée par M. Duchenne. Elle réside dans une paralysie des muscles gastro-cnémiens et la prédominance des muscles antérieurs de la jambe, et notamment du jambier antérieur. Pour que le talon s'abaisse, que le calcanéum descende en bas et en avant, il faut une paralysie du triceps sural, ou du moins un grand affaiblissement dans l'énergie contractile de ces muscles, sinon, les moyens mécaniques

enlevés, le talon se relèverait. Mais les muscles extenseurs du pied et fléchisseurs des orteils sont contracturés, en même temps que les fléchisseurs du pied et extenseurs des orteils, sinon nous aurions une autre disposition dans le pied que celle qu'on observe dans le pied chinois. Je pense donc que les manœuvres mises en usage pour déformer ainsi ces pieds, déterminent une paralysie des muscles gastro-cnémiens.

M. GIRALDÈS. On trouve au musée du Collége des chirurgiens de Londres un squelette de pied chinois, et même un pied entier. En 1845, Simpson avait présenté à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg un pied fort curieux de femme chinoise. Déjà en 1829, dans les *Transactions philosophiques*, Bransby Cooper a décrit un pied chinois, et l'on s'étonne vraiment que Little ait ignoré tous ces faits.

Sur ces pièces on remarque, contrairement à ce qu'on observe sur la pièce pathologique présentée par M. Bouvier, une élongation et une gracilité considérables du calcanéum. La compression a aussi modifié la forme de l'astragale et la disposition de l'articulation cuboïdo-calcanienne. On remarque aussi une diminution dans la hauteur du tibia, une gracilité particulière du péroné, et l'atrophie du triceps sural. Dans la reproduction de Bransby Cooper, le gros orteil est comme retourné vers sa face supérieure. Simpson décrit la disposition des orteils, qui sont comme enchevêtrés. Le pied a été en quelque sorte brisé en deux, replié sur lui-même. Il semble qu'on l'a ployé en rapprochant le calcanéum des orteils; de là cette élongation du calcanéum et cette apparence de pied creux.

M. BOUVIER. Je ne puis juger que par ce que je vois, et abstraction faite des altérations du pied des femmes chinoises et qui portent sur sa partie antérieure, ainsi que je viens de le dire, en cachant la portion correspondante aux orteils, je ne vois vraiment pas une grande différence entre un pied creux et celui des Chinoises.

M. BROCA. Le calcanéum, sur le pied rapporté par M. Fuzier, paraît plus long; mais c'est plus apparent que réel; et, en examinant ses dimensions relativement aux autres, on ne trouve pas qu'il soit allongé. J'ajouterai un détail qui pourra compléter cette discussion : chez les peuples de la race mongolique, le talon est, comme le nôtre, peu saillant. Il est au contraire très-saillant chez l'Ethiopien, qui a en outre le pied plat. C'est un caractère qui rapproche cette race de la brute.

Communication sur les kystes de l'ovaire. — **M. HOUEL** présente, au nom de M. Nélaton, deux kystes de l'ovaire que le savant professeur a rapportés de Londres. M. Nélaton, comme tous les chirurgiens, préoccupé du danger que font courir aux malades les kystes multiloculaires de l'ovaire, lesquels sont presque toujours remplis d'un liquide filant, poisseux, d'aspect gélatiniforme, avait déjà depuis longtemps conçu la pensée d'aller voir pratiquer l'opération de l'ovariotomie par les chirurgiens d'outre-Manche.

M. le docteur Baker-Brown, si honorablement connu par ses travaux et auquel l'opération d'ovariotomie est familière, ayant fait savoir à M. Nélaton que le jeudi 21 novembre il devait pratiquer l'extirpation d'un kyste de l'ovaire, le chirurgien français n'hésita point; il partit pour l'Angleterre afin d'être témoin d'une opération généralement réprouvée par la chirurgie française.

Les deux tumeurs que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie ont été extirpées par M. Baker-Brown. Ce chirurgien les a données à M. Nélaton, qui veut bien les déposer dans le musée Dupuytren. L'une de ces tumeurs, la plus volumineuse, qui, quoiqu'affaissée notablement, a un diamètre d'environ 35 centimètres, a été extirpée le 14 novembre sur une femme âgée de vingt-sept ans.

La tumeur datait d'environ quinze mois, et contenait 31 pintes anglaises, c'est-à-dire 17 kilogr. 360 gr. de liquide; débarrassée du liquide contenu dans le grand kyste, elle pesait encore, au moment de son extirpation, 7 livres et demie. Vous pouvez voir sur cette pièce qu'indépendamment du grand kyste, il existe une multitude de petits kystes à parois très-minces, variables en volume depuis celui d'une pomme jusqu'à une noix; ces petits kystes contiennent un liquide analogue à celui que renfermait la poche principale.

M. Nélaton a vu le 21 novembre la malade sur laquelle avait été extirpée cette tumeur, par conséquent sept jours après l'opération, et au moment de sa visite il a constaté que les lèvres de la plaie abdominale étaient maintenues par sept points de suture métallique, qu'elles étaient presque complétement réunies. La malade n'avait point de fièvre; la peau était fraîche, le ventre était plat et, au grand étonnement de M. Nélaton, souple et complétement indolore. M. Nélaton assista au repas de la malade, qui mangea du mouton rôti, de la purée de pommes de terre, et but deux verres de bière.

La seconde tumeur a été enlevée devant M. Nélaton sur une jeune fille de dix-huit ans environ. Quoique moins volumineuse que la précédente, elle a encore des dimensions considérables, car dans certains sens elle mesure environ 30 centimètres. Comme la précédente, elle est multiloculaire; indépendamment de la poche principale, qui contenait un liquide filant, gélatiniforme, il existe un grand nombre de petits kystes secondaires à divers degrés de développement. L'opération fut pratiquée par M. Baker-Brown, dans la maison particulière où ce chirurgien fait ordinairement ses opérations.

Je dirai quelques mots du procédé opératoire qui a été mis en usage et qui est celui généralement adopté par M. Baker-Brown. La malade, une fois l'opération décidée, est soumise environ pendant trois semaines à une médication tonique : des boissons amères avec de la teinture d'arnica, des ferrugineux, et deux bains chauds par semaine. Au moment de pratiquer l'opération, la malade est soumise à l'action des anesthésiques, qui est portée très-loin; alors deux aides appliquent leurs mains de chaque côté de la tumeur, de manière à la fixer solidement à travers les parois déprimées de l'abdomen. Le chirurgien pratique alors une incision à la paroi abdominale; elle est faite près de la ligne médiane à gauche, à sept ou huit millimètres de la ligne blanche; elle commence un peu au-dessous de l'ombilic, quelquefois à ce niveau, rarement au-dessus, et à une longueur d'environ dix, douze ou treize centimètres, suivant le volume du kyste. Cette incision comprend la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose abdominale.

Le kyste se présente alors à l'ouverture de la plaie, dont les lèvres sont écartées par les aides; de rectiligne qu'elle était, la plaie devient elliptique. Le chirurgien saisit alors le kyste dans sa partie inférieure avec de fortes pinces de Museux, et plonge dans son intérieur un trocart de forme particulière, que M. Nélaton compare à une grosse canule à trachéotomie pour la courbure et le volume. Sur cette pièce vous pouvez voir la petite plaie triangulaire par laquelle le kyste a été vidé.

S'il existe des adhérences avec les parties voisines, comme cela avait lieu pour les deux tumeurs que j'ai l'honneur de présenter, on les détruit avec la main et au besoin avec le bistouri. La tumeur, libre de toutes parts, est amenée à l'extérieur; le pédicule est compris dans une espèce de compas métallique qui le comprime, empêche toute hémorrhagie, et il est maintenu à l'angle inférieur de la plaie, sur laquelle on applique généralement cinq points de suture métallique.

Pour le petit kyste qui a été extirpé devant M. Nélaton, l'opération a été pratiquée comme je viens de l'indiquer; mais outre ses nombreuses adhérences, il s'est présenté une complication fâcheuse. Une partie du fond de l'utérus, près l'insertion de la trompe, a été abrasée par le bistouri; il en est résulté une hémorrhagie qui a nécessité une ligature et l'application de cinq points de suture qui ont été posés sur le fond de l'utérus. Cet accident ainsi réparé, le chirurgien anglais a réduit l'utérus dans le ventre et pratiqué la suture abdominale. Cette complication regrettable avait fait craindre à M. Nélaton le développement d'accidents sérieux et immédiats. L'opération ayant été pratiquée à deux heures, à cinq heures du soir il est allé voir la malade, qu'il a trouvée assez bien; elle avait même eu un peu de somnolence à onze heures du soir; le pouls était un peu fréquent, mais point de douleur abdominale, rien qui pût faire supposer l'existence d'une péritonite. Le lendemain, avant de quitter Londres, M. Nélaton est allé revoir l'opérée, qu'il trouva dans un état satisfaisant; la nuit n'avait présenté rien de particulier. Comme la suite de l'observation sera envoyée à Paris, j'aurai soin de mettre la Société au courant de ce qui pourra advenir.

Pendant son séjour à Londres, M. Baker-Brown a montré à M. Nélaton trois autres malades qu'il avait opérées depuis le mois d'octobre de kystes volumineux multiloculaires. L'une de ces malades est une jeune fille de vingt-trois ans; une autre est âgée de dix-huit ans, la troisième de quarante-huit. Ces trois malades, qui n'avaient point eu d'accidents graves à la suite de leur opération, pouvaient être considérées comme guéries au moment où M. Nélaton les a examinées.

M. BOINET. Les faits présentés par M. Houel, au nom de M. Nélaton sont très-importants et de nature à encourager à faire une opération, qui n'a guère de partisans en France, où l'extirpation des ovaires a toujours été regardée comme une opération téméraire et très-dangereuse. Nous savons qu'elle se pratique très-facilement en Angleterre, en Allemagne et en Amérique, et avec un succès tel, que si l'on doit s'en rapporter aux statistiques publiées jusqu'à ce jour, elle réussit dans plus de la moitié des cas.

Si cette opération était toujours aussi simple, et si tous les kystes n'étaient pas plus compliqués que ceux qu'on nous présente, on serait bien plus disposé à faire l'ovariotomie; mais malheureusement il est des circonstances où cette opération est impossible et très-dangereuse. S'il était possible de savoir les cas où elle est faisable, c'est-à-dire ceux qui sont exempts d'adhérences et qui sont pédiculés, il est à croire qu'on serait plus entreprenant; en effet, il y a pour l'extirpation des ovaires un point de diagnostic qu'il n'est pas toujours facile de résoudre, c'est de savoir si les kystes sont adhérents ou non, s'ils sont pédiculés ou à large base.

On peut bien assez souvent reconnaître les adhérences qui existent à la partie antérieure d'un kyste et qui l'unissent aux parois abdominales, mais il n'en est plus de même pour celles qui sont sur les parties latérales et profondes. Il n'est pas non plus facile de savoir si on est en présence d'un kyste pédiculé ou fossile, surtout dans les kystes multiloculaires qui ont atteint un grand volume. D'autres fois, le diagnostic offre de grandes difficultés sur la nature même de la tumeur, et on a pris quelquefois des tumeurs fibreuses, cancéreuses, ou encore le foie, la rate hypertrophiés, etc., pour des kystes de l'ovaire. Des opérations faites dans ces circonstances sont fâcheuses, et plus d'une fois des opérateurs ont été forcés de laisser inachevée une opération qu'ils avaient commencée, ce qui n'a pas empêché, chose digne de remarque et qui prouve jusqu'à un certain point l'innocuité de l'ouverture de la cavité abdominale, les malades de guérir sans accident. Quoi qu'il en soit, les succès après cette opération paraissent si nombreux, qu'on doit moins hésiter à tenter cette opération; pour mon compte, je n'ai pas renoncé à la faire, malgré un insuccès que j'ai éprouvé et que je vais rapporter; mais j'ajoute que je ne la ferai que dans les cas où toutes les indications me sembleront bien positives.

Dans un travail très-important et fait avec le plus grand soin par M. Jules Worms sur l'extirpation des ovaires, ce savant confrère a cherché à établir le bilan des résultats de cette opération en Angleterre et en Allemagne, et il est arrivé, en analysant avec sévérité toutes les observations, à une conclusion des plus encourageantes : c'est qu'on guérissait plus de 60 malades sur 100. Des opérations en apparence beaucoup moins graves et qui se pratiquent tous les jours, les amputations de cuisse, de jambe même, n'ont jamais donné d'aussi beaux résultats, au moins dans nos hôpitaux de Paris.

Je ne connais pas les hôpitaux de Londres, je ne sais s'ils sont aussi grands et aussi encombrés que les nôtres; mais s'ils sont dans les mêmes conditions hygiéniques, ils ne paraissent pas si défavorables aux opérations que ceux de Paris, et au moins, pour ce qui est de l'ovariotomie, il est certain, d'après les seuls faits qu'on vient de nous citer, qu'on peut l'y pratiquer avec succès.

Quant à moi, je ne conseillerais pas de pratiquer cette opération dans nos hôpitaux, ni même en ville, où cependant les opérations réussissent mieux. Tout le monde sait que l'opération césarienne, qui a une certaine similitude avec l'ovariotomie, n'a jamais réussi à Paris. Si on voulait faire l'extirpation des ovaires, il faudrait donc s'éloigner de Paris de quelques lieues, de quatre ou cinq au moins, afin de se mettre dans des conditions hygiéniques favorables.

D'un autre côté, il faut le dire aussi, si nos confrères de l'étranger ont des succès si fréquents et qui nous surprennent, c'est qu'ils opèrent indistinctement tous les kystes des ovaires, qu'ils soient petits ou gros, multiloculaires ou uniloculaires; ensuite, c'est qu'ils opèrent les malades dans de bonnes conditions de santé; ils n'attendent pas qu'elles soient affaiblies, épuisées, réduites au marasme pour les opérer; ils agissent sur des malades dont la santé est encore très-bonne, dont toutes les fonctions s'exécutent très-bien, et qui sont par conséquent dans des conditions bien meilleures pour résister à une pareille opération. Il est évident qu'en agissant ainsi ils se placent dans de meilleures conditions pour avoir des succès, tandis que les quelques chirurgiens qui ont opéré en France l'ont fait dans des conditions très-mauvaises; ils n'ont opéré que des malades épuisées, affaiblies, chez lesquelles toutes les fonctions étaient troublées, et qui n'auraient pas tardé à succomber, emportées par les progrès de leur maladie.

On comprend que dans ces conditions les chances de succès sont bien minimes : c'est dans cette position grave que se trouvait la malade que nous avons opérée, et de plus une erreur de diagnostic fut commise : elle avait une tumeur cancéreuse de l'ovaire gauche, que je crus être un kyste multiloculaire.

Voici cette observation :

Une femme de quarante-sept ans, maigre, chétive, de santé habituellement mauvaise, n'étant plus réglée et ayant eu dix enfants, vint me consulter, vers le commencement de 1858, pour une tumeur abdominale dont le début remontait au moins à dix ans, vers l'époque de son dernier accouchement, qui, comme tous les autres, avait été très-heureux.

Cette tumeur avait son siége dans le côté gauche du ventre, et pendant longtemps n'avait apporté aucun trouble dans l'économie. Les règles avaient été régulières jusqu'en 1857; c'est alors que la tumeur a pris un volume plus considérable. A mon premier examen je constatai qu'elle pouvait avoir le volume d'une tête d'enfant à terme; elle paraissait arrondie, était dure, élastique, insensible à la pression, et sans fluctuation aucune. L'amaigrissement extrême de la malade et la minceur des parois abdominales rendaient ces signes très-évidents.

Je diagnostiquai une tumeur de nature probablement fibreuse, et j'engageai cette malade à ne rien faire. Cette femme étant revenue me voir quelques mois plus tard, je fus étonné du volume qu'avait acquis cette tumeur, et dans l'espace d'une année elle avait tellement grossi qu'elle avait envahi tout le ventre, et lui donnait l'aspect régulier d'une grossesse à terme.

Cette femme avait considérablement dépéri, et toutes les fonctions s'accomplissaient très-difficilement. La pression exercée sur cette tumeur donnait la sensation d'une élasticité remarquable telle, qu'il était difficile de se défendre de l'idée d'une fluctuation profonde et semblable à celle qu'on rencontre dans certains kystes ovariques multiloculaires, celluleux et vasculaires. Ce qui m'en imposa encore, c'est qu'il existait dans le péritoine une certaine quantité de liquide, qui, interposé entre cette tumeur et la paroi abdominale, donnait lieu en plusieurs endroits limités et séparés à une fluctuation réelle. Il y avait en un mot plusieurs hydropisies partielles enkystées du péritoine, dues aux nombreuses adhérences que cette membrane avait contractées. Cette fluctuation, en certains endroits, du liquide péritonéal, jointe à l'élasticité de la tumeur qu'on ne pouvait palper qu'à travers le liquide de l'ascite, nous fit croire à une fluctuation plus profonde. D'autre part, le développement si rapide et si considérable de cette tumeur, qui dans l'espace d'une année avait plus que quintuplé de volume, ne contribua pas pour peu à faire croire à l'existence d'un kyste multiloculaire plutôt qu'à une tumeur fibreuse que j'avais diagnostiquée une année auparavant.

En présence de cette tumeur qui faisait des progrès si rapides, gênait toutes les fonctions et menaçait de mort prochaine; d'un autre côté vivement sollicité par la malade elle-même, qui connaissait la gravité de sa position, et était plus décidée à subir une opération que moi à la pratiquer, quoique cependant, enhardi par les succès obtenus par nos confrères de l'étranger, j'eusse l'intention bien arrêtée de faire un jour cette opération, que j'aurais désiré exécuter dans de meilleures conditions, je cédai aux instances de cette malade après avoir longtemps hésité; mais je ne voulus pas l'entreprendre sans m'entourer de confrères expérimentés, et sans me mettre dans toutes les conditions d'hygiène que je crois indispensables pour réussir dans cette opération.

J'avais souvent cherché à reconnaître si des adhérences existaient entre le kyste et les parois de l'abdomen; il m'avait semblé rencontrer toujours une grande mobilité entre toutes les parties, ce qui me faisait conclure qu'il n'y avait pas d'adhérences, au moins en avant. En effet, il en était ainsi pour la paroi antérieure; mais aux parties latérales et postérieures je rencontrai des adhérences très-fortes, très-étendues, qui apportèrent de grands obstacles à l'opération, soit en empêchant l'énucléation de la tumeur, soit à cause des hémorrhagies graves dues à leur déchirure et à leur section.

Le 28 février 1859, assisté de MM. Danyau et Cazeaux, membres de l'Académie de médecine, de MM. les docteurs Leclerc, Lamarre, Fournier, Comus, Firmin, Foucault, j'opérai cette malade à Saint-Germain, à quatre lieues de Paris. Je n'avais pas voulu l'opérer à Paris pour les raisons exposées plus haut.

Une incision faite sur la ligne médiane du nombril au pubis laissa écouler une partie du liquide renfermé dans le péritoine, et nous fit reconnaître que cette tumeur était compliquée d'un peu d'ascite. La tumeur, mise à découvert, examinée et palpée avec soin, offrit encore la sensation d'une fluctuation profonde.

Dans le but de rendre plus facile l'extraction de cette tumeur, qui remplissait toute la cavité abdominale, et croyant toujours être en présence d'un kyste multiloculaire, un gros trocart fut enfoncé dans le but de la vider du liquide qu'elle contenait; mais à notre grande surprise à tous, il ne sortit pas une goutte de liquide. La sensation que ma main avait éprouvée en enfonçant le trocart, fut celle qu'on éprouve lorsqu'on pénètre dans une tumeur dure, fibreuse, et cependant il nous semblait toujours ressentir à la palpation une fluctuation évidente et superficielle.

Supposant plusieurs loges dans cette tumeur et pensant que le trocart, qui était enfoncé profondément, avait traversé une de ces loges pour pénétrer ensuite dans un tissu compacte, je retirai peu à peu la canule du trocart, et aussitôt un flot de sang très-vif et très-rouge jaillit à pleine canule et avec une force telle qu'en moins d'une minute il s'en était écoulé plus de 600 grammes.

Dans l'espoir de mettre fin à cet écoulement sanguin, je retirai tout à fait la canule, et les doigts d'un aide fermèrent la piqûre du trocart, ce qui n'empêcha pas l'hémorrhagie de continuer. J'essayai de fermer cette piqûre du trocart en plaçant une ligature à l'aide d'un ténaculum, mais impossible d'y parvenir; le sang continua de couler; bien plus, les piqûres du ténaculum devinrent une nouvelle source d'hémorrhagie. Pour arrêter cet écoulement de sang, nous pensâmes que le moyen le plus prompt était de porter une ligature sur le pédicule de cette tumeur, et pour y arriver je m'empressai d'extraire

celle-ci; mais elle était si grosse qu'il fallut prolonger l'incision de 5 ou 6 centimètres au-dessus du nombril. J'essayai inutilement de faire sortir cette tumeur par la large ouverture que j'avais pratiquée; de fortes adhérences placées sur ses côtés et en arrière m'en empêchaient; j'essayai alors, avec la main d'abord, ensuite avec le manche d'un scalpel, de détruire ces adhérences, mais je ne pus y parvenir; il fallut recourir au bistouri et aux ciseaux; mais de tous les points où érignes ou crochets étaient placés dans cette tumeur, et où les adhérences avaient été rompues ou coupées, le sang coulait en abondance comme d'une véritable éponge. Pour tâcher de mettre fin à cette perte trop considérable de sang, je m'empressai de jeter une forte ligature sur la racine de cette tumeur, en la faisant soulever par des aides, après l'avoir fait sortir par l'incision abdominale; mais la base de cette tumeur était si large, plus large que la paume de la main, et formée par un tissu si dur, si compacte, que la ligature ne put la comprimer assez pour arrêter complétement l'écoulement du sang, qui se faisait également par les parois abdominales, dans les points où les adhérences avaient été détruites. Toute la partie de la tumeur placée au-dessus de la ligature fut excisée avec un bistouri. La base de cette tumeur était confondue avec les ligaments et l'ovaire gauche, de telle façon qu'il n'était plus possible de distinguer ces parties entre elles. C'était un tissu blanc jaunâtre, dur, lardacé, squirrheux, criant sous le scalpel, et le tissu qui formait la base de cette tumeur était si dur, si sécable, que plusieurs ligatures placées sur le moignon ou la base de cette tumeur ne purent arrêter complétement l'hémorrhagie. Si on les serrait trop, quoiqu'elles fussent très-grosses, elles coupaient le tissu; si on ne les serrait que médiocrement, l'hémorrhagie continuait.

D'autres ligatures furent appliquées dans les points où les adhérences avaient été coupées; mais, quoi qu'on pût faire, le sang ne cessa de couler en nappe et de sourdre de tous les côtés jusqu'à la mort de la malade, qui eut lieu quatre heures après l'opération. Une compression faite avec de l'agaric sur tous les points où la tumeur avait été excisée ne put parvenir à arrêter complétement l'écoulement du sang.

La tumeur enlevée était très-lourde relativement à son volume; elle pesait 11 kilogrammes et demi. Elle était ronde comme une boule, et avait deux fois le volume de la tête d'un adulte. Elle n'offrait de cavité dans aucun point de son étendue, et ne renfermait par conséquent aucun liquide. Elle était formée d'un tissu blanc jaunâtre, lardacé, dur comme le tissu fibreux et criant sous le scalpel : c'était du tissu squirrheux. Cette tumeur était entourée d'un réseau veineux très-dilaté, offrant des veines grosses comme le petit doigt. C'étaient ces veines qui avaient fourni si abondamment à l'écoulement du sang. La matrice, placée derrière le pubis, avait son volume ordinaire et ne paraissait pas participer à la maladie; les ligaments et l'ovaire droits paraissaient également sains.

M. GIRALDÈS. M. Baker-Brown opère ses malades dans une maison de santé établie dans d'excellentes conditions. Ce chirurgien a fait déjà un assez bon nombre d'opérations, et il a eu de bons résultats. Autrefois, M. Claye faisait une énorme incision allant presque de l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis. MM. Baker-Brown et Walls ont modifié le manuel opératoire; on en trouve tous les détails dans le livre des *Maladies chirurgicales chez les femmes*, par Baker-Brown. Mais il faut prendre garde aux statistiques. Les chirurgiens sont loin d'avoir toujours des succès, et il y a bien des revers. Il y a une quinzaine d'années, l'ovariotomie était pour ainsi dire de mode, et j'ai fait un relevé portant sur plus de 200 cas. Parmi ces opérations, il en est qui ont été pratiquées pour des tumeurs fibreuses de l'utérus; il en est qui ont été commencées sans pouvoir être terminées; enfin des chirurgiens ont quelquefois opéré des cas dans lesquels on aurait pu s'abstenir d'une pareille opération. Or il est à remarquer que ce sont ces dernières qui ont surtout été suivies de succès.

M. Giraldès insiste ensuite sur les résultats de l'opération césarienne à Paris, et sur les mauvaises conditions dans lesquelles on est placé relativement à celles que M. Baker-Brown trouve dans sa maison de santé.

M. HOUEL fait remarquer qu'il a été l'interprète de M. Nélaton dans cette communication, et il ne pensait pas qu'il s'élèverait de suite une discussion sur l'ovariotomie. Il ajoute que les chirurgiens anglais distinguent avec soin les diverses variétés de kystes, qu'ils n'opèrent que les kystes multiloculaires ou gélatineux; qu'ils s'abstiennent de toute ponction préalable pour éviter les adhérences consécutives. Il rappelle toutes les précautions qui sont prises pour éviter la sortie des intestins par la plaie, et l'écoulement du liquide dans la cavité péritonéale.

M. GIRALDÈS n'a porté d'accusation contre aucun chirurgien; mais il existe des pièces qui prouvent que des opérations ont été pratiquées dans des conditions où elles auraient pu être évitées.

M. BLOT. J'ai assisté à une opération d'ovariotomie pratiquée en 1849, à l'hôpital Cochin, par M. Maisonneuve. Cette opération était faite dans d'excellentes conditions, eu égard à la tumeur, à son volume, et à l'état général de la malade. C'était sur une religieuse de l'hôpital, qui voulait absolument être délivrée de sa tumeur. L'opération fut faite promptement, sans complications. La malade mourut dans la nuit suivante. Nous n'avons pu faire l'autopsie; mais en examinant la cavité abdominale par la plaie, nous n'avons trouvé aucune lésion qui pût expliquer une mort aussi rapide.

M. VERNEUIL. Depuis quelque temps, en France, on nous répète à satiété les statistiques des Anglais, des Américains, des Allemands. Il serait temps que l'on réduisît toutes ces assertions à leur juste valeur. En France, nous sommes sévères sur le diagnostic; nous n'opérons que quand l'opération est bien indiquée. A l'étranger, on enlève des kystes de l'ovaire qui n'exigent pas semblable opération; on résèque des têtes de fémur qui n'ont pas suppuré. Il serait temps vraiment que l'on sût à quoi s'en tenir. Sommes-nous inférieurs à nos voisins? Nos hôpitaux sont-ils plus insalubres? Cette question est déjà portée devant l'Académie, et j'espère qu'elle sera aussi discutée dans notre Société, car elle nous intéresse vivement.

M. CHASSAIGNAC. La présentation qui nous a été faite n'est pour nous qu'un renseignement, et ne renferme pas les éléments d'une discussion à laquelle nous ne sommes pas préparés. Je désire vous signaler un livre que j'ai reçu de M. Spencer Wells, et qui examine cette question à un point de vue très-net et très-précis. J'ajouterai que pour ma part j'ai renoncé à cette opération.

— La suite de la discussion sur les hernies ombilicales est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, E. BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le secrétaire de la Faculté de médecine n'ayant pas jugé convenable de nous communiquer le nombre des inscriptions prises cette année, nous sommes réduit à répéter le renseignement suivant, emprunté à la *Gazette hebdomadaire* :

« Le nombre des premières inscriptions prises cette année à la Faculté de médecine de Paris est de 369; c'est une augmentation notable sur les années précédentes. »

Nous devons faire remarquer seulement que l'augmentation annoncée est une erreur, puisque l'année dernière le nombre des élèves venus à Paris pour y suivre les cours était précisément aussi de 369.

Il se composait de 293 premières inscriptions, et de 76 élèves venant soit des écoles secondaires, soit des autres Facultés.

— Le journal *Montpellier médical* annonce que le nombre des premières inscriptions prises cette année-ci à la Faculté de médecine de cette ville est d'un tiers plus considérable que celles de l'année dernière; mais il n'indique pas ce nombre.

— La rentrée solennelle des Facultés et de l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier a eu lieu le 15 novembre, sous la présidence de M. Donné, recteur de l'Académie.

Voici les noms des lauréats de la Faculté de médecine :

1re année. Prix : M. Trélaün-Bascou. — Mention très-honorable : M. Carayon.

2e année. Mention honorable : M. Masse.

3e année. Prix : M. Coural. — 1re mention honorable : M. Sartre; 2e mention honorable : M. Blancard.

4e année. Prix : M. Grynfelt.

MM. les docteurs de Seynes, Chauvin, Chabrier et Dussaud, ont, sur la présentation de la Faculté, été désignés par S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique, comme ayant fait les thèses les plus remarquables pendant l'année 1859-60. M. de Seynes, placé en première ligne, a reçu une lettre directe de félicitations de la part du ministre. M. le recteur a été chargé de transmettre la décision ministérielle à MM. Chauvin, Chabrier et Bussaud.

— A la suite de divers concours qui ont eu lieu à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, ont été nommés : *Premier interne*, M. Gervais Koysiewicz; *internes*, MM. Kort, Ballias, Pujos, Mourié; *internes adjoints*, MM. Demons, Jaquemet, Addisson, Martin, de Lanessan, Mallet, Luyun, Le Gendre.

— La Société impériale de médecine de Bordeaux vient de procéder à ses élections.

Son bureau sera ainsi composé pour l'année 1862 :

Président, M. Eugène Soulé; *vice-président*, M. Charles Dubreuilh; *secrétaire général*, M. Dégranges; *trésorier*, M. E. Lafargue; *deuxième secrétaire*, M. Boursier; *troisième secrétaire*, M. Flornoy; *archiviste*, M. Montalier.

— Le 17 décembre 1861, s'ouvrira, à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, un concours pour quatre places d'internes.

— Un sculpteur très-distingué de Lyon, M. Guillaume Bonnet, vient de terminer la statue de son illustre homonyme. Le savant major de l'Hôtel-Dieu de Lyon est représenté debout, dans la pose de l'enseignement, la main droite étendue en signe d'affirmation, la gauche retenant sur sa poitrine les larges plis de sa toge professorale, admirablement drapée.

— La nouvelle *Pharmacopée britannique* s'achève maintenant et sera publiée au commencement de l'année prochaine. La rédaction de cette œuvre immense a occupé pendant plus de trois ans un comité de chimistes, de médecins et de pharmaciens. Ce n'a pas été trop de ce temps pour y comprendre toutes les formules utiles, pour en éliminer les recettes surannées, pour rectifier les erreurs qui s'étaient glissées dans l'édition précédente. Une correspondance active avec toutes les parties du Royaume-Uni a permis de donner à l'œuvre un caractère d'ensemble qui en fera le véritable représentant de l'état actuel de la pharmacie de la Grande-Bretagne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se lrouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par M. le docteur Félix ROUBAUD. 14e année 1862. Paris, 4 francs; par la poste, 5 francs. Adresser un mandat ou des timbres au directeur de la *France médicale*, 13, rue de la Monnaie, Paris. — Depuis quatorze ans qu'il est fondé, l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France* a rendu assez de services pour qu'il soit inutile de le recommander aujourd'hui à l'attention de nos confrères. Il n'est pas un praticien en France qui ne connaisse cet ouvrage important et sans concurrence, car les éditeurs s'imposent toute sorte de sacrifices pour le rendre aussi exact et aussi complet que possible.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. In-8°. Prix, 4 fr. Chez l'auteur, 14, rue de l'Échiquier, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par ...maine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.
Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. — Six mois. . 16 » — Un an. . . 30 »
POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 10 DÉCEMBRE 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

La régénération des os par le périoste est confirmée tous les jours par de nouveaux exemples, depuis qu'elle a été signalée d'une manière toute spéciale à l'attention des chirurgiens. M. le docteur Demeaux (de Puy-l'Evêque), dans une note que M. Velpeau a présentée en son nom à l'Académie, rapporte deux observations de régénération des os de la face par la membrane muqueuse périostique ; une portion de la lame osseuse de la voûte palatine détruite chez un sujet par la pression d'un polype fibreux, et chez l'autre par un coup de feu, a été régénérée dans les deux cas par la muqueuse périostique. On trouvera le détail de ces deux intéressantes observations dans le compte rendu de la séance.

M. le docteur Billod, poursuivant l'étude de cette variété la pellagre incidente des aliénés, dont il a signalé l'existence il y a quelques années, a communiqué dans cette séance un nouveau mémoire sur la marche de l'endémie pellagreuse à l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes, dans le cours de l'année 1861.

Nous signalerons, parmi les nombreux travaux relatifs aux sciences naturelles, une communication de M. Valenciennes sur un nouveau reptile voisin de l'ichthyosaure trouvé dans l'argile du kimmeridge du Havre ; un mémoire de M. Gervais (de Montpellier) sur les restes fossiles de vertébrés du midi de la France ; des recherches expérimentales d'organogénie et de physiologie végétale de M. Hétat, et une note de M. l'ingénieur François sur la composition chimique des eaux minérales de la Malou et sur la constitution géologique du sol d'où sourdent ces sources. — Dr BROCHIN.

DES PROJETS
RELATIFS A LA CONSTRUCTION PROCHAINE D'HOPITAUX D'ALIÉNÉS.

Par un arrêté en date du 27 décembre 1860, M. le préfet de la Seine a institué une commission dans le but d'étudier les mesures à prendre pour l'amélioration et la réforme du service des aliénés de ce département. Cette commission a fonctionné depuis un an avec le zèle le plus méritoire ; elle s'est entourée de tous les éléments possibles d'appréciation, a visité les hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre, l'asile d'Auxerre et la colonie de Fitz-James, succursale de l'asile de Clermont (Oise), puis a successivement mandé à sa barre les chefs de service et enregistré les avis de MM. Lélut, Moreau (de Tours), Baillarger, Trélat, Mitivié, Delasiauve et Marcé. Deux praticiens distingués de la province, MM. Renaudin et Dumesnil, ont été également admis à présenter des mémoires sur l'état de la question.

Les travaux de la commission sont clos depuis le 25 novembre dernier, et M. le sénateur Ferdinand Barrot vient de lire et de déposer son rapport. Cette œuvre de longue haleine est, nous assure-t-on, d'une remarquable précision, et nous croyons savoir que M. le préfet de la Seine, en ouvrant hier, 9 décembre, la session du Conseil général, a dû soumettre ce document aux membres de l'assemblée départementale, auxquels il appartient de statuer sur l'opportunité des réformes à opérer et sur l'ensemble des moyens proposés.

Si nos renseignements sont exacts, les conclusions de M. le rapporteur seraient les suivantes :

Création d'asiles spéciaux pour les aliénés du département de la Seine ;

Administration directe de ces asiles par l'autorité départementale ;

Un asile central, placé à Paris, où seraient admis tous les types d'aliénation mentale, mais principalement les cas de folie aigus et récents, et où serait organisé l'enseignement par la clinique ;

Bureau d'admission annexé à l'asile central pour la réception, l'examen et la répartition des individus réputés aliénés ;

Asiles extérieurs, situés hors de Paris, à des distances qui permettraient des rapports faciles entre les aliénés et leur famille ;

Asiles exclusivement affectés aux épileptiques aliénés et aux idiots ;

Construction d'asiles nouveaux dans un système qui permettrait de recevoir les aliénés des deux sexes, à la condition d'une séparation absolue entre eux ;

Construction d'établissements se rattachant aux asiles, mais en étant soigneusement séparés, et dans lesquels seraient reçus des pensionnaires à des prix déterminés ;

Direction des asiles pouvant réunir, s'il y a lieu, dans les mêmes mains, l'autorité administrative et l'autorité médicale ;

Application des aliénés à des travaux divers, et particulièrement aux travaux en plein air ;

Adoption, à l'égard des aliénés, du système des secours à domicile dans tous les cas où la résidence de l'aliéné dans sa famille ne présentera aucun danger pour la tranquillité publique.

Dans le cas où le Conseil général adopterait l'exposé de ces mesures, M. le préfet de la Seine aurait, assure-t-on, l'intention d'affecter, avec le concours des pouvoirs législatifs, une somme de dix millions restant disponible sur le compte de réserve de la Caisse de la boulangerie, à la dépense départementale nécessitée par l'organisation définitive du service des aliénés. On commencerait alors, et au printemps prochain, par exemple, la construction de l'Asile clinique dans l'enceinte même de Paris. Cet hôpital devrait renfermer six cents malades, serait dirigé par un administrateur choisi en dehors de la profession médicale, et le traitement des aliénés, aussi bien que l'enseignement des maladies mentales, serait confié « à des savants appartenant soit à l'Institut, soit à l'Académie de médecine, soit à la Faculté » ; chaque service serait limité et ne pourrait contenir plus de cent cinquante malades.

Aussitôt après l'achèvement et l'installation de l'asile clinique et du bureau central d'admission qui doit y être annexé, M. le préfet s'occuperait d'élever *extra muros* deux autres, puis quatre autres établissements susceptibles de recevoir chacun six cents aliénés ; leur administration serait remise aux mains d'un directeur-médecin auquel seraient interdits les soins d'une clientèle. Tous les *exilés* de la Seine seraient alors rappelés. Il va sans dire qu'après l'épuisement de la première mise de fonds dont on connaît la source, le conseil général serait appelé à faire directement les frais de ces importantes et utiles constructions, dont le chiffre total doit monter à dix-huit millions.

D'après M. Husson, directeur de l'Assistance publique, on pourrait prendre sur les centimes extraordinaires départementaux affectés aux routes une partie des ressources complémentaires.

Toutes les dispositions que nous venons d'énumérer ont été adoptées en grande partie d'après les vues administratives et les influents conseils de M. Girard de Cailleux, inspecteur général du service des aliénés de la Seine, qui a rempli les fonctions de secrétaire de la commission dont M. Ferdinand Barrot s'est fait l'éloquent rapporteur. Si notre honorable et savant confrère a réussi sur plus d'un point à faire partager les convictions qui l'animent à ses collègues de la commission, nous craignons qu'il n'ait pas en revanche rencontré sur d'autres une opposition assez vive. Rien n'est parfait ici-bas, et son plan d'ensemble n'est pas dépourvu, à notre avis, de quelques légères contradictions.

Nous ne voulons en aucune façon entamer une discussion avec M. Girard de Cailleux, mais qu'il nous permette cependant de lui demander quel intérêt la ville de Paris peut avoir à créer des quartiers de pensionnaires, et à faire, selon l'expression de M. Véron, « une rude concurrence aux maisons de santé » ? D'autre part, comment se fait-il que l'adoption à l'égard des aliénés du système de secours à domicile, soit proclamée précisément au moment où l'on songe à dépenser 18 millions pour leur construire des palais ? Pourquoi le chef d'un service d'aliénés ne devra-t-il être à Paris que médecin, alors que l'on demande si instamment qu'il soit directeur-médecin à Suresnes ou à Pantin ? Comment se fait-il, enfin, qu'il n'ait point été question de rétablir l'institution du concours, si propre cependant à donner à l'administration des médecins de talent ? Sans doute, cette dernière objection est facile à combattre, puisque l'Institut, l'Académie de médecine et la Faculté doivent fournir la pépinière d'aliénistes demandés ; mais que M. Girard de Cailleux ne continue pas à se faire illusion là-dessus : il serait obligé d'élever ses prétentions moins haut.

Ces critiques une fois faites, nous ne pouvons avoir que des

FEUILLETON.

Les végétaux ne décomposent pas complétement l'acide carbonique de l'air. — Comment on peut observer les polypes d'eau douce. — Un baromètre à eau. — Culture des champignons.

Un grand événement scientifique vient de signaler les dernières séances de l'Institut. M. Boussingault, reprenant l'œuvre du célèbre expérimentateur Th. de Saussure, renverse une des théories les plus nettement acceptées de la science botanique.

A cette question : Quel est le produit de l'action de la lumière sur les feuilles du végétal ? qui hésiterait à répondre aujourd'hui : Le gaz acide carbonique de l'air est décomposé, le carbone se fixe sur les tissus et l'oxygène se dégage ? Et chacun de se rappeler la spirituelle gravure par laquelle Grandville interprète dans *Jérôme Paturot* cette grande fonction des végétaux.

Mais n'est-ce pas le propre de la science de voir tomber le lendemain les théories les mieux fondées en apparence ? L'expérimentation habile, exacte, apporte son concours. On répète l'expérience, des savants de premier ordre conduisent les recherches. Le résultat d'un travail si sérieusement dirigé semble être hors de doute ; c'est un article de foi : toute une génération grandit avec la croyance. Puis... un jour arrive où l'œuvre du plus éminent physicien disparaît : tant l'homme se trompe facilement !

C'est l'histoire de Th. de Saussure et de M. Boussingault. Le célèbre Génevois avait institué, avec la plus grande rigueur, des expériences sur la respiration des végétaux. Laissant les feuilles à l'action de la lumière, il avait analysé l'air qui les entourait, et constaté la présence de l'oxygène et de l'azote. L'acide carbonique avait été décomposé entièrement.

De Saussure avait trouvé près de son oxygène un gaz complétement négatif ; il avait conclu à la présence de l'azote. C'était là que le savant se trompait. M. Boussingault, toujours avec la plus rigoureuse méthode, a démontré que ce gaz était non de l'azote, mais de l'oxyde de carbone, et une petite quantité d'hydrogène proto-carboné. Demain peut-être une nouvelle expérimentation changera-t-elle nos connaissances sur ce point !

En résumé, il nous faut changer la formule de l'action végétale sur l'air ambiant. Le mal serait peu grand si la découverte de M. Boussingault n'entraînait pas un grand trouble dans nos connaissances physiologiques.

Mais que deviennent les idées de Priestley et de M. Dumas ? L'hypothèse du célèbre chimiste anglais était si heureuse : « Les plantes ont la faculté de purifier l'air vicié par la combustion ou la respiration des végétaux. » Et notre grand chimiste français consacrant sous le titre de *Statique chimique* une leçon dans laquelle il accepte, amplifie et élève si haut l'équilibre de pondération entre les fonctions animales et végétales ! Au lieu du gaz vivifiant, c'est le gaz délétère que les plantes jettent à profusion dans notre atmosphère. Nous savons — le savons-nous ? — que la nuit, c'est-à-dire en dehors de l'influence de la lumière, les plantes changeaient d'action, et nous étions prévenus du danger de leurs émanations. Mais le jour rend aussi les plantes coupables d'empoisonnement. Que deviennent donc les vues si ingénieuses sur les procédés dont la nature se sert pour mettre le remède à côté du mal ?

Un dernier mot, mais dont la gravité mérite de fixer nos méditations. Si le gaz développé est de l'oxyde de carbone, n'avons-nous pas l'explication de l'insalubrité des marais ?

— M. Phipson, le savant correspondant du *Moniteur scientifique*, a étudié ces polypes d'eau douce que le nom de Trembley a rendus si célèbres. Il a rencontré bien des personnes désireuses de voir ces animaux, et comme il est difficile de faire de semblables recherches, il veut bien nous prendre par la main et nous livrer un procédé qui ne lui a jamais fait défaut.

Approchez-vous d'une flaque d'eau douce couverte de lentilles (*Lemna*), mettez dans votre flacon une poignée de ces *Lemna* et bouchez votre fiole. Placez-la sur la cheminée et faites bien attention au côté qui regarde la fenêtre de votre appartement. Il faut laisser le tout dans un repos absolu pendant plusieurs heures. Les lentilles gagnent la surface de l'eau en formant une nappe verte sous laquelle plongent leurs délicates racines blanches. Plus bas encore, l'eau est limpide comme du cristal ; on y voit nager quelques *Cyclopes*, des *Daphnia*, des *Eurycercus*, etc., — quelques petits *Naïs*, une ou deux larves de cousins et quelque insecte aquatique d'une taille plus grande qui se cache dans les débris au fond du vase.

Prenez maintenant votre loupe et explorez avec soin les parois du flacon qui regardent la fenêtre, — celles seulement sur lesquelles tombe la lumière du jour. — Vous apercevrez ici et là quelques petits amas gélatineux de l'exacte grandeur d'une tête d'épingle, fixés contre les parois du verre ; — d'autres de ces petits corps nagent avec leurs tentacules étendus dans l'eau à peu de distance des parois. Ce sont les Hydres. — Détachez-les habilement et placez-les dans un autre flacon pour les étudier plus à votre aise. Bientôt vous les verrez nager libres, étendre leurs tentacules, saisir les petits *Naïs* et les retenir quelques instants dans leur corps transparent pour les rejeter ensuite ; vous les verrez bourgeonner et produire de nouveaux Hydres, comme une rose produit par bourgeonnement de nouvelles roses, etc., etc.

sympathies pour les hommes qui songent à améliorer si sérieusement le sort de ces infortunés qui s'ignorent eux-mêmes.

Dr Legrand du Saulle.

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — M. Depaul.

Hydrocéphalie chez un enfant de cinq mois. — 1,800 grammes de liquide contenus dans les ventricules du cerveau.

L'enfant J. M. B..., né le 13 mai 1861, qui fait l'objet de cette observation, a été présenté le 1er octobre 1861 à la consultation de M. Marjolin.

On y recueille quelques notes qui nous sont transmises lors de son entrée à l'hospice des Enfants assistés.

La mère, âgée de vingt-sept ans, est mariée depuis quinze mois. Elle devint enceinte un mois et demi après son mariage.

C'était sa première grossesse.

Pendant les neuf mois sa santé fut très-bonne, bien qu'elle se fatiguât beaucoup à soigner son mari.

Le 11 mai, étant voisine du terme de sa grossesse, elle fut prise d'une série de symptômes alarmants.

Tout d'abord un œdème, qui débuta par les pieds, pour envahir tout le reste du corps. Il y eut un peu de céphalalgie. La jambe gauche fut prise d'une paralysie du mouvement. La vue se perdit d'une façon graduelle et rapide. La mémoire et les autres facultés intellectuelles s'affaiblirent, à tel point qu'elle restait étrangère à tout ce qui l'entourait.

A cette époque on lui pratiqua une saignée du bras, qui ne fut suivie d'aucune amélioration.

Le 13 mai, l'accouchement se fit d'une manière normale, et l'enfant parut bien portant et bien conformé.

Huit jours après, les divers symptômes que nous avons énoncés disparurent peu à peu; la vue revint graduellement. Pourtant cette femme prétend avoir encore aujourd'hui, 1er octobre, un léger brouillard devant les yeux. Ses urines ne renferment pas d'albumine, elle raconte alors qu'à la Charité, où elle se fit transporter après son accouchement, elle vit, comme on faisait la même expérience, un dépôt blanc au fond du verre à analyse.

L'enfant fut mis en nourrice et vu presque tous les jours. Au bout de six semaines, il eut une attaque d'éclampsie; on s'aperçut seulement alors que sa tête augmentait de volume. Depuis ce jour, l'accroissement s'est fait d'une manière graduelle.

Aujourd'hui, 1er octobre, il y a une disproportion énorme entre le volume du crâne et celui de la face. Les bosses frontales font une saillie un peu plus considérable que dans l'état normal; la voûte orbitaire est affaissée. Une portion de la peau de la face a gagné la région crânienne.

Par suite, les paupières supérieures sont portées en haut et restent immobiles. Les inférieures, remontées par leurs commissures, voient leurs bords libres décrire une courbe à concavité supérieure. Elles recouvrent complétement la pupille, dont la contractilité est affaiblie. Il y a un peu de strabisme convergent.

Le reste du corps de l'enfant est bien conformé, quoique amaigri. Les bras sont peu actifs; les jambes jouissent de mouvements plus marqués. La sensibilité générale est conservée.

La mensuration de la tête donne les mesures suivantes :

Diamètre antéro-postérieur.	0,20
— bipariétal.	0,17
— bifrontal.	0,11
De la racine du nez à la protubérance occipitale externe.	0,40
D'une apophyse mastoïde à l'autre, en passant par le sommet de la tête.	0,39
Circonférence au niveau des bosses frontales. . . .	0,53
Circonférence au niveau des conduits auditifs externes.	0,45
Taille de l'enfant. . . . . , ...	0,58

Le 21 octobre 1861, B... entre dans le service de M. Depaul.

Pendant les vingt et un jours qui se sont écoulés entre l'observation de M. Marjolin et la nôtre, la circonférence crânienne s'est accrue de 6 centimètres. Aussi tous les phénomènes déjà indiqués sont-ils beaucoup plus frappants.

Les cheveux sont éparpillés sur une large surface.

L'épiderme distendu s'est fendillé et se soulève en larges plaques. L'iris est entièrement caché sous la paupière inférieure. Les yeux restent toujours entr'ouverts; la conjonctive oculaire, exposée sans cesse au contact de l'air, s'est enflammée. Aussi ce qu'on aperçoit de la sclérotique se trouve baigné dans un muco-pus légèrement verdâtre. Ce muco-pus s'écoule sur les joues amaigries et excoriées.

Les lèvres entr'ouvertes se meuvent comme automatiquement.

Aussi cet enfant produit-il une des impressions les plus repoussantes et les plus pénibles que peut nous offrir le cadre nosologique.

En examinant la tête de plus près, on sent les fontanelles plus grandes que dans l'état normal; mais on ne peut percevoir la fluctuation, qui, suivant quelques auteurs, serait sensible dans les cas de cette nature.

Les os n'offrent pas de résistance; il est difficile de les limiter.

Notre petit malade ne présente pas de phénomènes généraux bien marqués. Il est très-amaigri; les bras et les jambes se meuvent avec lenteur. La sensibilité générale est conservée, en partie du moins, car des mouvements volontaires sont produits quand on la met en jeu. Autant qu'on en peut juger chez un enfant de cet âge, les facultés intellectuelles ne sont pas abolies, car les besoins sont indiqués par de petits cris, qui cessent dès qu'on les a satisfaits.

L'appétit est bon, et malgré l'allaitement artificiel, il n'y a ni diarrhée ni vomissement.

Les jours suivants nous observons un affaiblissement graduel. Puis surviennent du muguet, des vomissements, de la diarrhée.

Pas de phénomènes convulsifs.

Le 1er octobre, en soulevant la tête de l'enfant, on aperçoit, au niveau de la protubérance occipitale externe, une surface rouge, avec commencement de mortification à son centre.

Enfin, le 3 octobre, la mort survient à la suite de cet état cachectique, développé par le séjour dans nos salles et la mauvaise alimentation.

Mensuration de la tête.

Diamètre antéro-postérieur.	0,18
— bi-pariétal.	0,18
— bi-temporal	0,14
— sous-occipito-bregmatique.	0,18
— bi-mastoïdien.	0,175
— fronto-mentonnier.	0,095
— bi-malaire.	0,083
Circonférence au niveau des bosses frontales . .	0,59
Taille de l'enfant	0,67

Comme on le voit d'après ces chiffres, les grands diamètres, c'est-à-dire ceux qui passent par le centre du crâne, sont à peu près égaux. Il s'ensuit que la boîte crânienne est devenue sphérique. Ce phénomène doit être attribué à la distension régulière.

Autopsie trente-six heures après la mort. — Les enveloppes encéphaliques sont moins tendues que du vivant de l'enfant. La position déclive de la tête ne détermine pas leur tension.

M. Depaul procède à l'ouverture du crâne. Il pratique une incision circulaire au niveau des bosses frontales. Les os et la dure-mère coupés et rabattus nous laissent voir les circonvolutions cérébrales se moulant exactement sur les méninges, sans interposition de liquide. Nous avions donc affaire à une hydrocéphalie ventriculaire. En effet, l'ouverture des ventricules latéraux des deux côtés donne passage à une sérosité limpide et abondante.

L'importance de la matière nous conduit à décrire séparément et en détail les téguments, les os, les méninges, le cerveau, la moelle et le liquide intra-ventriculaire.

Téguments. — Le derme est aminci, la couche aréolaire n'est plus distincte.

Les muscles occipito-frontaux sont étalés de telle sorte que les faisceaux secondaires qui les constituent sont isolés les uns des autres.

Les os du crâne, soumis à la distension, se sont étendus, tandis que leur épaisseur a diminué. Peut-être est-elle plus considérable au niveau des points d'ossification primitifs; mais à mesure qu'on s'en éloigne, le tissu osseux se raréfie d'une manière irrégulière, de telle sorte que, dans certains endroits, il a plus d'un millimètre d'épaisseur, tandis que dans d'autres il y a déperdition complète. Sur le frontal et les deux pariétaux, on compte plus de quarante points de dimension et de figure variables, où l'absence de tissu osseux a laissé le péricrâne se mettre en rapport immédiat avec la dure-mère.

Plusieurs hypothèses s'offrent à l'esprit pour expliquer cette singulière disposition :

1° L'insuffisance du blastème d'ossification;

2° Le défaut de rapport entre la disposition osseuse et le développement des os;

3° La distension a été suffisante pour écarter dans ces points le tissu osseux déjà formé;

4° Avant la distension, ces trous existaient déjà; ils ont été seulement agrandis.

(Cette opinion s'appuie sur des faits observés par M. Depaul : chez certains enfants d'ailleurs bien constitués, les os du crâne présentent des trous comme faits à l'emporte-pièce.)

De ces quatre hypothèses, nous pouvons dès l'abord rejeter les deux premières; car les pertes de substance en question siégent à une faible distance des points d'ossification primitifs. Elles sont donc comprises dans le rayon d'un os normal. Des deux dernières, nous préférons celle qui considère cette disposition comme dépendante de causes mécaniques. Car, en y regardant de plus près, on voit des points où le tissu osseux est tellement aminci, que, au premier abord, il ne paraît pas exister; on voit aussi du côté de la fontanelle postérieure des portions de tissu osseux, détachées et entraînées dans l'espace cellulo-fibreux.

L'occipital n'a pas participé autant que les autres os au développement crânien.

Méninges encéphaliques. — La face externe de la dure-mère est devenue très-adhérente dans tous ces points avec les os et le tissu fibreux des fontanelles. La faux du cerveau a, sauf ses dimensions plus considérables, une disposition normale; elle n'a pas ces solutions de continuité qu'elle présente si fréquemment. La tente du cervelet ne présente non plus rien à noter.

La possibilité de détacher l'arachnoïde pariétale sur tous les points correspondant aux lobes cérébraux, la rend évidente dans ce cas pathologique et prouve son existence contestée dans les cas normaux. On peut en extraire des lambeaux continus de trois centimètres de côté, soit neuf centimètres de surface. Il nous semble que ce fait tranche la question d'une manière complète; car on ne peut pas faire intervenir ici une production pseudo-membraneuse, comme dans les cas d'hémorrhagie méningée.

Il n'y a pas d'adhérence entre l'arachnoïde pariétale et l'arachnoïde viscérale. Cette dernière pénètre entre les circonvolutions, qui sont aplaties les unes sur les autres, comme les feuillets d'un livre. Leurs bords libres, tranchants, s'appuient si exactement sur le dos des circonvolutions voisines, qu'au premier abord on dirait qu'elles se sont affaissées sur leur base.

Il n'y a pas de liquide dans les espaces sous-arachnoïdiens. Le système vasculaire de la pie-mère est assez développé. Par suite de l'allongement des troncs principaux, les branches collatérales naissent à une certaine distance les unes des autres.

Le cerveau forme une vaste poche à deux lobes; le cervelet n'a pas subi de modification apparente.

Le tissu nerveux du cerveau est ramolli dans toute sa masse; mais le travail pathologique a surtout porté sur la substance grise, qui se détache facilement de la blanche. Cette disposition, étudiée par M. Cruveilhier (*Anat. path.* 4e vol.), prouve que le ramollissement n'est pas dû à l'action du liquide ventriculaire. En effet, s'il en était ainsi, les couches les plus internes seraient les plus molles. Nous sommes bien plus portés à croire qu'il est dû à une compression prolongée, d'autant plus efficace que le tissu encéphalique est très-mou chez l'enfant, et que la substance grise, dépourvue de fibres nerveuses, se laisse plus facilement dissocier.

Les ventricules latéraux ne sont pas dilatés également dans tous leurs points. L'extrémité antérieure et l'étage inférieur ont une capacité très-grande, tandis que la cavité ancyroïde est à peine dilatée.

Aussi trouvons-nous 3 millimètres d'épaisseur pour les deux substances au niveau du lobe frontal, 1 millimètre seulement pour le lobe sphénoïdal, et 18 millimètres pour le lobe occipital.

Le *septum lucidum* est détruit. Etablie de cette façon, l'ouverture qui fait communiquer directement les deux ventricules latéraux a même été beaucoup augmentée, car le trigone cérébral est entièrement séparé du corps calleux, qui, étiré, aminci, a une largeur de plusieurs centimètres.

Les ventricules latéraux communiquent encore indirectement par le troisième, car les trous de Monro sont élargis de telle sorte qu'on y passe deux doigts.

Le troisième ventricule aussi a été distendu, et sur son plancher aminci on voit l'infundibulum formant une poche qui comble l'espace sous-arachnoïdien antérieur.

Cette action de la lumière sur les Hydres est très-curieuse. La lumière les attire tous de ce côté du vase où vous les avez pris; et pourtant où sont les organes sur lesquels agit cette lumière? C'est là une question impossible à résoudre!

Du temps de Trembley on connaissait une ou tout au plus deux espèces, l'*Hydra viridis* et l'*Hydra fusca,* dont l'un est vert et l'autre brun. Plus tard, on a trouvé une troisième espèce qui est grise, et que l'on a nommée *Hydra grisea.* Dans ces derniers temps, nous avons vu à Bruxelles une espèce rouge-brun qui semble se fixer de préférence sur le bois mort qui flotte sur les eaux dormantes. Cette même espèce rouge a été dernièrement revue en Angleterre par un naturaliste fort habile, M. Lecois, qui l'a décrite sous le nom d'*Hydra rubra.* Cet auteur fait remarquer que l'on n'en trouve aucune mention dans les ouvrages de zoologie, mais que l'*Hydra rubra* fut cependant découvert en Angleterre, il y a trente ans, par le docteur Gray. Voilà donc quatre espèces d'Hydres! Mais sont-ce bien des espèces ou des variétés d'un même animal?

En usant des précautions que nous venons d'exposer, l'observateur pourra suivre les développements si curieux de cette *bourse* à tentacules, chez laquelle on ne voit ni yeux, ni bouche, ni ganglions, ni nerfs. Quant à reproduire les expériences de Trembley, qui, au dire d'un membre de la Société royale de Londres, avait pu retourner le corps de ce polype comme nous retournons une chaussette, de telle sorte que l'intérieur de son corps devint l'extérieur, et l'extérieur l'intérieur, sans nuire à leur développement et multiplication, » nous laissons cette ambition aux naturalistes de profession.

— Si nous voulons assister encore à un spectacle curieux, franchissons le détroit, et rendons-nous au palais de Sydenham.

C'est là que se trouve exposé un baromètre à eau : nous voici transportés au temps de Pascal. L'histoire de ce baromètre a peu d'intérêt, le fait de son installation n'a rien présenté d'exceptionnel; mais c'est son remplissage qui mérite de fixer notre attention.

Pour le mettre en place, on avait dû le vider. Une fois établi dans l'endroit où il restera exposé, on a commencé l'opération du remplissage. L'eau doit être privée d'air. On a donc mis en ébullition l'eau de la cuvette : la vapeur a bientôt rempli le tube. Cette vapeur a été pendant quelque temps abandonnée à elle-même; puis, lorsque, par son passage prolongé par le tube, on a été assuré qu'il ne restait plus trace d'air, la partie supérieure du tube a été close par un robinet fermant hermétiquement. On vit alors l'eau monter dans le tube et s'arrêter à cette limite fameuse de *trente-deux* pieds. Approché de cette colonne d'eau, un excellent thermomètre à mercure a démontré l'exacte concordance entre l'indication des deux instruments.

— Il est peu de végétaux plus justement appréciés et recherchés pour leur finesse que les champignons. La France, et surtout Paris, en fait annuellement une énorme consommation. La prudence elle-même cède trop souvent le pas à la passion du gastronome. On ne saurait donc trop applaudir aux efforts des personnes qui cherchent à diminuer le nombre des accidents.

Autant on doit prendre de précautions contre les champignons cueillis dans les bois, autant on doit encourager l'étude de ces champignons de couche, véritables champignons artificiels.

Un de nos confrères, M. Labourdette est arrivé à obtenir des champignons d'une grosseur prodigieuse. Son procédé est simple, et sa communication à l'Académie des sciences nous permet de le mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Sur une plaque de verre recouverte de sable humecté d'eau, il dépose des spores de champignons. Celles-ci se développent et donnent naissance à de beaux produits; c'est avec leur mycélium ou partie blanche que M. Labourdette obtiendra les champignons dont le volume est si curieux.

Ce mycélium n'est pas abandonné dans le sable humide. Il faut lui préparer un terrain artificiel d'une épaisseur de 40 centimètres, se dédoublant en une couche de 0,25 d'épaisseur de sable et gravier de rivière, et d'une autre couche de 0,15 d'épaisseur, formée de plâtras de démolition. C'est dans la première couche de ce terrain que le mycélium est déposé; mais il demande alors un arrosage particulier; de l'eau contenant de l'azotate de potasse, de manière à distribuer 2 grammes de ce sel par mètre carré de surface du sol.

Au bout de six jours, les champignons sont développés, et l'action du salpêtre continue son action pendant six années.

Cette nouvelle doit intéresser un grand nombre de lecteurs, et nous les convions à répéter et faire répéter cette expérience. Dr E. Renaud.

L'aqueduc de Sylvius a été dilaté ; son calibre est d'un diamètre de 6 à 7 centimètres.

Malgré cette large communication, les parois du quatrième ventricule n'ont pas été déjetées dans tous les points.

La valvule de Vieussens seule a cédé, et le liquide, en refoulant cette portion de la face inférieure du cervelet, où sont compris le vermis supérieur, la luette et les valvules de Tarin, s'est creusé une cavité de plusieurs centimètres cubes. Les lamelles fibrineuses, plus denses que d'ordinaire, qui forment les côtés inférieurs du losange figuré par ce ventricule, ont résisté à la pression.

On comprend dès lors comment le liquide ventriculaire n'a pu pénétrer dans l'espace sous-arachnoïdien postérieur.

L'isthme de l'encéphale ne présente pas de modifications.

Les méninges rachidiennes sont normales, et le canal vertébral ne renferme pas de liquide en quantité notable.

Des coupes transversales de la moelle montrent sa structure ordinaire.

Le liquide ventriculaire, recueilli et pesé avec soin, nous donne un poids de 1,800 grammes. La chaleur et l'acide azotique y révèlent une notable quantité d'albumine.

Au bout de vingt-quatre heures, dans le grand vase où nous l'avions mis, ce liquide s'est séparé en deux couches. La couche supérieure est d'une limpidité parfaite ; l'inférieure, légèrement opaline, présente une coloration rouge très-marquée et n'occupe que la vingtième partie de la hauteur du vase.

Le microscope nous révèle sa composition en nous montrant des globules rouges de sang, les uns circulaires, les autres déchiquetés sur leurs bords.

On voit encore dans la préparation quelques cristaux et débris de cristaux rhomboédriques teintés de rouge. Ce sont là les caractères de l'hématoïdine.

Tous les organes de notre sujet ont été étudiés. Nous n'avons rien trouvé dans le cœur et les gros vaisseaux.

L'urine renfermée dans la vessie contenait de l'albumine.

HOPITAL SAINT-LOUIS.

Traitement des hernies par l'application d'un topique et d'un bandage appropriés.

Nous avons exposé il y a quelque temps le mode de traitement curatif des hernies que M. Le Belleguie, orthopédiste de l'administration de l'Assistance publique, a été autorisé à expérimenter dans plusieurs hôpitaux, sous la surveillance des chefs de service.

Voici la relation de deux faits recueillis à l'hôpital Saint-Louis, dans les services de MM. Denonvilliers et Richet, et dont nous n'avons fait qu'énoncer seulement le résultat dans l'article précité.

Obs. I. — Le nommé B... (Jules), âgé de vingt-deux ans, ouvrier mécanicien, demeurant rue du Faubourg-du-Temple, 117, à Paris, est entré le 25 septembre 1860 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Denonvilliers, salle Saint-Augustin, n° 84, pour y être traité, sous les yeux de ce chirurgien, par M. Le Belleguie, d'une hernie inguinale du côté droit qu'il portait depuis l'âge de quatorze ans, c'est-à-dire depuis huit ans, et qui l'a fait réformer du service militaire en 1858. La hernie que portait ce jeune homme était scrotale et du volume du poing ; l'anneau inguinal laissait pénétrer l'extrémité du doigt indicateur ; le testicule du côté correspondant était atrophié et réduit d'un bon tiers de son volume normal. Le traitement a consisté dans l'application constante d'un bandage fort, bien surveillé, et dont la pelote est modifiée suivant les indications, ainsi que dans l'application d'un topique adhésif sur la peau qui couvre l'anneau et le canal inguinal.

Lorsque le malade est sorti le 16 janvier 1861, l'anneau était resserré, et la hernie ne ressortait pas sous l'influence de la toux et des efforts.

M. Denonvilliers a revu le malade le 26 février, et il était dans le même état. A ne considérer que l'état présent, dit M. Denonvilliers, on pouvait donc déclarer ce jeune homme guéri ; mais cette guérison se maintiendra-t-elle ? la guérison sera-t-elle radicale ? Il y a lieu de l'espérer toutefois ; le temps seul et l'observation ultérieure du malade pourront donner toute certitude à cet égard.

Obs. II. — Le nommé A... (Jean-Léon), âgé de vingt-sept ans, ouvrier menuisier, est entré le 1[er] août 1860 dans le service de M. Richet, pour y être traité d'une hernie inguinale droite, avec dilatation de l'anneau inguinal externe. Le traitement a été fait par M. Le Belleguie, sous la surveillance de M. Richet. Ce malade est sorti de l'hôpital le 7 janvier 1861, après cinq mois de traitement.

A sa sortie, la hernie ne se reproduisait plus, soit pendant les efforts, soit pendant la toux, et le malade pourrait être considéré comme guéri, au moins *temporairement*.

Dans l'opinion de M. Richet, cette guérison est due à l'application nuit et jour d'un bandage herniaire parfaitement construit et surveillé.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 décembre 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination de la commission qui sera chargée de proposer une question pour sujet du prix Bordin de 1863 (sciences naturelles).

MM. Milne-Edwards, Flourens, Brongniart, de Quatrefages et Coste réunissent la majorité des suffrages.

Régénération des os de la face par la membrane muqueuse périostique. — M. Velpeau présente, au nom de M. le docteur Demeaux (de Puy-l'Évêque) la note suivante :)

La régénération des os par le périoste signalée par M. le professeur Flourens il y a déjà quelques années, a été confirmée depuis par des faits nombreux, par des expériences multiples et variées. La découverte a donné lieu à des inductions pathologiques d'une haute importance, et dont la chirurgie pratique est appelée à retirer de grands avantages. Intéressant à un si haut degré la chirurgie militaire, ce sujet ne pouvait manquer d'exciter la sollicitude de l'Empereur, et cet auguste patronage est le garant de progrès rapides déjà réalisés d'ailleurs par les belles opérations et les admirables résultats obtenus et publiés par MM. Sédillot, Maisonneuve et autres. A mon tour, je viens apporter mon petit contingent, qui, je l'espère, ne sera pas dépourvu d'utilité. Il s'agit de deux cas de régénération d'une portion de la lame osseuse de la voûte palatine par la membrane muqueuse périostique.

Les faits de M. Maisonneuve démontrent qu'on peut enlever la presque totalité d'un os long, à la condition de conserver le périoste, avec la certitude de le voir se reproduire pour ainsi dire avec les dimensions normales. Ceux que je publie aujourd'hui démontrent qu'on peut enlever une portion des os de la face, à la condition de conserver la membrane muqueuse périostique, avec la certitude de voir cette portion d'os se reproduire. On comprend combien cette circonstance peut trouver d'applications utiles dans les opérations nombreuses et variées qui se pratiquent sur cette région du corps.

Régénération par la membrane muqueuse périostique d'une portion de la lame osseuse de la voûte palatine détruite par la pression d'un polype fibreux. — Le nommé D..., âgé de vingt-deux ans, portait en 1855 un polype naso-pharyngien volumineux qui avait produit sur la face de graves désordres, et entre autres la destruction d'une portion de la lame osseuse de la voûte palatine du côté correspondant. De sorte que la tumeur proéminait dans la bouche, où on pouvait constater avec la plus grande facilité que le tissu morbide n'était recouvert que par la muqueuse buccale même amincie. Après l'extirpation de la tumeur, l'absence de la lame osseuse put être constatée avec plus de précision ; on pouvait pour ainsi dire mesurer la surface vide, et approximativement on pouvait établir qu'il existait une perte de substance osseuse de 15 millimètres carrés environ. La membrane muqueuse elle-même paraissait amincie, mais n'était pas perforée. Ce jeune homme est revenu me trouver six ans plus tard, et j'ai pu m'assurer que la voûte palatine était revenue à son état normal ; la perte de substance était réparée ; on ne remarquait plus aucune trace de la lésion que j'avais signalée en 1855.

Régénération par la muqueuse périostique de la moitié gauche de la lame osseuse de la voûte palatine, chez un jeune soldat de l'armée d'Italie. — Au mois d'octobre 1859, un jeune soldat de l'armée d'Italie rentrait dans ses foyers, après un long séjour dans les hôpitaux militaires. Pendant la journée de Solferino, ce jeune homme reçut un coup de feu qui lui fracassa le maxillaire supérieur du côté gauche ; cette blessure donna lieu à de graves désordres. Lorsque ce jeune homme rentra dans son pays, il vint me voir, plutôt comme voisin que comme malade, il me fit le récit de ses malheurs, et je fus moi-même curieux d'en examiner les conséquences. J'appris d'abord que le lendemain de la blessure on avait extrait le projectile, un grand nombre de fragments d'os de différentes dimensions, trois grosses dents avec une partie de l'os maxillaire qui les supportait. Au milieu de ces lésions, je pus constater un fait qui me frappa plus que tous les autres. La moitié environ de la voûte palatine était dépourvue de lame osseuse. La fosse nasale du côté gauche n'était séparée de la cavité buccale que par une cloison membraneuse au moins dans les deux tiers de son étendue, et cette mobilité, ou plutôt ce défaut de résistance de cette portion du palais, apportait un trouble notable à la phonation et à la déglutition.

Dans le courant de l'été de 1860, j'eus occasion de revoir ce jeune homme et de l'examiner, et je pus m'assurer que la lame osseuse de la voûte palatine s'était reproduite dans toute son étendue, quoique moins régulière pourtant que dans l'état normal. Je fus vraiment surpris de l'état dans lequel je trouvai le maxillaire supérieur, et je reste convaincu que la réparation de la voûte palatine n'est pas le phénomène de régénération osseuse le plus remarquable qui se soit produit chez ce jeune homme. Du reste la régénération de la lame osseuse de la voûte palatine a eu pour résultat d'améliorer d'une manière très-sensible les fonctions compromises par le premier état.

(Réservé pour la future commission du prix concernant la régénération des os par le périoste).

— M. Mathieu (de la Drôme) présente un mémoire ayant pour titre : *Le bain au point de vue médical.* (Renvoi à l'examen de M. Rayer.)

— M. le Secrétaire perpétuel signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, un ouvrage et deux opuscules écrits en allemand par M. Semmelweis, professeur d'accouchement à Pesth, sur la fièvre puerpérale, sur ses causes et sur les moyens qu'on peut employer pour prévenir ou pour combattre cette affection redoutable.

M. Bernard est invité à prendre connaissance de ces opuscules, pour en faire, s'il y a lieu, l'objet d'un rapport verbal.

Et un ouvrage italien de M. F. Attardi, intitulé *Théorie de la vie.* (Renvoi à M. Andral, avec invitation d'en faire, s'il y a lieu, l'objet d'un rapport verbal.)

Endémie pellagreuse. — M. Billod communique un mémoire intitulé *Marche de l'endémie pellagreuse à l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire dans le cours de l'année 1861.*

Ce mémoire, dit l'auteur, fait suite à des travaux que j'ai eu l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie : j'y poursuis l'étude d'un fait sur lequel j'ai pour la première fois appelé l'attention il y a huit ans, à savoir ; l'existence dans des établissements où elle n'avait pas été soupçonnée, d'une affection incidente à l'aliénation mentale et présentant tous les caractères de la pellagre.

L'aliénation mentale est toujours préexistante chez les malades de l'asile de Sainte-Gemmes, et ne revêt aucun des caractères assignés à la folie pellagreuse. Elle se montre toujours isolée des autres symptômes nerveux les plus ordinaires de pellagre, par exemple, de ce sentiment de faiblesse dans les extrémités inférieures que les médecins italiens expriment par le mot *debolezza*.

Considérant d'ailleurs que parmi les conditions de l'asile de Sainte-Gemmes il n'y en avait qu'une qui ne lui fût pas commune avec celles des villages environnants, où la pellagre est absolument inconnue, et que cette condition n'est autre que l'aliénation mentale elle-même, je me suis trouvé conduit à lui faire jouer un rôle dans l'étiologie de la pellagre, et ainsi à considérer cette dernière affection, dans les conditions où je l'observe, comme une variété propre aux aliénés, variété dont le caractère essentiel serait d'être consécutive à l'aliénation mentale, au lieu de lui être préexistante.

L'auteur joint à son mémoire deux photographies représentant, l'une les mains d'un pellagreux de l'asile de Sainte-Gemmes, et l'autre la main d'une des pellagreuses qu'il a récemment observées au grand hôpital de Milan.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 octobre 1861. — Présidence de M. Dupertuis.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. Mallez lit un rapport sur un travail de M. le docteur Dehoux (d'Haïti), intitulé : *Essai sur le mouvement organique et la synthèse animale* ; et sur la demande du titre de membre correspondant adressée par ce médecin.

Les conclusions étant favorables, M. Dehoux est nommé, au scrutin, membre correspondant.

Des grossesses retardées. Céphalotripsie dans deux cas où l'on aurait pu l'éviter en provoquant l'accouchement au terme de neuf mois. — M. Mattei. Dans ces deux derniers mois j'ai eu lieu de voir divers cas de grossesse retardée, parmi lesquels deux ont nécessité la céphalotripsie.

Ces grossesses sont plus fréquentes qu'on ne le pense, et elles ont lieu précisément là où l'on aurait besoin de faire des accouchements prématurés. Elles se présentent souvent, en effet, chez des femmes dont le bassin est rétréci, et comme le fœtus acquiert du volume en proportion du temps, il s'ensuit que plus on s'éloigne du terme, et plus les conditions de l'accouchement deviennent fâcheuses.

Le mécanisme de l'accouchement retardé n'a pas encore été expliqué d'une manière satisfaisante. Voici comment je le comprends :

Dans les premiers mois de la grossesse, c'est le fond de l'utérus qui se développe et gagne de plus en plus les régions supérieures de l'abdomen. Pendant ce temps, le segment inférieur de la matrice reste appuyé sur le plancher et conserve beaucoup d'épaisseur. Une fois que l'utérus gravide est monté en entier dans la cavité abdominale, c'est l'effet inverse qui a lieu.

Les viscères que la matrice a dû déplacer, les parois abdominales qu'elles a dû distendre, finissent par réagir, et comme à ce moment le segment inférieur de l'utérus ne reçoit d'appui que sur le détroit supérieur, ce segment utérin supporte à lui seul le poids de l'œuf et les efforts de réaction dont j'ai parlé il y a un instant. Aussi cette partie de la matrice s'évase, non en se développant comme l'avait fait le fond de l'organe et comme on l'a dit depuis quelques années ; elle s'évase en s'amincissant ; et le ramollissement, l'effacement et la dilatation du col qu'on observe dans les derniers jours de la grossesse, dépendent aussi de la même cause.

Lorsque ces modifications ont lieu et que la neuvième époque cataméniale après la fécondation arrive, la congestion utérine réveille les contractions ; et comme le segment inférieur et le col sont préparés, l'expulsion de l'œuf en est la conséquence. C'est le terme ordinaire de la grossesse.

Lorsqu'au contraire la tête de l'enfant, soit par un vice de conformation du bassin ou toute autre cause, n'a pas pu siéger commodément sur le détroit, et que la préparation du segment inférieur de l'utérus et du col n'ont pu avoir lieu, alors, au moment de la neuvième époque cataméniale, on voit les contractions commencer, mais le travail n'aboutit pas. Les efforts utérins réussissent à peine à faire effacer et entr'ouvrir le col, il n'y a pas d'engagement ; aussi la congestion cataméniale passe, et l'accouchement n'a pas lieu.

La grossesse se prolonge alors au delà du terme et elle peut aller à la dixième époque cataméniale ; quelquefois elle s'arrête à une demi-époque ; mais lorsque le travail finit par se déclarer, l'enfant a acquis des proportions toujours plus fortes qu'au terme de la neuvième époque cataméniale.

Il peut se faire alors que, l'art venant en aide à la nature, on parvienne à extraire l'enfant ; mais souvent il naîtra mort ou il faudra le mutiler, tant il est volumineux. C'est ce qui est arrivé dans les deux cas que j'indiquais et dont voici le résumé :

Le premier est celui d'une femme âgée de trente-deux ans, ayant eu un premier accouchement pénible ; mais son médecin traitant M. Chazal, a pu le terminer par une application de forceps et amener un enfant vivant.

A une deuxième grossesse cette femme a accouché spontanément après vingt-quatre heures de travail, mais elle a mis au monde une fille petite et malingre.

Elle a vu apparaître une dernière fois ses règles du 18 au 20 novembre 1860, et devait par conséquent accoucher du 18 au 20 du mois d'août ; mais rien n'est arrivé à cette époque. Pendant cette grossesse, la malade a acquis même plus de santé et d'embonpoint qu'aux précédentes, et s'est très-bien nourrie.

Arrivée au terme voulu, elle a bien ressenti quelque chose comme si l'accouchement allait venir ; mais bientôt tout a été suspendu, et le vrai travail est arrivé seulement le 14 septembre, presque un mois plus tard.

M. Chazal, après avoir attendu trente-six heures sans voir la tête s'engager à travers le détroit supérieur, a essayé une application de forceps, mais sans résultat ; c'est alors qu'il m'a fait appeler et que j'ai été obligé de faire la céphalotripsie. L'enfant pèse 4,500 grammes. La femme s'est très-bien rétablie.

Le deuxième cas est celui d'une femme âgée de quarante-trois ans, qui avait eu déjà six accouchements, toujours longs et pénibles, et dont quelques-uns ont nécessité l'application du forceps.

Elle avait eu ses règles pour la dernière fois du 28 au 30 novembre, et dans cette septième grossesse elle a été très-souffrante. Elle devait accoucher dans les deux derniers jours du mois d'août 1861 ; mais cette époque est passée, et le travail ne s'est déclaré que le 19 septembre, c'est-à-dire presque un mois plus tard.

La sage-femme qui assistait à l'accouchement, voyant le travail se prolonger sans résultat, a fait appeler M. Pagès, médecin de la malade, et celui-ci, après avoir tenté en vain de faire une application de forceps sur le détroit supérieur, m'a fait prier de voir cette femme.

Dans ce cas, comme dans le précédent, le détroit supérieur du bassin ayant au minimum 8 centimètres et demi, l'accouchement aurait été possible à terme en faisant une application de forceps ; mais la grossesse retardée fait que la tête du fœtus était disproportionnée, et encore ici il m'a fallu faire la céphalotripsie. Dans les deux cas, du reste, l'enfant ne donnait plus signe de vie. Le volume de ce dernier était de 4,450 grammes. La femme s'est très-bien rétablie.

Voilà deux cas où la provocation du travail à terme aurait fait obtenir assurément deux enfants vivants.

M. DUHAMEL. Je partage complétement les idées de M. Mattei. Il y a quelque temps, j'ai été appelé chez une femme ayant eu déjà cinq enfants venus tous à terme et sans accident. Elle accouchait de son sixième enfant, qui, selon les calculs de la femme, aurait dépassé le terme de neuf mois. Pour finir l'accouchement, j'ai dû appliquer le forceps au détroit supérieur; l'extraction fut pénible, et l'enfant eut un enfoncement du crâne, qui disparut du reste après quelques jours.

M. DUPERTUIS. J'ai été appelé, il y a quelques jours, par une femme qui depuis un mois devait accoucher. Cette femme était rachitique; la poche des eaux était percée depuis trois jours. Il était survenu alors une chute du cordon, qui nécessita la version. On parvint assez facilement à extraire le corps, mais sans pouvoir, malgré de grands efforts, dégager la tête. Cette femme avait été assistée jusque-là par une sage-femme et un médecin, qui me firent appeler. Je constatai une saillie considérable de l'angle sacro-vertébral. J'exerçai des tractions soit avec les doigts, soit avec le crochet du forceps sur la mâchoire inférieure, mais sans succès. Je dus alors introduire la pointe du forceps dans le crâne, le vider en partie, et c'est alors seulement que la tête put sortir.

Les bains électro-chimiques du docteur Caplin, de Londres. — M. CARON. Dans un voyage que j'ai fait en Angleterre en septembre dernier, j'ai trouvé l'occasion de mettre à profit les bains hydro-électriques du docteur Caplin (de Londres). Déjà, en 1860, j'avais visité son établissement; mais le temps m'avait manqué pour me soumettre à leur application. Cette fois j'ai pu les essayer, et je vais tâcher de rendre compte des sensations qu'ils m'ont fait éprouver.

Après quelques jours d'une marche forcée dans la ville, je fus, le troisième jour, affecté d'une de ces courbatures générales dont les effets les plus caractéristiques se manifestent précisément sur les muscles de la région lombo-sacrée; de plus, je souffrais d'une céphalalgie intense avec nausées, inappétence et grand abattement.

Il était quatre heures et demie. Le confrère me voyant ainsi affecté, insista tellement qu'il me décida à me mettre immédiatement au bain. Je me plaçai dans une baignoire en cuivre, suffisamment spacieuse pour que mon corps, reposant tout entier sur un fond sanglé, les pieds et la tête arc-boutant sur des accotoirs favorablement disposés, je ne touchais la baignoire en aucun point; celle-ci, parfaitement décapée, offrait un brillant parfait. L'eau, de la plus complète limpidité, présentait une réaction acide sensible.

Aussitôt plongé dans l'eau, je saisis des deux mains préalablement mouillées le pôle positif d'une pile de Bunsen, de cinq éléments; tandis que le pôle négatif était en communication directe avec l'extrémité opposée de la baignoire, qui, elle, supportée sur des châssis en bois, était par conséquent en communication directe avec le sol: de cette façon, le courant électrique, fort intense, parcourait nécessairement la totalité de mon corps.

Voici l'ordre dans lequel se succédèrent mes impressions:

Aussitôt que j'eus saisi dans les mains le pôle positif de la pile, je ressentis dans les deux mains quelques faibles secousses qui n'eurent rien de désagréable. Je sentis en même temps disparaître comme par enchantement ces douleurs lombaires et céphaliques dont je signalais tout à l'heure l'incommodité. Je dois de plus ajouter que la fatigue se dissipait comme si on la soutirait. La chaleur assez élevée du bain ne laissait pas que d'être désagréable; mais comme le confrère me disait y attacher une certaine importance, je m'armai de patience et de résignation. J'arrivai ainsi à demeurer dans ce bain trois quarts d'heure, pendant lesquels je n'éprouvai d'autre gêne que celle de l'élévation de la température du liquide, et, d'autre part, une cuisson fort intense des espaces interdigitaux de chaque pied, alors affectés d'un érythème intertrigo d'autant plus intense, que depuis plusieurs jours je m'étais livré à une marche plus continue et sous l'influence d'une température assez élevée.

Cette sensation des parties érythémateuses devint même tellement cuisante que j'allais demander grâce; alors le docteur Caplin, voyant mon énervement atteindre son plus haut degré, me conseilla de quitter l'armature et de sortir du bain.

Je dois ajouter que pendant mon séjour dans ce bain et sous l'influence de ce courant électrique intense, je jouissais d'une sorte de bien-être qu'aucun bain ordinaire ou médicinal n'a jamais produit dans cette circonstance. J'ai été frappé de l'abondance constante de la salive coulant dans la bouche avec sa déglutition facile et agréable, ce qui faisait contraste avec ce que produisent ordinairement les bains simples, alcalins ou autres, qui généralement procurent une altération assez fatigante.

Pendant mon séjour dans le bain, M. Caplin promenait à la surface de mon corps une lame de cuivre parfaitement décapée, séparait de la surface de ma peau une sorte de matière pulvérulente qui s'élevait en forme de trombe jusqu'à la surface du liquide, où elle disparaissait sans résidu apparent. Nul doute que ce fût de l'oxygène et de l'hydrogène décomposés par le courant électrique circulant d'un point à l'autre de mon individu et se séparant du tégument comme l'acide carbonique en excès dans les vases siphoïdes.

Au sortir du bain, j'étais en complete transpiration forcée; je continuai à transpirer, malgré les serviettes chaudes, au moins pendant un bon quart d'heure, après quoi je me trouvai dans un état des plus satisfaisants, ne me ressentant plus de fatigue, de lumbago, ni de la cuisson interdigitale des orteils.

Pendant que je faisais ma toilette, on laissa s'écouler l'eau de la baignoire; c'est là que se manifesta ma véritable surprise. En effet, la surface décapée de la baignoire était totalement transformée; à partir de la ligne de flotaison et à la hauteur de 3 à 5 centimètres, il existait sur les parois de la baignoire légèrement ternies une ligne circulaire de produit graisseux épidermique assez abondant, comme on l'observe dans les baignoires ordinaires à la suite des grands bains de propreté.

Puis la face interne de la baignoire offrait une teinte noirâtre, irisée, fort intense, qui s'affaiblissait en gagnant le fond de la baignoire jusqu'au niveau du fond sanglé. Au-dessous de ce fond sanglé, analogue à celui des lits de sangle, la baignoire offrait un aspect tout particulier fort intéressant à décrire: les intervalles de chaque sangle étaient littéralement daguerréotypés sur le fond de la baignoire, et la coloration brune ainsi caractérisée allait en s'affaiblissant de la tête aux pieds de la baignoire. Au centre du quadrilatère représentant le carré de la sangle, il existait des globules métalliques variables en grosseur, d'un aspect blanc, qui, lorsqu'on les étendait avec le doigt, s'amalgamaient avec la surface décapée du cuivre et étamaient la baignoire; il n'était plus possible de méconnaître la présence du mercure extrait par le courant électrique des différentes parties de mon corps qui le recélaient à mon insu, puisque je n'ai jamais été appelé à subir aucune médication mercurielle, que j'ai très-rarement fait usage du calomel à doses purgatives, que très-rarement aussi je fais usage pour mes clients des préparations mercurielles par la méthode endermique, et qu'au demeurant je ne les applique jamais ou presque jamais moi-même.

Comment de telles doses de mercure se trouvent-elles ainsi incorporées à nos tissus, associées à l'iode, au soufre ou à tous autres métalloïdes quelconques? C'est là une question fort intéressante au point de vue thérapeutique et pratique, que l'application de l'électricité suivant le procédé de M. Caplin peut seule éclairer.

Le secrétaire annuel, Dr ELLEAUME.

L'Académie de médecine a tenu samedi dernier une séance extraordinaire en comité secret. Cette séance avait pour objet d'éclairer l'Académie sur un fait qui a eu un grand retentissement dans quelques journaux, et qui ne tendait pas à moins qu'à porter atteinte à la considération de ce corps savant et à l'honneur d'un de ses membres. Un chirurgien de l'une de nos grandes villes du Midi de la France, qui vient d'être récemment élu au Corps législatif, a été publiquement accusé de s'être indûment arrogé le titre de membre correspondant de l'Académie de médecine.

Le bureau de l'Académie, justement ému de ce bruit, a voulu que la situation de ce membre fût nettement établie devant ses collègues. Si les renseignements qui nous sont parvenus sont exacts, il serait résulté des explications qui ont été données que le chirurgien dont il s'agit est en légitime possession de son titre de correspondant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 5 décembre, ont été promus:

Au grade de chirurgien de 1re classe: *pour Toulon*: MM. Lantoin, Raynaud, Casal, Martin Giuly. — *Nossi-Bé*: M. Auvély. — *Guadeloupe*: M. Aze. — *Brest*: MM. Deperche, Fournier, Pommier, Bourel-Roncière, Rioû, Girard-la-Barcerie, Guy. — *Cochinchine*: M. Caurant. — *Guyane*: M. Ramonet.

Au grade de chirurgien de 2e classe: *pour Toulon*: MM. Jobet, Erdinger. — *Rochefort*: MM. Leconte, Morlaux dit Ponty. — *Brest*: MM. Lemoyne, Voyé, Leprédour, Leconiat, Pavot, Bellissen. — *Sénégal*: M. L'Helgouach. — *Rochefort*: MM. Defornel, Bon. — *Toulon*: MM. Delmas, Cornibert, d'Auriol, de Corsi. — *Guadeloupe*: M. Bochard. — *Guyane*: M. Michel. — *Sénégal*: MM. Barnier, Mége.

Au grade de chirurgien de 3e classe: *pour Toulon*: MM. Roquemaure, Corneille, Latière, Andrieu, Petit. — *Rochefort*: MM. Mercier, Gilbert, Couillaud, Hodoul, Terson de Paleville, Michel. — *Brest*: MM. Camescasse, Beaumanoir, Eléouet, Morvan, Lelarge, Chevalier, Comme, Grimaud, Alavoine. — *Guadeloupe*: MM. Martin, Quétan, Leforestier de Quillien. — *Guyane*: MM. Chauvot, Louvel Dulongpré, Leconte. — *Réunion*: M. Gaubert.

Au grade de pharmacien de 1re classe: *pour la Guadeloupe* M. Autret.

Au grade de pharmacien de 2e classe: *pour Brest*: MM. Gener, Gentili.

Au grade de pharmacien de 3e classe: *pour Brest*: M. Coutance. — *Toulon*: M. Heckel.

— L'Association générale des médecins de France a admis au nombre de ses membres, dans sa séance du 6 décembre: MM. de Beauvais, Bourdin, Cellières, Colvis, Crestey, Cusco, Dupont, Fauvel, Jaccoud, Labarraque, Malgaigne, Mançais, Mercier, Morin, Nonat, Tessereau, Puche, Broca, Verneuil, Billiard, Desormeaux, Bazin, Fouché, Labric.

La Société centrale a reçu un don de la somme de 100 fr., fait par un respectable et célèbre confrère qui désire garder l'anonyme.

— La Société de médecine de Caen vient de procéder à ses élections.

Son bureau est ainsi composé: *Président*, M. Le Petit; *vice-président*, M. Le Roy; *secrétaire*, M. Eug. Postel; *trésorier*, M. Halbique; *archiviste*, M. Eug. Leclerc.

Nous rappelons qu'un prix de 500 fr. est proposé par la Société de médecine de Caen à l'auteur du meilleur mémoire, adressé avant le 31 décembre 1862, sur la question suivante: *État actuel de la thérapeutique; ses progrès depuis vingt-cinq ans.*

— La Société médico-chirurgicale pratique de Bruxelles a renouvelé, dans sa séance du 3 courant, la composition du bureau pour l'année 1861-62.

Ont été élus: *Président*, M. V. Uytterhoeven; *vice-président*, M. Hubert; *secrétaire*, M. Léon Marcq; *bibliothécaire*, M. A. Feigaux; *trésorier*, M. Semal fils.

— Le banquet annuel de la Société confraternelle des internes en pharmacie (anciens et nouveaux) des hôpitaux de Paris, aura lieu le jeudi 19 décembre, chez Véfour-Tavernier, au Palais-Royal. Le montant de la souscription est de 15 fr. On souscrit jusqu'au 18 décembre chez M. Mayet, trésorier, rue Saint-Marc-Feydeau, 9.

Ceux des anciens internes qui n'auraient pas reçu les comptes rendus des précédents banquets, sont priés de faire connaître leurs noms, leur adresse et l'année de leur promotion à l'internat, à M. Cazin, secrétaire de l'Association, rue Montholon, 25.

Formulaire vétérinaire, contenant le mode d'action, l'emploi et les doses des médicaments simples et composés prescrits aux animaux domestiques par les médecins vétérinaires français et étrangers; suivi d'un Mémorial thérapeutique, par M. A. BOUCHARDAT, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. 2e édition, considérablement augmentée. Un volume in-18. Prix: 4 fr. 50 c. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Hôpital Saint-Louis (M. Devergie). Usage des caustiques dans le traitement des affections de la peau. — Des effets physiologiques de l'atropine et des inductions qu'on peut en tirer en faveur du traitement rationnel de l'épilepsie. — Académie de médecine, séance du 10 décembre. — Nouvelles.

Paris, 11 décembre 1861.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur, ou plutôt à propos de la désarticulation de la hanche, que l'on pouvait croire terminée après le résumé présenté par M. Gosselin dans la dernière séance, s'est ranimée de plus belle hier. Ce n'est plus d'indications chirurgicales, de méthodes et de procédés qu'il s'agit maintenant, mais de la grande et importante question de l'hygiène des hôpitaux, incidemment soulevée à l'occasion des résultats comparatifs des grandes opérations pratiquées à Londres et à Paris. M. Gosselin, par quelques réflexions critiques sur le mode de répartition des malades dans les divers services hospitaliers, avait déjà provoqué l'intervention de M. Davenne dans le débat. L'honorable administrateur a été rappelé de nouveau à la tribune, moins pour compléter la justification du mode de répartition adopté pour les hôpitaux de Paris que pour relever le système nosocomial tout entier des graves accusations dont il a été l'objet. « Les hôpitaux de Paris, s'était écrié M. Malgaigne, sont les plus détestables de tous les hôpitaux de l'Europe! »

De pareilles interjections lancées à la traverse d'une discussion manquent rarement leur effet. Le trait avait porté, mais avec plus de force que de justesse. M. Davenne n'a pas eu de peine à le détourner ; il a surtout réfuté avec un grand bonheur d'expression, documents officiels en main, le reproche que M. Malgaigne avait fait à l'administration de ne s'être point entourée des lumières de la science lors de la construction des nouveaux établissements, en appelant sur ce point de M. Malgaigne oublieux ou mal informé à M. Malgaigne mieux renseigné.

Mais laissons là les exagérations qui servent plus souvent la cause adverse que celle dont on prétend se constituer le défenseur. La question est assez grave et assez difficile pour qu'on doive éviter de la compliquer encore et de l'obscurcir en passionnant le débat.

Les hôpitaux de Paris sont-ils aujourd'hui dans de meilleures conditions de salubrité qu'autrefois? Sans aucun doute, et ce ne serait assurément pas donner une satisfaction suffisante au sentiment public que de se borner à constater de meilleurs résultats qu'à l'époque du fameux rapport de Bailly et Tenon. Mais la salubrité de nos hôpitaux a gagné sensiblement depuis l'origine de l'organisation nosocomiale actuelle, et elle n'a cessé de suivre une progression croissante traduite d'année en année par une décroissance graduelle de la mortalité. Voilà un fait considérable qui ressort clairement des chiffres que M. Davenne a mis sous les yeux de l'Académie.

Les hôpitaux de Paris sont-ils plus ou moins salubres que les principaux hôpitaux de l'Europe ? C'est ce qu'aucun membre de l'Académie, pas plus que M. Davenne lui-même, n'a été en mesure de dire.

Nous nous trompons ; un seul, M. Bonnafont, mieux renseigné sur ce point que la plupart de ses collègues, n'a pas hésité à déclarer que de l'examen qu'il a fait récemment d'un grand nombre d'hôpitaux étrangers, il est résulté pour lui la conviction qu'à l'exception de quelques-uns, qu'il cite comme des modèles, les hôpitaux de Paris sont généralement très-supérieurs sous le rapport de l'hygiène à ceux de presque toutes les capitales de l'Europe, bien qu'en général, il faut le dire, les grandes opérations réussissent mieux, dit-on, dans ces derniers qu'à Paris.

Les hôpitaux de Paris, enfin, présentent-ils des conditions de salubrité suffisante, et sont-ils, dans l'état actuel, susceptibles d'améliorations? Voilà, en définitive, la vraie question. Posée dans ces termes, il ne peut y avoir qu'unanimité dans la réponse. Oui, sans doute, malgré les efforts considérables de l'administration pour améliorer incessamment l'état de nos hôpitaux, on ne peut se dissimuler qu'ils laissent beaucoup à désirer encore, et qu'il reste beaucoup à faire.

Les meilleurs, et parmi eux celui qu'on pourrait citer comme modèle, l'hôpital Lariboisière, pourvu d'un système d'aération vraiment splendide, pour nous servir de l'expression même employée par M. Tardieu dans une récente discussion, n'est-il pas aussi fréquemment qu'eux le théâtre de ces épidémies d'érysipèles, de fièvres puerpérales, qui viennent déjouer d'une manière si malheureuse les calculs les plus légitimes, et compromettre les résultats des traitements les mieux combinés et des opérations le plus heureusement exécutées?

Quelles sont donc les causes de ces foyers permanents de complications morbides, là où les conditions d'aération, de chauffage et les soins les plus stricts de propreté ne semblent rien laisser à désirer? C'est là un sujet d'études et de recherches qu'on ne doit point se lasser de poursuivre, et sur lequel cette discussion pourra peut-être jeter quelque lueur nouvelle. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Devergie.

Usage des caustiques dans le traitement des affections de la peau.

(Leçon recueillie par M. Chalvet, interne du service.)

« En principe, dit M. Devergie, les caustiques ne doivent être employés, dans la généralité des maladies de la peau, que dans les cas d'impuissance des traitements généraux, et lorsque ces derniers ont été mis en usage pendant un espace de temps assez long pour produire leurs effets sur l'affection locale. » Le traitement général est alors impuissant à compléter la guérison. Souvent les plaies et les ulcérations chroniques s'habituent, si l'on peut s'exprimer ainsi, à vivre d'une vie morbide. Aussi ces tissus malades ne sortent-ils de cet état que par l'application locale d'agents modificateurs qui en changent la vitalité.

Ce principe, mis depuis longtemps en pratique par M. Devergie, trouve une application complète dans les quatre malades qu'il met aujourd'hui sous les yeux des personnes qui suivent la visite. « Chez toutes les quatre il a été institué un traitement général interne qui a guéri les neuf dixièmes de l'affection ; mais chez toutes il reste des points ou tuberculeux ou ulcéreux qui sont stationnaires, qui menacent de rester indéfiniment dans le même état. » C'est alors qu'une application de caustique sur des surfaces très-circonscrites suffit pour compléter la guérison, ainsi que le démontrent les exemples ci-après.

Ces exemples sont pris parmi des malades affectées de lupus; elles se présentent dans les conditions suivantes :

La première porte un lupus du nez; elle est soumise depuis trois mois et demi au traitement général. Il y a quinze jours qu'elle fut cautérisée pour la première fois, et la cicatrisation est presque complète en ce moment.

La deuxième malade, affectée également d'un lupus du nez, a subi pendant trois mois et demi le traitement général. Comme la cicatrisation définitive traînait en longueur, elle fut cautérisée il y a quinze jours, et la cicatrice, on peut le voir, est aujourd'hui entièrement formée.

La troisième malade était un bel exemple de lupus *exedens* de la joue : elle suivit pendant quatre mois le traitement interne. Cautérisée il y a trois semaines, les ulcérations et quelques tubercules rebelles à la médication générale ont déjà cédé à une première application caustique.

La quatrième malade est atteinte d'un lupus tuberculeux du nez. Après trois mois de traitement interne, il reste encore des indurations qui sont stationnaires depuis une quinzaine de jours. Il a été fait sans résultat sensible des applications de teinture d'iode. Avant-hier M. Devergie a fait une première application de chlorure de zinc.

Les faits qui précèdent nous montrent le principe déjà posé, appliqué dans toute sa vigueur.

Pourquoi, se demande ensuite M. Devergie, le traitement antiscrofuleux est-il impuissant à compléter la guérison du lupus, qu'il modifie en général d'une manière si prompte?

« Cela tient à ce que d'abord le lupus n'est pas exclusivement sous la dépendance de la scrofule; la majorité des dermatologistes ont fait cette remarque avec raison; ensuite à ce qu'il existe, d'un côté une cause générale qu'il faut combattre, et de l'autre une affection locale sur laquelle il faut agir quand la cause générale a été combattue par la médication antiscrofuleuse, et souvent aussi par des médications d'une autre nature, ou au moins plus composées. »

Il faut surtout « compléter la guérison de l'affection locale par les modificateurs ou les caustiques », si la nature paraît impuissante à réparer les ravages qui persistent après la cessation de la cause première. Mais à quel caustique convient-il de s'adresser pour obtenir plus sûrement ce résultat?

M. Devergie affirme qu'il est très-important de faire un choix judicieux, et qu'il y a des nuances capitales de l'un à l'autre.

Il divise ces agents modificateurs en trois classes.

Les uns donnent des eschares sèches; tels sont le nitrate d'argent, le chlorure d'antimoine, le chlorure d'or, le chlorure de zinc.

D'autres forment des eschares humides; ce sont : la pâte de Vienne, la potasse caustique, l'acide sulfurique, etc.

Dans la troisième classe se trouvent l'acide nitrique, la teinture caustique d'iode, le perchlorure de fer, « qui agissent moins comme caustiques que comme modificateurs de la vitalité des tissus ».

Les caustiques de la première classe doivent seuls être employés pour la cautérisation de la peau. En effet, si l'on fait usage des caustiques dont l'eschare est humide, cette eschare se détache vite, la partie atteinte par le caustique se trouve exposée à l'air, l'ulcération suppure, et après la guérison il reste une cicatrice indélébile plus ou moins apparente.

Parmi les caustiques de la première classe, il y a aussi un choix à faire.

Si nous les passons en revue d'après l'ordre de leur énumération, nous trouvons en première ligne le nitrate d'argent. C'est un excellent caustique, « ou plutôt un excellent modificateur ».

On sait qu'Alibert, dans les dernières années de sa pratique, parcourait toujours les salles de son service le crayon de nitrate d'argent à la main. Il employait le nitrate d'argent solide comme moyen abortif et modificateur. Le nitrate d'argent donne d'excellents résultats dans le traitement de certaines formes d'herpès et de mentagre ; « mais à l'état solide il se prête mal aux cautérisations du lupus, de l'*impetigo rodens*, des cancroïdes, etc. Cela tient à ce que sous la forme de pierre infernale il s'applique mal sur les ondulations des surfaces, et qu'il échappe à une appréciation à peu près certaine des proportions qu'il convient d'employer. »

Pour vaincre ces obstacles, M. Devergie emploie habituellement deux solutions, l'une au dixième et l'autre au cinquième. Ces solutions sont en général réservées à des applications qui ne doivent agir que superficiellement, c'est-à-dire pour combattre les herpès, les mentagres, etc. M. Devergie fait observer que l'on voit souvent des lupus, des *noli me tangere*, qui ont subi de nombreuses cautérisations au nitrate d'argent, et le mal s'est aggravé, « parce que les cautérisations ont été trop superficielles pour l'attaquer dans sa profondeur. »

Quant au chlorure d'antimoine, il donne des résultats moins satisfaisants que les autres chlorures.

Le chlorure d'or préconisé par Chrestien (de Montpellier) est un bon caustique. Il est employé liquide; pour l'obtenir à cet état, il suffit de l'abandonner librement au contact de l'air; alors il tombe en *deliquium*. M. Devergie fait souvent usage de ce caustique pour attaquer des tumeurs très-petites de la face. Il a pu détruire complétement un petit nævus chez une dame que lui avait adressée un confrère de Bordeaux, et qui redoutait la moindre douleur. Mais le chlorure d'or ne peut convenir « qu'à des cautérisations très-superficielles; il a d'ailleurs un inconvénient sérieux, c'est de laisser sur les points où il a été appliqué une tache bleuâtre que rien ne peut effacer. » Il en résulte un tatouage léger dû à l'action de l'air sur le chlorure. Cela, joint à son peu d'énergie, limite et restreint son emploi à quelques cas exceptionnels.

Il n'en est plus de même du chlorure de zinc, auquel M. Devergie attribue une supériorité marquée sur tous les autres.

Le chlorure de zinc est un corps solide, cristallisé, lorsqu'il vient d'être préparé. Exposé au contact de l'air humide, comme le chlorure d'antimoine, il tombe rapidement en *deliquium*, et l'on obtient dans le flacon un liquide d'une limpidité parfaite, surnageant, un dépôt blanc « d'oxychlorures insolubles. »

Pour que le chlorure reste bon, il ne faut pas qu'il dépasse un certain degré d'hydratation. Aussi, pour éviter l'altération du caustique, il faut avoir soin de bien boucher le flacon « aussitôt que le chlorure est arrivé à l'état oléagineux. »

Lorsqu'on veut appliquer ce chlorure liquide, il faut le mélanger avec de la farine de très-bonne qualité, de la manière suivante :

On verse quelques gouttes de chlorure sur une petite quantité de farine ; puis, avec une spatule, on mêle avec soin, de manière à obtenir une pâte bien liée. Cette pâte sera plus ou moins consistante, suivant la profondeur de l'eschare que l'on veut obtenir. Ainsi, lorsque la pâte est molle, l'action du caustique

est plus superficielle ; lorsque la pâte est plus ferme, l'action du caustique dure plus longtemps, et la cautérisation est plus profonde.

Cette manière d'employer le chlorure de zinc permet d'attaquer les parties malades avec une puissance variable et graduée « que nul autre caustique ne saurait fournir au médecin. »

Cette pâte doit être préparée au moment même de s'en servir.

L'épaisseur de la couche que l'on étale sur les parties que l'on désire cautériser doit aussi être proportionnée à l'effet que l'on veut produire : plus la couche est mince, moins est profonde la cautérisation.

Aussitôt que la pâte touche les tissus, elle se ramollit ; bientôt après le mélange durcit et forme une croûte résistante et sèche. « C'est dans les premières vingt-quatre heures que s'opère son action. Elle détermine plus ou moins de tuméfaction, selon la sensibilité des tissus affectés ; mais quelque intense qu'elle puisse être dans certains cas exceptionnels, elle n'est jamais suivie d'accidents érysipélateux ; l'inflammation tombe d'elle-même, sans qu'il soit besoin d'employer aucun agent pour la combattre.

L'eschare produite par le chlorure de zinc ne tombe pas et permet à la cicatrisation de se faire à l'abri de l'air, d'où il suit que la cautérisation ne laisse que peu ou point de cicatrice.

M. Devergie a fait dans un cas une vingtaine de ces applications sur la figure d'une jeune fille atteinte de tumeurs dites *pian* : il n'en est résulté que deux petites cicatrices ; encore existent-elles sur les points mêmes où les croûtes avaient été arrachées par inadvertance, ce qui permet de croire que l'absence de cicatrices plus ou moins vicieuses est bien due à l'action protectrice de la croûte sèche de l'eschare. Ce fait légitime la prédilection que M. Devergie professe pour les caustiques de la première classe et notamment pour le chlorure de zinc. Ajoutons qu'il préfère la pâte qu'il prépare lui-même au moment de l'application à toutes celles que l'on vend toutes préparées sous forme de bâtons ou de lames plus ou moins épaisses. La pâte faite extemporanément offre le grand avantage de se mouler sur les surfaces malades et de les atteindre uniformément en profondeur. Elle répond d'ailleurs à toutes les indications que désire remplir le médecin. Sous tous ces rapports, elle lui paraît infiniment supérieure à toutes les préparations du commerce.

DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE L'ATROPINE

et des inductions qu'on peut en tirer en faveur du traitement rationnel de l'épilepsie (1).

Par M. le docteur MICHÉA.

De la détermination du genre d'influence que l'atropine exerce sur le système nerveux cérébro-spinal, il résulte donc que dans le traitement rationnel de l'épilepsie cet alcali organique serait préférable au curare, substance d'ailleurs difficile à se procurer et encore peu connue dans sa composition chimique. En effet, le curare paralyse exclusivement les nerfs moteurs, comme l'ont prouvé les expériences de M. Claude Bernard ; tandis que l'atropine paralyse ou tend à paralyser non-seulement les nerfs moteurs, mais encore les nerfs sensitifs.

Or il est établi aujourd'hui en pathologie que les phénomènes prodromiques de l'épilepsie connus sous le nom *d'aura*, phénomènes dont la nature a été si longtemps mystérieuse et la recherche beaucoup trop négligée, il est établi aujourd'hui, dis-je, que ces symptômes sont non pas des spasmes partiels, non pas la première manifestation convulsive de l'attaque, comme l'ont soutenu quelques auteurs, mais bien de pures modifications de la sensibilité générale, de simples hyperesthésies partielles produisant l'attaque dont il s'agit en se réfléchissant sur les nerfs moteurs, suivant la grande loi de dynamique nerveuse découverte par Marshall-Hall et Müller. Portal admettait déjà, il est vrai, sans pouvoir les expliquer, des épilepsies qui n'avaient pas d'autre cause qu'un excès de sensibilité (2), et il rangeait dans cette classe, dont la théorie lui semblait très-obscure, tous les accès de mal caduc survenant immédiatement après de vives douleurs ressenties dans diverses parties du corps. Mais c'est seulement à partir des expériences de M. Brown-Séquard que l'attention des pathologistes a été appelée sur le rôle des excitations extérieures dans la production et dans le retour des accès épileptiques. En effet, cet habile physiologiste a non-seulement prouvé, je le répète, qu'on détermine chez les cochons d'Inde une affection convulsive de nature épileptiforme toutes les fois qu'on coupe transversalement une des moitiés latérales de la moelle épinière, à partir de la huitième vertèbre dorsale jusqu'à la quatrième vertèbre lombaire ; mais il a encore établi qu'on provoque à volonté les accès de cette affection épileptiforme, c'est-à-dire des convulsions localisées d'abord dans les muscles de la face, mais qui finissent plus tard par s'étendre à tous les muscles du côté opposé à celui où a été fait l'hémisection ; il a établi, dis-je, qu'on provoque à volonté ces convulsions chaque fois qu'on pince des points limités de la peau de la face ou du cou.

L'excitation de ces parties du tégument externe joue du reste le rôle le plus important dans la production des phénomènes dont il s'agit, car celle des troncs nerveux ne semble pas amener aussi facilement la même réaction spasmodique. Il est d'autant plus légitime d'assimiler, avec M. Brown-Séquard, le pincement de la peau dans ces cas à *l'aura epileptica*, que ce dernier symptôme est constitué parfois exclusivement par des dermalgies très-fugitives et très-circonscrites. En effet, dans l'épilepsie, il y a souvent un état d'hyperesthésie cutanée si évident que le simple chatouillement suffit pour rappeler les attaques : témoin la jeune fille dont parle Van Swieten, chez laquelle les accès se renouvelaient sous l'influence de la plus légère friction aux pieds (*Comment. des Aphorismes de Boerhaave*, § 1075).

Chez un de nos épileptiques, âgé de vingt-huit ans, je provoquais presque constamment le retour des attaques chaque fois que je lui enfonçais à son insu une aiguille dans la peau du cou. Chez deux autres, l'action d'une douche froide sur une partie quelconque du corps produisait le même résultat. De là, dans le traitement rationnel du mal caduc, l'importance de ne point déterminer d'excitation à la peau, où il existe très-souvent, dans l'intervalle des crises bien entendu, un degré quelconque d'hyperesthésie générale ou partielle, comme je m'en suis assuré à l'aide de beaucoup d'expériences, par conséquent le soin qu'il faut avoir d'éviter les douches et les bains froids, moyens conseillés à tort par quelques personnes.

De là aussi, et par contre, l'indication de combattre cette exagération de la sensibilité cutanée, indication que l'atropine remplit mieux que le curare, puisque la première de ces substances paralyse ou tend à paralyser et les nerfs sensitifs et les nerfs moteurs, tandis que la seconde abolit exclusivement l'action des nerfs moteurs.

RÉSUMÉ. — 1° L'atropine et ses sels agissent principalement sur le système nerveux cérébro-spinal ;

2° Ils dépriment et tendent à abolir les fonctions des différentes parties de ce système d'une manière successive et non simultanée ;

3° Ils affectent l'appareil nerveux moteur avant d'affecter l'appareil nerveux sensitif, et ce sont les organes qui président aux facultés intellectuelles et morales, c'est-à-dire les lobes cérébraux, qu'ils modifient en dernier lieu ;

4° De même que dans les attaques d'épilepsie, les convulsions commencent presque toujours par les muscles du cou ou de la face, dans l'action que l'atropine exerce sur l'appareil nerveux moteur ; la paralysie débute constamment et successivement par l'iris, par les muscles qui président à la déglutition, à la phonation, à la prononciation, aux mouvements du globe de l'œil ; en d'autres termes, les organes sur lesquels portent les premières manifestations convulsives d'une attaque d'épilepsie sont les mêmes ou à peu près que ceux qui sont affectés d'abord et préférablement, mais en sens inverse, par l'atropine ;

5° Dans le traitement rationnel de l'épilepsie, l'atropine est *à priori* préférable au curare, qui paralyse exclusivement les nerfs moteurs, tandis que le principe actif de la belladone paralyse non-seulement les nerfs moteurs, mais encore les nerfs sensitifs, siége de *l'aura epileptica* ;

6° Chez les batraciens qu'on empoisonne par la strychnine après les avoir soumis préalablement à l'influence de l'acide valérianique, du valérianate de zinc ou du valérianate de quinine, les convulsions n'ont pas l'énergie qu'elles offrent dans l'intoxication produite exclusivement par la strychnine, et au lieu de succomber, comme dans cette dernière intoxication, au milieu de l'état tétanique le plus complet, les batraciens meurent au sein d'un semi-relâchement musculaire ;

7° Chez les grenouilles préalablement soumises à l'action de l'oxyde de zinc, du sulfate de zinc ou du sulfate de quinine, les convulsions déterminées par la strychnine sont aussi intenses ou à peu près, et leur durée est aussi longue que dans le simple empoisonnement par cette dernière substance. De plus, comme dans celui-ci, la mort survient au milieu de l'état tétanique le plus complet ;

8° Chez l'homme, certains phénomènes primitifs ou physiologiques de l'atropine sont produits, quand on emploie ses sels, plus promptement et à plus faibles doses par le valérianate que par le sulfate, circonstance qui tient très-vraisemblablement à l'action de l'acide valérianique sur le système nerveux. Un demi-milligr. de valérianate d'atropine produit très-souvent la sécheresse du gosier et la dilatation des pupilles le lendemain de son usage, tandis que le plus ordinairement ce n'est guère que le surlendemain et à la dose de 1 milligramme que le sulfate d'atropine produit ces mêmes phénomènes (1) ;

9° En raison de l'hyperesthésie cutanée générale ou partielle qui existe chez le plus grand nombre des épileptiques dans l'intervalle de leurs attaques, on doit, dans le traitement du mal caduc, avoir soin de soustraire le tégument externe à l'action de toutes les causes capables de provoquer des mouvements reflexes, et en particulier bannir l'emploi de l'électrisation, des douches froides et des bains froids.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 3 et 5 décembre.

(2) *Observat. sur la nature et le traitement de l'épilepsie*, p. 190.

(1) En thérapeutique, il faut également moins de valérianate d'atropine que de sulfate pour modifier les accès d'épilepsie, pour en éloigner le retour ou pour en affaiblir la violence. Ce résultat est très-souvent obtenu sans dépasser la dose de deux milligrammes de valérianate, pourvu toutefois que l'usage de ce médicament, interrompu de temps à autre, soit suffisamment prolongé. Actuellement, dans le traitement de l'épilepsie, nous commençons toujours par donner le valérianate d'atropine à la dose d'un demi-milligramme par vingt-quatre heures, sans jamais dépasser deux milligrammes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 décembre 1861. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre d'État transmet l'ampliation d'un décret en date du 5 décembre courant, par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Vernois.

Après la lecture faite par M. le secrétaire de la lettre du ministre et de l'ampliation du décret, M. le président invite M. Vernois à prendre place parmi ses collègues.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

L'Académie reçoit :

1° Un mémoire de M. le docteur Tavernier (de la Nièvre), intitulé : *Expériences sur la pénétration dans les poumons des poussières liquides tenant en dissolution des réactifs chimiques ou des médicaments.*

2° Un mémoire de M. le docteur Sales-Girons ayant pour titre : *Théorie physiologique de la pénétration des poussières liquides dans les voies respiratoires.*

La question de la pénétration des poussières liquides dans les bronches, qui vient de recevoir des solutions si diamétralement contradictoires, dit l'auteur, ne pouvait être résolue pour la science que dans une théorie fondée sur la physiologie des organes et de la fonction respiratoires.

J'ai cherché cette théorie ; je crois l'avoir trouvée, et je viens la soumettre au jugement de l'Académie, vous priant de désigner une commission à cet effet. (Commission des eaux minérales).

3° Une note de M. Guitteau (de Poitiers), *sur l'analogie de l'extrait de feuilles d'artichaut et de l'aloès de commerce.* (Commissaires, MM. Guibourt et Chatin).

4° Un mémoire *sur les propriétés hygiéniques et thérapeutiques de l'extrait de Malt*, par M. Jean Hoff (de Berlin).

5° Un mémoire de M. le docteur S. Vinci, chirurgien de l'hôpital des Incurables à Naples, relatif à une nouvelle manière de traiter la blennorrhagie, les rétrécissements de l'urèthre, certaines affections du canal nasal et du sac lacrymal. (Commiss., M. Robert.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte regrettable qu'elle vient de faire dans la personne de M. Bricheteau, l'un de ses membres titulaires les plus anciens (section de pathologie médicale). M. Bricheteau est mort en sa propriété des Manoires. Ses obsèques auront lieu jeudi prochain, 12 du courant, à Châtillon-sur-Loing (Loiret).

— M. le président annonce ensuite qu'il y aura lieu d'élire prochainement un membre associé étranger. Le conseil d'administration a pensé que pour épargner les moments de l'Académie, il y aurait de l'avantage à maintenir dans ses fonctions la dernière commission des associés étrangers, qui proposera dans l'une des prochaines séances une liste de candidats. Cette commission est composée de MM. Bouvier, Littré, Jobert (de Lamballe), Louis, Devergie.

L'Académie adopte.

M. le président annonce enfin que la séance publique annuelle aura lieu mardi prochain.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la désarticulation de la hanche.

Suite de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux, à propos de la désarticulation de la hanche.

M. DAVENNE. J'ai écouté attentivement les explications que M. Gosselin a données en réponse à mes observations. Il m'a semblé que l'honorable rapporteur ne contestait sérieusement aucune des raisons dont je me suis appuyé. Seulement il les a taxées d'exagération ; mais un reproche si vaguement énoncé tombe par cela seul de lui-même, et je ne m'y arrêterai pas. M. Gosselin, complétant sa pensée, a exprimé le vœu que les salles d'enfants fussent établies auprès des principaux services de nos hôpitaux généraux. Il regarde cette mesure comme éminemment favorable aux progrès de la science ; ce que je reconnais volontiers, mais ce qui ne me paraît pas moins inconciliable avec le principe de la séparation des âges, depuis longtemps adopté et passé dans la pratique. La question, comme on le voit, reste toujours entre l'intérêt scientifique dégagé de toute considération étrangère et d'autres intérêts non moins graves et plus respectables encore parce qu'ils ont leur point d'appui dans le sentiment public. La proposition formulée aujourd'hui par M. Gosselin soulève donc de sérieuses objections.

Je comprendrais difficilement, pour ma part, comment, après avoir reconnu et constaté les dangers d'une promiscuité qui blesse la morale et nuit à l'enfance sous tant de rapports, l'administration pourrait, sans manquer essentiellement à ses devoirs, déserter un principe qu'elle a jusqu'ici constamment soutenu, et rouvrir à une partie de ses petits malades les portes des hôpitaux généraux, qu'elle leur avait si prudemment fermées. Il y aurait là, selon moi, plus qu'une contradiction, il y aurait violation manifeste d'une règle salutaire à tous les points de vue, et qu'aucune considération, si grave qu'elle soit, ne permet de transgresser.

L'honorable rapporteur invoque l'exemple des hôpitaux de l'Angleterre et de l'Allemagne, qui, dit-il, reçoivent à la fois les enfants et les adultes. Si l'on admettait ce fait sans autre explication, on pourrait en inférer qu'il n'existe d'hôpitaux d'enfants ni en Angleterre ni en Allemagne. Eh bien, ce serait une erreur. Il existe à Londres même un hôpital d'enfants. J'en ai les statuts entre les mains. On y lit, en particulier, que des hôpitaux destinés aux enfants ont été établis avec succès dans dix-sept des principales villes de l'Europe... On est donc amené à se demander s'il n'y aurait pas quelque chose de contradictoire et d'illogique, quand les hôpitaux consacrés à l'enfance se multiplient et se propagent de toutes parts en Europe, à les amoindrir, sinon à les supprimer à Paris, c'est-à-dire là précisément où l'institution a pris naissance et où ses bons effets ont été appréciés par les étrangers, qui se l'approprient aujourd'hui à notre exemple.

Dans un autre ordre d'idées, et se plaçant lui-même au point de vue de l'intérêt administratif, M. Gosselin a développé les raisons qui, sous ce rapport, lui semblent venir à l'appui de son opinion. Ainsi, il croit pouvoir affirmer que les rapprochements entre les enfants et les adultes n'ont guère plus d'inconvénients, moralement parlant, que ceux qui s'établissent dans les hôpitaux d'enfants entre les grands et les petits ; que, d'autre part, les maladies contagieuses y sont plus communes et plus meurtrières. Sur le premier point, je n'hésite pas à répondre que la surveillance des préposés de l'administration, et surtout celle des religieuses, ayant principalement pour but, dans un hôpital spécial, la personne même du malade, exerce une action d'autant plus continue, conséquemment d'autant plus préservatrice, qu'elle n'est détournée de son objet par aucune autre occupation importante. Quant aux affections contagieuses, il faut bien reconnaître en effet qu'elles y sont à peu près inévitables. Aussi n'ai-je

pas eu la pensée de présenter nos hôpitaux spéciaux comme exempts de toute espèce d'inconvénients. Pour n'être point absolument parfaits, ces établissements n'en sont pas moins, de l'aveu même de mon honorable contradicteur, extrêmement utiles.

M. le rapporteur a fait remarquer, en outre, que ces deux hôpitaux sont situés dans des quartiers excentriques ; que les parents ont un long trajet à faire pour y transporter leurs malades, etc. J'apercevrais là peut-être un motif en faveur de la création de nouveaux hôpitaux d'enfants sur les points de la ville où le besoin s'en ferait sentir, mais non une raison d'altérer le principe de la spécialisation, avec lequel on ne peut, à mon avis, transiger...

J'aurais désiré pouvoir m'en tenir là ; mais à l'occasion de cette discussion, un mot regrettable a été prononcé. L'honorable M. Malgaigne s'est plaint avec beaucoup de vivacité du vice de construction de nos établissements hospitaliers et des inconvénients qui en résultent, surtout au point de vue de l'hygiène et de la salubrité, inconvénients qui en font, dit-il, les plus détestables hôpitaux de l'Europe. Une semblable assertion est bien grave, et j'ai pensé qu'elle ne pouvait rester sans réponse.

C'est principalement contre les hôpitaux nouveaux que M. Malgaigne a lancé son anathème. Selon lui, ces hôpitaux seraient tout aussi mal disposés, tout aussi insalubres que les anciens, et cela, parce que l'administration aurait eu le tort, avant de mettre la main à l'œuvre, de ne pas consulter les hommes spéciaux; tort qui serait effectivement impardonnable si l'on pouvait justement le lui reprocher; mais c'est précisément là qu'est l'erreur, et M. Malgaigne a été mal servi par sa mémoire dans cette circonstance.

(L'orateur expose ici les documents officiels relatifs à la construction de l'hôpital Lariboisière, desquels il ressort la preuve que non-seulement les hommes de l'art et de la science ont été entendus, mais que le corps médical des hôpitaux tout entier a été consulté sur les divers projets entre lesquels l'administration avait à choisir.)

En effet, poursuit-il, l'homme de savoir et d'intelligence qui, en qualité de rapporteur du Conseil municipal, avait été chargé de diriger l'instruction de cette grande affaire (j'ai nommé M. Robinet), ne s'était pas contenté d'un simple avis émané d'une commission *ad hoc*; il avait voulu connaître l'opinion de tous les médecins et chirurgiens des hôpitaux; et dans ce but, il s'était adressé à tous par une circulaire qui, pour le dire en passant, restera comme un témoignage de sa consciencieuse habileté. Plusieurs ont répondu à cet appel, et parmi ceux-ci, collectivement, les membres du Bureau central en exercice à cette époque; d'autres, malheureusement en plus grand nombre (et plus malheureusement encore M. Malgaigne en fait partie), ont gardé le silence ; mais le fait en lui-même n'en a pas moins sa signification. C'est à la suite de ces communications que des améliorations importantes ont été introduites dans les dispositions du projet; qu'on s'est arrêté, par exemple, pour la dimension des dortoirs, à des salles de 30 lits; que des caves ont été pratiquées afin d'assainir le rez-de-chaussée ; qu'on a adapté en principe un système de chauffage et de ventilation artificielle combinés, qui a été mis depuis lors en pratique. Je ne cite que les principales.

Au surplus, le point que je tenais particulièrement à bien établir, c'est que dans la construction du seul hôpital nouveau qui existe à Paris, l'administration a pris toutes les précautions nécessaires pour assurer autant qu'il était en elle la salubrité des salles, le bien-être des malades et la facilité du service, et que parmi ces précautions, celle qui consistait à s'entourer des lumières de la science médicale n'a point été négligée. J'ose donc en appeler sur ce point de M. Malgaigne oublieux ou mal informé, à M. Malgaigne mieux renseigné par les faits que je viens de lui remettre en mémoire.

On a parlé des hôpitaux de Londres, qui sont, dit-on, moins meurtriers que les nôtres. D'abord le fait est-il bien certain ? M. Velpeau en doute, et il a raison; j'en doute beaucoup moi-même, je dirai tout à l'heure pourquoi. Mais, alors même qu'on apporterait la preuve que la mortalité dans les hôpitaux est moins forte à Londres qu'à Paris, je prétends qu'on ne pourrait rien conclure logiquement de la comparaison de deux systèmes dont les bases diffèrent essentiellement.

On sait qu'à Londres tous les hôpitaux, et l'on en compte un grand nombre, sont dus à des fondations particulières. Chacun forme un établissement *sui generis*, entretenu par une association de personnes riches et bienfaisantes, qui n'obéissent à d'autres règles que celles qu'elles se sont posées elles-mêmes, à d'autres conseils que ceux de leur propre charité.

Les individus inscrits à la paroisse comme participant à la taxe des pauvres n'y sont pas reçus, et notez que ce sont les plus misérables et ceux qui présentent les plus mauvaises conditions de santé. On n'y est admis, en général, que sur une lettre de recommandation d'un des administrateurs ou gouverneurs, ainsi qu'on les nomme, et ceux-ci se font un devoir de n'en accorder, à peu d'exceptions près, qu'à des malades qui ne le sont pas dangereusement, car c'est à qui de ces établissements rivaux de charité présentera un chiffre de mortalité plus faible. On en fait une question d'amour-propre : de là vient que certaines catégories de malades, les individus atteints d'affections contagieuses, par exemple, telles que la rougeole, la fièvre scarlatine et surtout la variole, sont rigoureusement exclus. Les phthisiques le sont également.

D'une autre part, il faut considérer qu'en règle générale le chiffre de la mortalité dans les hôpitaux dépend du plus ou moins de facilité qu'ont les malades à s'y faire admettre; que la nature, la gravité, l'état d'avancement des maladies, sont autant de circonstances qui influent puissamment sur le nombre des décès. Or nous voyons qu'à Paris l'administration est souvent forcée, à son grand regret, d'ajourner, faute de lits disponibles, l'admission des malades dangereusement atteints, qui lui reviennent plus tard quand le mal s'est encore aggravé. Les hôpitaux de Londres, au contraire, ne reçoivent que ceux qui leur conviennent, et renvoient les autres au dispensaire, c'est-à-dire au traitement à domicile. On ne peut nier que cette faculté ne doive diminuer singulièrement en leur faveur les chances de mortalité, et cependant voici un compte moral récemment publié par les administrateurs d'un des établissements hospitaliers les plus considérables de la ville de Londres, l'hôpital de Guy, lequel contient 520 lits, et où sont traités à peu près tous les genres de maladies, documents qui montrent que la mortalité, qui en 1800 était dans cet hôpital de 11,3 pour cent, s'élevait encore en 1860 à 9,1, c'est-à-dire à un chiffre très-peu différent de celui que constatent pour Paris les comptes rendus par l'administration de l'Assistance publique, ce qui prouve, comme je viens de le dire, que les doutes de M. Velpeau étaient parfaitement fondés.

Ajoutons que les hôpitaux de Paris reçoivent des malades de tous les pays, même de l'étranger, attirés par la haute renommée de nos célèbres praticiens. On y a traité en 1858 64,302 individus de la ville, 23,739 habitants des communes de la banlieue, 748 personnes venues des départements et 25 des pays étrangers, dont 4 d'Amérique.

A Londres, rien de semblable. Ainsi chez nous l'hospitalité publique est largement pratiquée; en Angleterre, l'hospitalité privée est restreinte : voilà en quoi nous différons.

Je maintiens donc qu'aucune comparaison n'est possible entre les résultats, quels qu'ils soient, de deux systèmes aussi diamétralement opposés.

Cependant l'honorable M. Gosselin, de son côté, tout en rendant justice aux améliorations que nos hôpitaux ont reçues, n'en persiste pas moins à penser qu'ils sont restés fort en arrière des hôpitaux étrangers, de ceux de Londres particulièrement, et qu'il y aurait encore beaucoup à faire pour qu'ils parvinssent à les égaler, surtout sous le rapport de l'hygiène. M. Gosselin est entré à ce sujet dans des détails dignes d'intérêt sans doute, mais qui ne touchent guère qu'à des choses d'ordre intérieur, lesquelles peuvent recevoir par une simple décision administrative telles modifications que le bien du service exige. Si donc MM. les chefs du service se concertaient entre eux pour adresser à l'administration une proposition tendant à ce que les changements indiqués fussent introduits dans la tenue de nos maisons, il y a tout lieu d'espérer que l'utilité de ces changements serait appréciée et la proposition favorablement accueillie.

Je dirai toutefois que, pour ce qui concerne les réfectoires dont a parlé M. Gosselin, l'épreuve a déjà été faite : ainsi, à l'hôpital Lariboisière, à Saint-Antoine, à la Charité, des réfectoires ont été établis il y a quelques années; mais MM. les médecins se sont trouvés divisés à ce sujet, en telle sorte que l'institution est tombée parce qu'ils lui ont refusé leur appui. Je doute fort qu'on parvienne à la relever aujourd'hui.

Mais, encore une fois, tout ceci ne se rattache qu'à des points de détail et à des questions accessoires. Au fond, ce qui importe c'est que nos hôpitaux, tels qu'ils sont, soient jugés avec impartialité et sans parti pris. Que si quelques-uns laissent encore à désirer au point de vue de leur assainissement, il est permis d'espérer que le progrès de la science, unis aux efforts de l'administration, parviendront à compléter sous ce rapport les nombreux perfectionnements qui y ont été introduits depuis le commencement de ce siècle, et auxquels les étrangers eux-mêmes rendent hommage.

Une observation qui doit pleinement rassurer d'ailleurs à cet égard les amis de l'humanité, c'est que depuis 1804, époque de la réorganisation de l'administration des secours publics à Paris, on remarque une diminution graduelle et constante tant dans le chiffre de la mortalité que dans celui de la durée du séjour des malades à l'hôpital. Ainsi, d'après un relevé fait avec soin sur les comptes publiés par l'administration, la proportion du nombre des morts, par rapport à celui des malades, était en 1804, pour tous les hôpitaux et services réunis, de 1 à 5,73 centièmes, c'est-à-dire que près d'un cinquième des malades admis dans nos hôpitaux y succombaient. Vingt ans après, en 1824, la mortalité n'était déjà plus que de 1 sur 8,14. En 1834, elle a été de 1 sur 11,71. En 1844, de 1 sur 10,61; enfin, en 1854, de 1 sur 8,05 seulement. Mais cette augmentation s'explique par l'épidémie de choléra qui a régné dans tout le cours de cette dernière année.

Quant à la durée de séjour, elle a suivi plus exactement encore une progression décroissante. De 42 jours, en 1804, elle est successivement descendue à 34 en 1824 ; à 25,88 en 1834 ; à 25,73 en 1844; enfin, en 1854, à 23,72.

Ce qu'il importe également de faire observer, c'est que si dans les services de chirurgie la mortalité ne paraît pas avoir diminué autant que dans les services de médecine, elle semble du moins être restée à peu près stationnaire; ainsi le même relevé constate qu'elle a été, en 1844, de 1 sur 19,98 ; en 1854, de 1 sur 20,21, et en 1858, date du dernier compte publié, de 1 sur 19,56.

Sans doute cette proportion, qui représente environ un vingtième de décès sur le nombre des opérés, est considérable, trop considérable assurément. Mais si l'on songe que depuis plusieurs années les accidents causés par les machines de l'industrie, et surtout par les chemins de fer, se multiplient au point de nécessiter chaque jour de grandes et nombreuses opérations dans nos services de chirurgie, on cessera de s'étonner d'une situation qui est plus satisfaisante peut-être en réalité qu'en apparence, et qui ne peut d'ailleurs que s'améliorer à l'aide du temps, des conseils de l'expérience et du concours de tous les dévouements.

Ne nous calomnions donc pas nous-mêmes aux yeux de nos concitoyens comme à ceux des étrangers. Il ne faut pas que sur la foi d'une parole échappée à la rapidité de l'improvisation, le public puisse croire que les hôpitaux de Paris sont plus malsains, plus meurtriers que ceux des autres pays. Il ne faut pas que le retentissement d'une repartie spirituelle, mais trop vive pour avoir été réfléchie, propage une erreur dont son auteur serait le premier, j'en suis certain, à regretter les fâcheuses conséquences.

Voilà pourquoi j'ai cru nécessaire de mettre sous vos yeux des renseignements qui, en rétablissant la vérité des faits, ne laisseront, je l'espère, dans l'esprit de l'Académie aucun doute sur le peu de fondement de reproches qui ont été dirigés contre l'administration des hôpitaux de Paris dans le cours de cette discussion. (Ce discours est accueilli par de nombreuses marques d'adhésion).

— M. Piorry est appelé à la tribune par ordre d'inscription. M. Piorry est absent.

M. Bouvier a la parole.

M. BOUVIER. On a voulu comparer les hôpitaux de Paris aux hôpitaux de Londres, et vous venez d'entendre M. Davenne vous dire qu'il n'y a pas de comparaison possible entre les établissements hospitaliers de ces deux villes, ceux de Londres ayant un mode d'organisation et de fonctionnement tout à fait différent de ceux de Paris. Cela est vrai ; mais ce qui est vrai aussi, et ce que M. Davenne n'a pas dit, c'est qu'il existe à Londres des établissements qui sont de tous points comparables à nos hôpitaux, seulement ils ne s'appellent pas des hôpitaux, ils s'appellent des infirmeries. C'est dans ces infirmeries, où sont accueillis les pauvres des paroisses qui ne trouvent pas à se faire admettre dans les établissements particuliers, qu'il faut chercher les éléments d'une statistique comparable avec celle des hôpitaux de Paris.

M. MALGAIGNE. Le discours si bien fait de M. Davenne ne peut pas rester sans réponse. Je ne doute pas qu'avant de construire l'hôpital de Lariboisière, on ait envoyé une circulaire à tous les médecins des hôpitaux pour les mettre à même de donner leur avis ; mais, pour moi, je ne me souviens pas d'avoir rien reçu de pareil. D'ailleurs cette sorte d'enquête ne pouvait conduire à aucun résultat : ce n'est pas chaque médecin isolément qu'il fallait consulter ; il fallait porter la question devant une assemblée comme cette académie, qui eût désigné une commission dont le rapport aurait été discuté ensuite dans tous ses détails. Voilà ce qu'on aurait pu faire et ce qu'on n'a pas fait.

Quand j'ai parlé de l'insalubrité des hôpitaux de Paris de la façon qui m'a été si vivement reprochée par M. Davenne, j'ai ajouté un petit mot que je lui rappelle : j'ai dit que nos hôpitaux étaient *peut-être* les plus insalubres de tous. Avec ce correctif qui est nécessaire, puisque je ne connais pas tous les hôpitaux, je puis maintenir ma proposition et j'espère la démontrer par des chiffres.

Je ne veux et ne puis parler que de ce que je sais, c'est-à-dire de l'insalubrité de nos hôpitaux au point de vue des opérations chirurgicales. Du reste, aucun médecin, que je sache, n'a fait des recherches comparatives de ce genre au point de vue des affections purement médicales.

J'avais entendu dire à d'habiles chirurgiens, et à Dupuytren en particulier, qu'ils ne perdaient qu'un malade sur quatre ou cinq à la suite des grandes opérations et par exemple de l'amputation de la cuisse. Aussi fus-je d'abord douloureusement surpris des résultats des opérations que je pratiquai moi-même. J'ai voulu savoir si j'étais plus malheureux que les autres, et j'ai fait la statistique de toutes les grandes opérations pratiquées dans les hôpitaux de Paris pendant six années entières. J'ai vu que sur 512 amputations de la cuisse, 289 avaient été suivies de mort : ce qui donne l'effrayante proportion de 56 morts pour 100 opérations.

On disait généralement (c'était presque un adage) que les opérations de trépan ne réussissaient pas à l'Hôtel-Dieu. J'ai voulu voir si ce triste privilége n'appartenait qu'à l'Hôtel-Dieu, et pendant ces six années j'ai recueilli quinze faits relatifs à la trépanation pour des plaies de tête, et dans ces quinze faits, qui ont eu pour théâtres divers hôpitaux, l'opération a toujours été mortelle. J'ai cherché ce qui pouvait amener d'aussi lamentables résultats. Les causes devaient être générales, c'est-à-dire communes à tous les hôpitaux. Elles ne devaient pas tenir à la constitution de tel ou tel service, aux habitudes de tel ou tel chirurgien, puisque partout les effets étaient les mêmes. Ce qui est résulté de mes recherches, c'est que les salles de nos hôpitaux sont trop grandes, qu'il y a trop d'étages superposés, trop de lits dans une même salle, et que les services sont trop chargés pour un seul homme. Dans le siècle dernier, Tenon avait examiné lui-même les causes de l'insalubrité des hôpitaux ; il avait, lui aussi, examiné comparativement les hôpitaux de Londres et ceux de Paris, et il était arrivé à peu près aux mêmes conclusions. Le meilleur système, à son avis, consiste à bâtir des pavillons séparés, peu vastes, ne contenant par salle pas plus d'une vingtaine de lits et n'ayant pas plus de deux étages. Les hôpitaux de Londres se rapprochent de ce type en ce qu'ils ne contiennent pas plus de 400 à 450 malades, et que chaque salle ne contient guère plus de 20 lits.

Depuis Tenon, on a pu faire une immense expérience. En 1814, un nombre considérable de blessés reflua sur Paris. Il y avait parmi eux des hommes de toutes les nations, Français, Prussiens, Autrichiens, Russes, etc. Pour les recevoir, les hôpitaux étant insuffisants, on transforma les abattoirs en ambulances. On sait que les abattoirs sont formés par des pavillons carrés bâtis le long d'une grande et large rue, et séparés les uns des autres par des rues latérales. Chaque pavillon ne se compose que d'un rez-de-chaussée et d'un premier étage. On y plaça les blessés étrangers; mais comme leur nombre était trop considérable, il y en eut qui furent traités dans les hôpitaux ordinaires, et il y eut aussi des blessés français qui, arrivant quand tous les hôpitaux étaient remplis, furent transportés aux abattoirs.

La proportion des morts parmi les blessés français traités dans les hôpitaux fut de 1 sur 5, 8 ou 9 malades. Elle fut de 1 sur 10, 12 ou 13 pour les Français traités dans les abattoirs. Pour les étrangers soignés dans les hôpitaux, la proportion des morts fut de 1 sur 7 ou 13. Pour ceux qui furent transportés aux abattoirs, elle fut de 1 sur 10 ou 19. Ainsi, pour les Français comme pour les étrangers, la mortalité a été notablement moindre aux abattoirs que dans les hôpitaux. Les funestes effets de la démoralisation expliquent suffisamment pourquoi, dans les abattoirs comme aux hôpitaux, la mortalité a toujours été plus considérable chez nos compatriotes. Le conseil des hôpitaux a été à cette époque frappé de la signification de ces faits, et il a reconnu la vérité des idées émises par Tenon et Bailly.

J'arrive maintenant à la comparaison de nos hôpitaux avec ceux de Londres. Que cette comparaison ne soit pas possible s'il s'agit d'établir d'une façon générale la différence de la mortalité dans ces hôpitaux, j'en conviens ; mais ce qui est comparable, ce sont les résultats des grandes opérations dans ces différents établissements. Dans les hôpitaux de Londres, on n'admet, dit-on, que des malades de choix ; je le crois, et je le comprends, car il faut aux chirurgiens de Londres qui font dans ces hôpitaux des cliniques suivies par des élèves payants, il leur faut des opérations importantes. Aussi vois-je que les opérations les plus graves, telles que la résection coxo-fémorale ou l'extirpation de l'ovaire, sont des opérations très-ordinaires dans les services chirurgicaux d'outre-mer. On a fait à Londres, dans ces derniers temps, des statistiques, imitées peut-être de celles qui avaient été faites en France, et dans lesquelles on a réuni toutes les opérations pratiquées dans un temps donné. Eh bien, si nous consultons cette statistique pour les opérations qui à Paris sont les plus dangereuses, pour les amputations de la cuisse, par exemple, nous trouvons que les amputations consécutives à des lésions organiques (celles qui d'ordinaire réussissent le mieux) ont donné à Paris la proportion de 60 morts pour 100 opérés, celle de 21 pour 100 à Londres, et à Massachussets de 19 pour 100.

Pour les hernies étranglées opérées à Paris, on a noté, sur 220 opérations, 133 morts, c'est-à-dire la même proportion de 60 0/0 que pour les amputations pathologiques de la cuisse. A Londres, sur

266 opérations, 135 morts, c'est-à-dire 50 0/0. A Wurzbourg, la proportion des morts n'est que de 43 pour 100.

La taille se fait plus souvent à Londres qu'à Paris, tant à cause de la prédilection des chirurgiens pour les grandes opérations qu'à cause de leur aversion pour la lithotritie. La taille a donné à Paris 37 décès pour 100 opérations ; à Londres, 22 seulement ; et en Angleterre, en province, 12 pour 100.

Quant à l'opération césarienne, les chiffres sont faciles à donner, puisque toutes les malades sont mortes à Paris ; tandis qu'à Londres on fait avec succès une opération analogue, l'ovariotomie. Aussi ne puis-je qu'appuyer la proposition qui a été faite par plusieurs journaux de transporter à la campagne toutes les femmes qui auraient à subir cette opération.

Ce qu'une seule statistique aurait laissé à désirer est comblé par les autres. C'est donc dans les hôpitaux de Paris que la mortalité est la plus forte ; elle est moins forte à Londres, et l'est moins encore dans les provinces d'Angleterre. J'aurais voulu pouvoir dresser un tableau comparatif de la mortalité à la suite des opérations dans les hôpitaux des diverses provinces de France ; malheureusement les éléments me manquent absolument. On sait d'une façon générale que les opérations y réussissent mieux. L'hôpital de Marseille, cependant, paraît presque aussi malsain que ceux de Paris ; celui de Tours, beaucoup plus sain.

A quoi tiennent les différences que nous venons de noter ? L'air de la Tamise n'est pas meilleur que celui de la Seine, peut-être même est-il plus mauvais. La chirurgie anglaise n'est pas supérieure à la chirurgie française. Cela ne peut tenir qu'aux lieux où l'on opère. Tenon avait déjà remarqué le petit nombre de lits qu'on place dans les salles des hôpitaux de Londres ; aujourd'hui ce nombre est encore moindre.

Nos salles à nous sont bien aérées, c'est possible ; mais on aère une grande salle où sont entassés quatre-vingts lits, c'est-à-dire quatre-vingts foyers d'infection, et malgré une ventilation plus ou moins perfectionnée, qui de nous ne sait l'air infect qu'on respire quand on entre le matin dans une de ces salles avant que les fenêtres aient été ouvertes ?

Desgenettes, au Val-de-Grâce, se félicitait d'avoir plus de succès que ses confrères du même hôpital, et il les attribuait à ce qu'il avait choisi pour son service une salle située au premier étage au-dessus de salles non habitées.

S'il est vrai que l'air s'échappant du rez-de-chaussée infecte le premier étage, on voit l'inconvénient qu'il y aurait à accumuler étage sur étage. A l'hôpital Beaujon on avait eu d'abord l'intention de construire des bâtiments peu élevés, mais on a abandonné bientôt les premiers plans. Je ne veux pas blâmer l'administration des hôpitaux. J'ai étudié tout ce qu'elle a fait depuis longtemps, et ce qu'elle a fait est immense ; mais depuis un certain temps *peut-être* (je prie M. Davenne de remarquer que j'ai dit *peut-être*) a-t-elle été emportée trop loin par le désir de bien faire.

Son désir, en effet, est de ne refuser des soins à personne, et d'admettre dans ses hôpitaux le plus grand nombre de malades possible. Mais il faut prendre garde de se laisser aveugler par l'excès d'une philanthropie mal comprise. Vous ne voudriez pas que les pauvres ouvriers, dont le temps est si précieux, fussent dans l'alternative ou de perdre une journée pour aller voir au loin leurs parents malades, ou de les laisser dans un triste isolement. Ce sentiment est généreux, vous leur laissez donc leurs malades ; mais vous serrez si bien les lits, que, malgré vous et malgré votre charité, vous augmentez la chance de mort de ceux que vous voulez secourir.

On va bientôt construire un nouvel Hôtel-Dieu, je fais des vœux pour qu'on profite en cette occasion des leçons de l'expérience.

M. BONNAFONT. Il résulterait de quelques passages du rapport de M. Gosselin, et surtout de quelques paroles prononcées par M. Malgaigne, que les hôpitaux de Paris seraient loin de présenter les mêmes conditions hygiéniques que ceux de la plupart des villes étrangères. C'est là, à mon sens, une opinion qui ne me paraît pas en général fondée. Ayant eu l'occasion, dans de récents voyages, de visiter en détail les principaux hôpitaux de la Belgique, de la Hollande, de l'Angleterre et de l'Allemagne, j'ai pu constater que sous le rapport de la salubrité, de l'aménagement intérieur, des fournitures et du système de couchage surtout, un très-petit nombre des hôpitaux étrangers pouvaient soutenir la concurrence avec les nôtres, tandis que le plus grand nombre devraient être classés bien au-dessous, quoiqu'ils appartiennent à des villes de premier ordre.

Comme à Paris, la plupart des hôpitaux étrangers sont situés au milieu des villes et ne me semblent pas présenter de meilleurs moyens d'aération. Il faudrait peut-être en excepter, parmi les nouveaux établissements de ce genre, ceux de Saint-Jean, à Bruxelles, l'Hôtel-Dieu de Rotterdam et l'hôpital militaire de garnison à Berlin ; et je ne dissimule pas que ces établissements, l'hôpital Saint-Jean à Bruxelles et celui de la garnison à Berlin surtout, mériteraient d'être examinés avec soin par des personnes compétentes pour les constructions futures de ce genre qu'on pourrait ériger à Paris.

L'hôpital de la Charité de Munich m'a paru aussi dans des conditions tout exceptionnelles ; placé hors de la ville, entouré d'une luxuriante végétation et possédant pour ses malades un jardin et des promenades splendides, le bâtiment, de forme carrée, avec une grande cour convertie en jardin, a trois ou quatre étages, à chacun desquels est pratiqué un large couloir qui fait le tour du bâtiment, s'ouvrant d'un côté dans la cour par de larges et hautes ouvertures cintrées, et de l'autre communiquant avec toutes les salles. Celles-ci ont cela de remarquable qu'elles sont petites et ne contiennent jamais plus de dix à douze lits. Aucun système particulier d'aération n'y est employé ; celle-ci s'opère naturellement par une grande croisée qui s'ouvre sur la campagne. L'hôpital de la Gemma, à Berlin, présente à peu près les mêmes dispositions. Les salles y sont chauffées au moyen d'un vaste calorifère placé à la cave. Chaque salle reçoit la chaleur par deux ouvertures placées au niveau du parquet, et l'air réchauffé s'en échappe par le même nombre d'issues situées presque à la hauteur du plafond, de manière que les malades ne puissent y atteindre, ce qui, du reste, leur est expressément défendu. Ces ouvertures, qui s'ouvrent et se ferment à volonté, sont sous la direction spéciale d'un homme préposé à la garde du service.

Ce sont là certainement des conditions de salubrité que sont loin de présenter la plupart des hôpitaux de Paris, tels que la Charité, la Pitié, etc., où, comme le dit M. Malgaigne, les salles y sont trop grandes et contiennent surtout beaucoup trop de lits.

Cependant Paris possède quelques établissements qui peuvent soutenir avec avantage la concurrence avec les hôpitaux étrangers que je viens de citer : c'est l'hôpital de Lariboisière et surtout notre hôpital militaire de Vincennes.

Maintenant, si de ces conditions hygiéniques des hôpitaux je passe aux différents services de chirurgie, j'ai été étonné d'y voir pratiquer et réussir des opérations qui, comme l'a dit M. Malgaigne, ne sont pas entrées dans le domaine pratique en France. Ainsi, à Édimbourg, à Berlin et à Munich, j'ai observé une foule de résections de grandes articulations dont quelques-unes guéries et d'autres en traitement.

J'en dirai autant de la désarticulation de la hanche et du genou, dont la guérison chez nous constitue une grande exception, tandis qu'ailleurs, et à Édimbourg surtout, d'après l'assertion des chirurgiens que j'ai consultés, la guérison est presque toujours la règle. C'est ainsi que sur cinq désarticulations du genou, pratiquées sur des enfants par MM. Handyside et Edwards, ils ont obtenu *cinq succès*. Ce dernier praticien m'a donné aussi la statistique d'autres opérations graves pratiquées tant en Angleterre qu'en Amérique. Mais ces chiffres sont tellement en contradiction avec les résultats obtenus en France, soit dans les hôpitaux civils, soit dans les hôpitaux militaires, que je ne veux pas même accepter la responsabilité de les modifier.

A Berlin, j'ai eu l'occasion de voir dans le service du célèbre professeur Langenbeck cinq ou six résections, qui du coude, qui du genou, les unes guéries et d'autres en bonne voie. Eh bien, je dois dire que ces opérations graves se pratiquent dans des établissements dont l'aération et l'aménagement intérieur me paraissent loin de présenter des conditions hygiéniques aussi avantageuses que celles de la plupart de nos hôpitaux, et surtout de l'hôpital Lariboisière.

A quoi tiennent donc ces succès ? Il y a là bien certainement une inconnue qu'il importerait d'étudier. Ce n'est pas assurément l'habileté et le savoir de nos chirurgiens qu'il faut mettre en doute. Mais est-ce le climat, est-ce la nature constitutionnelle des sujets opérés ? ou bien, comme l'a dit M. Velpeau, les chirurgiens opèrent-ils plus tôt que nous, et avant d'avoir épuisé toutes les ressources d'une bonne thérapeutique générale ? Ce sont là autant de questions que, par les résultats signalés dans le mémoire de M. Lefort et par ceux que j'ai pu constater moi-même, on est amené à se poser, et dont la science, dans l'intérêt de la vérité et du progrès, doit chercher la solution.

Une chose m'a frappé dans mes visites nosocomiales : c'est le mode de pansement adopté généralement dans presque tous les hôpitaux que j'ai visités. Ainsi, à Edimbourg, à Berlin, à Vienne et à Munich, j'ai vu partout que les plaies, après les grandes et les petites opérations, étaient tout simplement recouvertes, après leur réunion immédiate, par un linge simple imbibé d'eau à la température de la salle. M. Sime, à Edimbourg, semble donner la préférence à la flanelle. Certes, en voyant ce mode adopté exclusivement par des praticiens d'un mérite incontestable, il est bien permis de supposer qu'ils lui ont reconnu quelque mérite.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 7 décembre, M. Paul Dubois, professeur de la clinique d'accouchement à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer dans cette chaire, pendant le premier semestre de l'année 1861-1862, par M. Pajot, agrégé près ladite Faculté.

— M. Didiot, médecin principal, chef du service de santé de l'expédition de Cochinchine, et M. Champenois, médecin-major de 1re classe, viennent de recevoir de S. M. la reine d'Espagne la croix d'Isabelle la Catholique, pour services rendus dans ces contrées lointaines.

— Le professeur James Symes vient d'être nommé chirurgien ordinaire de Sa Majesté Britannique en Ecosse.

— Le service des postes de la Grande-Bretagne comptait, en 1860, un personnel de 25,282 personnes, dont 11,428 maîtres de poste, 11,889 facteurs et messagers, et 1,634 employés. Sur ce nombre, 3,650 étaient occupés dans le seul district de Londres, et se trouvaient entourés de toutes les précautions réclamées par leur santé. Aussi l'état sanitaire de cet établissement n'a-t-il jamais été meilleur qu'en 1860.

Chaque postulant est soumis à un examen au dynamomètre, et sur 568 candidats, 76 ont été refusés.

L'amélioration sanitaire semble être due pour les employés supérieurs à la ventilation et à la meilleure disposition des bureaux ; tandis que les employés subalternes auraient trouvé dans l'emploi d'une certaine étoffe (inverness) un précieux rempart contre le rhumatisme (la maladie des employés de poste). La mortalité générale parmi les membres actifs et pensionnés du service des postes a été de 42 sur 2,826, ou le rapport de 14.8 par 1,000. Les maladies les plus communes après le rhumatisme sont les affections des poumons, du cerveau et du système nerveux. (*Med. Times and Gaz.*)

— La Société médicale du Panthéon a procédé aux élections annuelles dans sa dernière séance mensuelle. Son bureau se trouve ainsi composé pour 1862 :

Président, M. Coursserant ; premier vice-président, M. Caudemont ; second vice-président, M. Dupré ; secrétaire général, M. Domerc ; secrétaire annuel, M. Moretin ; secrétaire adjoint, M. Moura-Bourrouillou ; trésorier archiviste, Girault.

— M. le docteur Marcé commencera son cours public sur les maladies mentales le lundi 16 décembre, de une à deux heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis et vendredis à la même heure.

— M. le docteur Triquet commencera, le mercredi 17 décembre, à sept heures du soir, à son dispensaire, impasse Larrey, 4, la première partie de son cours public sur les maladies de l'oreille. Il traitera de la surdité nerveuse et de ses variétés.

On demande un médecin pour la commune d'Hasnon (Nord) : population, 3,500 habitants. — Adresser les références et demandes de renseignements au maire de la commune.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 146. — SAMEDI 14 DECEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

Nous avons exposé dans la *Revue* du 9 novembre dernier le bulletin des maladies régnantes dans les hôpitaux de Paris pour la dernière quinzaine de septembre et une partie du mois d'octobre. Voici quelques indications sur les maladies qui ont dominé à la même époque dans quelques-unes des principales villes de France, notamment à Lyon, à Bordeaux et à Strasbourg, d'après les bulletins que publient les journaux de ces localités.

A Lyon, les angines se sont montrées très-fréquentes, la plupart légères et exemptes de complications susceptibles d'attirer l'attention. Cependant on commençait à y citer quelques cas, très-rares encore, de ces paralysies pharyngiennes que laissent après elles certaines angines diphthéritiques.

Dans la foule d'indispositions intestinales, diarrhées, dyssenteries, dont la bénignité était tout à fait rassurante, des maladies d'un caractère bien plus alarmant, des fièvres typhoïdes, surgissaient depuis quelques semaines, et paraissaient faire craindre que la constitution médicale ne conservât pas longtemps le caractère général d'innocuité qu'elle avait eu jusque-là.

A Strasbourg, il y avait à cette époque peu de maladies : pas de fièvres typhoïdes, rien d'épidémique, si ce n'était quelques retardataires de la rougeole catarrhale qui a régné avec tant d'intensité dans les mois précédents ; peu d'intermittentes, peu d'inflammations ; en général, rien dans la constitution atmosphérique qui ait été de nature à favoriser la genèse d'éléments morbides.

A Bordeaux, les mois de juillet et août avaient été remarquables par les diarrhées nombreuses, dyssenteries, cholérines, les fièvres et névralgies intermittentes, les fièvres typhoïdes, les angines simples et angines couenneuses, et surtout par les maladies éruptives : rougeole, scarlatine, varioloïde, varicelles, ces dernières ayant affecté la forme épidémique dans un pensionnat de la ville. Nous n'avons pas eu encore sous les yeux les bulletins des mois suivants.

Parmi les maladies qui ont pris un caractère véritablement épidémique dans le courant de l'année, et sur lesquelles les journaux de province nous ont transmis des documents, nous signalerons l'épidémie d'érysipèles de Lyon, qui régnait à peu près en même temps que celle de Paris, les épidémies de rougeole de Strasbourg et de Montpellier, une épidémie d'affection diphthéritique qui a régné dans deux communes des environs de Bordeaux.

Enfin, M. le docteur Sernin Fontan vient tout récemment de nous transmettre la relation de quelques cas de variole qui se sont montrés à Arreau (Hautes-Pyrénées. Nous reviendrons sur quelques-unes de ces épidémies.

De la valeur séméiologique de l'égophonie dans la pleurésie.

Les réserves que nous avons faites en notre nom et au nom de plusieurs de nos confrères, relativement aux conclusions sommaires présentées par M. Landouzy à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine sur la valeur séméiologique de l'égophonie dans la pleurésie, nous font un devoir de mettre sous les yeux de nos lecteurs les nouveaux faits que l'honorable professeur de Reims vient de publier. Nous ne ferions aucune difficulté de convenir, dès à présent, que ces faits nous paraissent parfaitement concluants en faveur de l'interprétation nouvelle que M. Landouzy donne à ce signe ; mais nous réservons de plus amples commentaires à cet égard pour l'époque où notre savant confrère publiera l'ensemble de ses recherches sur ce sujet. En attendant, voici les faits nouveaux que nous extrayons du dernier cahier des *Archives générales de médecine :*

Une femme de trente-trois ans était couchée au n° 12 de la salle Sainte-Balsamie, à l'Hôtel-Dieu de Reims, atteinte d'un épanchement pleural gauche. Le début de l'affection remontait à environ six semaines ; il était survenu vers le 20 mai une vive douleur de ce côté. Le 19 juin, elle se levait de grand matin comme d'habitude pour se rendre à son travail, quant tout à coup elle fut prise d'une fièvre violente, avec dyspnée intense, insomnie absolue, bouche brûlante.

Le 24, elle entre à l'Hôtel-Dieu, où l'on constate tous les signes d'une pleurésie latente, avec stomatite pultacée. — Diurétiques, purgatifs, chlorate de potasse, larges vésicatoires, tels furent les moyens employés.

Le 1er juillet, M. Landouzy reprend sa clinique, et il observe l'état suivant : décubitus sur le dos ou sur le côté malade, impossibilité de se coucher sur le côté sain, fièvre moyenne. Muguet des plus douloureux ; diarrhée abondante ; dyspnée considérable ; dilatation notable du côté gauche ; déviation du cœur à droite ; abaissement de la rate au-dessous des fausses côtes. La matité est absolue dans toute l'étendue du côté gauche ; elle est également absolue au-dessus de la clavicule, et il n'existe pas dans cette région la moindre trace de résonnance tympanique. Cette matité est la même en avant qu'en arrière. En aucun point ne s'entend la respiration normale ; elle est remplacée par un souffle tubaire, exagéré surtout dans la gouttière vertébrale. L'égophonie est des plus caractérisées ; elle a son maximum d'intensité à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du poumon, un peu au-dessus de l'angle de l'omoplate. On ne la constate pas ailleurs.

L'aggravation notable des accidents généraux ne permettant pas de retarder davantage la thoracentèse, M. Landouzy la pratique dès le lendemain matin. La ponction donne issue à 1,450 grammes de sérosité limpide.

Voici ce que l'on constate pendant la durée de l'écoulement : non-seulement le souffle bronchique persiste, mais à mesure que l'écoulement a lieu, il semble se rapprocher de l'oreille ; il devient plus intense. L'égophonie est également plus manifeste, plus nette, beaucoup moins diffuse qu'avant la ponction. Toutes les deux ou trois minutes M. Landouzy réapplique l'oreille, et il trouve l'égophonie de plus en plus accentuée. Il semblerait, dit-il, que la malade, ayant un jeton d'ivoire entre les dents, parle la bouche appliquée contre l'oreille de l'observateur. A la fin de l'opération, l'égophonie s'entend en arrière plus bas qu'au commencement, et on l'entend très-distinctement à la partie antérieure du thorax, où il n'y en avait pas trace auparavant. La matité et le défaut d'élasticité persistent au même degré qu'avant la thoracentèse ; les battements du cœur sont revenus à leur lieu normal.

Ainsi, augmentation de l'égophonie et du souffle tubaire en étendue et en intensité pendant et après l'écoulement du liquide, persistance de la matité, tels sont en résumé les phénomènes constatés.

Le lendemain, la malade est très-soulagée, et on trouve le même souffle, la même égophonie et la même matité que la veille.

Le troisième jour, mêmes résultats. Les jours suivants, amélioration graduelle dans l'état général ; mêmes phénomènes stéthoscopiques. M. Landouzy s'inquiète de cette persistance, et, n'était l'absence absolue de dilatation thoracique et de tout déplacement viscéral, il serait disposé à croire au retour du liquide.

Chaque matin, il examine avec le plus grand soin, et le 10 juillet, pour la première fois, c'est-à-dire le dixième jour de l'opération, il découvre avec joie un peu de respiration vésiculaire au sommet, avec quelques râles humides et une diminution de matité d'un travers de doigt. A partir de ce moment, on trouve chaque jour une augmentation de sonorité coïncidant avec une diminution graduelle d'égophonie et de souffle bronchique.

Le 16, pour la première fois, on ne constate plus ni souffle tubaire ni égophonie ; la respiration s'étend de la base au sommet, en avant et en arrière, mélangée à quelques rhonchus humides. La matité existe encore dans les deux tiers inférieurs.

Le 22, la respiration est parfaite dans toute l'étendue de la poitrine ; la matité, quoique ayant considérablement diminué, est encore manifeste. Il n'y a pas de rétraction appréciable du côté affecté.

Le 23, la malade quitte l'hôpital complétement guérie.

— La conclusion de ce fait nous paraît inévitable, et il faut bien reconnaître, en effet, avec M. Landouzy, que dans ce cas particulier au moins, l'égophonie n'était pas due nécessairement à la présence du liquide épanché dans les plèvres, mais bien aux effets consécutifs de l'épanchement, effets persistant plus ou moins longtemps encore après l'évacuation du liquide.

Mais voici un autre fait recueilli depuis le précédent, dans lequel l'égophonie a disparu avec le liquide, et qui loin de témoigner contre la nouvelle théorie de M. Landouzy, ainsi qu'on serait porté à le croire au premier abord, en est au contraire une sorte de contre-épreuve.

— Il y a quelques jours, M. Landouzy était consulté pour une malade âgée de soixante-deux ans, affectée d'un épanchement qui datait d'environ deux mois. Sauf un léger point de côté à gauche, il était survenu d'une manière latente. La matité était absolue, le souffle tubaire et l'égophonie se produisaient avec intensité en arrière ; le cœur était fortement dévié à droite. La dyspnée augmentait, et l'état général empirait sensiblement. L'indication de la thoracentèse était précise. Faite immédiatement par M. le docteur Petit, médecin ordinaire de la malade, elle donna issue à trois litres de sérosité limpide.

Comme la date de l'épanchement paraissait la même que celle de l'opérée précédente, et que les accidents locaux et généraux étaient presque identiques, je craignais, dit M. Landouzy, que le poumon ne fût déjà enveloppé de fausses membranes inextensibles, et que l'on ne vît, comme chez cette première malade, l'égophonie s'accroître après la thoracentèse. Ce fut le contraire qui arriva. L'égophonie, le souffle bronchique et la matité diminuèrent notablement à mesure que le liquide s'écoulait. Une fois l'écoulement terminé, on constata immédiatement le retour du murmure vésiculaire mêlé à quelques rhonchus sous-crépitants humides dans toute l'étendue de la poitrine, une diminution considérable de l'égophonie, du souffle bronchique et de la matité.

De ces deux faits, contradictoires en apparence, M. Landouzy tire cette conclusion, qui est celle à laquelle il avait été conduit par les faits rapportés dans son précédent mémoire, savoir : que l'épanchement n'est que la cause indirecte des modifications qui surviennent dans la respiration ou dans la voix.

« En effet, dit-il, si le poumon est uniquement comprimé par la sérosité sans fausses membranes résistantes, la sérosité une fois évacuée, il reprend aussitôt son jeu normal, et l'on constate sur-le-champ la disparition ou la diminution considérable du souffle, de l'égophonie et de la matité. Si le poumon est enveloppé par des fausses membranes déjà résistantes, il ne recouvre pas à l'instant sa liberté d'expansion, et l'on continue à constater, plus clairement même, l'égophonie et les souffles bronchiques. Si enfin ces fausses membranes sont fibreuses, cartilagineuses, comme tous les observateurs en ont vu des exemples, le poumon reste emprisonné à toujours dans cette coque inextensible, et le liquide évacué, les modifications de la voix, du souffle et de la sonorité persistent comme auparavant. »

Maintenant, pourquoi, dans la seconde hypothèse, l'égophonie et les souffles s'entendent-ils mieux après l'évacuation du liquide? C'est tout simplement, suivant M. Landouzy, parce que le poumon se trouve alors plus rapproché de l'oreille.

Nous reviendrons sur cette question, trop importante au point de vue pratique pour nous en tenir aux seules déductions de ces deux faits.

Erysipèle mortel de la face, précédé de troubles graves du côté du pharynx et du larynx. — Question des érysipèles internes.

Nous avons plusieurs fois appelé l'attention de nos lecteurs, dans ces dernières années, sur les érysipèles internes et sur les phénomènes curieux de leur migration du dedans au dehors. Voici un exemple digne d'intérêt de ce mode d'origine et de développement excentrique de l'érysipèle, observé à l'hôpital de la Charité pendant la dernière phase de l'épidémie d'érysipèle qui a si longtemps sévi sur nos hôpitaux. Il a été recueilli par M. Laborde, interne du service, qui en a fait le sujet d'une communication à la Société de biologie.

Une jeune femme de vingt et un ans, Marie B..., entrait le 23 août dernier à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Rose, pour une tumeur assez volumineuse située dans la région cervico-sous-maxillaire droite, et pour des maux de gorge persistants qui paraissaient dépendre tout à la fois et de la diathèse strumeuse dont cette jeune femme présentait tous les caractères, et d'une ancienne affection syphilitique. Un traitement mixte, de proto-iodure de mercure et d'iodure de potassium, associé à un régime tonique, avait produit une amélioration rapide, et déjà la malade se préparait à quitter l'hôpital, lorsque, le 20 septembre au soir, elle se sentit prise d'un violent mal de gorge, de céphalalgie et de quelques frissons.

A la visite du 21, on constate une rougeur diffuse assez intense de toute la région pharyngo-gutturale, avec courbature générale, céphalalgie, langue blanchâtre, anorexie, facies anxieux ; pouls à 70-75, régulier et plein. On prescrit un gargarisme au chlorate de potasse. — Dans la soirée, des symp-

tômes plus graves commencèrent à se manifester vers la gorge; la déglutition devint d'une extrême difficulté, et il se manifesta en même temps un peu de gêne respiratoire, fièvre, céphalalgie intense.

Le 22 au matin, la malade peut à peine faire entendre quelques sons; la déglutition est presque impossible. On constate, en outre, des changements notables dans l'aspect d'une portion du cou et de la face. Toute la région sous-maxillaire est fortement tuméfiée, et la tumeur primitive, qui s'était presque complétement affaissée dès les premiers jours sous l'influence du traitement mercuro-ioduré, paraît avoir repris un peu de son volume. Les lèvres sont également gonflées, ainsi que le nez et la portion de la face qui avoisine la bouche. Une rubéfaction peu prononcée, diffuse, se répand sur les parties tuméfiées. La malade a d s accès d'étouffement, elle se plaint particulièrement de la gorge; les difficultés excessives qu'éprouve la malade à ouvrir la bouche ne permettent pas d'en faire l'examen. Etat fébrile marqué; céphalalgie vive. On prescrit 1 gramme d'ipécacuanha, qui ne peut être ingéré qu'à grand'peine et en partie seulement.

A la suite des vomissements provoqués par l'ipécacuanha, la malade est très-soulagée; elle respire plus à l'aise, et le mieux se continue jusque dans la soirée. Mais dans la nuit les choses s'aggravent de nouveau, et de violents accès d'étouffement reparaissent.

Le lendemain matin, la malade est assise dans son lit, respirant à grand'peine, et faisant de vains efforts pour parler; la tuméfaction du cou et de la face est encore augmentée, et toute la moitié inférieure de celle-ci est couverte d'une rougeur et présente un aspect qui ne sauraient plus laisser le moindre doute sur le caractère érysipélateux de la maladie; la rougeur est surtout prononcée aux environs des ouvertures buccale et nasale. Le nez lui-même est très-tuméfié et le siége d'un peu d'écoulement muco-catarrhal. Les yeux sont larmoyants et les conjonctives rouges, le facies anxieux. Fièvre, céphalalgie toujours intenses. On prescrit une nouvelle dose d'ipécacuanha, qui, n'ayant été que très-imparfaitement avalé, ne produit que des efforts insignifiants de vomissement.

L'émétique est essayé dans la soirée, mais sans plus de résultat; l'érysipèle a gagné les parties supérieures de la face; un peu de délire et d'agitation s'est manifesté la nuit.

Le 23, la face entière est le siége d'une énorme tuméfaction et d'une rougeur intense. Déjà la racine du cuir chevelu est atteinte; la parole et la déglutition sont impossibles, la dyspnée est extrême; l'érysipèle gagne également les parties supérieures du tronc. La malade passe la journée, et surtout la nuit, dans une agitation extrême; elle expire à sept heures du matin dans un accès de délire.

A l'autopsie, pratiquée le lendemain matin, on rencontre une rougeur remarquable de toute la muqueuse buccale pharyngée et des fosses nasales; cette rubéfaction érysipélateuse n'est interrompue par places que par des filaments épais d'enduit muqueux, grisâtre, mais elle se prononce d'autant plus que l'on s'approche davantage de la région laryngée supérieure. A la face inférieure et postérieure de l'épiglotte, tout autour des ligaments ary-épiglottiques et dans toute la région sus-glottique, elle est d'une intensité remarquable; mais la portion droite de cette région attenante au ligament ary-épiglottique de ce côté présente plus que de la simple rougeur, on y voit une véritable ulcération de nature gangréneuse. Enfin, l'œdème des replis est moins prononcé qu'on ne pouvait s'y attendre; il est plutôt diffus qu'accumulé en un seul point.

Il s'agit bien évidemment là, ainsi que l'a fait remarquer avec raison M. Laborde en communiquant ce fait à ses collègues, d'un érysipèle interne spontané, sans point de départ dans une lésion antérieure ou un traumatisme quelconque, et dont la manifestation ainsi que la gravité sont également imputables à l'influence épidémique qui régnait encore à cette époque.

Eruption tardive et difficile de la dernière dent molaire.

Un homme d'une trentaine d'années est entré à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. le professeur Nélaton, pour un abcès volumineux de la face interne de la joue, avec tuméfaction de toute la région maxillaire et difficulté d'écarter les mâchoires. Cet homme éprouvait depuis très-longtemps des douleurs dans le côté droit de la mâchoire; il y a six mois ces douleurs sont devenues de plus en plus intenses, puis il est survenu du gonflement et de la difficulté dans les mouvements.

Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, l'abcès de la oue s'est ouvert dans l'intérieur de la bouche. Il a été possi ble jalors d'écarter les mâchoires et d'examiner les parties. Voici ce que M. Nélaton a reconnu : Au niveau de la cinquième molaire de ce côté, il existait une petite ulcération, ou plutôt un trou au fond duquel on sentait la couronne d'une dent molaire; l'un des mamelons seulement faisait saillie, le reste de la couronne était contenu dans l'épaisseur de la gencive. C'était la dent de sagesse faisant tardivement éruption et déviée faute de place suffisante pour se placer en son rang.

On avait, dans la constatation de ce simple fait physiologique, l'explication des longues souffrances qu'avait éprouvées cet homme, et des désordres inflammatoires dont la région maxillaire avait été le siége.

Ce fait a remis en mémoire à M. Nélaton l'histoire d'une jeune femme qui lui avait été adressée de la province comme atteinte d'une affection scrofuleuse. On avait tant pratiqué d'incisions pour de prétendues caries, tant fait de tentatives d'extraction de prétendus séquestres, qu'on avait fini par couper le nerf facial. Or, il n'y avait jamais eu chez cette femme la moindre trace de scrofule; c'était l'éruption tardive de la dernière molaire qui avait donné lieu à des douleurs et à des accidents inflammatoires du côté des mâchoires, et qui avait fait croire à l'existence de manifestations scrofuleuses.

Dans d'autres circonstances, on a pris les accidents causés par l'éruption de la dent de sagesse pour des tumeurs syphilitiques ou d'autres productions morbides de diverse nature et même pour des tumeurs cancéreuses.

Ce sont là de petits faits; mais ces petits faits, sur lesquels M. Nélaton et M. Velpeau avant lui n'ont cessé d'appeler l'attention, ont une importance considérable dans la pratique, à cause des fréquentes méprises dont ils sont cause et des graves conséquences qui en peuvent quelquefois résulter. C'est une cause d'erreur dont il faut se défier plus qu'on ne le fait peut-être généralement, non-seulement chez les jeunes gens, mais encore chez les adultes même d'un âge assez avancé. On vient de voir que le malade qui nous a fourni le texte de ces réflexions avait une trentaine d'années. On peut s'attendre à observer ces mêmes désordres jusqu'à l'âge de quarante ans.

Que faire dans ce cas? La marche du praticien est toute réglée d'avance. Si la dent déviée est accessible aux instruments, il faut en faire l'avulsion; mais il est souvent très-difficile de l'atteindre, et on est quelquefois obligé d'y renoncer. Dans ce cas, il faut arracher la dernière molaire, celle qui est placée immédiatement avant la dent nouvelle. Tous les symptômes morbides cessent aussitôt, et la dent déviée prend peu à peu sa place.

MÉNORRHAGIE PROMPTEMENT MORTELLE,

Survenue à la troisième menstruation, dans l'état de vacuité de l'utérus, chez une jeune fille de dix-sept ans, au milieu de la santé la plus florissante.

Par M. le Dr Roché, de Pont-sur-Yonne.

Le 13 juin 1861, je fus appelé à six kilomètres de mon domicile, au hameau du Fays, commune de Nailly, pour donner des soins à C. L..., âgée de dix-sept ans. Cette jeune fille, brune, grande, forte, jouissant d'une excellente santé, habitant une maison salubre, bien aérée, avait été réglée pour la première fois vers la mi-avril 1861; la deuxième époque revint au bout d'un mois sans offrir rien de particulier.

Dans le milieu de la journée du 12 juin, les règles parurent pour la troisième fois, tandis qu'elle était aux champs; la température était alors très-élevée. A son retour, elle se coucha après avoir soupé comme à l'ordinaire; l'écoulement devint très-abondant pendant la nuit, et, en voulant se lever le matin, elle eut une lipothymie qui la força à se remettre au lit. La mère s'aperçut alors que le sang coulait abondamment, que la chemise et le lit en contenaient une grande quantité, en partie coagulé, et, malgré les accidents, elle attendit encore jusqu'à une heure pour m'appeler.

Voici ce que j'observai à trois heures du soir :

C... est très-pâle, elle ne peut se remuer sans être menacée de lipothymie; le pouls est très-fréquent, filiforme; elle se plaint de nausées, d'étouffement, de bourdonnements d'oreilles; elle est agitée : comme on ne pouvait pas la laisser au milieu de la *mare* de sang dans laquelle elle se trouvait, je la transportai avec précaution sur un lit voisin, sans oser faire changer la chemise; je la plaçai sur la paillasse, la tête très-basse, recouverte seulement du drap; j'établis une ventilation dans l'appartement; je fis recouvrir l'hypogastre et la vulve d'où le sang s'échappait en abondance, d'une serviette trempée dans de l'eau très-froide, renouvelée tous les quarts d'heure; je donnai également tous les quarts d'heure une cuillerée à bouche d'une potion de 175 grammes, dans laquelle entraient soixante gouttes de perchlorure de fer médicinal au quart; pour boisson, une limonade citrique et une décoction concentrée de ratanhia.

Comme l'hémorrhagie continuait au bout d'une demi-heure, je fis moi-même une injection d'oxycrat, et je donnai du vin vieux par cuillerées : l'écoulement diminuant beaucoup, je me retirai au bout de deux heures, en recommandant de continuer exactement les injections froides et les autres moyens.

A peine avais-je quitté la malade, que l'hémorrhagie augmenta. Mandé de nouveau, je la revis à onze heures du soir; les traits étaient profondément altérés, les pupilles dilatées; la voix presque éteinte; elle avait beaucoup de soif, de nausées et des vomissements fréquents; elle était très-agitée et se plaignait d'étouffer. Je fis de suite une injection avec 15 grammes de tannin, que je maintins dans le vagin; mais le sang continuant toujours à couler, je tamponnai avec des bourdonnets de charpie trempés dans du perchlorure de fer chirurgical à 30°. Cette opération fut pénible, à cause de l'étroitesse du vagin. Je reconnus à l'examen la membrane hymen intacte, le col petit, l'orifice externe fermé, les deux lèvres du museau de tanche rapprochées sans déchirure transversale; l'utérus me parut dans l'état ordinaire. La malade n'avait pas uriné depuis le matin, mais la vessie ne s'élevant pas au-dessus du pubis, je pensai qu'il n'y avait pas de sécrétion d'urine. — Potion de 175 grammes avec 40 gouttes d'eau de Rabel; même boisson en y ajoutant une infusion de tilleul.

Aussitôt après le tamponnement, le sang ne reparut plus, et je me retirai au bout d'une heure, croyant cette fois l'hémorrhagie arrêtée. Outre les moyens indiqués, je prescrivis des quarts de lavements froids, si le sang venait à reparaître. Trois heures après mon départ, le sang avait traversé les tampons et s'écoulait au dehors de la vulve en abondance.

A ma troisième visite du matin, le 14, à huit heures et demie : facies hippocratique d'un blanc de cire, pouls insensible à la radiale, extrémités froides, paroles inintelligibles, yeux vitrés, etc. Mort au bout d'un quart d'heure, après quatre ou cinq inspirations prolongées, quarante-cinq heures après l'apparition des règles, et dix-huit heures après ma première visite.

L'excellente constitution de cette jeune fille, son genre de vie, la régularité des deux menstruations précédentes, tout vait écarter l'idée de la possibilité d'une métrorrhagie. A qu cause peut-on donc attribuer cette perte qui a eu une term son funeste aussi rapide? Ce n'est pas à un avortement, d'après ce que j'ai observé l'utérus était certainement d l'état de vacuité; ce n'est pas davantage à la présence d corps étranger intra-utérin, polype, hydatide, etc., etc, corps occasionnent des pertes fréquentes, irrégulières, sou répétées, qui épuisent les malades; ils sont d'ailleurs très-ra à cet âge. La menstruation était régulière, elle était reven aux époques ordinaires. Il n'existait pas non plus de purpu d'affection scorbutique, etc., qui pût déterminer une hémo rhagie. Il faut donc recourir à une autre cause, et ici je cr que l'on doit attribuer cet accident à une disposition hémorr gique toute particulière, avec d'autant plus de raison que, tr ans auparavant, son jeune frère de quatorze ans avait s combé à la suite d'une épistaxis survenue dans une ang couenneuse que rien ne put arrêter. Bien que la médication été tardive, elle a été des plus énergiques et des plus continu ventilation, décubitus dorsal, le bassin très-élevé, aspersio froides, applications réfrigérantes, injections astringentes, ta ponnement avec la charpie imprégnée d'un liquide styptiqu boissons acidules, potions astringentes et styptiques, etc., to a été mis en usage sans succès. Je pensais, à ma troisième visi exercer la compression de l'aorte abdominale, donner le seig ergoté, la rue, la sabine, etc.; mais je n'en ai pas eu le temp je doute d'ailleurs que ces moyens eussent obtenu plus de succ que ceux déjà employés, et sur lesquels je comptais beaucou ne pouvant présumer qu'une hémorrhagie, dans les circo stances où cette jeune fille se trouvait, fût capable d'entraîner la mort; je ne connais pas d'exemple analogue.

QUELQUES RÉFLEXIONS

sur le mode opératoire de M. Marion Sims, pour les fistules vésico-vaginales;

Par M. Clément Ollivier (d'Angers).

Depuis deux ans qu'a eu lieu la publication de la méthode américaine pour la cure des fistules vésico-vaginales, j'ai pratiqué un grand nombre de fois cette opération avec le plus complet succès; je n'ai trouvé que deux fois des sujets incurables: une première fois, il y a deux ans, chez une femme ayant une complication de fistule vésico-utérine où allait s'engager la sonde, ce qui en rendit l'usage impossible ou plutôt insupportable à la malade, qui ne voulut plus se soumettre à une autre sonde; la seconde fois, cette année même, chez une malade qui offrait une déperdition de substance dans la moitié supérieure de la cloison vésico-vaginale.

Ceci posé, voici quelques réflexions sur le mode opératoire de M. Marion Sims:

D'abord, lorsqu'il y a deux ans M. Bozemann vint opérer en France et préconiser sa méthode, on cria bien haut que M. Sims, en substituant, dans les sutures en général, l'emploi des fils d'argent à ceux de lin ou de soie, avait rendu un véritable service à l'humanité. Or, tout en reconnaissant l'immense avantage des fils métalliques, que j'ai déjà fait ressortir dans une note publiée dans ce journal, il n'en serait pas moins juste de revendiquer pour la médecine vétérinaire tout le mérite de cette substitution, puisque les médecins vétérinaires emploient depuis un temps immémorial les fils métalliques dans le bouclement des jeunes cavales.

M. Sims blâme la position adoptée par M. Bozemann pour pratiquer l'opération. Cependant, si nous considérons le lieu où se trouve située la plaie, n'est-il pas clair qu'en faisant placer la malade sur les genoux, le corps étant appuyé sur les coudes, on aura la position la plus commode, puisqu'au moyen du demi-spéculum conique, en relevant vers le sacrum la cloison vagino-rectale, on met complétement à découvert le plancher vagino-vésical.

La position nouvelle adoptée par M. Sims peut donc bien être individuellement plus commode, mais il serait fâcheux de la donner comme règle, puisqu'elle n'est ni rationnelle ni commode pour tout opérateur.

Maintenant, cette opération présente-t-elle toujours d'aussi grandes difficultés que celles qu'on lui attribue généralement? Non, assurément; car du moment où par la position de M. Bozemann et du demi-spéculum conique on est parvenu à mettre à nu la plaie à opérer, l'opération se trouve singulièrement simplifiée. Avec un peu d'habitude des opérations minutieuses, il est facile de venir à bout de celle-là.

Mais cette opération devient de la plus grande facilité si l'on peut parvenir à abaisser l'utérus et à mettre à découvert la cloison vagino-vésicale, ce que j'ai pu faire quatre fois sur six.

M. Sims décrit l'opération dans l'hypothèse d'une plaie en travers, mais les plaies en travers ne sont pas les seules qui se produisent dans cette partie. En effet, j'ai été sur six opérations une fois appelé à opérer une déchirure semi-lunaire partant du col utérin et descendant à quatre centimètres sur la cloison vagino-vésicale.

Deux fois j'ai trouvé des déchirures longitudinales, l'une de deux centimètres, l'autre d'un centimètre seulement.

Une autre fois, j'ai trouvé un simple pertuis à passer la sonde, allant s'ouvrir près du col utérin, après avoir cheminé pendant un centimètre dans l'épaisseur de la cloison.

Il est bien clair que dans ces circonstances l'opération doit

être singulièrement simplifiée par l'abaissement de l'utérus.

Quant à la torsion des fils qui soulève une question de la plus haute importance pour la réussite de cette opération, selon moi les méthodes compliquées de MM. Bozemann et Sims ne peuvent convenir en aucune façon à des chirurgiens qui n'ont point l'habitude de cette opération.

En effet, la condition essentielle pour qu'une suture soit bien faite, c'est que la main de l'opérateur ressente de la manière la plus sensible le degré de force employé dans la torsion de ces fils et l'affrontement des bords de la plaie; car les fils peuvent d'autant plus facilement déchirer les tissus qu'ils sont plus fins et plus serrés.

Le moyen le plus simple est assurément le plus sûr, c'est-à-dire de tordre l'un sur l'autre, au moyen de deux de pinces faciles à manier, et sans intermédiaire, les deux chefs libres des fils métalliques.

M. Sims veut qu'on donne un bon régime à la malade; or, comment donner un bon régime et maintenir la constipation si utile en pareil cas?...

Comment aussi concilier l'emploi de la sonde et la liberté accordée à l'opérée de se coucher à volonté sur le côté ou sur le dos, alors qu'il est si indispensable de surveiller la position de la sonde elle-même?

Franchement, les règles prescrites par M. Sims sont bien loin de valoir celles de son élève M. Bozemann, tant il est vrai que tout procédé marche vers la perfection en passant de mains en mains.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. le docteur Leriche résume ainsi (*Gazette médicale de Lyon* du 16 octobre 1861) les principes généraux qui le guident dans sa pratique:

» Dans nos idées, toutes les fois qu'il y a fièvre chez un individu, quelles qu'en soient la cause et la source, nous le soumettons toujours à l'usage de la teinture de digitale, dans le but non pas d'agir d'une manière spéciale sur le cœur, mais pour en diminuer l'action; faire qu'il ne s'épuise pas par une action trop fréquente et trop rapide, déterminée chez lui par les divers états morbides, de manière que, vers la fin des pyrexies, on puisse lui imprimer sans inconvénient, par l'usage de certains toniques, l'énergie qui est nécessaire à une vitalité plus puissante.

» Dans la deuxième période de la maladie, les évacuants salins ou huileux conviennent, quelques antispasmodiques même sont indiqués, et le plus certain, selon nous, c'est l'opium ou ses dérivés.

» Dans la troisième période, il faut avoir recours aux toniques, aux corroborants, se hâter d'arriver à une alimentation en rapport avec l'état du malade. »

Il n'est pas fait mention de l'emploi de la digitale dans les deux observations de fièvre typhoïde que renferme l'article de M. Leriche. Nous ne pouvons donc pas nous prononcer sur la valeur de ce médicament, conseillé ici comme accessoire, et d'après des données théoriques qui auraient besoin d'une confirmation expérimentale.

Ce qui constitue essentiellement l'innovation dans le traitement de M. Leriche, c'est l'idée de substituer le tannin au sulfate de quinine pendant la troisième période, c'est-à-dire à l'époque où les toniques sont indiqués. Dans la première observation, le tannin a été donné à la dose de 50 centigrammes dans une potion, depuis le quatorzième jusqu'au vingt et un ou vingt-deuxième jour. Dans le deuxième cas, le tannin a été administré dès le dixième jour, mais à la dose de 25 centigrammes seulement, dans une potion à prendre par cuillerées, d'heure en heure. Cette dose a été élevée à 50 centigrammes à partir du quatorzième jour et continuée jusqu'au trente-huitième jour. Pendant ce laps de temps, il y a eu plusieurs hémorrhagies intestinales.

En somme, des deux sujets chez lesquels nous pouvons apprécier les effets du traitement de M. Leriche, l'un a eu trente et un jours de maladie et vingt-sept jours de traitement; l'autre, cinquante-trois jours de maladie et quarante-neuf jours de traitement. Et l'auteur ajoute que sur quarante-six malades ainsi traités, il compte quarante guérisons et six morts. Ces résultats paraîtront-ils assez brillants pour exciter les praticiens à appliquer la méthode de M. Leriche et pour leur faire préférer le tannin au quinquina dans le traitement des fièvres typhoïdes à forme adynamique?

Ce n'est pas seulement à titre de tonique que M. Leriche veut substituer le tannin au quinquina. Nous trouvons dans le *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles* (numéro d'octobre 1861), la première partie d'un mémoire dont nous nous occuperons quand il sera publié en entier, et dans lequel cet auteur se propose de démontrer que le tannin peut remplacer le quinquina même comme antipériodique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 décembre 1861. — Présidence de M. Laborie.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

A l'occasion du procès-verbal, M. GIRALDÈS: La communication de M. Houël, au nom de M. Nélaton, la relation des opérations de M. Baker-Brown ont intéressé vivement les chirurgiens et toute la presse. On a parlé de cinq opérations toutes suivies de succès, mais cette statistique n'est pas celle de M. Baker-Brown lui-même. Il a donné un relevé de seize observations, dans lesquelles il y a des morts. Pourquoi n'avoir parlé que de cinq?

M. Spencer-Wells, qui recueille et publie les opérations et leurs résultats, nous donne la relation de 24 cas, dont 14 à l'hôpital et 5 morts, et 10 en ville et 3 morts; en somme, 8 morts. Les cas de mort sont variables: il en est qui surviennent vingt-quatre, quarante-huit heures après l'opération; il y a des femmes qui ont péri d'hémorrhagie.

M. Baker-Brown, avait dit M. Houël, n'opère que les kystes multiloculaires; or, je trouve dans les propres observations du chirurgien anglais, deux kystes uniloculaires.

Il y a aussi une statistique de M. Claye de 1861. M. Claye a fait 104 opérations. 97 fois les malades ont été traitées et surveillées par lui; il avait été appelé pour opérer les autres femmes et n'a pas suivi leur traitement. Il y a 29 morts pour la première série, 5 pour la seconde.

Je crois donc que cette opération n'offre pas une perspective aussi rassurante que pourrait le faire supposer la communication que M. Houël a faite à la Société.

M. HOUEL. En faisant la communication au nom de M. Nélaton, je n'ai pas eu l'intention, la Société doit s'en souvenir, de donner la statistique de M. Baker-Brown, pas plus que de chercher à démontrer l'innocuité de l'ovariotomie, ce qui est loin de ma pensée. Je me suis borné seulement à rendre compte de l'opération dont M. Nélaton avait été témoin, et des malades que M. Nélaton avait vues dans la maison de santé de M. Baker. M. Giraldès n'a pas compris les limites dans lesquelles j'avais voulu rester, et la Société n'a pas non plus commencé une discussion sur l'ovariotomie en général, et sur les statistiques qui ont été publiées.

Quant à la malade qui a fait le sujet de cette communication, voici les détails qu'a reçus M. Nélaton, et qui lui ont été adressés par M. Henri Guéneau de Mussy.

M. Guéneau de Mussy a vu la malade deux fois, cinq jours et huit jours après l'opération. Le cinquième jour il y avait de la fièvre, de la stupeur, 120 pulsations, mais pas de douleur abdominale.

Vendredi dernier, c'est-à-dire huit jours après l'opération, pas de fièvre, pas de douleur abdominale, ventre souple. Le pédicule de la tumeur était tombé, la malade mangeait. Mais M. de Mussy ne parle pas des points de suture de l'utérus. J'aurai, je l'espère, de nouveaux détails à fournir dans la prochaine séance.

Sur une demande de M. HUGUIER, M. Houël répond que la suture était faite avec des fils métalliques et suivant la méthode dite *suture perdue*.

M. GIRALDÈS ajoute que le fait est publié dans le numéro du 30 novembre de la *Lancette* anglaise.

— La Société a reçu la lettre suivante de M. le docteur Laurent (de Langres) sur une opération de hernie ombilicale suivie de guérison. (On trouvera cette lettre aux Bulletins de la Société.)

— M. le docteur LHONNEUR, médecin aide-major de 1re classe, adresse à la Société la fin de l'observation de l'**enchondrome du testicule** qu'il a présentée dans la séance du 2 octobre 1861.

Le malade a été opéré le 1er octobre. Il y eut pendant les premiers jours qui suivirent l'opération un gonflement considérable du scrotum. Les lèvres de la plaie s'étant écartées sous l'influence de l'infiltration des tissus à la partie déclive laissée libre, et dans un autre point où une serre-fine était tombée quelques heures après son application, je crus, de peur d'une désunion complète, devoir laisser les autres serre-fines jusqu'à la visite du 3 octobre. La réunion s'établit *immédiatement* dans tous les points où les serre-fines sont restées appliquées, c'est-à-dire dans les trois quarts de la hauteur de la plaie.

Après dix à douze jours d'une suppuration abondante, sans réaction générale sérieuse, la cicatrisation était à peu près complète; le gonflement avait diminué très-rapidement; le cordon seul, infiltré encore de lymphe plastique, formait une tumeur cylindroïde, d'un diamètre de 2 centimètres, s'étendant jusqu'à l'entrée du canal inguinal, dure et sensible à la pression. Les ligatures des vaisseaux étaient tombées les huitième et neuvième jours (trois artérioles avaient été liées).

Cette tuméfaction du cordon, qui d'abord m'avait fait craindre une récidive de l'affection, alla en diminuant progressivement, en même temps que la sensibilité disparut.

Le 18 octobre, quand je quittai l'opéré, le cordon avait le volume d'un petit doigt et était insensible à la pression. Un petit pertuis fistuleux existait à la partie la plus déclive du scrotum. Le défaut de cicatrisation en ce point avait été entretenu par le renversement des bords de la plaie.

Aujourd'hui 2 décembre, une cicatrice linéaire à peine apparente existe à la face externe du scrotum. L'induration du cordon a disparu; le canal déférent reste seul dur, mais sans bosselure, et du volume environ d'un tuyau de plume à écrire.

Aucun ganglion n'est appréciable dans la région iléo-lombaire.

Rien ne fait présager une récidive de la tumeur, ni l'extension de la maladie dans un autre organe.

Le testicule droit est resté sain. L'état général de l'opéré est excellent.

Suite de la discussion sur les hernies ombilicales.

M. RICHET. Comme la plupart de nos collègues, depuis longtemps j'avais été frappé de la mortalité très-grande qui suivait l'opération de la hernie ombilicale étranglée dans nos hôpitaux, et comme chacun de vous sans doute, je m'étais souvent demandé quelles en pouvaient être les causes, je dirai volontiers exceptionnelles, parce qu'elles n'affectaient point les opérés de hernies autres que l'ombilicale, et s'il ne serait pas possible, les connaissant, d'y remédier. J'ai donc suivi avec empressement l'occasion de discuter devant la Société ce point épineux de la pratique chirurgicale, et d'apporter à mes collègues le résultat de mes méditations déjà anciennes sur ce sujet.

Je commencerai d'abord par constater la divergence d'opinions profonde et radicale qui sépare M. Goyrand de M. Huguier, divergence d'autant plus frappante que l'un et l'autre s'appuient bien plus encore sur les faits que sur les raisonnements; le premier déclarant que l'opération, loin d'être toujours fatale, doit souvent réussir, au moins dans les conditions où il s'est trouvé placé, puisque sur trois opérations il compte trois succès, le second se fondant, pour rejeter la kélotomie ombilicale, sur les résultats presque constamment désastreux de la pratique des hôpitaux de Paris.

A ne prendre que les deux termes de la question ainsi posée, on pourrait croire tout d'abord qu'il en est de l'opération de la hernie ombilicale étranglée comme de l'opération césarienne, laquelle ne réussit jamais à Paris, tandis qu'elle compte d'assez nombreux succès en province.

S'il en était ainsi, M. Huguier pourrait avoir raison, et peut-être serait-il opportun alors de discuter la question de savoir s'il ne vaut pas mieux traiter les étranglements herniaires par toute autre méthode que par l'opération; mais c'est que tel n'est pas le véritable état des choses, et pour ce qui regarde la statistique sur laquelle s'appuie surtout notre collègue, je ne dirai qu'une seule chose, c'est qu'elle a été dressée un peu à la hâte, sur des renseignements purement verbaux, et qu'elle est par conséquent fort incomplète.

C'est ainsi que M. Hervez de Chégoin m'a dit avoir guéri deux opérées sur trois; que mon collègue de l'hôpital Saint-Louis, M. Denonvilliers, en a sauvé deux sur quatre; et que moi-même, enfin, je compte un succès sur deux opérations. Mais d'ailleurs, si comme pour l'opération césarienne il fallait attribuer la plus grande mortalité dans les cas d'exomphales opérées aux conditions atmosphériques, à l'encombrement, aux miasmes hospitaliers, aux *circumfusa*, en un mot, comme diraient les anciens, on ne voit pas pourquoi les opérés de hernies inguinales ou crurales qui guérissent cependant, et même en assez forte proportion, échapperaient à ces influences pernicieuses.

Quant à moi, sans nier ou même amoindrir l'influence incontestable des causes générales, je pense qu'il existe autre chose encore; qu'il y a des causes locales, par exemple, et pour ainsi dire particulières et spéciales à la hernie ombilicale, ainsi que l'a d'ailleurs fait judicieusement observer notre savant collègue de Beaujon; causes contre lesquelles la chirurgie n'est pas impuissante. Voilà précisément pourquoi je ne puis partager le pessimisme de M. Huguier, et pourquoi je repousse la conclusion désolante à laquelle il a été conduit par une statistique incomplète; conclusion qui laisserait le chirurgien n'ayant pu réduire une exomphale étranglée, dans la douloureuse alternative ou d'attendre passivement que la mort survienne, ou de pratiquer un anus contre nature.

Parmi les raisons qu'on a fait valoir comme pouvant rendre compte de la mortalité plus grande après la kélotomie ombilicale qu'après l'opération des autres hernies, trois surtout m'ont frappé. Dans l'ordre d'importance que je leur attribue, ce sont:

1° L'amincissement souvent extrême des enveloppes de la hernie;

2° La disposition infundibuliforme du sac herniaire;

3° La nécessité où l'on se trouve quand on débride d'inciser directement, non point seulement le collet du sac, mais aussi le péritoine lui-même.

Quelques mots sont nécessaires pour développer ma pensée.

Lorsqu'on compare la hernie ombilicale avec les autres hernies, une des choses qui frappent tout d'abord, c'est l'inégalité d'épaisseur des couches qui enveloppent l'intestin déplacé. Ainsi, tandis que dans les hernies crurales et inguinales on trouve toujours la peau doublée d'une couche de tissu cellulaire souvent très-développée, plus un certain nombre d'autres enveloppes, dont quelques chirurgiens, plus anatomistes que praticiens, ont singulièrement exagéré le nombre et l'importance; dans la hernie ombilicale au contraire, on ne rencontre que la peau dépourvue de couche graisseuse, et souvent tellement amincie, qu'on peut par transparence constater parfois la présence d'un liquide dans le sac. A cette peau distendue se trouve accolé le sac, souvent d'une manière si intime, qu'on dirait, après l'incision, que c'est la face profonde du derme qui a été *lissée en séreuse*, qu'on me passe l'expression. On sait que cette disposition avait même fait croire qu'un grand nombre d'exomphales étaient dépourvues de sac, supposition qui n'a plus besoin d'être réfutée.

La conséquence de cette absence d'enveloppes est facile à tirer, c'est que dans les efforts de taxis auxquels donne nécessairement lieu toute hernie étranglée, l'intestin et le sac herniaire sont plus directement exposés aux froissements et à l'inflammation que dans les autres hernies, où la couche graisseuse et les autres enveloppes protégent beaucoup mieux les viscères. Bien plus, même en l'absence de tout taxis, n'est-il pas facile de comprendre que les frottements exercés soit par la pelote du bandage, soit par les vêtements, amèneront un état de sub-irritation qui prédisposera singulièrement les exomphales à cette inflammation locale qu'on a désignée sous le nom de *péritonite herniaire*, laquelle entraîne presque toujours ces adhérences beaucoup plus fréquentes dans la hernie ombilicale que dans les hernies crurales ou inguinales, et les rend si souvent irréductibles?

Il me paraît donc tout naturel d'admettre qu'un sac herniaire et des viscères dans de telles conditions doivent subir beaucoup plus promptement et beaucoup plus facilement que dans les autres hernies, les atteintes de l'inflammation suppurative, quand ils ont été soumis au contact de l'air, ainsi qu'il arrive après l'opération. Une fois née, cette inflammation se propagera facilement à la grande séreuse péritonéale; et un premier point que je veux constater, c'est que tous les efforts de l'art doivent tendre à éviter cette propagation.

Relativement à la disposition infundibuliforme du sac, la différence entre les hernies ombilicales et les autres hernies n'est pas moins grande. Tandis que dans la hernie crurale, mais surtout dans la hernie inguinale, le sac subit, en passant à travers les trajets crural et inguinal, des inflexions multiples par suite desquelles la partie la plus évasée du sac, ce que l'on est convenu d'appeler son fond, ne communique la plupart du temps avec la cavité péritonéale que par un canal plus ou moins allongé, quelquefois assez étroit, et offrant souvent plusieurs rétrécissements, dans l'exomphale, au contraire, le sac constitue une sorte d'entonnoir dont la partie évasée est dirigée du côté des téguments, tandis que l'ouverture rétrécie correspond à l'anneau ombilical. De là résulte que le malade étant couché sur le dos, ainsi qu'il arrive après la kélotomie, les liquides sécrétés par le sac éprouvent pour pénétrer dans l'abdomen, dans le cas de hernie crurale ou inguinale, une difficulté d'autant plus grande qu'il suffit d'une très-légère pression sur le canal herniaire pour les arrêter, et que d'ailleurs le fond du sac est situé sur un plan horizontal, ou à peu près, par rapport au collet, tandis que dans la hernie ombilicale les mêmes liquides viennent naturellement se rassembler vers la partie la plus déclive, c'est-à-dire vers l'orifice herniaire, où les parois perpendiculaires du sac les conduisent fatalement. De là à s'insinuer dans la cavité péritonéale il n'y a qu'un pas; car rien ne peut les arrêter; tout, au contraire, contribue à les diriger vers le fond de l'entonnoir que représente le sac. Inutile d'insister pour faire comprendre les fâcheuses conséquences qui doivent résulter d'une pareille disposi-

tion; reste à savoir s'il est possible de s'y opposer efficacement, ce que j'examinerai tout à l'heure.

Quant à la troisième raison, c'est-à-dire la nécessité où l'on se trouve d'inciser, pour faire rentrer les viscères étranglés, non-seulement le collet du sac, mais encore le feuillet péritonéal très-rétréci qui avoisine le collet, quoique j'y attache moins d'importance qu'aux deux premières, je ne crois pas cependant devoir les passer sous silence. Effectivement, outre que ce n'est point chose indifférente d'augmenter encore par une incision l'ouverture déjà trop large par laquelle le sac enflammé et suppurant va communiquer avec la grande séreuse du ventre, je pense, avec bon nombre de chirurgiens, qu'une incision, si petite qu'elle soit, pratiquée sur des tissus prédisposés, peut être le point de départ d'accidents qui n'attendaient pour naître qu'une occasion.

Au sein de cette Société déjà, un de nos plus éminents collègues, M. A. Bérard, dans une discussion sur les hydrocèles, n'a-t-il pas démontré que l'inflammation de la petite piqûre faite à la peau par le trocart pouvait, en se propageant le long du canal suivi par l'instrument, arriver jusqu'à la séreuse péritesticulaire et en déterminer l'inflammation suppurative? Et n'avons-nous pas tous vu des piqûres de sangsues appliquées intempestivement sur un épanchement sanguin s'enflammer, puis suppurer et propager la suppuration jusqu'au foyer qui, sans cette étincelle, se serait probablement résorbé?

Que faut-il pour faire naître un érysipèle souvent mortel? une écorchure, une fissure. Pour mon compte, je pense que s'il était possible, dans l'opération de la hernie ombilicale, d'éviter cette incision du péritoine, on mettrait une chance de plus en sa faveur, et c'est là ce qui m'a dirigé dans la pratique que je préconise et qu'il me reste maintenant à vous faire connaître.

Vous le savez, on n'a pas fréquemment l'occasion de faire la kélotomie ombilicale dans nos hôpitaux; aussi n'ai-je pratiqué que deux fois cette opération. La première fois, le résultat ne fut pas heureux, mais me donna beaucoup à réfléchir sur les conditions défavorables, propres à la hernie ombilicale, que j'ai précédemment énumérées, et dès lors je m'étais bien promis de mettre à profit ces réflexions la première fois que l'occasion s'en présenterait. Elle s'offrit à moi l'année dernière seulement.

Une femme, âgée de soixante-trois ans, me fut adressée au mois de novembre 1860 par mon collègue M. Devergie, comme atteinte d'une hernie ombilicale étranglée, contre laquelle tous les efforts de taxis avaient échoué. La malade, d'une constitution d'ailleurs assez grêle, était atteinte depuis longues années d'un asthme dont les accès récents paraissaient avoir été la cause de la sortie des intestins, et par suite de leur étranglement. La malade avait l'habitude de porter un bandage, et sa hernie était, disait-elle, ordinairement assez facile à réduire et à maintenir.

Depuis vingt-quatre heures seulement elle n'avait pu la faire rentrer; les efforts de l'interne de service avaient été également sans succès.

La hernie était du volume des deux poings, et paraissait, autant qu'il était permis d'en juger, être sortie par la demi-circonférence supérieure de l'anneau, ainsi que cela a lieu le plus ordinairement. Elle contenait évidemment de l'intestin et de l'épiploon. Les téguments paraissaient très-amincis, on voyait les circonvolutions de l'intestin se dessiner sous la peau; les enveloppes herniaires formaient un sac qui s'était développé surtout par en bas du côté du pubis, et qui semblait appendu à l'ombilic comme par un pédicule; en un mot, la hernie était pyriforme.

La malade vomissait des matières fécales. Elle n'avait pas été à la selle depuis trente-six heures. Son pouls était petit et rapide, sa face grippée, le ventre tendu et ballonné, et la hernie particulièrement très-douloureuse au toucher, si douloureuse même, que la malade ne voulait plus entendre parler de pressions pour la réduire, et demandait l'opération.

Néanmoins je ne voulus y consentir qu'à cette condition, qu'après l'avoir anesthésiée par le chloroforme, j'essayerais encore le taxis avec modération.

Mes efforts, prolongés pendant cinq minutes environ, étant reconnus inutiles, je dus procéder à l'opération.

Une incision longitudinale, suivant la ligne blanche, fut pratiquée sur la partie supérieure de la tumeur, vers son pédicule; à peine la peau fut-elle entamée que l'intestin se présenta; je le repoussai avec le doigt, et j'achevai avec des ciseaux l'incision de l'enveloppe cutanée et de l'enveloppe séreuse, intimement unies. Il y avait à peine quelques gouttes de sérosité dans le sac. La hernie contenait une anse d'intestin grêle de 12 à 15 centimètres de longueur, et de l'épiploon. La surface intestinale était dépolie, noirâtre, mais n'ayant pas encore perdu sa résistance ordinaire.

Je portai le doigt vers le lieu de l'étranglement; il était très-serré, et je pus à grand'peine y engager d'abord l'ongle du doigt indicateur. Comme j'étais résolu à éviter autant que possible de faire une incision pour débrider, et à pratiquer la dilatation, j'engageai un stylet de trousse entre l'intestin et le cercle constricteur, puis je glissai sur ce stylet une sonde cannelée recourbée en crochet. J'exerçai alors directement sur l'agent de l'étranglement des tractions qui l'agrandirent assez pour pouvoir glisser une autre sonde cannelée également recourbée, ce qui me permit d'exercer mes tractions en deux sens différents, et par conséquent d'une manière plus efficace. Un aide introduisit alors une sonde de femme dans l'ouverture, puis enfin je pus y placer le bout du petit doigt. La dilatation fut alors suffisante pour que je pusse attirer légèrement l'intestin afin de le visiter, et son aspect vis-à-vis le point étranglé m'ayant paru rassurant, je procédai à la réduction, qui se fit sans beaucoup de difficultés. L'épiploon fut à son tour replacé, et je pris les plus grandes précautions pour qu'aucune goutte des liquides que pouvait contenir le sac ne pénétrât dans l'abdomen; un aide avec une éponge fine essuyait doucement les parois du sac, qui paraissaient très-enflammées et laissaient exsuder une sérosité qui se renouvelait rapidement.

Je procédai alors au pansement.

J'avais surtout en vue d'éviter, non-seulement pour le moment, mais par la suite, la pénétration des sécrétions du sac herniaire dans le péritoine. Pour cela, j'avais d'abord pensé à faire coucher la malade sur le côté et presque sur le ventre; mais il y avait à cette pratique une difficulté extrême, c'était la toux incessante dont elle était atteinte. Alors je résolus d'appliquer les parois du sac d'une manière immédiate dans la partie supérieure de la plaie, celle qui répondait à l'ouverture de l'anneau ombilical, de façon à obturer l'orifice herniaire. Pour cela, je me servis de grosses et puissantes serre-fines, véritables pinces à pression continue, qui remplirent parfaitement le but auquel je les destinais. Inférieurement, les bords de la plaie furent rapprochés simplement avec de petites serre-fines.

L'orifice abdominal se trouvant ainsi obturé, restait à éviter la suppuration du sac, ou au moins à la maintenir dans des limites restreintes. J'eus recours, dans ce but, à un vessie d'eau glacée que je fis maintenir nuit et jour sur la plaie à l'aide d'un cerceau qui tout à la fois soutenait les couvertures et cette vessie; on en rafraîchissait le contenu d'heure en heure à l'aide d'un morceau de glace qu'on y introduisait.

Dans la journée, la malade alla plusieurs fois à la garde-robe et naturellement; les vomissements cessèrent, et le lendemain je la trouvai dans un état assez satisfaisant. Pouls à 80; ventre souple et sans douleurs. Je constatai une légère rougeur sur les bords de la plaie, et j'enlevai les petites serre-fines qui les unissaient; les grosses furent maintenues et la glace continuée.

Le surlendemain, état général plus satisfaisant encore que la veille. Pouls à 80; selles abondantes; la malade a moins toussé; ventre souple. Il s'est accumulé du liquide dans la partie inférieure du sac herniaire, qui est comme empâté. J'introduis entre les lèvres de la plaie une sonde cannelée pour les désunir dans une étendue de deux centimètres; il s'écoule un liquide sanieux, purulent. Les grosses serre-fines sont encore maintenues et la glace continuée.

Le troisième jour après l'opération, j'enlève les grosses serre-fines non sans hésitation cependant. La glace est continuée. Une suppuration assez louable a succédé à la suppuration sanieuse, mais elle est en petite quantité; il est évident qu'une minime partie seulement du sac est restée perméable et a été envahie par la suppuration. Etat général satisfaisant.

Le huitième jour, je fais supprimer l'eau glacée pour substituer de simples compresses imbibées d'eau de guimauve à la température de la salle.

Le dixième jour, un érysipèle part des bords de la plaie; je fais supprimer les compresses d'eau de guimauve, pour appliquer de la farine. La suppuration du sac est presque tarie. — Pansement simple.

L'érysipèle, après avoir parcouru l'abdomen et la poitrine, s'éteint; la malade peut être considérée comme guérie. Elle ne sort cependant qu'à la fin du mois de janvier de nos salles, pour entrer en convalescence au Vésinet.

La première chose qui frappe dans cette observation, c'est l'absence complète d'accidents du côté de l'abdomen, malgré la proximité d'une surface suppurante se continuant avec le péritoine. Je ne puis m'empêcher de croire que ce n'est point simplement au hasard qu'est dû ce résultat, et tout me porte à l'attribuer à l'oblitération rapide de l'orifice herniaire obtenue par l'agglutination des parois du sac à l'aide des grosses serre-fines. De même je pense que si, par l'application longtemps prolongée de l'eau glacée, nous n'eussions pas ralenti et retenu dans d'étroites limites l'inflammation suppurative du sac, les liquides, sécrétés en plus grande abondance, auraient percé la faible barrière qui les séparaient de l'abdomen et auraient fait irruption dans la cavité péritonéale. Il faut aussi rappeler que l'orifice herniaire, qui n'avait été que dilaté et non incisé, était dans des conditions plus favorables pour se resserrer sans suppurer.

Je résumerai en quelques mots toutes les considérations contenues dans cet exposé, dont on me pardonnera la longueur en raison de l'importance du sujet, et je dirai :

Que parmi les causes qui placent la hernie ombilicale étranglée dans des conditions plus défavorables pour être opérée avec succès que les autres hernies, il faut ranger en première ligne le défaut de protection du sac herniaire et des viscères résultant du peu d'épaisseur des téguments, la difficulté d'empêcher la pénétration dans l'abdomen des liquides sécrétés par le sac enflammé après l'opération; enfin, la nécessité presque absolue de faire porter l'incision du débridement sur le péritoine lui-même.

Pour parer autant que possible à ces graves inconvénients, je pense qu'il faut opérer le plus tôt possible ces hernies, et avant que, par une malaxation intempestive, on ait mis le sac herniaire dans des conditions telles qu'il suppurera nécessairement; qu'une fois l'intestin mis à nu, il faut dilater plutôt que débrider, et surtout s'opposer à la pénétration des liquides altérés dans le péritoine, soit par la ponction, soit par l'obturation directe de l'orifice herniaire; qu'enfin, pour prévenir ou modérer l'inflammation qui suivra nécessairement l'opération, il faut avoir recours aux réfrigérants qui rendent, dans les plaies par écrasement et après l'opération de la cataracte par extraction, de si grands et si incontestables services.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

Accidents par l'explosion des siphons à eau de Seltz. — M. MOREL-LAVALLÉE. La Société se rappelle qu'il y a plusieurs années j'ai signalé les accidents produits par l'explosion des appareils destinés à improviser l'eau de Seltz sur nos tables; depuis lors, ces accidents ont disparu.

Je vous présente aujourd'hui un malade qui a eu successivement les deux yeux crevés par l'explosion des appareils appelés improprement siphons à eau de Seltz. C'est un ouvrier employé à la fabrication; il est évident que ces appareils réclament comme les autres un clissage qui s'oppose à la projection des fragments, si le vase vient à éclater.

— La séance est levée à 5 heures 3/4.

Le secrétaire annuel, L. BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

En annonçant dans le dernier numéro la formation du bureau de la nouvelle Société médicale du Panthéon, nous avions pensé que l'ancienne société de ce nom était dissoute: il n'en est rien. La Société médicale du Panthéon, fondée en 1831 comme Société médicale du XIIe arrondissement, et reconstituée en 1856, subsiste toujours; elle a été depuis autorisée par arrêté du ministre de l'instruction publique, et ses statuts ont été approuvés. Le bureau se compose de MM. Dublanc, *président;* Brierre de Boismont et Vergne, *vice-présidents;* Auzias-Turenne, *secrétaire général;* Bataihé, *secrétaire;* Focillon, *trésorier.*

— La Société de médecine pratique, dans sa séance du 12 décembre, a renouvelé son bureau pour 1862.

Ont été nommés : *Président*, M. Paul Dubois; — *vice-présidents*, MM. Dupertuis et Coursserant; — *secrétaire général*, M. Foucart; — *secrétaires annuels*, MM. Milon et Doumic; — *trésorier*, M. Caron.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 147. — MARDI 17 DECEMBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 147. — MARDI 17 DECEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Statistique comparative des hôpitaux d'Angleterre et de ceux de Paris sous le rapport des conditions hygiéniques et des résultats des grandes opérations. — HOSPICE DES INCURABLES FEMMES. (M. Empis). Etude d'un cas de catalepsie. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 9 novembre. — Nouvelles. — FEUILLETON. Le Savant du foyer.

PARIS, 16 DÉCEMBRE 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a pas reçu dans cette séance moins de six communications sur des points divers de physiologie et de médecine; nous les indiquerons ici d'après l'ordre qu'elles occupent dans le Compte rendu. Ce sont : un mémoire de M. Hacq sur un nouvel appareil électro-médical dont le but est de fournir des courants qui aux effets physiologiques joignent ceux d'une action chimique et physique ayant un sens déterminé; un mémoire de M. Colin sur les divers états des cellules du foie dans leurs rapports avec l'activité de la glycogénie, tendant à démontrer que l'état de la graisse dans le foie offre des différences bien caractérisées dans les diverses espèces animales; un travail sur l'encombrement charbonneux des poumons chez les houilleurs, par M. le docteur Riembault (de Saint-Etienne), auteur de l'*Hygiène des mineurs*, publiée au commencement de cette année; une note de M. Tavernier sur la question de la pénétration dans les poumons des poussières liquides médicamenteuses, contenant la relation d'expériences confirmatives; une note de M. Fournié faisant connaître un nouveau moyen de produire l'anesthésie locale, qu'il désigne sous le nom de chloracétisation; enfin, un mémoire de M. le docteur Puech sur les atrésies des voies génitales de la femme, apportant un complément de preuves à l'appui de la proposition qu'il a formulée dans un précédent mémoire, savoir : que le sang menstruel ne reflue pas dans la cavité péritonéale, comme quelques médecins l'ont avancé, et que les faits de ce genre s'expliquent par une hémorrhagie des trompes. — Dr Brochin.

STATISTIQUE COMPARATIVE

DES HOPITAUX D'ANGLETERRE ET DE CEUX DE PARIS.

Sous le rapport des conditions hygiéniques et des résultats des grandes opérations.

M. le docteur Lefort, dont le Mémoire sur les résections de la hanche a été le point de départ de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux, qui occupe en ce moment l'attention du monde médical, vient de publier dans la *Gazette hebdomadaire* la première partie d'un document très-intéressant et très-instructif sur la statistique comparée des hôpitaux d'Angleterre et de ceux de Paris sous le double point de vue des conditions hygiéniques et des résultats des grandes opérations chirurgicales. Nous nous empressons de mettre ce document sous les yeux de nos lecteurs.

En 1858, désireux d'étudier *de visu* la chirurgie anglaise, et surtout la question des résections, dont les observations se multipliaient chaque jour, je suis allé passer cinq mois dans les hôpitaux de Londres. Certains faits m'y frappèrent vivement. Lorsqu'en 1859 je présentai à la Société de chirurgie un mémoire sur les résections du genou, je dus comparer cette opération à l'amputation de la cuisse, mais, pour établir un parallèle aussi exact que possible, je devais prendre les faits d'amputation dans le même milieu que celui d'où provenaient les observations de résections articulaires.

La statistique comparée des amputations de cuisse en France et en Angleterre, me montra une différence inattendue et trop considérable entre la pratique anglaise et française. Prenant non plus la statistique des faits épars dans les journaux scientifiques, mais celle des hôpitaux seulement pendant un certain nombre d'années, je suis arrivé aux résultats suivants :

A côté d'un nombre de 485 opérations donnant en Angleterre 327 guérisons sur 162 morts ou 32,9 pour 100 de mortalité, la statistique de M. Malgaigne pour les hôpitaux de Paris donnait les chiffres de 201 amputations, pour lesquelles il y eut 75 guérisons et 126 morts ou 62,6 pour 100 de mortalité, presque le double. Le premier, je crois, je cherchai à attirer le plus vivement possible sur ce point, qui me parut d'une haute gravité, l'attention des chirurgiens français; l'année suivante, la thèse remarquable de M. Topinard sur les opérations et les pansements en Angleterre étendit la comparaison défavorable pour nous aux autres amputations. Je crus pouvoir rapporter cette différence à deux causes : *aux soins chirurgicaux*, c'est-à-dire au pansement, à l'alimentation, au régime des opérés; *aux soins hygiéniques*, c'est-à-dire à la construction différente, à l'aménagement meilleur des hôpitaux anglais.....

Je me bornerai à donner quelques renseignements seulement sur les hôpitaux de l'Angleterre, de l'Écosse et de l'Irlande.

Comme résultat purement numérique, les statistiques anglaises sont, comme on va le voir, plus favorables que celles de nos hôpitaux.

Guy'sHospital (Londres) : 107 opérés, 74 guéris, 33 morts, 30,8 pour 100 de mortalité;

Hôpital de Glascow : 152 opérés, 71 guéris, 81 morts, 53,6 pour 100 de mortalité;

Hôpital de Saint-Thomas : 20 opérés, 15 guéris, 5 morts, 25 pour 100 de mortalité.

On voit la différence entre ces chiffres et celui de 62 pour 100 donné par M. Malgaigne pour la mortalité des hôpitaux de Paris. Peut-être cette statistique est-elle meilleure pour nous dans ces dernières années; j'aurais désiré m'en assurer, mais je n'ai pu avoir en France ce que, bien qu'inconnu, j'ai si libéralement obtenu en Angleterre.

Quoi qu'il en soit, c'est aussi au point de vue de leur valeur qu'il faut examiner les statistiques, et il est évident qu'il y a inconvénient à mélanger les amputations pour causes traumatiques et celles pour causes pathologiques, car, dans un même hôpital, à Guy's, par exemple, les premières ont donné 70,3 pour 100 de mortalité, à peu près le même chiffre qu'à Paris, et les secondes 17,5 pour 100, nombre hors de toute proportion avec celui de 60 pour 100 indiqué pour Paris. On semble donc en droit d'invoquer ici une différence de pratique dans le cas d'amputations pour causes pathologiques; mais la même différence se constate encore si l'on consulte la statistique de la mortalité comparée de quelques établissements en Angleterre avec celle des hôpitaux de Paris.

La mortalité générale a été à Guy's, pendant une période de six années, de 1 sur 10,8 malades; à Glascow, de 1 sur 13,3; à Paris, de 1 sur 9, chiffre descendant pour Lariboisière à 1 sur 5,81. La différence entre Paris et Londres pour la mortalité générale est moindre que pour celle résultant des opérations.

Mais celle-ci est considérable; il suffit de jeter les yeux sur les tableaux suivants :

	GLASCOW'S. INFIRMARY. 1846-1860.		GUYS'HOSPITAL. 1854-1860.		PARIS. 1836-1841.	
	Guéris.	Morts.	Guéris.	Morts.	Guéris.	Morts.
Épaule traumatique.	20	13	»	3	»	7
Épaule pathologique.	»	5	»	»	3	3
Bras traumatique.	33	13	14	8	13	17
Bras pathologique.	19	14	3	»	37	24
Avant-bras traumatique.	38	9	12	1	8	3
Avant-bras pathologique.	19	1	11	1	12	5
Hanche traumatique.	»	2	»	»	1	»
Hanche pathologique.	1	2	»	»	»	»
Cuisse traumatique.	13	21	8	19	13	34
Cuisse pathologique.	58	60	66	14	61	92
Genou traumatique.	»	2	»	»	»	2
Genou pathologique.	»	1	»	»	»	1
Jambe traumatique.	25	25	»	13	29	50
Jambe pathologique.	46	24	23	7	58	55
Cou-de-pied traumatique.	7	2	»	»	»	»
Cou-de-pied pathologique.	26	5	2	»	»	»

Si à l'aide de ces chiffres on cherche à comparer quelle est pour 100 opérés la proportion de la mortalité, on arrive aux résultats suivants :

Mortalité pour 100 amputés.

	GLASCOW'S. 1846-1860.	GUY'S. 1854-1860.	PARIS. 1836-1841.
Epaule traumatique.	39,3	100,0	100,0
Épaule pathologique.	100,0	»	50,0
Bras traumatique.	28,2	36,3	56,6
Bras pathologique.	42,4	»	39,3
Avant-bras traumatique.	19,1	7,6	27,2
Avant-bras pathologique.	5,0	8,3	29,4
Hanche traumatique.	100,0	»	100,0
Hanche pathologique.	66,6	»	»
Cuisse traumatique.	61,7	70,3	72,3
Cuisse pathologique.	50,8	17,5	60,1
Genou traumatique.	100,0	»	100,0
Genou pathologique.	100,0	»	100,0
Jambe traumatique.	52,8	54,1	63,2
Jambe pathologique.	34,2	»	48,6
Cou-de-pied traumatique.	16,6	»	»
Cou-de-pied patbologique.	19,3	»	»

Je montrerai tout à l'heure qu'outre les conditions hygiéniques des hôpitaux, il faut tenir compte d'une différence dans les conditions sociales et hygiéniques antérieures des malades reçus dans les hôpitaux de Londres et de Paris.

Une différence profonde dans le caractère des deux nations distingue singulièrement l'Angleterre de la France. L'esprit d'association, l'initiative individuelle, le désir de s'affranchir aussi complétement que possible de la tutelle de l'État, de l'ingérance du gouvernement, dans tout ce qui n'est pas absolument de son ressort, ces qualités pour les uns, ces défauts pour quelques autres, se retrouvent surtout dans l'organisation hospitalière et médicale de l'Angleterre.

La charité privée, j'insiste sur ce point, soutient seule les dépenses énormes des hôpitaux anglais; l'Etat, la commune, n'y interviennent pour rien. La taxe des pauvres n'est pas destinée aux hôpitaux.

La taxe des pauvres (poor-rate) est une taxe votée chaque année

BIBLIOGRAPHIE.

Le Savant du foyer, ou notions scientifiques sur les objets usuels de la vie, par le docteur L. FIGUIER (1).

L'an dernier, dans son livre, *Les grandes inventions anciennes et modernes*, M. Louis Figuier s'était proposé de faire l'histoire et la description des grandes inventions scientifiques dans lesquelles, pour nous servir de ses expressions, éclate toute la grandeur du génie humain. Il pensait que l'histoire de l'imprimerie, celle de la machine à vapeur, de l'électricité, du gaz de l'éclairage, etc., de toutes ces merveilleuses découvertes, avec les applications desquelles l'homme se trouve continuellement en contact dès qu'il entre dans la vie commune, seraient accueillies avec intérêt par les jeunes gens et leur faciliteraient l'intelligence des sciences, à l'étude sérieuse et approfondie desquelles ils seront plus tard, pour le plus grand nombre, obligés de se livrer. L'événement a justifié ses espérances. Le livre des *Grandes inventions* a eu un de ces succès immenses auxquels le public a accoutumé M. Figuier, et qui obligent.

Le volume que nous avons aujourd'hui sous les yeux, pour avoir des allures plus modestes, pour avoir trait, qu'on nous passe le mot, à des sujets plus intimes, n'en est pas moins intéressant, moins instructif; il est même peut-être plus essentiel que le premier, parce qu'il touche à tout ce qui nous entoure, à tout ce qui nous sert à vivre, à tout ce qui nous aide à satisfaire aux premiers besoins de l'existence.

« Nous nous proposons, dit l'auteur dans son avertissement, de donner des renseignements scientifiques précis sur l'origine, la nature et les propriétés des substances, des agents, des appareils, qui sont en usage dans la vie ordinaire. Nous introduisons la science dans le logis; nous la faisons asseoir au foyer domestique, pour qu'elle nous fournisse l'explication des différents actes qui s'accomplissent dans le cours de notre existence. Respirer, se nourrir, se couvrir de vêtements, se chauffer et s'éclairer, réagir contre les influences du dehors, combattre les maladies qui peuvent nous assiéger, dans ce cercle se résument à peu près les opérations et les actes de la vie usuelle. »

On voit déjà par ce simple exposé que tout est ici marqué au coin de la plus sévère exactitude et de l'utilité réelle; ce n'est pas de la fantaisie, de la science à peu près; c'est de la belle et bonne vérité, mais rendue attrayante par ce talent d'exposition, cette élégance de style, et en même temps ce charme de simplicité, qui font de M. Figuier l'un des plus habiles vulgarisateurs de notre temps. La meilleure recommandation que nous puissions faire du volume dont il est question ici, c'est de mentionner rapidement les matières qui y sont étudiées.

Et d'abord, l'air atmosphérique, ce fluide vivifiant qui nous entoure, ce *pabulum vitæ* dont les moindres altérations, souvent si peu appréciables qu'elles échappent à nos sens et aux moyens les plus délicats d'investigation, sont cependant si nuisibles et déterminent des troubles si fréquents de la santé. C'est par l'étude de ses propriétés physiques et chimiques, de sa composition, par son analyse que commence le *Savant du foyer*.

Cet ordre était logique et nécessaire, et cependant nous croyons que ce chapitre, tout bien fait, tout élémentaire qu'il est, pourra moins attirer l'attention que les suivants, en ce qu'il parle moins aux yeux, aux sens, que ceux qui suivent.

Dans le second chapitre, l'auteur étudie les aliments; le pain, cet aliment par excellence de l'homme civilisé, ouvre la marche; on peut le suivre depuis son premier état, le grain de blé, jusqu'au plus parfait accomplissement de sa fabrication; il n'est pas un détail de la manipulation qui échappe, et, tout en exposant la manière la plus commune et la plus répandue de faire et de cuire le pain, M. Figuier a trouvé le moyen de signaler à l'attention de nos lecteurs quelques-uns des nouveaux procédés de pétrissage mécanique et de cuisson par l'air chaud.

Inutile de dire que chaque partie du récit est accompagnée de figures explicatives représentant les matières premières, et les appareils servant aux diverses opérations successivement décrites. Ces figures, gravées sur bois avec un soin merveilleux et intercalées dans le texte, font d'un livre de science un véritable objet d'art.

Après le pain, le lait, le beurre, le fromage, les œufs, la viande, et dans ce chapitre sont passés en revue les principales espèces de

(1) Un vol. grand in-8°. Chez Hachette.

par chacune des paroisses du royaume, pour le soutien des pauvres et des malheureux de ces paroisses, et quoique l'ensemble de cette taxe annuelle monte à plus de 100 millions de francs, pas un seul *penny* ne va aux hôpitaux. Elle sert à donner la nourriture, des vêtements et un abri aux pauvres sans travail ou incapables de travailler par l'âge et les infirmités, à élever les enfants malheureux ou orphelins. Ces établissements où les pauvres résident quand ils ne peuvent travailler (poor house), ceux où ils demeurent quand ils peuvent se livrer au travail (work house), ont une infirmerie où sont placés les malades, mais ces infirmeries n'ont rien de commun avec les hôpitaux. Les asiles du pauvre reçoivent tous les malheureux sans abri et sans ressources; les hôpitaux reçoivent ceux qui par maladie ou accident sont temporairement incapables de se livrer à leurs travaux. Ils sont entièrement soutenus par des contributions volontaires, c'est-à-dire des souscriptions annuelles, des dons, des legs d'argent, de terre, etc. Le revenu de deux ou trois seulement provient en partie de propriétés qui leur ont été données à l'époque de la suppression des monastères au temps de la réforme, mais ils sont en partie aussi soutenus par des contributions volontaires, et tous les autres le sont entièrement. Aucun ne reçoit la plus petite part du produit de la taxe des pauvres.

Avec cette ressource de la charité privée, ressource si grande en Angleterre, qui serait, je le crains, si faible en France, de grands établissements hospitaliers ont été construits.

Mais à côté de l'éloge doit se placer le blâme, car je n'ai pas à faire le panégyrique de l'Angleterre.

Les hôpitaux anglais sont élevés à l'aide de souscriptions, et, par une déduction logique, mais peu charitable, du principe, ces hôpitaux n'appartiennent qu'aux souscripteurs. L'admission n'a lieu en général qu'à de certains jours de la semaine, et pour être reçu le malade a besoin de la recommandation d'un des souscripteurs, qui devient, suivant le chiffre de sa cotisation, gouverneur annuel ou à vie. Cette mesure, qui réglemente la charité à la façon de quelques-unes de nos sociétés dites de bienfaisance, semble toute naturelle en Angleterre; on ne saurait trop s'élever contre elle. La règle n'est pas absolue, j'ai pu souvent m'en assurer; elle n'est pas non plus générale à tous les hôpitaux, et cède partout devant l'urgence des secours; mais il n'en résulte pas moins que le malheureux sans ressources, sans appui, est trop souvent, en Angleterre, dans la même situation que celle où se trouvent à Paris les malades pauvres et étrangers au département de la Seine : les portes de l'hôpital sont administrativement fermées devant eux.

Où peut alors se faire admettre en Angleterre le malheureux sans abri et sans protecteur? Au Poor-House, et s'il est malade, il entre à l'infirmerie, mais non à l'hôpital; directement du moins, CAR LES POOR-HOUSES *comptant presque partout au nombre des souscripteurs des hôpitaux, y envoient leurs malades*. Où peut se faire admettre à Paris le malade pauvre, mais étranger au département? Nulle part.

On voit donc qu'il doit y avoir et qu'il y a une différence dans la condition sociale, et, par suite, dans la condition de santé antérieure des malades reçus dans les hôpitaux de Londres et de Paris. En Angleterre, c'est le système de l'association, de l'assurance mutuelle; à Paris, l'assistance publique, qui puise une partie de ses ressources dans des impôts pesant sur la généralité, et doit ses secours à tous les malades. A Londres, il est parfois difficile d'entrer à l'hôpital, mais le séjour en est toujours gratuit. A Paris, l'administration a cru devoir faire payer ceux de ses protégés qui ne sont pas absolument sans ressources.

Elle renoncera bientôt, nous l'espérons, à cette mesure, qui ne lui a rapporté en 1860 pour ses hôpitaux généraux, les seuls pour lesquels elle soit critiquable, que 45,301 fr. 80 c., sur un budget de dépenses de 21,297,341 fr. 38 c. Nous avons l'égalité devant la misère, nous devrions avoir l'égalité devant la maladie.

Quoi qu'il en soit, il faut le reconnaître, il y a une différence dans la population des hôpitaux anglais et français. Cette différence influe-t-elle sur la mortalité générale, sur le résultat des opérations? Cela doit être, mais il faut se garder de l'exagérer et d'en faire une fin de non-recevoir. La mortalité générale dans les hôpitaux de Paris et ceux de l'Angleterre est à peu près la même; la différence paraît et devient énorme lorsqu'il s'agit d'opérations, surtout d'opérations pour causes pathologiques. Il ne faut pas la nier, car elle existe; il faut chercher pourquoi des opérations qui réussissent à Londres échouent à Paris, pour modifier notre pratique si elle est mauvaise, pour modifier nos hôpitaux si leur construction et leur aménagement sont la cause de ces différences.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOSPICE DES INCURABLES FEMMES. — M. EMPIS.

Étude d'un cas de catalepsie.

Parmi les maladies qui étonnent et qui excitent la curiosité et l'intérêt, la catalepsie est incontestablement une de celles que l'on est à même d'étudier le moins souvent; aussi quand le hasard en offre un exemple à l'observation, est-il du devoir de celui qui le constate d'en donner la relation à ses confrères.

Le 26 novembre 1861, je fus mandé en toute hâte au réfectoire pour une personne qui, disait-on, venait d'être frappée de mort subite. Il s'agissait d'une femme âgée de quarante-six ans, qui, étant en train de déjeuner, resta tout à coup immobile sur sa chaise, sans donner aucun signe de vie.

Je la trouvai assise, le dos appuyé sur sa chaise, la tête droite, les yeux fermés, la physionomie très-calme, le teint pâle, les bras pendants. Je saisis l'un d'eux pour explorer le pouls, que je trouvai bon et régulier; dès que j'abandonnai le membre supérieur à lui-même, au lieu de retomber dans la résolution, il resta en l'air, immobile, dans la situation où je l'avais placé. Je soulevai l'autre bras, qui resta aussi dans la position où je le mis. La malade ne paraissait ni voir, ni entendre, ni sentir; il me parut évident que j'avais affaire à un cas de catalepsie vraie ou simulée.

Je fis transporter immédiatement la malade dans son dortoir, pour l'examiner tout à l'aise. Après avoir fait dégrafer son corset et m'être assuré qu'aucun de ses vêtements ne pouvait la gêner, je la fis asseoir sur une chaise; elle y resta immobile dans toutes les positions qu'il me plut de lui donner. Je lui plaçai les mains, les avant-bras et les bras dans des positions difficiles à garder; je lui fis étendre le doigt annulaire aux deux mains, en même temps que je lui plaçai les petits doigts dans la flexion; je la chatouillai, je la pinçai, je la piquai, je lui parlai dans l'oreille : elle ne me donna aucun signe de sensibilité ni d'intelligence. Pendant qu'elle était dans une position difficile, les bras, les avant-bras et les mains diversement situés et sans qu'elle pût prévoir ce que j'allais faire, je lui lançai violemment un verre d'eau froide à la figure; il n'y eut pas plus de mouvement dans sa physionomie et dans son corps que si j'avais agi sur un mannequin.

Il me parut dès lors évident que j'avais affaire à un accès de catalepsie véritable. Je fis étendre la malade sur son lit, la tête soulevée par deux oreillers, et je complétai mon examen.

Le pouls était régulier, d'une force médiocre, et donnait 80 pulsations par minute; la respiration s'accomplissait lentement et régulièrement; il y avait de 16 à 17 inspirations par minute.

La peau de la face et du reste du corps était très-pâle; les extrémités étaient froides à la main; je n'ai pas exploré la température du corps au moyen du thermomètre.

Pendant plus d'une heure que j'observai la malade, je ne pus surprendre un seul mouvement de déglutition. Il n'y eut pas de vomissement, malgré le repas qui venait d'être pris lorsque l'accès s'était manifesté; pendant sa durée, ni les selles ni les urines ne furent involontaires.

La sensibilité générale paraissait complétement abolie aussi bien que celle des sens, du moins la malade n'en donnait aucune manifestation. J'ouvris les paupières, qui étaient primitivement fermées, et elles restèrent ouvertes, sans mouvements et sans clignements. Le globe de l'œil droit était porté en haut et fortement en dedans, tandis que le gauche était seulement porté en haut; il y avait donc strabisme interne du côté droit. Les deux pupilles étaient très-dilatées et complétement immobiles. J'abaissai complétement la paupière droite, et j'ouvris entièrement la gauche; la malade resta ainsi pendant plus de dix minutes sans cligner une seule fois et sans qu'aucun mouvement se manifestât dans les paupières ni dans les muscles de la face; j'observai seulement que l'œil gauche, qui au début était porté en haut, s'inclina peu à peu en bas, et resta dans cette position.

En résumé, il y avait donc chez cette malade apparence de la suppression du sentiment et de l'intelligence, avec conservation de la circulation et de la respiration, et de plus un état très-particulier de tous les muscles de la vie animale, en vertu duquel ils n'exécutaient aucun mouvement spontané, mais obéissaient à tous ceux qui leur étaient imprimés du dehors, de manière à rester immobiles dans le relâchement ou dans la contraction, selon l'exigence de la position donnée aux membres.

La circulation et la respiration s'accomplissant bien chez cette malade, je pensai que sa vie n'était pas en danger, et que l'intégrité de ces deux grandes fonctions devait faire différer toute thérapeutique active. Je confiai la malade aux soins d'une sœur, en la priant de m'envoyer chercher immédiatement s'il survenait quelque nouveau phénomène. Quelques heures plus tard, je revins; l'accès était complétement passé; il ne restait à la malade qu'un peu de mal de tête et un sentiment de fatigue générale. Je lui donnai rendez-vous pour le lendemain, afin de recueillir les détails de son histoire.

Admise récemment à l'hospice pour une *névrose incurable*, cette personne est âgée de quarante-six ans; sa taille est moyenne, elle est un peu maigre, a le teint pâle, l'intelligence développée et s'exprime avec facilité. Réglée à quinze ans, elle fut mariée à seize; elle eut trois enfants et devint veuve au bout de quatre années de mariage. Elle a cessé d'être réglée à quarante ans. Elle a toujours été un peu nerveuse, mais elle n'avait jamais eu d'attaques de nerfs, ni de perte de connaissance, ni de convulsions, lorsqu'il y a trois ans elle éprouva pour la première fois une attaque semblable à celle dont j'ai été témoin.

La première fois qu'elle fut prise de ce singulier mal, elle était dans sa chambre en train de travailler à l'aiguille avec une de ses voisines, lorsque tout à coup elle resta immobile sur sa chaise, dans l'impossibilité de parler ni de faire aucun mouvement, mais ayant sa connaissance, conservant le sentiment et entendant tout ce qui se disait autour d'elle. Au bout d'une heure environ, elle reprit l'usage de la parole et celui de ses mouvements : tout était fini.

Depuis trois ans, elle a éprouvé environ une douzaine de ces attaques, à des intervalles plus ou moins éloignés; il y avait plus de trois mois qu'elle n'en avait ressenti, lorsqu'elle en fut prise le 26 novembre dernier.

Avant l'attaque, elle n'éprouve jamais aucun symptôme qui en annonce l'arrivée; elle était en bon état de santé et terminait son repas, lorsqu'elle resta tout à coup immobile dans l'état où je la vis.

Elle m'assure que pendant ses attaques elle ne perd pas connaissance, qu'elle entend parfaitement tout ce qui se dit autour d'elle, qu'elle sent très-distinctement quand on la touche, et qu'elle souffre quand on la pince ou qu'on la pique; seulement elle ne voit pas, et il lui est impossible de parler ni de faire aucun mouvement malgré la volonté qu'elle en a, et elle conserve la mémoire après l'accès. Elle a, en effet, un souvenir complet de tout ce qui s'est passé pendant sa dernière attaque, et elle me raconte de façon que je ne puis mettre en doute sa mémoire.

J'ai vainement cherché quelles pouvaient être chez cette malade les causes déterminantes de ces attaques; elle n'en attribue l'apparition soudaine à aucune circonstance spéciale, et, lors de son premier accès, elle n'avait éprouvé ni chagrin, ni frayeur, ni émotion quelconque qui pût en être regardée comme la cause déterminante. Au point de vue de l'hérédité, elle m'apprend un fait considérable : elle me dit que sa mère aurait été atteinte assez fréquemment, pendant les dernières années de sa vie, d'une sorte de catalepsie partielle, occupant les muscles de la langue. Il paraît que tout à coup sa mère était parfois atteinte d'une impossibilité de parler qui durait de quelques minutes à un quart d'heure et disparaissait ensuite complétement.

Il y a dans l'histoire de cette malade plusieurs circonstances qui méritent de fixer l'attention par ce qu'elles ont de particulier au point de vue de la catalepsie ordinaire, je veux dire de celle que dans les livres classiques on nous définit de la manière suivante (1) :

« On donne le nom de catalepsie à une affection *intermittente* » et le plus souvent apyrétique du cerveau, qui se compose d'attaques ordinairement caractérisées par la suspension plus ou » moins complète du *sentiment* et de l'*intelligence*, et par une » *roideur comme tétanique* générale ou partielle du système » musculaire; les membres conservent souvent, tout le temps » de l'attaque, la position qu'ils avaient au commencement, ou » celle qu'on parvient à leur faire prendre pendant cet état » *convulsif*. »

La qualification d'intermittente donnée à la maladie par MM. Georget et Calmeil, et répétée par presque tous les médecins qui ont écrit depuis sur cette affection, n'est peut-être pas en rapport avec la durée prolongée et inégale de l'intervalle qui sépare les attaques dont notre malade a été atteinte; il est incontestable d'ailleurs, d'après les observations que la science possède aujourd'hui, et dont une grande partie se trouve résumée dans l'intéressante monographie de M. le docteur Puel sur la catalepsie (2), qu'il n'est pas très-rare que des personnes atteintes de catalepsie n'en aient éprouvé qu'une seule attaque; or peut-on dans ce cas qualifier d'intermittente une maladie

(1) *Dictionn. de méd.* en 30 vol. — *Compendium de méd.*, etc.
(2) *Mémoires de l'Acad. imp. de méd.*, t. XX.

---

viandes, à commencer par la viande de boucherie, pour finir par le gibier et la volaille.

Et à ce propos, nous sommes conduit à croire, à l'éloge de M. Figuier, qu'il ne veut pas être compté parmi les gourmands, car à la fin de l'alinéa consacré à l'oie, il ajoute que l'état artificiellement produit que l'on désigne sous le nom de *foie gras*, est une sorte de cancer. « Les gourmets qui raffolent des pâtés de foie gras, dit-il, ignorent qu'ils se délectent avec un produit *cancéreux*. » Etes-vous bien certain, cher confrère, que ce soit là du cancer, et croyez-vous que si l'on mangeait de la substance carcinomateuse bien authentique en aussi grande abondance, il n'arriverait pas plus d'accidents que par l'ingestion du foie gras? C'est, nous l'avouons, un foie malade; il a subi la dégénérescence graisseuse, mais nous aurions peine à lui reconnaître d'autre défaut que celui d'être de difficile digestion.

Viennent enfin les poissons, les légumes, et répétons, à l'occasion de ces derniers, que les dessins qui les représentent sont de véritables miniatures, le dernier mot certainement de la gravure sur bois.

Après les aliments, les boissons : l'eau, dont M. Figuier raconte en peu de mots l'histoire chimique et physique, dont il détaille les qualités nécessaires; le vin, la bière, le cidre, et l'eau de Seltz artificielle à laquelle il a cru devoir consacrer un article spécial en raison de l'immense consommation qui s'en fait et qui augmente journellement.

Puis les condiments, ces substances qui servent de base aux assaisonnements, et comme tels jouent un rôle important dans l'alimentation, le sel, les épices, le vinaigre et le sucre. Dans un dernier paragraphe, M. Figuier a placé le chocolat, et nous nous disposions à le chicaner sur ce point, car le chocolat est un aliment, lorsque nous nous sommes aperçu qu'il reconnaissait lui-même son tort, et ne l'avait rangé parmi les condiments que pour le rapprocher du sucre, l'inséparable compagnon du cacao, et l'un des éléments du chocolat. Ceci est une circonstance atténuante; mais cependant nous engagerons M. Figuier à rectifier dans une prochaine édition ce vice de classification.

Parmi les excitants, nous trouvons le tabac, le thé, le café et les liqueurs alcooliques formant le sujet du cinquième chapitre. Nous avouons que nous avions un peu peur de voir M. Figuier, cédant à la prétendue réaction qui s'opère chez quelques hommes de lettres jaloux de se singulariser, fulminer contre le tabac, ce poison, cause de tous les maux qui désolent l'humanité. Nous avons été heureux de voir notre savant con frère proclamer que, « pris à dose modérée, il est chez l'adulte peu malfaisant pour la santé, et, comme tous les autres excitants, il ne devient dangereux que par l'abus. »

M. Figuier croit, avec beaucoup de gens, que notre génération, qui fume, n'est pas plus idiote que celles qui l'ont précédée, et à ceux qui mettent en avant l'absorption de la nicotine, il répond fort sensément : « Le nombre prodigieux de fumeurs que l'on compte dans le » monde entier prouve bien que ce n'est pas sérieusement que l'on » pourrait considérer le tabac comme un poison proprement dit. »

Nous avons assez souvent fait notre profession de foi à l'endroit de la médecine enseignée aux gens du monde pour que l'on s'attende à ne pas nous voir approuver le chapitre consacré par M. Figuier aux médicaments. La médecine ne comporte pas de demi-connaissances; ou il n'en a pas dit assez, et il ne le pouvait pas s'adressant à des personnes privées de toute éducation médicale, ou il en a trop dit, car il n'est pas de malade qui, après avoir lu ce malheureux chapitre, ne se croie en droit de raisonner les prescriptions que lui fait son médecin, et de rendre ainsi plus malaisé et plus pénible un art déjà rempli de tant de difficultés par lui-même.

Mais passons vite sur ce chapitre, dans l'espoir que M. Figuier le fera disparaître lorsqu'il réimprimera son livre, ce qui ne peut tarder.

Les derniers chapitres contiennent le chauffage, l'éclairage, les vêtements et les tissus, les minéraux et les métaux utiles; un dernier renferme, comme appendice et comme objet de pure curiosité, l'histoire des bijoux, des monnaies et des pierres précieuses. Nous croyons pouvoir affirmer à l'auteur que celui-là ne sera pas celui qui sera le moins lu par une certaine classe de lecteurs ou de lectrices.

En résumé, livre utile, intéressant par le fond, attrayant par la forme, illustré de chefs-d'œuvre artistiques, le *Savant du foyer* ira loin, et nous ne craignons pas de nous aventurer en lui prédisant plus de vogue encore qu'aux *Grandes inventions*, dont le succès a été si grand.

Dr A. FOUCART.

qui, après avoir duré de quelques heures à quelques jours, disparaît pour ne plus reparaître? L'intermittence, évidemment, n'est pas un caractère essentiel de la maladie, et ne devrait plus figurer dans les définitions. Ce n'est là, du reste, qu'un petit détail qui ne doit pas nous arrêter au delà du temps nécessaire pour le mentionner.

Un point beaucoup plus important est de déterminer si, relativement à l'état de la sensibilité et de l'intelligence, notre malade est dans la règle ou dans l'exception. D'après les définitions classiques, un des caractères de la catalepsie serait la suspension plus ou moins complète du sentiment et de l'intelligence.

Si la malade qui a été soumise à mon observation fût morte, il est certain que je serais resté persuadé que pendant sa catalepsie elle était absolument privée du sentiment et de l'intelligence; car, quelles qu'aient été les manœuvres auxquelles je me suis livré pendant son attaque, dans le but d'éveiller la sensibilité générale et la sensibilité sensoriale, je n'ai pu obtenir aucun indice de perception, aucune manifestation de sensation. Cependant cette suppression du sentiment et de l'intelligence n'était qu'apparente, car lorsque la malade fut complétement sortie de son attaque, et qu'elle put parler librement de sa maladie, elle me fit très-nettement comprendre que pendant qu'elle était dans ce singulier état, elle ne perdait ni le sentiment ni l'intelligence; que bien au contraire elle entendait très-distinctement tout ce qui se disait autour d'elle; qu'elle sentait vivement les pincements et les piqûres qu'on exerçait sur elle; mais que, malgré sa volonté, il lui était impossible de faire aucun mouvement, ni de répondre aux questions qui lui étaient adressées.

Chez cette malade, on voit donc que si l'on ne détermine aucun mouvement, ni volontaire ni réflexe, ni aucune manifestation de sensation, lorsque l'on vient à la chatouiller, à la pincer ou à la piquer pendant son attaque, cela ne provient pas de l'abolition de la sensation ni de celle de l'entendement, mais seulement de l'impossibilité où elle est d'exécuter aucun mouvement volontaire.

Les sensations spéciales ne sont pas non plus suspendues, et cette femme entendait parfaitement tout ce que l'on disait. Quant à l'abolition de la vision, je reviendrai tout à l'heure sur la valeur et sur la raison physiologique de ce symptôme, après avoir étudié l'état du système musculaire. La conservation de l'intelligence est un fait bien considérable. Ainsi cette malade non-seulement sent et entend, mais elle se souvient, elle réfléchit, elle pense et elle veut! Ce qui lui manque, c'est la faculté d'expression. Elle reste passive au milieu de ses organes, qui lui transmettent les impressions du monde extérieur sans qu'il lui soit possible d'y répondre, et cependant le *moi* est éveillé, il a conscience de son existence et de sa liberté de vouloir ou de ne pas vouloir; mais la volonté a perdu tout empire sur les organes de relation, du moins sur ceux du mouvement volontaire, les seuls par lesquels les déterminations du *moi* puissent se manifester.

Ce fait de la persistance du sentiment et de l'intelligence chez notre malade, doit-il faire de sa maladie une variété plus ou moins rare de la catalepsie? doit-il même en exclure totalement la nature cataleptique? En d'autres termes, la suppression du sentiment et de l'intelligence est-elle essentielle à la catalepsie, comme semblent l'indiquer les définitions dans les livres classiques? Mon expérience personnelle est insuffisante pour la solution de ces questions; mais si on consulte les travaux les plus récents sur ce sujet, et notamment l'excellente monographie du docteur Puel, qui repose sur l'analyse de 150 observations recueillies dans les auteurs, on ne tardera pas à se convaincre que si dans la majorité des cas l'abolition du sentiment et de l'intelligence a été notée, qu'elle fût d'ailleurs réelle ou seulement apparente, il y a aussi un nombre considérable d'observations très-détaillées, par lesquelles on ne peut douter que pendant l'accès de catalepsie les malades ont conservé le sentiment et l'entendement.

« Plusieurs auteurs, écrit M. Puel (1), ont considéré l'insensibilité comme un caractère constant dans la catalepsie : c'est une erreur. Il est vrai que, en général, il y a une sorte d'anéantissement, du moins apparent, de la sensibilité; mais dans certains cas il y a au contraire exaltation.....

» En ce qui concerne l'intelligence, continue M. Puel, nous ne pouvons, quant à présent, constater rien de précis; ce que nous savons de plus positif, c'est que dans certains cas il y a perte absolue de mémoire, et d'autres fois souvenir plus ou moins net de ce qui s'est passé pendant l'accès.....

» Un grand nombre de malades, cités par différents auteurs, déclarent que pendant leurs accès ils auraient voulu agir, parler, remuer les membres, etc., mais qu'ils ne le pouvaient pas. Ici ce n'est pas la volonté qui fait défaut aux malades, ils s'en souviennent, ils le disent. C'est l'agent destiné à exécuter l'ordre qui n'obéit pas; quant à la volonté, elle est intacte. »

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure que la conservation du sentiment et de l'intelligence chez notre malade pendant son accès de catalepsie n'est ni un fait nouveau ni un fait très-exceptionnel, bien qu'il soit plus rare que le fait contraire, c'est-à-dire que l'abolition du sentiment et de l'intelligence, qui ne doit plus cependant être considérée aujourd'hui comme essentielle à la maladie.

Voyons actuellement le phénomène capital de la catalepsie; je veux parler de l'état du système musculaire.

(1) *Loco citato*, p. 49.

D'après la définition de MM. Georget et Calmeil, adoptée par la plupart des auteurs modernes, un des caractères de la catalepsie serait, comme nous l'avons dit, *la contraction tétanique générale ou partielle du système musculaire*. Ces termes de la définition ne me paraissent pas bons, non-seulement au point de vue de l'accès de catalepsie dont j'ai été témoin, mais encore à celui de la plupart des accès qui sont décrits dans les auteurs. En effet, examinons :

1° Quel est le système musculaire qui est affecté dans la catalepsie; si le système musculaire de la vie organique et celui de la vie de relation sont simultanément atteints, ou si ce dernier est exclusivement frappé dans cette maladie?

2° Si l'état pathologique du système musculaire peut être appelé une *contraction tétanique?*

Relativement à la première question, il me paraît bien évident que chez la malade qui nous occupe, le système musculaire de la vie animale a seul été affecté pendant l'accès, et que le système musculaire organique n'a participé en aucune manière au trouble pathologique; car, s'il en eût été autrement, la circulation, la respiration et tous les actes de la vie végétative se fussent supprimés à l'instant même, et la mort réelle aurait promptement succédé à la mort apparente. Or, il n'en a pas été ainsi, et ce qui a eu lieu me paraît conforme à ce qui a été observé par la majorité des auteurs, qui mettent en avant la persistance de la circulation et de la respiration, et conséquemment l'intégrité du système musculaire végétatif, pour distinguer la catalepsie de la syncope, de l'asphyxie, etc... Les désordres de la vie végétative n'interviennent dans la catalepsie qu'à titre de complication, et ne doivent pas, à mon avis, être envisagés comme étant essentiels à la maladie.

En second lieu, peut-on appeler *contraction tétanique* l'état pathologique singulier dont est frappé le système musculaire de la vie de relation pendant l'attaque de catalepsie?

Il est remarquable que presque tous les auteurs qui assignent aux muscles des cataleptiques une roideur tétanique, signalent aussi, en y attachant une importance plus ou moins capitale, la facilité avec laquelle on peut donner aux membres toutes sortes de positions; il y a évidemment là un non-sens ou une acception vicieuse du terme *tétanique*, car si la roideur des muscles était réellement tétanique, ils n'obéiraient pas aux mouvements qui leur sont imprimés avec cette extrême facilité.

Chez les individus atteints de tétanos que j'ai été à même d'observer, la rigidité convulsive des muscles ne ressemblait en rien à l'état pathologique spécial dont était affecté le système musculaire de la malade des Incurables pendant son accès de catalepsie. En effet, cet état pathologique des muscles dans la catalepsie n'est pas, à proprement parler, un état convulsif, du moins dans l'acception moderne et classique du mot, car dans ce singulier état, tous les muscles de la vie de relation sont également susceptibles d'être mis en contraction ou en relâchement, à un degré convenable, pour que la situation qu'il convient à une volonté extérieure de donner aux membres du malade puisse être maintenue plus ou moins longtemps, et souvent pendant toute la durée de l'accès.

Ce qu'il ne faut pas perdre de vue non plus, c'est que tous les changements d'attitude et de position s'exécutent sans plus de résistance que si la volonté du malade y présidait; je dirai plus : c'est que très-souvent il serait impossible aux muscles d'obéir à la volonté de celui à qui ils appartiennent, comme ils obéissent à une volonté extérieure; car on peut imprimer aux muscles des membres, à ceux des différents doigts de la main, à ceux des paupières, à ceux des lèvres, des joues, etc., un degré de contraction ou de relâchement que le malade ne pourrait obtenir lui-même volontairement en état de santé, à moins peut-être de s'y être préparé par un exercice de longue main.

Il paraît cependant, d'après plusieurs observations qui existent dans la science, que les changements d'attitude n'ont pas toujours été aussi faciles chez tous les malades qu'ils l'ont été chez la mienne, et que quelquefois les membres prennent une véritable rigidité dans la situation qu'on leur donne; mais quelle que soit la force ou la rigidité avec laquelle les membres conservent la situation où on les place, le caractère essentiel de l'état cataleptique des muscles, celui qui le distinguera toujours de l'état convulsif proprement dit, c'est la possibilité qu'il y a de donner aux membres toutes sortes d'attitudes dans lesquelles ils restent immobiles, sans que le malade puisse les modifier lui-même volontairement ou involontairement.

Arrêtons-nous actuellement sur un symptôme que nous n'avons encore fait que mentionner, en nous promettant d'y revenir; je veux parler de l'altération de la vue : la malade, pendant son accès, ne voit pas les personnes et ne distingue pas les objets, même lorsque ses paupières sont ouvertes.

Ce symptôme peut tenir à deux causes tout à fait différentes : il peut dépendre soit d'une insensibilité momentanée de la rétine, soit d'un défaut d'accommodation de l'œil à la vision, ce qui me paraît être la raison capitale.

En effet, si l'on considère :

1° Que l'accommodation de l'œil à la vision s'effectue par action volontaire ou réflexe des muscles de l'œil;

2° Que les muscles du globe oculaire et les muscles palpébraux subissent, comme tous muscles de la vie de relation, la singulière modification pathologique dont nous avons parlé;

3° Qu'au moment où nous avons ouvert les paupières de la malade, l'œil droit était fortement porté en dedans, tandis que l'œil gauche était porté directement en haut, d'où résultaient : un strabisme interne très-prononcé de l'œil droit, et conséquemment un défaut de parallélisme des axes visuels;

4° Que les deux pupilles étaient dilatées et immobiles, ce qui peut dépendre tout autant de l'état pathologique du système musculaire que d'une paralysie momentanée de la rétine;

5° Qu'enfin la sensibilité des organes des sens, dont les fonctions ne sont pas intimement liées à l'intégrité des muscles qui leur appartiennent, n'a pas été abolie, et que l'œil, qui fait exception sous ce rapport, est le seul dont les fonctions ont été suspendues, on peut admettre, je crois, que l'altération de la vision chez cette femme est symptomatique de l'état pathologique du système musculaire et non d'une insensibilité de la rétine.

J'ai revu, d'ailleurs, plusieurs fois la malade depuis son attaque, et elle explique clairement que, malgré l'empêchement qu'elle éprouve à voir les personnes et les objets, elle n'est pas complétement dans les ténèbres pendant son accès, et qu'elle distingue nettement la lumière de l'obscurité. De sorte qu'en définitive je crois qu'il y a chez cette femme, comme elle le dit, conservation de l'intelligence, persistance de la sensibilité générale et sensoriale, et que tous les phénomènes morbides appréciables se rapportent à ce singulier état des muscles de la vie animale, en vertu duquel la volonté perd momentanément tout empire sur eux.

On conçoit combien la substitution d'une volonté étrangère à celle qui préside normalement chez un individu à l'accomplissement de ses déterminations apparentes, a dû paraître mystérieuse, et l'on comprend comment ceux qui ont assisté à des faits de cette nature ont presque toujours cherché à détruire par des explications physiologiques ou psychologiques, mais jusqu'ici insuffisantes, ce que ces faits avaient d'inintelligible.

Nous saurons résister à l'attrait des théories spéculatives, et nous ferons, en terminant, une dernière remarque sur un fait qui n'a pas encore eu sa place dans les théories et qui ne me paraît pas avoir suffisamment encore appelé l'attention; c'est que, dans la catalepsie, non-seulement les mouvements volontaires sont abolis dans les muscles de la vie animale, mais que les mouvements réflexes le sont aussi.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 décembre 1861. — Présidence de M. Milne-Edwards.

Nouvel appareil électro-médical. — M. Stéphane Hacq soumet à l'Académie un appareil d'induction (électro-médical) à courants redressés, qui permet à l'opérateur de recueillir séparément et à son gré (indépendamment des courants alternatifs résultant du fait même de l'induction) soit l'électricité positive ou négative du courant direct, soit celle produite par le courant inverse. Cet appareil, qui fonctionne avec un couple Bunsen du plus petit modèle, fournit des courants induits de même sens, qui joignent à l'effet physiologique une action chimique décomposante.

Dans la plupart des appareils employés jusqu'ici par les médecins, le courant obtenu est formé d'une succession de courants alternativement renversés. Sous le rapport des contractions, ces courants sont suffisants; mais dans certaines maladies il est utile, je crois, d'avoir des courants qui aux effets physiologiques joignent ceux d'une action chimique et physique ayant un sens déterminé. Or les courants alternativement renversés ne peuvent fournir ce résultat. Une forte pile produit à la rigueur cette action chimique, mais l'on s'expose alors à des inconvénients assez graves, ceux d'une irritation très-vive et proportionnelle sans doute à la quantité d'acide et à l'étendue des surfaces métalliques, ou bien à une cautérisation inutile, et de plus, pendant le passage du courant de la pile, l'action physiologique est nulle.

Avec les courants induits, qui ont beaucoup plus de tension que les courants voltaïques, ces inconvénients ne sont pas à redouter.

Pour arriver à ce double résultat, à cette action physiologique et chimique, j'ai utilisé dans mon appareil le mouvement du trembleur, qui fait tout à la fois fonction d'interrupteur et de commutateur, et permet alors de recueillir sur un même point l'électricité positive du courant inverse et celle du courant direct, et sur l'autre point l'électricité négative de ces deux courants. Et, comme je l'ai dit plus haut, l'opérateur peut prendre à volonté le courant inverse ou le courant direct, qui ont des caractères différents; annuler l'effet physiologique et laisser prédominer l'action chimique s'il est nécessaire, ou bien les faire concourir ensemble aux résultats qu'il peut avoir en vue.

Les courants d'induction redressés, obtenus avec l'aide de cet appareil, pourraient aussi servir, je crois, à certaines analyses chimiques qui exigent les courants de même sens d'une pile à forte tension, et par conséquent composée de couples nombreux, le modérateur donnant la faculté de diminuer l'intensité du courant pour le cas d'expériences délicates. (Commissaires : MM. Serres, Andral.)

Cellules du foie dans leurs rapports avec l'activité de la glycogénie. — M. G. Colin adresse un mémoire sur les divers états des cellules du foie dans leurs rapports avec l'activité de la glycogénie.

D'après les faits exposés dans ce mémoire, on voit que l'état de la graisse dans le foie offre certaines différences bien caractérisées. Ainsi :

1° Chez les herbivores, tels que le cheval, le bœuf, le mouton, les matières grasses se rassemblent en forte proportion dans les cellules et sous forme de grosses gouttelettes.

2° Chez les carnassiers, tels que le chien, le hérisson, la graisse des cellules est toujours beaucoup plus divisée que chez les premiers, et partant elle ne s'y distingue pas aussi aisément des corpuscules ténus avec lesquels elle est mêlée.

3° Enfin, chez les oiseaux, où les cellules hépatiques sont fort petites, et surtout chez les poissons, la graisse est en grande partie extra-cellulaire et tout à fait libre dans le tissu de l'organe.

Je ne sais, poursuit l'auteur, quelles sont les raisons de ces différences; mais la route que prennent les produits de l'absorption intestinale pourrait bien en être une des principales. Chez les animaux dont le système chylifère est très-développé, et dont les villosités

énormes sont bien disposées pour absorber les graisses, celles-ci prennent pour la plus grande partie la voie des vaisseaux blancs, et conséquemment ne traversent pas le foie avant d'arriver au système sanguin général. Au contraire, chez ceux qui, comme les oiseaux, et surtout les poissons, ont le système chylifère atrophié, la veine-porte se charge de la presque totalité des graisses puisées dans l'intestin. On conçoit dès lors que le foie puisse en arrêter et en retenir une plus grande quantité. (Commissaires précédemment nommés : MM. Chevreul, Bernard, Frémy.)

Encombrement charbonneux des poumons chez les houilleurs. — M. RIEMBAULT communique un mémoire sur l'encombrement charbonneux des poumons chez les houilleurs.

Depuis longtemps, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, on a publié des cas analogues à ceux que je rapporte; on les avait signalés comme des faits curieux et bizarres, sans en tirer l'enseignement pratique qu'ils renferment. Quant à moi, j'ai réuni dans ce travail un grand nombre d'observations au moyen desquelles j'ai tenté d'écrire l'histoire clinique de cette maladie des houilleurs, caractérisée anatomiquement par l'encombrement charbonneux des poumons. J'ai déjà traité ce sujet dans mon livre sur l'*Hygiène des mineurs*, publié au commencement de cette année. Je lui donne ici un plus grand développement. (Réservé pour l'examen de la future commission des prix de médecine et de chirurgie, concours de 1862.)

Pénétration dans les poumons des poussières liquides. — M. TAVERNIER adresse une note intitulée *Expériences sur la pénétration dans les poumons des poussières liquides tenant en dissolution des réactifs chimiques ou des médicaments*. Voici un extrait de cette note :

« ... Je me suis procuré chez M. Charrière deux grands appareils pulvérisateurs de M. le docteur Sales-Girons. Dans l'un, j'ai mis une solution acidulée de sulfate de fer; dans l'autre, une quantité égale d'une solution de cyanure jaune de potassium et de fer. Les deux appareils, également chargés d'air comprimé à quatre atmosphères, placés l'un devant l'autre à une distance assez rapprochée pour que leurs poussières se mêlassent très-intimement, furent ouverts; la pulvérisation eut lieu, les poussières se mélangèrent, se combinèrent et retombèrent en pluie fine *bleu de Prusse* sur une feuille de papier blanc placée au-dessous. Tout se passait comme la théorie chimique l'indiquait d'avance; ce point préliminaire établi, je fermai les deux appareils.

» J'examinai au laryngoscope l'état de mon larynx et la couleur des cordes vocales, pour bien établir ultérieurement les changements qui pourraient s'opérer. M. le docteur Gratiolet, mon ami, que l'Académie connaît par ses savants travaux anatomiques, avait bien voulu m'assister dans mes expériences et y prendre une part active.

» Après l'examen de mon larynx, je mis devant moi l'appareil contenant la dissolution acidulée de sulfate de fer; j'ouvris la clef, et respirai largement et profondément à plusieurs reprises la poussière liquide qui en sortait. L'impression perçue dans la poitrine, la sensation de froid, d'astringence, et quelques petits accès de toux provoqués par l'abondance de la poussière, me prouvaient déjà que la pénétration directe avait lieu; je voulus la rendre plus manifeste.

» Je pris aussitôt l'appareil contenant le cyanure jaune de potassium; j'en ouvris la clef et respirai de la même manière, à plusieurs reprises, la poussière qui s'en échappait; j'éprouvai également une sensation profonde, particulière, qui provoquait la toux, mais sans douleur; au bout d'un certain temps, j'arrêtai.

» Le pourtour de la bouche était bleu, l'intérieur de la bouche et la langue surtout marquaient une coloration de *bleu de Prusse* bien prononcée; le laryngoscope me permit de voir toute la partie du larynx en deçà et au delà des cordes vocales couverte d'une couche sombre qui n'était autre que du bleu de Prusse.

» Je me rinçai la bouche et me gargarisai avec de l'eau pure jusqu'à ce qu'elle sortît incolore; puis, après quelques efforts tendant à expulser les parties liquides colorantes qui tapissaient la trachée-artère et le larynx, je fis des efforts d'expectoration qui me permirent de rejeter des mucosités épaisses. La première expulsion était fortement, mais inégalement colorée; elle avait évidemment entraîné avec elle de la matière colorante restée dans les principales divisions des bronches. La seconde et les suivantes présentaient l'aspect de mucosités uniformément colorées dans toute leur épaisseur, et ne permettaient pas d'attribuer à une rencontre la couleur dont elles étaient teintes.

» M. Gratiolet a répété sur lui-même les expériences que je viens de décrire; il a ressenti les mêmes effets et a obtenu les mêmes résultats d'expuition.

» Il est bien démontré pour nous, et il en sera de même pour tous ceux qui reprendront ces expériences, que les poussières liquides passent dans le larynx, qu'elles pénètrent entre les cordes vocales jusque dans la trachée-artère, et que de là elles se distribuent dans les cellules bronchiques, où elles se trouvent en contact avec le tissu pulmonaire. »

(Renvoi à l'examen de la commission nommée pour un mémoire de M. Fournié sur la pénétration des corps pulvérulents dans les voies respiratoires, commission qui se compose de MM. Rayer et Bernard.)

Chloracétisation. Nouveau moyen de produire l'anesthésie locale. — M. FOURNIÉ adresse une note sur un nouveau moyen de produire l'anesthésie, qu'il désigne sous le nom de *chloracétisation*.

« Des aperçus théoriques m'avaient amené, dit l'auteur, à soumettre une partie de mon corps à l'action de la vapeur provenant d'un mélange d'acide acétique et de chloroforme, dans l'espoir d'obtenir une anesthésie locale; le succès couronna cette espérance. Les expériences très-nombreuses subséquentes, que j'ai faites sur moi-même, ou sur des animaux, ou sur des malades, m'ont permis de formuler la proposition suivante :

» Si, dans un appartement d'une température supérieure à 17°, on applique exactement sur une peau saine, propre et non privée d'épiderme, l'orifice d'un flacon en verre mince, dans lequel on aura mis une quantité d'acide acétique cristallisable pur équivalente au quart de la capacité et autant de chloroforme, et qu'on ait la précaution de maintenir ce flacon à la température de la main, on obtiendra, au bout de cinq minutes, et au prix d'une très-légère souffrance, une insensibilité complète de cette partie, et aussi de quelques-unes des parties plus profondes.

» Les vapeurs mélangées d'acide acétique et de chloroforme, appliquées avec une cornue en verre plus ou moins grande, sans col, et à l'aide de la toile de diachylon délimitant les parties que l'on veut rendre insensibles, pourront être employées comme anesthésiques dans toutes les opérations de la petite chirurgie qui intéressent principalement la peau, dans beaucoup de celles de la grande, et, en général dans toutes celles où l'emploi de la méthode anesthésique générale est contre-indiqué, ou quand le malade, dans la crainte des dangers de l'inhalation, ne veut pas profiter de ses bienfaits. La chloracétisation que je viens soumettre à l'appréciation de l'Académie me paraît être jusqu'ici le moyen anesthésique local le plus sûr, le plus facile, le plus économique, le plus simple et le plus général. » (Commissaires, MM. Velpeau, Bernard, Jobert.)

Atrésies des voies génitales de la femme. — M. A. PUECH transmet un mémoire sur les atrésies des voies génitales de la femme et de leurs terminaisons.

Dans un mémoire communiqué en 1858 à l'Académie, j'ai démontré, dit l'auteur dans sa lettre d'envoi, que le sang menstruel ne refluait pas dans la cavité péritonéale et que les faits de ce genre s'expliquaient par une hémorrhagie des trompes; dans le présent travail j'apporte un complément de preuves en recherchant ce qu'il advient des règles lorsque les voies génitales sont fermées, soit de naissance, soit par accident. Deux circonstances peuvent se rencontrer : ou bien les règles se dévient, ou bien le sang dilate les cavités placées au-dessus de l'obstacle. Le premier mode est exceptionnel et a été noté quatre fois seulement; le second est la règle et a été relevé dans 258 observations.

Dans la plupart des cas de cette dernière catégorie, l'accroissement mensuel du sang n'a pas d'autres conséquences, quoique l'intervention ait pu se faire attendre huit, quinze et même dix-sept ans; mais dans quelques-uns, où il survient une sorte d'épuisement nerveux, ou bien les obstacles finissent par être forcés.

La rupture a été observée dix-huit fois : neuf fois elle a porté sur l'obstacle et a agi, soit par éclatement, soit par gangrène; neuf fois aussi, et par le même mécanisme, elle a porté sur les organes dans lesquels le sang était contenu.

L'*ostium uterinum* a été forcé quinze fois et le sang a dilaté les trompes; mais dans cinq cas seulement la rupture s'en est suivie. Ces atrésies siégeaient cinq fois au col et dix fois au vagin.

En résumé, sur 258 observations dans lesquelles le sang menstruel n'avait d'autre issue naturelle que les *ostia uterina*, ceux-ci n'ont été forcés que quinze fois. Il est donc inexact de dire que ces orifices s'entr'ouvrent facilement, et de s'appuyer sur cette prétendue fréquence pour faire admettre le passage du sang de l'utérus dans les trompes, lorsque les voies génitales sont normalement conformées. (Commissaires, MM. Velpeau, Cloquet.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 11 décembre, M. le docteur Ambroise Tardieu, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur titulaire de médecine légale près ladite Faculté, en remplacement de M. Adelon, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— La Société de médecine du XVIIIe arrondissement de Paris vient de renouveler son bureau pour 1861-62, dans sa séance du 7 courant. Ont été élus :

Président, M. de Momigny; *vice-président*, M. Maurel; *secrétaire*, M. Nilo; *trésorier*, M. Loiseau.

— M. le docteur Coursserant commencera son cours public des maladies des yeux le mardi 17 décembre, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis et samedis suivants à la même heure.

Cours clinique à son dispensaire, rue Saint-Hyacinthe-Saint-Michel, n° 19, à onze heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Études sur l'histoire naturelle, par M. Camille DELVAILLE. Première série : Unité d'origine des races humaines; de l'alimentation par la viande de cheval; l'œuvre d'Etienne Geoffroy-Saint-Hilaire; biographies scientifiques du dix-huitième siècle; les hommes à queue. Un volume grand in-18. Prix : 3 fr. 50 c. A la librairie de Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole de Médecine.

Documents chirurgicaux (principalement sur les maladies de l'utérus) du docteur FORET. Paris, 1862. Un volume in-8° avec planches. Prix, *franco* par la poste, 4 fr. Chez E. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

Les médecins moralistes. Code philosophique et religieux, extrait des écrits des médecins anciens et modernes, notamment des docteurs français contemporains, par Mme WOILLEZ, avec un discours préliminaire de feu le professeur BRACHET (de Lyon), et une note par M. le docteur DESCUNET. Un volume in-8°. Prix : 6 fr. A la librairie de Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole de Médecine, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, 18 décembre 1861.

L'Académie de médecine a tenu hier sa séance publique annuelle. Lecture du rapport général sur les prix par M. Ch. Robin, secrétaire annuel; proclamation des questions et sujets de prix proposés pour l'année prochaine, par M. Robinet, président, et discours académique d'usage, par M. le secrétaire perpétuel, tel a été le programme de la séance.

M. Dubois (d'Amiens) a choisi pour sujet l'éloge de Chomel. Faire l'éloge de Chomel après M. Grisolle, c'était s'imposer une tâche difficile. M. Dubois ne se l'est point dissimulé. Il avait, il est vrai, à parler de ce médecin éminent devant un autre auditoire, et à envisager ses titres sous un point de vue différent. M. Grisolle avait loué Chomel, M. Dubois s'est proposé de le juger. Il y a entre les deux manières toute la distance du panégyrique, qui ne prend de son sujet que les côtés louables, au jugement impartial de l'histoire, qui fait un départ égal de l'éloge et de la critique. Nous adoptons volontiers cette dernière manière, comme la plus digne d'un corps savant auprès de qui la louange ne peut avoir de prix qu'autant qu'elle est méritée.

Le jugement porté par M. Dubois est-il également juste dans toutes ses parties? l'éloge et la critique y sont-ils répartis avec une irréprochable équité? Nous dirons sans ambages notre pensée tout entière.

Après l'assentiment complet que nous avons donné il y a trois ans au discours de M. Grisolle, pourrions-nous accepter aujourd'hui le jugement de M. Dubois? Sans doute l'orateur avait une tâche différente à remplir; parlant de Chomel devant ses collègues, historien avant tout, et libre en cette qualité de tout autre engagement et de tout autre devoir que celui de dire la vérité, bien plus préoccupé d'ailleurs d'apprécier les œuvres du savant que les mérites du professeur, il a pu, sans croire manquer aux lois de l'équité, nous le voulons bien, amoindrir quelque peu aux yeux de la postérité les traits de celui que nous nous étions plu à voir retracer comme le plus parfait modèle du professeur et du praticien.

Est-ce un reste du respect que nous a toujours inspiré la noblesse du caractère de Chomel et de l'autorité que son enseignement a si longtemps exercée sur notre esprit? Il nous a semblé que cette froide analyse de ses œuvres ne répondait pas à l'idée que nous nous étions faite de la part d'influence que ce maître éminent a exercée sur le mouvement scientifique et surtout sur la direction des idées pratiques de son temps.

Il nous faudrait, sans doute, pour justifier cette réticence aux louanges que mérite d'ailleurs le discours de M. Dubois, plus d'espace que nous n'en avons en ce moment à notre disposition. Une seule citation peut-être suffirait à cette justification. Plaçant la figure calme, l'esprit sage, modéré et circonspect de Chomel en face du bouillant agitateur du Val-de-Grâce, M. Dubois semble ne faire honneur de sa résistance aux entraînements qui précipitèrent les meilleurs esprits de l'époque dans le mouvement, qu'à une sorte de passivité et aux habitudes paisibles et calmes de son esprit. N'était-ce pas là plutôt l'indice même d'une haute raison et d'une parfaite rectitude de jugement? Et cette résistance que l'avenir devait sanctionner d'une manière si éclatante, ne devait-elle pas plutôt être invoquée comme une des circonstances qui font le plus d'honneur à sa mémoire? C'est ainsi que nous en aurions jugé. Nous soumettons d'ailleurs nos réflexions à nos confrères et à M. Dubois lui-même. — Dr Brochin.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 17 décembre 1861.

Présidence de M. Robinet.

M. Ch. Robin, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1861.

— M. le Président donne ensuite lecture du programme des prix proposés pour 1862 et 1863.

— M. Frédéric Dubois (d'Amiens) a la parole pour la lecture de l'éloge de M. Chomel. Il s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Le médecin éminent dont j'ai aujourd'hui à vous entretenir, a déjà été très-dignement loué dans une autre enceinte et par un savant dont l'amitié m'est chère (1); peut-être aurais-je dû m'arrêter devant une tâche rendue si difficile et devant les périls d'une inévitable comparaison; mais, dans le tableau d'ailleurs si achevé de la vie de M. Chomel, il est des parties qu'à dessein, sans doute, son éloquent panégyriste a voulu laisser dans l'ombre. Orateur d'un corps enseignant, il n'avait pas à juger M. Chomel, il parlait à de jeunes élèves, c'était un maître qui venait de leur être ravi, et qu'il devait leur proposer comme un parfait modèle. Ici, Messieurs, dans cette enceinte, mon rôle est différent : je parle devant les égaux de M. Chomel, devant ceux qui tout à l'heure étaient ses émules, ses rivaux, devant des auditeurs enfin qui attendent de moi un jugement motivé sur sa personne et sur ses écrits : historien fidèle et impartial, j'aurai certainement à louer M. Chomel, mais je ne ferai porter la louange que sur des portions vraiment dignes d'être louées : pour le reste, j'userai de cette véracité qui m'est, j'ose le dire, familière, et qu'à défaut d'autre talent vous avez plus d'une fois encouragée par votre assentiment.

Après avoir dit quelques mots des aïeux de M. Chomel, je me reporterai à ses commencements, je dirai comment il s'est tout d'abord distingué parmi ses condisciples, et comment il est devenu l'un de leurs chefs les plus estimés; je tracerai ensuite un court historique de la médecine en France, jusqu'au moment où M. Chomel a commencé à se produire parmi nous; je dirai alors quelle part il a prise aux luttes de nos écoles, quel genre d'influence il a exercé sur les esprits et quelles étaient les doctrines qu'il avait embrassées; je terminerai enfin en cherchant avec vous ce qui nous reste de lui dans la science.

Mais, tout en me plaçant ainsi devant l'histoire, tout en n'en disant que ce que je crois vrai, je n'oublierai pas ce que je dois au corps devant lequel j'ai l'honneur de parler, ce que je dois à des souvenirs personnels, ce que je dois enfin à l'une des réputations les plus pures et les plus honnêtes de notre époque.

(L'orateur entre ici dans des détails connus sur la famille de Chomel et sur les premières années de sa vie. Nous reprenons à l'époque de ses débuts dans l'étude de la médecine.)

On sait qu'il y avait alors à la Faculté de médecine de Paris d'illustres professeurs, de très-grands noms, mais des cours peu suivis; la véritable instruction médicale ne pouvait s'acquérir que dans les petits amphithéâtres du voisinage et surtout dans les hôpitaux.

M. Chomel, dont l'esprit était déjà exclusivement tourné vers l'utile, alla pour ainsi dire se confiner dans les cliniques de l'époque; nommé interne des hôpitaux en un rang fort honorable, il fit preuve d'un zèle et d'une assiduité au-dessus de tout éloge; il semblait ignorer qu'il y eût d'autre plaisir dans le monde que celui de remplir ses devoirs. Cette époque a été une des plus méritoires de sa vie : studieux, soumis et attentif, ne blessant personne par la précocité de ses talents, M. Chomel était le type du bon et excellent interne; aussi, après ses quatre années d'internat, pour ne pas priver les hôpitaux de ses services, l'administration le continua en quelque sorte dans ses fonctions sous le titre de *chef* ou *inspecteur des internes*. C'était la juste récompense de son dévouement pour le service des malades et de sa déférence pour l'administration ; on perpétuait ainsi en lui un internat dont on n'avait eu qu'à se louer, et c'est ainsi que, sans sortir des hôpitaux, M. Chomel put arriver au moment de soutenir sa thèse, en février 1813.

Cette thèse, Messieurs, n'était pas de celles qui passent en quelque sorte inaperçues : elle eut un assez grand retentissement : non pas, il est vrai, au moment où il la soutint, mais un peu plus tard, et d'une manière pour ainsi dire rétrospective, quand de plus grands succès appelèrent l'attention sur tout ce qu'avait pu faire l'auteur.

Nous nous conformerons à cette marche des événements et nous y reviendrons nous-même lorsque des travaux plus sérieux nous y ramèneront.

Nous n'en sommes encore qu'aux débuts de M. Chomel : son mérite toutefois était déjà si bien apprécié, qu'on lui accorda tout d'abord et sans le soumettre aux chances des concours, une des places qu'on venait de créer dans les hôpitaux de Paris; il fut nommé *médecin attaché au service de la Charité*. C'était encore un emploi secondaire, mais M. Chomel n'avait plus à suivre les chefs de service, il avait à les suppléer et à faire les visites du soir.

Alors, comme aujourd'hui, le service de la Charité rivalisait avec celui de l'Hôtel-Dieu; Corvisart y avait laissé de grands souvenirs; quoique simple attaché au service de la maison, M. Chomel y maintenait pour sa part les bonnes et studieuses traditions; ajoutons que les élèves, ravis de son exactitude et séduits par la douceur de ses manières et par le côté tout pratique de ses conférences, suivaient avec empressement ce jeune maître, qui était à peu près de leur âge.

C'est dans cette paisible et honorable situation que se trouvait M. Chomel, lorsqu'en 1817 il publia la première édition du plus important et du plus remarqué de ses ouvrages, je veux parler de sa *Pathologie générale*.

C'était un magnifique sujet que venait de choisir M. Chomel, mais avant de dire dans quel esprit il l'avait conçu et comment il l'a traité, il faut reprendre les choses d'un peu plus haut, et montrer par quelles récentes vicissitudes venait de passer la médecine en France, et quelles étaient les profondes réformes qu'on allait lui apporter.

(1) M. Grisolle.

Le temps ne nous permettrait pas, Messieurs, de faire voir quel était l'état de la médecine en France dans les deux siècles qui ont précédé le nôtre; nous dirons seulement qu'il ne faudrait pas juger de cet état d'après le degré d'avancement de la civilisation. Si l'on se reporte, en effet, à la société polie du dix-septième siècle, on voit qu'il y avait alors de fort grands médecins de cour, réputés très-habiles, regardés comme des puits de science et redoutés comme des oracles, mais pas un homme de génie, pas un nom qu'on puisse enregistrer dans l'histoire de la science proprement dite.

Imbus de théories absurdes, livrés à une effroyable thérapeutique, ils réussissaient dans les écoles par une immense érudition, et dans le monde par le prestige de leur esprit. Voyez, en effet, le fameux M. Dodart, le type du médecin parfait au dix-septième siècle : « C'était un grand garçon, dit Guy Patin, qui savait par cœur tout Hippocrate, tout Galien, Aristote, Cicéron, Sénèque et Fernel. » Écoutez Fontenelle, il vous dira que si Mme de Longueville avait pris M. Dodart pour son médecin, c'est qu'elle faisait un cas infini de l'esprit, et principalement de celui qu'on porte partout avec soi; or, à ce titre, M. Dodart avait frappé Bossuet lui-même.

Mais pendant que ces grands personnages émerveillaient ainsi les écoles par les prodiges de leur érudition, et qu'ils charmaient les belles dames par les grâces de leur esprit, ils restaient complétement étrangers aux mémorables découvertes qui de leur temps se faisaient dans la science; bien plus, la plupart niaient ces découvertes, et ils les combattaient de toutes leurs forces.

Au dix-huitième siècle, la médecine en France est encore plus abaissée; l'érudition y est moins en honneur, et l'on ne fait plus autant de cas de l'esprit; c'est à peine si deux ou trois hommes, tels que Lorry, Vicq d'Azyr et Bordeu, font entrevoir une prochaine rénovation, les autres ne songent qu'au maintien de leurs priviléges; éclipsés par les chirurgiens, au lieu de le disputer avec eux de savoir et d'habileté, ils leur disputent le droit de parler latin et de porter des robes longues, et il ne fallut rien moins qu'une grande révolution politique pour mettre fin à toutes ces rivalités. Tout mouvement scientifique s'était, il est vrai, arrêté, mais la fondation des écoles normales et des écoles de santé ouvrit, en l'an III, une ère toute nouvelle, et la médecine y prit au plus au haut degré ce qu'on pourrait appeler la couleur de l'époque.

On sait que le grand instrument dont les sciences prétendaient alors se servir était l'*analyse* : ce mot était dans toutes les bouches; la philosophie de Condillac, qui ne comptait que des adhérents, ne parlait que d'*analyse*, et les méthodes des naturalistes étaient seules en honneur.

C'est alors que parut Pinel. Né en 1755, sa jeunesse assez obscure s'était passée à enseigner les mathématiques et à traduire quelques ouvrages de médecine. Lié à l'époque dont nous parlons, et ce fut une grande partie de sa fortune, avec les plus célèbres professeurs des écoles normales, il est pris du même enthousiasme pour l'*analyse*, et il conçoit le projet de refaire toute la médecine à l'aide de ce précieux instrument. Ce n'est donc point dans les écrits de ses prédécesseurs qu'il va chercher les fondements de sa science : il lui suffit, pour la constituer, d'emprunter aux idéologues de son temps leurs procédés de raisonnement, et aux botanistes leurs principes de classification; de là la fameuse *Nosographie philosophique, ou l'analyse appliquée à la médecine*.

Plus on y réfléchit, Messieurs, et moins on comprend comment, à une époque si rapprochée de la nôtre, on a pu accueillir, avec une sorte d'engouement, cette médecine prétendue philosophique qui considérait les maladies comme des idées sensibles, puis comme des idées abstraites, quand elle avait à les définir, et qui les reprenait, comme des individus ayant entre eux des liens de parenté, lorsqu'il s'agissait de les distribuer en familles naturelles. Ajoutez que le traitement était considéré comme une chose tout à fait secondaire et dont un homme sérieux devait à peine s'occuper. « Je ne suppose pas, disait très-sincèrement Pinel, qu'on ait assez peu de lumières pour croire qu'on pourrait, à l'aide de quelque médicament, suspendre le cours d'une maladie aiguë ou chronique, » et personne n'aurait voulu donner lieu à cette supposition.

Telle était, Messieurs, la médecine qu'on pourrait appeler la médecine de l'an III, médecine qui, au dire de Pinel, était la seule vraie, et qui seule, ajoutait-il, devait être officiellement enseignée.

Cette doctrine régnait encore dans nos écoles, lorsqu'en 1808 un simple médecin militaire vint à Paris pour y faire imprimer les résultats d'observations qu'il avait faites au milieu des fatigues, des dangers et des agitations de la vie de soldat. Ce médecin, j'ai à peine besoin de le dire, était Broussais.

Qui aurait pu penser que du petit hôpital d'Udine en Frioul allait sortir un homme qui renverserait toute cette philosophie médicale de l'an III, et qui, le premier, ferait entendre parmi nous le véritable langage de la science?

Ce grand réformateur était loin peut-être de soupçonner lui-même quelle influence il allait exercer sur les nouvelles générations, et quel formidable mouvement il allait provoquer.

A cette première époque de sa vie son intention était tout simplement de faire connaître les maladies qui enlèvent tant de jeunes soldats dans nos armées; mais, dans les quelques lignes d'introduction qu'il plaça en tête de son livre, il y a les germes de toute une révolution médicale.

Cette fois, c'est la vraie philosophie, c'est le bon sens qui va se faire entendre; Broussais n'invoque ni Condillac, ni Jussieu, ni même

les livres hippocratiques. Il en appelle aux faits que nous avons chaque jour sous les yeux ; il veut qu'on interroge tout à la fois et la vie et la mort ; si les cadavres, dit-il, nous ont quelquefois paru muets, c'est que nous ignorions l'art de les interroger ; il n'est plus question d'analyse ou de synthèse, Broussais ne nous invite plus à passer des idées sensibles aux idées abstraites ; il ne nous parle plus de cadres nosologiques, il veut qu'on compare après la mort l'état des organes et les symptômes qui ont prédominé pendant la vie, afin de rapporter ceux-ci à leur véritable source. Ne voyez-vous pas, Messieurs, qu'il y a dans ce peu de mots l'origine de tout ce qui depuis a été fait de grand et de durable parmi nous ? Aujourd'hui que les nouvelles générations n'ont pas entendu d'autre langage, tout cela leur paraît simple, naturel et d'une logique vulgaire, mais en 1808 c'était une langue toute nouvelle, et celui qui la parlait était un inconnu. Son heure n'était pas encore venue.

La médecine de l'an III était plus que jamais en honneur dans l'Ecole de Paris, la nosographie philosophique y gouvernait encore tous les esprits ; c'est à peine si l'on prêta quelque attention à celui qui venait dire qu'il faut chercher le point de départ de nos maux dans l'intimité des organes, que les symptômes ne sont que les cris de douleur des organes souffrants, et qu'on peut souvent arrêter les progrès du mal à l'aide d'une sage médication. De longues années devaient encore s'écouler avant que le grand réformateur pût se faire écouter.

Ce n'est qu'en 1814, après nos grandes guerres de l'Empire, qu'un service médical lui ayant été confié au Val-de-Grâce, il put enfin organiser cette féconde agitation qui devait changer la face de la science.

Il y eut alors dans nos écoles deux enseignements distincts en présence l'un de l'autre, l'enseignement officiel et l'enseignement libre ; le premier se faisait à l'Ecole ; un vieillard justement entouré de respects montait encore en chaire ; mais la solitude se faisait autour de lui, c'était Pinel qui venait commenter quelques chapitres de sa *Nosographie philosophique*.

L'enseignement libre se faisait en dehors de l'Ecole, et particulièrement dans le petit amphithéâtre de la rue des Grès ; c'était là que siégeait Broussais, alors en pleine possession de sa popularité. Né sur les grèves de l'Océan, bercé au bruit de ses orages, jeté ensuite dans le tumulte des camps, il semblait avoir conservé comme un reflet de cette double origine ; sa parole était tantôt grave et sévère, tantôt ardente, passionnée et belliqueuse ; on voyait bien qu'il ne s'était pas formé à l'ombre d'une Ecole, et qu'il tirait de son propre fonds toutes les hardiesses de sa pensée.

C'était, du reste, Messieurs, un beau spectacle que celui de cette lutte tout intellectuelle engagée ainsi entre l'enseignement libre et l'enseignement officiel ; à aucune autre époque il n'y avait eu dans la jeunesse un pareil courant d'idées ; des tribunes s'élevaient pour elle de toutes parts, et l'enseignement de la médecine rivalisait noblement avec celui des lettres et de la philosophie, un même mouvement entraînait tous ces jeunes esprits. On se croyait transporté aux grands jours de la scolastique, au douzième ou au treizième siècle, alors que de hardis maîtres de la parole, portant aussi avec eux le bruit et la foule, avaient rempli le quartier latin de leurs turbulents écoliers.

La Faculté cependant n'avait pas encore été entamée, et c'est là que se trouvait le parti de la *résistance*. Mais presque toute la jeunesse s'était groupée autour de Broussais, et, comme lui, elle était pour le *mouvement*.

Entre les deux partis, le choix ne pouvait être douteux pour M. Chomel, auquel nous voici enfin revenus : esprit sage, modéré et circonspect, M. Chomel devait se maintenir dans le parti de la résistance : ajoutons que tout ce qu'il y avait alors d'hommes un peu considérables, aussi bien dans les hôpitaux que dans l'Ecole, se tenaient encore sur la réserve, et puis, il faut le dire, le grand agitateur n'avait rien de bien séduisant pour les hommes graves, paisibles et déjà arrivés ; comme la plupart des novateurs, il était hautain et contempteur, dédaigneux et méprisant pour tous ses adversaires ; à l'occasion même, il ne leur épargnait ni sarcasmes ni outrages. M. Chomel ne faisait donc que rester parmi les siens en se tenant dans le camp opposé, et en se prononçant contre les nouvelles doctrines ; je dis en se prononçant, j'ai tort ; c'était plutôt en se taisant que M. Chomel résistait.

M. Chomel, en effet, ne s'était pas encore mis en lutte ouverte avec ce puissant adversaire ; son opposition ne se manifestait guère que par des réticences ou par des allusions plus ou moins détournées, et cela aussi bien dans ses écrits que dans ses leçons orales.

Le *Traité de pathologie générale*, dont nous avons maintenant à parler, nous en fournira la preuve ; c'est en 1817, ai-je dit, que M. Chomel en donna la première édition, au moment même où Broussais venait en quelque sorte de promulguer son célèbre *Examen des doctrines médicales*. Mais je ne dois insister ici que sur l'ouvrage de M. Chomel.

C'était un livre honnête, sagement écrit, qu'on pouvait placer à côté du primitif *Dictionnaire* de Nysten et de la *Séméiotique* de Landré-Beauvais ; M. Chomel n'y avait fait entrer aucunes considérations générales, mais il s'attachait à bien y définir les termes usités en médecine, et à initier ainsi les commençants à la langue médicale ; il leur disait ce que c'est qu'un *symptôme*, ce que c'est qu'un *signe*, un *phénomène*, et cette méthode parut louable, car d'autres depuis ont délayé tout cela en plusieurs volumes.

Ceci, Messieurs, suffirait pour montrer que M. Chomel, qui n'en était encore qu'à ses débuts, obéissait déjà aux tendances qui depuis l'ont toujours guidé ; il est là tel que nous le retrouverons dans tout le cours de sa vie : mû par le seul désir d'être utile, ne cherchant en tout que le côté pratique des choses, n'embrassant de la science qu'un horizon borné, mais le voyant juste et bien.

D'autres sans doute auraient pu comprendre tout autrement l'esprit et le plan d'un *Traité de pathologie générale* ; ils auraient pu y voir l'histoire des maladies dans ce qu'elle a de plus élevé et de plus scientifique ; ils auraient pu se dire que la science dans un livre de cette nature doit être reprise dans ses origines, envisagée dans ses principes, interprétée dans ses lois et suivie dans ses applications ; que ce doit être enfin la philosophie de la médecine ; mais M. Chomel n'y avait rien vu de tout cela ; un ouvrage de cette espèce lui semblait exiger, et il le dit textuellement, *plus d'opiniâtreté dans le travail que de supériorité dans l'esprit*.

Il suit donc pas à pas le vieux Gaubius, et s'il s'en écarte un moment, c'est pour rendre hommage à Pinel, auquel il attribue les plus récentes réformes introduites en médecine. « Il est juste, dit-il, de rendre à ce grand maître le tribut de vénération que réclament ses vertus et son génie. » Quant à Broussais, il n'en est pas dit un mot ; on n'y trouve même aucune trace du grand mouvement qui se faisait alors dans la science.

Mais si M. Chomel se taisait ainsi sur le grand réformateur, celui-ci, bien qu'arrivé à l'apogée de sa réputation, ne dédaigna point de s'occuper du livre de M. Chomel ; il lui consacra un article étendu, vif comme tout ce qu'il écrivait, mais d'une modération remarquable.

« Je suis fort éloigné, dit-il, de vouloir mortifier un jeune auteur estimable et laborieux, mais je dois l'avertir qu'il est trompé par l'autorité de certains noms dont l'influence ne saurait tenir longtemps contre la vérité ; ce ne sont point ses erreurs que je censure, mais celles d'une école où j'ai été élevé moi-même aussi bien que lui, et que je n'ai abandonnée que parce que j'y suis forcé par le cri de ma conscience. »

Broussais cependant n'avait pu s'empêcher de remarquer que, conformément à une habitude déjà prise, M. Chomel n'avait pu se décider à dire un mot qui eût trait à sa personne ou à ses écrits.

Voici sa réponse :

Elle eût été, Messieurs, étrangement présomptueuse dans une autre bouche ; vous trouverez peut-être que dans la sienne elle n'était que l'indice de sa force et la conscience de sa valeur.

« Je ne reproche point à M. Chomel, dit-il, son silence affecté sur mes écrits, je lui reproche seulement de n'en avoir pas profité. »

Quoi qu'il en soit, Messieurs, la grande question des fièvres était seule à l'ordre du jour, et elle allait devenir le champ de bataille des deux partis ; les six ordres de fièvres, imaginés par Pinel et disposés par lui en *familles naturelles*, étaient toujours exclusivement admis à la Faculté de médecine de Paris ; notre Académie n'existait pas encore, mais il s'était formé dans le sein de la Faculté une société qui portait le nom de Société de la Faculté, et c'est à cette compagnie que M. Chomel, vers le commencement de 1820, alla soumettre un travail de sa composition qui avait pour titre : *Mémoire sur l'existence des fièvres*.

Ce titre pouvait paraître singulier, car, pris à la lettre, il aurait pu faire croire qu'on en était venu à douter de cette existence ; or il n'en était rien ; les phénomènes fébriles n'étaient mis en doute par personne, c'étaient leur cause, leur point de départ, qui seuls étaient contestés : les uns, et M. Chomel était de ce nombre, persistaient à croire que certaines fièvres, désignées par eux sous le nom d'*essentielles*, existent en quelque sorte par elles-mêmes, ou du moins ne sont liées à aucune lésion matérielle des organes ; mais d'autres, et ceux-ci appartenaient à la nouvelle école, soutenaient que ces fièvres comme toutes les autres sont symptomatiques de lésions bien et dûment matérielles. Or cette nouvelle école avait gagné du terrain ; ses progrès dans l'opinion publique étaient considérables ; le réformateur n'avait plus seulement pour lui quelques élèves sans consistance : des hommes d'un grand mérite s'étaient déclarés en sa faveur, et parmi eux se trouvaient des écrivains distingués, tels que MM. Boisseau, Bégin, Ducamp, Goupil et Roche ; c'est dans ces circonstances que M. Chomel, prenant en quelque sorte en main la défense des fièvres essentielles, vint donner lecture de son mémoire à la Société de la Faculté. Mais déjà il faisait des concessions ; la lumière commençait à se faire dans cet esprit tenace, mais juste et de bonne foi.

Il reconnaissait que chez bon nombre de malades qui ont offert pendant leur vie des phénomènes fébriles, on trouve des lésions locales bien déterminées ; mais il maintenait qu'il en est d'autres chez lesquels on ne trouve après la mort aucune espèce de lésions ; il apportait, du reste, dans ses relevés, une grande franchise ; il avouait qu'il n'avait pu recueillir que trois faits par lui-même, et que les autres lui avaient été communiqués par MM. Lherminier, Husson et Fouquier ; puis, il est vrai, arrivait M. Magendie, qui, ayant déjà transporté sa clinique sur sa table à vivisections, assurait que lui aussi n'avait rien trouvé chez ses chiens !

La loi générale n'était donc plus pour M. Chomel ; il n'avait plus par devers lui que des faits exceptionnels ; il le savait, mais ces faits, disait-il, avaient une haute valeur, et ils lui suffisaient pour combattre la doctrine *qu'on* soutenait si vivement.

Remarquez, Messieurs, qu'en 1820 les adversaires de Broussais en étaient encore à ne pas vouloir le nommer dans leurs écrits ; ils disaient : *on soutient*, *on prétend*, *on affirme*, et rien de plus, et cependant, Messieurs, ce nom avait alors un incomparable éclat, et il brillait d'autant plus qu'on s'efforçait de le cacher :

Eo præfulgebat quod celabatur ;

tant il est vrai qu'on ne peut pas plus étouffer une gloire naissante qu'effacer une gloire inscrite dans le passé.

M. Chomel cependant, fort de ses convictions, ne voulut pas en rester là ; une année s'était à peine écoulée qu'il reprenait vaillamment la plume, et publiait non pas un mémoire, mais un volume entier sur la question des fièvres.

Cette fois, M. Chomel reconnaissait très-ouvertement que, chez les sujets qui succombent dans le cours d'une fièvre grave continue, on trouve des lésions dans le tube intestinal ; mais cet aveu, une fois arraché, il était une foule de points sur lesquels il défendait intrépidement le terrain. Ainsi il était inexorable pour tout ce qui tenait aux six ordres imaginés par son maître Pinel ; en vain cherchait-on à lui démontrer que toutes ces fièvres continues, si diverses dans leurs formes, si variables dans leur cours, ne sont après tout qu'une seule et même fièvre ; et cette fois ce n'était pas son hautain adversaire qui lui disait cela, car à son tour il était dépassé, c'étaient ses meilleurs amis, ceux qui jusque-là avaient marché avec lui ; mais il tenait tellement à ses six ordres qu'il les retrouvait jusque dans les fièvres intermittentes ; de sorte qu'au lieu de diviser celles-ci, comme tout le monde le fait, en bénignes et en pernicieuses, il les divisait en inflammatoires, en muqueuses, bilieuses, etc., etc. Toutefois, je viens de le dire, le progrès l'entraînait malgré lui ; les conclusions de son premier mémoire avaient été qu'il fallait maintenir l'existence des fièvres essentielles ; cette fois ses conclusions étaient que le plus souvent on trouve des traces de phlegmasie chez les individus qui succombent à ces sortes de fièvres ; il allait même plus loin, il reconnaissait que ceux qui les premiers ont proclamé cette vérité, ont bien mérité de la science. Pourquoi faut-il qu'il n'ait pu se décider à dire quels étaient ceux qui les premiers avaient proclamé cette vérité et qui avaient ainsi bien mérité de la science ?

M. Andral, je me plais à le dire ici, M. Andral a été plus généreux, plus juste ; lui aussi avait cru à l'existence des fièvres essentielles, lui aussi avait publié un volume pour démontrer cette existence, et ce premier travail il était venu en faire hommage à notre Académie ; c'était en 1823. Sa seule ambition, disait-il, était de mériter votre suffrage et d'obtenir votre appréciation ; mais bientôt il reconnut qu'il était dans l'erreur ; les faits nombreux qu'il avait recueillis étaient exacts, mais il les avait mal interprétés, et c'est ici qu'il faut l'entendre.

« Si j'ai changé, dit-il, c'est que la science marche sans cesse. A mesure que l'horizon s'agrandit devant elle, il faut bien que l'observateur vienne se placer dans le jour du nouveau point de vue qu'elle découvre ; les maladies que j'avais d'abord retracées dans mes observations sont celles qui ont été longtemps décrites sous le nom de *fièvres essentielles*... ; il était réservé à M. Broussais de changer sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, la face de la science. »

Voilà, Messieurs, je le répète, de nobles et généreuses paroles ; mais je reviens à M. Chomel.

La grande question des fièvres allait de nouveau l'occuper, mais pour la dernière fois ; nous avons vu que sur ce point il était entré dans une voie de concessions ; qu'il avait fini par reconnaître que presque toutes les fièvres dites essentielles sont liées à des lésions du tube intestinal ; mais il les divisait toujours en six ordres, se refusant à admettre qu'il y ait entre ces fièvres une véritable identité ; la science cependant avait de nouveau marché, et cette identité des fièvres graves continues ne faisait plus de doute pour personne. Seul M. Chomel persistait dans ses vieilles croyances, et s'apprêtait à soutenir de nouvelles luttes.

Ce n'était plus cette fois Broussais qu'il allait avoir en face de lui, c'était l'élite des observateurs et des praticiens ; peut-être cependant aurait-il résisté pendant de longues années, si, parmi ses amis, il ne s'était rencontré un homme de l'esprit le plus droit, le plus sagace et le plus sévère, qui entreprit de lui faire partager ses convictions et de le ramener à la croyance commune. Cet homme, pourquoi ne pas le dire tout de suite, était M. Louis ; cet excellent observateur s'y prit, il est vrai, d'une façon à laquelle il était difficile de résister. M. Chomel niait sur ce point le mouvement, M. Louis alla marcher devant lui et chez lui. M. Chomel soutenait qu'il n'y avait pas de fusion possible pour toutes ces fièvres : M. Louis alla opérer cette fusion sous les yeux de M. Chomel et dans son propre creuset, c'est-à-dire dans son service d'hôpital.

Ce fut chose bien remarquable, Messieurs, de voir un homme d'un âge mûr et d'une grande valeur personnelle, consentir à se remettre ainsi à l'étude et à s'ensevelir pendant de longs mois dans le service d'un autre, confondu pour ainsi dire dans le cortége des élèves, et cela uniquement dans le but de faire prévaloir la vérité.

M. Louis, du reste, fut payé de sa constance et de sa peine ; il porta la conviction dans l'esprit de M. Chomel, et en 1834 parurent les *Leçons sur la fièvre typhoïde*.

C'était un des élèves les plus distingués de M. Chomel qui avait tenu la plume, M. Genest, esprit sage, timide et modeste, qui s'était complétement effacé pour laisser parler son maître.

Ce livre constatait hautement que M. Chomel s'était enfin rendu et qu'il avait accepté l'identité de toutes les fièvres graves continues ; il y déclarait textuellement que toutes *ces fièvres ne sont au fond et dans leur nature qu'une seule et même fièvre* ; toutefois, et par un reste d'attachement pour les doctrines qu'il avait si longtemps défendues, il y reproduisait encore, mais seulement à titre de simples formes, les six ordres de Pinel ; c'était encore de la résistance, mais faible et insignifiante, comme un souvenir ; la grande lutte avait cessé, elle n'avait pas duré moins de quinze ans ; M. Chomel y avait défendu le terrain pied à pied, exécutant d'habiles et savantes retraites qui n'étaient pas sans gloire, mais enfin cette fois il n'y avait plus à revenir.

Depuis cette époque, M. Chomel n'a plus dit un mot qui eût trait aux fièvres, c'était pour lui un sujet complétement épuisé ; mais nous allons le voir aux prises avec d'autres nouveautés, nous disons nouveautés, car c'est ainsi qu'il qualifiait ce que d'autres appelaient progrès et ce que déjà ils considéraient comme acquis à la science.

La question dont nous allons maintenant nous occuper était familière à M. Chomel, elle avait trait à l'*affection rhumatismale*. M. Chomel en avait fait l'objet de sa thèse inaugurale, ce devait donc être pour lui un sujet de prédilection ; et comme il en avait alors fidèlement esquissé l'histoire, il pensait avoir dit le dernier mot sur ce sujet ; la science cependant, pour nous servir de la belle expression de M. Andral, avait découvert aussi de ce côté de nouveaux horizons, et l'un de nos collègues, M. Bouillaud, était venu se placer à d'autres points de vue.

On sait maintenant que par une étrange fatalité, lorsqu'une affection de nature rhumatismale vient à envahir une des grandes articulations, presque toujours cette même affection saisit les enveloppes de l'organe central de la circulation et met les jours du malade en danger ; cette coïncidence si redoutable avait été jusque-là méconnue ; en 1835, M. Bouillaud vint à cette tribune vous lire un mémoire dans lequel il démontrait que cette coïncidence doit être considérée comme une *loi*, et que c'était à ce titre qu'il fallait l'enregistrer dans la science.

M. Chomel ne pouvait pas ne pas être ému de la démarche de M. Bouillaud, et ce devait être pour lui une étrange prétention d'annoncer quelque chose sur le rhumatisme qui ne fût pas dans sa thèse de 1813.

M. Chomel se mit donc résolûment en travers de cette entreprise, et une polémique très-vive s'engagea sur ce point ; il faut dire toutefois que cette vivacité, tout à fait en dehors des habitudes de M. Chomel, ne venait pas précisément de lui.

M. Chomel avait fait pour la question du rhumatisme ce qu'il avait fait en d'autres temps pour celle de la fièvre typhoïde, il avait chargé l'un de ses élèves de tenir la plume, mais cet élève, d'ailleurs très-distingué, était M. Requin : or, M. Requin, homme de beaucoup d'esprit, n'était pas du tout disposé à s'effacer, comme M. Genest, devant M. Chomel ; c'était même une singulière association que celle de M. Chomel et de M. Requin. Le genre d'esprit qu'avait M. Requin devait plutôt effrayer que séduire M. Chomel ; rompu aux luttes des concours, railleur et provoquant, M. Requin était d'une intempérance et d'une verve qui, sous des formes scolastiques, débordaient souvent en apostrophes toutes personnelles et parfois très-compromettantes ;

il convenait du reste lui-même qu'il avait pu faire dire d'étranges choses à son maître, et il s'en défendait d'autant moins que ceci lui avait permis de comparer M. Chomel à Socrate et lui-même à Platon.

Toutefois, et pour sauvegarder M. Chomel, il avait eu la précaution de déclarer, dans un avertissement, que lorsqu'il parlerait en son nom il dirait *moi;* que s'il avait à parler tout à la fois au nom de Chomel et au sien, il dirait *nous;* que si, enfin, il laissait entièrement la parole à son maître, il dirait *lui*.

Tout cela, on en conviendra, n'était pas fort révérencieux, et notez qu'en maints passages on ne sait à qui s'en prendre de lui ou de M. Chomel, car il n'y dit ni moi, ni nous, ni lui.

La dissidence, du reste, était complète entre M. Bouillaud et M. Chomel; M. Bouillaud, en formulant sa proposition, avait dit que c'était bien une loi générale, car la coïncidence de l'endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu est la règle, tandis que le développement isolé de ces maladies est l'exception; or M. Chomel renversait la proposition, et disait que la coïncidence était au contraire l'exception, la règle étant le développement isolé. Mais bientôt M. Chomel, ou plutôt M. Requin, car je ne saurais attribuer à M. Chomel une pareille inconséquence, M. Requin, dis-je, après avoir ainsi nié la coïncidence, et par conséquent la découverte, prétend qu'après tout cette découverte ce n'était pas M. Bouillaud qui l'avait faite, mais bien M. Chomel, et cela, en 1813, c'est-à-dire vingt-deux ans avant M. Bouillaud; puis il se ravise, et il trouve que ce n'est ni à M. Chomel ni à M. Bouillaud qu'il faut en rapporter l'honneur, mais à cet être collectif qu'on appelle *tout le monde*.

Vous ne trouverez pas cela étrange, Messieurs, car vous savez que c'est toujours à peu près là ce qui se passe lorsqu'une découverte un peu importante vient à se faire dans le monde.

M. Bouillaud cependant ne s'en était pas tenu à sa loi de coïncidence; il avait cherché à prouver que le siége principal, essentiel, du rhumatisme articulaire est dans la membrane synoviale, et que de là le mal peut s'étendre aux tissus environnants. Or, c'était encore là ce que ne pouvait admettre M. Chomel : d'abord il n'avait rien dit de semblable dans sa thèse de 1813; il avait soutenu, au contraire, que c'était un des *desiderata* dans l'histoire de cette maladie, et il le maintenait comme toujours existant. M. Requin allait même plus loin en ce sens; il faisait un mérite à M. Chomel d'avoir parfaitement établi dès 1813, non pas ce qu'on savait à l'égard du rhumatisme, mais ce qu'on ne savait pas. Ainsi, disait-il, c'est M. Chomel qui le premier nous a fait voir qu'on ne sait rien de positif sur le siége du rhumatisme; c'est encore lui qui nous a démontré qu'on ne sait rien sur la nature du rhumatisme; c'est enfin M. Chomel, ajoutait-il, qui nous a prouvé qu'on ne peut pas se rendre compte de la persistance de la fièvre après la disparition des phénomènes locaux.

Je ne sais, Messieurs, si M. Chomel a été bien flatté de se voir donner de pareils titres de gloire, mais c'était une idée assez étrange de lui constituer ainsi tout un avoir scientifique avec des faits négatifs.

Disons cependant que l'insistance avec laquelle M. Chomel s'efforçait de maintenir ces *desiderata* dans l'histoire du rhumatisme devait, en définitive, tourner au profit de la science; il devait en être ici comme pour l'histoire des fièvres : des deux côtés on s'était appuyé sur des observations. M. Bouillaud en avait cité un assez grand nombre en faveur de son opinion, M. Chomel en avait apporté neuf qui lui étaient contraires; M. Bouillaud dut se remettre à en recueillir de nouvelles, et bientôt, c'est-à-dire en 1840, la science se trouva dotée non plus seulement d'un mémoire, mais d'un traité *ex professo* sur cette même question.

Voilà, Messieurs, comment la science profite même des obstacles qu'on prétend lui opposer.... (L'auteur raconte ici l'avénement de M. Chomel à la Faculté, et continue en ces termes :)

Chacun applaudit à ce choix : M. Chomel avait les qualités essentielles du professeur de clinique.

Ce n'était pas un de ces talents de parole qui attirent et charment une foule attentive; ce n'étaient ni ces accents passionnés ni ces apostrophes véhémentes du professeur du Val-de-Grâce; ce n'était pas non plus cette élocution magistrale et dédaigneuse du célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, bien moins encore les inspirations brillantes et désordonnées de Récamier : c'était un simple récit de ce qui venait d'être observé au lit des malades, récit clair, exact, sage et méthodique. M. Chomel en excluait systématiquement tout ce qui pouvait ressembler à une digression, et aussi, contrairement à ce que recherchait son élève Requin, tout ornement d'érudition; non qu'il manquât de savoir, comme tout homme désireux de s'instruire, M. Chomel avait pris quelque connaissance des anciens, mais, c'était justement, disait-il, parce qu'il les avait lus et relus, qu'il était resté convaincu de leur parfaite inutilité dans l'étude de la médecine pratique. Il en avait orné sa bibliothèque, mais il s'était bien gardé d'en orner sa mémoire, et jamais on ne l'entendait citer, dans ses leçons, quelques-uns de ces grands noms que d'autres appellent les dieux de la médecine. Quant à ses contemporains, deux ou trois peut-être, et de ses amis, lui auraient inspiré assez de confiance pour qu'il pût les citer, mais il n'avait pas le temps de les lire.

Tel a été, Messieurs, l'enseignement de M. Chomel, et cet enseignement est toujours resté le même.....

M. Chomel, comme tout le monde, rendit hommage aux belles découvertes de Laënnec : ce ne fut pas toutefois sans une certaine hésitation; il était tellement en défiance et si fort en garde contre toute espèce d'innovation, qu'il aurait fait encore volontiers ici quelque résistance; le long tube acoustique dont se servait Laënnec l'avait tout d'abord mal prévenu; mais cette fois il ne s'agissait plus de ces théories ou de ces systèmes qu'il redoutait par-dessus tout, il s'agissait de faits, de détails très-positifs et très-faciles à constater, leur évidence était palpable; M. Chomel dut donc bientôt se rendre, il acquit même dans l'exercice de ces procédés une incomparable habileté.

Chacun sait du reste que M. Chomel excellait dans ce qu'on appelle le *diagnostic local*. Il est vrai qu'il n'y épargnait ni son temps ni ses peines. Il y avait plaisir à le voir interroger et explorer un malade : il y procédait avec une méthode, une convenance et une sûreté dont rien n'approche; il n'était pas un détail qu'il ne voulût entendre de la bouche du malade, pas une région, pas une partie souffrante du corps sur laquelle il ne voulût jeter les yeux ou porter la main; puis, rentré dans son amphithéâtre au milieu des élèves, il exposait avec un ordre parfait tout ce qu'il venait de constater, et de cet exposé il déduisait les conséquences les plus nettes et les plus rigoureuses.

Mais, Messieurs, est-ce en cela seulement que consiste l'art médical? Suffit-il pour être un bon médecin de savoir discerner avec sagacité la nature du mal, son siége, son étendue, son degré d'intensité et ses suites les plus probables?

Non assurément, et M. Chomel ne le pensait pas; je dirai même que malgré toute sa déférence pour son maître Pinel, il ne croyait pas que la vraie médecine est celle qui a uniquement pour but de déterminer la nature des maladies et d'en assigner les caractères; il reconnaissait avec Laënnec que pouvoir explorer est une grande partie de l'art, mais il entendait déduire de cette exploration de lumineuses indications pour le traitement.

« Tire-moi du danger! » c'est là le cri de l'humanité en face du médecin, et à ce cri, M. Chomel pensait que le médecin doit répondre non par des harangues, mais par des actes, et lui-même en donnait l'exemple.

M. Chomel n'a rien inventé en thérapeutique, il n'a guère fait que suivre les médications usitées de son temps, mais c'était après les avoir soumises à un sévère contrôle; on ne le voyait pas, comme tant d'autres, improviser tout un traitement sans en donner d'autres raisons qu'un prétendu tact médical ou quelques soudaines inspirations; sa thérapeutique, déduite de l'expérience, se proportionnait à l'intensité du mal.

Les succès obtenus par M. Chomel dans la pratique des hôpitaux lui avaient fait une grande réputation dans le monde, et pendant de longues années il a été l'un des médecins les plus recherchés et les plus occupés de Paris. On ne pourrait pas dire cependant qu'il a été un médecin populaire; M. Chomel n'avait pas précisément ce qui fait réussir près du peuple proprement dit, la rondeur et la fibre toute gauloise d'un Antoine Dubois, par exemple, ou le prestige imposant d'un Dupuytren. Ses manières dignes, bien qu'un peu froides, sa parfaite discrétion, son excellente tenue, l'avaient plutôt fait appeler dans les classes aisées de la société, et en dernier lieu jusque dans le sein de la famille qui gouvernait alors le pays. De sorte que, comme presque tous ses aïeux, M. Chomel a été un médecin de cour; tout assurément justifiait en lui cette haute faveur, mais peut-être, en d'autres temps, n'aurait-il pas obtenu le même succès; chaque prince a ses goûts et ses exigences : ainsi naguère, pour captiver le dominateur de l'Europe, il n'avait rien moins fallu que l'éclatante réputation, l'esprit vif et soudain d'un Corvisart, ou le sublime dévouement d'un Larrey; mais M. Chomel avait toutes les qualités que pouvait désirer la royauté bourgeoise : une grande fortune, des manières simples et unies, un remarquable esprit d'ordre et d'économie, la faveur des classes aisées, et particulièrement celle des gens de finance.

A cette même époque, une dignité qu'il n'avait pas recherchée vint en quelque sorte le trouver : ses longs services dans l'enseignement lui ouvrirent les portes du Conseil royal de l'instruction publique; l'influence qu'il y exerça fut justement appréciée, il y gardait souvent le silence; mais lorsqu'il prenait la parole, ses avis devenaient presque toujours des décisions.

C'est ainsi, Messieurs, que M. Chomel était parvenu dans notre ordre aux plus hautes positions : son mérite assurément y avait contribué pour la plus forte part; mais la fortune, comme dans toutes les affaires de ce monde, y avait aussi mis la main, et lui était venue en aide; ainsi, elle lui avait tout d'abord épargné les rudes épreuves des concours : M. Chomel n'a pas eu à éprouver ces vives émotions qui usent la vie en si peu d'années; on ne l'a jamais vu gravir les marches d'une tribune pour se trouver en face de juges diversement prévenus, et devant une assemblée tumultueuse, impatiente, presque aussi désireuse d'assister à nos défaites que d'applaudir à nos succès.

Lorsque M. Chomel parut dans nos concours, ce fut tout d'abord en qualité de juge; mais je dois ajouter que les compétiteurs trouvèrent toujours en lui un juge intègre, éclairé et consciencieux; sans doute il avait ses préjugés de doctrine et d'école, il avait ses préférences, il avait les siens qu'il poussait par-dessus tout, mais ceux-ci n'étaient *siens* que parce qu'ils lui semblaient les plus dignes par leur savoir et par leur caractère. Je sais qu'alors il y mettait de la passion; et qui aurait pu l'en blâmer, quand c'était pour l'honneur et le bien du corps qui avait à se recruter, quand c'était par exemple pour en écarter quelque grande calamité?

M. Chomel avait une haute idée du professorat, c'était à cet égard un homme des anciens jours. Qui aurait pu prévoir qu'une époque viendrait où de lui-même, par un acte de sa volonté, il se démettrait de fonctions qui lui étaient si chères? Ce fut, il est vrai, pour donner un dernier témoignage de fidélité à d'augustes clients déchus du pouvoir; mais il fallut que ce sentiment d'un devoir à remplir fût bien puissant en lui, puisqu'il l'empêcha de considérer qu'un professeur de clinique médicale n'est pas après tout au service d'une dynastie, et qu'un refus de concours de sa part ne pouvait avoir d'autre effet que de priver les élèves d'un bon et fructueux enseignement.

Et ce n'est pas seulement la Faculté qui demeura veuve de cet excellent professeur, les hôpitaux eurent aussi à regretter le praticien qui ne leur avait jamais manqué. De grands vides s'étaient faits ainsi dans la vie de M. Chomel, et cette retraite prématurée avait profondément changé son existence.

Notre Académie seule lui restait, et c'est alors que nous le revîmes parmi nous. M. Chomel, comme tant d'autres, nous avait un peu négligés au temps de sa prospérité; quand arrivèrent pour lui les jours d'isolement, d'affliction et de sombres loisirs, il vint s'asseoir au milieu de ses vieux amis, leur tendre la main et leur demander quelques paroles de consolation. Déjà il avait été rudement éprouvé; un vent de mort semblait avoir passé sur sa famille; il ne devait pas laisser d'héritier de son nom, mais il avait trois filles, ornées des plus belles et des plus aimables qualités; il vit successivement mourir les deux aînées après de longs jours de souffrances, et si la plus jeune lui survécut, ce fut comme pour lui épargner le spectacle de sa mort et le suivre presque aussitôt dans le tombeau.

Plus résigné, mais plus triste que jamais, M. Chomel n'avait cependant encore aucun des caractères de la vieillesse, lorsqu'il se sentit lui-même atteint d'une de ces maladies qui, cachées d'abord dans la profondeur des organes, peuvent laisser aux plus habiles de longues incertitudes; lui-même cependant ne se fit aucune illusion; il supporta avec constance et fermeté les plus cruelles douleurs; continuant de voir quelques malades, tant du moins que ses forces le lui permirent, puis il se fit transporter à son château de Morsan, et c'est là qu'il termina sa laborieuse carrière, le 9 avril 1858, à l'âge de 70 ans.

La perte de M. Chomel a été vivement ressentie. Sans être chef d'école, M. Chomel s'était attaché un grand nombre d'élèves, et il avait formé dans le monde d'illustres amitiés qui toutes lui sont restées fidèles; il n'est personne parmi ceux qui ont vécu dans son intimité, qui n'ait conservé de lui le plus touchant souvenir. Comment aurait-il pu en être autrement? M. Chomel était un homme plein d'honneur et de délicatesse, d'une aménité, d'une bienfaisance et d'un désintéressement sans bornes, un homme qui n'a jamais transigé avec ses devoirs, qui sut toujours et partout se faire respecter, parce qu'il se respectait lui-même.

Tout cela, Messieurs, a été dit, et beaucoup mieux que nous ne saurions le dire ici; mais c'est sur l'homme de science, sur le praticien, que nous avons à porter un dernier regard.

Nous avons promis de rechercher consciencieusement ce que M. Chomel a laissé dans la science, ce qui doit lui être personnellement rapporté, l'entreprise est difficile.

Nous avons vu en effet que presque toujours ses efforts ont eu pour but, non d'imprimer de nouveaux progrès à la science, mais de contester ceux que d'autres avaient réalisés. Nous avons vu aussi que, loin de systématiser les faits déjà recueillis et d'en déduire des lois générales, il s'est constamment élevé contre toute tentative, contre tout essai de généralisation, de sorte qu'il ne saurait être classé ni parmi les inventeurs, ni parmi les législateurs de la science; mais si nous nous plaçons à d'autres points de vue, si nous suivons M. Chomel dans d'autres directions, nous verrons qu'il n'en a pas moins bien mérité de la science, et qu'il a des droits à la reconnaissance de l'humanité.

M. Chomel a été un de ces hommes qui, après s'être élevés sans bruit et sans éclat, se placent finalement dans les écoles au premier rang des professeurs, et, dans le monde, au premier rang des praticiens : il y a eu certainement des professeurs plus brillants, plus connus, plus populaires, il n'y en a jamais eu de plus sagace, de plus substantiel, de plus instructif; je ne sache pas non plus qu'il y ait eu de praticien plus prudent, plus habile et plus heureux. C'est qu'aussi M. Chomel avait pris au sérieux sa mission et sa propre personne; ses convictions étaient profondes, de là l'influence considérable qu'il a exercée sur les esprits. Vous le savez, Messieurs, on n'agit, on ne persuade, on n'entraîne que par la foi; or, M. Chomel avait une foi inaltérable dans les ressources de son art, non-seulement dans celles que nous offre ce qu'on appelle la *matière médicale*, mais dans celles que le praticien trouve au fond de son âme; il a écrit quelques pages admirables sur la médecine morale.

Ce n'est pas tout, Messieurs, une noble ambition l'a inspiré dans tout le cours de sa carrière, ambition louable de tout point, c'était celle de former des praticiens à son image, et il a réussi; grâce à un enseignement de près de quarante années, il a couvert la France de ces praticiens consommés et secourables.

A tous ces titres, Messieurs, le nom de M. Chomel restera parmi nous; on dira de lui qu'il a honoré notre profession par l'honnêteté et la droiture de ses vues, par la sagesse et l'excellence de sa pratique, par la modération et la dignité de son caractère. (Applaudissements.)

PRIX DE 1861.

Prix de l'Académie. — La question proposée par l'Académie était celle-ci :

« Des désinfectants et de leurs applications à la thérapeutique. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 fr.

Cinq mémoires ont été envoyés au concours.

L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde :

1° Une récompense de 700 fr. à M. Chalvet, interne à l'hôpital Saint-Louis, auteur du mémoire numéro 3, ayant pour épigraphe : *Experiencia fallax, judicium difficile.*

2° Une récompense de 300 fr. à M. le docteur O. Reveil, auteur du mémoire numéro 4, portant pour épigraphe : « Dans la nature rien ne se perd, rien ne se crée. »

3° Une mention honorable à M. Teniob, auteur du mémoire inscrit sous le numéro 5.

Prix fondé par M. le baron Portal. — La question proposée par l'Académie était la suivante :

« De l'inflammation purulente des vaisseaux lymphatiques et de son influence sur l'économie. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 fr.

Aucun mémoire n'ayant été envoyé à l'Académie, la question ne sera pas remise au concours.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — L'Académie avait proposé pour question :

« De l'angine de poitrine. »

Ce prix était de la valeur de 2,000 fr.

Quatorze mémoires ont été soumis à l'examen de l'Académie, aucun n'a paru digne du prix; mais à titre d'encouragement l'Académie accorde :

1° Une somme de 500 fr. à M. le docteur Ullersperger (Jean-Baptiste), médecin à Munich (Bavière), auteur du mémoire numéro 1, portant pour épigraphe : *Observationes sunt vera fundamenta ex quibus in arte medica veritates elici possunt!*

2° Une somme de 500 fr. à M. le docteur Thery (Jean-Pierre), médecin à Langon (Gironde), auteur du mémoire numéro 5, ayant l'épigraphe suivante : *Origines namque morborum, et causæ longe obstrusiores sunt, quam ut humanæ mentis acies, eo usque penetrare possit.* (Baglivi.)

3° Une somme de 500 fr. à M. le docteur Henri Merland fils, médecin à Luçon (Vendée), auteur du mémoire numéro 10, ayant pour épigraphe : *Vita omnium minima consistat in actione cordis contracti et aperti, etc.*

4° Enfin une somme de 500 fr. à M. Savalle (Martin-Benoît), médecin à Freneuse, près Bonnières (Seine-et-Oise), auteur du mémoire numéro 11, portant pour épigraphe : *Sub judice lis est.* (Horace.)

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (Extrait du testament.)

Des encouragements auraient pu être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés.

Quatre ouvrages ou mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie; aucun d'eux n'ayant paru mériter de récompense, l'Académie a décidé qu'il ne serait accordé cette année ni prix ni encouragements.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — 1° *Question relative à l'art des accouchements.*

La question proposée par l'Académie était :

« De l'influence que les maladies de la mère pendant la grossesse peuvent exercer sur la constitution et sur la santé de l'enfant. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 fr.

Six mémoires ont été envoyés pour ce concours.

L'Académie ne décerne pas de prix ; mais elle accorde, à titre de récompense, une somme de 500 fr. à M. le docteur L. X. Bourgeois, médecin à Tourcoing (Nord), auteur du mémoire n° 3, portant pour épigraphe : *Experientia docet.*

2° *Question relative aux eaux minérales.* — Ce prix, qui était également de 1,000 fr., devait être accordé au meilleur ouvrage récemment publié sur les eaux minérales.

Douze ouvrages ont été soumis au jugement de la Compagnie.

L'Académie décerne le prix à MM. Durand-Fardel, Lebret et Lefort, auteurs du *Dictionnaire général des eaux minérales et d'hydrologie médicale*, inscrit sous le n° 8.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, devait être décerné à l'auteur du *meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.*

Six ouvrages ont été adressés à l'Académie pour ce concours.

Ce prix était de la valeur de 3,000 fr.

L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde à titre de récompenses :

1° Une somme de 1,500 fr. à M. F. J. Cazin, médecin à Boulogne-sur-Mer, pour son *Traité pratique et raisonné des plantes médicinales indigènes*, inscrit sous le n° 5.

2° Une somme de 1,500 fr. à M. le docteur Friedberg, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Berlin (Prusse), pour son travail sur la *Paralysie musculaire*, inscrit sous le n° 1.

L'Académie accorde, en outre, une mention honorable à M. le docteur A. Liégard (de Caen), pour son ouvrage sur l'*Eclampsie puerpérale*, inscrit sous le n° 3.

Prix de chirurgie expérimentale fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix devait être décerné à celui qui aurait réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ce prix était de la valeur de 1,000 fr.

Deux mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Ollier (de Lyon), pour ses deux mémoires, l'un sur les *Greffes osseuses*, l'autre sur l'*Accroissement en longueur des os des membres*, inscrits sous le n° 2.

Prix et médailles accordés à MM. les vaccinateurs pour le service de la vaccine de 1860. — L'Académie a accordé :

1° Un prix de 1,500 fr. partagé entre MM. le docteur C. Dubreuilh, de Bordeaux (Gironde) ; Verdier, médecin à Barre (Lozère) ; Nier, médecin à Privas (Ardèche).

2° Des médailles d'or à MM. Renault, officier de santé à Alençon (Orne) ; Caussade, docteur en médecine à Saint-Médard-de-Guisières (Gironde) ; Morlanne, officier de santé à Metz (Moselle) ; Hoursolle, officier de santé à Bayonne (Basses-Pyrénées).

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a accordé pour le service des épidémies en 1860 :

1° Rappels de médailles à MM. les docteurs Guipon, à Laon (Aisne) ; Ragaine, à Mortagne (Orne) ; Dumas, à Montpellier (Hérault) ; Beaupoil, à Chinon (Indre-et-Loire) ; Bocamy, à Perpignan (Pyrénées-Orientales).

2° Des médailles d'argent à MM. les docteurs Carville, à Gaillon (Eure) ; Haime, à Tours (Indre-et-Loire) ; Tueffert, à Montbéliard (Doubs) ; Bonifas, à Anduze (Gard) ; Neubauer, à Sarrebourg (Meurthe) ; Fouquet, à Vannes (Morbihan).

3° Des médailles de bronze à MM. les docteurs Palanchon, à Cuisery (Saône-et-Loire) ; Andrieux, à Brioude (Haute-Loire) ; Mignot, à Gannat (Allier) ; Montdesert, à Saint-Lô (Manche) ; Million, à Saint-Etienne (Loire) ; Barrera, à Prades (Pyrénées-Orientales) ; Serradell, à Prades (Pyrénées-Orientales) ; Rebory, à Digne (Basses-Alpes).

4° Des mentions honorables à MM. les docteurs Martin, à Deuil (Seine-et-Oise) ; Du Garay, au Puy (Haute-Loire) ; Martin-Duclaux, à Villefranche (Haute-Garonne) ; Czernichowski, à Auneau (Eure-et-Loir) ; Verdier, à Florac (Lozère) ; Hamon, à Fresnay (Sarthe) ; Dagorreau, à Saint-Calais (Sarthe) ; Crié, à Laval (Mayenne) ; Madin, à Verdun (Meuse) ; Gevrey, à Vesoul (Haute-Saône) ; Secourgeon, à Draguignan (Var) ; Giraud, à Draguignan (Var).

Médailles accordées à MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie a accordé pour le service des eaux minérales en 1859 :

1° Rappel de médailles d'argent avec mention honorable à MM. Bailly, médecin-inspecteur des eaux de Bains (Vosges) ; Crouzet, médecin-inspecteur des eaux de Balaruc (Hérault).

2° Médaille d'argent à M. Genieys, médecin-inspecteur des eaux d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales).

3° Médailles de bronze à MM. Basset, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme) ; Dimbarre, médecin-inspecteur des eaux de Cauterets (Hautes-Pyrénées) ; Dufour, médecin-inspecteur des eaux d'Hammam-Meskhoutin (Algérie) ; Ourgaud, médecin-inspecteur des eaux d'Ussat (Ariége) ; Piglowski, médecin-inspecteur des eaux du Vernet (Pyrénées-Orientales) ; Roubaud (Félix), médecin-inspecteur des eaux de Pougues (Nièvre).

4° Des mentions honorables à MM. Charmasson de Puylaval, inspecteur-adjoint aux eaux de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées) ; Coulet, médecin-inspecteur des établissements de Saint-Laurent-les-Bains (Ardèche) ; Ernest Damourette, médecin-inspecteur adjoint des eaux de Sermaize (Marne) ; Perelli, médecin-inspecteur des eaux de Pietra-Paula (Corse).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1862.

Prix de l'Académie. — « Déterminer, en s'appuyant sur des faits cliniques : 1° Quelle est la marche *naturelle* des diverses espèces de pneumonies, considérées dans les différentes conditions physiologiques des malades ; 2° Quelle est la valeur relative de l'expectation dans le traitement de ces maladies. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « Des obstructions vasculaires du système circulatoire du poumon et les applications pratiques qui en découlent ; c'est-à-dire étudier par des observations positives les diverses espèces de concrétions sanguines qui peuvent obstruer les vaisseaux de la circulation pulmonaire, en apprécier les causes, les effets immédiats et les conséquences ultérieures ; rechercher le mécanisme de la guérison de ces états morbides, déterminer les signes qui permettent de les reconnaître, et indiquer le traitement qu'ils réclament. »

Ce prix sera de la valeur de 600 francs.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — « Déterminer la part de la médecine morale dans le traitement des maladies nerveuses. »

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — « Du pemphigus des nouveau-nés. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voir plus haut les conditions du concours.)

Ce prix sera de la valeur de 4,000 fr.

L'Académie rappelle à MM. les concurrents au prix Barbier que la pensée du fondateur a été d'encourager la recherche des moyens propres à combattre avec efficacité des fléaux contre lesquels la science s'est trouvée jusqu'ici *plus ou moins complétement désarmée.* Le traitement des autres maladies reste donc entièrement en dehors du programme.

L'objet du concours est essentiellement pratique, les hypothèses et les discussions théoriques ne doivent y être employées qu'avec une très-grande sobriété.

Prix fondé par M. Orfila. — Ce prix, qui ne peut être partagé, doit porter tantôt sur une question de toxicologie, tantôt sur une question prise dans les autres branches de la médecine légale.

L'Académie propose de nouveau la question relative aux champignons vénéneux, et elle la formule de la manière suivante :

1° Donner les caractères généraux pratiques des champignons vénéneux, et surtout les caractères appréciables pour le vulgaire, rechercher quelle est l'influence du climat, de l'exposition, du sol, de la culture, et l'époque de l'année, soit sur le danger de ces champignons.

2° Examiner s'il est possible d'enlever aux champignons leur principe vénéneux ou de le neutraliser, et, dans ce dernier cas, rechercher ce qui s'est passé dans la décomposition ou la transformation qu'ils ont subie.

3° Étudier l'action des champignons vénéneux sur nos organes, les moyens de la prévenir, et les remèdes qu'on peut lui opposer.

4° Faire connaître les indications consécutives aux recherches ci-dessus indiquées, et qui pourraient éclairer la toxicologie.

Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1863.

Prix de l'Académie. — L'Académie met au concours la question suivante :

« Des maladies charbonneuses chez l'homme et chez les animaux. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie propose la question suivante :

« Des altérations pathologiques du placenta, et de leur influence sur le développement du fœtus. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — La question proposée par l'Académie est ainsi conçue :

« De la dyspepsie. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — *Question relative à l'art des accouchements.*

L'Académie met au concours cette question :

« Comparer les avantages et les inconvénients de la version pelvienne, et de l'application du forceps dans le cas de rétrécissement du bassin. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — La question mise au concours est de nouveau :

« De la mélancolie. »

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Prix de chirurgie expérimentale fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis à ce concours les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voir plus haut les conditions du concours).

Ce prix sera de la valeur de 6,000 fr.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre pendant cette quatrième période (1856 à 1862), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires.

Ce prix sera de la valeur de 12,000 fr.

— Les mémoires pour les prix à décerner en 1862 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. — Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. — Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Toutefois, les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Barbier et Amussat, sont exceptés de ces dispositions, ainsi que les concurrents au prix fondé par M. Capuron pour la question relative aux eaux minérales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Plusieurs journaux, à l'occasion de la mise à la retraite de M. Adelon, ont donné la liste des professeurs de la Faculté de médecine de Paris, avec la date de leur naissance. Quelques erreurs s'étant glissées dans cette liste, nous la donnons ici rectifiée.

MM. Moreau, 1789 ; Cruveilhier, 1790 ; Rostan, 1790 ; Piorry, 1794 ; Paul Dubois, 1795 ; Velpeau, 1795 ; Andral, 1797 ; Bouillaud, 1797 ; Laugier, 1798 ; Jobert, 1799 ; Trousseau, 1801 ; Guillot, 1802 ; Moquin-Tandon, 1804 ; Malgaigne, 1806 ; Nélaton, 1807 ; Denonvilliers, 1808 ; Gavarret, 1809 ; Bouchardat, 1810 ; Grisolle, 1811 ; Longet, 1811 ; Tardieu, 1816 ; Wurtz, 1817 ; Gosselin, 1818 ; Jarjavay, 1819 ; enfin M. Regnault est né en 1824.

— Le corps enseignant et la médecine vétérinaire viennent de faire une perte bien regrettable dans la personne de M. Delafond, directeur de l'Ecole d'Alfort.

Directeur depuis quelques mois seulement, il avait su gagner l'affection de ses élèves par une administration juste, sage et paternelle. La médecine vétérinaire lui doit une *Police sanitaire*, *Traité de thérapeutique et de pathologie générale*, des traités sur les affections du sang des bêtes bovines et ovines, etc. ; enfin, l'histoire naturelle et la médecine en général lui doivent de remarquables travaux sur l'acarus de la gale.

— M. le docteur Coursserant nous prie d'insérer la note suivante :

« La question de possession du titre et des archives de la Société médicale du Panthéon va être soumise aux tribunaux. »

— M. le docteur Barrier, professeur à l'École de médecine de Lyon, a été nommé président (section des sciences) de l'Académie impériale des sciences, belles-lettres et arts de cette ville.

— M. le docteur Socquet, professeur à l'École de médecine, doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a été nommé médecin de l'hospice de la Charité de la même ville.

— MM. les docteurs Frène et Chatin ont été appelés à faire le service médical de l'hôpital de la Croix-Rousse, à Lyon, récemment ouvert aux malades.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 149 — SAMEDI 21 DECEMBRE 1861. (34e ANNEE.) N° 149. — SAMEDI 21 DECEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 . Un an. . . 30 .

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Paralysie diphthéritique.

La paralysie diphthéritique, qui a si souvent appelé notre attention depuis quelques années par l'intérêt qui se rattache aux questions de pathologie et de pratique qu'elle soulève, vient de faire encore tout récemment l'objet d'une importante communication à la Société médicale des hôpitaux.

Dans le but de déterminer approximativement le degré de fréquence des paralysies secondaires, pour juger si elles sont ou non spéciales à telle ou telle maladie, M. H. Roger a relevé dans tous les services médicaux de l'hôpital des Enfants la totalité des cas de diphthérite plus ou moins généralisée qui se sont manifestés pendant le cours de l'année 1861. Ces cas sont au nombre de 210, et sur ce nombre, déduction faite de quelques faits douteux, les accidents paralytiques se sont montrés dans 31 cas, ce qui fixe à 1/6e environ le rapport à établir.

Considérant, d'une part, qu'un certain nombre d'enfants quittent l'hôpital à une époque peu avancée de la convalescence et sont perdus de vue avant le développement possible des paralysies consécutives, et d'autre part qu'un grand nombre succombent dans les premiers jours sans avoir eu le temps de devenir paralytiques, M. Roger pense que cette proportion est encore beaucoup au-dessous de la réalité. Il croit pouvoir l'évaluer approximativement à 1/4 ou même 1/3 au lieu de 1/6e.

D'un autre côté, les paralysies secondaires lui ont paru aussi rares à l'hôpital des Enfants après les autres maladies aiguës, qu'elles sont communes après la diphthérite.

L'angine pharyngée simple et la fièvre typhoïde sont les affections qui ont présenté le plus souvent cette complication. Encore M. Roger fait-il remarquer que dans certaines angines il est facile de méconnaître l'existence d'une pseudo-membrane qui est tombée, ou qui, résidant sur la face postérieure du voile du palais ou des piliers, a échappé aux regards, et que dans la fièvre typhoïde il existe presque toujours au début une angine érythémateuse qui se complique, plus souvent qu'on ne l'a remarqué, d'une sécrétion pultacée et même couenneuse, avec pseudo-membrane molle, comme dans le muguet. Aussi est-il d'avis que les cas de paralysie palatine ou généralisée que l'on a notés dans ces affections, pourraient être attribués à la même cause.

La statistique de son service à l'hôpital des Enfants en 1860 lui a donné 61 cas d'angine simple, 12 de fièvre typhoïde, 33 de rougeole, 12 de scarlatine, 4 de variole et 24 de pneumonie, sans qu'un seul ait été compliqué de paralysie secondaire.

Les relevés faits dans le service de M. Blache donnent le même résultat négatif. Si donc la paralysie est si fréquente après la diphthérite, dit M. Roger, et si rare après les maladies aiguës autres que la dothinentérie, il est légitime de ne pas confondre toutes les paralysies secondaires dans un même groupe où irait se perdre la paralysie diphthéritique.

Les paralysies diphthéritiques se sont montrées le plus fréquemment : pour l'âge, de 4 à 6 ans; pour le sexe, 21 fois chez les filles, contre 17 chez les garçons, les saisons ne paraissant avoir exercé aucune influence.

Sous le rapport de la marche des accidents, la paralysie a presque toujours commencé par le pharynx et le voile du palais, accident révélé par le nasonnement de la voix ou la dysphagie. Souvent (4 fois sur 10 à la suite d'angine couenneuse) tout se borne à ces premiers symptômes; d'autres fois les accidents s'étendent aux membres inférieurs seuls (2 fois sur 10), ou se généralisent sous la forme diffuse, portant sur les membres inférieurs d'abord, puis sur les supérieurs (4 fois sur 10).

Le croup n'a présenté, en général, que des paralysies pharyngées; enfin la paralysie palatine et la paraplégie peuvent se montrer à la suite de diphthérite cutanée, sans qu'il y ait eu manifestation sur la gorge.

La paralysie du rectum et de la vessie a été observée deux fois, dont une indépendamment de toute autre paralysie, et une fois coïncidant avec une paraplégie. L'amaurose a été notée une fois, et l'examen des urines n'avait révélé aucune trace d'albuminurie.

L'époque d'apparition des phénomènes a été assez variable, ordinairement ç'a été dans l'espace de quatre à huit jours; quelquefois on a observé de la dysphagie dès le début; d'autres fois, au contraire, c'est après un intervalle plus long que se sont produits les accidents secondaires. Quant au mode d'évolution, on a vu les paralysies généralisées apparaître tantôt en même temps que la paralysie palatine, tantôt après un intervalle marqué. La durée totale a été d'un mois en terme moyen : des maladies intercurrentes ont pu prolonger cette durée et aggraver les accidents.

Quant au traitement, M. Roger, comme les premiers observateurs, recommande surtout l'usage des toniques, des ferrugineux, des sulfureux, et l'électrisation.

Nous exposerons dans une prochaine revue les résultats des recherches que M. Roger a faites dans le même travail sur la diphthérie, relativement au croup et à la trachéotomie.

De la bronchite capillaire et de son traitement.

La *Revue clinique* ne s'alimente pas uniquement de faits nouveaux ou extraordinaires, elle n'a pas tous les jours des découvertes à enregistrer; et, lorsqu'elle trouve sur son passage des faits communs, vulgaires même, par cela précisément qu'ils sont de ceux auxquels les praticiens ont journellement affaire, loin de les dédaigner, elle les relève volontiers, pour peu qu'elle y trouve l'occasion d'en déduire quelque proposition pratique utile.

M. le professeur Piorry, dans une de ses dernières conférences cliniques, signalait à l'attention de ses élèves deux malades de son service, l'un atteint d'une bronchite capillaire promptement guérie par l'emploi d'une médication énergique, l'autre chez qui une semblable affection négligée a été suivie du développement d'une pneumo-phymie; montrant par ce rapprochement les dangers de l'expectation et l'utilité qu'il y a de traiter énergiquement la bronchite capillaire dès son début.

Voici la relation succincte de ces deux faits, et les courtes réflexions dont le professeur les a accompagnés :

Au n° 6 de la salle Saint-Charles est couché un homme âgé de vingt-sept ans, d'une constitution médiocrement robuste. Personne dans sa famille n'a été atteint de maladies de poitrine, et lui-même n'avait jamais été enrhumé, affirme-t-il, lorsqu'il y a quinze jours il commença à cracher du sang; très-effrayé de ce premier symptôme, il se hâta d'accourir à l'hôpital.

Quand M. Piorry le vit pour la première fois, il était en proie à une dyspnée extrême, sa face était violacée. On entendait derrière la poitrine un rhonchus excessivement fin et sibilant; sur le même point existait une matité légère très-appréciable par le plessimétrisme. Le malade toussait fréquemment et la toux était accompagnée de l'expectoration de crachats épais et denses; à ces phénomènes se joignait un état fébrile très-marqué, une sensation douloureuse contusive vers le sternum, un abattement extrême; en un mot, ce jeune homme était dans un état très-grave, voisin de l'agonie. Le cœur avait augmenté de volume, le foie était congestionné.

On fit faire à ce malade des respirations fréquentes, profondes et accélérées, consistant en un soupir suivi d'une expiration très-brusque, dont l'effet est de provoquer l'expulsion des liquides contenus dans les rameaux bronchiques. On eut aussi recours au tartre stibié, à la dose de 10 centigrammes.

Le lendemain, la matité augmenta, les rhonchus diminuèrent, mais la fièvre n'en persistait pas moins.

L'on insista dès lors sur le tartre stibié et les respirations profondes pendant plusieurs jours de suite, et, sous l'influence de ces deux ordres de moyens, la sonorité a reparu dans la partie postérieure du poumon, les rhonchus ont disparu, l'anxiété a cessé et la respiration est redevenue normale, en même temps que la fièvre est tombée. On a donné des aliments à ce malade, et tout porte à croire que d'ici à peu de jours il sortira de l'hôpital en bonne santé.

Ce jeune homme s'est tiré, cette fois, à bon marché d'une situation assez grave, comme on peut le voir, grâce à la médication active qui a été mise en usage.

Pense-t-on, dit M. Piorry, qu'il en eût été de même si l'on se fût contenté de faire à ce jeune homme, qui s'enrhumait pour la première fois, les prescriptions banales usitées en pareil cas?

Il y a tout lieu de penser qu'il aurait eu à subir toutes les conséquences de ce que l'on nomme vulgairement un *rhume négligé*.

Que l'on interroge les malades atteints de phthisie pulmonaire, et la plupart d'entre eux raconteront l'histoire que les élèves ont pu entendre ces jours derniers de la bouche d'une jeune malade couchée dans la salle Sainte-Anne.

Cette femme, âgée de vingt-huit ans, paraît avoir été forte; elle a été réglée à l'âge de douze ans, et jusqu'à l'âge de vingt-trois elle a été bien portante. Elle ne toussait point pendant les hivers, et aucun membre de sa famille n'a été atteint de phthisie pulmonaire.

Pendant l'hiver de 1856 elle fut prise d'une toux qui dura pendant deux mois, et elle ne fit rien pour s'en débarrasser. Cette toux diminua un peu de fréquence quand la température devint plus chaude; mais la moindre variation atmosphérique la faisait revenir.

« J'ai conservé, dit-elle, ce *rhume pendant quatre ans passés ;* je n'ai point maigri et j'ai toujours pu vaquer à mon travail. » Mais il y a huit mois, en avril dernier, elle a été prise d'une toux plus sèche, en même temps qu'elle était plus pénible; elle a craché le sang à deux reprises. Elle s'est soignée d'abord chez elle; mais les accidents qu'elle éprouvait ne faisant qu'augmenter, elle s'est décidée à entrer à l'hôpital.

Voici son état :

Toute la partie antérieure et supérieure de la poitrine des deux côtés est sonore, élastique, et la respiration est assez pure. Seulement en arrière, au niveau de la fosse sus-épineuse, on trouve une obscurité de son, et pendant la toux on constate un léger craquement.

A la partie antérieure et moyenne de la poitrine, près du cœur, dans l'étendue de 7 centimètres de haut en bas et de 4 centimètres d'un côté à l'autre, on trouve profondément de la matité, et sur ce même point l'on entend des râles. Elle rend dans les vingt-quatre heures à peu près un grand verre de crachats opaques, grisâtres et déchiquetés, venant occuper le fond du vase. La malade a beaucoup maigri.

Il est certain qu'elle est actuellement atteinte de pneumo-phymie.

— Du rapprochement de ces deux faits, qui ne sont que la reproduction d'un grand nombre de faits du même genre dont les praticiens peuvent être tous les jours témoins, M. Piorry tire les conclusions suivantes :

Il faut combattre avec la plus grande activité toute bronchite qui s'étend jusque dans les fines ramifications du conduit de l'air, les liquides qui séjournent dans les cellules pulmonaires, pouvant devenir le point de départ des lésions chroniques les plus graves du poumon.

Les rhumes simples eux-mêmes, pour peu qu'ils s'étendent profondément, ne doivent jamais être abandonnés à l'expectation.

Ce n'est point par des saignées, par des vésicatoires, que l'on agit utilement dans ces cas, mais bien par des moyens propres à évacuer les substances contenues dans les voies de l'air, savoir : les respirations profondes, expultrices, et souvent réitérées, qui sont d'une extrême utilité, en particulier dans la bronchite avec induration pulmonaire; une position convenable du tronc, qui rende plus facile l'écoulement au dehors des produits des sécrétions bronchiques; le tartre stibié et le sirop d'ipécacuanha donnés d'après la formule suivante :

Tartre stibié.	5 centigrammes.
Eau.	70 grammes.
Sirop d'ipécacuanha. . . .	30 —

A prendre par cuillerées à bouche toutes les dix minutes.

Corps flottant dans le corps vitré, constituant un nouveau signe ophthalmoscopique.

Un fait recueilli dans le dispensaire ophthalmologique de M. Chassaignac, par son aide de clinique M. Dusmani, a fourni à ce jeune observateur l'occasion de nous signaler un nouveau signe ophthalmoscopique qui dissipe les obscurités dont était entouré jusqu'ici le diagnostic de certains cas d'opacité de l'appareil central de la vision. Voici ce fait :

Le nommé P..., âgé de cinquante-huit ans, se présente au dispensaire de M. Chassaignac, se plaignant d'un brouillard qu'il a devant les yeux. A la suite d'un érysipèle de la face qu'il a eu vers l'âge de dix-sept ans, il s'aperçut que sa vue baissait graduellement. A cette époque même, il voyait des mouches fixes. Il a eu depuis plusieurs blennorrhagies, et quoiqu'il ne donne point à cet égard de renseignements exacts, on peut soupçonner l'existence antérieure d'un chancre. Deux ans après sa première blennorrhagie, en effet, ses cheveux sont tombés; il a eu des végétations, un bubon, des maux de gorge. Il y a dix ans, un médecin le déclara atteint de deux belles cataractes. Il y a six mois il éprouva de l'insomnie, de la douleur dans les régions péri-orbitaire, pariétale et occipitale, douleurs accompagnées de traînées de feu, d'étincelles, avec sensation de trop plein dans l'œil, comme si cet organe était difficilement contenu dans l'or-

bite. La vue diminuait de plus en plus; le brouillard s'épaississait, ses yeux étaient rouges; cet état dura une ou deux semaines, puis les douleurs cessèrent, la rougeur de l'œil disparut, et le malade fut tout étonné de voir, avec la diminution du brouillard, des mouches volantes dans son œil; en même temps sa vue avait beaucoup diminué. C'est alors qu'il se présenta à M. Chassaignac, accusant encore des douleurs sourdes périorbitaires, des maux de tête par intervalles, de l'insomnie, la sensation de trop plein dans l'œil et de graviers dans les paupières, qui sont collées tous les matins.

État actuel. — *OEil droit.* Pas de congestion des vaisseaux conjonctivo-oculaires; seulement, les vaisseaux veineux isolés sont un peu engorgés; il y a un peu de blépharite conjonctivale. La sclérotique est sale, bleuâtre, blafarde, telle qu'elle se présente dans les altérations internes de l'œil. La cornée est sensible, l'iris d'une coloration un peu équivoque, peu contractile. On constate dans les deux yeux une opacité centrale de la pupille, d'un mat grisâtre, plus prononcé du côté droit, et qui au premier abord en imposait pour une cataracte. La pupille, avant dilatation, avait de 2 à 3 millimètres de diamètre. L'iris est très-peu impressionnable à la lumière. L'ombre projetée par cette membrane sur l'opacité est très-grande.

L'œil gauche ne présentait pas la coloration opaque centrale de la pupille comme le droit; il avait une petite coloration verdâtre. On constate enfin un peu de dureté des globes oculaires.

Après dilatation par l'atropine, qui a été très-lente à se faire, l'éclairage oblique donna une diaphanéité complète dans la chambre antérieure, et révéla que l'opacité en question est très-profondément placée. Elle paraissait convexe et d'un diamètre de 3 à 4 millimètres, entourée d'une auréole noirâtre. La dilatation n'a pas amené une amélioration de la vue.

Par le procédé d'examen de Sanson, l'image réfléchie, fournie par la capsule postérieure, se présentait très-bien, pourtant un peu plus pâle que d'habitude. La postérieure était très-faible, comme toujours.

Examen ophthalmoscopique. — *OEil droit.* On arrivait à distinguer le fond de l'œil comme au travers d'un brouillard; au milieu de ce brouillard apparaissait une opacité centrale sans aucune forme fixe, suivant toujours le mouvement ondulatoire du corps vitré; mouvement très-apparent pour l'observateur, lorsque celui-ci prend comme point de repère un point quelconque saisissable du fond de l'œil, un vaisseau rétinien, par exemple, lequel, à cause du changement moléculaire du corps vitré, présente des espèces de flexuosités. La papille du nerf optique est peu distincte, mais pourtant encore visible; elle paraît plus ou moins rosée, et se dérobe par moments à la vue de l'observateur, disparaissant derrière l'opacité; elle est un peu plus petite qu'à l'ordinaire. Les vaisseaux rétiniens sont plus fins. En faisant mouvoir l'œil du malade, il se présente à la vue des corps flottants de toutes formes et de toutes grandeurs; des toiles d'araignée, des filaments et de petits corps polygonaux noirs. C'est le passage de ces corps flottants devant l'opacité qui a servi, dans ce cas, à donner raison de sa position, et qui a permis à notre jeune confrère d'affirmer avec beaucoup plus de certitude qu'il n'y avait pas d'opacité dans l'appareil cristallinien.

Nous ne savons si ce cas particulier a déjà été noté en ophthalmoscopie; mais il nous a paru digne d'attention et propre à fournir à l'occasion un bon moyen de diagnostic.

OEil gauche. — Obnubilation du corps vitré; corps flottants en plus grande quantité; pas d'opacité centrale; plus de transparence dans les milieux. La papille et les vaisseaux rétiniens offrent la même apparence que dans l'œil droit. Sur la choroïde, on voit des îlots blanchâtres disséminés, sur lesquels on suit les vaisseaux rétiniens.

Il faut noter que, à la distance de 15 à 20 centimètres avec le miroir, on recevait l'image droite.

Voici le traitement qui a été prescrit: douches oculaires et iodure de potassium.

Le 4 novembre, il y avait un peu plus de transparence dans les milieux oculaires, mais l'opacité en question était encore persistante. Il y avait par moments diminution des brouillards, et le malade accusait de temps en temps des douleurs névralgiques presque dans la totalité du nerf trijumeau.

2 décembre. OEil droit. A la partie supérieure et interne de l'image renversée, on constate une injection partielle de la choroïde et un peu de rougeur de la papille; tout le reste *ut suprà*.

Le 9 décembre, le malade affirme voir mieux qu'auparavant de son œil droit. A l'examen ophthalmoscopique, l'opacité en question est très-peu apparente; mais à sa place on voit un épais nuage, roulant à peu près sur place et composé de petits corps filamenteux et grumeleux.

— Cette observation est intéressante sous le rapport ophthalmoscopique. Le diagnostic a été tenu très-longtemps en suspens, quant au siége réel de l'opacité centrale. Était-ce le corps vitré, était-ce le cristallin qui en était le siége? Le passage des corps flottants noirs entre l'observateur et l'opacité a nécessairement tranché la question, déjà presque à moitié résolue par la constatation de la seconde image de Sanson.

Néanmoins, nous insisterons sur ce signe ophthalmoscopique, que nous n'avons vu noté nulle part, quoique, eu égard à sa simplicité, il ait dû déjà sans doute avoir été observé et pleinement interprété.

TROIS OBSERVATIONS D'ANGINES COUENNEUSES

traitées par l'amputation des amygdales,

Par M. le Dr PAILLOT (de Troyes).

Nous publions aujourd'hui, ainsi que nous nous y sommes engagés, les observations complètes d'angines couenneuses traitées par l'amputation des amygdales, dont nous avons donné une indication sommaire dans le compte rendu de l'Académie des sciences du numéro du 2 novembre dernier.

Obs. I. — Le 5 décembre 1860, je fus appelé vers les huit heures du soir à donner mes soins à la nommée Louise D..., âgée de huit ans, qui, disait-on, souffrait depuis quarante-huit heures *d'un violent mal de gorge.* Cette petite malade, née de parents bien portants, n'a jamais eu de maladie grave et n'a jamais été atteinte des douleurs qui actuellement la tourmentent. Elle est lymphatique, mais pourtant assez bien développée.

A mon arrivée, mon examen porta d'abord sur le point où existaient les douleurs, et je ne fus pas peu étonné lorsque je trouvai les amygdales tuméfiées, entièrement recouvertes par une fausse membrane très-adhérente et d'une épaisseur d'au moins 1 millimètre; la luette très-enflammée, ainsi que le voile du palais, offrait du côté gauche seulement une fausse membrane large comme une lentille. Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux étaient tuméfiés et douloureux. La déglutition était impossible; les liquides étaient rejetés par les narines. Rien de particulier dans ces dernières voies.

Les symptômes généraux étaient nettement tranchés: fièvre intense (150 pulsations); abattement général; inappétence; sueurs froides et visqueuses de temps en temps. La voix avait un timbre nasonné, mais non laryngé; la respiration était fréquente. Le murmure respiratoire se faisait entendre dans toute la poitrine, mais moins fort qu'à l'état normal; point de diarrhée.

En présence de symptômes aussi tranchés, je n'hésitai pas un instant à me croire en face d'une angine couenneuse des mieux caractérisées, et alors, me rappelant les belles recherches de M. Bouchut sur cette cruelle maladie, ainsi que les résultats heureux que donne l'amputation des amygdales, mise en pratique pour la première fois par le médecin de Sainte-Eugénie, je songeai à pratiquer immédiatement cette petite opération.

Heureusement j'avais emporté avec moi un amygdalotome, ce qui me permit de pratiquer aussitôt l'amputation.

Les amygdales enlevées, la respiration devint plus ample, plus forte, moins difficile; il y eut dans le facies de la petite malade un certain changement, qui dénotait une amélioration; d'ailleurs les liquides avalés en ma présence ne sortaient plus par le nez.

Quant à la luette, je me contentai de cautériser fortement avec le nitrate d'argent solide la plaque qui existait sur son côté gauche.

Je prescrivis: décoction de racine de guimauve et d'orge sucrée avec du miel; pédiluve sinapisé; lavement additionné d'une pincée de sel; lait de poule pour la nuit.

Le 6, nuit bonne et peu agitée; respiration libre et ample; déglutition difficile; pouls à 120. La section des amygdales n'offre pas trace de fausse membrane; l'inflammation est franche. L'eschare de la luette n'est pas tombée. Point d'albumine dans les urines. — Décoction de feuilles de ronce, sucrée avec beaucoup de miel; sinapismes aux jambes.

Le 7, la tuméfaction des amygdales a beaucoup diminué; leur section se déterge; la déglutition se fait assez bien. La luette offre à l'endroit de l'eschare une surface d'un rouge vermeil; l'enduit blanchâtre de la langue disparaît sur les côtés. L'appétit revient. On ajoute 5 grammes d'alun par litre de décoction de feuilles de ronces pour gargarisme.

Le 8, la malade est levée, et paraît désirer des aliments solides. Point d'albumine dans les urines.

Le 10, je suspends mes visites. La malade va bien.

Obs. II. — Le 18 décembre 1860, à huit jours de date, dans le même village, situé à huit kilomètres de ma résidence, j'ai été appelé dans la journée à donner mes soins à une petite fille âgée de trois ans.

Cette enfant avait à mon arrivée de la fièvre (pouls à 130), une respiration fréquente, une déglutition pénible et une perte complète d'appétit; l'auscultation et la percussion ne font rien découvrir dans la poitrine. En examinant le cou, je trouvai les ganglions sous-maxillaires et cervicaux légèrement tuméfiés, mais douloureux; lorsqu'on passait le doigt dessus, l'enfant y portait la main et poussait des cris. Au niveau de l'angle des mâchoires inférieures, on voyait se dessiner une légère tuméfaction, laquelle résistait à la pression du doigt et était douloureuse; la voix n'était point éteinte, mais un peu voilée. En examinant la cavité buccale, je trouvai l'isthme du gosier et les amygdales enflammés, et ces dernières offraient çà et là à leur surface une petite teinte blanchâtre, qui tout d'abord me fit songer à une fausse membrane, et cela d'autant plus facilement que huit jours auparavant j'avais eu à traiter dans le même village une angine couenneuse.

Mon examen terminé, je prescrivis: sirop d'ipécacuanha, 30 grammes, additionné de 10 centigrammes d'émétique, à donner de demi-heure en demi-heure par cuillerée à café; sinapismes; lait.

Le 19, fausses membranes dans les matières rendues dans le vomissement; d'ailleurs les amygdales sont recouvertes d'une fausse membrane très-apparente. Les symptômes généraux et locaux n'ont pas diminué. Je n'hésite pas, j'ampute les amygdales, et je prescris: décoction d'orge et de racine de guimauve, sinapismes.

Le 20, même état général; les urines sont albumineuses; point de reproduction des fausses membranes de la gorge.

Le 21, les ganglions cervicaux ont diminué de volume, la fièvre a un peu cédé, l'agitation est moins grande; l'appétit paraît se faire sentir; la déglutition s'effectue mieux; les amygdales coupées n'offrent pas trace de fausses membranes; une inflammation vive existe dans la gorge; urines légèrement albumineuses.

Le 22, l'enfant mange des potages et désire se lever; peu de fièvre, point d'agitation, sommeil calme; point d'albumine dans les urines.

Le 24, l'enfant a recouvré sa gaieté habituelle; elle boit et mange sans manifester aucune douleur.

Le 27 décembre, la guérison est complète, et je suspends mes visites.

Obs. III. — Le 26 mars 1861, je fus appelé à cinq kilomètres de ma résidence pour un enfant de trente mois, que je trouvai dans l'état suivant:

Enfant fort et vigoureux, marchant depuis dix-huit mois, ayant eu une dentition régulière et sans accidents; élevé au sein de sa mère, qui est une femme forte et vigoureuse; n'ayant jamais eu la moindre indisposition depuis son enfance, et vacciné l'année précédente au mois de juillet.

Cet enfant, que je trouvai avec une fièvre intense (140 pulsations), une respiration fréquente (40), avait depuis quelques jours perdu sa gaieté habituelle; il toussait de temps à autre, et refusait de recevoir des aliments; la nuit qui avait précédé le jour où je fus appelé à donner mes soins à cet enfant avait été très-mauvaise, agitée et sans sommeil.

Plusieurs fois il avait eu des vomissements, et dans ceux qui avaient eu lieu avant mon arrivée, et que les parents avaient conservés pour me les montrer, j'observai çà et là quelques flocons d'un blanc grisâtre, d'une certaine épaisseur et surtout d'une certaine résistance.

Il n'en fallut pas davantage pour me mettre sur mes gardes et me faire diriger mon investigation du côté des voies aériennes.

Aux angles de la mâchoire inférieure existait, de chaque côté, un petit noyau dur et douloureux, que je reconnus pour être les amygdales gonflées et tuméfiées. En effet, examinant l'arrière-bouche, je trouvai les amygdales non-seulement gonflées et tuméfiées, mais recouvertes, avec la luette et une partie du voile du palais, d'une fausse membrane qui tout d'abord me fit mal augurer de la terminaison de la maladie. Enfin j'avais à traiter une angine couenneuse, car la voix, quoique un peu altérée dans son timbre, n'offrait pas ce caractère qu'elle présente dans le croup; en un mot, elle n'était point éteinte. La toux était peu fréquente et sèche; la respiration se faisait librement dans toute la poitrine; il n'y avait donc rien du côté du larynx, ou tout au plus un léger gonflement de la muqueuse laryngée. Néanmoins, je regardai la maladie comme très-grave et comme pouvant devenir rapidement mortelle; une minute perdue pouvant être regrettée, il était temps d'agir. Deux modes de traitement se présentèrent à moi, tous deux ayant leur raison d'être, tous deux préconisés par le médecin de Sainte-Eugénie: l'amputation des amygdales, et la cautérisation avec le nitrate d'argent, solution concentrée.

J'amputai les amygdales, puis j'enlevai ce que je pus des fausses membranes restantes, et ensuite je cautérisai toute l'arrière-bouche avec une solution concentrée de nitrate d'argent. Je quittai le petit malade en prescrivant: sinapismes aux jambes, eau d'orge, et, pour le lendemain matin, sirop d'ipéca avec émétique, 0,15 centigrammes, donné par cuillerées à café de demi-heure en demi-heure, jusqu'à effet vomitif; conserver les vomissements.

Le 27, visite à dix heures du matin. Fièvre intense (140 pulsations); nuit plus calme que la précédente; peu de sommeil; trois vomissements, rejet de fausses membranes cautérisées et d'eschares; grande inflammation de l'arrière-bouche; voix pas plus altérée qu'hier; toux un peu plus grasse et plus rauque; respiration fréquente, mais se faisant dans toute la poitrine; déglutition impossible; selle en diarrhée. — Sinapismes aux jambes, renouvelés toutes les trois heures; quart de lavement avec bouillon gras; cataplasmes sur le ventre.

Le 27, visite à huit heures du soir. La fièvre continue, l'agitation est extrême, la respiration est très-fréquente; la voix n'a pas perdu son timbre normal; la toux est un peu plus fréquente. Le voile du palais offre çà et là quelques points abandonnés par l'eschare et présentant une surface rosée d'un aspect rassurant; la section des amygdales offre une surface d'un blanc noirâtre due à la combinaison de la solution employée, du sang et de l'eschare. — Même vomitif.

Le 28, visite à huit heures du matin. Pouls à 120, agitation moins grande; sommeil pendant deux heures; respiration moins fréquente. La voix et la toux n'ont pas changé de timbre. L'enfant avale un peu mieux; il commence à avoir un peu de gaieté, il semble faire attention à ce qui l'entoure. L'arrière-bouche n'offre pas de nouvelles fausses membranes. Les eschares ont été enlevées en partie par les secousses du vomissement. Il y en a encore sur le pilier gauche du voile du palais et le côté de la luette correspondant. L'inflammation de l'arrière-bouche est moins intense. Selle en diarrhée, avec des parties blanches semblables à des grains de riz. Je prescris un quart de lavement amidonné, quelques cuillerées de lait de poule. On n'a pu davantage recueillir les urines.

Le 29, même état qu'hier; seulement toute l'arrière-bouche n'offre plus qu'une inflammation pure et franche; la déglutition s'effectue assez bien pour permettre à l'enfant d'avaler quelques cuillerées de bouillon gras. Point de selle. L'appétit semble vouloir revenir.

Le 30, aujourd'hui l'enfant s'amuse, avale assez facilement et désire des aliments; la fièvre a cédé, la nuit est assez bonne, plus d'agitation, légère inflammation de l'arrière-bouche, selle naturelle. Je prescris des aliments.

Le 31, le mieux se maintient.

Le 2 avril, il existe un peu de toux, une légère bronchite est survenue. L'enfant est moins gai. Rien de particulier dans l'arrière-bouche et le larynx. Pouls à 110. — Julep gommeux et sirop de Berthé.

Le 3, on entend encore quelques râles sibilants dans la poitrine. Pouls normal; l'appétit est revenu; le sommeil est calme.

Le 5, le mieux se maintient. Je suspends mes visites.

FUMIGATIONS DES FEUILLES DE CHANVRE

contre la phthisie,

Par M. DESMARTIS.

Selon le docteur Fonmueller, le *cannabis indica* est un succédané de l'opium (*zeitschrift natur*). Nous en avons fait usage contre la phthisie en employant en fumigations les feuilles et les sommités fleuries desséchées avec soin et trempées ensuite dans une dissolution de nitrate de potasse, pour activer la combustion. Préparées ainsi, on les fume dans la pipe ou en cigarettes, comme le tabac, avec la poudre iodo-aloétique suivante:

Amidon. . . . . 8 grammes.
Iode. . . . . .
Aloès succotrin. . . } ãã. . 2 —
Nitrate de potasse. .

M. S. A.

Grâce à l'emploi de ce moyen, plusieurs phthisiques se portent bien depuis plusieurs années. Et comme le chanvre ne se vend ni chez les pharmaciens ni chez les herboristes, j'ai vainement essayé de le remplacer par les feuilles de belladone, stramonium, digitale, pavots, maïs, etc., etc.; aucune d'elles ne m'a donné les mêmes résultats. (*Union médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 décembre 1861. — Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. HOUEL donne des nouvelles de la malade opérée d'un **kyste de l'ovaire** par M. Backer-Brown, et reçues le 10 décembre.

La malade a quitté l'infirmerie spéciale où elle était placée, et est rentrée dans les salles communes quinze jours après l'opération. Le pouls est à 70; le ventre souple, exempt de douleurs. L'appétit est bon, la malade mange bien; la marche est facile, et l'on peut dire aujourd'hui que la guérison est complète.

M. Houel ajoute que M. Backer-Brown a opéré depuis une femme de cinquante ans, et que la malade a succombé au bout de trente-huit heures.

— M. BOUVIER revient sur la présentation de **pieds de femmes chinoises** qui a été faite par M. Fuzier.

Nous avons disséqué, dit M. Bouvier, M. Fuzier, M. Duchenne et moi, un des deux pieds que nous a montrés M. Fuzier. On voit ainsi mieux les os et les facettes articulaires. Tous trois nous sommes d'accord sur le rapprochement que l'on peut faire entre ce *pied* et le *talus creux*. C'est une variété de talus pied creux, mais qui a tous les caractères généraux de cette déformation pathologique du pied. Je n'insiste pas, ainsi que je l'ai déjà dit, sur les caractères spéciaux aux pieds des femmes chinoises.

Si on place à côté du pied chinois un *calcanéum* normal, dans la même position que le calcanéum de ce pied, on trouve que la moitié postérieure de l'articulation astragalo-calcanienne n'est plus oblique, mais horizontale, et cette astragalienne du calcanéum forme non plus un angle obtus, mais un angle presque droit. Le calcanéum paraît plus long, parce que l'on perd de vue, pour ainsi dire, sa facette articulaire supérieure; mais en réalité cette élongation n'est qu'apparente.

L'*astragale* a peu changé à sa partie inférieure; il y a seulement un peu d'atrophie. Il y a plus de changement dans les autres articulations du pied, du cuboïde, du scaphoïde, des cunéiformes, des métatarsiens, de l'astragale, à sa face antérieure, etc.

Au côté interne, le scaphoïde est déplacé sensiblement en bas, par rapport à l'astragale. Le scaphoïde s'est abaissé, ainsi que les cunéiformes et le premier métatarsien.

Au côté externe, le cuboïde est aussi un peu abaissé; il est articulé avec le calcanéum plus bas que dans l'état normal; mais la flexion s'est surtout opérée dans une autre articulation que celle qui correspond à l'articulation scaphoïdo-astragalienne pour le côté interne; elle s'est opérée dans les quatrième et cinquième métatarsiens, qui se sont inclinés en bas, et il y a à la partie supérieure de la facette antérieure articulaire du cuboïde un point raboteux qui n'est point en rapport avec les deux derniers métatarsiens. Il résulte de cette disposition un amincissement de la partie inférieure du cuboïde.

Ces caractères se retrouvent en partie dans le tallus pied creux pathologique, ainsi qu'on le voit dans la pièce (unique, on peut le dire) que j'ai déposée au Musée Dupuytren.

M. Duchenne avait déjà fait cette remarque que la disposition de l'angle exagéré du pied creux était différente vue en dehors et en dedans, à la face externe ou à la face interne du pied. L'angle du côté interne est dessiné plus en arrière, plus rapproché de l'articulation scaphoïdo-astragalienne; celui du côté externe plus en avant, plus près des articulations cuboïdo-métatarsiennes.

Cette disposition est bien indiquée sur la pièce du Musée Dupuytren, moins pourtant que sur le pied chinois. On y voit aussi que le premier métatarsien suit la direction des os du tarse, et du côté externe on trouve cette même réduction, cette même gracilité, ce même amincissement de la face inférieure du cuboïde, et l'angle formé par les deux métatarsiens à ce niveau.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société qu'elle a perdu deux de ses membres associés étrangers, remarquables par leur mérite et leurs travaux : MM. Ammond (de Dresde) et Ribéri (de Turin).

Suite de la discussion sur les hernies ombilicales.

M. BOINET. Je me bornerai à rappeler le fait suivant, qui vient infirmer, je le crois du moins, l'opinion émise par M. Richet, qu'il faut opérer de bonne heure les hernies ombilicales.

Voici du reste cette observation.

Une dame, âgée de cinquante ans environ, douée de beaucoup d'embonpoint, ayant depuis neuf ou dix ans, au niveau de l'ombilic, une grosse tumeur prise par divers médecins pour une tumeur abdominale fibreuse, et traitée pour telle, fut atteinte dans le courant de juin 1861 de tous les signes d'une hernie étranglée. M. le docteur Bourdonnoy, appelé en cette circonstance, diagnostiqua une hernie ombilicale étranglée, et après avoir essayé inutilement pendant deux jours les manœuvres et les remèdes usités en pareil cas, il me fit demander pour opérer cette malade.

J'appris que depuis deux jours elle souffrait de coliques très-fortes; qu'elle avait des hoquets, des vomissements, et qu'elle rejetait presque instantanément toutes les boissons qu'elle prenait; les garde-robes et les gaz étaient supprimés; le ventre était un peu tendu et douloureux à la pression; le pouls était petit, peu fréquent. Au niveau de l'ombilic, et principalement au-dessus, il existait une tumeur à large base, plutôt allongée que large, dure, bosselée, inégale, et offrant à sa partie inférieure, dans un point très-circonscrit, un enduit plus mou, élastique, et plus douloureux. Cette tumeur me fit l'effet d'un large champignon qui se serait étalé entre la peau et les muscles de l'abdomen, ayant son pédicule à l'anneau ombilical.

En examinant les choses de plus près, et surtout à cause de l'existence de tous les signes d'une hernie étranglée durant depuis plus de deux jours, et en tenant compte de l'ancienneté de cette tumeur qui existait depuis plusieurs années et avait été prise par des hommes très-habiles pour une tumeur fibreuse, je crus me trouver en présence de cette variété de hernie ombilicale où l'intestin a perforé l'épiploon induré, hypertrophié, et est étranglé par l'ouverture accidentelle qui lui a livré passage.

Les accidents étaient tels, que si j'avais eu affaire à une hernie inguinale ou crurale, je n'aurais pas hésité à opérer immédiatement. Mais connaissant le mauvais résultat des opérations de hernies ombilicales étranglées, et sachant d'autre part que les omphalocèles volumineuses sont quelquefois la cause de coliques, de vomissements, qui font croire à un étranglement qui pourtant n'existe pas, j'étais peu disposé à faire l'opération. J'essayai le taxis à mon tour; mais malgré tous mes efforts, je ne pus faire rentrer que très-incomplétement une minime partie de la tumeur, et seulement dans le point où j'avais constaté de la mollesse et une certaine élasticité; encore n'étais-je pas bien sûr que cette prétendue réduction ne fût tout simplement qu'une dépression, car dès que je cessais toute pression les parties revenaient dans le même état qu'auparavant. Cependant, comme il me semblait réduire une partie quelconque, je crus devoir appliquer sur ce point un tampon de linge, des compresses graduées, afin de rendre permanente cette réduction partielle et de maintenir le tout avec la ceinture à plaque que j'avais trouvée chez la malade. Un centigramme d'extrait thébaïque fut donné d'heure en heure pour calmer les vomissements, qui n'étaient que glaireux et bilieux, et un lavement purgatif fut administré. Cette compression fut maintenue et renouvelée pendant plusieurs jours; mais dès qu'on la cessait, les parties déprimées ou réduites reparaissaient aussitôt, et les vomissements semblaient augmenter de fréquence.

Comme l'état général n'était pas plus mauvais, que le pouls restait toujours le même, que la douleur et le ballonnement du ventre n'augmentaient pas, et que j'étais toujours peu empressé de faire une pareille opération, je persistai dans la continuation des moyens employés ci-dessus. Une infusion de café noir non sucré fut administrée à plusieurs reprises; et pour calmer la soif, la malade prenait quelques morceaux de glace et quelques cuillerées de bouillon froid; enfin, au bout de cinq jours de ce traitement, les vomissements devinrent moins fréquents, et avaient cessé complétement dix jours après leur début. La malade rendait de temps en temps quelques gaz par l'anus.

A cette époque, les parties qu'on avait refoulées et maintenues réduites au milieu de cette masse énorme, dure, formée probablement par l'épiploon qui était tout à fait irréductible, ne se relevaient plus; mais on sentait toujours au fond de l'excavation déterminée par la saillie de la pelote, une partie plus molle qu'on ne pouvait réduire totalement, même avec les doigts pratiquant le taxis. J'avais fait construire un bandage élastique avec une grosse pelote à forme ovalaire, qui fut appliqué le septième jour des accidents d'étranglement, et ce n'est que le dixième que ces accidents cessèrent complétement et que la malade put prendre du bouillon et des boissons sans les vomir. Un dernier lavement purgatif donné à cette époque procura une garde-robe copieuse.

Depuis ce moment, la santé de cette dame a été des meilleures. Je l'ai revue il y a quelques jours (25 novembre 1861) pour juger de son état et en informer la Société, et j'ai constaté que toutes les fonctions s'exécutaient parfaitement bien, et qu'elle peut vaquer sans gêne à toutes les occupations de son ménage. Son bandage, qu'elle porte jour et nuit, ne la gêne pas. Dans le point où porte le centre de la pelote, un peu au-dessus de l'anneau ombilical, il y a une excavation assez profonde, dont la circonférence, en haut surtout, offre un tissu dur, inégal, comme fibreux, non douloureux à la pression, et qui probablement appartient à de l'épiploon induré, non réduit, plutôt qu'au rebord de l'ouverture ombilicale.

M. VERNEUIL. Pour répondre à l'appel qui a été fait, je viens présenter à la Société le résultat de mes observations. M. Richet donne le conseil d'opérer de bonne heure, afin que l'intestin ne soit pas blessé par les efforts d'un taxis prolongé. Pour ma part, j'aime mieux dire, comme M. Boinet, qu'il ne faut pas se presser.

Il y a un mois environ, je fus appelé à donner mes soins à une dame d'un embonpoint énorme et qui avait une hernie ombilicale. Cette dame avait mangé des marrons; elle fut prise d'indigestion, avec des vomissements fréquents, répétés, et qui ne cessaient point. La tumeur herniaire n'était pas douloureuse. Un médecin, appelé à la hâte, avait fait des tentatives de taxis forcé et prolongé. Le médecin ordinaire de la maison arriva bientôt après, et prescrivit un grand bain. Un peu plus tard, on fit de nouvelles tentatives de taxis qui furent aussi infructueuses que les premières. Je fus appelé, et j'appris que la hernie, du volume du poing, était mal maintenue et ne rentrait pas complétement. Je prescrivis des sangsues, des cataplasmes, un lavement purgatif, peu de boissons, et un bandage destiné à tenir la tumeur un peu relevée. Il y eut un soulagement immédiat; j'ordonnai ensuite un nouveau bain. Dès le surlendemain, la tumeur diminua de volume; les selles se rétablirent le troisième jour, et le huitième jour toute trace d'accident avait disparu.

Pendant que je remplaçais M. Lenoir à l'hôpital Necker, une femme vint me consulter. Elle était douée d'un embonpoint extraordinaire, et c'est à peine si à travers une couche de graisse énorme on sentait une tumeur du volume d'une grosse orange. Il était survenu des vomissements, qui persistaient. Je ne fis aucune tentative de taxis; j'ordonnai des sangsues, des lavements, des bains, et le septième jour tout accident disparut et les selles se rétablirent.

Enfin voici un troisième cas. Il s'agissait d'une petite hernie ombilicale, grosse à peu près comme une cerise, et qu'on sentait à travers la cicatrice ombilicale. La femme portait habituellement un bandage. A la suite d'un effort, elle ressentit tout à coup de vives douleurs. La hernie était dure, très-sensible à la moindre pression. Je ne fis aucune tentative de taxis; je prescrivis le traitement sur lequel je viens d'appeler votre attention, la tumeur rentra le soir, et toute trace d'accident disparut.

M. HUGUIER. Ce que viennent de dire nos deux collègues MM. Boinet et Verneuil, rentre tellement dans ce que je me proposais de répondre à M. Richet, que je n'ai plus que quelques mots à ajouter.

Je tiens d'abord à rétablir les termes dans lesquels j'avais posé la question (séance du 13 novembre, n° 137 de la *Gazette des Hôpitaux*):

« Dans la hernie ombilicale étranglée, qu'elle soit seulement intesti-
» nale ou entéro-épiploïque, il serait **peut-être** préférable d'abandon-
» ner la hernie aux efforts de la nature, en surveillant et en combat-
» tant les complications, que de pratiquer l'opération de la kélotomie
» complète. »

M. Richet a donné à ma proposition un sens trop absolu, et m'a fait dire qu'il fallait abandonner à elles-mêmes les hernies ombilicales étranglées. Pourtant, j'avais bien nettement formulé mon opinion à la fin de mon allocution. Voici ce que je disais en terminant :

« En résumé, dans les hernies ombilicales étranglées, plus que
» dans toute autre hernie, on devra insister sur les moyens propres
» à obtenir la réduction. La kélotomie complète, c'est-à-dire avec
» tous les temps..., ne devra être généralement pratiquée que dans
» les hernies petites, récentes et antérieurement réductibles. Pour la
» plupart des autres cas, il nous semble, d'après les faits connus,
» que l'on devra simplement faciliter l'ouverture spontanée de la tu-
» meur, et au besoin ouvrir l'intestin, afin de faciliter l'évacuation
» des matières fécales sans aller jusqu'au débridement de l'anneau et
» à la réduction des parties. »

Dois-je changer ma proposition? M. Richet est convenu que la hernie ombilicale était plus grave que les hernies inguinales et crurales. Il a donné trois raisons qui sont comprises dans celles que j'ai moi-même développées. Et d'un autre côté il pense que l'on peut facilement conjurer les accidents graves qui compliquent la hernie ombilicale. Sur deux faits qu'il a cités à l'appui de sa proposition, il y en a un qui a été suivi de mort.

M. Richet a employé la glace; il a appliqué des serre-fines pour réunir la plaie superficielle et même le collet du sac. Or cette pratique est suivie par chacun de nous. M. Richet a réussi dans un cas où la hernie était petite, de celles pour lesquelles j'ai admis une exception; mais dans la grande majorité des cas, il ne sera pas possible de faire ce qu'a fait M. Richet; car l'on ne pourra pas, à cause des adhérences, réduire tout l'intestin. M. Richet avait aussi imaginé de faire changer de position à la malade: son opérée n'a pu garder cette position. Mais en mettant la malade sur le côté, on ne peut pas, sans exercer de pression convenable, empêcher l'intestin de sortir. Je termine en disant que je ne vois rien qui puisse me porter à modifier les propositions que j'ai formulées.

M. RICHET déclare qu'il n'a rien à ajouter à ce qu'il a dit précédemment.

— La discussion sur le traitement des hernies ombilicales est terminée.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. BAUCHET présente le jeune homme dont il a déjà été plusieurs fois question dans la discussion sur les **roideurs articulaires du coude**. Ce jeune homme se sert de son bras comme si jamais il n'avait éprouvé d'accident. Tous les mouvements (flexion, extension, pronation, supination) sont normaux. Il a la même force dans ce bras que dans celui du côté opposé. La guérison s'est maintenue invariable depuis plus de trois mois. Pour opérer les mouvements de flexion forcée, M. Bauchet faisait asseoir le malade dans un fauteuil, et saisissant le bras avec la main gauche, il le maintenait sur le tronc, tandis que, se servant de l'avant-bras comme d'un levier, il opérait la flexion forcée. Pour l'extension, il plaçait le coude sur son épaule gauche, et se servant encore de l'avant-bras, il tirait sur celui-ci de façon à arriver à une extension complète. Il a cessé toute manœuvre depuis plusieurs mois. Le malade a dû seulement continuer lui-même à exercer son avant-bras, soit en soulevant des poids, soit en se suspendant à un trapèze ou à une porte.

PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

M. RICHET. J'ai l'honneur de présenter à la Société une pièce qui intéresse sans doute bien plus les tératologistes que les chirurgiens, mais qui m'a paru néanmoins nous offrir un grand intérêt.

Il s'agit d'un enfant né à terme, qui m'a été apporté à l'hôpital Saint-Louis le lendemain de sa naissance, atteint d'une **extrophie de vessie avec hernie de l'intestin** à la partie supérieure de l'écartement des lames ventrales.

On peut constater avant toute dissection :

1° L'écartement des pubis;

2° L'orifice des uretères immédiatement au-dessus de la saillie des pubis, dans la partie qui répond au bas-fond vésical;

3° Au-dessus de la vessie extrophiée, entre elle et l'ombilic, deux portions d'intestin saillantes, l'une, supérieure, très-allongée, donnant issue au méconium, l'autre, moins saillante et renflée, présentant également un orifice qui conduit dans une autre portion du tube intestinal, qui paraît être le gros intestin;

4° L'imperforation de l'anus normal, remplacé par un simple infundibulum à peine marqué.

Mais toutes ces particularités, qui aujourd'hui ne peuvent qu'être signalées, seront l'objet d'une plus complète appréciation et d'une dissection très-détaillée.

La seule chose sur laquelle je veuille appeler l'attention, c'est la présence de l'intestin hernié immédiatement au-dessus de l'ombilic, et la saillie considérable du bout supérieur par lequel sort le méconium. Il semblerait que cette portion du tube digestif est celle qu'à une certaine époque recouvre le pédicule de la vésicule ombilicale, et que par suite d'une maladie ou d'un arrêt de développement, elle n'a pu rentrer à temps dans l'abdomen. Mais c'est là, je me hâte de le dire, une simple vue de l'esprit, que l'examen plus attentif de la pièce pourra seul confirmer ou infirmer.

M. HOUEL a eu l'occasion de disséquer deux ou trois faits qui se rapprochent de celui de M. Richet, et qui sont des anomalies dont il est difficile de trouver l'explication. Il constate sur ces pièces une invagination de l'intestin grêle. L'ouverture, semblable à celle que l'on voit sur la pièce de M. Richet, et dans laquelle on retrouve la vessie, les uretères et l'intestin, était une espèce de cloaque commun à tous ces organes. Le gros intestin, dans les faits de M. Houel, manquait en presque totalité; mais on retrouvait le cæcum, qui communiquait avec le cloaque dont il vient d'être question.

Dans la pièce de M. Richet, les côlons ne sont pas à leur place, mais il y a quelques circonvolutions du gros intestin qui les représentent. Celui-ci va ensuite se rendre dans le bassin. La vessie n'est pas, comme dans les faits de M. Houel, confondue avec le gros intestin; elle est au-dessus de la saillie intestinale, où on la retrouve avec les deux uretères. L'intestin est distinct de la vessie, ainsi qu'on peut

s'en convaincre quand on tire sur l'intestin par la face profonde de la paroi abdominale.

M. BLOT émet le vœu qu'on ne laisse échapper aucune occasion d'étudier la disposition de l'intestin au point de vue de l'établissement d'un anus contre nature, et du siége qu'il faut choisir de préférence pour l'établir.

M. Blot rappelle une opération de M. Maisonneuve dont il a été témoin, et dans laquelle le chirurgien est arrivé sur le rein. Il n'y avait pas de côlon.

A la Clinique, M. Blot a vu aussi une autre opération fort bien faite comme la première ; dans ce cas l'intestin fut ouvert, mais à l'autopsie on trouva entre l'ouverture et le bout supérieur une absence, une interruption complète de l'intestin, qui était réduit à un cordon fibreux. On comprend que dans ces circonstances les matières intestinales n'avaient pas pu prendre leur cours.

M. Blot pense qu'il vaut mieux chercher à ouvrir l'intestin dans le pli de l'aine ; mais il voudrait aussi que l'on ne négligeât aucune occasion pour essayer d'éclairer ce point de thérapeutique chirurgicale.

M. RICHET. Cette pièce ne pourrait en aucune façon servir à élucider la question si intéressante soulevée par M. Blot. Il s'agit ici d'une anomalie par trop extraordinaire. Je saisis cette occasion pour citer un fait curieux que j'ai observé à l'hôpital Saint-Louis avec M. Denonvilliers.

Un enfant fut apporté à l'hôpital ; il avait une imperforation du rectum. On trouvait dans la région anale un infundibulum dans lequel on pouvait introduire le doigt. En introduisant le doigt dans cet entonnoir et en pressant sur le ventre, nous espérions que, si un simple diaphragme séparait le méconium du doigt, nous sentirions une fluctuation qui pourrait nous guider : signe précieux, et auquel j'attache une grande importance. Cette exploration ne nous fournit aucune indication.

J'opérai cet enfant suivant la méthode de Littre ; j'ouvris l'intestin, et il ne sortit rien ; j'introduisis une sonde dans les deux bouts, la sonde pénétra assez profondément, et il ne vint rien par la plaie.

L'enfant succomba bientôt, et à l'autopsie nous trouvâmes l'explication de l'absence de fluctuation dans l'infundibulum anal et d'écoulement par l'ouverture intestinale. L'intestin, très-probablement sous l'influence des pressions auxquelles il avait été soumis pendant le travail de l'accouchement, était rompu, et il s'était fait un épanchement dans le péritoine. Il n'y avait qu'un simple diaphragme séparant le rectum de l'infundibulum anal.

Je ne doute pas que, sans cette rupture de l'intestin, nous eussions senti la fluctuation dont j'ai parlé, et que nous aurions été guidés à fendre simplement la cloison qui formait la partie inférieure du rectum.

M. HOUEL partage l'opinion de M. Richet pour ce qui a rapport au fait qui est présenté et à ceux qu'il a observés. L'intestin manquait dans ceux qu'il a étudiés ; il n'est pas à sa place normale dans celui de M. Richet. Ces faits ne peuvent donc avoir aucune importance au point de vue de la statistique et des recherches dont a parlé M. Blot.

M. Houël termine en disant qu'il a fait un grand nombre de recherches sur un très-grand nombre d'enfants, et il est arrivé à cette conclusion que, par la partie postérieure, on arrive tout aussi aisément sur le côlon à droite qu'à gauche de la colonne vertébrale ; que, de l'un et de l'autre côté, il n'y a pas plus à redouter la lésion du péritoine, celui-ci affectant à droite et à gauche la même disposition.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, L. BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 12 décembre, M. Bouland, élève du service de santé militaire, a été nommé aide de chimie, physique et pharmacie près la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Cros, démissionnaire.

— Par arrêté du 13, M. Parisot, docteur en médecine, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de Nancy, a été nommé professeur adjoint de clinique externe à ladite Ecole, en remplacement de M. le docteur Grandjean, appelé à d'autres fonctions.

— L'Académie des sciences tiendra sa séance publique annuelle après-demain lundi 23 décembre. M. Flourens, secrétaire perpétuel, y lira l'éloge du célèbre anatomiste Tiedemann.

— Par décision ministérielle du 18 novembre 1861, MM. Golias et Favre, chirurgiens principaux de la marine, ont été admis à faire valoir leurs droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services, et sur leur demande.

— M. le docteur Desmarres vient de faire à l'Association générale des médecins de France un nouveau don de la somme de 500 fr.

— Les membres du bureau de la Société pharmaceutique de la Vienne ont adressé à Mgr l'évêque de Poitiers une lettre dans laquelle, après avoir exposé les sacrifices que les jeunes gens sont obligés de faire pour acquérir le titre de pharmacien, la responsabilité qui pèse sur eux pendant l'exercice de la profession, etc., etc., ils le prient de faire cesser l'exercice de la pharmacie par les religieuses de son diocèse.

Mgr l'évêque a immédiatement adressé à MM. les directeurs des congrégations religieuses et à MM. les curés de son diocèse une circulaire par laquelle il leur recommande de veiller à ce que les religieuses n'exercent ni la pharmacie, ni la médecine, ni la chirurgie. (*Union pharmaceutique*.)

— C'est M. le docteur Scelles de Montdesert, médecin à Carentan et non à Saint-Lô, qui a obtenu une médaille de l'Académie de médecine. — (Voir notre dernier numéro).

Une belle collection de la *Gazette* depuis son origine (1828), reliée, et les années 1834, 1835, 1836, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1850, 1855, sont à vendre au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Compendium de chirurgie pratique, ou Traité complet des maladies chirurgicales et des opérations que ces maladies réclament, par MM. les professeurs DENONVILLIERS et GOSSELIN. — La 15e livraison vient de paraître. Elle complète le troisième volume, et contient la fin du chapitre sur les « maladies des dents, les maladies des gencives, de la muqueuse buccale, de la langue, du plancher de la bouche, de la voûte palatine, du voile du palais, des amygdales, de la région parotidienne et des joues ». — Prix : 3 fr. 50 c., rendue *franco* dans toute la France. Paris, 1862. Chez P. Asselin, place de l'Ecole de Médecine.

Leçons sur les maladies de la peau : dartres, scrofulides, syphilides, publiées par M. le docteur MOYSAND ; revues et approuvées par le professeur HARDY, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2e édition, revue et corrigée. Un volume in-8o. Prix : 3 fr. 50 c. *franco*. Chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

Exercices et récréations anatomiques, par le docteur L. GIRAUDET fils, professeur d'anatomie à Tours. Un volume in-18 jésus de 300 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 150 — MARDI 24 DECEMBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 150. — MARDI 24 DECEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de Noël, le Journal ne paraîtra pas jeudi.

PARIS, 23 DÉCEMBRE 1861.

Séance de l'Académie des Sciences.

La séance du 16 décembre s'est passée en comité secret. Le public n'a été admis qu'au dépouillement de la correspondance, presque toute étrangère aux sciences médicales, à l'exception de quelques présentations d'ouvrages imprimés dont on trouvera l'indication dans le compte rendu.

L'Académie a tenu aujourd'hui sa séance publique annuelle. M. Flourens y a prononcé l'éloge de Tiedmann. Nous publierons le compte rendu de cette séance dans le numéro prochain. — Dr Brochin.

STATISTIQUE COMPARATIVE

DES HOPITAUX D'ANGLETERRE ET DE CEUX DE PARIS.

Sous le rapport des conditions hygiéniques et des résultats des grandes opérations (1).

Nous continuons à publier des extraits de l'intéressant travail de M. Lefort sur les hôpitaux de Londres comparés à ceux de Paris. Vu l'importance de ces documents, qui devront servir désormais de base à la discussion sur l'hygiène des hôpitaux, nous consacrerons un troisième article à ces emprunts.

Parmi les hôpitaux d'Angleterre, ceux de King's College, de Saint-Thomas, de Guy's à Londres, et l'Infirmerie royale de Glascow, méritent une mention spéciale.

L'hôpital de King's College à Londres se compose d'anciens bâtiments et de nouveaux pavillons desquels seuls je m'occuperai.

L'établissement situé au centre de Londres est formé d'un grand bâtiment parallèle à Portugal street, et en arrière duquel se trouvent en retour trois ailes moins étendues, renfermant trois étages de salles. Celles-ci sont disposées de la manière suivante :

Une grande salle règne dans chaque moitié de l'étendue du bâtiment principal ; sa longueur est de 25 mètres, sa hauteur de 4 mètres et demi. Cette salle est divisée par une cloison longitudinale percée de deux fausses portes et d'ouvertures en forme de fenêtres en deux parties communiquant ensemble. L'une, régnant sur toute la longueur du bâtiment et sur une largeur de 7 mètres, renferme treize lits ; l'autre est subdivisée en deux salles de six lits, et un office dans lequel se trouvent une baignoire de marbre, des cuvettes, et tout ce qui est nécessaire pour les soins journaliers de la toilette.

Cette grande salle ainsi subdivisée est éclairée par dix-huit fenêtres, neuf de chaque côté, ayant 1m,27 d'ouverture, et séparées l'une de l'autre par un intervalle de 1m,50. Un lit correspond à chacune de ces séparations. Trois cheminées pour la grande, une pour chacune des petites, donnent un total de six cheminées pour la salle entière. Ajoutons que les corridors et les escaliers sont chauffés également par de vastes cheminées ouvertes alimentées au charbon de terre.

Les nouvelles salles Philips, Mary et Stephen, de l'hôpital de Guy, présentent la même disposition. Elles sont ventilées naturellement et chauffées par quatre cheminées ouvertes. Il en est à peu près de même pour les nouveaux bâtiments de l'hôpital Saint-Thomas.

De tous les hôpitaux que j'ai visités, celui de Glascow, ou du moins le nouvel hôpital chirurgical que renferme cet établissement, m'a paru le meilleur sous le rapport de l'hygiène hospitalière et de la simplicité avec laquelle on y obtient une ventilation et un chauffage parfaits. Je demande la permission d'entrer sur ce point dans quelques détails et de communiquer à l'Académie quelques-uns des renseignements que m'a fournis la bienveillance de M. le docteur M. Ghie, directeur de l'hôpital, sous la surveillance duquel s'est élevé cet établissement, que j'ai visité avec un grand intérêt au mois d'août dernier, en compagnie de M. de Valcourt, élève de nos hôpitaux.

L'infirmerie royale de Glascow, fondée en 1792, est située sur les confins de la cité, dans le quartier populeux et pauvre. Placée sur une élévation, près du palais archiépiscopal et contre la cathédrale, elle est éloignée des habitations par un espace considérable. Lors de sa fondation, elle ne renfermait que 150 lits pour une population de 70,000 habitants. En 1815, une aile nouvelle fut ajoutée à l'arrière du bâtiment primitif, perpendiculairement à son centre ; de nouveaux bâtiments séparés des précédents furent encore ajoutés en 1828 et 1832. Enfin, en 1853, alors que le chiffre de la population était monté, en cinquante ans, de 77,000 à 358,926, on décida la création d'un nouveau bâtiment ; commencé en 1859, il fut achevé et inauguré cette année même, le 21 mai. C'est de lui seul que je demande la permission de parler.

La façade est en ligne droite ; mais, en arrière, un prolongement de forme quadrilatère renferme les salles destinées aux internes et aux surveillantes. L'escalier est placé au centre de l'édifice ; les salles, au nombre de huit, deux pour chaque étage, s'ouvrent à gauche et à droite. Elles occupent toute la largeur du bâtiment ; chacune est éclairée par quatorze fenêtres, sept de chaque côté ; ces fenêtres montent presque au niveau du plafond ; leur base est placée à 1m,20 au-dessus du sol de la chambre. L'espace occupé par elles occupe un tiers de la longueur des murs de façade ; un lit correspond à chaque fenêtre.

La longueur de la salle est de 18m,24, sa largeur de 8m,56, sa hauteur de 4m,25. Sa capacité est, par conséquent, 663 mètres 574 cent. cubes, et, comme elle renferme 19 lits, dont 3 d'enfants, il en résulte que chaque malade a pour partage 35 mètres cubes d'air atmosphérique (34m,924). Mais cette quantité déjà suffisante, grâce à la ventilation, est considérablement augmentée, comme on va le voir.

A l'extrémité de la salle opposée à la porte d'entrée, s'ouvre un corridor dont la longueur égale les deux tiers de celle de la salle principale. A gauche de ce corridor se trouvent deux chambres destinées chacune à un malade grave ou à un opéré. Chacune d'elles a sa cheminée particulière. La troisième porte donne accès dans une très-grande salle éclairée par deux larges fenêtres, chauffée par une grande cheminée. Cette salle sert dans la journée de bibliothèque, d'ouvroir ; c'est le salon de conversation des malades de la grande salle, et tous ceux qui ne sont pas retenus au lit doivent s'y tenir pendant le jour ; c'est là également, et sur la table qui en occupe le centre, que les repas sont servis à l'heure réglementaire.

A droite du corridor s'ouvrent successivement :

1° La chambre de la surveillante ;

2° L'office ou lavoir ;

3° Une salle de bain, renfermant de plus cuvettes, serviettes, et tout ce qui est nécessaire pour les soins de la toilette ; des lieux à l'anglaise tenus dans un remarquable état de propreté, s'ouvrent, non sur le corridor, mais dans la salle de bain.

Enfin, au fond du couloir, on trouve la cage de l'escalier mobile, dont la plate-forme s'élève et s'abaisse pour faciliter le transport à tous les étages des malades invalides, des aliments, du charbon, etc.

Ces annexes de la salle principale ont une utilité sur laquelle je n'ai pas besoin d'insister. Augmentent-elles notablement les frais de construction ? C'est un point dont je parlerai tout à l'heure.

La moitié de l'étage supérieur est occupé par l'amphithéâtre des cours et opérations, de même que par la salle où se réunissent les médecins. Telle est la disposition de la moitié droite de l'hôpital chirurgical ; la moitié gauche, limitée par la rue qui longe d'un côté l'établissement, ne possède pas de salle de réunion ni de chambre séparée ; celle dont nous avons parlé est destinée aux malades des deux salles d'un même étage.

Le chauffage est effectué par des foyers ouverts alimentés au charbon de terre et placés au centre de la salle, à chaque extrémité d'une cheminée quadrangulaire. Ses dimensions lui permettent de contenir dans son épaisseur tous les tuyaux des foyers des autres étages, et un espace de 1 mètre sur 1 mètre 20, réservé au centre, est séparé en tubes d'aspiration destinés à enlever des salles l'air vicié par la respiration.

Sur deux des côtés du corps de cette cheminée centrale, et près du plafond de la salle, existe une ouverture qui conduit cet air dans le tuyau à fumée ; sur les deux autres côtés, et au même niveau, deux autres ouvertures l'amènent dans les tubes d'aspiration. Si l'on ajoute à ces quatre ouvertures celles des deux cheminées, on aura six orifices pour l'écoulement de l'air vicié de la grande salle, écoulement qui se fait naturellement, la chaleur des foyers suffisant pour échauffer les tubes aspirateurs et déterminer le tirage.

L'air frais entre dans la salle par trente-cinq ouvertures, sans compter les portes. Six orifices (trois de chaque côté), placés dans le plafond, communiquent par un canal placé entre deux planchers contigus avec un orifice s'ouvrant dans la façade.

Les murs, par une disposition analogue à celle qu'emploie le génie militaire dans la construction des magasins à poudre, sont en quelque façon dédoublés, et interceptent dans leur épaisseur une sorte de canal. Ce canal intra-pariétal, facile à comprendre sur la coupe du bâtiment, s'ouvre au niveau de la partie supérieure et de la partie inférieure des quatorze fenêtres. L'air pénètre ainsi entre les murs et arrive dans la salle par vingt-huit ouvertures placées dans l'angle que forment les murs latéraux avec le plafond et le plancher. Il suffit de lever de 2 pouces la moitié supérieure, de baisser de la même quantité la moitié inférieure de chaque fenêtre pour intercepter l'entrée de l'air par cette voie indirecte. Enfin, au-dessus de la porte, se trouve une large ouverture à claire-voie qu'on ouvre et ferme à volonté. Ces moyens permettent une ventilation graduée de la salle, parfaite, alors même que les fenêtres restent fermées, car l'on a pu ventiler les angles supérieurs et inférieurs là où l'air a de la tendance à séjourner. Le chauffage et la ventilation de chaque salle sont parfaitement indépendants. Les petites salles, la bibliothèque, la chambre de la surveillante, ont chacune leur cheminée et leur fenêtre. L'office, la salle de bain, le water-closet, ont une ventilation séparée.

Les murs des salles sont recouverts d'une couche de ciment analogue au stuc.

L'étage inférieur, placé en sous-sol par rapport au niveau de la rue, comme dans toutes les maisons anglaises, mais éclairé directement, et isolé de toute part par un large fossé qui en fait presque un rez-de-chaussée, renferme la cuisine, le dortoir des infirmiers, la soute aux provisions, etc.

Mais si cet hôpital renferme peu de lits et beaucoup d'espace pour chaque malade, ne doit-il pas coûter un prix excessif, qui rende l'exemple impossible à suivre à nos administrations ?

Aperçu général sur les hôpitaux anglais. — Ce qui distingue les hôpitaux d'Angleterre, c'est leur multiplicité et le petit nombre relatif de lits qu'ils renferment.

Londres, Liverpool, Manchester, Édimbourg, Glascow, possèdent de grands hôpitaux ; mais, en général, le nombre de ceux qui les habitent est moins grand qu'à Paris. Le nombre des lits dans les principaux hôpitaux de Londres donne un total de 3,765 lits partagés entre les douze établissements principaux.

L'infirmerie royale de Glascow renferme 600 lits pour une population de 358,926 habitants.

A Dublin, le système des petits hôpitaux a prévalu, la ville en possède treize ou quatorze. Il y a 882 lits pour sept établissements. Dublin possède, en outre, un hôpital d'accouchement (Rotundo Hospital) de 140 lits, et un hôpital d'enfants.

Les nouveaux hôpitaux que j'ai visités sont pour la plupart situés sur les limites des villes. Cette situation a un double avantage : si les quartiers pauvres sont souvent placés au centre et dans le berceau même de la cité, les hôpitaux sont placés là où l'existence d'ateliers, de manufactures, exige leur présence, car c'est là, et non dans sa demeure, que l'ouvrier devient la victime d'accidents imprévus. A Paris même, j'ai pu constater pendant mon internat l'énorme différence qui existe dans le mouvement chirurgical entre Saint-Louis, par exemple, et l'Hôtel-Dieu.

Le mode de construction des hôpitaux anglais, le plan qui a présidé à leur distribution diffèrent évidemment pour chacun d'eux en particulier. Dans quelques-uns, les bâtiments forment un quadrilatère complet, mais composé de bâtiments isolés (Saint-Barthélemy de Londres), ou incomplet par la suppression d'un des côtés (London Hospital. Dans d'autres, ils se rapprochent de la forme de l'H (San-Ambrogio de Milan) ; du T (ancienne infirmerie de Glascow) ; de l'X (Hôpital Saint-Louis de Turin). D'autres fois, sur le bâtiment principal, viennent tomber perpendiculairement plusieurs ailes plus courtes, disposées d'une manière alterne (Blackburn Infirmary). Cependant dans ces derniers temps la création, comme à Lariboisière et à Beaujon, de pavillons séparés, a été le plan adopté à Saint-Jean de Bruxelles ; mais à Saint-Thomas, à Guy's, à Glascow, les pavillons sont complétement isolés, de manière à empêcher l'arrivée par les galeries de communication de l'air vicié d'une salle dans l'autre.

Cette disposition, moins commode peut-être au point de vue du service, paraît offrir certains avantages sous le rapport de l'hygiène. La disposition des salles de Beaujon et de Lariboisière semble réunir les avantages et supprimer les inconvénients des galeries de communication.

Nous leur faisons cependant un reproche, qui s'adresse surtout à Lariboisière. Les galeries de cet hôpital viennent s'ouvrir à leurs deux extrémités, d'un côté à la grille d'entrée, de l'autre au péristyle de la chapelle, de telle sorte qu'il s'établit, l'hiver surtout, entre l'air froid du dehors et l'air chaud des escaliers et des salles, un courant violent, et la galerie devient une véritable glacière, qu'il est pour les malades dangereux de traverser. La disposition est bonne, à la condition que ces galeries soient complétement closes l'hiver, complétement ouvertes l'été.

Comme spécimen d'architecture pour de grands hôpitaux, Lariboisière, Beaujon, sont construits sur un modèle à suivre au point de vue de l'agencement des pavillons, à la condition de laisser entre chacun d'eux un espace libre égal au moins à leur hauteur.

Quel peut être le nombre des étages ? M. Malgaigne a montré qu'il serait à désirer que les hôpitaux n'eussent qu'un rez-de-chaussée ou un étage au plus. Cette disposition, excellente pour de très-petits hôpitaux, est difficile à mettre en pratique.

La plupart des hôpitaux anglais ont trois étages de salles ; mais les étages supérieurs sont presque partout réservés aux maladies qui donnent peu de mortalité, la syphilis, par exemple, ou à l'amphithéâtre des cours et des opérations, comme dans les infirmeries royales de Glascow et d'Edimbourg. L'existence de plates-formes mobiles enlève tout l'inconvénient qu'aurait, sans cela, le transport des opérés à l'étage supérieur.

La division en petites salles est le mode qui semble prévaloir en Angleterre. Mais il faut s'entendre sur la valeur du mot. On a rejeté aujourd'hui partout les salles de 78 malades, comme à Sainte-Marthe de l'Hôtel-Dieu, de 84, comme à Saint-Louis, d'un nombre au moins égal, comme à la Charité ; mais on a rejeté également le système des chambres de 6 à 8 malades, ainsi que cela existe encore dans l'ancien bâtiment de Saint-Thomas et dans quelques hôpitaux de Dublin. Les salles construites depuis dix ans renferment un minimum de 13 et un maximum de 25 à 30 malades.

La question de l'encombrement des salles me paraît dominer toutes les autres.

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 décembre.

Ne prenant que l'évaluation en mètres cubes pour chaque malade, je trouve les chiffres suivants :

London Hospital	47,6
Saint-Thomas	49,3
Saint-Barthélemy	47,2
Glascow	49,4
King's College, anciennes salles	49,0
— nouvelles salles	70,0

Si nous comparons avec ces chiffres ceux de quelques-uns de nos hôpitaux proposés pour modèles, Beaujon, par exemple, nous arrivons aux résultats suivants :

Ces salles, dont M. Gosselin a bien voulu me communiquer les mesures, qu'il a fait prendre lui-même, ont 18 mètres de longueur sur 9m,90 de largeur et 4m,36 de hauteur, ce qui nous donne une capacité de 776 mètres cubes pour 18 malades, ou 43 mètres cubes pour chacun d'eux. Il y a donc entre les nouvelles salles de King's College et celles de Beaujon une différence de près de moitié.

La différence avec Lariboisière, quoique moins grande, est encore sensible. Les salles de Lariboisière ont 38m,50 de longueur et 8m,21 de hauteur; leur capacité est donc de 1,785 mètres cubes pour 34 malades ou 52 mètres cubes par malade, chiffre notablement inférieur à celui de 70.

Mais il ne serait pas juste de prendre pour base de comparaison les salles récemment construites, et dont la capacité est jusqu'à présent exceptionnelle. Nous rapportons surtout ces chiffres pour montrer la voie dans laquelle sont entrés nos voisins dans la construction de leurs nouveaux hôpitaux; car le chiffre de 49,4 donné par Glascow doit être presque doublé, le cubage de la salle commune, des dépendances, n'entrant pas dans cette évaluation.

Quelle est la capacité de la plupart des salles des hôpitaux de Paris? Je dois à la bienveillance de M. le professeur Malgaigne la communication de ces mensurations, prises sur sa demande en 1841, lors de la publication de son travail sur les hôpitaux de Paris.

La moyenne de ces chiffres est, pour Paris, de 44m.c.,76 d'air par malade ; elle est, pour les hôpitaux anglais que j'ai cités, de 52m.c.,08.

Mais je n'attache pas à cette évaluation plus d'importance qu'elle ne mérite ; elle est évidemment insuffisante, car elle ne porte pas sur un assez grand nombre d'hôpitaux étrangers. Quoi qu'il en soit, après avoir suivi pendant plusieurs mois ceux de Londres, après avoir visité la plupart des grands établissements hospitaliers de l'Angleterre, il m'est resté cette impression très-vive et très-nette que l'espace laissé entre les lits est beaucoup plus grand dans les hôpitaux anglais que dans les nôtres, même en tenant compte de l'illusion que peut produire l'absence des rideaux.

Lorsqu'on entre pour la première fois, en Angleterre, dans une salle d'hôpital, la première impression que l'on reçoit est défavorable. Les salles paraissent vastes, mais nues, et beaucoup plus tristes qu'à Paris. Plusieurs causes tendent à produire cet effet. Les lits sont bas, généralement en fer, recouverts d'une toile à carreaux bleus et blancs, presque toujours sans rideaux, qui, lorsqu'ils existent, sont attachés au mur autour d'un demi-cercle de fer. Les lits n'ont qu'un seul matelas de laine, mais comme leur fond est presque toujours formé par une toile tendue, on y est assez bien couché. Les couvertures sont en laine et en coton, les draps en toile blanche. Cependant les lits de nos hôpitaux sont incontestablement bien meilleurs. L'aspect même des malades contribue encore à assombrir le tableau ; la vaste et chaude capote grise dont la sollicitude de l'administration couvre et protége ses pensionnaires, est inconnue en Angleterre ; chaque malade garde ses vêtements, quelquefois ses haillons.

Mais une fois que l'habitude a émoussé cette sensation pénible, on n'est plus frappé que des avantages que ces hôpitaux présentent au point de vue de l'hygiène.

Les salles n'ont point cette odeur que l'on retrouve même à Lariboisière, et cependant il n'existe point d'appareil particulier pour le chauffage et l'aération.

(La fin à un prochain numéro.)

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

De la chlorose et de la pseudo-chlorose.

Au n° 23 de notre salle Saint-Bernard est couchée une jeune fille de dix-sept ans : elle est affectée de chlorose. Au n° 25, il s'en trouve une autre âgée de vingt ans : celle-ci est atteinte de pseudo-chlorose.

Il semble au premier abord que la question ne vaille pas la peine de nous occuper; que rien n'est plus simple que le diagnostic de la chlorose et que le traitement de cette maladie : la pâleur, l'essoufflement, le bruit de souffle, l'abondance de la menstruation, une fois constatés, on administre des préparations ferrugineuses, et tout est dit. Les jeunes médecins qui débutent dans l'exercice de notre art en sont tous là, mais les vieux praticiens, moins confiants d'ordinaire, savent qu'il n'est pas quelquefois d'affection qui soit plus difficile à reconnaître et à guérir. Procédons à l'examen de nos deux malades.

La première, celle du n° 23, est Strasbourgeoise. Elle a été réglée à quatorze ans, n'a jamais eu de dysménorrhée ni de leucorrhée; seulement, le flux menstruel était fort abondant et durait huit jours. Fraîche, grasse, et jolie fille, elle arriva à Paris et se plaça comme domestique. Ses maîtres la firent énormément travailler, l'occupant non-seulement aux soins du ménage, mais encore à la couture, ne la laissant dormir que pendant six heures et ne lui donnant de la viande que deux fois par semaine, et jamais de vin. Cette fille avait une excellente constitution, et elle résista d'abord à d'aussi tristes conditions hygiéniques, semblable au bon cheval qui, malgré les vols que le cocher fait sur ses rations, conserve quelque temps sa force et son ardeur. Depuis six mois cependant l'écoulement périodique avait diminué, le sang était moins coloré, de l'essoufflement avait apparu, puis du malaise et de l'abattement. Il y a trois semaines, cet état valétudinaire se convertit tout à coup en maladie réelle : la voici aujourd'hui d'une pâleur extrême, souffrant de la tête et de l'estomac, ayant de la disposition à la tristesse; ses yeux sont battus et bouffis, son cœur a un volume un peu plus considérable qu'à l'état normal, mais on n'y perçoit point de bruit de souffle. Il n'existe pas de névralgie intercostale. Au côté droit du cou on entend un ronflement avec renforcement à chaque systole : c'est le bruit de diable dont a parlé M. Bouillaud. En un mot, les attributs de la chlorose sont évidents, indubitables.

La seconde malade, celle du n° 25, a été réglée à treize ans, et depuis ce temps rien de particulier n'a été noté de ce côté; il n'existe pas dans sa famille de mauvais antécédents sous le rapport de la tuberculisation pulmonaire. Il y a quatre ans, elle souffrait de la tête, de l'estomac, eut de la dyspepsie, de la constipation, et devint d'une pâleur mate. Entrée à l'Hôtel-Dieu il y a deux ans et dans notre service, nous l'examinâmes avec soin, explorâmes sa poitrine, et n'y découvrant rien de pathologique, nous lui fîmes prendre des préparations martiales. Elle nous quitta au bout d'un certain temps, mais la voici de retour, et son état est identiquement le même que la première fois.

La respiration, qui est très-pure dans les poumons des deux côtés, l'est un peu moins au sommet du poumon droit; l'expiration y est prolongée, la voix retentissante, mais on ne constate du reste ni râles ni toux.

Cette jeune fille est donc malade depuis quatre ans, et malgré les conditions les plus diverses d'existence et de fortune par lesquelles je la soupçonne fort d'avoir passé, elle est restée dans la même situation morbide. Cette très-longue persistance de la chlorose, cette résistance à l'action du fer, m'inspirent une méfiance mêlée de crainte, et je crois qu'une cause diathésique est profondément cachée : *latet anguis in herba*. N'avez-vous pas, en effet, remarqué la différence radicale qui existe entre les allures franches, vives et nettes du cas précédent, et le caractère tortueux, sournois et invariable de cette fausse chlorose?

Ces cas de pseudo-chlorose ne sont pas rares : en 1857, nous avons eu au n° 22 de la salle Saint-Bernard une femme atteinte de diarrhée chronique. Elle était maigre, très-pâle, avait du bruit de souffle dans les vaisseaux, et était plongée dans un tel état d'anémie, que ma première question fut de m'informer si elle n'était pas sous le coup d'hémorrhagies utérines considérables. Il n'en était rien. Cette femme avait eu six enfants, mais jamais de pertes, de flux menstruel exagéré, ni d'épistaxis. Depuis l'invasion de sa lientérie chronique, la malade avait constamment été sans fièvre, sans sueurs nocturnes.

Dans quelles conditions était-elle entrée à l'Hôtel-Dieu? Elle nous a raconté qu'habitant la Champagne avec son mari et le seul enfant qui lui restât, et pouvant à peine s'y nourrir tant était grande sa misère, elle était arrivée à Paris pour chercher dans cette immense Babylone une occupation quelque peu lucrative. Elle en avait trouvé bien moins qu'en Champagne; son mari n'avait pas travaillé, était tombé malade. Et cette malheureuse femme en avait été bientôt réduite, elle et son enfant, à la seule ration de pain des bureaux de charité, si bien que depuis deux ans elle était dans un état d'*inanition* perpétuelle et par conséquent dans la condition des animaux qui meurent par défaut d'alimentation. Malgré tout ce que nous avons pu faire, elle a succombé.

Nous avons eu également au n° 23, et de là au n° 34 de la salle Saint-Bernard, une femme d'une pâleur caractéristique : elle avait une fièvre vive, de la diarrhée, du bruit de souffle dans les vaisseaux, un écoulement leucorrhéique abondant et une céphalalgie rebelle. Elle nous répéta si souvent que sa douleur de tête venait le soir et disparaissait le matin, que nous passâmes l'inspection du crâne et des membres : il existait une exostose vénérienne sur un tibia, et nous en trouvâmes une autre sur un cubitus.

Tout ce qui fut donné à l'intérieur échoua. Nous ordonnâmes alors des bains de sublimé, et dans l'espace de huit jours les douleurs ostéocopes se modifièrent avantageusement. Sous l'influence du mercure absorbé par la peau et après une quarantaine de bains, le teint refleurit.

Dans les trois cas de pseudo-chlorose que je viens de rapporter, un même effet a été produit par des causes bien différentes, ainsi qu'on l'a vu. C'est que reconnaître la cause de l'aglobulie est bien autrement difficile que constater l'aglobulie elle-même. La pauvre créature cancéreuse a aussi de l'aglobulie et du bruit de souffle dans les vaisseaux du cou; mais la rangerez-vous parmi les chlorotiques et lui donnerez-vous du fer, bien que ce médicament ne lui fasse pas trop de mal? Des caractères analogues se retrouvent encore chez l'individu qui a été longtemps tourmenté par la fièvre intermittente et que mine sourdement la cachexie palustre. Le quinquina fait merveille dans ce cas, et cependant ce médicament n'a rien à voir avec la restauration du sang et la chlorose elle-même.

La chlorose est une maladie de la jeunesse, presque exclusive aux filles, bien qu'elle ne soit pas très-rare chez les garçons; elle guérit en général rapidement et presque sans l'intervention de la médecine, tandis que la pseudo-chlorose s'empare d'un sujet et ne le quitte pas pendant de très-longues années. A un diagnostic institué après une attentive étude, vous opposerez les moyens rationnels; mais lorsque, au bout d'un mois ou de six semaines vous n'aurez rien obtenu, prenez bien garde: avec l'ardent désir de faire le bien, vous pourriez faire beaucoup de mal. Ecoutez plutôt ce qui m'est arrivé.

J'ai vu des jeunes filles ou des femmes atteintes de chlorose mises, d'après mes conseils, au régime des amers et du fer, s'améliorer un peu, puis retomber dans le même état qu'auparavant aussitôt que le traitement avait été supprimé. Les mêmes moyens étaient de nouveau prescrits, un mieux sensible se déclarait encore; mais la rechute ne se faisait pas longtemps attendre. Quelquefois même le fer faisait du mal. Dans quelques cas, l'auscultation ne m'ayant préalablement rien accusé, je voyais la poitrine se prendre, et le fer être horriblement mal supporté. Je modérais alors les accidents thoraciques, et quand je les voyais apaisés, je reprenais les martiaux; mais ils étaient frappés d'impuissance, alors que tous les symptômes les plus caractéristiques déposaient cependant en faveur de la chlorose! Je fus vivement frappé de cet ensemble de faits, et le problème étant donné, je cherchai à en dégager l'inconnue.

Dans ma vie médicale, hélas! déjà longue, il est une circonstance qui m'a bien douloureusement affecté. La fille d'un de mes bons amis, âgée de treize ou quatorze ans, avait démesurément grandi. Sa stature, très-développée, commençait cependant à se renforcer d'une manière notable; mais les règles apparurent avec beaucoup plus d'abondance que cela n'a lieu d'ordinaire chez les autres jeunes filles, et la chlorose se manifesta. Je prescrivis du fer; le teint revint, et le sang menstruel se colora. Au bout d'un mois, mêmes accidents, même traitement, même succès. Pendant tout le temps que la malade fut placée sous l'empire de la médication, je remarquai qu'elle était vive, gaie, expansive, excitée. Huit ou dix jours après la dernière administration des ferrugineux, le 15 décembre 1840, elle alla voir les funérailles de Napoléon Ier. Ce jour-là, le thermomètre descendit à quinze degrés. Elle fut prise d'un peu de toux en rentrant, et presque aussitôt d'une effroyable hémoptysie, avec ménorrhagie et épistaxis concomitantes. L'hémoptysie ne m'émut pas énormément : la voyant coïncider avec la ménorrhagie et l'épistaxis, je pensai à un molimen hémorrhagique général.

Le mois suivant, à l'époque des règles, même chose arriva encore. La fièvre s'alluma sourdement, puis devint bientôt après d'une inquiétante véhémence. Sur ces entrefaites eut lieu une consultation dont M. Louis fit partie. Tous les symptômes allèrent s'aggravant, et une phthisie aiguë à marche rapide fit rendre le dernier soupir à cette jeune fille, au bout de six semaines ou deux mois.

Je craignis que le fer par moi ordonné ne fût entré pour quelque chose dans cette déplorable affaire. Aujourd'hui, je m'en accuse hautement; mais alors je ne fus pas encore entièrement convaincu par ce triste exemple.

A peu de temps de là, je fus prié de donner des soins à la femme d'un architecte, âgée de vingt-cinq à trente ans, et chlorotique depuis l'âge de dix-sept ans. Cette dame souffrait cruellement d'une névralgie temporo-faciale. Pensant que cette névralgie était liée à l'état chlorotique, dont l'existence ne pouvait évidemment pas être méconnue, je m'imaginai de faire prendre à la malade du carbonate de fer à haute dose, espérant qu'une fois maître de la chlorose je ne tarderais pas à l'être de la névralgie. Un mois après, un changement notable s'était opéré dans la santé de cette dame: les forces et l'appétit étaient revenus, le teint s'était animé, une excitation générale avait remplacé l'abattement et la langueur, et de la névralgie il ne restait plus que le souvenir. Je cessai de voir la malade, mais non pas sans lui avoir conseillé, au préalable, de continuer l'usage des préparations martiales et d'y revenir de temps à autre. A peine quarante ou cinquante jours s'étaient-ils écoulés, que je fus rappelé; on me raconta que dans l'intervalle il était survenu de la toux, un peu d'oppression, et que tous les soirs il se déclarait un petit mouvement fébrile.

L'auscultation me fit reconnaître au sommet d'un des poumons l'existence de quelques bulles de râle sous-crépitant, avec un bruit d'expiration prolongé et exagéré. Un juste effroi s'empara bientôt de moi. Je fis immédiatement cesser le fer et je commençai une médication tout autre; mais il était trop tard. Cinq semaines après, cette jeune femme était emportée par les effrayants ravages d'une phthisie galopante.

Cette fois, je me tins pour averti et je fus sur mes gardes. Il m'arriva de voir encore dans la pratique de mes confrères de très-graves accidents du poumon succéder à ces chloroses à retour traitées par le fer, si bien qu'il me parut infiniment probable que chez des individus prédisposés à la phthisie tuberculeuse, le fer, administré et continué pendant un certain temps, ne faisait que favoriser et que hâter le développement des productions accidentelles. Cette grande probabilité est maintenant devenue pour moi une certitude très-fondée.

Tout n'est donc pas dit, vous le voyez, lorsque vous avez constaté la pâleur et le bruit de souffle; il vous faut encore interroger et ausculter les malades avec un soin extrême.

Dans certains cas de chlorose, vous pourrez entretenir la santé par l'emploi des amers, du quinquina ou même de la noix vomique. Il m'est même arrivé d'avoir quelquefois recours à une médication légèrement alcaline, l'eau de Vichy; et lorsque la maladie s'accompagnait de névralgie, au sulfate de quinine, à la belladone, à l'opium, à la térébenthine; enfin, à une alimentation appropriée; mais ne prescrivez jamais de ferrugineux, je le répète encore une fois, quand de déplorables antécédents seront portés à votre connaissance, ou qu'il existe déjà des signes capables d'assombrir le pronostic.

Dr Legrand du Saulle.

DES DYSPEPSIES

traitées à l'établissement hydro-minéral de Pougues (1),

Par le mot dyspepsie, il faut entendre une affection spécialement caractérisée par un ou plusieurs troubles des fonctions digestives sans altération organique.

Il ne faudrait cependant pas croire, d'après cet énoncé, que toutes les dyspepsies sont purement nerveuses et entrent dans la grande classe des névroses. La majeure partie, il est vrai, lui appartient, et alors ces troubles fonctionnels, purement nerveux, doivent être regardés comme des affections bien réellement essentielles.

Mais à côté de ces accidents morbides, dont la forme est extrêmement variable, vient se grouper toute une catégorie de troubles fonctionnels des voies digestives, nés sous l'empire de circonstances étrangères aux causes ordinaires des dyspepsies essentielles et entretenues par une disposition spéciale de l'organisme.

Nous voulons parler des dyspepsies diathésiques.

Assurément toutes les diathèses, sur le nombre desquelles on n'est pas d'ailleurs d'accord, n'ont pas un retentissement sur les fonctions des voies digestives, et plus d'une, en pervertissant ces fonctions, s'accompagne de lésions organiques.

Nous n'avons point à nous occuper de ces affections, qui bien rarement sont tributaires des eaux minérales.

Parmi les diathèses qui retentissent, sans altération de tissus, sur les fonctions des voies digestives, nous devons mettre en première ligne les diathèses rhumatismale, goutteuse, herpétique et strumeuse.

Nous ne voulons point dire qu'en dehors de ces quatre diathèses, d'autres états diathésiques ne peuvent produire des dyspepsies; nous avançons seulement qu'à une de ces quatre diathèses se rapportent le plus communément les dyspepsies qui ne sont pas essentielles.

Sans doute il est encore des troubles digestifs qui ne sont ni essentiels ni diathésiques, et qui sont produits par l'hypertrophie d'un organe voisin, tel que le foie, le pancréas ou la rate, et qui s'accompagnent alors de phénomènes qui décèlent leur origine; dans ces cas, les troubles digestifs constituent des épiphénomènes de ces maladies dans l'histoire desquelles ils trouvent naturellement leur place.

Comme on le voit, les origines auxquelles peuvent être rapportés les troubles purement fonctionnels des voies digestives, sont nombreuses et variées, et c'est en restant sur ce terrain qu'on peut se rendre compte de la diversité des médications mises en usage et aussi de leur succès.

Ainsi, et pour ne pas sortir du domaine des eaux minérales, on guérit *des* dyspepsies — je ne dis pas *les* dyspepsies — avec les eaux ferrugineuses, avec les eaux alcalines, avec les eaux sulfureuses, avec les eaux salines, avec les eaux purement thermales. Mais si l'on veut bien y regarder de près, on se convaincra que chaque médication réussit dans certaines conditions et échoue complétement dans d'autres.

Ainsi :

Les eaux ferrugineuses réussiront admirablement bien dans les dyspepsies liées à un état chlorotique ou chloro-anémique.

Les eaux alcalines modifieront les dyspepsies liées à la diathèse goutteuse; les eaux alcalines à base de soude sont indiquées dans les dyspepsies essentielles avec prédominance de pléthore, tandis que les eaux alcalines à base de chaux conviennent mieux dans les dyspepsies avec prédominance de l'état anémique.

Les eaux sulfureuses modifieront les dyspepsies liées à la diathèse herpétique.

Les eaux salines et iodées combattront avantageusement les dyspepsies entretenues par le vice strumeux.

Toutes les eaux thermales enfin modifieront les dyspepsies rhumatismales.

On le voit, la cause originelle des dyspepsies est chose importante à noter, et en n'en tenant pas compte on s'expose à des erreurs graves de thérapeutique.

On le pressent déjà d'après la composition connue des eaux minérales de Pougues (alcalines, ferrugineuses, iodées), les dyspepsies herpétiques et rhumatismales n'ont rien à attendre de ces eaux; tandis que les dyspepsies essentielles, celles surtout qui s'accompagnent de chlorose, d'anémie, de chloro-anémie ou de scrofule, y trouvent presque à coup sûr une guérison complète, et les dyspepsies liées à la diathèse goutteuse une modification notable.

Les résultats obtenus en 1859 répondent en effet à ces considérations.

Sur 97 dyspepsies qui ont passé par l'établissement de Pougues, nous trouvons :

Guérisons.	46
Améliorations.	37
Sans résultats.	14
	97

Le chiffre énorme des simples améliorations, 37, se conçoit aisément avec des dyspepsies qui s'accompagnent de chlorose prononcée ou du vice strumeux, pour lesquels une saison est insuffisante, ou avec celles qui sont sous la dépendance de la diathèse goutteuse, que les eaux minérales modifient, mais ne guérissent pas.

Dans la presque totalité des quatorze cas qui forment la classe de la médication négative, la présence du vice herpétique ou rhumatismal était évidente, ainsi qu'on peut s'en assurer par les tableaux annexés à ce résumé; et dans ceux où cette influence était moins manifeste, on en trouvait des traces dans les antécédents ou dans les souvenirs des malades.

Au point de vue des eaux minérales en général, et plus particulièrement au point de vue des eaux minérales de Pougues, on devrait encore étudier les dyspepsies selon le siége qu'elles occupent. Sans nous arrêter à la substitution de la diarrhée à la constipation qui forme un des caractères pathognomoniques de la dyspepsie stomacale, diarrhée qui accompagne fréquemment les dyspepsies intestinales et qui rend moins facile l'usage continué de l'eau de Pougues, je dirai qu'un certain nombre de ces dernières dyspepsies, c'est-à-dire les dyspepsies intestinales, m'ont paru être liées à une affection des organes du bas-ventre, surtout du pancréas. Malheureusement, les observations que j'ai pu faire ne sont encore ni assez nombreuses ni assez concluantes pour me permettre autre chose qu'un doute qui demande à être vérifié, et sur lequel je reviendrai dans mes prochains rapports.

Enfin, il est encore un phénomène symptomatique qui n'est pas sans importance dans le sujet qui nous occupe, et sur lequel je veux appeler l'attention.

Il s'agit du symptôme douleur.

Quand ce symptôme existe, la maladie prend le nom de gastralgie ou d'entéralgie, selon le siége qu'elle occupe, et constitue bien réellement alors, dans quelques cas, une affection parfaitement distincte de la dyspepsie. Au lieu d'une névrose, on a alors affaire à une névralgie.

Dans quelques circonstances, les deux affections se confondent; c'est lorsqu'aux symptômes ordinaires des digestions lentes, difficiles ou mauvaises, se joignent des accès douloureux, provoqués par le travail de la digestion; on a alors la dyspepsie gastralgique ou entéralgique, qu'il faut bien distinguer au point de vue de l'action de l'eau minérale de Pougues, de la dyspepsie simple et surtout de la gastralgie.

Dans la dyspepsie simple, aucune douleur névralgique n'existe.

Dans la dyspepsie névralgique, la douleur vient après les repas dont la digestion est mauvaise, et semble précisément être déterminée par cette mauvaise digestion.

Dans la gastralgie proprement dite, les accès douloureux sont indépendants de la digestion, apparaissent avant comme après le repas, à des époques plus ou moins éloignées, et prennent assez souvent, comme toutes les autres névralgies, le caractère intermittent.

Afin d'abréger, nous appliquerons les mêmes considérations au vertige stomacal, dont nous n'avons observé que trois cas pendant l'année 1859.

En classant nos observations de dyspepsie d'après le point de vue auquel je viens de me placer, je trouve à les diviser de la manière suivante :

Dyspepsies sans névralgie et avec guérison. . .	38
Dyspepsies sans névralgie et avec amélioration. .	23
Dyspepsies sans névralgie et sans résultats. . .	10
Gastralgies ou entéralgies avec guérison. . .	3
Gastralgies ou entéralgies avec amélioration. .	11
Gastralgies ou entéralgies sans résultats. . .	4
Vertige dyspeptique avec amélioration. . . .	3
	97

Ainsi, en comparant, sous le rapport de la guérison, le chiffre des dyspepsies simples et celui des gastralgies, on trouve que ces deux chiffres sont dans la proportion de 23 à 12, c'est-à-dire que les eaux de Pougues réussissent dans deux fois plus de cas de dyspepsies que de gastralgies...

Cependant, entre temps, il ne serait peut-être pas inutile de rechercher le lien qui unit les dyspepsies essentielles et les altérations du sang, car tout le monde le sait, dans la chlorose, dans la chloro-anémie et dans l'anémie, les troubles des fonctions digestives prennent place au premier rang des phénomènes morbides de ces affections, et d'autre part les troubles des fonctions digestives s'accompagnent presque toujours d'une diminution dans le nombre des globules rouges du sang.

Il n'est pas toujours aussi facile qu'on le pense de déterminer quels ont été les phénomènes initiateurs; tantôt le point de départ se trouve dans l'altération du sang et tantôt dans les troubles de l'estomac.

Dans le premier cas, on peut dire que l'appareil nerveux des voies digestives ne fait que subir, comme le système nerveux en général, l'influence de la maladie mère, si l'on peut ainsi parler, et que ses souffrances et ses troubles ne diffèrent pas de ceux qui se passent du côté d'autres organes, comme du côté du cœur par exemple.

Dans le second cas, au contraire, lorsque la scène débute par l'estomac, la nutrition, devenant insuffisante et mauvaise, amène fatalement un appauvrissement du sang, et ouvre cette série de phénomènes douloureux qui bien souvent accompagnent les dyspepsies.

Mais, quel qu'ait été l'accident initiateur, les troubles des fonctions digestives et l'altération du sang marchent rarement séparés, et la présence des uns suffit la plupart du temps pour indiquer l'existence des autres.

Bien plus, outre que les deux affections s'engendrent mutuellement, elles s'entretiennent l'une l'autre, et forment une sorte de cercle vicieux dans lequel la thérapeutique ne sait par où entrer.

Est-ce par le fer qu'elle contient, ou par les propriétés essentiellement apéritives qu'elle possède, que l'eau minérale de Pougues agit d'une manière si merveilleuse dans ces sortes d'affections? Je ne sais. Dans l'article *Chlorose*, j'ai abordé cette question, et je suis arrivé à croire que le rétablissement des fonctions digestives devait être le but de la thérapeutique, et que ce résultat s'obtenait à Pougues moins par le fer que l'analyse décèle dans ses eaux que par cette inconnue, née de l'ensemble de tous les principes minéralisateurs, et qui donne aux eaux de Pougues les propriétés apéritives et régulatrices des fonctions digestives qu'on leur a reconnues de tout temps.

Cette action, dont je me garde de rechercher l'explication originelle ou chimique, est secondée et accrue par l'action tonique de l'eau froide à l'extérieur sous forme de douches ou de bains d'immersion, et sous l'empire de ce traitement, nous le répétons, les phénomènes dyspeptiques et anémiques s'amendent et disparaissent sans qu'il soit nécessaire d'établir lequel des deux a donné naissance à l'autre.... Dr Félix Roubaud,

inspecteur des eaux minérales de Pougues.

(1) Dans son rapport annuel sur le service des eaux minérales de Pougues, M. le docteur Félix Roubaud, inspecteur de ces eaux, a abordé la question des dyspepsies, et a formulé quelques considérations pratiques qu'on lira avec intérêt.

FRACTURE DE CÔTE PRODUITE PAR UN ÉTERNUMENT,

Par M. le docteur Félix Castella (de Fribourg).

Ulrich B..., de Sumiswald (canton de Berne), âgé de trente-neuf ans, marié, cabaretier à Fribourg, est doué d'un tempérament bilioso-sanguin et d'une forte constitution, bien qu'il ait eu à subir l'influence de plusieurs maladies.

A huit ans se déclara chez lui une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne gauche, sans cause extérieure, ni sans que l'individu présentât d'autres symptômes de diathèse scrofuleuse : il guérit au bout d'une année de traitement, bien qu'à vingt ans il fut trouvé apte au service militaire.

A onze ans il fut atteint d'un ictère qui laissa à sa suite de la maigreur et une faiblesse générale qui durèrent jusqu'à la puberté. Plus tard il fut atteint d'une fièvre typhoïde très-grave, puis d'une dyssenterie.

En 1846, sans cause appréciable, le premier jour de l'an, l'articulation tibio-tarsienne gauche redevint le siége d'une inflammation chronique, seize ans après la première attaque, avec tuméfaction considérable, suppuration abondante et expulsion de fragments osseux : cette affection dura trois ans et demi, au bout desquels eut lieu une guérison par ankylose, guérison qui persiste encore aujourd'hui, et qui eut lieu à la suite d'un repos absolu, d'onguents et de bains divers prescrits par un empirique bernois, après que le malade eut refusé l'amputation, qu'on lui avait proposée à l'hôpital de l'Isle à Berne, comme condition *sine quâ non* de sa réception. Dès lors il fut sujet à des bronchites opiniâtres et répétées. Dans le courant du printemps 1861, je le traitai pour une nouvelle fièvre typhoïde, accompagnée d'un catarrhe pulmonaire intense. Il n'a jamais été syphilitique, ni soumis à aucun traitement mercuriel énergique.

Le 6 novembre 1861, à neuf heures du soir, il était attablé dans sa pinte avec plusieurs clients, dont un lui offrit une prise de tabac, qu'il accepta. N'ayant point l'habitude de priser, il fut aussitôt pris d'éternuments répétés, qu'il chercha à retenir et à faire cesser en fermant la bouche et dilatant fortement le thorax. Cependant il ne put y parvenir tout à fait, et une violente expiration ayant succédé à la dilatation excessive et prolongée du thorax, il ressentit au même moment dans l'hypocondre gauche une douleur fort vive accompagnée d'un craquement très-distinct, de difficulté de respirer et d'une toux excessivement douloureuse. On me fit aussitôt appeler.

Je constatai dans le milieu du corps de la neuvième côte gauche une crépitation très-évidente et une solution de continuité oblique, qui me permit de distinguer facilement deux fragments osseux. C'était donc une fracture de la deuxième fausse côte gauche. Je pus confirmer ce diagnostic, car les mêmes symptômes persistèrent pendant quatre ou cinq jours avec une légère tuméfaction des parties molles environnantes. Il ne survint d'ailleurs aucune complication du côté de la plèvre ou du poumon.

Il n'est pas à ma connaissance que l'éternument violent ait été cité par les auteurs comme cause de fracture de côte. Si ce cas n'est pas unique, le fait n'a dû être observé du moins que bien rarement. Il est intéressant au point de vue chirurgical, et il est important en médecine légale de savoir que la contraction rapide et forte du diaphragme, précédée d'une extension excessive et prolongée de ce muscle, puisse occasionner la fracture d'une côte.

APPLICATIONS IODÉES SUR LA PEAU.

La teinture d'iode est souvent employée avec grand avantage comme révulsif cutané, et elle paraît même à distance exercer une action toute spéciale, pour ne pas dire spécifique, sur les phlegmasies qui dépendent d'une altération générale de la constitution. Il y a plusieurs années déjà, nous avons vu M. le professeur Cruveilhier recommander d'appliquer tous les trois ou quatre jours une couche de teinture d'iode sur la peau de la poitrine des tuberculeux, et nous avons eu bien souvent à nous louer d'avoir conseillé ce moyen, que nous avons puisé dans sa pratique et que nous avons été heureux de retrouver dans celle de M. Blache.

Ainsi appliquée, la teinture d'iode a une double action, une action révulsive sur la peau, une action directe locale sur les bronches et le parenchyme pulmonaire; car l'iode ne tarde pas à s'évaporer, il imprègne les vêtements du malade, qui se trouve ainsi vivre au milieu d'une atmosphère iodée, et respirer une plus grande quantité de métalloïde qu'il ne le ferait en se servant des appareils à inhalations les plus perfectionnés.

Quelle est la plus utile de ces deux actions? Dans les cas de phthisie ou même de simple bronchite plus ou moins chronique, il nous semble que le malade a tout à gagner à respirer une certaine quantité de vapeur d'iode. Dans les affections des plèvres, il paraît moins indispensable qu'il en soit ainsi, et la quantité d'iode absorbée par la peau est plus que suffisante pour déterminer la guérison. C'est du moins ce qui résulte des faits publiés par M. Delioux, professeur à l'Ecole de médecine navale de Toulon. (*Bullet. gén. de thérap.*) Ce médecin a guéri des pleurésies anciennes, avec exsudations pseudo-membraneuses considérables, en faisant usage d'une pommade ainsi composée :

Iode.	2	grammes.
Iodure de potassium. .	8	—
Axonge.	30	—

M.

Il faisait deux frictions par jour, et avait soin de recouvrir la partie frictionnée d'une couche de ouate et d'un morceau de taffetas gommé, ce qui opposait un nouvel obstacle à l'évaporation de l'iode, et cependant le médicament était absorbé, comme on a pu s'en assurer par l'analyse des divers produits de sécrétion.

M. Delioux a appliqué le même mode de traitement à quelques cas de péricardite, mais sans résultats bien décisifs, dit-il.

La teinture d'iode, comme topique externe, a été également utilisée dans le traitement des ophthalmies accompagnées d'une photophobie considérable. M. A. Uytterhoeven, d'Anvers, et après lui M. le professeur Borlée, de Liége (*Presse médic. belge*), recommandent, dans les ophthalmies scrofuleuses, rhumatismales, granuleuses, chroniques, et dans les choroïdites, de badigeonner une ou deux fois par jour l'extérieur des paupières avec un pinceau à aquarelle trempé dans la teinture d'iode.

Au bout de quelques jours de ce traitement, la photophobie a disparu ou suffisamment diminué pour permettre au malade d'entr'ouvrir les paupières, et alors on peut reconnaître les altérations qui siégent sur la conjonctive ou la cornée, et les combattre par un traitement approprié, dont les applications iodées, faites préalablement à l'extérieur des paupières, ne sauraient dispenser.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 décembre 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

M. LEBERT adresse de Breslau une analyse raisonnée de son *Traité d'anatomie générale et spéciale*, ouvrage qu'il présente au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de 1862. (Réservé pour la future commission.)

— M. FONSSAGRIVES envoie, pour le même concours, un exemplaire du livre qu'il vient de publier sous le titre de : *Hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires*, et y joint également, pour se conformer à une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail. (Réservé pour la future commission.)

— M. PAPPENHEIM adresse de Berlin une note intitulée : *Expériences chirurgico-légales concernant la dilatation spéculaire de l'urèthre*. (Commissaires, MM. Velpeau, Jobert.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale parmi les pièces imprimées de la correspondance un volume intitulé : *Études sur les eaux minérales et thermales de Plombières*, par MM. Lefort et Jutier, et communique l'extrait suivant de la lettre d'envoi :

« Dans cet ouvrage, nous nous sommes proposé pour but de comparer entre elles, au point de vue de leur origine et de leur composition chimique, toutes les principales sources minérales qui jaillissent dans les départements de l'est de la France. En ce qui concerne Plombières, nous avons étudié avec un soin tout particulier toutes les questions qui se rattachent à l'historique, au captage, à l'aménagement, au débit et à la température des sources. Mais ces travaux n'auraient pas été si complets si nous n'avions entrepris en même temps l'analyse chimique des eaux de cette importante station des Vosges. »

Nos souscripteurs dont l'abonnement finit le 31 décembre sont priés d'envoyer sans retard le prix de leur renouvellement. — Un mandat de poste au nom du directeur de la GAZETTE *est le mode de payement le plus sûr et le plus prompt.*

Nous les prions instamment de joindre à cet envoi une bande du Journal, après avoir rectifié les erreurs s'il y en avait.

Les abonnés de la Belgique voudront bien s'adresser, pour leur renouvellement comme pour les réclamations qu'ils auraient à faire, à M. DECQ, *libraire à Bruxelles, rue de la Madeleine*, 9;

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN frères, *libraires, à Genève;*

Ceux des autres États, aux libraires ou aux directeurs des postes de leurs pays.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 19 décembre, M. Bussy, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris et professeur de chimie dans cet établissement, est autorisé, sur sa demande, à se faire suppléer pendant trois mois, par M. Riche, agrégé de chimie près ladite Ecole.

— Un arrêté du directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, en date du 17 décembre 1861, approuvé par le préfet de la Seine, autorise les mutations suivantes dans le personnel médical des hôpitaux et hospices de Paris :

Services de médecine. — Sont nommés :

A l'Hôtel-Dieu, M. Vigla, médecin de la Maison municipale de santé, en remplacement de M. Guérard, nommé médecin honoraire des hôpitaux;

A la Maison municipale de santé, M. Cazalis, médecin de l'hospice de la Vieillesse (femmes);

A l'hospice de la Vieillesse (femmes), M. Charcot, médecin de l'hôpital Lourcine;

A l'hôpital de la Pitié, M. Sée, médecin de l'hôpital Beaujon, en remplacement de M. Gendrin, nommé médecin honoraire des hôpitaux;

A l'hôpital Beaujon, M. Lailler, médecin de l'hôpital Saint-Antoine;

A l'hôpital Saint-Antoine, M. Ch. Bernard, médecin de l'hospice des Enfants assistés;

A l'hospice des Enfants assistés, M. Labric, médecin de la Direction des nourrices;

A l'hôpital de la Charité, M. N. Guillot, médecin de Necker, en remplacement de M. Briquet, nommé médecin honoraire des hôpitaux;

A l'hôpital Necker, M. Lasègue, médecin de Saint-Antoine;

A l'hôpital Saint-Antoine, M. Wóillez, médecin de l'hospice de la Vieillesse (femmes);

A l'hospice de la Vieillesse (femmes), M. Vulpian, médecin de l'hospice de La Rochefoucauld.

Services de chirurgie. — Sont nommés :

A l'Hôtel-Dieu, M. Maisonneuve, chirurgien de la Pitié, en remplacement de M. Robert, nommé chirurgien honoraire des hôpitaux;

A l'hôpital de la Pitié, M. Gosselin, chirurgien de Beaujon;

A l'hôpital Beaujon, M. Morel-Lavallée, chirurgien de Necker;

A l'hôpital Necker, M. Desormeaux, chirurgien de Cochin;

A l'hôpital Cochin, M. Alph. Guérin, chirurgien de Lourcine.

— MM. Goupil, Mesnet et Triboulet, médecins du Bureau central, viennent d'être nommés, le premier, à l'hôpital de Lourcine; le second, à la direction des nourrices; le troisième, à l'hospice La Rochefoucauld.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé hier par la nomination de :

1 MM. Anger (Benjamin), 1er prix (livres), 2 Cocteau, accessit (livres), 3 Rigal, 1re mention honorable, 4 Damaschino, 2e mention, 5 Labéda, 6 Rochetou, 7 Robertet, 8 Decori, 9 Bergeron (Georges), 10 Flurin, 11 Thomas (Albert), 12 Bahuaud, 13 Gingeot, 14 Paris, 15 Dodeuil, 16 Revilliod, 17 Lemoine, 18 Julliard, 19 Bergeron (Henri), 20 Danthou, 21 Gougueheim.

22 Pelvet, 23 Caresme, 24 Brière, 25 Lehuen-Dubourg, 26 Augros, 27 Hennequin, 28 Spiess, 29 Nicaise, 30 de Gaulejac, 31 Morax, 32 Lemottre, 33 Langronne, 34 Duguet, 35 Liné, 36 Legros, 37 Legroux, 38 Rondeau, 39 Contesse, 40 Cabot, 41 Moureton, 42 Chaumel.

Internes provisoires. — MM. 1 Henry, 2 La Crousille, 3 Turgis, 4 Da Corogna, 5 Thierry, 6 de Montfumat, 7 Thévenot, 8 Hallé, 9 Liouville, 10 Odier, 11 Carle-Lacoste, 12 Barbeu-Dubourg, 13 Darain, 14 Dublanchet, 15 Besnier, 16 Burlaud, 17 Déro, 18 Daude-Lagrave, 19 Fontan, 20 Carrière, 21 Brunet, 22 Palle, 23 Delsol, 24 Serraillor, 25 Saldivar, 26 Anger (Théophile), 27 Fumouze, 28 Legras, 29 Lolliot, 30 Féraud, 31 Leroy (Léandre).

M. Anger, premier élève nommé, a le prix des externes consistant en des livres cette année; il aura en outre la *boîte à autopsie* que M. Guérard, en quittant les hôpitaux, a offerte pour le plus distingué des élèves du concours.

— Le prix Esquirol (concours de 1860) vient d'être décerné à M. le docteur Ernest Geoffroy, interne à la Maison impériale de Charenton.

— C'est par erreur que nous avons annoncé un don de la somme de 500 fr. fait à l'Association générale par M. le docteur Desmarres. C'est une somme de *mille francs* que ce confrère a offerte à l'œuvre.

— Le concours pour deux places de médecin adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux, s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Péry et Armand de Fleury.

Il ne s'était pas présenté d'autres candidats. Les épreuves n'en ont pas moins été très-sérieuses, et ont prouvé que ces deux honorables confrères étaient dignes des fonctions qu'ils ambitionnaient.

— La commission des hospices de Bordeaux vient de nommer :

A l'hôpital Saint-André : *médecins titulaires*, MM. Lacaussade et Sarraméa; *médecins adjoints*, MM. Caussade, Lebarillier et Courau;

A l'hospice des Enfants-Trouvés : *médecin titulaire*, M. Garat; *médecin adjoint*, M. Péry;

A l'hospice des Vieillards et des Incurables : *médecin*, M. de Fleury.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 151. — JEUDI 26 ET SAMEDI 28 DECEMBRE 1861. (34e ANNÉE.) N° 151. — JEUDI 26 ET SAMEDI 28 DECEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 27 DÉCEMBRE 1861.

SÉANCES DES ACADÉMIES.

L'Académie des sciences a tenu lundi dernier, ainsi que nous l'avions annoncé, sa séance publique annuelle, dans laquelle on a entendu la lecture de l'éloge du physiologiste Tiedemann, par M. Flourens, et la proclamation des prix pour l'année 1861.

Le prix de physiologie expérimentale a été décerné à deux savants étrangers, M. Hyrtl (de Vienne), et M. Kühne (de Berlin).

L'Académie a réservé pour un jugement ultérieur définitif les travaux de MM. Chauveau et Colin, qui provisoirement lui ont paru dignes d'encouragement.

Pour la médecine et la chirurgie, l'Académie a restreint considérablement ses largesses. Elle n'a décerné pour cette année qu'un seul prix. C'est le travail de MM. Ludger Lallemand, Maurice Perrin et Duroy, sur le rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme, qui a eu cette faveur unique. On trouvera dans le compte rendu un extrait du rapport de la commission, relatif à cet important travail ; et on pourra juger par cette rapide analyse que cette faveur était bien méritée.

MM. Haspel, Rouis, Dutrouleau, H. Roger, Huguier et Laboulbène, ont obtenu chacun une mention honorable, MM. Haspel et Rouis, pour leurs travaux sur les maladies du foie en Algérie ; M. Dutrouleau, pour son ouvrage sur les maladies des Européens dans les pays chauds ; M. H. Roger, pour ses recherches cliniques sur l'auscultation de la tête ; M. Huguier, pour son mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus ; et M. Laboulbène, pour ses recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses.

Plusieurs ouvrages que l'Académie a remarqués ont été réservés, soit dans l'espoir de les voir compléter, ou bien parce que leurs sujets se rattachent à des questions qui devront faire plus tard l'objet de distinctions spéciales.

Enfin, parmi le grand nombre d'ouvrages envoyés au concours, l'Académie a signalé comme très-dignes d'attention le travail de M. Demarquay sur les tumeurs de l'orbite, les observations de M. Magne sur l'oblitération du sac lacrymal dans le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales, les recherches de M. Auburtin sur le rhumatisme cérébral, le traité de M. Nonat sur les maladies de l'utérus, et le travail de M. de Castelnau sur l'interdiction des aliénés.

Le prix Jecker (prix de chimie) a été décerné aux beaux travaux de M. Pasteur sur la fermentation, travaux qui intéressent autant au moins la physiologie que la chimie, et qu'à ce titre nous tenons à honneur de compter parmi les nôtres.

L'Académie n'a décerné cette année-ci aucun des grands prix des sciences physiques, dont les sujets touchent également aux diverses branches des sciences dites accessoires en médecine.

Les questions restées sans solution ont été prorogées, et des sujets nouveaux ont été proposés pour l'année prochaine et les années suivantes.

Des questions d'une grande importance en médecine et en chirurgie ont été proposées : telles sont l'histoire de la pellagre proposée pour l'année 1861, l'application de l'électricité à la thérapeutique, et la conservation des membres par la conservation du périoste, pour l'année 1866. La longueur des délais accordés par l'Académie pour certaines questions, prouve assez qu'elle n'entend couronner que des œuvres sérieuses et de longue haleine.

La séance de l'Académie de médecine a été, sauf la correspondance et quelques présentations qui l'ont suivie, consacrée tout entière aux travaux intérieurs de la Compagnie. Elle a procédé au renouvellement du bureau et du conseil d'administration. M. [illegible] vice-président en 1861, a été nommé à l'unanimité des suffrages, moins une voix, président pour l'année prochaine, — honneur que l'Académie lui décerne pour la seconde fois. — M. Larrey a été nommé également à l'unanimité des suffrages vice-président. M. Ch. Robin a été maintenu dans ses fonctions de secrétaire annuel. Enfin, MM. Larrey, Blache et Bouchardat sont appelés à faire partie du conseil d'administration.

L'Académie reprendra très-probablement, dans la séance prochaine, la suite de ses travaux scientifiques interrompus.

Dr Brochin.

Un de nos confrères de Lot-et-Garonne nous a adressé le 16 de ce mois la question suivante :

« Un médecin appelé devant un tribunal pour déposer sur un rapport qu'il a fait pour constater des coups ou blessures, doit-il être payé comme un simple témoin, c'est-à-dire 1 franc par myriamètre parcouru ? »

A cette question nous n'avions, il y a quelques jours encore, que cette réponse à faire, savoir : Que si la justice et la raison semblaient devoir demander pour le médecin une taxe plus élevée que celle du simple témoin, nous devions cependant nous incliner devant la disposition législative, qui ne leur accorde que l'indemnité spécifiée plus haut.

Mais nous sommes heureux de pouvoir aujourd'hui faire passer sous les yeux de nos lecteurs la lettre suivante, que nous venons de recevoir d'un honorable confrère, M. le Dr Fauvelle :

« Laon, 23 décembre 1861.

» Monsieur et très-honoré Confrère,

» Je crois devoir vous donner la primeur d'une bonne nouvelle.

» Le chef de notre parquet vient de me donner communication d'une circulaire du ministre de la justice qui décide qu'à l'avenir les médecins experts ne seront plus appelés devant la justice comme témoins, mais bien comme experts. Cette circulaire est, du reste, conçue en des termes très-flatteurs pour le corps médical.

» C'est un premier pas dans le système d'améliorations que cherche à faire prévaloir l'Association générale. Espérons qu'il sera suivi de plusieurs autres.

» Nous devons, je crois, en savoir particulièrement gré à notre nouveau professeur de médecine légale, au talent duquel on avait tant raison de se confier. »

HÔPITAL MILITAIRE DE TOULON. — M. SONRIER.

Coliques sèches observées sur les soldats de l'expédition de Chine.

De tous nos hôpitaux militaires où sont traitées les affections les plus diverses, c'est sans contredit celui de Toulon qui offre le plus d'intérêt [illegible] la garnison, l'Algérie lui envoie pendant toute l'année ses convalescents et ses nombreuses cachexies paludéennes, cette pathologie des pays chauds si grave et si difficile à effacer, surtout en France.

En dehors de ce vaste champ d'observations, qui évidemment suffirait à un clinicien de province, cet établissement a eu cette année la bonne fortune d'ouvrir ses salles aux soldats évacués de Syrie et de Chine, et ce sont surtout ces derniers qui ont au plus haut degré fixé notre attention.

A les voir débilités, la figure hâve, le teint jaune citron, les traits amaigris, on les prendrait pour des ombres venant de l'autre monde. Les souffrances qu'ils ont endurées sont stéréotypées sur leur physionomie : c'est qu'ils ont passé sans gradation de leur froid climat sous les feux de la ligne. Leur corps s'est fondu dans cette fournaise ; les nuits des tropiques et les

---

ROME MÉDICALE.

Nous avons publié sous ce titre, dans le numéro du 17 octobre dernier, l'analyse de la première partie d'un ouvrage inédit de M. le docteur Armieux, sur Rome. Nous sommes heureux de pouvoir mettre aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs les détails suivants de statistique médicale qui complètent l'ensemble des études que notre honorable confrère a faites pendant son séjour à Rome sur l'état de la médecine romaine, ainsi que sur l'hygiène, la météorologie et la constitution médicale de cette ville.

Études médicales. — L'Université romaine comprend 5 Facultés, 51 chaires et 80 professeurs, dont 46 titulaires, 5 suppléants, 16 agrégés, 6 émérites, 7 honoraires ; 59 sont laïques et 24 ecclésiastiques.

La Faculté de théologie enseigne : la théologie dogmatique, l'Écriture sacrée, l'histoire ecclésiastique, les lieux théologiques, la théologie morale. Les cours de la Faculté de droit sont ceux de droit civil, de droit civil de Justinien, de droit public et ecclésiastique, de droit canon, de droit naturel et des nations, de droit criminel.

Les étudiants de la Faculté de philosophie et mathématiques suivent les cours de calcul supérieur, d'agriculture, d'introduction au calcul supérieur, d'architecture, de statique et hydraulique, de géométrie graphique, d'hydrométrique, de mécanique et hydraulique, de minéralogie, d'optique et astronomie, de philosophie supérieure professée par le R. P. Passaglia.

La Faculté de philologie a six chaires : langue et littérature arabes, histoire ancienne et archéologie, professeur Hercule Visconti ; langue syro-chaldaïque, langue et philologie grecques, langues latine et italique, langue et littérature hébraïques, chaire occupée naguère par le cardinal Wisemann.

La Faculté de médecine est la mieux partagée ; elle comprend 19 cours : 1° Physique expérimentale, professeur Paul Volpicelli, secrétaire de l'Académie des nouveaux Lynx ; 2° chimie, professeur F. Ratti ; 3° botanique, Pierre Sanguinetti ; 4° zoologie, professeur Diorio ; 5° anatomie, Dr Fortuné Rudel ; 6° physiologie, Dr Socrate Cadet ; 7° anatomie et physiologie comparée, Dr Joseph Ponzi ; 8° pathologie générale et séméiotique, Dr Pierre Celi ; 9° médecine théorique et pratique, Dr Louis Galassi, qui a succédé au célèbre Valentini ; 10° chirurgie théorique, Dr Camille Trasmondo ; 11° et 12° obstétrique et clinique d'accouchements, Dr Antoine Panunzi ; 13° hygiène, thérapeutique générale et matière médicale, Dr François Scalzi, qui a succédé à J. Folchi ; 14° médecine politique et légale, Dr Charles Maggiorani ; 15° pharmacie pratique enseignée par le Dr F. Ratti ; 16° et 17° médecine opératoire et clinique chirurgicale, professées par le Dr Costantini, praticien remarquable, auteur de plusieurs procédés et instruments nouveaux ; 18° et 19° clinique médicale, deux chaires occupées par les docteurs de Crollis et Viale Prela, qui ont remplacé les vénérables de Mathéis et Tagliabo.

MM. Fortuné Rudel et Socrate Cadet sont d'origine française ; M. Viale Prela est né à Bastia : c'est le frère du célèbre cardinal mort dernièrement à Bologne.

Il faut quatre ans d'études pour les chirurgiens, et cinq ans pour les médecins, avant de pouvoir obtenir le droit d'exercice ou *matricule* ; les dépenses universitaires s'élèvent à 128 fr. 40 c. par an ; soit, pour les chirurgiens, à une somme totale de 513 fr. 60, et pour les médecins à 642 fr. pour tous frais d'examens et de diplômes.

Institutions médicales. — Il n'y a pas d'Académie de médecine à Rome, mais il existe un collége médico-chirurgical, composé de 18 membres, qui est appelé à résoudre les questions professionnelles, d'enseignement, de doctrine, d'hygiène publique, de remèdes secrets, d'eaux minérales, etc., soumises à son appréciation par le gouvernement. Il y a, en outre, une commission spéciale de santé attachée au ministère de l'intérieur pour les questions d'épidémiologie, de quarantaines, etc., et une députation sanitaire pour chacune des 14 régions ou arrondissements de Rome.

Les médecins militaires de l'armée pontificale jouissent des mêmes priviléges et droits que les médecins militaires français ; ils ont la même solde, le même uniforme. Le corps se compose d'un conseil de santé, présidé par le Dr Costantini, de 25 médecins ou chirurgiens, principaux, majors ou aides, et de 36 surnuméraires.

Les médecins, chirurgiens et pharmaciens de Rome sont réunis en association générale de secours mutuels depuis 1856.

L'institution des médecins cantonaux, connus sous le nom de *condotti*, remonte dans les États romains à plus de soixante-dix ans ; il y en a dans toutes les communes ; ils reçoivent ordinairement, les médecins, 2 fr. 65 c., et les chirurgiens, 1 fr. 30 c., par an et par feu, avec obligation, pour cette somme, de soigner tous les habitants.

Dans la ville de Rome, il y a dans chaque quartier, ou *rione*, un médecin des pauvres, qui reçoit 770 fr. par an, un chirurgien et une sage-femme, qui ne touchent que la moitié de cette sommo.

Il y avait à Rome, en 1857 : 213 médecins, dont quelques-uns étrangers ; 140 chirurgiens ; 4 médecins homœopathes ; 27 phlébotomistes ; 51 pharmaciens, dont un homœopathe ; 79 accoucheuses jurées ; 2 oculistes français ; 6 dentistes, dont 2 français ; 6 fabricants de bandages et instruments de chirurgie, dont un français.

Il y a donc à Rome un médecin ou chirurgien pour 510 habitants ; à Paris, on compte un médecin pour 643 habitants, et en France un médecin pour 2,000 habitants.

Les Sociétés savantes qui s'occupent de médecine, de chirurgie et des sciences physiques et naturelles, sont l'Académie Tibérine et celle des nouveaux Lynx, fondées, l'une en 1812, l'autre en 1602.

Il existe à Romo trois observatoires météorologiques, un à la Sapienza, un au Capitole et un au Collége romain, ce dernier dirigé par le R. P. Secchi.

Les organes de la presse scientifique sont les *Annales physiques et mathématiques*, rédigées par le savant professeur don Barnabo Tor-

insectes les ont torturés dans de longues insomnies. Ajoutons à ces misères une incarcération flottante de plusieurs mois à travers les solitudes de l'Océan, au débarquement la terre ingrate, au retour les déserts de l'Arabie-Pétrée ; ils ont tout vu, tout enduré, tout supporté ; tous ces agents de mort sont restés impuissants contre ces glorieux débris qui nous reviennent les habits en lambeaux, mais toujours joyeux, avec un sourire maladif sur leurs lèvres décolorées.

Tant de dangers courus leur rendent la France plus chère ; aussi, en mettant le pied sur le sol natal, ils sont comme atteints d'ébriété nostalgique. Ce qui les a soutenus, nous disent-ils, dans cette lutte de deux ans, c'est cette trempe gauloise qui résiste à tous les dissolvants de la guerre, cet orgueil national d'être les premiers soldats du monde.

Parmi ceux qui ont été placés dans nos salles, quelques-uns ont présenté des symptômes graves de la colique sèche dite des pays chauds ; d'autres des paralysies localisées aux membres et fixées aux extenseurs, des lésions du système nerveux, encéphalopathies avec troubles des fonctions intellectuelles, enfin les diverses manifestations morbides des maladies saturnines.

Nous avons prononcé le mot de colique sèche ou saturnine, c'est que pour nous leur cause, leurs symptômes, leur traitement même, nous montrent ces deux affections, qu'une dichotomie, savante sans doute, nous semble avoir séparées à tort, comme d'origine identique.

Nous tâcherons, dans une rapide étiologie, de montrer leur source commune comme émanée d'un même principe.

Décrire chacune des particularités de nos observations, qui sont au nombre de cinq, ce serait nous exposer à des redites et fatiguer sans profit l'attention ; nous n'analyserons donc que la plus importante, celle qui, résumant les autres, nous permettra de grouper leurs symptômes les plus saillants autour de chaque appareil d'organes.

Le nommé L..., trente-six ans, tempérament lymphatique, soldat au 14e d'artillerie, est embarqué pour la Chine le 1er décembre 1859, à Toulon.

Après cinq mois et demi d'une traversée fatigante, il débarque en mai à Shang-haï. Après être resté six mois en Chine dans un état de santé excellent, il est embarqué de nouveau pour la Cochinchine, où il est atteint de fièvre intermittente suivie de débilité profonde et d'anémie.

Enfin, le 27 mai 1861, il quitte Saï-gong pour rentrer en France.

A bord du vaisseau, nous dit-il, on buvait de l'eau renfermée dans de vieux charniers à siphon en plomb, mais tellement mauvaise qu'on fut obligé de remplacer ces appareils durant la traversée, et de corriger cet affreux breuvage par l'addition de quelques gouttes de vinaigre mêlé de rhum.

Après dix jours d'embarquement, quelques coliques sourdes, qui paraissent se rattacher à un état de constipation datant de huit jours, nécessitent son entrée à l'hôpital du bord.

[illegible] débarqué à Toulon, il est apporté à l'hôpital dans un état très-inquiétant.

Digestion. — Douleurs très-vives naissant de l'hypogastre, siégeant au niveau de l'ombilic, et s'irradiant vers les lombes, les parties génitales, avec exacerbation toutes les trois minutes. C'est alors que l'anxiété est extrême : yeux caves, face grippée, malaise inexprimable. Le malade se tord sous cette épreinte, se roule dans son lit et affecte les positions les plus bizarres, et particulièrement le décubitus abdominal avec flexion des cuisses en avant sur le ventre, qui est tendu, immobile, rétracté. Aussi l'imposition lente des mains sur les parois de l'abdomen calme-t-elle immédiatement les douleurs. Langue blanche, un peu sèche, limoneuse, hérissée d'aspérités ; soif vive, impérieuse ; appétit presque nul ; nausées et vomissements bilieux pendant les coliques ; saveur sucrée à la bouche ; gencives un peu saignantes, avec un petit liséré bleuâtre de 2 millimètres.

Circulation. — Le pouls est assez calme, et même, pendant les coliques, il n'augmente ni de fréquence ni d'intensité ; bien au contraire, son rhythme, comme enchaîné par la douleur, nous porte à le comparer au pouls de la péritonite.

Respiration. — Courte, saccadée, costale ; instinctivement le diaphragme reste immobile sur les intestins endoloris.

Sécrétions. — Au milieu des accès, la peau conserve sa chaleur normale ; ce n'est que plus tard que des sueurs abondantes, critiques, sont venues juger la maladie. Urines rares et claires.

Système nerveux. — Douleurs erratiques aux membres, aux jointures : crampes siégeant aux mollets, puis localisées dans les triceps brachiaux, s'irradiant dans les avant-bras jusqu'aux doigts ; sensibilité tactile conservée, mais avec tendance au refroidissement ; analgésie à la partie postérieure et supérieure du bras ; insomnie.

Prescription (26 juillet). — Liniment avec huile de croton tiglium, 5 gouttes ; lavement purgatif ; potion opiacée.

Le 27, pas d'amélioration. — Huile de croton, 2 gouttes à l'intérieur ; liniment avec 8 gouttes ; cataplasme avec feuilles de belladone.

Le 28, vomissements et hoquets ; coliques violentes presque sans rémission, avec exacerbation toutes les cinq minutes ; abattement profond ; insomnie. — Même médication.

Le 29, même état. — Sulfate de magnésie, 20 grammes, et jalap, 0,5 ; lavement de croton, 5 gouttes.

Les 30 et 31, la constipation persiste depuis vingt jours. — Même médication à dose plus élevée.

Le soir, trois selles liquides jaunâtres, très-abondantes. Amélioration de courte durée ; ténesme.

Les 1er, 2 et 3 août, l'amélioration se soutient. Une selle dure, ovillée, noirâtre. — Frictions de croton continuées.

Le 4, dix selles dures, ovillées, noirâtres, ont été suivies d'un soulagement notable ; ventre plus mou, presque indolore ; douleurs des membres pelviens et thoraciques moins vives ; sommeil profond ; la langue se nettoie ; appétit naissant. Jusqu'aujourd'hui le malade était à la diète.

Les 5, 6, 7 et 8, trois selles très-dures, toujours suivies d'un mieux sensible.

Le 12, le malade peut enfin se tenir debout ; face plus animée ; persistance de douleurs très-vives dans les extenseurs des bras, avec sensibilité toujours obtuse.

Le 17, on commence à donner quelques potages ; les coliques n'ont pas reparu, mais des douleurs vagues existent dans les parois thoraciques et dans le rebord axillaire. Bon sommeil. Une selle normale par jour. Sueurs très-abondantes, qui durent jusqu'au 23.

Du 24 au 30, les douleurs des bras et des muscles extenseurs ont disparu ; la sensibilité des parois de la poitrine et de l'aisselle est revenue. Amélioration progressive. — Régime tonique.

Le 1er septembre, nouvelles coliques déterminées par une tendance à la constipation. — Lavement purgatif, suivi de deux selles et de bien-être appréciable.

Sortie le 9 septembre. État assez satisfaisant ; anémie combattue dans les derniers temps par les ferrugineux et le quinquina. Sous l'influence d'un bon régime, le marasme et la débilité sont moindres. Le malade peut marcher pendant un kilomètre. Appétit excellent ; digestions faciles, sans coliques ; bon sommeil.

Nos autres malades ont eu, à peu de chose près, les mêmes accidents. Un seul, M. L..., officier d'administration, a présenté des symptômes qui, tout en se rattachant aux accidents saturnins (paralysie), semblent cependant s'en écarter par l'absence des prodromes.

Ce jeune officier a été atteint en Chine (août 1861) d'une dysenterie aiguë qui a duré deux mois.

A son arrivée à Toulon (2 février 1861), il se présente dans d'assez bonnes conditions de santé : face colorée, embonpoint modéré, bon appétit, sommeil excellent, avec une paralysie localisée aux extrémités des membres pelviens et thoraciques. Mais ce qui frappe surtout notre attention, c'est une atrophie considérable des avant-bras, des jambes, et particulièrement des éminences thénar, qui ont disparu. Les mouvements de pronation et de supination sont impossibles, et la main soulevée retombe comme une masse inerte, un appendice inutile ; les doigts, rouges, infiltrés, restent à demi fléchis entre la flexion et surtout l'extension, devenue impuissante. On observe les mêmes désordres pour les membres pelviens. Aussi le malade, perclus, reste-t-il alité sans même pouvoir croiser ses jambes.

Si la motilité est abolie à l'extrémité des membres, il n'en est pas de même de la sensibilité, qui semble exaltée (hyperesthésie) ; le moindre attouchement provoque un retentissement douloureux jusqu'à la racine des nerfs. Aucun trouble fonctionnel dans les intestins ni dans les organes génitaux urinaires.

Une autre particularité de cette affection, c'est une paralysie des muscles du larynx, avec extinction complète de la voix pendant six semaines ; enfin, si nous ajoutons quelques troubles encéphalopathiques caractérisés par une paralysie intellectuelle (amnésie), mais perte de la mémoire des événements les plus récents, nous aurons l'ensemble des lésions observées chez ce malade.

On a cherché à réveiller l'innervation par les agents thérapeutiques les plus énergiques, la médication tétanique longtemps prolongée *intus et extra*, les douches sulfureuses, les frictions rubéfiantes, le galvanisme. Sous l'influence de ce traitement, nous avons vu, lentement, il est vrai, la musculature dessiner ses reliefs, et avec elle les forces revenir ; la possibilité de se tenir debout, puis la déambulation avec soutien, puis seule ; la voix a recouvré son timbre, la mémoire le souvenir, et l'intelligence sa lucidité. Nous assistions chaque jour à une véritable résurrection des organes et des fonctions.

Nous ne voulons pas clore les observations sans rechercher à quelle cause se rattachent les accidents si curieux que nous venons de décrire.

Ici l'étiologie, entourée de doute et de mystère, ouvre un vaste champ aux disputes ; aussi chacun s'est-il empressé de jeter son contingent d'hypothèses et le fruit élaboré d'une savante érudition. Qu'en est-il résulté ? Un peu moins de certitude peut-être, et la science attend encore la solution. Cependant, d'après de nouvelles études de nos confrères de la marine, les opinions semblent aujourd'hui converger vers un terrain de conciliation.

S'il nous était permis de faire passer nos convictions dans cette arène scientifique, et de jeter nos faibles lumières sur cette question si controversée, peut-être arriverions-nous à prouver l'origine plombique des coliques sèches.

Essayons. Les divers écrits attestent que les coliques sèches ont été presque exclusivement observées sur les mers, rarement à terre ; jamais d'une manière endémique, jamais sous forme épidémique. La question doit donc être ainsi posée : « L'empoisonnement par le plomb est-il possible sur les navires, et doit-on chercher ailleurs la cause de cette maladie ? »

Un ingénieur en chef des constructions maritimes prouve que, pour un bâtiment de la force de six cents chevaux, on emploie des quantités notables de ce métal, savoir :

13,226 kilos de plomb brut pour les aménagements du navire ;
852 — de minium pour peindre le fer non zingué ;
860 — de mastic plombique pour les joints de la machine.

Si l'on ajoute les tuyaux pour les pompes, les charniers à siphons métalliques, les divers objets d'étain, pots de tisane, où, par l'appât du gain, il entre souvent plus de 100 parties de plomb sur 900 d'étain, on arrivera au chiffre énorme de 15 à 16 mille kilogrammes de plomb exposés aux décompositions chimiques. Or, qu'arrivera-t-il ? C'est que les hommes, sans cesse plongés dans ce milieu délétère et restreint, présenteront bientôt tous les symptômes de la cachexie saturnine. Il se fait une absorption continuelle, soit par le contact incessant avec les composés plombiques (chauffeurs, matelots, allant pieds nus), soit par les émanations de la peinture, soit par l'eau altérée dans les réservoirs : absorption lente mais terrible, puisque les cas les plus remarquables sont ceux où le vénéneux métal pénètre dans l'é-

tolini ; la *Correspondance scientifique*, directeur, Erasme Scarpellieri, directeur de l'Observatoire du Capitole ; et le *Florilège médical*, qui a comblé une lacune laissée par les *Éphémérides médicales*, dont la publication avait cessé depuis la mort du professeur Metaxà.

Enfin, parmi les éléments de l'enseignement médical théorique, il faut citer les musées d'anatomie et d'histoire naturelle, et les bibliothèques Lancisienne et de la Sapienza.

Hôpitaux. — L'enseignement pratique se donne dans les amphithéâtres de dissection annexés aux hôpitaux, et dans les établissements nosocomiaux, qui sont vastes, nombreux, et ont tous une affectation spéciale.

Le nombre des lits dont ils disposent est d'environ 3,500, et chaque malade jouit, dans les salles, de plus de 60 mètres cubes d'air en moyenne.

On traite dans ces hôpitaux 22,500 malades par an ; la mortalité générale est de 1 décès pour 10,15 traités, ou 9,8 décès pour 100 malades. En France, la proportion est de 9,8 décès pour 100 traités ; à Paris, de 8,7 %. A Rome, elle s'élève à 8,27 %, pour les hommes fiévreux, à Saint-Esprit ; à 14,86 % pour les femmes fiévreuses, à Saint-Sauveur ; à 11,29 %, pour les blessés des deux sexes, à Saint-Jacques ; à 0,48 %, pour les femmes en couches, à Saint-Roch, ou 1 décès sur 208 accouchements ; tandis qu'à Londres il y a 1 décès sur 231, et à Paris, 1 sur 241 Les enfants trouvés donnent à Saint-Esprit une perte annuelle moyenne de 25 %. Chez les aliénés, la mortalité est de 29 %, ou 1 décès sur 3,4 malades ; en France, dans les asiles d'aliénés, la proportion est de 1 décès sur 7,28 traités, ou 15 %, moitié moins.

La mortalité à l'asile de Rome est de 23 % chez les hommes, de 35 % chez les femmes ; les entrées sont de 160 en moyenne par an : 106 hommes et 54 femmes. En supposant tous les sortis guéris, on aurait la proportion de 54,67 guéris sur 100 entrées des deux sexes, ou de 63,32 hommes et de 46,02 femmes guéris, sur 100 entrées de chaque sexe. L'aliénation mentale est bien moins fréquente en Italie qu'en France ; elle est, à Rome, plus rare chez les femmes, mais plus grave. C'est le contraire en France, où il y a plus de femmes atteintes et moins de décédées.

L'hôpital militaire pontifical est aussi une annexe de Saint-Esprit ; il contient 500 lits (1,595 malades traités par an, 41 décès), mortalité de 2,57 % traités. L'effectif moyen des troupes papales étant environ de 2,000 hommes, il y a 1 malade sur 10 à l'hôpital, 1 décès pour 39 malades et 2,05 décès pour 100 hommes de l'effectif.

Un régiment français, le 25e de ligne, a présenté pendant six ans de son séjour à Rome, les moyennes suivantes :

Mortalité absolue, 2,63 décès pour 100 hommes d'effectif ; mortalité à l'hôpital, 4,42 pour 100 traités.

Météorologie. — Température moyenne de l'année + 15°,7, maximum 38°, minimum — 5° ; température moyenne de l'hiver + 7°,6, du printemps, 14° ; de l'été, 23°,9 ; de l'automne, 17° ; du mois le plus froid (janvier), 5°1 ; du mois le plus chaud (juillet), 25°.

Vents dominants : nord-est en hiver, sud-ouest en été.

Moyenne barométrique, 755,5 ; maximum, 770,8 ; minimum, 738,10.

Moyenne hygrométrique, 66,78 ; maximum, 100° ; minimum, 18°,6.

Nombre moyen de jours où le ciel est serein, 107 ; assez beau, 54 ; nuageux et couvert, 154.

Nombre moyen de jours de pluie, 95 ; la quantité d'eau qui tombe en moyenne par an est évaluée à 85 centimètres ; on compte 42 jours d'orages et 42 jours de gelée.

Hydrologie. — Les eaux de Rome, amenées dans la ville par de magnifiques aqueducs, sont d'une saveur, d'une fraîcheur et d'une limpidité parfaites. Leur degré hydrotimétrique, d'après les recherches de MM. Lambert et Commaille, varie de 11 à 22°. L'eau *vierge*, qui a le plus de réputation, est cependant la moins pure. L'eau du Tibre est vaseuse, elle contient une grande proportion de sels fixes et d'impuretés qui la rendent insalubre. L'eau des puits offre à l'analyse une grande variété de composition ; son degré hydrotimétrique varie de 14 à 35°.

Les eaux minérales, thermales et froides, sont très-nombreuses aux environs de Rome ; les plus usitées sont *l'Acqua-Acetosa* et *l'Acqua-Santa*, acidules carbonatées, situées aux portes de la ville. On utilise aussi les eaux ferrugineuses des *Frattochie*, de *Capranica*, d'*Isola-Farnese*, de *Ponte-Sodo* ; les eaux sulfureuses, dites *albulées*, formant le lac des îles flottantes, sur la route de Tivoli ; celles des *Frattochie*, de *Stigliano*, de *Nepi* ; celles de *Viterbe*, où l'on trouve des sources sulfureuses, des sources ferrugineuses et une eau minérale acidule froide ; enfin les eaux *Apollinaires* de *Vicarello*, près du lac *Bracciano*, célèbres chez les Etrusques, et dont la source a une température de 45° Réaumur et une composition acidule saline assez fortement purgative.

ARMIEUX,
médecin-major.

La suite au prochain numéro.

M. Émile Goubert, professeur de sciences physiques et naturelles, et élève de la Faculté de médecine de Paris, commencera le lundi, 6 janvier, à dix heures et demie, de nouvelles conférences préparatoires au premier examen de fin d'année et au troisième de doctorat. Ces conférences seront continuées tous les jours jusqu'à l'époque des examens. Les élèves seront exercés par de nombreuses interrogations, manipulations et excursions botaniques. Le prix du cours complet est de 25 fr. par mois, mais on peut s'inscrire pour une partie seulement. On souscrit chez M. Éloffe, rue de l'École de Médecine, 20, ou chez M. Emile Goubert, rue du Cherche-Midi 23.

Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle, et de la seconde enfance, par M. le docteur E. BOUCHUT, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. 4e édition, considérablement augmentée. Un volume grand in-8° de 1,024 pages avec figures, 11 fr. Vient de paraître chez J.-B. Baillière et fils.

...homie en quantité infinitésimale, mais d'une manière con-
...ue.

Que s'il restait encore des doutes, qu'on se rappelle la com-munication récente faite à l'Académie de médecine (*Gazette des hôpitaux*, 1861, n° 78), où, d'après M. Castano, médecin en chef du corps expéditionnaire de Chine, il est prouvé que les escadres anglaises n'ont pas eu un seul cas de coliques à leur bord, parce que les ustensiles de fer et de cuivre remplacent ceux de plomb, naguère si communs sur nos navires de guerre.

Malgré ces faits péremptoires, qui, selon nous, devraient entraîner toute conviction, les objections n'ont pas manqué : comment expliquer, a-t-on dit, l'action restreinte du poison à quelques hommes seulement? Nous y répondrons par une autre question : Pourquoi, dans les usines de plomb, ne compte-t-on qu'un homme atteint sur cent? Question d'immunité, privilége de certaines organisations qui traversent indemnes les épidémies les plus meurtrières.

Une autre objection plus spécieuse que réelle a été posée : on dit que les coliques n'apparaissent quelquefois que longtemps après l'intoxication, alors que le poison devait être éliminé.

Ces faits du mal introduit dans l'économie, silencieux et sommeillant en germe pendant des mois et des années, sans faire explosion, sans même traduire sa présence par aucun indice, ne sont pas rares dans les annales de la médecine, et ne doivent pas suspendre des conclusions rigoureuses à tant de titres. M. Guéneau de Mussy, lors de l'empoisonnement saturnin du château de Claremont, raconte que sur treize personnes atteintes, une ne tomba malade que longtemps après sa rentrée en France. D'un autre côté, ne voyons-nous pas tous les jours les mêmes phénomènes se produire dans les usines de plomb, et prouver qu'il faut des mois et des années pour arriver à la saturation de l'économie?

M. Fonssagrives prétend que la cause de cette affection dépend d'un agent spécifique assez semblable au miasme paludéen. Cette hypothèse ne peut soutenir la discussion devant les rapports des médecins de la flotte. Nous-même, pendant un long séjour en Afrique, où les fièvres sont endémiques, nous n'avons jamais aperçu l'ombre d'une colique sèche.

Du résumé impartial de cette discussion, nous nous croyons autorisé à conclure :

1° Que les coliques sèches, dites des pays chauds, apparaissent d'une manière sporadique sur les navires où le plomb est employé en grande quantité;

2° Qu'elles paraissent être occasionnées par des contractions spasmodiques des fibres de la tunique musculaire des intestins;

3° Que le poison se porterait par affinité élective sur les houppes terminales du trisplanchnique pour y tarir les sécrétions intestinales (constipation) et pour y déterminer, par son principe toxique, une névralgie dont les douleurs seraient réveillées par la présence des matières durcies, véritables corps étrangers;

4° Que les douleurs disparaissent après chaque évacuation alvine;

5° Que conséquemment les purgatifs drastiques associés aux solanées vireuses sont indiqués.

TRAITEMENT DES HERNIES

au moyen d'un bandage et d'un topique appropriés.

M. le docteur Dolbeau nous transmet, à l'occasion des faits que nous avons publiés sous ce titre dans le numéro du 10 décembre dernier, les explications suivantes :

Vous avez publié deux observations de guérison radicale de la hernie au moyen d'un traitement spécial. Les deux faits que vous avez rapportés ont été observés à l'hôpital Saint-Louis ; permettez-moi donc d'ajouter quelques renseignements :

Pendant trois mois que j'ai fait le service à l'hôpital Saint-Louis, il y avait quatre malades en expérience, et lorsque j'ai quitté, ces quatre malades avaient encore la hernie. Je ne sais si les deux malades guéris étaient deux de ceux que j'ai pu examiner; quoi qu'il en soit, et dans l'intérêt de la science, il me paraît bon de noter que tous les malades ne guérissent pas, même temporairement, par le moyen en question. J'ajouterai que les quelques faits de guérison qui ont été publiés sont de nature à prouver que chez des hommes jeunes, le repos, joint à l'application régulière d'un bon bandage, peuvent dans quelques cas procurer une cure radicale. Cette proposition n'est pas neuve, mais la question ne me paraît pas avoir fait de progrès.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique annuelle du 23 décembre 1861. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture du programme des prix décernés pour l'année 1861, et des questions de prix proposées pour les années 1862 et suivantes :

1° *Annonce des prix décernés pour l'année 1861.*

Prix de physiologie expérimentale. — Ce prix a été décerné à M. Hyrtl, anatomiste déjà très-anciennement connu dans la science par ses travaux d'anatomie humaine et comparée, auteur d'un *Traité de dissection ou de l'art de l'anatomiste*, publié en 1860, et d'une série de mémoires sur l'anatomie comparée insérés dans les *Recueils de l'Académie de Vienne*, de 1849 à 1860 ; ouvrages sur lesquels la commission a eu à porter son jugement ;

Et à M. Kühne, jeune physiologiste, habile expérimentateur et très-versé dans l'étude des sciences physico-chimiques, auteur de recherches relatives aux propriétés des tissus musculaires et nerveux.

La commission signale encore deux physiologistes, M. Chauveau et M. Colin, qui se livrent à des expériences longues et difficiles, mais qui ont besoin d'être continuées et méritent à leurs auteurs les encouragements de l'Académie.

Prix de médecine et chirurgie. — L'Académie n'a décerné qu'un seul prix cette année. Elle a accordé en outre cinq mentions honorables.

Le prix, de la valeur de 2,500 fr., a été décerné à MM. Ludger Lallemand, Maurice Perrin et Duroy, pour leur travail intitulé : *Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme.*

Les mentions honorables ont été accordées :

1° A M. Haspel et à M. Rouis, pour leurs travaux sur les maladies du foie en Algérie (Haspel, *Maladies du foie*, dans son *Traité des maladies de l'Algérie*. — Rouis, *Recherches sur les suppurations endémiques du foie*).

2° A M. Dutrouleau, pour son *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds* (région tropicales).

3° A M. Henri Roger, pour ses *Recherches cliniques sur l'auscultation de la tête.*

4° A M. Huguier, pour son *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus.*

5° A M. Laboulbène, pour ses *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses.*

Une somme de 1,500 fr. est jointe à chacune des mentions accordées à MM. Haspel, Ronis, Dutrouleau et Huguier; une somme de 1,200 fr. est jointe à la mention accordée à M. Roger ; une somme de 1,000 fr. à celle qu'a obtenue M. Laboulbène.

Voici un extrait de la partie du rapport qui a trait au travail jugé digne du prix :

L'alcool a déjà été l'objet d'études partielles et d'expériences dont les résultats parfois contradictoires faisaient désirer que de nouvelles recherches vinssent fixer l'opinion des médecins sur le rôle de l'alcool lorsqu'il est introduit dans l'organisme. C'est dans cet état de la question que MM. Lallemand, Maurice Perrin et Duroy ont entrepris de faire l'étude aussi complète que possible de l'alcool au point de vue physiologique.

Après avoir étudié avec soin les procédés les plus exacts que la science peut actuellement fournir pour retrouver les plus faibles quantités d'alcool dans les tissus et les humeurs de l'homme et des animaux chez lesquels il a été introduit, ces habiles expérimentateurs ont suivi pour ainsi dire pas à pas cette substance dans l'organisme : d'abord son absorption dans les voies digestives, sa circulation dans le sang, sa localisation dans certains tissus, dans certains organes, puis son élimination par diverses parties de l'organisme.

Ils ont examiné d'une manière toute spéciale la question de savoir si l'alcool dans cette migration à travers l'économie gardait sa composition chimique ou s'il se changeait en produits de combustion, en un mot si l'alcool se comportait comme un aliment ou comme une matière non assimilable étrangère à l'organisme ; enfin ils ont noté avec soin les divers effets physiologiques d'excitation ou d'atonie que l'alcool produit suivant les doses auxquelles il est administré.

MM. Ludger Lallemand, Perrin et Duroy apportent des démonstrations expérimentales à l'appui de l'examen et de la solution de la question que renferme chacun de ces points.

D'abord ces expérimentateurs établissent que l'alcool étendu d'eau (eau-de-vie ou vin) ingéré dans l'estomac, même en faible quantité, est absorbé avec une grande rapidité, passe dans le sang, arrive au poumon, qui est, sinon l'organe principal de l'élimination de l'alcool, au moins l'organe d'élimination le plus sensible.

Il résulte en effet d'expériences multipliées faites sur l'homme et sur les animaux, que, quelques minutes après l'ingestion de l'alcool, on en retrouve déjà des traces dans l'air exhalé des poumons; et cette exhalation peut durer plusieurs heures, suivant la quantité d'alcool ingérée.

Le poumon n'est pas le seul organe qui élimine l'alcool circulant dans le sang : la transpiration cutanée et la sécrétion urinaire sont encore deux autres voies d'élimination, plus tardives il est vrai que les poumons, mais dont la réalité a été démontrée expérimentalement.

Il aurait pu sembler en quelque sorte superflu, après ces expériences, de rechercher si l'alcool existe dans le sang. Cependant les auteurs en ont extrait de l'alcool et ont été conduits à découvrir un fait d'une grande importance, à savoir : que le sang n'est pas la partie de l'organisme qui contient le plus d'alcool. La quantité d'alcool qu'il contient est cependant très-notable.

Si maintenant on prend comparativement sur le même animal les divers tissus ou organes de son corps et qu'on les soumette à la distillation, on trouve ce fait singulier et très-intéressant pour les médecins que certains tissus, tels que le tissu nerveux, et certains organes, tels que le foie, renferment une proportion d'alcool plus grande que le sang, et que les muscles, par exemple, n'en renferment que des traces à peine sensibles.

Voici la proportion d'alcool trouvée dans le sang et les divers tissus, d'après MM. Lallemand, Perrin et Duroy :

Le sang contenant.	1
Le foie renferme.	1,48
Le cerveau.	1,75

Il y a donc là une véritable localisation de l'alcool, qui s'accumule dans certains tissus par une sorte d'affinité spéciale ; on ne saurait invoquer aucune autre raison physiologique pour expliquer ce fait. Si, par exemple, on pensait que le foie renferme plus d'alcool que les poumons, parce que cet organe est le premier qui soit imprégné par l'alcool absorbé dans l'estomac, on serait bientôt forcé d'abandonner cette explication en voyant la même localisation se reproduire dans les mêmes tissus et dans les mêmes organes, quand, au lieu d'ingérer l'alcool dans l'estomac, on l'injecte directement dans les veines ; et on peut même dire qu'alors cette localisation est encore plus frappante. En effet, quand l'alcool est introduit dans les veines, voici les proportions que les auteurs ont trouvées :

Le sang renfermant.	1
Le foie renferme.	1,75
Le cerveau.	3

La connaissance de ces localisations de l'alcool dans certains organes, si curieuse au point de vue physiologique, offre un grand intérêt au point de vue de l'alcoolisme, c'est-à-dire de la connaissance des maladies produites par l'abus des liqueurs spiritueuses. En effet, c'est sur le foie et sur le système nerveux, comme on le savait d'ailleurs depuis longtemps, que l'alcool produit les désordres les plus notables et les plus graves.

En voyant la facilité avec laquelle l'alcool se retrouve dans le sang et certains tissus après une ingestion d'alcool, et le temps considérable pendant lequel cette substance peut séjourner dans le corps sans se détruire et disparaître, MM. Ludger Lallemand, Perrin et Duroy ont été conduits à rechercher si l'alcool se détruisait bien réellement dans l'organisme, et si l'on devait continuer à considérer cette substance comme un aliment dit respiratoire. Ils ont recherché s'ils retrouveraient les produits de combustion de l'alcool, savoir, l'aldéhyde et l'acide acétique. Toutes leurs expériences ayant été négatives, ces auteurs se sont crus autorisés à conclure que l'alcool devait être considéré comme une substance non assimilable, agissant en nature et comme un excitant local des tissus.

En résumé, l'alcool ingéré dans l'estomac ou injecté dans les veines est absorbé. Introduit dans la circulation, il se répand dans tous les tissus; il s'accumule dans le foie et dans les centres nerveux ; il fait un séjour assez long dans l'économie ; il est éliminé en nature par les poumons, par la peau et principalement par les reins. La localisation de l'alcool dans certains organes en explique l'influence pathogénique sur certaines maladies constitutionnelles et organiques du foie, du système nerveux et des reins : pour l'encéphale, l'ivresse, le delirium tremens, la folie alcoolique, l'épilepsie des ivrognes, le tremblement ébrieux, la paralysie alcoolique, etc. ; pour le système gastro-hépatique, la dyspepsie, l'ictère grave des ivrognes, la cirrhose du foie ; pour les reins, la maladie de Bright.

— La commission a réservé plusieurs ouvrages pour un jugement ultérieur. Parmi ces ouvrages se trouvent comprises des recherches de MM. Landouzy, Billod, Costallat, sur la *pellagre*, maladie dont l'histoire a été mise au concours pour l'année 1864. Elle a également réservé un travail de M. Larcher sur l'*hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse* ; une monographie de la *thrombose et de l'embolie* par M. Cohn ; enfin des recherches sur la *trichina spiralis* et le développement du *pentastome* par M. Leuckaert.

La commission ne croit pas devoir terminer son rapport sans signaler quelques autres travaux très-intéressants, qui seront probablement complétés par de nouvelles études. Telles sont les recherches de M. Voisin et de M. Gallard sur les *hématocèles péri-utérines spontanées*; celles de M. Robin, continuées par M. Eugène Nélaton, sur les *tumeurs à myéloplaxes*. Ces travaux renferment des faits très-intéressants, mais ils soulèvent encore des questions importantes qui ne peuvent être résolues que par de nouvelles recherches. Un fort bon travail de M. Demarquay sur les *tumeurs de l'orbite*, les observations de M. Magne en faveur de l'*oblitération du sac lacrymal* dans le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales, les recherches de M. Aubertin sur le *rhumatisme cérébral*, le Traité de M. Nonat sur les *maladies de l'utérus*, ont paru également à la commission très-dignes d'attention.

Enfin, la commission a pensé que le jugement d'un travail de M. de Castelnau, intitulé *De l'interdiction des aliénés*, et dans lequel l'auteur propose la réforme d'une loi qu'il considère comme contraire aux principes de la science et aux droits de l'humanité, appartenait surtout à l'Académie des sciences morales et politiques. Toutefois cet ouvrage ayant pour base des considérations physiologiques d'un ordre très-élevé, la commission a cru devoir le signaler à l'attention des moralistes, des jurisconsultes et des médecins.

— Le prix Jecker (prix de chimie), pour l'année 1861, a été décerné à M. Pasteur pour ses travaux chimiques et physiologiques sur la fermentation.

PROGRAMME DES PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1862, 1863, 1864 ET 1866.

Grand prix des sciences physiques (pour 1862). — *Anatomie comparée du système nerveux des poissons.*

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr.

Même prix. — Question proposée en 1857 pour 1859. — Nouvelle question proposée pour 1862 : *Etudier les hybrides végétaux au point de vue de leur fécondité et de la perpétuité ou non-perpétuité de leurs caractères.*

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr.

Pour ces deux questions, les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront être déposés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 31 décembre 1861, terme de rigueur.

Prix de médecine pour l'année 1864. — L'Académie propose comme sujet d'un prix de médecine à décerner en 1864, la question suivante : *Faire l'histoire de la pellagre.*

Les concurrents devront :

1° Faire connaître les contrées où règne la pellagre endémique, et celles où la pellagre sporadique a été observée, en France et à l'étranger;

2° Poursuivre la recherche et l'étude de la pellagre dans les asiles d'aliénés, particulièrement en France, en distinguant les cas dans lesquels la folie et la paralysie ont précédé les symptômes extérieurs de la pellagre, des cas dans lesquels la folie et la paralysie se sont déclarées après les lésions de la peau et les troubles digestifs propres aux affections pellagreuses;

3° Etudier avec le plus grand soin l'étiologie de la pellagre, et examiner spécialement l'opinion qui attribue la production de cette maladie à l'usage du maïs altéré (verdet);

4° En un mot : faire une monographie qui, éclairant l'étiologie et la distribution géographique de la pellagre, exposant les formes sous lesquelles on la connaît présentement, et donnant au diagnostic et au traitement plus de précision, soit un avancement pour la pathologie et un service rendu à la pratique et à l'hygiène publique.

Le prix sera de la somme de 5,000 fr.

Les ouvrages seront écrits en français.

Prix de médecine et de chirurgie pour l'année 1866. — L'Académie propose comme sujet d'un prix de médecine et de chirurgie à décerner en 1866 la question suivante : *De l'application de l'électricité à la thérapeutique.*

Les concurrents devront :

1° Indiquer les appareils électriques employés; décrire leur mode d'application et leurs effets physiologiques;

2° Rassembler et discuter les faits publiés sur l'application de

l'électricité au traitement des maladies, et en particulier au traitement des affections des systèmes nerveux, musculaire, vasculaire et lymphatique; vérifier et compléter par de nouvelles études les résultats de ces observations, et déterminer les cas dans lesquels il convient de recourir, soit à l'action des courants intermittents, soit à l'action des courants continus.

Le prix sera de la somme de 5,000 fr.

Les ouvrages seront écrits en français.

Grand prix de chirurgie pour l'année 1866. — L'Académie met au concours la question *De la conservation des membres par la conservation du périoste.*

Les concurrents ne sauraient oublier qu'il s'agit ici d'un travail pratique, qu'il s'agit de l'homme, et que par conséquent on ne compte pas moins sur leur respect pour l'humanité que sur leur intelligence.

L'Académie, voulant marquer par une distinction notable l'importance qu'elle attache à la question proposée, a décidé que le prix serait de 10,000 fr.

Informé de cette décision, et appréciant tout ce que peut amener de bienfaits un si grand progrès de la chirurgie, l'Empereur a fait immédiatement écrire à l'Académie qu'il doublait le prix.

Le prix sera donc de 20,000 fr.

Les pièces devront être parvenues au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1866. Elles devront être écrites en français.

Il est essentiel que les concurrents fassent connaître leur nom.

Prix Alhumbert pour les sciences naturelles. — Question proposée pour 1862. — L'Académie propose le sujet suivant: *Essayer, par des expériences bien faites, de jeter un jour nouveau sur la question des générations dites spontanées.*

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 2,500 fr.

Les travaux devront être déposés francs de port au secrétariat de l'Institut.

Même prix. — Question proposée en 1854 pour 1856, remise à 1859. Nouvelle question proposée pour 1862. — L'Académie propose le sujet suivant: *Etude expérimentale des modifications qui peuvent être déterminées dans le développement de l'embryon d'un animal vertébré par l'action des agents extérieurs.*

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 2,500 fr.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 décembre 1861. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et des travaux publics transmet:

1° Des rapports d'épidémies de MM. de Meschinet (de Niort), Carteron (de Troyes), Lemaistre (de Limoges) (commission des épidémies);

2° Un rapport de M. le docteur Niepce, sur le service médical des eaux minérales d'Allevard, pour l'année 1860 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Jules François, ingénieur en chef des mines, chargé du service des eaux minérales, informe l'Académie qu'il se porte candidat pour la place de membre associé libre, récemment déclarée vacante.

— M. le docteur Cabrol, médecin en chef de l'hôpital militaire thermal de Bourbonne, envoie les observations recueillies dans ce service pour l'année 1860. (Commission des eaux minérales.)

— M. le docteur Dourif, médecin suppléant de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, adresse une note sur quelques cas de goître aigu ou estival épidémique observés dans cet hôpital pendant les mois d'août et de septembre.

— M. LARREY présente une note sur les cathéters cannelés, au nom de M. Antonin Martin.

M. Larrey présente en outre une note de M. Jeannel, qui sert d'appendice au travail du même auteur, sur la prostitution dans la ville de Bordeaux depuis 1830.

Le même membre présente enfin un ouvrage de M. Guéneau (de Poitiers), sur l'usage de l'ophthalmoscope comme moyen de diagnostic de l'amaurose vraie et de l'amaurose simulée dans les opérations des conseils de révision.

— M. LAUGIER présente au nom de M. Lefort, à l'appui du travail de ce chirurgien snr la salubrité des hôpitaux, une série de plans des hôpitaux anglais.

— M. RUFZ met sous les yeux de l'Académie le cadavre d'une poule morte subitement d'asphyxie, dans le larynx de laquelle on a trouvé un grain de sarrazin.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Delafond, membre de la section de médecine vétérinaire.

— M. RENAULT, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de son collègue. L'Académie accueille cette lecture par des marques nombreuses d'approbation.

— M. LE PRÉSIDENT, au nom du conseil d'administration, annonce qu'une vacance est déclarée dans la section d'anatomie et de physiologie.

— L'ordre du jour appelle le renouvellement annuel au scrutin des membres du bureau.

ÉLECTIONS.

Président. M. Bouillaud est élu président pour 1862, par 51 voix sur 52 votants.

Vice-président. M. Larrey est nommé vice-président par 51 voix sur 52.

Secrétaire annuel. M. Robin est réélu secrétaire annuel par 46 voix sur 49.

Sont élus membres du conseil:

1° M. Larrey, vice-président; 2° M. Blache; 3° M. Bouchardat.

— La séance est levée avant cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé mardi dernier.

Le nombre des candidats inscrits était de 333. — 60 n'ont subi aucune épreuve, ou se sont retirés devant l'épreuve orale ou l'épreuve écrite; les autres ont échoué dans leur concours. Parmi ces derniers, se trouvent quatre candidats auxquels le jury a cru devoir appliquer l'article du règlement qui exclut ceux qui modifient leur copie à la lecture.

Nous ne saurions donc trop recommander aux candidats de préparer sérieusement leur concours de l'externat, pour lequel, comme on le voit, les jurys deviennent de plus en plus sévères.

Ont été nommés MM.:

1 Bouchard, Louvet-Lamarre, Ledentu, Lannelongue, Faure, Heurot, Boullet, Magnan, Causit, Clémenceau, Perruchot, Lefebvre, Partencey, Parquet, Terrier, Bordier, Douenel, Guiraud, Lefeuvre.

20. MM. Materre, Hallopeau, Margerin, Blache, Bourdy, P[illegible] Ruck Dusart, Vigier, Lesourd-Dussisples, Barbier, Meilhac, Pe[illegible] Perrin, Ragot, Morelly, Villebrun, Augustin Dubois, Jolivet, Lecou[illegible]

40. MM. Alexis Martin, Padieu, Bouchereau, Savroux-Lach[illegible] Boudard, Pujos, Larché, Bretheau, Jolly (Jacques), Lebreton, [illegible] Malhéné, Pauvert, Portella, Cougouroux, Baggio, Bec, Bonnet, [illegible] Boullaud.

60. MM. Guillaume, Lotte, Tinarrage, Reynaud (Léon), Lamou[illegible] Périgault, Boucher, Kalendero, Richard, Tonnellier, Vaullegard [illegible]gnard, Jaubert (Henry), Lescardé, Mauduit, Thoizon, Woelker, [illegible]damnos, Fontaine, Moussier.

80. MM. Vasarelgui, Brun, Leboucq, Pastré (Anatole), Besson, [illegible]tromieux, Farjeaud, Farjou, Gerlier, Delprat, Amabric, Meric, [illegible]ges, Moziman, Taberlet, Galvani, Audhoui, Crauk, Delava[illegible] Monod.

100. MM. Tardit, Verdier, Zoeffel, Bessay, Ciuré, Geffroy, [illegible]bert, Goubert, Lambert, Lamy, Meuriot, Patay, Roques, Sanc[illegible] Bourgeois, Champagnat, Cosseret, de Monchy, Garnier, La[illegible] (Jean), Louvet.

120. MM. Magnié, Moreau (Joseph), Nottin, Peulevé, Hunin, [illegible]pléin, Moreau (Pierre), Pastra Beloni, Regnard, Choyau, de Lanca[illegible] Duplan, Jobert Léger, Lelong, Loubet, Moreau (Jules), Sorel, Ve[illegible] Villiers Herluison, Cahierre.

140. MM. Calvo, Cassius, Deprez Crassier, Dupré (Eugène), [illegible] (Charles), Lavagne, Meuvret, Oziecki, Taillard, Stouls, Billoux, Ch[illegible]vel (Henri), Chevaillier, Colas, Cros, Crouzet, Fourchet, Gond[illegible] Janvier, Macescu.

160. MM. Piton, Zabloski, Andrieu, Bourneville, Dollez, Go[illegible] Lecouin, Lefrançois, Leguelinel de Lignerolles, Sockel, Bouche[illegible] Douault, Houzé, Levesque, Massy, Michellet, Neuville, de May[illegible]nissas, Foissac, Groussin.

180. MM. Hue, Lordereau, Mollien, Berthelot, Couhard, Mon[illegible] Planquette, Bouyer, Bachelot (Villeneuve), Dourlen, Duché, Grign[illegible] Gautier, Destival, Gruzon, Martin (Jules), Petel, Goin (Marie), R[illegible]naud (Alfred).

— Les prix des internes ont été décernés comme suit:

PREMIÈRE DIVISION DES INTERNES. — *Prix*, médaille d'or, M. [illegible]launay; *accessit*, médaille d'argent, M. Fritz; *mentions honorabl*[illegible] 1re *ex æquo*, MM. Fischer, Tillaux, Guenior; 2e *mention honor*[illegible] *ex æquo*, MM. Loncereaux, Ferrand, Dujardin Beaumetz.

DEUXIÈME DIVISION DES INTERNES. — *Prix*, médaille d'arge[illegible] Brouardel; *accessit*, des livres, M. Martineau; 1re *mention honora*[illegible] MM. Cornil, Lallement; 2e *mention honorable*, MM. Gouraud, Dub[illegible]

— Le Conseil général de la Seine a terminé sa session il y a qu[illegible]ques jours. Dans sa dernière séance, prenant en sérieuse considé[illegible]tion les propositions de M. le préfet relatives à la réforme et [illegible] améliorations à opérer dans le service des aliénés du départem[illegible] de la Seine, il a prié ce magistrat de poursuivre les études auxqu[illegible]les il s'est livré, et de lui présenter à sa prochaine session des p[illegible]jets et plans d'exécution en conformité avec les conclusions du [illegible]marquable rapport de M. le sénateur Ferdinand Barrot. On pe[illegible] que d'ici au printemps prochain un décret autorisera une session [illegible]traordinaire du Conseil général, à l'effet de statuer définitivement s[illegible] l'ensemble de ces importantes mesures administratives.

— Le Conseil de salubrité de la ville de Paris vient de renouvel[illegible] son bureau. M. Bouchardat a été nommé président, et M. Trébuch[illegible] a été maintenu dans les fonctions de secrétaire.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Nº 152. — MARDI 31 DECEMBRE 1861. (34e ANNÉE.) Nº 152. — MARDI 31 DECEMBRE 1861.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finit aujourd'hui sont priés d'envoyer sans retard le prix de leur renouvellement. — Un mandat de poste au nom du directeur de la GAZETTE *est le mode de payement le plus sûr et le plus prompt.*

SOMMAIRE. — PARIS. — Statistique comparative des hôpitaux d'Angleterre et de ceux de Paris. — HÔPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE (M. Colin). Psoïtis ; ouverture par le bistouri ; guérison. — Indications des douches périnéales dans la prostatorrhée. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE, séance du 7 novembre. — Nouvelles. — FEUILLETON. Rome médicale.

PARIS, 30 DÉCEMBRE 1861.

Nous avons rendu compte dans le numéro de samedi dernier, et par anticipation, de la séance publique annuelle de l'Académie des sciences, qui, d'après l'ordre ordinaire, devait figurer dans le numéro de ce jour. Aussi n'avons-nous pas de compte rendu à insérer aujourd'hui.

Nous terminons plus bas la publication par extraits du travail de M. Lefort, sur la salubrité comparée des hôpitaux de Londres et de Paris. L'Académie va probablement reprendre ce sujet dans sa séance de demain.

STATISTIQUE COMPARATIVE DES HOPITAUX D'ANGLETERRE ET DE CEUX DE PARIS.

Sous le rapport des conditions hygiéniques et des résultats des grandes opérations (1).

Chauffage. — Le chauffage est obtenu, dans presque tous les hôpitaux d'Angleterre, par la combustion du charbon de terre dans de vastes cheminées ouvertes. Chaque salle en possède toujours au moins une, quelquefois trois ou quatre. Le feu est toujours allumé, l'été comme l'hiver ; mais quand il fait chaud, celui de l'office l'est souvent seul, et toujours les fenêtres de la salle sont largement ouvertes, même pendant la visite. Le même système sert pour le chauffage des corridors et des escaliers, il y a des cheminées même dans les vestibules d'entrée ; cependant les escaliers de London hospital, mais les escaliers seuls, sont chauffés par des conduits qui viennent aboutir et se recourber en serpentins dans une sorte de cage de fonte. Ce système de tubes appartient au genre des appareils à circulation d'air chaud ou d'eau chaude ; il n'y a pas de bouches de chaleur, l'air ambiant circule et s'échauffe autour des tubes. L'hôpital Saint-Jean, de Bruxelles, est dans sa totalité chauffé de la même manière, par circulation d'eau chaude.

Aération. — A la question de chauffage se rattache directement celle de l'aération. Pas plus que pour le chauffage, on n'emploie en Angleterre d'appareil ventilateur mécanique ou autre. L'air, appelé par le tirage des cheminées, entre librement de l'extérieur comme dans nos appartements par les jointures des portes et des fenêtres.

Mais ce qui suffit dans nos habitations particulières ne suffit point aux hôpitaux ; il faut dans quelques cas, souvent même, une ventilation plus énergique, une prise d'air plus considérable ; elle est obtenue par une disposition très-ingénieuse, c'est celle qui existe à l'infirmerie de Glascow. Guy's, Saint-Thomas de Londres, sont ventilés d'une manière analogue.

La ventilation et le chauffage artificiels ont-ils des avantages au point de vue de l'hygiène ? On serait tenté d'en douter, si l'on compare les choses les mieux comparables, c'est-à-dire les services de médecine de nos différents hôpitaux au point de vue de la mortalité. On voit, d'après le dernier compte rendu administratif, Lariboisière l'emporter sur tous les autres, et Beaujon venir en troisième ligne.

Le chauffage direct au charbon de terre dans de grandes cheminées ouvertes peut coûter plus cher ; mais, d'après tout ce que M. Lefort a vu, il lui paraît de beaucoup préférable à tout autre ; il croit également malheureuses les tentatives de ventilation artificielle. Sommes-nous bien certains, dit-il, que cet air échauffé par ces divers procédés n'ait pas subi des modifications que ne peuvent nous faire apprécier les expérimentations physiques ou chimiques, mais que semblent nous révéler les sensations désagréables, pénibles même, que nous éprouvons lorsque nous sommes près d'une de ces ouvertures qui vomissent des torrents d'air chaud ?

L'absence de rideaux lui paraît une excellente chose, en n'emprisonnant pas le malade au milieu de l'atmosphère viciée qu'il s'est créée autour de lui, et en n'empêchant pas la ventilation générale.

Rien d'inutile dans les salles ; on ne voit pas en Angleterre le chevet du lit des malades garni de provisions de toutes sortes ; on ne voit pas à côté de lui un meuble dans lequel se confondent pêle-mêle sa pipe, son tabac, ses souliers, son pain et son urinoir. Les repas sont servis à heure fixe, et les malades viennent manger en commun à la table servie au milieu de la salle, ou au réfectoire qui y est annexé ; le repas fini, la table est desservie, et si la faim se renouvelle trop tôt, la surveillante donne, si elle le juge convenable, un supplément de vivres.

On ne trouve pas non plus dans les salles ces mannes remplies de linges à pansement, de charpie souillée de pus, qui y séjournent en dépit de toutes les recommandations des médecins ou des directeurs. Simplicité dans les pansements, telle est la règle ; un peu de *lint* suffit à tout dans la plupart des cas. Souillé ou non, aussitôt enlevé de la plaie, il est jeté au feu toujours allumé dans la salle.

On accorde également un soin tout particulier aux objets de literie. Lorsqu'un malade vient à mourir, les matelas sont toujours enlevés de la salle, la laine en est lavée, cardée, et c'est en quelque sorte un matelas nouveau qu'on rapporte dans la salle.

Les parquets sont le plus souvent construits en sapin rouge ou en bois de chêne. Ils ne sont pas cirés, mais lavés, non à grande eau, mais à l'éponge, d'une blancheur et d'une propreté hollandaise.

Cette manière de faire supprime à la fois les inconvénients de l'humidité et ceux des poussières que soulève le frottage de nos salles.

Les lieux d'aisances, qui doivent être à portée des malades, mais séparés des salles, comme à Glascow, à King's College, sont abondamment pourvus d'eau et tenus dans un remarquable état de propreté, qu'il serait difficile, sinon impossible d'obtenir de nos malades.

Régime. — Le régime alimentaire est excellent ; les extra sont à la volonté des médecins, qui ne retiennent aucun règlement administratif, et qui peuvent donner à tous leurs malades, s'ils le jugent convenable, du sucre dans leur tisane en même temps que des côtelettes. Les malades reçoivent de la bière, du vin et du cognac, très-employé en Angleterre, malgré son prix élevé, dans le traitement consécutif aux opérations, concurremment avec les opiacés.

Le service des salles est fait par les médecins et chirurgiens assistés de leur adjoint (*assistant-surgeon*), de l'interne (*house-surgeon*), des panseurs (*dressers*). Une salle n'est pas spécialement affectée à tel ou tel chef de service ; le jour d'entrée du malade décide en général du choix du chirurgien ; le malade entrant est placé dans le premier lit vacant, de telle sorte que dans une salle de King's College, le nº 1 sera soigné par M. Fergusson, le nº 2 par M. Partridge, le 3 et le 4 par M. Bowman, le 5 par M. Fergusson, etc. Impraticable en France, cette disposition permet en Angleterre une excellente habitude. Dans la plupart des hôpitaux, les opérations non urgentes sont faites à un jour déterminé : le jeudi par exemple à Saint-Georges ; or, la veille de ce jour, le chirurgien traitant montre à ses collègues, en présence des élèves, le malade qu'il se propose d'opérer le lendemain ; le malade examiné, on se retire à l'amphithéâtre, et là, toujours en présence des élèves, on décide, dans une sérieuse et instructive consultation, de l'opportunité et du choix de l'opération. On voit facilement de quelles garanties une telle pratique entoure et protége le sort des malades.

Hôpitaux spéciaux. — On ne trouve que très-exceptionnellement des hôpitaux d'accouchement, plus rarement encore des hôpitaux d'enfants. Cependant il existe sur les bords de la mer, à Margate, un bel hôpital qui reçoit les enfants scrofuleux des hôpitaux de Londres, lorsqu'on croit l'air de la mer et les bains nécessaires à leur guérison ou à la consolidation de leur convalescence. Cet hôpital, existant depuis longtemps, a une utilité sans conteste, et l'administration française a suivi avec bonheur, sur ce point, l'exemple de l'Angleterre.

Mais à Londres, comme dans toute l'Angleterre, les femmes en couches, les enfants, sont reçus dans tous les hôpitaux. Chaque service de médecine et de chirurgie renferme un certain nombre de lits d'enfants, soit mêlés à ceux des adultes, soit réunis dans une salle spéciale, comme cela existe à London Hospital, dans le service de M. Curling.

Cependant cette dernière disposition est l'exception. Les tout jeunes enfants, quel que soit leur sexe, sont reçus dans les salles de femmes, et les malades ont réellement pour eux des soins maternels. Au-dessus de l'âge de six ou sept ans, les petits garçons entrent dans les salles d'hommes.

(Ici l'auteur discute la question des asiles spéciaux réservés à l'enfance, et celle de la dissémination des enfants malades dans les hôpitaux généraux. Nous nous bornons à emprunter à cette partie de son travail les chiffres de la mortalité des hôpitaux d'enfants de Paris comparés à ceux des hôpitaux de Londres.)

La mortalité générale a été, à l'hôpital Sainte-Eugénie, en 1859, de 1 sur 6,51 ; à l'hôpital des Enfants malades, de 1 sur 6,78.

Qu'est-elle en Angleterre ? A l'hôpital de Guy, pendant une période de sept ans (1854-1860), elle a été de 1 sur 11,43 seulement (384 morts sur 4,392 enfants malades) ; elle a été, à l'infirmerie de Glascow, en 1860, de 1 sur 15,54.

Ici encore une comparaison rigoureuse est impossible ; car si nous possédons pour l'Angleterre le détail des maladies qui font la base de la statistique, cet élément analytique nous manque à Paris.

Un fait cependant doit nous frapper : les opérations réussissent bien plus facilement sur l'enfant que sur l'adulte ; c'est un point sur lequel insiste avec raison l'habile et dévoué chirurgien de Sainte-Eugénie, M. Marjolin ; et cependant la mortalité des services de chirurgie, alors qu'elle est à Paris, dans les hôpitaux d'adultes, de 1 sur 19,18, descend, pour celui des enfants malades, à 13,86, et pour Sainte-Eugénie à 15,40. Elle y est donc supérieure à celle des adultes.

A Guy, où les enfants sont mêlés aux adultes, la mortalité est de 1 sur 11, c'est-à-dire inférieure à celle des adultes, qui a été de 9,61. Il y a là matière à examen, d'autant plus que, à Paris, nos hôpitaux d'enfants renferment beaucoup de chroniques, lesquels donnent peu de mortalité, et qui sont soignés à Londres au traitement externe, sans entrer dans les salles de l'hôpital.

Voilà le fruit de la réunion des enfants dans un même lieu. Est-ce une raison pour supprimer les hôpitaux d'enfants ? Non, mais c'est une raison pour les modifier.

Ceux que nous appelons *chroniques* exigent des soins particuliers,

(1) Fin. — Voir les numéros des 17 et 24 décembre.

ROME MÉDICALE (1).

Alimentation. — Le peuple romain se nourrit principalement de pâtes féculentes, de légumes, d'herbages, de fruits. On fait à Rome un usage restreint des aliments azotés. On abat, par semaine, 3 ou 400 bœufs et vaches, 200 veaux, une dizaine de buffles, une centaine de moutons ; au printemps, il faut ajouter à cette consommation hebdomadaire de viande 2,000 chevreaux ou agneaux, et, en hiver, 400 porcs.

Tout calcul fait, il revient en moyenne à chaque habitant 60 gram. ou 2 onces de viande par jour, soit 22 kilogrammes par an. Ce qui est bien peu, quand on songe que la consommation de viande, pour la France entière, est de 28 kilogr. par individu, par an ; qu'elle est de 40 kilogr. à Paris et de 50 kilogr. à Londres. Nos soldats mangent chacun plus de 100 kilogr. de bœuf par an.

Mouvement de la population. — En 1831, la population de Rome était de 151,676 habitants, aujourd'hui elle est de plus de 180,000 âmes ; il y a donc eu un accroissement de 30,000 âmes en 30 ans.

La moyenne des décès, par an, dans cette période, a été de 4,650, sans tenir compte de l'année 1837, où le choléra fit 9,000 victimes. La mortalité a été augmentée en 1832 par une épidémie de grippe qui produisit à elle seule 2,000 décès, et en 1854, où 2,000 personnes succombèrent à une nouvelle invasion du choléra.

Dans la même période de trente ans, les naissances sont de 1 pour 35 habitants ; les décès sont de 1 pour 30 habitants ; les morts sont aux nés comme 1 : 1,55 ; les mariages sont aux nés comme 1 : 3,1 ; les abandons sont aux naissances comme 1 : 5,4.

Les abandons sont de 900 à 1,000 par an ; les naissances illégitimes sont relativement rares.

La durée de la vie moyenne est de 33 ans, et même de 35 ans, abstraction faite de l'année 1854. En 1831, la durée de la vie moyenne n'était que de 29 ans ; ce qui, en raison du climat et de l'aisance moyenne des habitants, atteste les efforts de l'assistance et de l'hygiène publiques pour combattre les mauvaises conditions de la vie et les influences morbides.

On a vu que la mortalité dans les hôpitaux est plus élevée qu'en France ; cette différence s'explique par l'inégalité des conditions hygiéniques, climatériques et de bien-être relatif qui existe entre les deux peuples.

Maladies régnantes. — Les maladies qui dominent la pathologie romaine peuvent se diviser en trois classes : les affections spéciales au pays, ou endémo-épidémiques ; les affections qui règnent accidentellement à l'état épidémique ; enfin les affections sporadiques.

Les maladies de la première catégorie sont les plus nombreuses ; elles constituent l'endémo-épidémie, qui commence avec les chaleurs de l'été et se prolonge jusqu'à la fin de l'automne. Elles forment trois groupes :

1° Celui des *climatiques*, qui proviennent de l'élévation de la température combinée avec une influence électrique très-marquée ; leur effet se traduit par un affaiblissement des fonctions digestives et locomotrices, avec fièvre et douleurs rhumatiques fixées aux lombes, aux jambes, aux bras, à la tête. Cet état pathologique, qui varie de forme et d'intensité suivant les sujets, prend les noms de fièvre gastrique, fièvre gastro-céphalique, fièvre gastro-rhumatique, etc. C'est une entité morbide parfaitement légitime, parfaitement caractérisée, et qui est commune, en été, sur tout le littoral de la Méditerranée, mais nulle part autant qu'à Rome.

Le deuxième groupe est celui des *miasmatiques*, dues à l'influence paludéenne, dont la source est fixée, pour moi, dans la stagnation, la corruption et consécutivement l'évaporation de la nappe d'eau souterraine étendue, dans la campagne de Rome, entre le sous-sol imperméable et la couche corticale d'humus. C'est là l'origine de la *malaria*, qui sévit avec intensité dans l'*Agro-Romano* et sur les parties élevées et périphériques de la cité. Ces affections sont des fièvres intermittentes de divers types, des fièvres rémittentes, des fièvres pernicieuses à forme algide, etc.

Enfin le troisième groupe est celui des *composées*, affections résultant du mélange des deux principes climatique et miasmatique, et connues à Rome sous le nom de fièvres rémittentes gastriques. La nature mixte de ces maladies est parfaitement démontrée par le traitement. En effet, si l'on attaque l'élément prédominant, l'embarras

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

moraux, médicaux et hygiéniques, pendant la longue durée de leur séjour à l'hôpital. La gymnastique leur est non-seulement utile, mais nécessaire; pour eux, l'hôpital spécial; pour les *aigus*, la dissémination; c'est ce qui existe à Londres.

Femmes en couches. — Il est une autre espèce d'établissements spéciaux contre l'existence desquels je m'élève cette fois d'une manière absolue, ce sont les hôpitaux destinés aux femmes en couches. La mortalité a été, en 1859, dans la proportion suivante :

Maternité, 1 sur 13,31 accouchées; Cliniques, 1 sur 32,62 accouchées.

Est-il besoin de rappeler les effroyables épidémies qui forcent presque chaque année l'administration à fermer la Maternité? En Angleterre il y a aussi des établissements spéciaux, mais les femmes en couches sont reçues dans les hôpitaux ordinaires; la mortalité y est-elle plus ou moins grande? Ici les choses sont comparables, on ne peut mieux faire que de laisser parler les chiffres.

La table suivante donne un résumé des cas soignés dans les salles d'accouchements de l'hôpital de Guy pendant ces sept dernières années :

Nombre des accouchées, 11,928; naissances simples, 11,800; gémellaires, 128; total des enfants, 12,056. Sur ce nombre, 6,069 garçons et 5,446 filles vivaient au moment de la naissance; il y eut 541 mort-nés, dont 326 garçons et 215 filles.

Parmi les mères, il y eut 36 morts amenées par les causes suivantes : 14 par péritonite, 7 par hémorrhagie utérine, 3 par rupture de l'utérus, 1 par métrite, 1 par phthisie, 1 par choléra, 2 par pneumonie, 1 par fièvre, 2 par maladie de Bright, 2 par infection purulente et 2 par éclampsie.

Tels sont les faits; il n'est pas besoin d'en tirer les conséquences.

Il existe, à Londres surtout, des hôpitaux spéciaux pour le traitement des maladies des yeux, de la phthisie, du cancer, de l'épilepsie, etc. Leur nombre est assez considérable, mais cela tient à la manière dont se fondent les établissements hospitaliers.

Le petit nombre de lits que renferme chaque hôpital ne permettrait de secourir qu'un nombre très-restreint de malades, s'il n'existait un service extérieur, sorte de consultation, mais pour lequel les malades sont immatriculés comme ceux des salles.

Ce service, fait par les médecins de l'hôpital permet d'étendre considérablement les secours médicaux. C'est ainsi que l'hôpital de Westminster, qui ne contient que 175 lits, a donné à l'extérieur pendant l'année 1860, non-seulement des conseils, mais des soins à 20,000 consultants.

Tels sont brièvement quelques-uns des principaux renseignements que donne sur la question d'hygiène hospitalière l'examen rapide de l'état des hôpitaux anglais. Comme on le voit, les choses sont différentes à Paris, mais cela tient moins à notre organisation hospitalière qu'à l'esprit même de la nation.

HOPITAL Mre DU VAL-DE-GRACE. — M. L. COLIN.

Psoïtis. Ouverture par le bistouri. Guérison. (1)

(Observation recueillie par MM. LAVAL et REECH, médecins stagiaires.)

P... (Alfred), musicien au 2e régiment de grenadiers de la garde, d'une constitution moyenne; âgé de vingt-six ans, n'a jamais eu de maladie grave. A la fin du mois de février dernier, il ressent un peu de courbature, avec inappétence et céphalalgie. Il continuait son service, quand au commencement du mois de mars, après une longue course pour se rendre à l'appel du soir, il éprouve en se couchant une douleur sourde à la région lombaire droite. Stationnaire jusque vers le 15 mars, cette douleur commence alors à s'irradier dans le flanc et la cuisse droite, tout en restant plus vive à son point d'origine. A dater du 19 mars, le malade, obligé de garder le lit, ressent chaque soir vers quatre heures un mouvement fébrile précédé de frissons, et finalement est envoyé à l'hôpital du Val-de-Grâce le 3 avril suivant (salle 26, no 15), service de M. Colin.

Visite du 4 avril. A cette époque, en raison sans doute du repos conservé par le malade depuis plusieurs jours, les douleurs lombaires avaient assez diminué pour qu'il ne les accusât pas, et l'on fut presque exclusivement frappé des symptômes généraux : inappétence, insomnie, céphalalgie, appareil fébrile à rémittence quotidienne; un peu d'adynamie, décubitus dorsal, membres inférieurs symétriquement étendus; teinte subictérique et décoloration des muqueuses; rien à l'auscultation de la poitrine; le ventre est souple; constipation depuis un mois; il n'y a jamais eu de vomissements. — Diète, eau de Sedlitz.

Le 5 et le 6, le malade prend du sulfate de quinine à la dose de 5 décigrammes.

Le 7, l'accès fébrile de la veille a été moins intense, mais la constipation persiste toujours; pour la première fois le malade accuse les douleurs lombaires, qui ont reparu aussi intenses qu'au début; il en rapporte le siége au-dessus de la crête iliaque droite, le long du bord externe de la masse du sacro-spinal; la pression à ce niveau est peu douloureuse, non plus que dans tout le flanc droit; on ne rencontre également, par une palpation méthodique, aucun point douloureux sur le trajet des branches superficielles du plexus lombaire. — Diète, demi-lavement purgatif, liniment camphré.

Dans les jours suivants se manifeste, à part la persistance de la constipation, un appareil typhoïde presque complet : céphalalgie continue, rêvasseries nocturnes, peau chaude, langue sèche, pouls tremblotant à 100 pulsations. — Diète, lavements huileux, potions avec extrait de quinquina.

Le 15, exagération de tous ces symptômes; le pouls est complétement dédoublé; quelques sudamina sur l'abdomen.

Le 18, cette éruption sudorale est confluente et semble avoir agi d'une manière critique; pour la première fois un peu d'appétit, langue plus humide; pouls toujours dicrote. — Bouillon, lavement émollient.

Le 20, l'amélioration continue; peau fraîche, pouls à 80 pulsations; le malade semble en convalescence d'une fièvre typhoïde, mais continue à souffrir de la persistance de la constipation et des douleurs lombaires, dont l'intensité lui enlève tout sommeil. — Vésicatoire volant *poco dolenti.*

Pendant les jours suivants, ces douleurs, toujours plus insupportables, s'irradient dans la cuisse droite suivant le trajet du nerf crural; c'est à cette époque que les grands mouvements d'extension, d'abduction ou de rotation en dehors de ce membre, deviennent impossibles.

Le 25, le pli inguinal est fermé pour ainsi dire en permanence par la cuisse complétement fléchie et tournée en dedans; le moindre mouvement imprimé au genou de ce côté éveille des douleurs très-vives dans la région lombaire droite; léger œdème malléolaire, induration de la saphène interne; pas de diminution relative du volume des battements de l'artère crurale.

Le malade, doué d'une grande énergie, se levait encore les jours précédents, et l'on pouvait reconnaître dans son mode d'ambulation les symptômes si bien décrits par Kyll. (*Mémoire sur le psoïtis et les abcès du psoas*, ARCHIVES DE MÉDECINE, 1834.) « Le malade ne peut marcher sans se courber beaucoup en avant; si on cherche à le redresser, on lui fait éprouver une vive douleur; il monte un escalier beaucoup plus facilement qu'il ne le descend. »

Dès le 27, le malade ne peut non-seulement plus marcher, mais exécuter le moindre mouvement pour se retourner dans son lit.

A cette époque, la fosse iliaque droite était le siége d'une douleur obscure, mais seulement sous l'influence d'une pression profonde; il y avait superficiellement souplesse et résonnance normales, tandis qu'en déprimant on arrivait comme sur un plancher uni, résistant, ne présentant aucune bosselure; l'exploration du flanc droit, de la région lombaire, du canal crural, était totalement négative.

Le 28, le malade éprouve un violent frisson, suivi d'une légère réaction fébrile; le lendemain, toute la surface du corps est recouverte de sudamina.

Le 29, douleur vive à la palpation au-dessus de la crête iliaque droite; ni chaleur locale, ni rougeur, ni tuméfaction, mais sensation d'une résistance profonde, analogue à celle de la fosse iliaque; température élevée (40°), pouls à 110 pulsations.

Le 30, une tuméfaction se prononce enfin au-dessus de la crête iliaque, juste en dehors de la masse des muscles sacro-lombaires; très-peu apparente à l'œil, elle est facile à circonscrire à la palpation, vu l'absence d'œdème du tissu cellulaire sous-cutané; vive douleur à la pression; le malade ressent dans la cuisse des élancements qui lui arrachent des cris continuels. D'autre part, anxiété très-grande, pouls petit, fréquent, extrémités légèrement cyanosées; 36 respirations par minute; quelques quintes de toux donnent lieu à de violentes douleurs jusque dans la cuisse droite.

En présence d'un état général aussi grave, l'apparition de cette tumeur fut regardée comme une bonne fortune; on attendit néanmoins jusqu'au lendemain, dans l'espérance qu'elle se prononcerait davantage.

Le 1er mai, en effet, la saillie a augmenté de volume; on saisit profondément un peu de fluctuation; aucune rougeur, aucun œdème superficiel; évidemment la paroi abdominale est intacte, bien que soulevée par le pus; les symptômes généraux sont toujours plus graves, véritable état asphyxique.

Un bistouri étroit est plongé au point le plus saillant, et pénètre d'environ 6 centimètres directement d'arrière en avant en suivant le bord externe du sacro-lombaire; un jet de pus blanc, crémeux, inodore, s'échappe par cette ouverture. Une nouvelle indication su[...] sait, celle de débrider; une incision d'au moins 4 centimètre[...] pratiquée sur une sonde cannelée, et alors le pus s'écoule à flo[...] en sort plus d'un litre en quelques secondes, et séance tenan[...] malade éprouve un soulagement infini; on l'engage à faire que[...] grandes inspirations, à tousser, et chacun de ces mouvements d[...] lieu à de nouveaux jets de pus; une sonde élastique introduite [...] la plaie pénètre à 15 centimètres presque directement en av[...] comme pansement, on introduit une large mèche aussi profo[...] ment que possible.

A chaque pansement, renouvelé soir et matin, l'écoulement du [...] est considérable, notablement augmenté par la pression sur la p[...] abdominale et par les mouvements de toux alors recommandés [...] malade.

Le 5, les douleurs de la cuisse, l'œdème malléolaire, ont disp[...] mais la flexion de ce membre sur l'abdomen est toujours aussi co[...] dérable, et la douleur excessive si l'on cherche à lui imprime[...] mouvement soit d'extension, soit d'abduction.

La constipation persiste toujours, et, chose inquiétante, rep[...] chaque soir un mouvement fébrile; la peau devient jaune, terr[...] l'adynamie considérable.

Du 8 au 15 se développe une nouvelle éruption très-abondante [...] sudamina; le pus est devenu clair, un peu fétide, et l'on peut cr[...] dre soit d'avoir ouvert un abcès froid, malgré l'appareil fébrile [...] soit de n'avoir donné issue au pus qu'après une désorganisation [...] avancée des parois du foyer.

A partir du 16, on pratique dans la poche des injections iod[...] d'abord au cinquième, puis graduellement à mélange égal ave[...] l'eau tiède, et de cette époque data la marche franche de l'affec[...] vers une guérison que rien ne vint plus entraver. La suppurati[...] encore abondante, redevient de bonne nature; l'appétit plus p[...] noncé permet de soumettre le malade à un régime réparateur; e[...] la cuisse peut être détachée de l'abdomen par un mouvement d'[...] tension modérée.

Le 21, première selle spontanée, respiration libre, diminution m[...] quée de la suppuration.

Le 1er juin, le malade mange les trois quarts d'aliments; il s'ess[...] à marcher, mais il est obligé de prendre encore l'attitude spécial[...] son affection.

Le 20, la plaie ne fournit plus que peu de suppuration; les inj[...] tions iodées, les mèches sont définitivement supprimées; le mala[...] marche presque complétement droit.

Le 28, sortie de l'hôpital.

Le malade étant en convalescence à Paris, M. Colin le fit reve[...] au bout d'un mois, le 1er août : son embonpoint est excessif et p[...] met à peine de le reconnaître; sous cette influence sans doute [...] parois du foyer avaient pu s'accoler sans donner lieu à une rétra[...] tion définitive que l'on redoutait un peu pour les parties voisine[...] l'ouverture de la plaie est complétement fermée, et à son niveau se[...] lement existe un léger infundibulum cicatriciel.

RÉFLEXIONS. — D'après la marche de la maladie, on pe[...] juger combien le diagnostic a été incertain au début. On a c[...] plusieurs jours à une fièvre typhoïde grave. Ce n'est qu'au m[...] ment où les douleurs lombaires sont redevenues le symptô[...] dominant, qu'on pensa à un travail de suppuration, chercha[...] alors en celui-ci la cause de ces accès fébriles, et de deux au[...] tres symptômes qui, réunis, sont généralement pathognomon[...] ques de la fièvre typhoïde : d'une part, les sudamina, éruptio[...] si propre à cette affection, bien qu'on en ait dit; d'aut[...] part, le dicrotisme du pouls, si commun dans la même maladi[...] Dans notre cas, l'apparition à trois reprises des sudamina [...] t-elle été en rapport avec la formation du pus, travail accompa[...] gné parfois de divers exanthèmes (Trousseau, *Clinique de l'Hôte[...] Dieu*; H. Roger, *Thèse d'agrégation de la Faculté*), mais parm[...] lesquels les auteurs ne mentionnent pas cette forme de miliaire[...] Quant au dicrotisme du pouls, ce symptôme critique par excel[...] lence des anciens, peut-être était-il également en rapport ave[...] la crise pyogénique?

On pourrait croire, du reste, qu'il y a eu réellement fièvr[...] typhoïde chez ce malade; le fait actuel serait donc un cas exceptionnel de phlegmon iliaque consécutif à cette affection[...] mais, d'une part, les douleurs lombaires se sont manifestées u[...] mois avant l'ensemble de symptômes qui peut donner lieu ici [...] une semblable hypothèse; d'autre part, de tous les phlegmon[...]

(1) P. Bérard (*Dict. en 30 volumes*, t. I) cite deux cas où des abcè[...] par congestion se prononcèrent avec les symptômes du phlegmon aigu.

gastrique, par exemple, par un vomitif, la fièvre prend de suite un caractère franchement intermittent, à type quotidien ou tierce; si le symptôme fièvre paraît le plus menaçant et si l'on donne d'emblée le sulfate de quinine, la fièvre tombe et laisse en relief l'état saburral des premières voies, avec brisure des membres.

Les *maladies épidémiques* qui ont sévi avec le plus d'intensité dans ces dernières années sont le choléra, qui a fait deux apparitions, en 1837 et en 1854; la rougeole, qui prend souvent un caractère malin et fait succomber beaucoup d'enfants; la variole, qui est presque en permanence, qui n'est pas combattue par des vaccinations assez nombreuses, puisqu'on ne vaccine guère que 400 enfants par an sur plus de 5,000 naissances; enfin la grippe, qui fait beaucoup de victimes tous les hivers.

Affections sporadiques. — La fièvre typhoïde, assez rare dans la population indigène, se montre fréquemment parmi les troupes de l'armée d'occupation. La forme ataxique est la plus commune; l'issue en est très-souvent funeste.

La fièvre nerveuse est une affection qui paraît spéciale au climat de Rome; elle attaque principalement les personnes faibles, les femmes, les enfants. Les symptômes ataxiques sont les seuls apparents, avec fièvre continue régulière. Elle doit être rapprochée de la fièvre typhoïde, mais les altérations abdominales manquent complétement. Sa terminaison est presque toujours fatale, son traitement est tout à fait incertain.

Les angines sont communes à Rome; on y observe les formes inflammatoire, granuleuse et couenneuse.

Les affections des voies digestives n'ont pas la gravité qu'on leur voit revêtir dans les pays chauds. La diarrhée chronique et les dysenteries sont très-rares, les hépatites inconnues.

Les affections des voies respiratoires sont plus communes qu'on ne devrait s'y attendre. La phthisie pulmonaire n'est pas améliorée par le climat de Rome. M. Champouillon a démontré dans ce journal combien le séjour de Rome était fatal aux phthisiques. Les chiffres que j'ai réunis, ceux du docteur Jacquot, ne laissent aucun doute à ce sujet.

Les autres affections dues à l'inconstance des saisons, à l'âpreté des vents du nord, au froid humide de l'hiver, sont les névralgies, les rhumatismes, les ophthalmies, etc.

La syphilis, quoi qu'on en ait dit, est rare et bénigne à Rome, ce qui, en l'absence de toute mesure préventive de la part de l'autorité locale, doit être attribué à l'influence salutaire du climat.

Les documents de statistique médicale sur la population romaine manquent comme partout ailleurs.

Voici une liste des maladies qui atteignent nos soldats à Rome. Elles se rangent ainsi par ordre de fréquence : 1° fièvres intermittentes simples; 2° affections des voies respiratoires; 3° affections des voies digestives, 4° choléra (accident épidémique); 5° fièvre typhoïde; 6° angines; 7° fièvre intermittente et anémie (cachexie palustre); 8° variole; 9° phthisie pulmonaire; 10° fièvres pernicieuses.

Si l'on range ces maladies par ordre de danger, on voit que les moins fréquentes sont à peu près celles qui produisent le plus de mortalité : 1° fièvres pernicieuses; 2° choléra; 3° fièvre typhoïde 4° phthisie pulmonaire; 5° cachexie palustre; 6° variole; 7° affections intestinales; 8° affections pulmonaires; 9° angines; 10° fièvres intermittentes simples.

L'époque de l'année la plus salubre est le printemps; la saison la plus meurtrière, l'automne; l'été est dangereux pour les étrangers, l'hiver pour les indigènes. Les habitants de la ville échappent par mille précautions à l'influence de la *malaria*. Les touristes devraient se conformer au précepte d'Horace, qui a conservé toute son opportunité hygiénique :

Dum Romæ fueris, romano vivite more.

ARMIEUX,
médecin-major.

La Société médico-pratique de Paris a composé ainsi son bureau pour l'année 1862 : Président, M. Simonot; vice-président, M. Sichel; secrétaire général, M. Perrin; secrétaire annuel, M. Collineau; archiviste, M. J. Gimelle; trésorier, M. Janin; vice-trésorier, M. Bonnassies. — *Comité de publication :* MM. Moreau, Aug. Mercier, Plouvicz. — *Référendaires :* MM. Trèves et Labarraque.

— La rentrée de l'Ecole de médecine de Limoges a eu lieu le 5 décembre, sous la présidence de l'inspecteur de l'Académie. Après une simple et touchante allocution de M. Bardinet aux élèves, MM. Escorne, Bleynie, Font-Réaux, Malinvaud, Lafaurie, Brissaud, Tarrade et Gouraud, ont été proclamés lauréats.

MM. Malinvaud et Lafaurie ont été nommés internes de l'hôpital, et MM. Bleynie et Bris, internes provisoires.

iliaques, le sous-aponévrotique est précisément celui dont on concevrait le moins la filiation par une affection intestinale ; et enfin nous aurions dans ce fait un bien singulier exemple de onstipation opiniâtre au début, pendant le cours, et au déclin l'une fièvre typhoïde qui en outre eût été d'une brièveté tout normale, n'ayant duré, comme l'indique l'observation, que du 0 au 20 avril.

Il n'y a pas à insister sur les caractères bien tranchés du ége anatomique du phlegmon ; l'absence de saillie antérieure aquelle est si marquée dans les phlegmons sous-péritonéaux, pérityphlites), la forme aplatie de l'empâtement profond de région iliaque, les symptômes fournis par l'attitude de la isse, par les nerfs et vaisseaux cruraux, semblent bien tégoriques.

La longue durée du décubitus dorsal est sans doute la cause terminante et mécanique de la saillie du dépôt purulent aussus de la crête iliaque ; ne pouvant se porter en avant, en ison du *fascia iliaca*, c'est en général, soit au-dessous de l'anau crural, soit au-dessus de la crête en question, que le pus t conduit à saillir au dehors.

L'absence de tout œdème superficiel au niveau de la tumeur, profondeur à laquelle il a fallu porter l'incision, indiquent e la paroi musculaire abdominale était encore nettement sérée du foyer par les feuillets aponévrotiques du muscle transrse ; comprimé donc par ceux-ci d'une part, de l'autre par fascia iliaque, le pus avait dû remonter jusqu'à l'arcade tenieuse du diaphragme, soulevant sans doute ce dernier muscle ns la cavité thoracique, d'où symptômes de suffocation, et, rès l'ouverture, expulsion du liquide par saccades, comme ns la thoracentèse. Le mot psoïtis, généralement consacré ar ces phlegmons sous-aponévrotiques, paraît bien insuffisant and le foyer a pris de telles proportions, ce qui est loin d'être e.

Y a-t-il lieu, comme on l'a fait tant de fois, de chercher ici cause du mal dans un traumatisme, le malade ayant ressenti première douleur lombaire après une course forcée ? On sait Kyll (*loc. cit.*) attribuait les phlegmons iliaques des nouvelaccouchées au tiraillement du psoas dans les efforts d'une rturition difficile ; mais l'on voit que la courbature, l'inappéice, la fièvre, existaient chez notre malade avant qu'il éprou cette première douleur, qui pour se développer n'attendait is doute qu'une occasion particulière de fatigues ou de mouments exagérés ; la course en question ne paraît avoir agi à ce dernier titre.

L'ouverture a été pratiquée, suivant le conseil de M. Velpeau, qu'il y a eu tuméfaction apparente, et en portant le bistouri ectement en avant, le long du bord externe du muscle sa-lombaire ; en cette région on pouvait pénétrer de confiance, s crainte de léser soit le péritoine, soit l'intestin.

L'aggravation ultérieure de l'état du malade semble prouver , malgré l'ouverture du foyer, le pronostic restait extrêmeit grave, si de suite un large débridement n'eût été prati. Que de cas où l'abcès s'est ouvert spontanément soit au ors, soit dans l'intestin, soit dans le vagin (Mém. de M. Grie *in Archives de médecine*), et où la terminaison a néanmoins funeste, parce qu'on avait jugé inutile l'emploi du bistouri ır hâter et compléter l'évacuation du pus !

INDICATIONS DES DOUCHES PÉRINÉALES
dans la prostatorrhée.

Par M. le docteur MALLEZ.

Le difficile en thérapeutique est moins de trouver un nouvel nt et de fournir quelques observations favorables à son em, que d'en bien préciser les indications. Quelques cas heureux isent le plus souvent à quatre pages d'éloges, tandis qu'il une étude sérieuse et l'aide du temps pour savoir que penser plus belles promesses.

Les réflexions, qui s'appliquent à tous les moyens de traitet, se présentaient à notre esprit à propos de quelques obations de prostatorrhée que nous avons eu à traiter.

On a beaucoup vanté contre cette affection la cautérisation a-uréthrale de la région prostatique, et c'était justice ; l'iode, amers, les bains aromatiques et tous les toniques, et c'était raison.

Lallemand a rapporté des succès obtenus à l'aide des bains Bagnères, de Baréges, de Cauterets. Les douches périnéales -mêmes dont je vais parler, ont été déjà justement van. Mais en préconisant tour à tour chacun de ces moyens, on peut-être pas suffisamment indiqué dans quels cas chacun x devait être préféré.

Les trois faits qui suivent me paraissent de nature à le bien lir.

X..., quarante-trois ans, très-bonne constitution. Deux gonors antérieures, la dernière remontant à un an et imparfaitement o. Soumis successivement et sans résultat, par plusieurs cons, à l'usage des injections astringentes caustiques à diverses s et des balsamiques spécifiques, ce malade nous a été adressé, trois mois, par notre maître et ami M. le docteur Cazalas. Le tôme qu'il accuse, et dont il se plaint tout particulièrement, est oulement tantôt clair et tachant le linge à la façon du sperme, t jaune et semblable au muco-pus de la gonorrhée.

dernier n'apparaissant qu'après un excès ou quelque changedé régime, tandis que le premier est permanent, l'introduction bougie de cire confirme la première vue du diagnostic, la dité de provenance de ces deux produits. L'un, le jaunâtre, fourni ne lésion circonscrite de l'urèthre en voie de rétrécissement au niveau du bulbe ; l'autre, incolore, d'apparence spermatique, sans traces d'animalcules, sans odeur caractéristique, venant de la prostate enflammée.

Le traitement dirigé en conséquence a corroboré ce diagnostic.

La dilatation suffisait contre le rétrécissement à sa première période de formation, et quant à la sécrétion muco-purulente, elle a été combattue et vite tarie par trois injections caustiques à la dose de 0,2 décigrammes de nitrate d'argent pour 60 grammes d'eau distillée, faites de deux jours l'un.

Restait la prostatite et l'écoulement dont elle était la source, que le malade supportait le plus impatiemment, sans tenir aucun compte des améliorations précédentes. Je prescrivis des douches périnéales en jet, accompagnées de douches en pluie, avec les précautions qu'exige ce traitement. L'écoulement augmenta sous l'influence des premières douches, et persista avec des variations de mieux et de pire par les suivantes jusqu'à quinze.

Les sirops de térébenthine et de bourgeons de sapin, l'eau de Vittel, furent ordonnés et ne changèrent rien à l'état du malade.

Après deux mois de ces tentatives, j'eus recours à la cautérisation prostatique telle qu'elle a été indiquée par Lallemand, et souvent pratiquée par ce chirurgien surtout contre les pertes séminales. Le résultat de cette petite opération a été presque immédiat, et l'écoulement a cessé pour ne plus reparaître depuis un mois.

— M. M..., vingt-six ans ; constitution grêle, lymphatique. Trois gonorrhées antérieures, dont une dernière bien guérie il y a six mois. Un écoulement, considéré par le malade comme une perte séminale, n'a pas tardé à paraître après la cessation de la gonorrhée, et c'est contre cet accident que mes soins sont réclamés. Le linge est taché comme par la semence, mais sans odeur spermatique. Le microscope ne laisse voir aucune trace d'animalcules, et montre bien seulement ces granulations d'aspect graisseux, à centre brillant et jaunâtre, à contours foncés, mentionnées par M. Béraud dans son excellent travail sur la prostate. Le volume de cette glande au toucher rectal est augmenté, et le malade se plaint, par le fait de cette déperdition anormale, d'un affaiblissement extrême dont il faut rapporter la meilleure part à une impressionnabilité exceptionnelle.

Sur les instances de M. M..., qui avait entendu parler de Lallemand, je me décide pour la cautérisation, et je la pratique le 25 août. Une amélioration notable a lieu trois ou quatre jours après l'opération ; mais la huitaine ne s'était pas écoulée que la sécrétion s'était reproduite, un peu modifiée, mais tout aussi abondante. J'ordonnai immédiatement des douches périnéales en jet et en pluie, et des toniques. Le mieux fut rapide, et, après la deuxième semaine de ce traitement, l'écoulement était réduit à très-peu et a cessé au vingtcinquième jour.

— Enfin M. K..., élève en pharmacie, vingt-sept ans, constitution très-faible et lymphatique, est atteint d'une gonorrhée assez intense, avec laquelle il n'en continue pas moins son service jusqu'à ce que des envies très-fréquentes d'uriner, une fièvre intense, des douleurs excessives à la fin de la miction l'obligent à garder le lit. Une cystite et une prostatite consécutives s'étaient déclarées : la cystite fut combattue avec succès par les balsamiques et les émollients, sirop de térébenthine dans de la tisane de graine de lin faite à froid, bains de siége, cataplasmes laudanisés au périnée, lavements émollients ; mais la prostatite persista, et l'écoulement gonorrhéique guéri, le linge n'en fut pas moins taché, et la sécrétion prostatique avec tous ses caractères très-abondante.

Les douches périnéales en jet et en pluie sont indiquées, mitigées d'abord et bientôt froides. Un mieux notable est constaté après les cinq premières douches ; et aussitôt rassuré sur l'excellence du moyen dans ce cas, j'ajoute au traitement des toniques, l'iodure de fer, le sirop de quinquina, une nourriture très-substantielle. Trois semaines suffisent pour débarrasser le malade d'une affection qu'il regardait comme incurable.

L'insuccès de l'hydrothérapie dans le premier de ces cas s'explique aisément et porte avec lui son enseignement. La prostatite étant un fait purement local, sans rapport avec l'état général excellent comme on a vu, c'était aussi à un moyen local qu'il fallait donner la préférence, et le caustique a tout aussitôt réussi à modifier d'une manière favorable la sécrétion des glandules prostatiques par son action sur les orifices de leurs conduits excréteurs.

Dans les deux autres observations, au contraire, il s'agit d'hommes jeunes, lymphatiques, dont tous les états locaux sont dominés par la disposition générale de l'économie. Les toniques, les analeptiques, l'eau froide en jet ou en pluie, en la modifiant, guérissent mieux et plus vite que tous les topiques, qui, limitant leur action à la glande, ne changent que momentanément la nature de la sécrétion.

Les chirurgiens qui ont exclusivement recours à la cautérisation prostatique doivent avoir des motifs excellents d'y revenir, et ceux qui, à l'exemple de Lallemand, préconisent les bains de Bagnères, de Baréges ou les toniques généraux, ont sans nul doute de beaux résultats à l'appui de leur pratique ; le seul reproche qui doive leur être adressé est de ne pas suffisamment spécifier pour que le choix de chacun de ces moyens devienne facile ; faire réserver à un traitement local, cautérisations et topiques divers, des accidents purement locaux, et à un traitement général, bains sulfureux, toniques et analeptiques sous toutes les formes, et surtout douches froides périnéales en jet et en pluie, dont la supériorité nous est démontrée, les prostatorrhées beaucoup plus nombreuses qui s'observent chez les hommes jeunes et qui prennent leur source dans l'état de l'économie tout entière.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 7 novembre 1861. — Présidence de M. DUPERTUIS.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— Le docteur Labalbary (de Bourg-la-Reine) adresse, à l'appui de sa demande de membre titulaire, un travail inédit intitulé : *Étude sur les calculs pulmonaires*. (MM. Mattei et Milon).

— Le docteur Joaquin Munoz envoie, pour obtenir le titre de membre titulaire, un travail intitulé : *Deux nouveaux exemples de luxations cubito-carpienne*. (MM. Guersant et Doumic).

— Le docteur Alfred Simyan, chirurgien de l'hôpital de Cluny (Saône-et-Loire), adresse deux mémoires, l'un sur *le déplacement des enfants assistés nouveau-nés, et sur son influence fâcheuse sur la santé des enfants* ; l'autre intitulé : *Notes cliniques sur l'amputation des membres*, et sollicite le titre de membre correspondant. (M. Caron).

Indications des douches périnéales dans la prostatorrhée. — M. MALLEZ lit le travail suivant. (Voir plus haut).

Mort subite par cause inconnue ; hématocèle péri-utérine. M. CH. MASSON. — Dans les sciences et dans les arts les hommes les plus instruits ou les plus habiles ne tombent pas toujours d'accord ; vous ne serez donc pas étonnés, Messieurs, si dans la maladie rapidement mortelle dont je vais vous entretenir, trois médecins ont émis sur le siége et la nature du mal trois opinions différentes ; la médecine a aussi sa part des incertitudes humaines, et la mort dérobe parfois son secret aux yeux les plus clairvoyants.

Cette communication perdrait beaucoup de son intérêt si elle n'était complétée et pour ainsi dire élucidée par le récit d'une affection semblable et après laquelle la lumière a pu être faite, l'autopsie, cette triste et dernière ressource de la science, n'ayant pas fait défaut.

Vers le milieu du mois d'août de cette année, je fus prié de me réunir le plus tôt possible au médecin d'une dame dont la maladie présentait une telle gravité, qu'il avait déclaré que la malade succomberait avant la fin de la journée. Je me rendis à cette invitation vers les trois heures de l'après-midi, et voici ce que me raconta un ami de la maison, pendant qu'on était allé avertir le docteur de mon arrivée. Cette dame, âgée de trente-deux ans, d'une bonne constitution, était allée la veille à la campagne partager le dîner modeste d'une famille avec laquelle elle était fort liée. Jamais elle n'avait paru si gaie, et cette particularité s'expliquait par la confidence qu'elle avait faite à une dame d'un retard inaccoutumé de six jours dans l'apparition de l'évacuation mensuelle, ce qui lui faisait espérer de devenir mère, bonheur auquel elle aspirait depuis trois ans qu'elle était mariée ; rentrée chez elle, elle se mit au lit et dormit d'un sommeil paisible jusqu'à trois heures du matin ; à ce moment elle s'éveilla et se plaignit d'un malaise indéfinissable ; elle rejeta en vomissant quelques gorgées de bile, et alla une ou deux fois à la garderobe ; le ventre commençait à devenir douloureux et à s'élever ; on crut d'abord à une indigestion ; mais lorsqu'on vit que les infusions de thé, les lavements, les cataplasmes, n'avaient apporté aucune amélioration, mais que loin de là les douleurs devenaient plus vives, que les traits du visage offraient les traces d'une altération profonde, on s'effraya, on appela le médecin du mari, qui, dès qu'il eut examiné la malade, déclara qu'elle était atteinte d'une péritonite suraiguë tellement avancée que tout secours était inutile ; qu'il était désarmé, et qu'avant la fin du jour la malade aurait cessé de vivre ; c'est alors, ajouta la personne qui venait de me raconter ces antécédents, qu'on vous a prié de vous concerter ensemble et d'aviser s'il n'est point quelque ressource contre une maladie aussi terrible.

Dès l'arrivée de mon confrère, je me transportai avec lui auprès de la malade ; je la trouvai d'une pâleur extrême, les lèvres étaient décolorées ; elle était en proie à une grande anxiété, cherchait à chaque instant à changer de place dans son lit, et à chaque tentative sa vue s'obscurcissait et elle tombait en défaillance ; l'intelligence n'avait subi aucune altération ; aussi avait-elle conscience du danger qu'elle courait, et c'était douloureux de l'entendre implorer un secours impossible ; la respiration était rare, le pouls précipité, mais si faible qu'on pouvait à peine sentir les pulsations artérielles ; le ventre était élevé et tympanisé, douloureux à la pression, mais pas autant cependant qu'il l'est dans une inflammation franche la plus avancée du péritoine ; les jambes s'engourdissaient de moment en moment ; la percussion faisait reconnaître une matité dans la fosse iliaque gauche ; on pouvait la suivre aussi loin que le permettaient les os du bassin.

Lorsque je me trouvai seul avec mon confrère, je lui dis que je ne pouvais que l'approuver d'avoir émis dès le principe un pronostic qui mettait sa responsabilité à couvert, que la mort était inévitable et prochaine, et qu'il s'était abstenu sagement en ne pratiquant point de saignées et ne faisant aucune application de sangsues, bien qu'il pensât avoir affaire à une péritonite subaiguë ; que sur un point seulement je différais d'opinion avec lui ; que la faiblesse extrême du pouls, la pâleur du visage, l'impossibilité de se remuer sans tomber en faiblesse, le peu de sensibilité du ventre lorsqu'on le palpait, me portaient à considérer la maladie comme une syncope mortelle causée probablement par une hémorrhagie interne ; que j'étais confirmé dans cette pensée par la matité que présentait la fosse iliaque gauche ; qu'enfin la cause première de cette syncope mortelle était une hémorrhagie rétro-utérine qui d'abord avait donné lieu à un commencement de péritonite, qui plus tard avait déterminé la mort, mais que dans le cas pour lequel nous étions appelé la syncope seule suffisait pour que la malade ne pût survivre, et pour justifier mon opinion je lui racontai le fait suivant, que j'ai eu occasion de constater il y a cinq ans ; c'est la seconde communication que je vous ai annoncée.

Il y a cinq ans, dans un des mois les plus chauds de l'année, une jeune fille de dix-sept ou dix-huit ans, d'une beauté remarquable et vêtue élégamment, allait, en quittant le chemin de fer du Havre, descendre chez des gens d'une apparence grossière, dans une sale maison et dans la rue la plus fangeuse et la plus étroite de Paris, la rue de Nevers. Quelques jours après son arrivée, il lui prit envie de visiter les Champs-Elysées ; elle remontait en voiture l'avenue qui conduit à la barrière de l'Étoile, lorsqu'un cavalier qui allait la croiser, attiré sans doute par la beauté de la jeune fille, arrêta brusquement son cheval, qui, sentant le mors lui blesser la bouche, se leva sur les pieds de derrière et se cabra de telle sorte qu'il s'en fallut de peu que le cheval et son cavalier ne roulassent ensemble sur le chemin. A cette vue, la jeune fille, saisie de frayeur, poussa un grand cri et tomba évanouie.

Reconduite à son domicile, elle revint à elle en se plaignant de ressentir des douleurs violentes dans le ventre ; elle fut prise de diarrhée et de vomissements, l'abdomen se tuméfia et devint très-douloureux à la pression. Un médecin appelé pratiqua une saignée, prescrivit deux applications de sangsues, des onctions, des fomentations ; tout fut inutile, la mort survint le second jour.

Lorsqu'il fut question de l'inhumer, le médecin chargé de constater

le décès se refusa de délivrer le permis, surpris probablement de la jeunesse, de l'élégance des vêtements de la jeune fille, de la *discordance* qui existait entre elle et les gens vulgaires près desquels elle était venue habiter; les symptômes, la rapidité de la maladie, lui faisaient croire à une tentative d'avortement. On en référa au commissaire de police, qui, sur l'assurance que lui fit passer le médecin que la malade avait succombé à une maladie naturelle, donna ordre de l'enterrer; nouveau refus de la mairie; c'est alors que je fus requis pour accompagner le commissaire et donner mon avis.

Quand les habitants de ce bouge nous virent entrer, ils devinrent pâles et tremblants; leurs réponses aux interrogations du magistrat étaient confuses, ils semblaient vouloir se soustraire à ses regards investigateurs. Nos soupçons s'en accrurent. J'examinai le cadavre. Je fus étonné de trouver l'utérus descendu à ce point qu'en écartant les grandes lèvres, on voyait le col faire saillie; ses bords me parurent tuméfiés. Ne trouvant point cependant les éléments suffisants pour établir ma conviction, je demandai qu'on fît l'ouverture; cette autorisation accordée, le corps fut transporté à la Morgue, où je pratiquai l'ouverture en présence de M. le docteur Tardieu.

L'utérus enlevé, nous le trouvâmes dans l'état où il doit se trouver chez une femme qui n'a point conçu; nos soupçons n'étaient point fondés, et les pauvres gens qui l'avaient reçue chez eux ne furent plus inquiétés. La cause de la mort nous fut révélée, une hémorrhagie abondante s'était faite, et le petit bassin contenait près d'un litre d'un sang noir et déjà corrompu. Elle avait succombé par suite d'une hémorrhagie rétro-utérine.

On conçoit comment j'ai pu soupçonner que la dame dont j'ai raconté plus haut la maladie et la fin malheureuse, a pu succomber à une hémorrhagie semblable, occasionnée peut-être par le retour brusque des règles, dont le retard de quelques jours avait fait naître chez elle les douces espérances d'une maternité prochaine.

Avant de terminer, je dois justifier ce que j'ai avancé en commençant, que trois médecins avaient émis trois opinions différentes. Le docteur chargé de constater le décès de la dame qui a fourni le sujet de la première observation, trompé probablement par le récit qui lui a été fait de diarrhées et de vomissements, de douleurs abdominales, et ne sachant comment expliquer une mort si prompte, a inscrit comme cause de la mort: choléra asiatique foudroyant. Quelques semaines après, le bruit courait que le choléra sévissait dans Paris. Une dame refusait de retourner à Paris pour achever l'éducation musicale de ses filles, dans la crainte de l'épidémie; et une dame qui avait assisté au repas de famille dont il a été parlé, ayant été prise de diarrhée accompagnée de vomissements, auxquels elle est d'ailleurs sujette, m'a fait appeler précipitamment; elle se croyait déjà près de mourir, et me répétait que je voulais la rassurer, mais que le médecin de son amie avait consigné dans un acte officiel qu'elle avait succombé par suite d'une attaque de choléra, et qu'elle en ressentait les mêmes symptômes. Deux jours après elle était guérie et rassurée.

M. LEGRAND demande si l'on a pu constater le point de départ de l'hémorrhagie, et si l'on s'est assuré qu'il n'y avait pas eu rupture de l'ovaire. Dans un cas analogue à celui que vient de raconter M. Masson, il y a eu autopsie, à laquelle assistait M. Legrand, et on a rencontré une rupture de l'ovaire. C'est, à ce qu'il paraîtrait, une cause de mort assez fréquente.

M. GUERSANT, dans plusieurs faits semblables aux précédents, a eu occasion de vérifier que la mort avait été occasionnée par une grossesse extra-utérine.

Mort très-rapide survenue par suite d'une péritonite suraiguë foudroyante. — M. DUHAMEL. Une demoiselle de vingt-deux ans, d'une très-forte constitution, bien réglée, me fit appeler le 19 octobre dans la journée, pour une douleur assez vive qu'elle éprouvait dans la fosse iliaque droite; elle était bien circonscrite dans cette partie; mais dans la matinée de ce jour, elle avait été prise d'un violent frisson, qui marquait le début de la maladie. Lorsque je la vis à cinq heures du soir, je diagnostiquai une péritonite limitée et facile à reconnaître par la sensibilité requise et la douleur vive déterminée par la plus légère pression, et surtout par une fièvre très-intense. Je prescrivis de suite une application de vingt sangsues sur le lieu douloureux.

Les sangsues coulèrent d'une manière satisfaisante, et pendant la nuit les règles parurent assez abondamment.

Le lendemain matin 20, nouveau frisson d'une extrême violence, dont je fus témoin, avec augmentation de la douleur, qui s'est étendue dans tout l'abdomen; alors, craignant le développement d'une fièvre intermittente pernicieuse, à cause des deux frissons survenus à la même heure le jour et la veille, je prescrivis 1 gramme de sulfate de quinine en pilules, à prendre dans la journée.

Le soir, lorsque je revis la malade, les douleurs abdominales étaient atroces, et depuis ma visite du matin, il était survenu cinq ou six selles liquides d'une puanteur horrible, succédant à la constipation. Il survint aussi quelques nausées, et même une ou deux vomiturations. Je fis encore une nouvelle application de quinze sangsues, accompagnée des autres antiphlogistiques, et à deux heures du matin la malade expirait.

Ainsi voilà bien évidemment une péritonite suraiguë qui a emporté ma malade en trente-six heures.

Quatre ou cinq jours avant le développement de cette péritonite, cette malade avait été prise d'une légère congestion cérébrale, qui avait cédé aux sinapismes et à la diète.

M. GUERSANT fait remarquer qu'il y a beaucoup de ressemblance entre ce fait et ceux de péritonite survenue à la suite de perforation de l'appendice iléo-cœcal. Il a vu plusieurs faits de cette espèce, dans lesquels l'autopsie a démontré le genre de lésion à laquelle on devait rapporter la terminaison fatale.

M. LEGRAND a vu dans son quartier un cas analogue chez une grande et forte jeune fille qui fut prise un matin de tous les symptômes d'une péritonite, au moment d'une époque menstruelle. On fit une application de 40 sangsues sur le ventre. Le lendemain la malade était morte. Pour lui, il n'y a aucun doute que l'on n'ait eu affaire là à une péritonite; mais il ne lui serait pas possible d'en assigner la cause.

Xérosis; son traitement. — M. COURSSERANT se propose de présenter à la Société quelques considérations sur le traitement d'une maladie regardée jusqu'à présent comme incurable, le *xérosis*, sécheresse et état parcheminé du globe de l'œil, à l'occasion de deux malades auxquels il donne actuellement des soins.

Pommades irritantes, astringentes, résolutives, alcalines, huileuses, lotions, irrigations, scarifications, etc., tout a échoué entre ses mains, ainsi que dans celles de tous les médecins qui se sont trou[vés] en présence de cette maladie.

C'est en vain qu'il a tenté d'enlever par une opération la pellic[ule] superposée au tissu sous-jacent, et constituée par l'épithélium con[si]dérablement épaissi; mais la prudence et une saine pratique lui bientôt prescrit d'abandonner toute intervention chirurgicale de ce nature, en présence de l'adhérence intime qui existe entre l'épit[hé]lium de la conjonctive et cette dernière membrane.

L'occlusion permanente des paupières obtenue avec des bandel[ettes] de taffetas d'Angleterre ou par tout autre moyen, et mise en av[ant] comme *ultima ratio*, a exercé une influence si heureuse sur l'état ces deux malades, que M. Coursserant ne désespère pas d'arri[ver] par cette voie à une solution heureuse vainement cherchée jusq[u'à] présent et par lui et par tous les autres praticiens, à l'aide de tou[tes] les autres ressources dont dispose la thérapeutique médico-c[hi]rurgicale.

Pour le secrétaire annuel,
Dr A. FOUCART, *secrétaire général.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite du dernier mouvement qui a eu lieu dans les servi[ces] chirurgicaux, les fonctions de chirurgien de l'hôpital de Lourc[ine] étaient vacantes; elles vont être remplies par M. Verneuil, chirurg[ien] du Bureau central.

— M. le docteur E. Boeckel, agrégé et professeur à la Faculté de m[é]decine de Strasbourg, a été nommé chef des travaux anatomiques cette Faculté, à la suite d'un remarquable concours.

— A la suite du concours ouvert à l'Hôtel-Dieu de Toulous[e], M. Bichemin a été nommé interne, et M. Mandillon provisoire.

— La doctrine et la jurisprudence sont divisées sur la question savoir si l'emploi du magnétisme peut être réputé manœuvre fraud[u]leuse, persuadant une œuvre chimérique, et par conséquent cons[ti]tuant le délit d'escroquerie; la plupart des arrêts se prononcent p[our] la négative. Par un arrêt du 12 décembre courant, la Chambre crim[i]nelle de la Cour de cassation a décidé qu'il y avait escroquerie lor[s]qu'il était établi que le sommeil magnétique était simulé.

La condamnation aux peines de l'escroquerie ne dispense pas juge de prononcer pour le même fait les peines spéciales édict[ées] contre la contravention d'exercice illégal. (Même arrêt.)

— Des erreurs typographiques ont altéré les noms d'un cert[ain] nombre d'externes des hôpitaux dont nous avons donné la liste da[ns] notre dernier numéro. Nous nous empressons d'en faire la rectific[a]tion :

6. Henrot. — 13. Parthenay. — 14. Paquet. — 35. Morély. — 59. Boulland. — 77. Epidammios. — 80. Vasarhelyi. — 97. Crau[...] — 102. Zaepffel. — 126. Morot (Pierre). — 127. Pastré Beloni. — 1[...] Delamare.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

